



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Satisfação Sexual e Satisfação no Relacionamento em mulheres com Cancro de Mama

Maria Isabel Alves Monteiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Henrique Pereira
Co-orientadora: Professora Doutora Graça Esgalhado

Covilhã, Junho de 2011

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Dedicatória

Às que sucumbiram ao cancro de mama, por tudo o que viveram e pelo que poderiam ter vivido, e às que o venceram, são em ambos os casos exemplos de coragem e esperança.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Resumo

O cancro de mama é uma neoplasia comum e uma das mais temidas entre as mulheres ao provocar uma série de transformações a nível pessoal e a nível familiar. O seio é um símbolo de feminilidade e atractividade sexual, sendo que a ablação cirúrgica deste órgão e os tratamentos para o cancro podem provocar alterações na imagem corporal da mulher e na vivência da sua sexualidade. Tendo em vista a avaliação do nível de satisfação sexual e de satisfação marital em mulheres com cancro de mama, inquiriram-se 56 mulheres com anterior diagnóstico de cancro de mama, utilizando-se a versão portuguesa dos inventários Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) e Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS).

Os resultados obtidos indicam que as mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama apresentam maior satisfação sexual comparativamente às mulheres que realizaram mastectomia. Relativamente à idade, as mulheres mais jovens encontram-se mais satisfeitas com a sua sexualidade e com o seu relacionamento amoroso face às que se encontram em faixas etárias superiores. Além disso, as mulheres que referem sentir-se desejadas e que se consideram ser alvo da atracção sexual do parceiro estão mais satisfeitas sexualmente, bem como mais satisfeitas com a relação amorosa. De facto, a frequência sexual, a satisfação sexual e satisfação com a relação encontram-se associadas, na medida em que as mulheres com menor frequência de actividade sexual estão menos satisfeitas com a sua sexualidade e menos satisfeitas com o relacionamento.

Palavras-chaves: Cancro de Mama, Tratamentos para o Cancro, Satisfação Sexual, Satisfação Marital

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Abstract

Breast cancer is a common cancer among women and one of the most feared by provoking a series of transformations on a personal level and family level. The breast is a symbol of femininity and sexual attractiveness, thus the surgical ablation of this organ and the cancer treatments causes changes in women's body image and in their sexuality. In order to assess the level of sexual satisfaction and marital satisfaction in women with breast cancer were interviewed 56 women with previous diagnosis of breast cancer, having been used the Portuguese version of Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) and Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS).

The results indicate that women undergoing breast-conserving surgery have a higher sexual satisfaction comparatively to women who underwent mastectomy. In regard to age, younger women are more satisfied with their sexuality and with their love relationship than more old women. In addition, the women who feel sexually desirables and that are targets of partner's sexual attraction are more satisfied with sexuality, as well as more satisfied with the relationship. In fact, sexual frequency, sexual satisfaction and satisfaction with the relationship are associated, since women with a lower frequency of sexual activity are less satisfied with their sexuality and less satisfied with the relationship.

Key-words: Breast Cancer, Cancer Treatments, Sexual Satisfaction, Marital Satisfaction

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Agradecimentos

“É, pois, falso dizer que na vida «decidem as circunstâncias». Pelo contrário: as circunstâncias são o dilema, sempre novo, ante o qual temos de nos decidir. Mas quem decide é o nosso carácter”
Ortega y Gasset, in “A Rebelião das Massas”

A presente dissertação de mestrado surge como a meta final de um percurso pautado por privações, sacrifícios, mas também por momentos de alegria e satisfação a cada etapa conquistada. Sendo o resultado de um trabalho árduo e constante, devo agradecer a todos os que sempre me ajudaram ao longo do meu percurso de vida, e àqueles que contribuíram para a concretização de um sonho.

Antes de mais, ao meus pais, um agradecimento infinito pelo amor, pelo carinho, apoio e pelos ensinamentos de uma vida que fizeram de mim aquilo que hoje sou;

À minha família, aos que estão e aos que já partiram, por sempre me terem apoiado e acreditado em mim, são constantemente uma fonte de carinho e inspiração;

Aos meus colegas e amigos, que sempre estiveram presentes quando precisei deles, que me ajudaram e apoiaram nas situações mais difíceis e com quem passei momentos inesquecíveis. Em especial à Catarina, à Clémence, à Cristina e à Manuela, pela vida académica, pela amizade, pelo convívio e pela alegria de viver, estarão sempre no meu coração;

Às instituições de ensino e aos professores que ao longo do meu percurso escolar e académico me transmitiram os seus ensinamentos, contribuindo para a minha construção enquanto pessoa e profissional;

Um agradecimento especial a todas as mulheres que participaram nesta investigação, pela disponibilidade e coragem em abordar a sua intimidade, bem como pela força de viver que demonstram são mulheres admiráveis;

Aos profissionais do Centro Hospitalar da Cova da Beira, nomeadamente ao Doutor Moutinho e às enfermeiras do serviço de ginecologia, pela disponibilidade e ajuda incalculável no acesso às doentes contribuindo para a concretização desta investigação;

Ao *Movimento Vencer e Viver*, nomeadamente às delegações de Lisboa, Castelo Branco, Porto, Guimarães, Guarda e Covilhã, que permitiram o acesso aos seus membros, sendo uma ajuda inigualável na recolha da amostra. Em especial, à dona Celeste da delegação de Castelo Branco e à dona Ercília da delegação do Porto, pela ajuda e disponibilidade obtida.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

À doutora Sandra Vilarinho pela disponibilidade em fornecer os instrumentos de avaliação sem colocar qualquer entrave à sua utilização, e pelos incentivos constantes ao estudo;

Ao Professor Doutor Henrique Pereira pela ajuda obtida no delinear e concretização da investigação;

À Doutora Graça Esgalhado, pelo esforço e disponibilidade constante em ajudar numa fase complicada mas crucial da investigação, tendo contribuído para a concretização do estudo de forma inigualável;

A todos, os que de uma forma ou de outra me ajudaram e apoiaram ao longo do meu percurso académico, e em especial nesta recta final,

Bem-haja.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Índice

Dedicatória.....	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Agradecimentos	ix
Lista de tabelas	xvii
Lista de acrónimos.....	xxi
Lista de anexos.....	xxiii
Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico	5
Capítulo I. A mama e o cancro de mama	7
1.1. A entidade e o estigma da doença oncológica	8
1.2. Epidemiologia	9
1.3. Tratamentos	10
1.3.1. Cirurgia	10
1.3.2. Quimioterapia	11
1.3.3. Radioterapia	11
1.3.4. Hormonoterapia	11
1.3.5. Fisioterapia de Reabilitação.....	12
1.4. Reconstrução mamária	12
1.5. Intervenções psicológicas	13
Capítulo II. Repercussões do cancro e do tratamento a nível psicossocial	17
2.1. Impacto emocional e psicossocial.....	17
2.2. Impacto na imagem corporal	18
2.3. Importância do suporte social e da família.....	20
Capítulo III. Relacionamento conjugal	23
3.1. Importância e impacto na relação	23
3.2. Satisfação no relacionamento	25
Capítulo IV. A sexualidade	29
4.1. Definição de sexualidade	29
4.2. Impacto da cirurgia e dos tratamentos na sexualidade	29

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

4.3. Satisfação sexual.....	36
Parte II - Corpo Empírico	41
Capítulo V. Apresentação do estudo	43
5.1. Tipo de estudo	43
5.2. Objectivos da investigação.....	43
5.3. Hipóteses	44
5.4. Definição das variáveis em estudo.....	44
Capítulo VI. Método	47
6.1. Participantes.....	47
6.2. Instrumentos.....	55
6.2.1. Questionário sócio-demográfico	55
6.2.2. Inventário de Satisfação Sexual Golombok Rust (<i>GRISS; versão feminina</i>)	56
6.2.3. Inventário de Satisfação Marital Golombok Rust (<i>GRIMS; versão feminina</i>)	57
6.3. Procedimentos.....	58
6.4. Análise estatística	58
Capítulo VII. Resultados	61
Capítulo VIII. Discussão	71
Capítulo IX. Considerações finais	79
Bibliografia.....	83
Anexos	93

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Lista de tabelas

Tabela 1 - Distribuição frequencial das participantes.....	47
Tabela 2 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pelos dois grupos de idades	47
Tabela 3 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pelas habilitações literárias.....	48
Tabela 4 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pela situação económica	48
Tabela 5 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pela zona de residência.....	49
Tabela 6 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pelo estado civil	49
Tabela 7 - Distribuição frequencial e percentual das participantes segundo o tipo de parceiro.....	50
Tabela 8 - Distribuição frequencial da duração do relacionamento das participantes em anos	50
Tabela 9 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem ou não filhos.....	50
Tabela 10 - Distribuição frequencial do número de filhos das participantes	50
Tabela 11 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pelo envolvimento em actividade sexual.....	51
Tabela 12 - Distribuição frequencial do tempo decorrido em meses desde o diagnóstico.....	51
Tabela 13 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pelas tipologias de cancro.....	52
Tabela 14 - Distribuição frequencial e percentual das participantes segundo os tratamentos cirúrgico realizados.....	53
Tabela 15 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não radioterapia.....	53
Tabela 16 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não quimioterapia.....	53
Tabela 17 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não hormonoterapia.....	54
Tabela 18 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não fisioterapia.....	54
Tabela 19 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não outros tratamentos oncológicos.....	54

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 20 - Distribuição frequencial e percentual das participantes pela desejabilidade percebida.....	55
Tabela 21 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função da crença de que o parceiro se sentia sexualmente mais atraído antes da cirurgia.....	55
Tabela 22 - Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não reconstrução mamárias.....	55
Tabela 23 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função dos grupos etários.....	61
Tabela 24 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função do estado civil.....	62
Tabela 25 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função das habilitações literárias.....	63
Tabela 26 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função da cirurgia realizada.....	64
Tabela 27 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função dos tipos de mastectomia.....	64
Tabela 28 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função do tratamento radioterapêutico.....	65
Tabela 29 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função do tratamento quimioterapêutico.....	66
Tabela 30 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função do tratamento hormonoterapêutico.....	66
Tabela 31 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função do tratamento fisioterapêutico.....	66
Tabela 32 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função da frequência de actividade sexual.....	67
Tabela 33 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função da percepção de desejabilidade.....	68
Tabela 34 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função da percepção de atractividade do parceiro.....	68
Tabela 35 - Distribuição dos valores médios de insatisfação sexual e de satisfação sexual em função da realização de reconstrução mamária.....	69

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Lista de acrónimos

EUA	Estados Unidos da América
IARC	International Agency for Research on Cancer
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
GRISS	Golombok Rust Inventory of Marital State / Inventário de Satisfação Marital Golombok Rust
GRIMS	Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction / Inventário de Satisfação Sexual de Golombok Rust
FSFI	Female Sexual Function Index
BSI	Brief Symptom Inventory

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Lista de anexos

Anexo 1 - Questionário aplicado	95
Anexo 2 - Pedido de autorização ao presidente do concelho de administração do Centro Hospitalar da Cova da Beira para realização da investigação.....	103
Anexo 3 - Pedido de autorização aos directores do departamento de saúde da criança e da mulher do Centro Hospitalar da Cova da Beira para realização da investigação.....	107
Anexo 4 - Consentimento informado aplicado às utentes do Centro Hospitalar da Cova da Beira.....	111
Anexo 5 - Consentimento informado.....	115

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Introdução

O cancro de mama é uma neoplasia muito frequente entre as mulheres, tendo vindo a registar um aumento em mulheres com idades mais jovens. O seio é um símbolo de feminilidade e erotismo por excelência, sendo que qualquer ocorrência de dano nos seios afecta a imagem que a mulher tem do seu corpo e da sua feminilidade. De facto, um diagnóstico de cancro prediz um momento angustiante na vida da mulher e provoca várias transformações na sua vida pessoal e relacional (Bultz, Speca, Brasher, Geggie, & Page, 2000). Além disso, das preocupações associadas com a sua feminilidade, também a sexualidade é um das maiores fontes de angústia para a mulher e para o casal (Duarte & Andrade, 2003).

Apesar da evolução dos tratamentos para combate ao cancro de mama ainda se verifica uma elevada mortalidade. Os tratamentos cirúrgicos e os tratamentos adjuvantes, como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia danificam o seio, influenciando mudanças na imagem corporal e na auto-estima da mulher, bem como provocam alterações na sexualidade vivenciada, sendo frequentes as disfunções sexuais decorrentes dos tratamentos (Mercadante, Vitrano & Catania, 2010). A reconstrução mamária oferece à mulher melhores resultados estéticos, o que tem implicações positivas na auto-imagem (Rowland et al, 2000).

A possibilidade de cancro tem impacto emocional significativo, sendo frequente o surgimento de depressões e de elevados níveis de ansiedade. Assim, as alterações emocionais decorrentes do diagnóstico, dos respectivos tratamentos e da necessidade de constante adaptação à nova condição da mulher, levam a que as intervenções psicológicas sejam pertinentes ao reduzir as alterações emocionais e ao aumentar a qualidade de vida da mulher e dos que a rodeiam (Reese et al., 2010).

A família é uma fonte de suporte constante e relevante para a mulher. O cancro de mama tem consequências quer para a paciente como para o seu parceiro, na medida em que influencia a imagem corporal, a sexualidade e o relacionamento (Barradas, 2009). Em caso de existir um relacionamento amoroso, o parceiro é uma das principais fontes de apoio, sendo determinante a qualidade deste apoio para o bem-estar da mulher (Manne et al., 2006). O relacionamento é por vezes afectado pela difícil adaptação à doença e pelas inerentes alterações decorrentes dos tratamentos, revelando-se preponderante um suporte social e familiar coeso e adequado que ajude ao processo adaptativo, tanto do casal como da família (Boehmer & Case, 2007).

Sendo que o cancro de mama põe em causa um símbolo de sexualidade por excelência, a experiência de afecção de feminilidade pode ter impacto na imagem corporal e na sexualidade e consequentemente afectar o relacionamento entre o casal (Sheppard & Ely,

2008). Dado que a satisfação da mulher com o relacionamento é influenciada pelo contexto social em que o relacionamento está inserido, a comunicação, a compreensão e a percepção de ser aceite pelo conjugue levam a mulher a sentir-se satisfeita com o relacionamento mantido (Scorsolini-Comin & Santos, 2009).

A sexualidade é uma dimensão importante da vida da mulher e do casal que envolve aspectos físicos, comportamentais, interpessoais e psicológicos. Os tratamentos a que as mulheres são submetidas para o combate à doença e as alterações psicológicas têm consequências ao nível da sexualidade, sendo frequente a ocorrência de disfunções sexuais em mulheres com cancro de mama (Mercadante et al., 2010).

O bem-estar psicológico da mulher, a sua satisfação com o relacionamento e a existência de uma vida sexual pré-mórbida satisfatória influenciam a satisfação sexual da mulher após o cancro. Alguns autores defendem que as mulheres após os tratamentos a que são submetidas têm uma satisfação sexual inferior à apresentada antes da cirurgia (Barros, 2008). Porém outras investigações sustentam a ideia de que, independentemente do tratamento realizado, as mulheres podem estar satisfeitas com a sua sexualidade (Lumbreras & Blasco, 2008)

Deste modo a presente investigação procura avaliar a satisfação sexual e a satisfação no relacionamento de um grupo de mulheres com anterior diagnóstico de cancro de mama, submetidas a tratamento cirúrgico, bem como a outros tratamentos oncológicos adjuvantes.

O presente trabalho encontra-se estruturado de modo a incorporar toda a informação acerca da investigação realizada e dos resultados alcançados.

Assim, na primeira parte surge o enquadramento teórico da presente dissertação, a qual abarca toda a revisão bibliográfica realizada e sobre a qual se fundamenta a investigação. Envolve como temas principais, as diversas tipologias de cancro e os tratamentos existentes para suplantá-lo, o impacto emocional e psicossocial do cancro e as suas implicações ao nível da imagem corporal. São ainda abordados temas associados com o relacionamento amoroso, nomeadamente a importância do suporte familiar e o impacto que o cancro tem na relação, bem como a satisfação no relacionamento do casal nas mulheres com cancro de mama. No âmbito da sexualidade, deu-se importância a temas como a influência dos tratamentos cirúrgicos e dos tratamentos adjuvantes na sexualidade, e a satisfação das mulheres com a sua sexualidade.

Na segunda parte, que visa a apresentação do estudo empírico desenvolvido, realiza-se uma descrição e caracterização da investigação apresentando-se os objectivos e as hipóteses formuladas, as variáveis identificadas e ainda o método utilizado. Engloba ainda a caracterização das participantes, a descrição dos instrumentos utilizados, e dos procedimentos realizados para a operacionalização das variáveis e respectiva concretização do estudo. Após a descrição dos resultados obtidos é apresentada a discussão dos resultados

obtidos, salientando-se as principais considerações finais, limitações e mais-valias da investigação desenvolvida.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I. A mama e o cancro de mama

O seio é um símbolo de feminilidade e de atractividade sexual, representando a identidade feminina (Nunes, 2008). Em algumas culturas os seios são considerados um símbolo do aspecto estético, da sexualidade, da maternidade e da nutrição infantil (karaöz, Aksu, & Küçük, 2010). Sendo a mama um símbolo da sexualidade por excelência, leva a que frequentemente se assuma que qualquer patologia que possa ameaçar este órgão desencadeia a perda da auto-estima, a sentimentos de inferioridade e de rejeição, sentidos pela doente quanto ao seu corpo, mas também pode ser percebida como proveniente dos que a rodeiam (Ramos & Patrão, 2005).

Em latim a palavra “cancro” significa caranguejo, e representa as inúmeras doenças que se caracterizam pelo crescimento incontrolável de células anormais (Ribeiro, 1998). Especificamente, o cancro da mama consiste num grupo de células neoplásicas que se desenvolvem nas células epiteliais do tecido mamário, através da perda da capacidade destas em comandar e limitar o seu crescimento, o que leva a uma divisão aleatória dessas mesmas células, que apresentam uma multiplicação desordenada e capacidade de invasão (Nunes, 2008). Resumidamente, o cancro pode assim ser descrito como sendo um defeito que provoca a multiplicação das células de forma incontrolável (Ribeiro, 1998), sendo que esta multiplicação desordenada de células que se reproduzem a grande velocidade desencadeia o surgimento de neoplasias malignas que podem vir a criar e afectar as áreas vizinhas criando metástases (Duarte & Andrade, 2003).

Podem ser considerados inúmeros precursores biopsicossociais do cancro, sendo de referir, nomeadamente, a predisposição genética, factores comportamentais, factores ambientais, stress, sistema imunitário, acontecimentos de vida e aspectos de personalidade tais como por exemplo, a depressão (Ribeiro, 1998; Odefrey et al., 2010).

Genericamente existem dois tipos de tumor: os malignos e os benignos. Enquanto que os benignos se caracterizam pela não proliferação pelo corpo, os tumores malignos, exibem metástases, ou seja, têm a capacidade de se espalharem pelo corpo e afectar qualquer tecido corporal (*idem*).

De facto, o cancro de mama abrange várias especificações. (1) Ductal in situ: o termo define o cancro da mama precoce quando se encontra limitado aos ductos (carcinoma ductal in situ). Nesta fase podem não aparecer sinais ou sintomas na mulher, caracterizando-se ainda por ser não invasivo; (2) Ductal invasivo: é o cancro invasivo da mama mais frequente, origina-se nos ductos e invade o estroma mamário. Nesta fase pode disseminar-se através dos vasos linfáticos ou sanguíneos, atingindo outros órgãos; (3) Lobular in situ: este tumor é classificado como cancro da mama não invasivo, mas é tido como uma lesão pré-maligna.

Podem não aparecer sinais ou sintomas; e (4) Lobular invasivo: tem origem nos lóbulos (unidades productoras de leite) da mama e pode originar metástases (Ministério da Saúde, s.d.).

1.1. A entidade e o estigma da doença oncológica

Um diagnóstico de cancro de mama anuncia um tempo angustiante na vida da mulher (Bultz et al., 2000), e inevitavelmente envolve o surgimento de stress emocional, psicológico e físico na mulher (Karabulut & Erci, 2009). Assim, assume-se que o cancro da mama provoca uma série de transformações na vida da mulher que dele padece, tanto a nível pessoal como a nível relacional (Duarte & Andrade, 2003).

Na verdade, as preocupações da paciente com diagnóstico de cancro de mama remetem não só para a sua imagem de feminilidade mas também para medos relativos à sua sexualidade e à sua relação conjugal (Duarte & Andrade, 2003; Ramos & Patrão, 2005). Existe cada vez mais evidência de que o cancro pode resultar em mudanças dramáticas na sexualidade, funcionamento sexual e nas relações íntimas de casal, com implicações significativas tanto para a qualidade de vida como para o bem-estar psicológico (Gilbert, Ussher, & Perz, 2010). A percepção de perda do atributo de feminilidade, de maternidade e sexualidade, tal como da mama é uma experiência altamente traumática, levando frequentemente a uma reavaliação da vida (Skrzypulec, Tobor, Droszol, & Nowosielski, 2008).

Sendo uma neoplasia muito comum, é possivelmente a mais temida entre as mulheres, não só devido à sua elevada frequência bem como aos seus efeitos psicológicos, que podem afectar a mulher na sua sexualidade e na percepção da sua imagem corporal (Amâncio & Costa, 2007). Segundo Maluf (2008) e Schover (1991), é normal que a maioria das mulheres ao receberem o diagnóstico de cancro tenham reacções de tristeza, choque, desconfiança, mal-estar, raiva, dor e medo intenso, etc. O acompanhamento contínuo da família e do companheiro ao longo do processo de diagnóstico e tratamento influencia positivamente a forma de a mulher encarar a doença (Barbosa, 2008). De facto, viver com cancro de mama requer uma reorganização da vida diária, admitindo um novo padrão de vida. Neste processo, indefinições e medos acerca do futuro causam ansiedade ou depressão, justificando-se a implicação na qualidade de vida nas mulheres com cancro de mama (Zanapalioğlu, Atahan, Gür, Çökmez, & Tarcan, 2009).

1.2. Epidemiologia

Apesar dos avanços na medicina, o cancro da mama continua a ser responsável por elevados índices de mortalidade, sendo considerada uma preocupação de saúde pública no que respeita à saúde feminina (Boyle & Levin, 2008; Duarte & Andrade, 2003). De facto, quando mais rapidamente for detectado maiores são as possibilidades de um tratamento ser bem sucedido, visando a cura do paciente (Nunes, 2008). Como referiram Bertan e De Castro (2010), face à elevada incidência de cancros é necessário ter em conta a importância de um diagnóstico precoce e do devido tratamento, bem como, ter em conta a percepção que o paciente tem sobre a sua vida.

No entanto, a incidência do cancro de mama tem vindo a registar um aumento ao longo dos anos, o qual tem sido atribuído, em parte, a uma detecção precoce, a qual se relaciona com campanhas de esclarecimento e consciencialização da doença, bem como aos progressos no equipamento de mamografia permitindo o diagnóstico a três dimensões (Marques, 2003). Tem-se verificado um aumento da incidência de cancro de mama nas faixas etárias mais jovens (Freitas-Junior et al., 2010). O facto de esta incidência ter aumentado não implica um aumento na mortalidade, sendo que o sucesso na cura desta doença tem vindo a aumentar muito, devido aos avanços que se verificam ao nível do diagnóstico precoce e da terapia (Ribeiro, 1998).

Segundo Rodríguez (2007), o cancro de mama é o tipo de cancro mais comum na União Europeia e o tumor mais comum entre as mulheres de todo o mundo. Actualmente, é uma das causas de morte mais frequentes em mulheres de aproximadamente 35 anos de idade nos Estados Unidos da América (EUA) e nos países industrializados da Europa (Baltar et al., 2001). Na Ásia, a sua incidência tem aumentado verificando-se um aumento dos casos nomeadamente em mulheres mais jovens (Shin et al., 2010).

Segundo a *American Cancer Society*, em 2007 o cancro era a segunda causa de morte nos EUA, sendo a principal causa de morte nas mulheres dos 40 e os 79 anos. Especificamente, em mulheres dos 20 aos 39 anos é o tipo de cancro mais prevalente e causador de morte, o que também ocorre em mulheres entre os 40 aos 59, faixa onde se registam substancialmente mais casos de morte comparativamente à faixa etária anterior (Jemal, Siegel, Xu, & Ward, 2010).

A prevalência de mortalidade provocada pelo cancro de mama após 1988 varia bastante entre os países europeus, sendo o Reino Unido um dos países com maiores reduções. Entre 1989 a 2006 houve uma redução média da mortalidade por cancro de mama tendo diminuído cerca de 20% em 15 países. Especificamente, dos países europeus, a Inglaterra e o País de Gales, a Irlanda do Norte e a Escócia ocupam os lugares cimeiros, registando a segunda, terceira e quarta maior diminuição respectivamente de 35%, 29% e 30%. No caso da França, Finlândia e Suécia a mortalidade diminuiu 11%, 12% e 16% respectivamente, enquanto

que nos países da Europa Central a mortalidade não aumentou nem diminuiu durante o período de tempo estudado. A tendência de diminuição na mortalidade entre 1988 e 1996, e a redução persistente de 1999 a 2006 indica que esta tendência pode continuar (Autier et al., 2010).

Em Portugal, nos últimos anos verificou-se uma inversão na tendência crescente da mortalidade por cancro da mama, actualmente em declínio em vários países, o que poderá estar relacionado com um aumento da detecção precoce da doença e ao acesso a tratamentos eficazes (Bastos, Barros, & Lunet, 2007). Recentemente, os dados da *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2008), indicam que em Portugal, o cancro de mama encontra-se entre os três principais tipos de cancro. Segundo Bastos et al. (2007), no início da década de 90, observou-se uma mudança na variação da mortalidade por cancro de mama com uma diminuição de 2% por ano entre 1992 e 2002, e declínios mais acentuados nos distritos com maiores taxas de mortalidade. Os dados obtidos pela IARC (2008) indicam que, em Portugal, das mulheres que sofrem de cancro, 27,7% delas padecem de cancro de mama, sendo que a mortalidade atinge os 15,9%.

1.3. Tratamentos

1.3.1. Cirurgia

São vários os tratamentos cirúrgicos disponíveis para o tratamento do cancro de mama. De modo geral, existem dois procedimentos cirúrgicos para o tratamento local do cancro de mama. A cirurgia conservadora da mama ao envolver a remoção do tumor e de tecido envolvente sem a ablação da mama demonstrou ser um tratamento seguro e uma experiência menos disruptiva para a mulher em comparação com a mastectomia (Janni, 2001; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN, 2005).

A cirurgia conservadora da mama pode ser realizada com recurso a duas técnicas clássicas: a quadrantectomia e a tumorectomia (Tiezzi, 2007). A tumorectomia é uma cirurgia aplicada quando o tumor apresenta pequenas dimensões, consistindo na remoção do referido tumor sendo, por vezes, igualmente removidos os gânglios linfáticos das axilas como medida preventiva. Relativamente à quadrantectomia, envolve a conserva do seio, na medida em que é retirado o tumor, uma parte do tecido que o envolve e o tecido que recobre o peito abaixo do tumor (Ministério da Saúde, s.d.)

A mastectomia consiste noutra alternativa de tratamento, envolvendo vários subtipos. Assim, a mastectomia simples ou total é aplicada em casos de tumor difuso, e consiste na remoção da mama e por vezes dos gânglios linfáticos adjacentes. A mastectomia radical modificada envolve a remoção da mama, dos gânglios linfáticos da axila e ainda a remoção

do tecido que reveste os músculos peitorais. Por sua vez, a mastectomia radical consiste numa cirurgia aplicada a tumores de maiores dimensões, sendo indicada a sua realização quando o tumor já se encontra quanto à sua progressão no estágio III. Envolve a remoção completa da mama, dos músculos peitorais, dos gânglios linfáticos da axila, e ainda a remoção de gordura e pele em excesso, sendo dada a sua agressividade uma cirurgia raramente realizada comparativamente às restantes cirurgias (Ministério da Saúde, s.d.; SIGN, 2005).

1.3.2. Quimioterapia

Consiste na utilização de drogas que actuam destruindo as células malignas, podendo ser aplicada através de injeções intramusculares ou endovenosas ou mesmo através da via oral (Ministério da Saúde, s.d.). Caracteriza-se como sendo um tratamento susceptível de reduzir o risco de reincidência de cancro. De salientar que as mulheres com idade inferior aos 70 anos com cancro de mama numa fase ainda inicial, são alvos consideráveis para a quimioterapia adjuvante (SIGN, 2005)

1.3.3. Radioterapia

É um tratamento local que envolve a utilização de raios de energia com a capacidade de aniquilar as células cancerosas e impedir a sua multiplicação (*idem*). Após cirurgia conservadora da mama e em certos casos de mastectomia deve-se irradiar toda a mama independentemente da realização de demais tratamentos. Em cerca de 50% dos pacientes com cancro, a radioterapia é um dos tratamentos utilizados, por vezes ao longo da doença, sendo parte considerável de uma intervenção multidisciplinar. No entanto, esta percentagem varia consoante o tipo de cancro em questão. Enquanto tratamento adjuvante é frequentemente usado no tratamento de pacientes com cancro no cancro de mama após cirurgia conservadora da mama ou em determinados pacientes após mastectomia de modo a reduzir o risco de reincidência, tendo por finalidade reduzir a mortalidade provocada pelo cancro de mama e aumentar a taxa de sobrevivência (Boyle & Levin, 2008).

De facto, a radioterapia tem um papel importante no tratamento do cancro de mama ao reduzir o risco de reincidência do cancro, sendo que os benefícios que apresenta tendem a prevalecer face aos riscos de morbilidade associados à radiação (SIGN, 2005).

1.3.4. Hormonoterapia

A hormonoterapia actua sobre as células de todo o corpo tendo por finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento. Assim, inclui o recurso a drogas que modificam a actuação das hormonas, ou pode passar pela cirurgia de remoção dos ovários os quais são responsáveis pela produção das referidas hormonas (Ministério da Saúde, s.d.; SIGN, 2005)

1.3.5. Fisioterapia de Reabilitação

O tratamento oncológico para o cancro de mama pode propiciar o desenvolvimento de complicações físicas e funcionais no braço homolateral (Batiston & Santiago, 2005). Em casos de pacientes com cancro a reabilitação consiste num processo de ajuda à paciente de modo a recuperar a funcionalidade física, social e fisiológica após os tratamentos de combate ao cancro. Os programas de reabilitação incluem uma abordagem interdisciplinar e compreensiva dando suporte aos pacientes e familiares ajudando a lidar com as sequelas do tratamento procurando devolver-lhes a qualidade de vida e a capacidade funcional. A pesquisa, neta área sugere a eficácia dos programas de reabilitação ao favorecer o bem-estar funcional da mulher, nomeadamente ao nível da qualidade de vida, estatuto psicossocial e comorbilidade psiquiátrica (Boyle & Levin, 2008; Gordon, Battistuta, Scuffman, & Tweeddale, 2005).

1.4. Reconstrução mamária

A reconstrução mamária representa uma possibilidade de reabilitação para mulheres que necessitam realizar mastectomia radical como tratamento principal à doença. O avanço das técnicas de cirurgia plástica tem proporcionado resultados positivos ao nível estético e psicológico decorrente do tratamento, ao reduzir o trauma causado pela mutilação (Duarte & Andrade, 2003). Para certas mulheres, o seio enquanto órgão sensorial e erógeno, importa mais do que a aparência geral. A reconstrução devolve uma simetria ao busto ao redesenhar a silhueta feminina, mas, sem no entanto devolver ao seio reconstruído uma sensibilidade táctil satisfatória, nem qualquer sensibilidade erógena (Henry, Baas, & Mathelin, 2010).

A possibilidade de conservação e de reconstrução da mama dão à mulher uma nova sensação de controlo no seu tratamento, e são muito bem sucedidos na ajuda às mulheres a sentirem-se novamente confortáveis com o seu corpo (Schover, 1991).

A maior disponibilidade ao nível da reconstrução mamária em pacientes com cancro de mama oferece melhores resultados estéticos às sobreviventes (Rowland et al., 2000). Em mulheres que não realizaram reconstrução mamária, a mastectomia é vista como mutilação, principalmente nas mulheres que tinham auto-imagem negativa anterior à cirurgia,

contrariamente às que realizaram reconstrução mamária e que sentiam o efeito da cirurgia minimizado (Maluf, 2008).

Existe evidência de vantagens da reconstrução imediata face à tardia, não somente ao nível de melhores resultados estéticos, mas também ao nível da qualidade de vida e do bem-estar psicológico, com diminuição da depressão, ansiedade, aumento da auto-estima e melhorias na imagem corporal (*idem*). Segundo Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto, e Gurgel (2009), as mulheres submetidas a quadrantectomia ou mastectomia com reconstrução imediata apresentam melhores resultados em relação à atractividade quando comparadas a mulheres mastectomizadas sem reconstrução mamária.

Assim, para certas mulheres a reconstrução mamária constitui uma resposta às suas perturbações. No entanto a reconstrução mamária não é desejada para a maioria das mulheres (80%), nomeadamente para as mulheres mais velhas, nas quais o relato sobre o seu corpo e feminilidade se transformou. Os motivos que levam a mulher a recusar a reconstrução ultrapassam a apreciação racional e objectiva das realidades, das vantagens e dos inconvenientes de cada uma das possibilidades. Pois fundamentalmente, a questão de viver sem um seio ou viver com um seio reconstruído coloca-se de forma subjectiva para cada mulher mastectomizada, sendo que a resposta a esta questão depende da representação da mulher do que é um seio reconstruído (Henry et al., 2010).

Deste modo, os motivos da recusa são por vezes múltiplos e intrincados, misturando elementos médicos, sociais e psicológicos tanto conscientes como inconscientes. Todavia, o motivo envolve o facto de a reconstrução remodelar o busto mas não devolver as funções orgânicas e sensoriais do seio. De facto, algumas mulheres vêem a reconstrução mamária como um dano suplementar, e não como uma reparação (*idem*).

1.5. Intervenções psicológicas

As intervenções psicológicas podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com cancro da mama reduzindo a alteração emocional, melhorando a adaptação às novas situações, facilitando o lidar com a doença com um menor desgaste psicológico e contribuindo para uma melhor recuperação a diversos níveis: físico, psicológico e social (Rodríguez, 2007). De facto, o psicólogo em contexto oncológico tem como principal objectivo manter o bem-estar psicológico das mulheres durante o tratamento (Venâncio, 2004).

O diagnóstico e o tratamento para o cancro afectam a condição emocional da mulher, com claras repercussões psicológicas que variam de acordo com a fase de adoecimento e tratamento, afectando o ajustamento psicossocial e prejudicando a qualidade de vida da doente (Rossi & Santos, 2003).

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Segundo Venâncio (2004), as mulheres que realizam acompanhamento psicológico apresentam maior ajustamento à doença, redução de distúrbios emocionais como a ansiedade e a depressão, melhor adesão aos tratamentos, e ainda diminuição dos sintomas adversos associados ao cancro e aos respectivos tratamentos.

O tratamento para o stress psicológico requer uma abordagem multidisciplinar que envolva o encaminhamento atempado que vise aconselhamento para a saúde mental, serviços sociais e médicos (Dizon, 2009). Sabe-se que as pacientes podem beneficiar de diferentes tipos de intervenção psicológica, nomeadamente intervenções psicoeducativas, intervenções psicoterapêuticas individuais (comportamentais, cognitivas ou mesmo dinâmicas), ou mesmo intervenções mediadas por processos psicológicos em grupo (Rodríguez, 2007). As mulheres com diminuição do desejo ou excitação, ou que tenham manifestado preocupações acerca da relação com o seu parceiro podem beneficiar de aconselhamento ou educação em saúde sexual ao longo da doença (Speer et al., 2005).

O diagnóstico de cancro e todo o processo de adaptação decorrente são vivenciados pela doente e pela sua família como um momento angustiante, de forte sofrimento e ansiedade (Venâncio, 2004). As intervenções psicológicas revelam-se pertinentes em vários domínios, como ao nível da auto-estima das mulheres com cancro, contribuindo significativamente para a sua recuperação (Andersen & Elliot, 1993). Intervenções que incluam estratégias para reduzir os sintomas depressivos das mulheres e promover a qualidade e a satisfação no relacionamento podem ajudar a reduzir as dificuldades com a imagem corporal após situações de cancro de mama (Zimmermann, Scott, & Heinrichs, 2010). As terapias sexuais e terapias cognitivo-comportamentais existem para prevenir ou minimizar os tipos ou a magnitude de problemas psicossociais e a qualidade de vida (Yurek, Farrar, & Andersen, 2000).

A intervenção psicossocial pode ter tido um efeito benéfico tanto na doente como no seu parceiro, assumindo um efeito protector nos relacionamentos, na medida em que permite explorar formas de melhorar a relação através de uma comunicação mais aberta de pensamentos e sentimentos, permitindo aos parceiros fortalecerem ou protegerem os seus relacionamentos das mudanças associadas ao stress provocado pelo cancro. Assim, assume-se que intervenções psicossociais breves direccionadas aos parceiros de pacientes com cancro de mama podem beneficiar a ambos os membros do casal e ajudar a proteger a relação dos efeitos deletérios resultantes do diagnóstico e tratamento (Bultz et al., 2000).

Uma intervenção psicoeducativa em grupo ao longo de seis semanas, vocacionada para o bem-estar de mulheres sobreviventes ao cancro de mama verificou que as mulheres identificavam melhorias em termos do ajustamento no relacionamento e na comunicação, e ainda melhorias na satisfação sexual, quatro meses após a intervenção. Pode assim dizer-se que, de facto, existe evidência de melhorias no ajustamento relacional e na comunicação, tal

como na satisfação sexual (Rowland et al., 2009). Especificamente, mulheres mastectomizadas beneficiam de ajuda profissional a longo prazo, sendo os grupos de suporte uma possibilidade válida (krzypulec, Tobor, Drosdzol, & Nowosielski, 2008).

As intervenções psicossociais têm o potencial de provocar mudanças relevantes na auto-percepção da sexualidade em mulheres com cancro. O sucesso destas intervenções em resposta a preocupações sexuais sugere que uma perspectiva ampla na sexualidade e intimidade pode ser uma componente importante das intervenções bem sucedidas que abordam a sexualidade no cancro (Reese, Keefe, Somers, Abernethy, 2010). Os problemas sexuais de mulheres com cancro são mais difíceis de tratar, devendo a nível dos cuidados de saúde criar-se um ambiente que encoraje um esforço mútuo de responsabilidade, criando um reportório alargado de intervenções psicosexuais (Andersen & Elliot, 1993). Assumindo que a disfunção sexual advém de uma combinação de múltiplos factores, desde a ablação mamária ao comprometimento da responsividade genital como resultado de terapias complementares (ou mudanças naturais à menopausa), requer intervenções orientadas para a vertente psicológica e fisiológica (Schain, 1988). Além disso, uma abordagem directa da sexualidade em contexto de casal pode trazer benefícios significativos à resposta sexual de mulheres com cancro (Reese, Shelby, Keefe, Porter, & Albernethy, 2010).

Capítulo II. Repercussões do cancro e do tratamento a nível psicossocial

2.1. Impacto emocional e psicossocial

Como referiu Patrão (2007), o tipo de cirurgia pode implicar diferenças na resposta emocional da doente. A reacção emocional que se segue a um diagnóstico de cancro de mama pode variar de caso para caso, no entanto, é certo que pode ser considerado uma experiência de crise, stressante, e que pode ter diferentes consequências negativas a nível psicossocial. (Patrão & Leal, 2004). As consequências emocionais do cancro dependem em muito do tipo de cancro, havendo expectativas de sobrevivência diferentes, processos terapêuticos mais ou menos agressivos (quimioterapia ou radioterapia), alterações a nível da imagem corporal mais mutilantes, no caso da mastectomia, ou menos mutilantes, quando realizada cirurgia conservadora da mama (Ribeiro, 1998).

A maioria dos estudos confirma que, de facto, dá-se um impacto emocional significativo quando surge a hipótese de cancro da mama, embora os níveis de ansiedade e depressão tendam ainda a diminuir ao longo dos anos (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie, & David, 2002). Porém é recorrente que após o diagnóstico a mulher passe por uma fase de choque inicial e descrença, seguindo-se uma fase confusional com sentimentos de ansiedade, depressão, irritabilidade e pensamentos intrusivos face ao futuro (Patrão & Leal, 2004). Deste modo, é seguro afirmar que entre os efeitos psicossociais do cancro se encontram a depressão, perturbações mentais de causa orgânica como o delírio ou a demência e ainda os efeitos que a doença tem no contexto familiar (Ribeiro, 1998).

As circunstâncias com as quais a mulher é confrontada, nomeadamente o diagnóstico e a intervenção cirúrgica fazem com que externalize os seus sentimentos através da rejeição, tristeza, vergonha e solidão (Amâncio & Costa, 2007). Frequentemente face a um diagnóstico de cancro de mama a reacção inicial da paciente tende a ser de choque e descrença, seguindo-se uma fase de confusão patenteada por um conjunto de sentimentos antagónicos, como a ansiedade, a depressão, a irritabilidade e pensamentos intrusivos sobre o futuro (Nosarti et al., 2002). Segundo Huguet et al. (2009), a idade, a escolaridade, o tipo e o tempo decorrido desde a cirurgia não influenciam a qualidade de vida no domínio físico, psicológico e sociais.

A intervenção cirúrgica, nomeadamente a mastectomia agride a mulher na sua identidade feminina. Sendo a mama um símbolo de feminilidade e atractividade feminina (Nunes, 2008), a perda da mama pode provocar mudanças no estilo de vida e influenciar de

forma negativa o comportamento, na medida em que leva ao desenvolvimento de sentimentos de desvalorização pessoal, alteração do auto-conceito e da auto-estima, levando a que a mulher se sinta incapacitada (Amâncio & Costa, 2007). Assim, segundo Nosarti et al. (2002), o evitamento numa fase pós-cirúrgica pode revelar-se benéfico, ajudando a mulher a lidar com este momento e com a sua nova imagem corporal, na medida em que não se procura negar a existência da doença, mas sim as implicações que a doença pode ter.

A resposta emocional do doente é mais ou menos expressiva dependendo não só do tipo de cancro do qual padece, mas da combinação deste aspecto com a personalidade do doente e do tratamento a que é submetido (Ribeiro, 1998). O impacto psicossocial do tipo de cirurgia realizada ocorre principalmente ao nível da imagem corporal e dos sentimentos de atractividade (Rowland et al., 2000). As variáveis psicossociais como a imagem corporal e a satisfação conjugal predizem significativamente o bem-estar da mulher com cancro da mama (Albuquerque, Gomes, Monteiro, Martins, & Albuquerque, 2010).

Como referiu Barros (2008), mulheres submetidas a cirurgia da mama, confrontadas com o tratamento, muito provavelmente têm uma sensação progressiva de menor atractividade e menor feminilidade, sendo que especificamente no caso da lumpectomia, as mulheres submetidas a esta cirurgia apresentam resultados mais positivos comparativamente a tratamentos mais evasivos (Rowland et al., 2000). Além de o sentido de feminilidade na mulher, deseabilidade e aceitabilidade poder ser prejudicado se a mama é modificada ou retirada, o impacto negativo pode ser intensificado pelo stress causado pela diminuição hormonal, especialmente se esta foi quimicamente induzida, precipitando-a (Schain, 1988). Recentemente, um estudo de Coelho (2008) conclui que mulheres submetidas a quimioterapia percebem uma boa qualidade de vida global, especialmente ao nível do funcionamento social. No entanto, as áreas do funcionamento emocional e físico apresentam performances inferiores.

2.2. Impacto na imagem corporal

Após a cirurgia a que são submetidas como tratamento para o cancro, as mulheres percebem uma diminuição da satisfação global com a sua imagem corporal (Didier et al. 2009), a qual está dependente da construção de feminilidade e de sexualidade que a mulher tem, o que modula a forma como esta constrói e experiencia a sua doença e sua imagem (Emilee, Ussher, & Perz, 2010).

Sabendo-se que quando ocorre uma mudança na imagem corporal de forma rápida e dramática a pessoa sente-se diferente, sexualmente menos atractiva (Ramírez & Flores, 2005), os tratamentos levam a alterações da imagem corporal, nomeadamente em casos de mastectomia (Nunes, 2008). Dado que a mastectomia altera negativamente a aparência física

e conseqüentemente o auto-conceito do seu corpo, a doente pode ter uma visão da auto-imagem e da vida de forma negativa (Barbosa, 2008). Como referiu Patrão (2007) é importante que a mulher integre a sua imagem corporal e que ao olhar-se no espelho reconheça o que vê como seu. O maior predictor de auto-aceitação da mulher é a extensão dos sintomas depressivos, sendo que existe uma forte relação entre a depressão e mudanças na percepção que a pessoa tem de si mesma (Zimmermann et al., 2010).

Os tratamentos a que as pacientes são submetidas têm impacto na auto-estima e auto-imagem das mulheres (Hawkins et al., 2009). No entanto, apesar do impacto do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade variar de mulher para mulher (Barros, 2008), é indiscutível que um tratamento mais invasivo, com é o caso da mastectomia, influencia a percepção que a mulher tem da sua feminilidade, pondo em causa o seu bem-estar, não apenas físico mas psicológico, além do seu relacionamento sexual com o seu companheiro (Barros, 2008; Nunes, 2008).

A mastectomia está associada a uma sensação de perda, sendo que a imagem corporal pode ser afectada levando a mulher sentir-se atractivamente menos sensual (Barbosa, 2008). Pelo facto de a imagem corporal ser altamente influenciada pela percepção dos outros (Sheppard & Ely, 2008), em alguns casos, as doentes referem dificuldade em mostrar o corpo desfigurado em locais públicos e mesmo perante outras pessoas, nomeadamente ao marido ou companheiro (Barbosa, 2008). No caso das mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, estas classificam a sua imagem corporal como mais satisfatória e estando mais confortáveis com sua nudez e carícias aos seios, verificando-se assim alguma evidência de que a conservação mamária oferece às mulheres mais jovens uma certa "protecção" psicológica (Schover, 1994). Em casos de tratamento envolvendo terapia não cirúrgica, Coelho (2008) desenvolveu um estudo com mulheres submetidas a quimioterapia, e constatou que estas demonstraram uma imagem corporal satisfatória.

A imagem corporal alterada e a insatisfação com a aparência física também afectam a sexualidade, sendo uma grande preocupação para a mulher (karaöz et al., 2010; Sheppard & Ely, 2008). Sabendo-se que após a cirurgia as mulheres apresentaram dificuldade em lidar com situações que envolvam a exposição do corpo, algumas das mulheres com cancro de mama adoptam modos alternativos de darem significado e expressarem a sua sexualidade de forma a potencializar as suas relações quotidianas (Duarte & Andrade, 2003).

Segundo Oliveira (2000) são as mulheres mais jovens e com um nível de instrução mais elevado que sofrem de maiores perturbações na sua auto-imagem. No entanto, nem todas as pesquisas indicam o mesmo. Recentemente, num estudo desenvolvido por Zimmermann et al. (2010), constataram que as mulheres mais velhas são mais propensas a relatar descontentamento com o seu corpo do que as mulheres mais jovens, resultados que os

autores assumem que poderão estar associado às mudanças relacionadas com o envelhecimento em termos de funcionalidade.

2.3. Importância do suporte social e da família

O Suporte social é um conceito multidimensional e consiste na percepção do indivíduo que o leva a crer que é amado, estimado e valorizado (Patrão, 2007). Consiste num factor atenuante face às condições agressivas características do diagnóstico e tratamento do cancro da mama, sendo que quando surge o diagnóstico, o tipo de suporte mais necessário é o suporte emocional, enquanto numa fase de tratamento e reintegração há maior necessidade de suporte instrumental e baseado na informação (Patrão & Leal, 2004). Neste último caso, uma boa relação e comunicação médico-paciente conduz a melhorias na saúde do paciente além de pacientes mais satisfeitos (Boehmer & case, 2007).

A família é um componente essencial na recuperação e conseqüentemente na segurança pessoal. A compreensão e o apoio do companheiro são importantes para o enfrentamento da situação vivenciada (Amâncio & Costa, 2007). O conjugue e os restantes elementos da família também têm de aprender a lidar com o diagnóstico e com os tratamentos, esperando-se o desenvolvimento de capacidades para enfrentar adequadamente as dificuldades decorrentes (Nunes, 2008). Assim, companheiro, filhos e familiares são importantes fontes de suporte social, mas só poderão ajudar a mulher se esta facilitar este processo, expressando o que sente de modo a que se sinta compreendida pelos outros. Inicia-se deste modo o processo de aceitação e de integração do diagnóstico (Patrão, 2007).

O importante para as pacientes é a percepção que têm sobre a qualidade do suporte social e não concretamente o número de pessoas que integram este suporte, considerando-se a família, amigos e profissionais de saúde as mais importantes fontes de suporte em casos de doença grave. Assim, o suporte social prima não pela quantidade de elementos que o compõe, mas sim pela satisfação percebida do suporte social fornecido (Patrão & Leal, 2004; Patrão, 2007).

Dado que o importante é considerar a percepção individual do suporte social, revela-se fundamental para a mulher, a forma como a família reage ao diagnóstico, pois o apoio familiar é um dos recursos externos de grande relevância. Sendo assim, apesar de se saber que toda a família, nomeadamente a mais próxima e que coabita com a doente, é fortemente afectada quer emocional como cognitivamente (Ribeiro, 1998), pode-se afirmar a importância da tríade, doente, profissional de saúde e família (Amâncio & Costa, 2007). O parceiro é uma das fontes de apoio principais, e a opinião do doente sobre o quão o parceiro a apoia e trata pode ser um determinante importante para o bem-estar da paciente (Manne et al., 2006).

Capítulo III. Relacionamento conjugal

3.1. Importância e impacto na relação

O cancro de mama tem implicações quer para a paciente como para o seu parceiro relativamente à imagem corporal, à sexualidade e ao relacionamento (Sheppard & Ely, 2008). A habilidade da mulher em vencer a doença pode beneficiar de uma relação de mutualidade, reciprocidade e companheirismo (Barradas, 2009).

O casamento é um tipo de união bastante fomentado, seja pela profundidade e intimidade proporcionadas, seja pela companhia e auto-afirmação provenientes da relação estabelecida com o parceiro, evidenciando-se a necessidade de aceitação das heterogeneidades, das discontinuidades e efemeridades das relações (Scorsolini-Comin & Santos, 2009). Muitos mitos, como o abandono da mulher pelo homem, a nudez da mulher, o término da vida sexual, não se concretizam se o casal já tiver realizado uma construção de vida a dois (Gradim, 2005). Tal como cada mulher reage de forma diferente a um diagnóstico de cancro de mama, também cada casal tem a sua forma de reagir. Apesar de se assumir que alguns casais, após diagnosticada a doença, fortalecem o seu relacionamento, outros vêem o seu relacionamento e a sua sexualidade serem afectados pela diminuição da auto-estima da mulher (Duarte & Andrade, 2003; Ramos & Patrão, 2005). Segundo Mercadante, et al. (2010), pacientes que não têm uma relação de compromisso podem terminar o namoro, devido ao medo de serem rejeitadas por um novo parceiro que irá conhecer a sua história de cancro.

Verifica-se um ajustamento marital do casal para a fase posterior ao diagnóstico (Barradas, 2009). Segundo Oliveira (2000), quando existe uma boa relação conjugal, esta mantém-se apesar da doença. Indo mais longe, Ramírez e Flores (2005) referem que o diagnóstico de cancro não provoca alterações matrimoniais em casais felizes mas pode exacerbar os conflitos em casais que já tenham problemas. Isto não significa que não possam surgir alguns problemas na relação durante o processo da doença, contudo esses problemas não são passíveis de comprometer o relacionamento (Barradas, 2009). Os problemas conjugais estão não só associados a piores resultados psicológicos em sobreviventes de cancro de mama, mas também a uma saúde mais precária. Sujeitos em relações stressantes têm continuamente elevados níveis de stress global o que prejudica a recuperação, deteriorando os comportamentos de saúde, comparativamente a quem as relações não se revelavam geradoras de stress (Yang & Schuler, 2009).

Além de a maioria das doentes não notar alterações na vida conjugal, muitas sublinham a ocorrência de melhorias no relacionamento, tais como o aumento da proximidade no casal (Barradas, 2009). Em casais que referiam dificuldades no relacionamento conjugal, o

diagnóstico despoletou uma aproximação, embora não tenha interferido no relacionamento sexual (Gradim, 2005). Quando a relação de casal está bem contribui para que as mulheres se sintam desejadas (Maluf, 2008). Assim, o apoio do companheiro tem uma importância fulcral na sexualidade da mulher (Holmberg, Scott, Alexy, & Fife, 2001). Os parceiros são mais propensos a apoiar as pacientes quando estas se sentem-se mais cansadas como consequência da dor, podendo esta desgastar relações de casais, através dos seus efeitos adversos no humor diário das pacientes (Badr, Laurenceau, Schart, Basen-Engquist, & Turk, 2010). Nos casos de cancro da mama, o apoio percebido pode fortalecer o relacionamento do casal. Porém, em outros casos pode também ter efeitos negativos, os quais muitas vezes surgem pela dificuldade em discutirem-se sentimentos relativos a feminilidade e à percepção de perda da mulher (Holmberg et al., 2001).

A comunicação entre o casal sobre aspectos associados ao cancro revela-se um predictor importante na adaptação de ambos os elementos do casal ao cancro, além de ter impacto na qualidade do relacionamento conjugal (Manne et al., 2006). Segundo Speer et al. (2005), falar acerca dos sentimentos e encontrar soluções para os problemas decorrentes do cancro são aspectos importantes. Deste modo, casais que lidam com uma situação de cancro têm a probabilidade de adoptarem estratégias para discutirem e resolverem assuntos potencialmente stressantes relacionados com o cancro (Manne et al., 2006).

O diagnóstico de cancro de mama, por si só, não pode ser considerado um factor de risco para problemas no relacionamento (Hinnen, Hagedoorn, Ranchor, & Sanderman, 2008). O efeito do tipo de cirurgia no ajustamento psicológico aparece mediado pelo sentimento de desfiguramento e pelas mudanças nos padrões afectivo-sexuais nos relacionamentos de casais (Maluf, 2008). A experiência de afecção da feminilidade leva a sérios impactos no conceito de sexualidade e imagem corporal que são fundamentais aos desafios e experiências afectando o relacionamento entre homem e mulher (Sheppard & Ely, 2008). Sendo que a mastectomia enquanto tratamento cirúrgico afecta um importante símbolo da feminilidade e da sexualidade feminina, certas mulheres apresentam alterações no seu relacionamento conjugal e na sua actividade sexual após a cirurgia (Duarte & Andrade, 2003).

Deste modo, revela-se importante que o paciente comunique com o parceiro que perdeu interesse pela actividade sexual devido ao estigma, à mutilação ou aos obstáculos físicos, dado que isto evita que sinta sentimentos de repulsa (Ramírez & Flores, 2005).

Mulheres mastectomizadas podem ter dificuldade em aceitar a cicatriz proveniente da cirurgia e podem perceber erroneamente que os parceiros se sintam perturbados com as mudanças no seu corpo (Sheppard & Ely, 2008). No entanto, Barbosa (2008), num estudo desenvolvido com mulheres com cancro de mama submetidas a mastectomia, verificou que na maioria das mulheres a relação conjugal não parece ter sido afectada, constatando uma percentagem de 20% com alterações no relacionamento com o seu companheiro. No caso da

cirurgia conservadora, além de amplamente aceite pelos resultados positivos no tratamento e por ser menos invasiva e mutilante, observa-se que afecta positivamente não apenas a paciente mas também os que a rodeiam (Zanapalioğlu et al., 2009). No caso das mulheres casadas, outros tratamentos têm igualmente implicações, estando mais preocupadas com os efeitos secundários da quimioterapia, como a queda de cabelo comparativamente a mulheres solteiras (Coelho, 2008).

De forma geral, uma relação conjugal íntima, pautada pela validação, compreensão e livre partilha de emoções, de sentimentos e de preocupações, bem como pela abertura do casal aos elementos exteriores, parece promover uma melhor qualidade de vida da mulher com cancro da mama (Moreira, Silva, & Canavarro, 2009). De forma geral, a comunicação entre os membros do casal revela-se um aspecto fundamental durante todo o processo de doença, sendo uma importante base da manutenção da vida conjugal (Barbosa, 2008). Assim, assume-se que o relacionamento conjugal é influenciado por diversos aspectos, entre os quais a percepção que a mulher tem sobre si própria e sobre a doença, e a forma como ela percebe a aceitação dos outros, nomeadamente, relativamente a si e ao cancro.

3.2. Satisfação no relacionamento

O relacionamento conjugal está associado à saúde e qualidade de vida individual e familiar, embora a durabilidade de um casamento não seja sinónimo de satisfação dos cônjuges quanto à união (Dessen & Braz, 2005). A satisfação conjugal é influenciada por diversas variáveis, sendo por si um fenómeno complexo e tendo a sua definição vindo a evoluir ao longo dos anos. O conceito de satisfação conjugal está directamente relacionado com o contexto social no qual o relacionamento afectivo se encontra inserido (Scorsolini-Comin & Santos, 2009).

O sentimento de ser acolhido, compreendido e validado pelo cônjuge promove uma sensação de aceitação e valorização, levando a que a pessoa se sinta satisfeita com o seu casamento. Assim, a empatia e a expressão de sentimentos do parceiro actuam directamente na satisfação e qualidade dos relacionamentos (Sardinha, Falcone, & Ferreira, 2009).

A pesquisa no âmbito dos relacionamentos tem demonstrado que os factores interpessoais (ex: traços de personalidade) podem explicar níveis de variação na satisfação com a relação ao longo do tempo. Pessoas que são relutantes em expressar pensamentos e sentimentos pessoais devido aos elevados níveis de tensão social, e que portanto têm um estilo interpessoal não assertivo, podem apresentar baixos níveis de satisfação no relacionamento (Hinnen et al., 2008).

Uma comunicação mútua está associada a menor angústia e a uma maior satisfação com a relação, quer para a paciente como para o seu parceiro. Contrariamente, a menor

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

comunicação está associada a maior sofrimento e a menor satisfação na relação quer por parte do paciente como no caso do parceiro (Manne et al., 2006).

Mulheres que referem não adoptar um comportamento assertivo com frequência, e que experienciam tensão quando o fazem, parecem ser menos capazes de manter um relacionamento satisfatório quando confrontada com ameaças físicas e psicológicas, como é o caso do cancro de mama. No entanto, sabe-se que a incapacidade de expressar pensamentos e sentimentos pessoais em combinação com a ansiedade social pode ser especialmente prejudicial em situações de ameaça (Hinnen et al., 2008).

A comunicação e a expressão de sentimentos entre o casal pode ajudar à satisfação no relacionamento (Manne et al., 2006). Mulheres com cancro de mama que tendem a não expressar as suas preocupações e sentimentos e que sofreram muita tensão quando o fizeram, referiram baixos níveis de satisfação conjugal. Assim, a percepção da mulher de um envolvimento activo por parte do parceiro está associada a uma maior satisfação ao longo do tempo (Hinnen et al., 2008).

O stress e a satisfação no relacionamento, quer para os pacientes como para os seus parceiros, estão associados à forma como o casal perceciona a doença e como discute os assuntos e problemas associados ao cancro. Uma comunicação construtiva está associada com menores níveis de stress e a elevados níveis de satisfação no relacionamento para ambos os parceiros. Em contrapartida, a falta de comunicação e a recusa de um dos parceiros em abordar as questões relacionadas com o cancro está associada a maior sofrimento e a menor satisfação conjugal, tanto para o paciente como também para o seu parceiro (Manne et al., 2006).

A compreensão dos padrões de comunicação entre o casal revela-se importante, sendo que o evitamento do assunto do que é a doença está negativamente associada à satisfação no relacionamento (Donovan-Kichen & Caughlin, 2010).

A satisfação das mulheres com a relação está associada à sua percepção positiva de aceitação por parte do parceiro relativamente à sua imagem corporal. Mulheres com elevado risco de ter dificuldades com a imagem corporal podem, relativamente aos relacionamentos, apresentar tanto elas como o seu parceiro uma baixa satisfação na relação. Relativamente às mulheres maritalmente felizes, estas preocupam-se menos com a reacção do parceiro acerca da sua aparência física após o cancro de mama, além do que, mulheres cujo parceiro se diz maritalmente feliz têm uma avaliação mais positiva da sua aparência física (Zimmermann et al., 2010).

Capítulo IV. A sexualidade

4.1. Definição de sexualidade

Na nossa sociedade, a visão sobre a sexualidade dos casais tem sido associada ao acto sexual em si e à reprodução, em detrimento de outras dimensões da relação que vão desde o ajuste emocional do casal, à cumplicidade de afectos, aos olhares e carícias (Gradim, 2005). A sexualidade é um aspecto importante da vida que engloba aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e comportamentais (Mercadante et al., 2010), envolvendo o conhecimento do outro no sentido corporal, emocional, psicológico e sexual (Gradim, 2005).

Segundo Ramírez e Flores (2005), além de ser um assunto muito pessoal, tem igualmente significados diferentes que variam de pessoa para pessoa mediante algumas circunstâncias. Actualmente continua a ser encarada como um tópico privado e não é abertamente abordado em determinados países e culturas em que os códigos e normas tradicionais prevalecem predominantemente (Cebeci, Yangin, & Tekeli, 2010).

O conceito de sexualidade envolve sentimentos relativos ao corpo, à necessidade de toque, ao interesse em actividades sexuais, ao sentir-se desejada(o), à comunicação entre parceiros e ao envolvimento em actividade sexual satisfatória (Henson, 2002), assumindo-se, deste modo, que a sexualidade é uma experiência biopsicossocial que não pode ser explicada através de um estudo biológico hormonal, interpessoal ou psicológico, isoladamente (Speer et al., 2005).

A sexualidade e a imagem corporal são claramente essenciais para a identidade, auto-conceito e para os relacionamentos, e todos esses aspectos são seriamente comprometidos durante o cancro de mama (Sheppard & Ely, 2008). No entanto, a sexualidade de mulheres com cancro de mama continua ainda a ser um tabu, assente no mito de que estas mulheres não se interessam mais em actividades de intimidade e sexuais, criando um obstáculo à comunicação aberta sobre a sexualidade em mulheres com cancro de mama (Karabulut & Erci, 2009).

4.2. Impacto da cirurgia e dos tratamentos na sexualidade

O funcionamento sexual é um conceito multidimensional influenciado por tratamentos médicos e factores pessoais, fisiológicos e interpessoais (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz, & Rowland, 1999). Oliveira (2000) considera ser importante que as doentes com cancro da mama mantenham a actividade sexual, dado que esta contribui para melhorias na adaptação à doença.

A sexualidade e intimidade são aspectos importantes para sobreviventes de cancro de mama, ainda que os prestadores de cuidados de saúde e programas de apoio psicossocial tradicional muitas vezes ignorem essas questões (Lumbreras & Blasco, 2008). Segundo Karabulut e Erci (2009), não é o sexo em si que necessita de ser avaliado, mas sim considerarem-se possíveis alterações na sexualidade ocorridas após a cirurgia e a avaliação que a mulher faz da sua sexualidade. É de facto reconhecido que a sexualidade feminina pós cancro de mama é particularmente complexa, com mudanças sexuais a tornarem-se um aspecto problemático da vida da mulher (Emilee et al., 2010). No entanto, todas as mulheres afirmam que a relação sexual deve ser mantida na vida conjugal (Cebeci et al., 2010).

Segundo Huguet et al. (2009) variáveis como o melhor nível socioeconómico e de escolaridade, relação marital estável e cirurgia com conservação mamária estão associados a melhores níveis de qualidade de vida, inclusive sexual. As mulheres com cancro de mama apresentam maior prevalência de problemas de foro sexual (Schain, 1988), sendo frequentemente referidos pelas pacientes a falta de interesse ou desejo sexual e os problemas de excitação e lubrificação, anorgasmia e dispareunia (Dizon, 2009; Emilee et al., 2010; karaöz et al., 2010). Após os tratamentos para o cancro de mama, podem ocorrer perturbações do funcionamento sexual, tal como perda de desejo, lubrificação, orgasmo, desejo sexual e prazer sexual, resultantes da quimioterapia, da menopausa quimicamente induzida, do fármaco *tamoxifen* ou da cirurgia ao cancro de mama. Além disso, outros sintomas como as alterações de humor e os distúrbios de sono, aliados a sentimentos de vulnerabilidade e perda de controlo podem comprometer a excitação sexual, tanto directa como indirectamente. Enfrentar a perda do desejo sexual, a sensação de não atractividade, o distanciamento de actividades sexuais, e a capacidade de reproduzir são uma grande fonte de angústia para a paciente (Schain, 1988).

O diagnóstico e o tratamento de cancro são determinantes na excitação e na actividade sexual (Andersen & Jochimsen, 1985). Num estudo desenvolvido por Takahashi et al. (2008) a maioria das mulheres apresentava diminuição da frequência de actividade sexual (60%) comparativamente à frequência mantida antes da cirurgia. No entanto, os resultados não são comuns a todos os estudos. Segundo Ganz et al. (1999), as taxas de actividade sexual entre sobreviventes de cancro de mama são similares às das mulheres saudáveis, sendo que nem todas as pacientes são seriamente diminuídas pelo tratamento quer na necessidade ou no desejo de mudar o seu status sexual (Schain, 1988). Em casos de mulheres em que a frequência sexual diminuiu apesar de se manter intacto o desejo sexual é possível que a quebra na frequência se deva a factores associados ao parceiro, enquanto que, nos casos em que a frequência sexual se manteve apesar de o desejo ter diminuído, pode reflectir situações de mulheres forçadas a ter relações sexuais a fim de satisfazer o desejo do parceiro (Takahashi et al., 2008).

Existem várias causas da diminuição da sexualidade associadas ao cancro, a redução da capacidade física para dar e receber prazer sexual, indisposição física, pensamentos e sentimentos acerca da imagem corporal, sentimentos de medo, tristeza, raiva ou alegria, papéis e relacionamentos e ainda aspectos psicológicos (Cebeci et al., 2010; Mercadante, et al., 2010). Assim, questões associadas ao relacionamento, a depressão e a idade são influências importantes ao desenvolvimento de disfunção sexual em mulheres sobreviventes ao cancro de mama (Speer et al., 2005).

A idade está relacionada com o pior funcionamento e prazer sexual (Coelho, 2008). Sabe-se que as mulheres mais velhas apresentam, comparativamente às mais jovens, melhor qualidade de vida, em termos do seu funcionamento físico e sexual (Rebelo, Volim, Carqueja, & Ferreira 2007). Porém, sendo que a idade está relacionada com a quantidade de lubrificação e dor experienciada, as mulheres mais velhas apresentam mais preocupações relacionadas com a lubrificação e dor associada ao acto sexual, sabendo-se ainda que o facto de a mulher se encontrar na menopausa antes do tratamento aumenta a possibilidade de ter menos lubrificação e mais dor no acto sexual posteriormente ao tratamento realizado (Speer et al., 2005). Quanto às mulheres mais jovens, estas apresentam resultados inferiores em relação à sexualidade no que respeita à atractividade, referindo-se à percepção que têm sobre a forma como acreditam que os outros as vêem (Huguet et al., 2009). Esta menor atractividade sexual que as mulheres percebem é tida como sendo o mais forte predictor de problemas sexuais em geral, sendo que estes problemas sexuais são experienciados nos meses imediatamente após a cirurgia e ao tratamento (Burweel, Case, Kaelin, & Avis, 2006), salientando-se que é nas mulheres pré-menopausa que o cancro de mama tem o potencial de ser mais devastador para a auto-estima e função sexual (1994).

A disfunção psicosexual após cirurgia ao cancro de mama pode decorrer tanto de factores psicológicos, médicos ou somáticos ou ser uma consequência do relacionamento e grau de comunicação entre a mulher e o seu parceiro (Schain, 1988). Como referiram, Abalo, Abreu, Roger e González (1999), de facto são muitos os factores relacionados com o cancro que podem interferir com a vida sexual do paciente e do seu parceiro, sendo de referir a relação positiva entre o apoio recebido e a forma de viver a sexualidade (Barbosa, 2008).

O contexto relacional é importante quando se trata de preocupações do foro sexual no relacionamento, sendo que a concentração na intimidade e na proximidade enquanto definição alternativa da função e actividade sexual podem estar em sintonia com as necessidades dos pacientes durante o tratamento (Reese et al., 2010).

O apoio do companheiro revela-se importante na sexualidade da mulher (Holmberg et al., 2001). Assim, a existência de proximidade entre o casal é importante para a manutenção da actividade sexual (Maluf, 2008). A qualidade do relacionamento parece ser um factor

importante na determinação da função sexual das sobreviventes de cancro de mama, nos processos fisiológicos da excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação (Speer et al., 2005).

Deste modo, a afectividade enquanto dimensão da sexualidade torna-se primordial para mulheres que passam pela doença, no que refere ao apoio do parceiro (Barbosa, 2008). Quer o paciente como o seu parceiro precisam de estar cientes que durante o período de depressão e perda de desejo sexual, o casal precisa de encontrar alternativas para expressar carinho e amor (Speer et al., 2005). As mulheres sentem-se sexualmente mais atraentes ao serem acariciadas, abraçadas, acarinhadas ou receberem mais atenção (Gradim, 2005). Alguns doentes são capazes de renegociar a sexualidade, de modo a incluir práticas anteriormente secundárias ao coito, como a masturbação mútua, uso de vibradores, etc. Esta renegociação de práticas alternativas redefine a intimidade sexual, a comunicação e o contexto relacional, sendo que potenciais dificuldades nesta renegociação poderão estar associados ao imperativo do coito, a problemas na relação sexual ou na comunicação anteriores ao cancro, e ao posicionamento da pessoa com cancro como um doente sem actividade sexual em vez de se posicionar enquanto parceiro sexual (Gilbert et al., 2010).

Os tratamentos a que as doentes são submetidas e os factores psicológicos são considerados as principais razões para a ocorrência de mudanças na relação sexual, sendo uma mais valia reconhecer as necessidades sexuais das pessoas com cancro e dos respectivos parceiros por parte dos profissionais de saúde (Alder et al., 2008; Hawkins et al., 2009). Mudanças na sexualidade podem influenciar negativamente o bem-estar social do doente com cancro (Mercadante et al., 2010), assumindo-se as preocupações sexuais como um tema persistente e importante para as pacientes. Os auto-relatos de problemas sexuais são comuns, estáveis e relacionados de forma significativa com a qualidade de vida, gravidade sintomática, sofrimento e angústia associados à doença (Reese et al., 2010).

Os problemas sexuais podem ser um efeito secundário a longo prazo dos tratamentos a que as mulheres com cancro de mama são submetidas (Schain, 1988). No entanto, a etiologia da disfunção sexual em sobreviventes de cancro de mama não está bem estabelecida (Ganz et al., 1999). De facto, a base da disfunção sexual é multifactorial, assumindo-se que o tratamento, os aspectos da personalidade, a feminilidade e a imagem corporal e ainda a satisfação com a vida sexual afectam o desejo sexual (Karabulut & Erci, 2009; Mercadante et al., 2010; Nunes, 2008).

Ao falar-se de disfunção sexual aborda-se um amplo espectro de questões de foro psicológico, físico, relacional e fisiológico e todos são susceptíveis de serem afectados após diagnóstico e tratamento de cancro. Apesar de a disfunção sexual poder surgir directamente associada ao cancro e aos tratamentos para combatê-lo, aspectos não associados ao cancro podem também exacerbar ou atenuar a disfunção sexual, como por exemplo, a hipertensão, diabetes mal controlada ou disfunção da tiróide. Por outro lado, a disfunção sexual pode

ainda ser reflexo de problemas psicológicos, incluindo a depressão grave ou ansiedade (Dizon, 2009).

O tratamento da disfunção sexual requer uma abordagem multi-modal que envolva educação, tratamento de doenças subjacentes e modificações ao estilo de vida (*idem*). As necessidades sexuais são individuais e muitas das queixas podem assim ser tratadas, levando o casal a ter uma vida íntima satisfatória, mesmo em situações de crise (Gradim, 2005). Sendo assim, no caso de sobreviventes de cancro de mama, o tratamento da disfunção deve ser individualizado de forma a reflectir as múltiplas causas das alterações do funcionamento sexual nessa população (Henson, 2002).

A cirurgia, a quimioterapia, a terapia hormonal, radioterapia e a medicação para o tratamento sintomático tem consequências na sexualidade, sendo que estas mudanças podem influenciar negativamente o bem-estar social do doente com cancro (Mercadante et al., 2010). Embora se assuma que os problemas sexuais diminuam ao longo do tempo (Burweel et al., 2006) e a qualidade de vida para a maioria dos pacientes com cancro de mama retorne ao normal cerca de 1 ano após o tratamento, os problemas da função sexual e intimidade persistem (Rowland et al., 2009), pois podem permanecer durante mais tempo do que problemas em outros domínios (Burweel et al., 2006). No que respeita ao funcionamento sexual, este contrapõe-se ao prazer sexual uma vez que sofre uma melhoria gradual ao longo do tempo (Costa, 2010).

Segundo Sheppard e Ely (2008), a mastectomia perturba a imagem corporal e oblitera a relação sexual por um significativo período de tempo. Isto vai ao encontro do anteriormente referido por Schover (1991), que salientou que mulheres submetidas a mastectomia relatam uma diminuição nas relações sexuais e sentem-se menos excitadas subjectivamente, além do referido por Karabulut e Erci (2009), que constatou que mulheres submetidas a mastectomia apresentavam um baixo desejo sexual além de insatisfação quanto à sua vida sexual. No entanto, nem sempre os resultados das investigações apontam na mesma direcção dado que Barbosa (2008), partindo dos dados recolhidos na sua investigação, verificou que a mastectomia não provocou perturbações na sexualidade das mulheres sujeitas a esta prática. Um dos maiores medos, ou um dos mais frequentes, na mulher mastectomizada envolve o afastamento do companheiro provocado pela mutilação a que a mulher foi submetida, mesmo sendo um medo infundado (Santos & Abrantes, 1996), salientando-se constantemente a pertinência da manutenção da vida sexual das mulheres mastectomizadas como forma de manutenção da feminilidade (Oliveira, 2000).

Segundo Zanapalioğlu et al. (2009), a qualidade de vida após a cirurgia conservadora da mama encontrou melhores resultados do que no caso da mastectomia radical modificada, quer ao nível da sensação de bem-estar, estado físico, estado emocional, estado cognitivo, status social, distúrbios do sono, anorexia, diarreia, imagem corporal, funções sexuais, a

satisfação sexual, ansiedade face ao futuro, e sintomas ao nível da mama, etc. A adopção de técnicas menos invasivas como o tratamento cirúrgico baseado na conservação da mama, esperava-se que diminuísse o impacto negativo do tratamento na qualidade de vida e no funcionamento sexual. No entanto, apesar dos avanços verificados pode-se afirmar que esse objectivo não foi plenamente alcançado (Ganz et al., 1999).

Como referiram Speer et al. (2005), mulheres tratadas com cirurgia ou quimioterapia para o cancro da mama experienciam frequentemente distúrbios ao nível do funcionamento sexual, apresentando níveis de desempenho muito baixos (Coelho, 2008). Sendo a quimioterapia um tratamento susceptível de ser utilizado em mulheres com cancro de mama, esta intervenção pode afectar negativamente o funcionamento sexual (Alder et al., 2008) e a libido das mulheres, na medida em que interfere com a produção das hormonas sexuais (Rebello et al., 2007), influenciando o funcionamento sexual (Didier et al., 2009). Assim, sabendo-se que grande parte das mulheres com cancro de mama padece de disfunções sexuais prolongadas, a disfunção sexual é mais frequente em mulheres que foram submetidas a quimioterapia, independentemente da idade, (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Schain, 1988). No entanto têm tendência a regressar a um bom nível de funcionamento psicológico e sexual (Schover et al., 1995).

As mulheres submetidas a quimioterapia são menos activas sexualmente, menos satisfeitas com sua vida sexual e apresentam maior incidência de determinadas disfunções sexuais. Estas mulheres tem dificuldade em atingir o orgasmo através do coito após a quimioterapia, embora os orgasmos sem coito não tivessem sido afectados. Isto provavelmente dever-se-á à dificuldade em desfrutar do acto por causa da secura vaginal ou dor (*idem*).

Segundo Costa (2010), a quimioterapia endovenosa afecta a qualidade de vida das doentes com cancro de mama constituindo um factor preditivo de pior qualidade de vida global em doentes com cancro de mama. Entre os efeitos adversos de um tratamento com quimioterapia encontram-se a sensação de fraqueza, depressão, cansaço e a falta de energia, os quais podem reduzir o desejo sexual (Mercadante et al., 2010). De facto, pacientes submetidas a quimioterapia demonstram mais cansaço, mais efeitos secundários a nível vasomotor e mais dificuldades sexuais em geral (Henson, 2002). A diminuição do desejo sexual surge em decorrência das alterações físicas relacionadas com o tratamento a que as mulheres são submetidas ao longo da quimioterapia (Gradim, 2005). As mulheres apresentam ainda dificuldade em atingir o orgasmo através do coito após a quimioterapia, embora os orgasmos sem coito não sejam afectados, o que provavelmente dever-se-á à dificuldade em desfrutar do acto por causa da secura vaginal ou dor (Schover et al., 1995). Além disso, é possível que a indução de menopausa precoce, como resultado do tratamento resulte num défice de estrogénio que promove quer a diminuição da lubrificação vaginal eficaz, quer a

atrofia vaginal, o que pode levar à disfunção sexual (Henson, 2002). Por outro lado, o potencial de infertilidade poderá ter impacto sobre o auto-conceito das mulheres enquanto “ser” sexual (Schover, 1994).

Também a radioterapia tem impacto no bem-estar da mulher. Segundo Mercadante et al. (2010), a radioterapia costuma provocar fadiga que pode persistir durante meses, situação na qual os pacientes podem estar demasiado cansados para se envolverem em actividade sexual. De facto, o tratamento radioterápico altera a sexualidade dos pacientes com cancro, desencadeando disfunções sexuais como frigidez e falta de lubrificação, excitação e orgasmo, falta de libido e vaginismo (Bernardo, Lorenzato, Figueiroa, & Kitoko, 2007). Recentemente um estudo desenvolvido na Turquia verificou que as mulheres jovens não mantiveram relações sexuais coitais durante a fase aguda dos tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos para o cancro de mama, tendo a actividade sido reiniciada pelos seus parceiros após o ultrapassar da fase aguda, tendo as mulheres, em casos, rejeitado indirectamente, ou sentido não poder dizer “não” quando os companheiros pretendiam ter relações coitais (Cebeci et al., 2010).

No que respeita à hormonoterapia, os resultados indicam que as mulheres com cancro de mama tratadas com tamoxifen apresentam sintomas de disfunção sexual, sendo que também outros factores como o diagnóstico de cancro e a quimioterapia podem contribuir para estes sintomas (Didier et al., 2009).

Ao nível da cirurgia de reconstrução mamária, esta representa uma possibilidade de reabilitação face à mastectomia dado os benefícios que tem nos domínios estético e psicológico ao reduzir o trauma provocado pela ablação (Duarte & Andrade, 2003). Ao nível da sexualidade as mulheres que receberam reconstrução mamária apresentam menores taxas de actividade e menores sinais de receptividade sexual, quando comparadas a mulheres com terapia conservadora da mama, o que se agrava mais ainda quando são comparadas a mulheres submetidas a mastectomia radical modificada sem reconstrução mamária (Yurek et al., 2000). Num estudo de Rowland et al. (2000), mulheres submetidas a mastectomia quando comparadas a mulheres com cirurgia conservadora da mama indicam um maior impacto negativo na sua vida sexual, sendo que das mulheres submetidas a reconstrução mamária foram as mais susceptíveis de sentir que o cancro teve um impacto negativo na sua vida sexual.

Sabendo-se que os implantes de mama não têm a mesma sensação táctil comparativamente a uma mama (Maluf, 2008), as mulheres submetidas a reconstrução, apresentam mudanças no padrão de acariciamento do seio apesar de razoavelmente satisfeitas com a aparência destes e do conforto na sua visualização por parte do parceiro, no entanto têm maior probabilidade de interromperem o acariciar do peito como parte dos preliminares da actividade sexual. Além disso, talvez como resultado da perda de prazer

erótico no acariciar da mama, mulheres que fizeram reconstrução tendem a ser menos propensas a atingir o orgasmo através da estimulação sexual sem coito (Schover et al., 1995).

Estratégias de coping flexíveis podem ser relevantes para lidar com as dificuldades sexuais, independentemente da idade da pessoa, estado civil, orientação sexual, nível de doença, ou outras características demográficas ou médicas (Reese et al., 2010). Uma noção mais flexível de sexualidade pode ser benéfica para indivíduos que por causa das condições médicas crónicas podem não se envolverem em actividade sexual, incluindo relações sexuais (Baucom et al., 2009). Assim, estratégias de coping flexíveis no domínio de preocupações sexuais são susceptíveis de conduzir a melhorias no humor bem como na satisfação sexual e satisfação no relacionamento (Reese et al., 2010). A informação adequada, a criação de laços afectivos, uma equipa técnica adequada e treinada, a valorização das experiências de outras pessoas, são aspectos importantes para cumprir o objectivo de orientar a satisfação sexual do doente e dar uma boa qualidade de vida nesta esfera ao paciente com cancro (Abalo et al., 1999).

4.3. Satisfação sexual

A ablação de um órgão como a mama pode afectar a satisfação sexual (Huguet et al., 2009). Assim, existe a necessidade de avaliar as mudanças sexuais na mulher e a satisfação sexual muito concretamente, porque todos os problemas sexuais podem ser mascarados por uma relação de casal aparentemente estável, e portanto, passarem despercebido aos profissionais de saúde (Takahashi et al., 2008). Um dos aspectos importantes prende-se com o sentimento da paciente sobre a sua sexualidade antes de ser diagnosticado o cancro. Se os pacientes tinham sentimentos positivos sobre a sexualidade, eles podem ter mais probabilidade de recomeçar a actividade sexual após o tratamento para o cancro (Mercadante et al., 2010). Segundo Karabulut e Erci (2009), é provável que o aumento do desejo sexual aumente a expectativa de satisfação sexual.

A saúde psicológica da mulher, a satisfação no relacionamento e a vida sexual pré-mórbida parecem ser fortes predictores da satisfação sexual pós cancro mais do que a extensão do dano nos seios (Schover, 1991). Baseando-se nas suas investigações sobre as variáveis susceptíveis de afectar a sexualidade Ganz et al. (1999) propuseram um modelo para o funcionamento e a satisfação sexual, centrando-se no interesse sexual, na disfunção sexual e na satisfação sexual, tendo previsto que um vasto número de variáveis pode afectar aspectos da saúde sexual. Identificaram assim a idade e o status hormonal, o bem-estar psicológico, a saúde física geral, a qualidade do relacionamento, se o parceiro teve ou não problemas com o funcionamento sexual e os níveis endógenos hormonais se na pós-menopausa, dado que certas razões hormonais relacionadas com a fase do climatério

explicam o porquê de as mulheres apresentarem sintomas que afectam o seu interesse e funcionamento sexual (Ganz et al., 1998).

Segundo Ganz et al. (1999), variáveis específicas ao cancro da mama como a imagem corporal e sintomas da menopausa associados ao tratamento (presença ou ausência de secreção vaginal), o suporte social, o bem-estar emocional e a qualidade do relacionamento além de problemas sexuais registados no parceiro podem interferir com o funcionamento sexual. Estas variáveis explicam em parte a variação no interesse, disfunção e satisfação sexual (*idem*)

Após o tratamento, a generalidade das mulheres, tem uma satisfação sexual qualitativamente pior comparativamente à que tinha antes da cirurgia (Barros, 2008). Grande parte das mulheres com cancro da mama admite viver ou ter vivido uma pior sexualidade, nomeadamente as que foram submetidas a mastectomia (Oliveira, 2000). No entanto, segundo Lumbreras e Blasco (2008) tomando a satisfação sexual, é possível que globalmente, as mulheres sobrevivente de cancro da mama possam sentir-se satisfeitas com a sua sexualidade.

A qualidade do relacionamento é um dos maiores preditores da satisfação sexual (Ganz et al., 1999). O nível de stress na relação é a variável mais significativa que afecta a excitação, o orgasmo, a lubrificação, a dor e a satisfação sexual (Speer et al., 2005). Além disso, a presença de problemas sexuais no parceiro tem poder explicativo para a predição da satisfação do paciente (Ganz et al., 1999). Assim, afirma-se que o medo de afastamento e rejeição do companheiro pode levar a paciente a evitar o contacto sexual, decorrendo daí o afastamento sexual e conjugal (Santos & Abrantes, 1996). Quando não existe o envolvimento do casal em carícias e comunicação assertivas, a função sexual do casal é seriamente comprometida (Barros, 2008). Abordar questões da intimidade e do relacionamento provavelmente contribui para melhorias na satisfação sexual mesmo em sujeitos cujo interesse e disfunção foram apenas ligeiramente diminuídos. Contrariamente, mulheres com relações de boa qualidade podem sair-se melhor do que mulheres com relacionamentos pobres quando o nível de disfunção sexual é elevado, devido à toxicidade do tratamento ou devido a um síndrome de menopausa prematura (Ganz et al., 1999).

Quanto ao impacto que a passagem do tempo tem na satisfação sexual, os estudos não seguem a mesma orientação nem são lineares. Lumbreras e Blasco (2008) num estudo desenvolvido, verificaram que mulheres que tinham acabado o tratamento há mais de 4 anos estavam bastante satisfeitas com a sua actividade sexual no último ano. Outros estudos, como o de Broeckel, Thors, Jacobsen, Small, e Cox (2002), indicam que as mulheres com cancro de mama que haviam terminado o tratamento há 7 anos indicavam um funcionamento sexual significativamente pior, em domínios como a falta de desejo sexual, incapacidade em relaxar e desfrutar, excitação e orgasmo.

Ao nível do impacto que a reconstrução mamária tem na satisfação sexual, dado os benefícios da reconstrução no domínio estético e psicológico, ao reduzir o trauma causado pela mutilação (Duarte, & Andrade, 2003), pode contribuir para a preservação do interesse e da satisfação sexual (Nunes, 2008).

De facto, o cancro de mama sendo uma neoplasia frequente em mulheres de diversas idades, acarreta consigo inúmeras alterações na vida das doentes. Os relacionamentos, dependendo da construção da relação existente entre o casal, podem também eles ser influenciados. O estabelecimento de uma relação pautada pela comunicação, pelo companheirismo, pela confiança e pelo apoio mútuo entre ambos os elementos do casal, influencia a forma de ambos vivenciarem o diagnóstico de cancro e os respectivos tratamentos decorrentes. A existência de uma relação satisfatória entre o casal, contribui para que a mulher se sinta sexualmente desejada, o que por sua vez tem impacto quer na relação de casal como na sexualidade vivenciada.

Os tratamentos realizados no âmbito do combate ao cancro, ao afectarem o seio que é um importante símbolo de feminilidade, têm impacto na imagem corporal bem como na sexualidade da mulher. A satisfação sexual está intimamente associada à vivência da sexualidade pela mulher. Logo, a ocorrência de disfunções sexuais decorrentes dos tratamentos e a re-adaptação necessária da mulher à sua nova imagem, podem influenciar a sua satisfação sexual.

Tal como referiram Speer et al. (2005), de facto, a ciência médica necessita de identificar claramente as causas exactas dos problemas sexuais existentes apresentados pelas mulheres com cancro de mama, possibilitando o desenvolvimento de intervenções fisiológicas e contribuindo para intervenções psicológicas adequadas, que ajudem a mulher e o seu parceiro a manterem a qualidade do relacionamento sexual.

Parte II - Corpo Empírico

Capítulo V. Apresentação do estudo

De entre os vários tipos de cancro, o cancro de mama é uma neoplasia frequente, que tem vindo a aumentar em mulheres em idades mais jovens. Anteriores investigações referem que a doença tem impacto na vida das mulheres ao nível do relacionamento e da sua sexualidade.

Assim, na presente investigação revela-se pertinente a avaliação de aspectos associados à satisfação sexual e à satisfação no relacionamento em mulheres com anterior diagnóstico de cancro de mama.

5.1. Tipo de estudo

Este estudo é de natureza quantitativa, transversal, tendo a amostra sido recolhida num só momento. Na sua essência, é um estudo descritivo e exploratório, na medida em que procura descrever as relações entre as variáveis nesta amostra.

5.2. Objectivos da investigação

Partindo da revisão bibliográfica realizada, formulam-se os seguintes objectivos orientadores da presente investigação:

- Avaliar os níveis de satisfação sexual num grupo de mulheres com cancro de mama;
- Avaliar os níveis de satisfação no relacionamento amoroso num grupo de mulheres com cancro de mama;
- Averiguar a satisfação sexual nas mulheres com cancro de mama em função da faixa etária em que se encontram, das habilitações literária e do tipo de relacionamento mantido;
- Comparar a satisfação no relacionamento amoroso nas mulheres com cancro de mama em função da faixa etária em que se encontram, das habilitações literária e do tipo de relacionamento mantido;
- Analisar a satisfação sexual e a satisfação no relacionamento amoroso das mulheres com cancro de mama, em função dos tratamentos a que foram submetidas;
- Avaliar as relações existentes entre níveis de frequência sexual e satisfação sexual; e,
- Avaliar as relações existentes entre níveis de frequência sexual e satisfação com a relação amorosa.

5.3. Hipóteses

A recolha de informação associada ao tema em estudo permite a formulação de diversas hipóteses, as quais pretende-se testar tendo em vista a sua confirmação ou refutação. Deste modo, as hipóteses formuladas são:

Hipótese 1: A satisfação sexual é maior em mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama comparativamente às mulheres submetidas a mastectomia;

Hipótese 2: A satisfação no relacionamento amoroso é maior em mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama comparativamente às mulheres submetidas a mastectomia;

Hipótese 3: As mulheres casadas têm maior satisfação sexual;

Hipótese 4: As mulheres casadas têm maior satisfação no relacionamento amoroso;

Hipótese 5: As mulheres com habilitações literárias mais elevadas têm maior satisfação sexual;

Hipótese 6: As mulheres com habilitações literárias mais elevadas apresentam maior satisfação com a relação amorosa;

Hipótese 7: As mulheres com idade superior aos 50 anos têm maior satisfação sexual;

Hipótese 8: As mulheres com idade superior aos 50 anos evidenciam maior satisfação na relação amorosa;

Hipótese 9: As mulheres submetidas a reconstrução mamária apresentam menor satisfação sexual comparativamente a mulheres que não optaram pela reconstrução mamária;

Hipótese 10: À medida que a duração da relação aumenta, aumenta a satisfação sexual;

Hipótese 11: À medida que a duração da relação aumenta, aumenta a satisfação no relacionamento amoroso;

Hipótese 12: À medida que aumenta a frequência de actividade sexual aumenta a satisfação sexual;

Hipótese 13: À medida que aumenta a frequência de actividade sexual aumenta a satisfação com a relação amorosa;

Hipótese 14: À medida que aumenta a satisfação sexual verifica-se um aumento da satisfação da satisfação com o relacionamento amoroso.

5.4. Definição das variáveis em estudo

Para a realização da investigação verifica-se a necessidade de definir as variáveis dependentes e independentes. Deste modo, tendo em vista a avaliação do impacto das variáveis independentes nas variáveis dependentes, apontam-se como variáveis independentes:

- O cancro de mama nas suas diversas tipologias;

- Os tratamentos a que as mulheres foram submetidas (a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonoterapia, a fisioterapia e a reconstrução mamária);
- O estado civil;
- As habilitações literárias;
- A duração do relacionamento;
- A frequência de actividade sexual;
- Sensação de desejabilidade; e,
- Atractividade sexual.

Por seu lado, apresentam-se como variáveis dependentes:

- Satisfação sexual;
- Satisfação no relacionamento amoroso.

Capítulo VI. Método

6.1. Participantes

Para esta investigação foram inquiridas 56 mulheres que tinham sido confrontadas com um diagnóstico de cancro de mama, todas elas residentes em Portugal e com idades compreendidas entre os 29 e os 78 anos, sendo a média de idades de 53,60 anos e o desvio padrão de 11,25 (cf. Tabela 1). Como forma de operacionalizar os dados, criaram-se dois grupos etários, um no qual se agrupam as mulheres com idade entre os 29 e os 50 anos, e um segundo grupo em que se englobam as mulheres com idades compreendidas entre os 51 e os 78 anos. Assim, o grupo com idades entre os 29 e os 50 anos, tem um n de 22 sujeitos (42,3%), enquanto que o segundo grupo, com idades entre os 51 e os 78 anos, engloba um total de 30 participantes (57,7%) (cf. Tabela 2).

Tabela 1: Distribuição frequencial das participantes

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	52	29,00	78,00	53,60	11,25

Tabela 2: Distribuição frequencial e percentual das participantes pelos dois grupos de idades

	Frequência	Percentagem
Grupo 1 (29 aos 50 anos)	22	42,3
Grupo 2 (51 aos 78 anos)	30	57,7
Total	52	100

Relativamente às habilitações literárias dos sujeitos da amostra, 21,4% têm a 4ª classe verificando-se igual percentagem quanto a habilitações entre o 10º e o 12º ano, enquanto que 19,6% tem habilitações ao nível do ensino superior, registando-se nestes casos as percentagens mais elevadas quanto às habilitações literárias. No pólo oposto surgem as mulheres que apenas sabem ler e escrever ou mesmo aquelas que não sabem ler ou escrever verificando-se em ambos os casos uma percentagem de 3,6% (cf. Tabela 3).

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 3: Distribuição frequencial e percentual das participantes pelas habilitações literárias

	Frequência	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	2	3,6
Sabe ler e escrever	2	3,6
4ª classe	12	21,4
5º ao 6º ano	5	8,9
7º ao 9º ano	7	12,5
10 ao 12º ano	12	21,4
Ensino médio	5	8,9
Ensino superior	11	19,6
Total	56	100

No que respeita à situação económica dos sujeitos da amostra, a maioria das mulheres pertence à classe média (46,4%), surgindo de seguida as que pertencem à classe média baixa (28,6%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição frequencial e percentual das participantes pela situação económica

	Frequência	Percentagem
Baixa	7	12,5
Média-baixa	16	28,6
Média	26	46,4
Média-alta	7	12,5
Total	56	100

Além disso, considerando que a amostra foi recolhida em diversas zonas geográficas de Portugal Continental, quanto à especificação da zona de residência, 23,2% vivem na zona norte do país, 53,6% na zona centro, e 19,6% na área metropolitana de Lisboa. As restantes participantes residem no Alentejo e no Algarve consistindo em ambos os casos 1,8% da amostra (cf. Tabela 5)

Tabela 5: Distribuição frequencial e percentual das participantes pela zona de residência

		Frequência	Percentagem
Zona de Residência	Norte	13	23,2
	Centro	30	53,6
	Lisboa	11	19,6
	Alentejo	1	1,8
	Algarve	1	1,8
	Total	56	100

Relativamente ao estado civil, a maioria das mulheres que compõe a amostra são casadas (76,4%), 9,1 % referem viver em união de facto, registando-se a mesma percentagem quanto a divorciadas, 3,6% são viúvas, e 1,8% são solteiras. (cf. Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição frequencial e percentual das participantes pelo estado civil

	Frequência	Percentagem
Solteira	1	1,8
Casada	42	76,4
Divorciada	5	9,1
Viúva	2	3,6
União de facto	5	9,1
Total	55	100

Quanto ao relacionamento mantido pelas participantes é de referir que apenas fazem parte da amostra mulheres que, no momento de recolha dos dados, mantinham um relacionamento estável com um mínimo de duração de 6 meses. Assim, a maioria das mulheres identificaram o marido (78,6%) como seu parceiro sexual actual, enquanto as restantes 21,4% identificaram o namorado (cf. Tabela 7).

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 7: Distribuição frequencial e percentual das participantes segundo o tipo de parceiro

	Frequência	Percentagem
Namorado	12	21,4
Marido	44	78,6

Assim, sendo a duração mínima da relação de seis meses considerado um critério de inclusão na amostra, obteve-se uma média de duração dos relacionamentos de 24,70 anos e um desvio padrão de 12,90 anos (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição frequencial da duração do relacionamento das participantes em anos

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Duração em anos	51	1	50	24,70	12,90

Além disso, 87,5% das mulheres têm filhos (cf. Tabela 9), sendo que a média de filhos por mulher é de 1,92 e o desvio-padrão de 0,70 (cf. Tabela 10).

Tabela 9: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem ou não filhos

	Frequência	Percentagem
Tem filhos	49	87,5
Não tem filhos	7	12,5
Total	56	100

Tabela 10: Distribuição frequencial do número de filhos das participantes

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Número de filhos	49	1	4	1,92	0,70

No que respeita ao envolvimento em actividade sexual, grande parte das mulheres evidencia baixa frequência de actividade. Concretamente, 32,1% das mulheres refere envolver-se em actividade sexual entre uma a duas vezes por semana, 26,8% envolvem-se menos de uma vez por mês, percentagem que também se verifica para a frequência de actividade sexual entre uma a duas vezes por mês. No pólo oposto surgem as mulheres que se

envolvem com maior frequência em actividade sexual, sendo que 8,9% das participantes indicam uma frequência de envolvimento em actividade sexual entre 3 a 5 vezes por semana, enquanto que 1,8% apresenta uma frequência diária de envolvimento sexual. (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição frequencial e percentual das participantes pelo envolvimento em actividade sexual

	Frequência	Percentagem
Menos de 1 vez por mês	15	27,8
Entre 1 a 3 vezes por mês	15	27,8
Entre 1 a 2 vezes por semana	18	33,3
Entre 3 a 5 vezes por semana	5	9,3
Todos ou quase todos os dias	1	1,9
Total	54	100

No que respeita ao diagnóstico de cancro de mama, as mulheres apresentam uma média de tempo decorrido desde o diagnóstico de 84,30 meses, o que convertido em anos reflecte que, em média o diagnóstico foi realizado há sete anos (cf. Tabela 12). Das mulheres inquiridas, em 94,6% padeceu de um tumor era maligno, enquanto que em 5,4% das mulheres o tumor era benigno.

Quando inquiridas se sabiam ou não a denominação exacta do cancro que as atingiu, 60,7% das mulheres identificaram-no, contrariamente a 39,3%. De entre as mulheres que souberam identificar o tipo exacto de cancro, 61,8% indicaram ter padecido de um carcinoma ductal invasor, 14,7% de um carcinoma ductal in situ, e 11,8% de um carcinoma lobular invasor, tendo estes três tipos de cancro registado as pontuações mais elevada (cf. Tabela 13).

Tabela 12: Distribuição frequencial do tempo decorrido em meses desde o diagnóstico

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Diagnóstico	56	2	360	84,30	81,30

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 13: Distribuição frequencial e percentual das participantes pela tipologia de cancro

	Frequência	Percentagem
Tipo de tumor		
Maligno	53	94,6
Benigno	3	5,4
Total	56	100
Identifica o tipo exacto de cancro		
Identifica o tipo exacto de cancro	34	60,7
Não identifica o tipo exacto de cancro	22	39,3
Total	56	100
Tipo exacto de cancro de mama		
Carcinoma ductal in situ	5	14,7
Carcinoma ductal invasor	21	61,8
Carcinoma lobular invasor	4	11,8
Carcinoma inflamatório da mama	1	2,9
Carcinoma mucinoso	1	2,9
Tumor filóide maligno	1	2,9
Outro	1	2,9
Total	34	100

Relativamente aos tratamentos realizados, todas as participantes foram submetidas a intervenção cirúrgica (100%). Especificamente, 37,5% foram submetidas a cirurgia conservadora da mama enquanto 62,5% realizaram mastectomia. Sendo que a mastectomia se subdivide em subtipos, as inquiridas que tinham realizado mastectomia deveriam responder qual o subtipo exacto a que foram submetidas. Assim, dos elementos da amostra que foram mastectomizadas, verifica-se que 60,7% submeteram-se a mastectomia radical, 28,6% a mastectomia simples ou total, e 10,7% a mastectomia radical modificada (cf. Tabela 14).

Além do tratamento cirúrgico, as participantes foram também submetidas a outros tratamentos. Assim, verifica-se que no que concerne à radioterapia, esta foi realizada por 64,3% das mulheres (cf. Tabela 15), a quimioterapia por 58,9% (cf. Tabela 16), a

hormonoterapia por 58,9% (cf. Tabela 17) e a reabilitação por 21,4 (cf. Tabela 18). Apenas 5,3% referiu ter sido submetida a outras terapias oncológicas (cf. Tabela 19).

Tabela 14: Distribuição frequencial e percentual das participantes segundo os tratamentos cirúrgicos realizados

		Frequência	Percentagem
Intervenção cirúrgica	<i>Cirurgia conservadora</i>	21	37,5
	<i>Mastectomia</i>	35	62,5
	Total	56	100
<i>Subtipo de mastectomia</i>	Mastectomia simples ou total	8	28,6
	Mastectomia radical	3	10,7
	Mastectomia radical modificada	17	60,7
	Total	28	100

Tabela 15: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não radioterapia

	Frequência	Percentagem
Submetidas a radioterapia	36	64,3
Não submetidas a radioterapia	20	35,7
Total	56	100

Tabela 16: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não quimioterapia

	Frequência	Percentagem
Submetidas a quimioterapia	33	58,9
Não submetidas a quimioterapia	23	41,1
Total	56	100

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 17: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não hormonoterapia

	Frequência	Percentagem
Submetidas a hormonoterapia	33	58,9
Não submetidas a hormonoterapia	23	41,1
Total	56	100

Tabela 18: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não fisioterapia

	Frequência	Percentagem
Submetidas a fisioterapia	12	21,4
Não submetidas a fisioterapia	44	78,6
Total	56	100

Tabela 19: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função de terem realizado ou não outras terapias oncológicas

	Frequência	Percentagem
Submetidas a outras terapias oncológicas	12	21,4
Não submetidas a outras terapias oncológicas	44	78,6
Total	56	100

Além disso, 82,1% das mulheres referiu sentir-se sexualmente desejada pelo companheiro contrariamente a 17,9% (cf. Tabela 20). Indo ainda mais longe, apenas 32,7% referiram que o seu companheiro se sentia sexualmente mais atraído por si antes da cirurgia, contrariamente a 67,3% que não notam diferenças entre o antes e o pós-cirurgia (cf. Tabela 21).

Tabela 20: Distribuição frequencial e percentual das participantes pela desejabilidade percebida

	Frequência	Percentagem
Sente-se desejada	46	82,1
Não se sente desejada	10	17,9
Total	56	100

Tabela 21: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função da crença de que o parceiro se sentia sexualmente mais atraído antes da cirurgia

	Frequência	Percentagem
Alterações na atractividade	18	32,7
Igual atractividade	37	67,3
Total	55	100

Considerando-se a reconstrução mamária uma forma de diminuir a mutilação física provocada pela cirurgia, verificou-se que apenas 16,4% das participantes realizou reconstrução mamária contrariamente a 83,6% (cf. Tabela 22)

Tabela 22: Distribuição frequencial e percentual das participantes em função terem ou não realizado reconstrução mamária

	Frequência	Percentagem
Realizou reconstrução mamária	9	16,4
Não realizou reconstrução mamária	46	83,6
Total	55	100

6.2. Instrumentos

6.2.1. Questionário sócio-demográfico

Foi construído um questionário sócio-demográfico à luz dos conhecimentos existentes sobre o cancro de mama e possíveis factores que lhe poderão estar associados, tendo em vista a recolha de informação que permitisse caracterizar a amostra o mais pormenorizadamente

possível, e enquadrá-la mediante a condição clínica em estudo. Assim, este questionário é composto por questões que visam a recolha de informações demográficas das participantes, a aquisição de dados relacionados com o relacionamento mantido e vivência da sexualidade, e ainda a recolha de informação sobre o cancro de mama diagnosticado e os tratamentos a que foram submetidas (cf. Anexo 1).

6.2.2. Inventário de Satisfação Sexual Golombok Rust (*GRISS; versão feminina*)

Este inventário foi inicialmente desenvolvido por Rust, Bennun, Crowe e Golombok em 1986, tendo recentemente, em 2006, sido traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vilarinho e Nobre (cf. Anexo 1)

Na versão original, *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, avalia a qualidade do funcionamento sexual de casais heterossexuais, permitindo a obtenção de um índice para cada uma das dimensões que o compõe, bem como um índice total de insatisfação sexual. É composto 28 itens com 5 possibilidades de resposta de tipo *Lickert* que variam entre 1 “nunca” e 5 “sempre”, distribuídos por várias subescalas: impotência, ejaculação prematura, anorgasmia, vaginismo, não actividade, não comunicação, insatisfação, não sensualidade, e evitamento, apresentando um *alpha de Cronbach* de 0,87 para a escala total (Rust & Golombok, 1985; Rust & Golombok, 1986).

A versão portuguesa do inventário encontra-se de momento em processo de validação, aguardando publicação. Assim, os resultados preliminares confirmam níveis adequados de consistência interna para o total do inventário, com um *alpha de Cronbach* de 0,89 e um *coeficiente de Spearman-Brown* de 0,88 (através do método de *split half*, replicando o procedimento original dos autores). Os valores de consistência interna para as subescalas que compõem a GRISS são aceitáveis (desde 0,53 na subescala Anorgasmia, até 0,75 na subescala Evitamento, e um valor médio de *alpha* de 0,59). Quanto ao teste-reteste, os valores do *coeficiente de Pearson* (n=40) são significativos ($p < 0,001$) tanto para o total do inventário ($r=0,91$), como para as subescalas (r entre 0,72 e 0,91) (Vilarinho & Nobre, *no prelo*).

A validade convergente do questionário foi sustentada com base em estudos correlacionais com a *Medida Global da Satisfação Sexual* (Lawrance & Byers, 1998) e com a dimensão Satisfação do *FSFI* (Rosen et al., 2000). Verificam-se valores estatisticamente significativos ($p < 0,001$), para os coeficientes de *correlação de Pearson* entre o índice total do *GRISS* e o *GMSEX* ($r = -0,42$), e entre o índice total do *GRISS* e a dimensão Satisfação do *FSFI* ($r=-0,63$). A validade discriminante do índice total do *GRISS* foi estabelecida em relação à dimensão Hostilidade do *BSI* (Derogatis, 1982) revelando-se as medidas independentes (índice

total do *GRISS* e dimensão Hostilidade: $r=-0,07$, $p=0,41$; subescala Insatisfação feminina e dimensão Hostilidade: $r=-0,06$, $p = 0,48$) (Vilarinho & Nobre, *no prelo*).

Quanto à inversão de itens, os itens 1, 3, 6, 7, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 25 e 28 são recodificados de tal modo que 1=0, 2=1, 3=2, 4=3, e 5=4, enquanto que os itens 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 19, 21, 26, 27 devem ser recodificados de forma a que 1=4, 2=3, 3=2, 4=1, e 5=0. A pontuação do inventário reflecte-se no índice total de insatisfação sexual, com os resultados mais elevados a indicar piores índices de satisfação sexual (Fonseca et al., 2008; Rust & Golombok, 1998; Tozo et al., 2009).

6.2.3. Inventário de Satisfação Marital Golombok Rust (*GRIMS*; versão feminina)

Este inventário foi inicialmente desenvolvido por Rust, Bennun, Crowe e Golombok em 1988, tendo recentemente, em 2006, sido traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vilarinho e Nobre (cf. Anexo 1). Na sua versão original denominado *Golombok Rust Inventory of Marital State*, é um inventário unidimensional composto por 28 itens que avaliam a qualidade global do relacionamento de casal, tendo para a versão feminina obtido um *alpha de Cronbach* de 0,86. As respostas variam numa escala de tipo *Lickert* entre 1 “discordo fortemente” e 4 “concordo fortemente”, sendo que a obtenção de pontuação elevada representa menor satisfação pela existência de um relacionamento problemático (Rust, Bennun, Crowe, & Golombo, 1990).

O *GRIMS* é posterior ao *GRISS*, sendo-lhe complementar, não aborda directamente a vertente sexual do relacionamento apesar de incluir itens associados à atracção e ao afecto. Foi desenvolvida para ser aplicada a casais heterossexuais (*idem*).

A versão portuguesa do inventário denominada Inventário de satisfação marital de Golombok Rust, encontra-se ainda em processo de validação e a aguardar publicação. Os dados actualmente disponíveis atestam as robustas qualidades psicométricas do instrumento, sobretudo em termos de fidelidade. Quanto à consistência interna, apresenta um *alpha de Cronbach* de 0,87. A confiança do inventário é assegurada pelo *split half* de 0,82 e 0,72 para as duas metades, verificando um coeficiente de *Spearman-Brown* de 0,83. O valor do coeficiente de *Pearson* ($r=0,87$) no teste-reteste ($n=40$) constitui um bom indicador da estabilidade temporal do *GRIMS*. Relativamente à inversão dos itens, os itens 3, 6, 7, 8, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, e 27 devem ser recodificados de modo a 1=0, 2=1, 3=2, 4=3, enquanto que os itens 1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 22, 25, e 28, são recodificados de forma a que 1=4, 2=3, 3=2, e 4=1 (Vilarinho, & Nobre, *no prelo*).

6.3. Procedimentos

Inicialmente foi requerida autorização ao Centro Hospitalar da Cova da Beira para aplicação dos questionários às utentes que frequentavam à altura da recolha da amostra, as consultas de ginecologia oncológica (cf. Anexo 2; cf. Anexo 3). Após a obtenção de autorização por parte das entidades superiores quanto ao contacto com os elementos da amostra, procedeu-se a uma abordagem directa. Inicialmente realizou-se unicamente abordagem directa quanto à recolha da amostra, explicando-se os objectivos e as condições de participação na investigação, esclarecendo eventuais dúvidas quanto aos objectivos e metodologias no estudo. Estando devidamente esclarecidas, as participantes assinaram o consentimento infirmado procedendo de seguida ao preenchimento do questionário (cf. Anexo 4; cf. Anexo 5).

No entanto, dado o limitado número de mulheres que frequentavam as consultas da especialidade no Centro Hospitalar da Cova da Beira, durante o período de recolha da amostra que se estendeu de Janeiro a Março de 2011, e que cumpriam os critérios para participação no estudo, ponderaram-se formas alternativas de recolha de participantes. Assim tendo em vista o aumento do n , optou-se por enviar inquéritos para movimentos associados ao cancro de mama, no caso as diversas delegações do *Movimento Vencer e Viver* pertencentes à *Liga Portuguesa contra o Cancro*, de modo a serem preenchidos pelas voluntárias que cumprissem os requisitos necessários para a participação, sendo posteriormente devolvidos.

De salientar que em ambas as formas de recolha foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como a sua utilização exclusiva no presente trabalho de investigação.

6.4. Análise estatística

Para a análise estatística dos dados adquiridos, utilizou-se a versão 19.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Através do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) verificou-se que a amostra segue uma distribuição normal, o que permite a utilização de estatística descritiva. Assim, realizaram-se testes t , a análise de variância (Anova), tendo ainda sido realizadas correlações.

Capítulo VII. Resultados

Antes de apresentar os resultados deve-se salientar que a forma de cotação dos inventários indica que valores mais elevados reflectem índices de insatisfação e não índices de satisfação. Assim, os valores médios obtidos são relativos à insatisfação sexual e à insatisfação no relacionamento a partir dos quais se obtêm a satisfação sexual e a satisfação na relação amorosa, na medida em que ambas são o inverso da insatisfação.

No que respeita à insatisfação sexual verificou-se uma média de 43,05 (DP:19,87) e na insatisfação com a relação amorosa registou-se uma média de 45,88 (DP:10,30).

Relativamente à comparação entre grupos de idade e a satisfação sexual, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas [$t(50)=-3,76$; $p<0,001$], verificando-se que o grupo de sujeitos com idades entre os 29 e os 50 anos apresenta níveis menores de insatisfação sexual o que se traduz numa maior satisfação sexual nesta faixa etária (M:32,09; DP:19,02) comparativamente ao grupo com idades entre os 51 e os 79 anos (M: 51,33; DP:17,62).

Na satisfação com a relação, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas [$t(50)=-0,26$; $p=0,800$], quem apresenta maiores níveis médios de insatisfação é o grupo de sujeitos com idades entre os 51 e os 79 anos o que reflecte menor satisfação no relacionamento amoroso nestas idades (M=46,13; DP:11,51), enquanto que o grupo de participantes com idades inferiores ao registar menores níveis de insatisfação com a relação, evidenciam maior satisfação no relacionamento amoroso (M=45,36; DP:9,61) (cf. Tabela 23).

Tabela 23. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função dos grupos etários.

Categoria de idades		Grupo 1	Grupo 2
Insatisfação sexual	M	32,09	51,33
	DP	19,02	17,62
Insatisfação no relacionamento	M	45,36	46,13
	DP	9,61	11,51

No que respeita à satisfação sexual mediante o estado civil, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas [$F(4,50)=0,50$; $p=0,735$], verificando-se que são as mulheres solteiras quem apresenta maiores níveis médios de insatisfação, logo menor satisfação sexual, (M= 61,00), seguindo-se as que vivem em união de facto (M=47,20; DP:22,99), as casadas (M=43,05; DP=19,53), as divorciadas (M=42,00; DP=25,31) surgindo por

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

último as viúvas ($M=28,50$; $DP=23,33$), as quais apresentam níveis médios inferiores de insatisfação, o que reflecte níveis superiores de satisfação sexual.

Relativamente à satisfação no relacionamento amoroso, não se verificam diferenças estatisticamente significativas [$F(4,50)=0,75$; $p=0,566$], sendo que são mulheres em união de facto quem apresenta menor satisfação ao obterem níveis médios mais elevados de insatisfação ($M=49,80$; $DP=10,39$), seguindo-se as divorciadas ($M=48,20$; $DP=6,98$), as casadas ($M=45,76$; $DP=10,73$), as solteiras ($M=43,00$) e por último as viúvas ($M=35,50$; $DP=10,92$) cf. Tabela 24).

Tabela 24. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função do estado civil.

		Solteira	Casada	Divorciada	Viúva	União de facto
Insatisfação sexual	M	61,00	43,05	42,00	28,50	47,20
	DP		19,53	25,31	23,33	22,99
Insatisfação no relacionamento	M	43,00	45,76	48,20	35,50	49,80
	DP		10,73	6,98	10,92	10,39

Constatou-se que à medida que aumenta o tempo de duração da relação aumenta igualmente a insatisfação sexual o que relativamente à satisfação sexual se traduz na diminuição desta ($r=0,40$; $p=0,003$). No que respeita à satisfação com a relação amorosa, verificou-se uma correlação positiva não significativa entre a duração da relação e a insatisfação no relacionamento o que se traduz na diminuição da satisfação com a relação amorosa ($r=0,80$; $p=0,579$).

No que concerne aos resultados das variáveis em função das habilitações literárias, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas [$F(7,48)=2,74$; $p=0,018$], sendo que as mulheres que apenas sabem ler e escrever apresentam maiores níveis médios de insatisfação sexual, o que reflecte uma menor satisfação com a sexualidade ($M=72,00$; $DP=1,41$), seguindo-se quem não sabem ler ou escrever ($M=56,50$; $DP=6,36$), de seguida, quem obteve um grau de escolaridade entre o 5º e o 6º ano ($M=54,40$; $DP=15,73$), quem possui a 4ª classe ($M=52,17$; $DP=15,51$), quem obteve o ensino médio ($M=45,80$; $DP=8,14$), o ensino secundário ($M=36,92$; $DP=24,63$), o ensino superior ($M=33,00$; $DP=17,29$), e por último surgem as mulheres com escolaridade entre o 7º e o 9º ano ($M=31,57$; $DP=17,87$).

Quanto à satisfação com a relação amorosa, verifica-se que os valores médios obtidos de insatisfação no relacionamento em função das habilitações literárias, não apresentam diferenças estatisticamente significativas [$F(7,48)=1,14$; $p=0,356$]. Assim, nesta amostra, são as mulheres que não sabem ler ou escrever quem tem maior níveis médios de insatisfação

com a relação amorosa ($M=56,50$; $DP=13,44$), seguindo-se as mulheres com habilitações entre o 7º e o 9º ano ($M=47,86$; $DP=9,48$), as que tem nível um de escolaridade entre o 10º e o 12º ano ($M=47,67$; $DP=13,18$), quem obteve a 4ª classe ($M=47,33$; $DP=9,22$), quem possui o ensino médio ($M=47,20$; $DP=8,87$), as mulheres que apenas sabem ler ou escrever ($M=46,00$; $DP=7,07$), as que possuem um grau de escolaridade ao nível do ensino superior ($M=42,45$; $DP=8,69$), e por último as mulheres com escolaridade entre o 5º e o 6º ano ($M=37,20\pm 8,98$) (cf. Tabela 25).

Tabela 25. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função das habilitações literárias.

		Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever	4ª classe	5º ao 6º ano	7º ao 9º ano	10º ao 12º ano	Ensino médio	Ensino superior
Insatisfação sexual	M	56,50	72,00	52,17	54,40	31,57	36,92	45,80	33,00
	DP	6,36	1,41	15,51	15,73	17,87	24,63	8,14	17,29
Insatisfação no relacionamento	M	56,50	46,00	47,33	37,20	47,86	47,67	47,20	42,45
	DP	13,44	7,07	9,22	8,98	9,48	13,18	8,87	8,69

Relativamente à satisfação sexual, os valores médios obtidos de insatisfação em função dos grupos de mulheres submetidas a mastectomia e a cirurgia conservadora da mama, não se verificam diferenças estatisticamente significativas [$t(54)=-0,15$; $p=0,879$]. Quem apresenta maiores níveis médios de insatisfação sexual e portanto menor satisfação com a sexualidade são as mulheres que realizaram mastectomia ($M:43,37$; $DP:18,66$), contrariamente às mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, que obtiveram níveis ligeiramente inferiores de insatisfação o que se traduz numa maior satisfação sexual ($M:42,52$; $DP:22,22$).

Relativamente à satisfação com o relacionamento, não se verificam diferenças estatisticamente significativas [$t(54)=-0,30$; $p=0,764$] (cf. Tabela 26), tendo as mulheres submetidas a mastectomia revelado níveis médios superiores de insatisfação, o que reflecte uma menor satisfação com a relação amorosa ($M:46,20$; $DP:8,74$) contrariamente às mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama ($M:45,33$; $DP:12,71$)

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 26. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação marital em função da cirurgia realizada

		Cirurgia conservadora da mama	Mastectomia
Insatisfação sexual	M	42,52	43,37
	DP	22,22	18,66
Insatisfação no relacionamento	M	45,33	46,20
	DP	12,71	8,74

Quanto à satisfação sexual, das mulheres que foram submetidas a mastectomia, quem obteve níveis médios superiores de insatisfação, logo quem apresenta menor satisfação sexual, são as mulheres submetidas a mastectomia simples ou total ($M=41,38$; $DP=25,21$), seguindo-se as que realizaram mastectomia radical ($M=40,18$; $DP=17,45$) e por último as que se submeteram a mastectomia radical modificada ($M=38,67$; $DP=11,68$) não se verificando diferenças estatisticamente significativas [$F(2,25)=0,02$; $p=0,978$].

Ao considerar-se estes sujeitos da amostra, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas [$F(2,25)=0,11$; $p=0,898$], quem apresenta maiores níveis médios de insatisfação com o relacionamento amoroso são as mulheres submetidas a mastectomia radical o que implica menor satisfação com a relação amorosa ($M=45,12$; $DP=8,25$), seguindo-se as que realizaram mastectomia radical modificada ($M=44,00$; $DP=6,56$), e por último as que se submeteram a mastectomia simples ou total ($M=43,50$, $DP=9,12$) (cf. Tabela 27).

Tabela 27. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função dos tipos de mastectomia

Tipo de cirurgia		Mastectomia simples ou total	Mastectomia radical modificada	Mastectomia radical
Insatisfação sexual	M	41,38	38,67	40,18
	DP	25,21	11,68	17,45
Insatisfação no relacionamento	M	43,50	44,00	45,12
	DP	9,12	6,56	8,25

Relativamente aos tratamentos realizados, considerando as mulheres que realizaram tratamentos adjuvantes e as que não foram submetidas a esses tratamentos, verificou-se que as mulheres submetidas a radioterapia têm maior insatisfação sexual, logo menor satisfação sexual, comparativamente às mulheres que não se submeteram a este tratamento ($M=45,33$; $DP=18,20$) [$t(54)=1,16$; $p=0,253$] (cf. Tabela 28). Quanto à quimioterapia foram igualmente as mulheres submetidas a este tratamento quem apresentou maior insatisfação sexual e

portanto menor satisfação face às mulheres que não foram submetidas a este tipo de tratamento (M:46,55; DP:16,39) [$t(54)=1,60$; $p=0,116$] (cf. Tabela 29). Contrariamente, as mulheres que não realizaram a hormonoterapia apresentam maior insatisfação sexual e portanto uma menor satisfação quando comparadas às que realizaram tratamento hormonoterapêutico (M=41,55; DP=20,28) [$t(54)=-0,677$; $p=0,501$] (cf. Tabela 30). Quanto à fisioterapia as mulheres não submetidas a este tratamento registam maior insatisfação sexual o que traduz níveis mais elevados de satisfação sexual (M=43,00; DP=16,92) [$t(54)=0,01$; $p=0,992$] (cf. Tabela 31).

No âmbito da satisfação com o relacionamento amoroso, as mulheres submetidas a radioterapia apresentam níveis médios mais elevados de insatisfação com a relação quando comparadas às que não foram submetidas a este tratamento, reflectindo uma menor satisfação com o relacionamento (M=47,14; DP=10,28) [$t(54)=1,24$; $p=0,221$] (cf. Tabela 28). As mulheres submetidas a quimioterapia apresentam níveis médios superiores de insatisfação com o relacionamento, ou seja, menor satisfação com a relação amorosa quando comparadas a mulheres que não realizaram este tratamento (M= 47,42; DP=7,93) [$t(54)=1,36$; $p=0,180$] (cf. Tabela 29). Quanto à fisioterapia de reabilitação, as participantes que se submeteram a este tratamento apresentam maiores níveis médios de insatisfação com o relacionamento, ou seja, estão menos satisfeitas com a relação (M=49,75; DP=12,56) [$t(54)=1,49$; $p=0,143$] (cf. Tabela 31). Ao considerar-se o tratamento hormonoterapêutico, quem regista maiores níveis médios de insatisfação no relacionamento, portanto menor satisfação com a relação, são as mulheres que não se submeteram a este tratamento quando comparadas a mulheres que o realizaram (M=49,35; DP=12,57) [$t(54)=-2,18$; $p=0,034$] (cf. Tabela 30).

Tabela 28. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função do tratamento radioterapêutico

		Submetidas a radioterapia	Não submetidas a radioterapia
Insatisfação sexual	M	45,33	38,95
	DP	18,20	22,49
Insatisfação no relacionamento	M	47,14	43,60
	DP	10,28	10,20

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Tabela 29. Distribuição dos valores médios da satisfação sexual e satisfação no relacionamento em função do tratamento quimioterapêutico

		Submetidas a quimioterapia	Não submetidas a quimioterapia
Insatisfação sexual	M	46,55	38,04
	DP	16,39	23,50
Insatisfação no relacionamento	M	47,42	43,65
	DP	7,93	12,85

Tabela 30. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função do tratamento hormonoterapêutico

		Submetidas a hormonoterapia	Não submetidas a hormonoterapia
Insatisfação sexual	M	41,55	45,22
	DP	20,28	19,52
Insatisfação no relacionamento	M	43,45	49,35
	DP	7,69	12,57

Tabela 31. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função do tratamento fisioterapêutico

		Submetidas a fisioterapia	Não submetidas a fisioterapia
Insatisfação sexual	M	43,00	43,07
	DP	16,92	20,78
Insatisfação no relacionamento	M	49,75	44,82
	DP	12,56	9,49

No que respeita a satisfação sexual em função da frequência de actividade sexual, verificam-se diferenças estatisticamente significativas [$F(4;49)=8,32$; $p<0,001$], sendo que quem apresenta maiores níveis médios de insatisfação sexual, o que se traduz em menor satisfação sexual, são as mulheres que referiram envolver-se em actividade sexual menos de uma vez por mês ($M=59,27$; $DP=16,35$), seguindo-se as que se envolvem em actividade sexual entre uma a três vezes por mês ($M=45,27$; $DP=11,82$), entre uma a duas vezes por semana ($M=33,06$; $DP=18,71$), entre 3 a 5 vezes por semana ($M=23,80$; $DP=15,45$) e, por último, quem se envolve em actividade sexual diária ou quase todos os dias ($M=13,00$) (cf. Tabela 32).

Relativamente à satisfação marital mediante a frequência de actividade sexual, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas [$F(4,49)=3,06$; $p=0,025$]. As mulheres que se envolvem em actividade sexual numa frequência inferior a uma vez por mês

apresentam maiores níveis médios de insatisfação no relacionamento, portanto evidenciam menor satisfação com a relação ($M=52,13$; $DP=12,75$), seguindo-se as mulheres que se envolvem em actividade entre uma a três vezes por mês ($M=44,47$; $DP=8,68$), entre uma a duas vezes por semana ($M=43,83$; $DP=7,64$), entre 3 a 5 vezes por semana ($M=39,46$; $DP=8,41$) e por fim, as que se envolvem todos ou quase todos os dias em actividade sexual ($M=30,00$) (cf. Tabela 32).

Tabela 32. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função da frequência de actividade sexual

		Menos de 1 vez por mês	Entre 1 a 3 vezes por mês	Entre 1 a 2 vezes por semana	Entre 3 a 5 vezes por semana	Todos ou quase todos os dias
Insatisfação sexual	M	59,27	45,27	33,06	23,80	13,00
	DP	16,35	11,82	18,71	15,45	
Insatisfação no relacionamento	M	52,13	44,47	43,83	39,46	30,00
	DP	12,75	8,68	7,64	8,41	

No que se refere à relação entre a frequência de actividade sexual e a insatisfação sexual, verifica-se uma correlação negativa e estatisticamente significativas entre ambas ($r=-0,633$; $p<0,001$), dado que há medida que aumenta a frequência de actividade sexual diminui a insatisfação sexual e vice-versa ou seja, relativamente à satisfação, à medida que aumenta a frequência de actividade sexual aumenta a satisfação sexual. Relativamente à insatisfação com o relacionamento amoroso e à frequência de actividade sexual, verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r=-0,417$; $p=0,002$), ou seja, à medida que aumenta a frequência de actividade sexual diminui a insatisfação com a relação amorosa, o que se traduz num aumento da satisfação no relacionamento amoroso à medida que aumenta a frequência de actividade sexual.

Relativamente à percepção de desejabilidade, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas [$t(54)=-1,71$; $p=0,094$], sendo que quem apresenta maior insatisfação sexual são as mulheres que não se sentem desejadas sexualmente pelo seu parceiro, logo, têm menor satisfação sexual comparativamente a quem às mulheres que se sentem desejadas pelo companheiro ($M=52,60$; $DP=19,87$).

Quanto à satisfação no relacionamento amoroso e à percepção de desejabilidade por parte do companheiro, verificam-se diferenças estatisticamente significativas [$t(54)=-4,603$; $p<0,001$] na medida em que as mulheres que não se sentem desejadas pelo parceiro apresentam níveis médios mais elevados de insatisfação no relacionamento, o que se traduz

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

numa menor satisfação com a relação amorosa face às mulheres que sentem desejadas sexualmente ($M=57,50$; $DP=12,14$) (cf. Tabela 33).

Tabela 33. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação marital em função da percepção de desejabilidade

		Sente-se desejada	Não se sente desejada
Insatisfação sexual	M	40,98	52,60
	DP	19,47	19,87
Insatisfação no relacionamento	M	43,34	57,50
	DP	7,98	12,14

Ao considerarem-se as mulheres que referiram perceberem que o seu parceiro se sentia sexualmente mais atraído por si antes da cirurgia, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas [$t(53)=2,02$; $p=0,049$], verificando-se que as participantes que percebem alterações na atracção sexual do parceiro apresentam níveis médios mais elevados de insatisfação sexual, logo registam menor satisfação com a sexualidade ($M=50,83$; $DP=19,91$).

Quanto à insatisfação no relacionamento amoroso, não se registam diferenças estatisticamente significativas [$t(53)=1,23$; $p=0,223$], sendo as mulheres que acreditam que o parceiro se sentia sexualmente mais atraído antes da cirurgia quem apresenta níveis médios mais elevados de insatisfação, ou seja apresentam menor satisfação com a relação ($M=48,22$; $DP=8,80$) (cf. Tabela 34).

Tabela 34. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função da percepção de atractividade do parceiro

		Maior atracção anterior à cirurgia	Não percepção alterações na atracção posterior à cirurgia
Insatisfação sexual	M	50,83	39,57
	DP	19,91	19,20
Insatisfação no relacionamento	M	48,22	44,57
	DP	8,80	10,96

Relativamente à reconstrução mamária e à satisfação sexual, não se verificam diferenças estatisticamente significativas [$t(53)=-0,08$; $p=0,940$], sendo que quem apresenta níveis médios mais elevados de insatisfação sexual são as mulheres que não realizaram reconstrução, o que se traduz em menor satisfação com a sexualidade comparativamente a quem realizou esta cirurgia.

Quanto à satisfação no relacionamento e à reconstrução mamária, as mulheres que não realizaram reconstrução obtiveram níveis médios mais elevados de insatisfação ($M=46,02$; $DP=10,82$), estando portanto menos satisfeitas com a sua relação amorosa quando comparadas a mulheres que realizaram reconstrução mamária, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas [$t(53)=-0,36$; $p=0,724$] (cf. Tabela 35).

Tabela 35. Distribuição dos valores médios da insatisfação sexual e insatisfação no relacionamento em função da realização de reconstrução mamária.

		Realizou reconstrução mamária	Não realizou reconstrução mamária
Insatisfação sexual	M	42,33	42,89
	DP	22,46	19,71
Insatisfação no relacionamento	M	44,67	46,02
	DP	8,22	10,82

Da correlação entre a insatisfação sexual e a insatisfação no relacionamento, verifica-se que existe uma correlação positiva entre ambas as dimensões e igualmente significativa ($r=0,318$; $p=0,017$), o que indica que à medida que aumenta a insatisfação sexual aumenta também a insatisfação com a relação amorosa.

Capítulo VIII. Discussão

Nesta amostra composta por mulheres com anterior diagnóstico de cancro de mama, verificou-se que as pontuações médias obtidas no Inventário de Satisfação Sexual e no Inventário de Satisfação Marital estão positivamente correlacionadas. Considerando que os inventários fornecem índices de insatisfação, observou-se que a insatisfação sexual encontra-se associada à insatisfação marital, dado que à medida que a pontuação da insatisfação sexual aumenta, aumenta a pontuação na insatisfação com o relacionamento amoroso. Como o aumento da insatisfação pressupõe a diminuição da satisfação pode-se inferir que à medida que diminui a satisfação sexual diminui a satisfação na relação amorosa. Num *continuum* cujos pólos são a satisfação e a insatisfação, sendo pólos opostos, a existência de uma nega a existência da outra, pelo que pode-se confirmar a hipótese de que à medida que aumenta a satisfação sexual verifica-se um aumento da satisfação com a relação amorosa. A existência de uma relação entre a satisfação sexual e a satisfação no relacionamento é suportada por anteriores estudos como o de Schover (1991), que constatou que a satisfação na relação é um dos preditores mais importantes para a satisfação sexual pós cancro de mama. De facto, a qualidade da relação tem impacto no funcionamento e satisfação sexual (Ganz et al., 1999; Speer et al., 2005), sugerindo-se que a adopção pelo casal de comportamentos sexuais alternativos, estratégias de coping e uma noção de sexualidade mais flexível, pode ser benéfico para o envolvimento sexual bem como para a satisfação com a sexualidade e com o relacionamento (Baucom et al., 2009; Reese et al., 2010).

Quanto às diferenças no domínio da satisfação sexual e satisfação no relacionamento amoroso em função da idade, verificou-se que as mulheres mais velhas e com relacionamentos mais duradouros apresentam maior insatisfação sexual bem como maior insatisfação com a relação amorosa, o que se traduz em menor satisfação sexual e menor satisfação com a relação amorosa nas mulheres com relacionamentos mais duradouros. Assim, refutam-se as hipóteses que defendem que as mulheres com idades superiores aos 50 anos têm maior satisfação sexual e maior satisfação no relacionamento amoroso, bem como se refutam as hipóteses que referem que o tempo da relação se associa a uma maior satisfação sexual e satisfação amorosa.

Tais resultados vão ao encontro de investigações desenvolvidas, as quais identificaram a idade e as fases do climatério em que a mulher se encontra como tendo interferência no interesse, no funcionamento sexual e respectivamente na satisfação sexual (Ganz et al., 1998; Ganz et al., 1999; Speer et al., 2005). Segundo Zimmermann et al. (2010) as mulheres mais velhas são mais propensas ao descontentamento com o seu corpo associado a mudanças na funcionalidade provocadas pelo envelhecimento, levando-as a perceberem alterações no corpo e na sua feminilidade que se reflectem na satisfação com a sexualidade.

De facto, segundo Speer et al. (2005), a idade é uma influência importante no desenvolvimento de disfunção sexual em mulheres com cancro de mama, relacionando-se com o pior funcionamento e respectivamente pior satisfação sexual (Coelho, 2008). Assim, é provável que as mulheres mais jovens que compõem a amostra tenham um maior contentamento relativamente à sua imagem corporal e à sua funcionalidade sexual, tendo adquirido alternativas para expressar o seu carinho e a sua sexualidade que as mulheres mais velhas não desenvolveram, considerando aspectos subjectivos como a afectividade, que são valorizados aquando da avaliação da sua sexualidade (Barbosa, 2008; Speer et al., 2005). No entanto, as investigações realizadas não são lineares quanto ao impacto da idade na satisfação, na medida em que algumas delas refutam os resultados obtidos na presente investigação e sustentados pela literatura referida. Assim, os resultados obtidos vão contra investigações como a de Burweel et al. (2006) e Huguet et al. (2009), as quais sustentam que mulheres mais velhas apresentam maior satisfação sexual comparativamente a mulheres jovens as quais se preocupam mais com questões associadas à atractividade, o que por sua vez se revela um predictor dos problemas de foro sexual.

Nesta amostra, também a duração da relação se associa a maiores níveis médios de insatisfação marital e consequentemente menor satisfação com o relacionamento amoroso, ou seja são as mulheres com relações temporalmente mais duradouras quem apresenta menor satisfação na relação amorosa. Assim, partindo dos resultados obtidos e da análise da literatura, as mulheres mais jovens desta amostra estão mais satisfeitas com a relação, por possivelmente manterem uma relação pautada pela comunicação, compreensão, aceitação e valorização, impreteríveis à satisfação da mulher com a relação (Sardinha et al., 2009; Zimmermann et al., 2010). Os resultados obtidos no âmbito da duração do relacionamento levam a que se confirme o defendido por Dessen e Braz (2005) que referiram que tal não é sinónimo de satisfação dos cônjuges quanto à união. Deste modo, os resultados permitem-nos refutar as conclusões obtidas por Mercadante, et al. (2010), de que a duração da relação está associada com a satisfação no relacionamento ao defender que mulheres que têm uma relação menos duradoura e sólida, pelo medo de serem rejeitadas desenvolvem insatisfação face ao relacionamento, comparativamente a mulheres com relacionamento mais estáveis e prolongados.

Dado que as pessoas relutantes em expressar pensamentos e sentimentos e que têm um estilo interpessoal não assertivo podem apresentar baixos níveis de satisfação no relacionamento (Hinnen, et al., 2008), supõe-se que na presente investigação, as mulheres mais jovens e aquelas com relações menos duradouras, possivelmente estão mais informadas acerca da doença, das consequências da mesma e dos tratamentos, tendo estabelecido uma relação de comunicação mútua e de companheirismo mais sólida comparativamente às mulheres mais velhas. Supõe-se que as mulheres mais velhas não conseguiram estabelecer

uma relação de confiança, comunicação e companheirismo em que não tivessem medo enquanto membro de um casal de expressarem os seus sentimentos, o que poderá ter provocado uma sensação de incompreensão e desamparo que as levou a referirem-se insatisfeitas com a relação.

Relativamente ao impacto que os tratamentos cirúrgicos evidenciaram nesta investigação, salienta-se o facto de tratamentos mais invasivos como a mastectomia quando comparada ao tratamento cirúrgico de conservação mamária, provoca menor satisfação da mulher quanto à sua sexualidade, na medida em que as mulheres submetidas a mastectomia apresentaram níveis médios mais elevados de insatisfação sexual. Deste modo, os resultados obtidos vão ao encontro das investigações desenvolvidas por Duarte e Andrade (2003), Karabulut e Erci (2009), Oliveira (2000), e ainda Zanapalioğlu et al. (2009), segundo os quais cirurgias mais invasivas influenciam negativamente a sexualidade e a satisfação sexual. No entanto, segundo por Barbosa (2008), deve salvaguardar-se o facto de nem sempre se constatar que as cirurgias mais invasivas provocam maior insatisfação sexual, pois por vezes não se confirma a adopção de técnicas menos invasivas enquanto salvaguarda para a sexualidade (Ganz et. al, 1999).

Nesta amostra, os resultados obtidos ao evidenciarem maior satisfação sexual e maior satisfação na relação amorosa em mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, permitem confirmar a hipótese de que a satisfação sexual é maior em mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama comparativamente às mulheres submetidas a mastectomia, bem como a hipótese segundo a qual a satisfação no relacionamento amoroso é maior em mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama comparativamente às mulheres submetidas a mastectomia. Deste modo, assume-se que a satisfação sexual e a satisfação no relacionamento destas mulheres é afectada pela ablação do seio. Tomando o defendido por Sheppard e Ely (2008) de que a mastectomia perturba a imagem corporal, a qual por sua vez é um dos aspectos associados à satisfação sexual (Ganz et al., 1999; Karabulut & Erci, 2009; Mercadante et al., 2010), a não significância dos dados obtidos no âmbito da satisfação sexual e satisfação no relacionamento amoroso consoante a cirurgia realizada, podem indicar que outros factores que não apenas a ablação do seio, possam a influenciar a satisfação sexual após a doença e respectiva cirurgia. Destacando-se assim, o facto de que a sexualidade envolve além de aspectos físicos, aspectos psicológicos, interpessoais e comportamentais (Mercadante et al., 2010). Apesar dos resultados obtidos indicarem maior insatisfação sexual, logo, menor satisfação em mulheres submetidas a mastectomia, revela-se pertinente salientar o defendido por Lumbreras e Blasco (2008) segundo os quais, globalmente as mulheres sobreviventes de cancro de mama, independentemente do tratamento realizado, podem sentir-se satisfeitas quanto à sua sexualidade.

No entanto, quanto ao impacto do tipo de mastectomia na satisfação com o relacionamento, os resultados obtidos indicam que as mulheres submetidas a mastectomia apresentam maior insatisfação com a relação, o que se traduz na diminuição da satisfação da mulher com o seu relacionamento. Assim os resultados são suportados por Duarte e Andrade (2003) segundo os quais, a mastectomia ao afectar o seio que é um dos símbolos de feminilidade por excelência, pode provocar alterações no relacionamento e consequentemente pôr em causa a satisfação inerente. No entanto, dada a não significância dos dados obtidos, deve cogitar-se o facto de que além ablação do seio outras justificações sustentam a insatisfação com a relação verificada. Porém anteriores estudos referem que nem todas as mulheres submetidas a mastectomia apresentam-se menos satisfeitas quanto à sua relação quando comparadas a mulheres submetidas a cirurgias menos invasivas, o que é reforçado por Zimmermann et al., (2010), segundo os quais ambos os parceiros podem revelar-se felizes e satisfeitos com a relação (Duarte & Andrade, 2003; Manne et al., 2006).

Relativamente ao impacto dos tratamentos adjuvantes na satisfação sexual e na satisfação com o relacionamento amoroso, os resultados também aqui não se revelaram significativos. Considerando o defendido por Mercadante et al. (2010) de que a quimioterapia, a terapia hormonal e a radioterapia têm consequências adversas no âmbito da sexualidade, a amostra em questão permitiu confirmar que as participantes submetidas a quimioterapia e a radioterapia têm maior insatisfação sexual ou seja menor satisfação com a sua sexualidade, indo deste modo ao encontro da literatura a qual permite a sustentação dos dados obtidos. No âmbito da satisfação sexual, as mulheres que não se submeteram a hormonoterapia e a fisioterapia, apresentam menor insatisfação. Ou seja as mulheres que realizaram estes tratamentos obtiveram maior satisfação sexual ao pontuarem níveis inferiores de insatisfação. No entanto, a não significância dos dados leva a supor-se que existam outros factores que estão a influenciar a satisfação sexual.

Contrariamente, no caso dos outros tratamentos adjuvantes, à excepção da reabilitação, quem apresentou maior insatisfação sexual e insatisfação na relação amorosa, logo menor satisfação em ambos os domínios, foram as mulheres que se submeteram a quimioterapia e radioterapia. De facto, verifica-se que parte destas conclusões corrobora a literatura, sugerindo assim que as alterações decorrentes do tratamento influenciam a satisfação sexual e, estando-lhe associada, também a satisfação com o relacionamento amoroso.

Nesta amostra as mulheres que percebem após a cirurgia menor desejabilidade e menor atracção sexual do parceiro para com elas, apresentaram maior insatisfação sexual e também maior insatisfação no relacionamento o que é justificado com recurso à fundamentação dada por investigações anteriores. Segundo Henson (2002), o conceito de sexualidade envolve sentimentos relativos ao corpo, à necessidade de toque, ao interesse em

actividades sexuais, ao sentir-se desejada, à comunicação entre parceiros e ao envolvimento em actividade sexual satisfatória. Assim, considerando a relação existente entre a satisfação sexual e satisfação no relacionamento, tal como referiu Schain (1988) a sensação de feminilidade, e a percepção de aceitação e de desejabilidade sexual pode ser prejudicado se a mama é modificada ou retirada, na medida em que o tipo de cirurgia realizada tem impacto na imagem corporal e nos sentimentos de atractividade (Rowland et al., 2000), levando a que a mulher se sinta incapacitada e se desvalorize provocando alterações quer na satisfação sexual quer na satisfação com a relação amorosa (Amâncio & Costa, 2007; Albuquerque et al., 2010).

Além disso, verificou-se que à medida que aumenta a frequência de actividade sexual diminui a insatisfação sexual e a insatisfação no relacionamento. Isto pode significar que à medida que aumenta a frequência de envolvimento em actividade sexual, aumenta a satisfação sexual e a satisfação na relação amorosa. Assim, as mulheres que referiram estar menos satisfeitas com a sua sexualidade e com o seu relacionamento foram as que referiram envolver-se em actividade sexual menos de uma vez por mês, enquanto que no pólo oposto se encontram as mulheres com maior satisfação sexual e satisfação na relação amorosa que se envolvem em actividade sexual todos ou quase todos os dias. Os dados obtidos permitem a confirmação da hipótese que defende que à medida que aumenta a frequência de actividade sexual aumenta a satisfação sexual, bem como confirmação da hipótese segundo a qual à medida que aumenta a frequência de actividade sexual aumenta a satisfação com o relacionamento amoroso.

Deste modo, não podendo associar a frequência sexual com a ocorrência dos tratamentos, dado não ter informação acerca do funcionamento sexual pré-mórbido, pode-se especular com base na literatura, acerca de uma possível justificação para os resultados obtidos. Segundo Takahashi et al. (2008), após o tratamento as mulheres apresentam diminuição da frequência de actividade sexual, sendo frequente o surgimento de disfunções sexuais como é o caso da falta de interesse ou desejo sexual que motivam o distanciamento de actividades sexuais (Emilee et. al., 2010; Karaöz et al., 2010). No entanto, considerando que os problemas de foro sexual têm impacto na frequência e na satisfação sexual, tal como referiu Burweel et al. (2006) e Lumbreras e Blasco (2008), estes problemas sexuais diminuem ao longo do tempo promovendo a satisfação sexual. Deste modo, sugere-se que possivelmente o factor tempo poderá estar associado à frequência e à satisfação sexual, na medida em que poderá ter facilitado a diminuição dos problemas de foro sexual que tendencialmente os tratamentos provocam, e assim sustentar a frequência e a satisfação sexual verificados. No entanto, ainda ao nível da frequência de envolvimento em actividade sexual e da satisfação sexual, Takahashi et al. (2008) alertam para o facto de certas mulheres manterem a prática de actividades sexuais apesar de não terem interesse sexual, o que ilustra uma necessidade

da mulher em satisfazer o desejo do parceiro envolvendo-se em actividade sexual não por interesse pessoal.

Nesta amostra, a insatisfação no relacionamento é também superior em mulheres com menor frequência de actividade sexual, ou seja, as mulheres que se envolvem com maior frequência em actividades sexuais apresentam maior satisfação no relacionamento amoroso. Isto, tal como constatou Scorsolini-Comin e Santos (2009), ilustra o facto de que a satisfação na relação é algo complexo em que o contexto familiar tem um papel importante, baseado na qualidade da relação amorosa pautada pela compreensão e pelo envolvimento activo de ambos os elementos do casal.

Ao nível do impacto que a reconstrução mamária tem na satisfação sexual, os resultados obtidos indicam que de facto a reconstrução se encontra associada a menor insatisfação sexual, o que indica que mulheres que se submetem à cirurgia de reconstrução mamária apresentam maior satisfação sexual. Estes resultados são sustentados por Nunes (2008), o qual referiu que a cirurgia de reconstrução mamária pode contribuir para a preservação do interesse e da satisfação sexual, devido aos benefícios que apresenta no domínio estético e psicológico ao reduzir o trauma causado pela mutilação do seio (Duarte & Andrade, 2003; Nunes, 2008). Assim, na presente investigação as mulheres submetidas a reconstrução mamária ao pontuarem níveis menores de insatisfação sexual e de insatisfação no relacionamento, estão mais satisfeitas com a sua sexualidade e com a relação amorosa, o que não permite confirmar a hipótese segundo a qual as mulheres submetidas a reconstrução mamária apresentam menor satisfação sexual comparativamente a mulheres que não optaram pela reconstrução mamária. No entanto, é de salientar a existência de investigações que não sustentam os resultados obtidos. Considerando-se que a satisfação sexual é influenciada por múltiplos factores, segundo Rowland et al. (2000) e Yurek et al. (2000) é possível que mulheres submetidas a reconstrução mamária sejam mais susceptíveis de referirem um impacto negativo na sexualidade. A avaliação subjectiva que a mulher faz das mudanças ocorridas no corpo pode influenciar a sua receptividade à prática de actividade sexual, dado que os implantes não tem a mesma sensação táctil do seio provocando mudanças no funcionamento sexual e na vivência da sexualidade (Schover et al., 1995).

A análise dos resultados não permite confirmar ou refutar algumas das hipóteses anteriormente formuladas. Isto deve-se ao facto de alguns dos resultados obtidos não apresentarem consistência suficiente para se formularem conclusões que permitam a refutação ou confirmação das hipóteses, o que se deve ao reduzido número de sujeitos que compõem a amostra bem como à sua elevada heterogeneidade. Assim, não se confirma ou refuta a hipótese de que as mulheres casadas têm maior satisfação sexual e também maior satisfação no relacionamento amoroso, bem como não se confirma nem refuta a hipótese

segundo a qual as mulheres com habilitações literárias mais elevadas têm maior satisfação sexual e maior satisfação no relacionamento.

Em suma, os resultados obtidas nesta amostra permitem verificar que as mulheres mais jovens face às mais velhas, estão mais satisfeitas quer com o relacionamento quer com a sua sexualidade, o que pode traduzir maior compreensão e comunicação de sentimentos e medos entre os casais mais jovens. As mulheres mais velhas e com relacionamento mais duradouros sentem-se menos satisfeitas com a relação e com a sua sexualidade, o que se especula que poderá decorrer da diminuição de funcionalidades associada à idade e à fase de climatério. A mastectomia sendo uma cirurgia mais invasiva comparativamente à cirurgia conservadora da mama, as mulheres que são submetidas a mastectomia têm menor satisfação quer com a sua sexualidade quer com o relacionamento. A reconstrução mamária ao permitir melhorias na auto-imagem pela reestruturação do seio, nesta amostra as mulheres que optaram por realizar esta cirurgia tem maior satisfação sexual e maior satisfação no relacionamento comparativamente às mulheres que não realizaram reconstrução mamária. De facto, verificou-se que a percepção da mulher como fonte de desejabilidade sexual e de atractividade por parte do parceiro influi a satisfação apresentada quer na relação quer na sexualidade, na medida em que as mulheres que percepcionam alterações na desejabilidade e na atractividade decorrentes dos tratamentos para o cancro, apresentam-se mais insatisfeitas tanto com a relação estabelecida como com a sexualidade vivenciada.

Assim, a análise dos resultados permite constatar que parte deles está em conformidade com a literatura, apesar de também se verificarem em investigações anteriores resultados opostos à informação obtida na presente investigação. Salienta-se o facto de que os resultados obtidos devem sempre ser reportados à amostra em questão, daí a impossibilidade de generalização dos dados, quer pela amostra clínica quer pela dimensão reduzida da mesma.

Capítulo IX. Considerações finais

A sexualidade é um aspecto importante na vida dos seres humanos. Ao englobar aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e comportamentais revela-se um construto multidimensional salientando-se a necessidade de toque, o interesse em actividades sexuais, o sentir-se desejada, a comunicação entre parceiros e o envolvimento em actividade sexual satisfatória (Henson 2002; Mercadante et al., 2010). A sexualidade e a imagem corporal revelam-se importantes na construção da identidade feminina, sendo aspectos seriamente comprometidos em mulheres com cancro de mama (Sheppard & Ely, 2008).

Na verdade, esta investigação permitiu constatar que a cirurgia a que as mulheres foram submetidas se encontra associada à satisfação sexual e à satisfação na relação. De facto, as mulheres que realizaram cirurgias mais invasivas, que envolvem danos alargados pela ablação do seio e por vezes de zonas adjacentes a este, apresentam menor satisfação sexual e menor satisfação no relacionamento quando comparadas a mulheres que se submeteram a tratamentos menos invasivos, como é o caso da cirurgia conservadora da mama, as quais apresentaram maior satisfação quer sexual quer relacional. Assim, apesar de existirem estudos como o de Lumbreras e Blasco (2008), que indicam que independentemente da cirurgia realizada, as mulheres podem ter uma apreciação global satisfatória da sua sexualidade, a presente investigação evidencia os efeitos adversos que os tratamentos cirúrgicos e os tratamentos adjuvantes têm na sexualidade, ao envolverem uma menor satisfação sexual. As mulheres que se submeteram a radioterapia e a quimioterapia apresentaram menor satisfação sexual e menor satisfação na relação, evidenciando-se os efeitos negativos dos tratamentos na sexualidade e no bem-estar da mulher (Mercadante et al., 2010; Costa 2010).

Verificou-se que existe uma relação entre a frequência de actividade sexual e a obtenção de maiores índices de satisfação sexual e igualmente maiores índices de satisfação com a relação amorosa, na medida em que maior frequência de envolvimento em actividade sexual reflecte maior satisfação quer com a sexualidade, quer maior satisfação com o relacionamento amoroso.

A idade encontra-se associada igualmente à satisfação sexual e à satisfação marital. De facto constatou-se que as mulheres mais jovens estão mais satisfeitas em ambos os domínios. Assim, é provável que as mulheres mais jovens tenham estabelecido com o seu parceiro um relacionamento satisfatório que permite a livre expressão de sentimentos e medos decorrentes do diagnóstico e dos tratamentos, permitindo a obtenção de maior apoio e suporte, tanto por parte do parceiro como por parte meio envolvente. Nesta amostra, possivelmente as mulheres mais velhas não obtiveram suficiente suporte por parte do parceiro durante o diagnóstico e o tratamento, percebendo falta de apoio e

companheirismo, o que poderá estar associado à menor satisfação marital constatada. No que respeita à menor satisfação sexual verificada nas mulheres mais velhas, esta pode estar associada a aspectos decorrentes da idade como a diminuição de funcionalidades relacionadas com a fase do climatério em que a mulher se encontra e os valores hormonais apresentados. Como referido por Speer et al. (2005), estando a idade relacionada com a quantidade de lubrificação e dor sexual experienciada, as mulheres mais velhas apresentam mais preocupações relacionadas com a lubrificação e dor associada ao acto sexual, salientando-se o facto de estes aspectos influenciarem o funcionamento sexual e em decorrência a satisfação com a sexualidade vivenciada (Ganz et al., 1998; Ganz et al., 1999).

A satisfação da mulher com a relação amorosa encontra-se associada à sexualidade, na medida em que a satisfação sexual influi na satisfação marital e vice-versa, destacando-se a associação entre ambas. A percepção das mulheres de que são ainda capazes de despertar desejo sexual no parceiro, sendo fonte de atractividade sexual, influencia a satisfação sexual e a satisfação relacional que as próprias vivenciam. Assim, mulheres que se sentem desejadas e que não denotam diferenças na atracção sexual do parceiro após a cirurgia a que foram submetidas apresentam-se mais satisfeitas com a sua relação e com a sexualidade. Tal permite confirmar que, de facto, a sensação de desejabilidade e os sentimentos de atractividade influenciam a satisfação da mulher com a sua sexualidade e com o relacionamento mantido.

Nesta amostra, a reconstrução mamária tem influência na satisfação sexual e na satisfação marital, dado que as mulheres que optaram por se submeter a este tratamento encontram-se mais satisfeitas com a sua sexualidade, bem como apresentam maiores índices de satisfação com a relação amorosa mantida. Assim, apesar de a cirurgia não permitir a recuperação da sensibilidade ao toque anterior à ablação do seio, de facto a reconstrução mamária permite a diminuição da mutilação percebida, sendo uma mais-valia ao nível estético e psicológico uma vez que reduz o impacto que a cirurgia tem na imagem corporal da mulher.

Assim, a actual investigação é uma mais-valia na medida em que aborda questões importantes para as mulheres com cancro de mama. De facto, apesar de constituírem uma população já bastante estudada, as questões associadas à sua sexualidade ainda não se encontram devidamente explicadas. Assim, dado que vários estudos no âmbito do cancro de mama abordam a qualidade de vida, não aprofundando o tema da satisfação com a sua sexualidade, a presente investigação torna-se pertinente ao avaliar a sexualidade e o relacionamento na perspectiva da satisfação da mulher em ambos os domínios. Deste modo, a esta investigação assume-se como um contributo válido para a compreensão de questões inerentes à sexualidade e ao relacionamento amoroso ao avaliar os níveis de satisfação sexual

e satisfação no relacionamento apresentados pelas doentes após o diagnóstico e respectivos tratamentos para o cancro.

Uma das principais limitações da presente investigação prende-se com o número reduzido de sujeitos que compõe a amostra, o que impede a generalização de resultados. Apesar da reduzida amostra, é de realçar o número de sujeitos alcançado devido a dificuldade em aceder a esta população e ao facto de a sexualidade ser ainda um tema tabu, constatado no momento da recolha de dados. De facto, muitas mulheres recusaram-se a responder ao questionário dado a natureza das questões de foro sexual percepcionando-as como uma invasão à sua privacidade. É de referir que cerca de 50 questionários não foram devolvidos, e dos que foram, 38 tiveram de ser anulados pelo facto de as mulheres não responderem ao Inventário de satisfação sexual limitando-se apenas a responder ao questionário de caracterização da amostra e ao Inventário de satisfação marital. Tal facto ilustra claramente o referido por Karabulut e Erci, (2009) segundo os quais a sexualidade das mulheres com cancro de mama é ainda um tabu assente em mitos disfuncionais que se revelam um obstáculo à comunicação da sua sexualidade.

Apesar de os dados obtidos serem pertinentes, na medida em que permitem tirar elações acerca da satisfação sexual e da satisfação no relacionamento em mulheres que foram confrontadas com um diagnóstico de cancro de mama, é de salientar a necessidade de continuação da investigação do tema. De facto, novas investigações que aprofundem a temática da sexualidade revelam-se necessárias, de modo a dar resposta a questões que estão ainda pendentes, não tendo sido devidamente esclarecidas nesta investigação pelo facto de certos resultados não se revelarem conclusivos, o que pode ser encarado como ponto de partida para investigações futuras. Apesar de globalmente a literatura defender que os tratamentos para o cancro de mama tem a si associados a diminuição da frequência sexual comparativamente a um nível anterior à doença, dado que a presente investigação não permitiu avaliar tal situação pelo facto de não existir informação que permitisse a comparação entre estes momentos, poderá futuramente desenvolver-se nova investigação tendo em vista dar resposta a esta situação e a demais que se revelem de interesse. De facto, devido ao aumento da incidência de cancros, investigações neste âmbito são uma mais-valia por permitirem compreender aspectos relevantes numa população tão específica como é o caso de mulheres com cancro de mama.

Bibliografia

- Abalo, J., Abreu, M., Roger, M., & González, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana de Oncología*, 15(1), 49-65.
- Albuquerque, C., Gomes, V., Monteiro, R., Martins, R., & Albuquerque, C. (2010). Psychosocial determinants and marital context of psychological well-being of portuguese women with breast cancer. *European Psychiatry*, 25(1), 1386.
- Alder, J., Zanetti, R., Wight, E., Urech, C., Fink, N., & Bitzer, J. (2008). Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 1898-1906.
- Amâncio, V., & Costa, N. (2007). Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 41-53.
- Andersen, B., & Elliot, M. (1993). Sexuality for women with Cancer: assessment, theory, and treatment. *Sexuality and Disability*, 11(1), 7-37.
- Andersen, B., & Jochimsen, P (1985). Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer, and healthy women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 25-32.
- Autier, P., Boniol, M., LaVecchia, C., Vatten, L., Gavin, A., Héry, C., et al. (2010). Disparities in breast cancer mortality trends between 30 european countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *British Medical Journal*, 18, 1-7.
- Badr, H., Laurenceau, J., Schart, L., Basen-Engquist, K., & Turk, D. (2010). The daily impact of pain from metastatic breast cancer on spousal relationships: A dyadic electronic diary study. *International Association for the Study of Pain*, 151, 644-654.
- Baltar, M., Ribeiro, J., Lopes, I., Torres, A., & Lourenço, C. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 285-300.
- Barbosa, J. (2008). *A sexualidade nas mulheres mastectomizadas*. Tese de Licenciatura não publicada, Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Barradas, S. (2009). *Avaliação da qualidade de vida e ajustamento diádico em mulheres com cancro ginecológico e de mama*. Tese de mestrado não publicada, Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Barros, N. (2008). *Satisfação sexual e imagem corporal em mulheres com cancro da mama: estudo exploratório numa amostra de mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama*. Tese de mestrado não publicada, Lisboa: Universidade Aberta.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 139-144.
- Batiston, A., & Santiago, S. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Fisioterapia e pesquisa*, 12(3), 30-35.
- Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., Wiesenthal, N., Aldridge, W., et al. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-oncology*, 18, 276-283.
- Bernardo, B., Lorenzato, F., Figueiroa, J. & Kitoko, P. (2007). Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29, 85-90.
- Bertan, F., & De Castro, E. (2010). Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 76-88.
- Boehmer, U., & case, P. (2007). Sexual minority women's interactions with breast cancer providers. *Women & Health*, 44(2), 41-58.
- Boyle, P., & Levin, B. (2008). *World Cancer Report*. Lion: International Agency for Research on Cancer.
- Broeckel, J., Thors, C., Jacobsen, P., Small, M., & Cox, C. (2002). Sexual functioning in long term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 75, 241-48.
- Bultz, B., Speca, M., Brasher, P., Geggie, P., & Page, S. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9(4), 303-313.
- Burweel, S., Case, L., Kaelin, C., & Avis, N. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2815-2821.
- Cebeci, F., Yangin, H., & Tekeli, A. (2010). Determination of changes in the sexual lives of young women receiving breast cancer treatment: a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 28, 255-264.
- Coelho, C. (2008). *Mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia: contributos para a compreensão da sua qualidade de vida*. Tese de mestrado não publicada, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Costa, J. (2010). *Qualidade de Vida na Mulher em Quimioterapia por Cancro da Mama: Estudo de Coorte Prospectivo*. Tese de Mestrado não publicada, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Derogatis, L. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp.270-294). Nova York: Free Press.
- Dessen, M. & Braz, M. (2005). Rede social de apoio durante transições decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3) 221-231.

- Didier, F., Radice, D., Gandini, S., Bedolis, R., Rotmensz, N., Maldifassi, A., et al. (2009). Does nipple preservation in mastectomy improve satisfaction with cosmetic results, psychological adjustment, body image and sexuality? *Breast Cancer Research and Treatment*, 118, 623-633.
- Dizon, D. (2009). Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. *The Breast Journal*, 15(5), 500-504.
- Donovan-Kichen, E., & Caughlin, J. (2010). A multiple goals perspective on topic avoidance and relationship satisfaction in the context of breast cancer. *Communication Monographs*, 77(2), 231-256.
- Duarte, T., & Andrade, A. (2003). Enfrentando a mastectomia: a análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.
- Emilee, G., Ussher, J., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66, 397-407.
- Fonseca, A., Cavalcanti, A., Bagnoli, V., Paixão, J., Penteado, S., Cardose, E., et al. (2008). Efeitos do valerato de estradiol associado ao acetato de ciproterona em alguns parâmetros clínicos e da sexualidade em mulheres na pós-menopausa. *Einstein*, 6(2), 170-174.
- Freitas-Junior, R., Freitas, N., Curado, M., Martins, E., Silva, C., Rahal, R., et al. (2010). Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 128(2), 81-84.
- Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B., & Rowland, J. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17, 2371-2380.
- Ganz, P., Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., & Wyatt, G. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.
- Gilbert, E., Ussher, J., & Perz, J. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experience of carers. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 998-1009.
- Gordon, L., Battistuta, D., Scuffham, P., Tweeddale, M., & Newman, B. (2005). The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 93, 217-226.
- Gradim, C. (2005). *Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama*. Tese de doutoramento, não publicada. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Hawkins Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K (2009). Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: The experience of

- partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), 271-280.
- Henry, M., Baas, C., & Mathelin, C. (2010). Reconstruction mammaire après cancer du sein: les motifs du refus. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, 217-223.
- Henson, H. (2002). Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 20(4), 261-275.
- Hinnen, C., Hagedoorn, M., Ranchor, A., & Sanderman, R. (2008). Relationship satisfaction in women: A longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners' relationship-focused coping. *British Journal of Health Psychology*, 13, 737-754.
- Holmberg, S., Scott, L., Alexy, W., & Fife, B. (2001) Relationship issues of 31 women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(1):53-60.
- Huguet, P., Morais, S., Osis, M., Pinto-Neto, A., & Gurgel, M. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-67.
- International Agency for Research on Cancer (2008). Section of Cancer Information. Acedido a 17/2/2011 a partir de <http://globoan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620>
- Janni, W., Rjosk, D., Dimpfl, T, Haertl, K., Strobl, B., Hepp, F., et al. (2001). Quality of Life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term Follow-Up of a Matched-Pair Analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 8(6), 542-548.
- Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., & Ward, E. (2010). Cancer Statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 60, 277-300.
- Karabulut, N., & Erci, B., (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3), 332-343.
- karaöz, B., Aksu, H., & Küçük, M. (2010). A qualitative study of the information needs of premenopausal women with breast cancer in terms of contraception, sexuality, early menopause, and fertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109, 118-120.
- Lawrance, K & Byers, E. (1998). Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Shreer, & S. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium*(pp.514-519). Thousand Oaks: Sage
- Lumbreras, S., & Blasco, T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 155-170.
- Maluf, M. (2008). *O perfil da sexualidade em mulheres com cancro de mama*. Tese de mestrado não publicada, São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Manne, S., Ostroff, J., Norton, T., Fox, K., Goldstein, L. & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 234-247.
- Marques, L. (2003). Cancro da mama. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 463-468.
- Matthes, A., & Sgrignoli, R. (2009). Definición de senos normales para mujeres en menacme. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(1), 1-6.
- Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer*, 18, 659-665
- Ministério da Saúde (s.d.). Cancro de mama. Acedido a 21/06/2011 a partir de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+mama.htm>
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. (2009). O papel da intimidade conjugal na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 127-147.
- Nosarti, C., Roberts, J., Crayford, T., McKenzie, K. & David A. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1123-1130.
- Nunes, A. (2008). *Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Tese de Mestrado, não publicada. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Odefrey, F., Stone, J., Gurrin, L., Byrnes, G., Apicella, C., Dite, G., et al. (2010). Common genetic variants associated with breast cancer and mammographic density measures that predict disease. *Cancer Research*, 70(4), 1449-1458.
- Oliveira, I. (2000). *Vivências da mulher mastectomizada. Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Tese de Mestrado não publicada, Porto: Universidade do Porto.
- Patrão, I. (2007). *O ciclo psicooncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Tese de doutoramento não publicada, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 53-73.
- Ramírez, E., & Flores, E. (2005). Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncologia*, 28(3), 164-169.
- 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*, 3(23), 295-304.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doença*, 8(1), 13-32.
- Reese, J., Keefe, F., Somers, T., Abernethy, A. (2010). Coping with sexual concerns afetr cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer*, 18, 785-800.
- Reese, J., Shelby, R., Keefe, F., Porter, L., & Abernethy, A. (2010). Sexual concerns in cancer patients: a comparison of GI and breast cancer patients. *Support Care Cancer*, 18, 1179-1189.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada.
- Rodríguez, A. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rossi, L., & Santos, M. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo Câncer de Mama. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G., & Ganz, P. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1422-1429.
- Rowland, J., Meyerowitz, B., Crespi, C., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T., et al. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Research Treatment*, 118, 99-111.
- Rust, J., & Golombok, S. (1985). "The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)". *British Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 63-64.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 157-165.
- Rust, J., & Golombok, S. (1998). The GRISS: a psychometric scale and profile of sexual dysfunction. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & G. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures (192-194)*. London: Sage publications.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1990). The GRIMS. A psychometric instrument for the assessment of marital discord. *Journal of Family Therapy*, 12, 45-57.
- Santos, G., Abrantes, P. (1996). Sexualidade e Doença. *Psiquiatria Clínica*, 17 (3), 189-208.

- Sardinha, A., Falcone, E., & Ferreira, M. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402.
- Schain, W. (1988). The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *A Cancer Journal for Clinicians*, 38, 154-161.
- Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *A Cancer Journal for Clinicians*, 41, 112-120.
- Schover, L. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 177-182.
- Schover, L., Yetman, R., Tuason, L., Meisler, E., Esselstyn, C., Hermann, R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. *Cancer*, 75(1), 54-64.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2009). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *PSICO*, 40(4), 430-437.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2005). *Management of breast cancer in women: a national clinical guideline*. Edinburgh: Author.
- Sheppard, L., & Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.
- Shin, H., Joubert, C., Boniol, M., Hery, C., Ahn, S., Won, et al. (2010). Recent trends and patterns in breast cancer incidence among Eastern and Southeastern Asian women. *Cancer causes control*, 21, 1777-1785.
- Skrzypulec, V., Tobor, E., Drosdzol, A., & Nowosielski, K. (2008). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 613-619.
- Speer, J., Hillenberg, B., Sugrue, D., Blacker, C., Kresge, C., Decker, V., et al. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, 11(6), 440-447.
- Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Hataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., et al, (2008). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology*, 17, 901-907.
- Tiezzi, D. (2007). Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 29(8), 428-434.
- Tozo, I., Moraes, J., Lima, S., Gonçalves, N., Auge, A., Rossi, L., et al. (2009). Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 31(10), 503-507.
- Venâncio, J. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.

- Vilarinho, S. & Nobre, P. (no prelo). Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS; Rust, Bennum, Crowe, & Golombok, 1988): Psychometric properties of the Portuguese experimental version.
- Vilarinho, S., & Nobre, P. (no prelo). Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Rust & Golombok, 1986): Psychometric properties of the Portuguese experimental version.
- Yang, H., & Schuler, T. (2009). Marital quality and survivorship: slowed recovery for breast cancer patients in distress relationships. *Cancer, 1*, 217-228.
- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. (2000). Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 697-709.
- Zanapalioglu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., & Tarcan, E. (2009). Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health, 5*(3), 152-156.
- Zimmermann, T., Scott, J., & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 19*, 1061-1068.

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Anexos

Anexo 1

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

O presente estudo insere-se numa investigação acerca da satisfação no relacionamento e satisfação sexual em mulheres com cancro de mama. O principal objectivo da investigação é o de averiguar a satisfação sexual e a satisfação no relacionamento em mulheres com cancro de mama submetidas à prática cirúrgica, de forma a permitir um conhecimento mais aprofundado das principais consequências da intervenção cirúrgica no domínio sexual e relacional das pacientes.

Os questionários avaliam as seguintes áreas:

- Avaliação da situação clínica
- Avaliação da satisfação no relacionamento interpessoal
- Avaliação da satisfação sexual

Muito obrigado pela sua colaboração

<p>PROFISSÃO _____</p> <p>MEIO RESIDÊNCIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Rural</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Urbano</td><td></td></tr> </table> <p>ESTADO CIVIL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Solteira</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Casada</td><td></td></tr> <tr><td>Divorciada</td><td></td></tr> <tr><td>Viúva</td><td></td></tr> <tr><td>União de facto</td><td></td></tr> <tr><td>Separada</td><td></td></tr> </table> <p>ETNIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Caucasiana</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Negra</td><td></td></tr> <tr><td>Asiática</td><td></td></tr> <tr><td>Latino-Americana</td><td></td></tr> <tr><td>Outra</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">- Se "outra", indique qual: _____</td></tr> </table> <p>SITUAÇÃO ECONÓMICA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Baixa</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Média-baixa</td><td></td></tr> <tr><td>Média</td><td></td></tr> <tr><td>Média-Alta</td><td></td></tr> <tr><td>Alta</td><td></td></tr> </table>	Rural		Urbano		Solteira		Casada		Divorciada		Viúva		União de facto		Separada		Caucasiana		Negra		Asiática		Latino-Americana		Outra		- Se "outra", indique qual: _____		Baixa		Média-baixa		Média		Média-Alta		Alta		<p>IDADE ____ anos</p> <p>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Não sabe ler nem escrever</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Sabe ler e escrever</td><td></td></tr> <tr><td>4ª classe</td><td></td></tr> <tr><td>5º ao 6º ano</td><td></td></tr> <tr><td>7º ao 9º ano</td><td></td></tr> <tr><td>10º ao 12º ano</td><td></td></tr> <tr><td>Ensino médio</td><td></td></tr> <tr><td>Ensino superior</td><td></td></tr> </table> <p>ZONA DE RESIDÊNCIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Norte</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Centro</td><td></td></tr> <tr><td>Lisboa</td><td></td></tr> <tr><td>Alentejo</td><td></td></tr> <tr><td>Algarve</td><td></td></tr> <tr><td>Açores</td><td></td></tr> <tr><td>Madeira</td><td></td></tr> <tr><td>Outra</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">- Se "outra", indique qual: _____</td></tr> </table>	Não sabe ler nem escrever		Sabe ler e escrever		4ª classe		5º ao 6º ano		7º ao 9º ano		10º ao 12º ano		Ensino médio		Ensino superior		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		Açores		Madeira		Outra		- Se "outra", indique qual: _____	
Rural																																																																									
Urbano																																																																									
Solteira																																																																									
Casada																																																																									
Divorciada																																																																									
Viúva																																																																									
União de facto																																																																									
Separada																																																																									
Caucasiana																																																																									
Negra																																																																									
Asiática																																																																									
Latino-Americana																																																																									
Outra																																																																									
- Se "outra", indique qual: _____																																																																									
Baixa																																																																									
Média-baixa																																																																									
Média																																																																									
Média-Alta																																																																									
Alta																																																																									
Não sabe ler nem escrever																																																																									
Sabe ler e escrever																																																																									
4ª classe																																																																									
5º ao 6º ano																																																																									
7º ao 9º ano																																																																									
10º ao 12º ano																																																																									
Ensino médio																																																																									
Ensino superior																																																																									
Norte																																																																									
Centro																																																																									
Lisboa																																																																									
Alentejo																																																																									
Algarve																																																																									
Açores																																																																									
Madeira																																																																									
Outra																																																																									
- Se "outra", indique qual: _____																																																																									

QUESTIONÁRIO INTRODUTÓRIO

Questões Relacionais

<p>1. Parceiro sexual actual</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Namorada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Namorado</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mulher</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Marido</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Múltiplos parceiros femininos</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Múltiplos parceiros masculinos</p> <p>2. Caso mantenha uma relação com um companheiro/a, há quanto tempo dura (por favor, especifique duração em anos)? _____</p> <p>3. Tem filhos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, amamentou? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Número de filhos _____</p> <p>4. Grau de Satisfação com o relacionamento com o parceiro/a (marque o número mais adequado)</p> <p>Muito baixo 1 2 3 4 5 6 7 Muito alto</p>
--

História Médica

<p>1. Por favor indique (em meses) há quanto tempo foi-lhe diagnosticada a doença _____</p> <p>2. Quanto tempo (em meses) levou entre o diagnóstico e o tratamento _____</p> <p>3. Tipo da cancro da mama</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Benigno</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Maligno</i></p> <p>3.1 Dentro da lista que se segue, sabe identificar o tipo exacto de cancro que lhe foi diagnosticado?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> . Se sim, por favor indique com uma cruz no local exacto.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Adenocarcinoma</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma ductal in situ</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma lobular in situ</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma ductal invasor</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma lobular invasor</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma inflamatório da mama</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma medular</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma mucinoso</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Carcinoma tubular</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Tumor filoide maligno</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Outro. Por favor indique qual</i> _____</p> <p>4. Tratamento a que foi submetido</p> <p>1. Terapia cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> <i>a. Cirurgia conservadora da mama (tumorectomia/quadrantectomia)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>b. Mastectomia</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>mastectomia simples ou total</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>mastectomia radical modificada</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>mastectomia radical</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>c. outras técnicas cirúrgicas. Por favor indique qual</i> _____</p>
--

2. *Radioterapia*
 3. *Quimioterapia*
 4. *Hormonoterapia*
 5. *Reabilitação*
 6. *Outras terapias oncológicas para o cancro da mama. Se sim, indique qual* _____

5. Já terminou o tratamento? Sim Não
 Se sim, por favor indique (em meses), há quanto tempo o terminou _____

6. Actualmente encontra-se em tratamento? Sim Não
 Se sim, por favor indique (em meses), há quanto tempo iniciou o tratamento _____

Religião

1. Professa alguma religião? Sim Não
 Se sim, indique qual? _____

2. Qual o grau de crença na sua religião? (marque o número mais adequado)
 Muito pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muitíssimo

3. Qual o grau em que se considera ser praticante? (marque o número mais adequado)
 Muito pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muitíssimo

Comportamentos Sexuais

1. Com que frequência se envolve em actividade sexual com o seu parceiro?
 0. Nunca me envolvi em actividade sexual
 1. Menos de 1 vez por mês
 2. Entre 1 a 3 vezes por mês
 3. Entre 1 a 2 vezes por semana
 4. Entre 3 a 5 vezes por semana
 5. Todos ou quase todos os dias
 6. Mais do que 1 vez por dia

2. Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada? Sim Não

3. Como definiria a sua orientação ou preferência sexual? (marque o número mais adequado)
 Exclusivamente homossexual 1 2 3 4 5 6 7 Exclusivamente heterossexual

4. Sente-se desejada pelo seu companheiro? Sim Não

5. Acredita que o seu companheiro se sentia sexualmente mais atraído por si antes da cirurgia?
 Sim Não

6. Realizou reconstrução mamária? Sim Não Se não, pretende realizá-la?
 Sim Não

INVENTÁRIO DE SATISFAÇÃO SEXUAL GOLOMBOK RUST
-versão feminina -
(GRISS; Rust & Golombok, 1986)
(Tradução e adaptação de Sandra Vilarinho e Pedro Nobre, 2006)

INSTRUÇÕES:

Cada uma das questões abaixo listadas, é seguida por uma série de respostas possíveis:
1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = ocasionalmente; 4 = habitualmente; 5 = sempre

Leia cada questão cuidadosamente e decida qual das respostas melhor descreve o modo como as coisas têm acontecido consigo recentemente; seguidamente, assinale o número correspondente. Por favor, responda a todas as questões. Se não tiver a certeza em relação à resposta mais precisa, assinale a que considerar mais apropriada. Não demore muito tempo em cada questão. Por favor, responda a este questionário sem discutir qualquer das questões com o seu parceiro. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão honesto e preciso quanto possível a cada uma das questões.

TODA A INFORMAÇÃO SERÁ TRATADA COM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.

	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Sempre
1. Sente-se desinteressada em sexo?	1	2	3	4	5
2. Pergunta ao seu parceiro o que é que ele gosta ou não gosta no vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
3. Há semanas em que não existe qualquer actividade sexual?	1	2	3	4	5
4. Excita-se sexualmente com facilidade?	1	2	3	4	5
5. Está satisfeita com o tempo que demora com o seu parceiro em preliminares?	1	2	3	4	5
6. Considera a sua vagina tão apertada que o pénis do seu parceiro não consegue entrar?	1	2	3	4	5
7. Tenta evitar praticar sexo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
8. Consegue atingir um orgasmo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
9. Tem prazer em abraçar e acariciar o corpo do seu parceiro?	1	2	3	4	5
10. Considera satisfatório o relacionamento sexual com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
11. É-lhe possível inserir o seu dedo na sua vagina sem desconforto?	1	2	3	4	5
12. Desagrada-lhe tocar e acariciar o pénis do seu parceiro?	1	2	3	4	5
13. Fica tensa e ansiosa quando o seu parceiro quer praticar sexo?	1	2	3	4	5
14. Considera impossível atingir um orgasmo?	1	2	3	4	5
15. Tem relações sexuais mais do que duas vezes por semana?	1	2	3	4	5
16. É-lhe difícil dizer ao seu parceiro o que gosta e não gosta no vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
17. É possível o pénis do seu parceiro entrar na sua vagina sem desconforto?	1	2	3	4	5
18. Sente que existe falta de amor e afecto no relacionamento sexual com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
19. Tem prazer em que os seus genitais sejam tocados e acariciados pelo seu parceiro?	1	2	3	4	5
20. Recusa-se a praticar sexo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
21. Consegue atingir o orgasmo quando o seu parceiro estimula o seu clitoris durante os preliminares?	1	2	3	4	5
22. Sente-se insatisfeita com o tempo que o seu parceiro demora no acto sexual em si mesmo?	1	2	3	4	5
23. Sente nojo em relação ao que faz enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
24. Considera a sua vagina de tal modo apertada que o pénis do seu parceiro não consegue penetrar com profundidade?	1	2	3	4	5
25. Desagrada-lhe ser abraçada e acariciada pelo seu parceiro?	1	2	3	4	5
26. A sua vagina fica húmida enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
27. Tem prazer em ter relações sexuais com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
28. Não consegue atingir o orgasmo durante o acto sexual?	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE SATISFAÇÃO MARITAL GOLOMBOK RUST
- versão feminina-
(GRIMS; Rust, Bennun, Crowe, & Golombok, 1988)
(Tradução e adaptação de Sandra Vilarinho e Pedro Nobre, 2006)

INSTRUÇÕES:

Cada uma das questões é seguida por uma série de respostas possíveis:

1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo; 4 = concordo fortemente

Leia cada questão cuidadosamente e decida qual das respostas melhor descreve o modo como se sente no relacionamento com o seu parceiro; seguidamente, assinale o número correspondente. Por favor, responda a todas as questões. Se nenhuma das respostas lhe parecer *completamente* precisa, assinale a que considerar *mais* apropriada. Não demore muito tempo em cada questão. Por favor, responda a este questionário sem discutir qualquer das afirmações com o seu parceiro. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão sincero e preciso quanto possível a cada uma das questões.

TODA A INFORMAÇÃO SERÁ TRATADA COM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. O (a) meu (minha) companheiro(a) é normalmente sensível e consciente das minhas necessidades.	1	2	3	4
2. Eu realmente aprecio o sentido de humor do(a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4
3. O (a) meu (minha) companheiro(a) parece já não me ouvir mais.	1	2	3	4
4. O (a) meu (minha) companheiro(a) nunca me foi desleal.	1	2	3	4
5. Eu estaria disposto(a) a desistir dos meus amigos se tal significasse salvar o nosso relacionamento.	1	2	3	4
6. Estou insatisfeito(a) com o nosso relacionamento.	1	2	3	4
7. Gostaria que o (a) meu (minha) companheiro(a) não fosse tão preguiçoso(a) e não andasse as pôr as coisas fora do lugar.	1	2	3	4
8. Algumas vezes sinto-me sozinho(a) mesmo quando estou com o (a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4
9. Se o (a) meu (minha) companheiro(a) me deixasse a vida não merecia a pena ser vivida.	1	2	3	4
10. Nós conseguimos "concordar em discordar" um com o outro.	1	2	3	4
11. É inútil manter um casamento para além de um certo limite.	1	2	3	4
12. Ambos parecemos gostar das mesmas coisas.	1	2	3	4
13. Considero difícil mostrar ao (à) meu (minha) companheiro(a) que me sinto ligado(a).	1	2	3	4
14. Eu nunca tenho segundas intenções acerca do nosso relacionamento.	1	2	3	4
15. Tenho prazer simplesmente em estar sentado e a falar com o (a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4
16. Considero bastante aborrecida a ideia de passar o resto da minha vida com o (a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4
17. Existe sempre bastante "dar e receber" no nosso relacionamento.	1	2	3	4
18. Tornamo-nos competitivos quando temos que tomar decisões.	1	2	3	4
19. Já não sinto que posso confiar verdadeiramente no (a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4
20. O nosso relacionamento ainda é pleno de alegria e excitação.	1	2	3	4
21. Um de nós fala continuamente e o outro normalmente está em silêncio.	1	2	3	4
22. O nosso relacionamento está constantemente em desenvolvimento.	1	2	3	4
23. O casamento tem muito mais a ver com segurança e dinheiro do que com amor.	1	2	3	4
24. Gostaria que houvesse mais entusiasmo e afecto no nosso relacionamento.	1	2	3	4
25. Estou completamente comprometido(a) no meu relacionamento com o (a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4
26. O nosso relacionamento é por vezes sufocante porque o (a) meu (minha) companheiro(a) está sempre a corrigir-me.	1	2	3	4
27. Eu suspeito que podemos estar à beira da separação.	1	2	3	4
28. Nós podemos sempre fazer as pazes depois de uma discussão.	1	2	3	4

Anexo 2

Ex.mo Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
CHCB-EPE

Covilhã, 3 de Novembro de 2010

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Ex.mo(a) Senhor(a):

Eu, Maria Isabel Alves Monteiro, aluna da Universidade da Beira Interior, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, venho solicitar a V. Exa., autorização para aplicação de um questionário subordinado à temática “satisfação sexual e satisfação no relacionamento em mulheres com cancro da mama”, em pacientes do CHCB. Este estudo visa como população específica mulheres que após diagnóstico de cancro da mama tenham sido submetidas a intervenção cirúrgica como tratamento da referida patologia mamária.

Deste modo, solicito a sua autorização para que eu possa aplicar o referido questionário às pacientes do CHCB que compareçam à consulta da especialidade e que se revelem interessadas em voluntariamente participar no estudo.

Agradecendo antecipadamente a atenção de V. Exa., apresento os meus melhores cumprimentos,

Maria Isabel Alves Monteiro

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Anexo 3

Ex.mo(s) Senhor(es):
Director(es) do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
CHCB-EPE

Covilhã, 3 de Novembro de 2010

Assunto: Parecer relativo à realização de investigação

Ex.mo(s) Senhor(es):

Eu, Maria Isabel Alves Monteiro, aluna da Universidade da Beira Interior, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, venho solicitar a V(s). Exa(s)., o vosso parecer relativo à aplicação de um questionário subordinado à temática “satisfação sexual e satisfação no relacionamento em mulheres com cancro da mama”. Este estudo visa como população específica mulheres que após diagnóstico de cancro da mama tenham sido submetidas a intervenção cirúrgica como tratamento da referida patologia mamária.

Deste modo, solicito a V(s). Exa(s). o vosso parecer sobre o referido estudo, para que assim possa aplicar um questionário às pacientes do CHCB que compareçam à consulta da especialidade e que se revelem interessadas em voluntariamente participar no estudo.

Agradecendo antecipadamente a atenção de V(s). Exa(s)., apresento os meus melhores cumprimentos,

Maria Isabel Alves Monteiro

Satisfação Sexual, Satisfação na Relação e Cancro de Mama

Universidade da Beira Interior

Anexo 4

Consentimento Livre e Informado

Maria Isabel Alves Monteiro, estudante da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado, subordinado ao tema “Satisfação sexual e satisfação no relacionamento em mulheres com cancro da mama”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

(Data)

Anexo 5

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Para os devidos efeitos declaro que estou de acordo em participar no estudo “Satisfação sexual e satisfação no relacionamento em mulheres com cancro de mama” realizado pela aluna do mestrado em Psicologia clínica de saúde, Maria Isabel Monteiro sob a orientação do Professor Doutor Henrique Pereira, ambos da Universidade da Beira Interior.

Foi-me dado uma explicação integral da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspectos que me pareceram pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais, sendo que concordo que sejam analisados pela investigadora, única e exclusivamente no referido estudo.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Li com atenção e aceito de livre vontade participar no estudo:

Assinatura do Investigador: _____

Data: _____