

AValiação da função sexual em um grupo de mastectomizadas

Evaluation of sexual function in a group of mastectomized women

Evaluación de la función sexual en un grupo de mastectomizadas

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar a função sexual de mulheres mastectomizadas. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo, realizado entre setembro a outubro de 2012, investigou 34 mulheres mastectomizadas e ativas sexualmente nos últimos 6 meses, participantes de um grupo de apoio. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados sociodemográficos (condição socioeconômica, estado civil e escolaridade) e ginecológicos (paridade, tempo pós-cirúrgico e tipo de cirurgia), além do Questionário Quociente Sexual (QS-F) - versão feminina. Os resultados foram analisados através da estatística descritiva e dos testes Kruskal-Wallis e Spearman, considerando-se $p \leq 0,05$. **Resultados:** Encontrou-se um desempenho sexual de nulo a ruim em 35,3% ($n=12$) das mulheres, e apenas 11,8% ($n=4$) apresentaram um escore favorável no QS-F. Observou-se uma maior porcentagem de mulheres apresentando dificuldade na excitação com 88,2% ($n=30$), e quanto ao estado civil e escolaridade, 47,1% ($n=16$) eram casadas e 55,9% ($n=19$) apresentaram escolaridade até ensino fundamental. **Conclusão:** As mulheres mastectomizadas investigadas apresentaram função sexual baixa e insatisfatória de acordo com o QS-F, eram casadas e apresentavam até o ensino fundamental.

Descritores: Mastectomia; Sexualidade; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the sexual function of mastectomized women. **Methods:** cross-sectional descriptive study conducted between September and October 2012 with 34 mastectomized women, members of a support group, who were sexually active in the last six months. It was used an instrument for collecting sociodemographic (socioeconomic status, marital status and education) and gynecological data (parity, post-surgical time and type of surgery) in addition to the Female Sexual Quotient (FSQ) questionnaire. Results were analyzed using descriptive statistics, the Kruskal-Wallis and Spearman's test with $p \leq 0.05$. **Results:** It was verified a sexual performance that ranged from null to bad in 35.3% ($n=12$) of women, while only 11.8% ($n=4$) had a favorable score on FSQ. It was observed a higher percentage of women presenting difficulty in sexual arousal, 88.2% ($n=30$). Regarding marital status and education, 47.1% ($n=16$) were married and 55.9% ($n=19$) had studied up to elementary school. **Conclusion:** The investigated mastectomized women presented low and unsatisfactory sexual function according to the FSQ; they were married and studied up to elementary school.

Descriptors: Mastectomy; Sexuality; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la función sexual de mujeres mastectomizadas. **Métodos:** Estudio transversal y descriptivo realizado entre septiembre y octubre de 2012, con 34 mujeres mastectomizadas, sexualmente activas en los últimos 6 meses y participantes en un grupo de apoyo. Se utilizó un instrumento para recogida de datos sociodemográficos (condición socioeconómica, estado civil y escolaridad) y ginecológicos (paridad, tiempo postquirúrgico y tipo de cirugía) además del Cuestionario Cociente Sexual (CS-F) – versión femenina. Los resultados fueron analizados a través de la estadística descriptiva y las pruebas de Kruskal-

Izabelle Quintiliano Montenegro
Bomfim⁽¹⁾
Rosana Priscila Santos Batista⁽¹⁾
Renata Melo de Carvalho Lima⁽¹⁾

1) Universidade Estadual de Ciências da
Saúde de Alagoas - UNCISAL - Maceió
(AL) - Brasil

Recebido em: 05/03/2013
Revisado em: 20/07/2013
Aceito em: 06/12/2013

Wallis y Spearman, considerando $p \leq 0,05$. **Resultados:** Se encontró un rendimiento sexual de nulo a malo en el 35,3% ($n=12$) de las mujeres y solamente el 11,8% ($n=4$) presentaron una puntuación favorable del CS-F. Se observó mayor porcentaje de mujeres con dificultad de excitación en el 88,2% ($n=30$), y respecto al estado civil y escolaridad, el 47,1% ($n=16$) eran casadas y el 55,9% ($n=19$) presentaron escolaridad máxima de educación básica. **Conclusión:** Las mujeres mastectomizadas investigadas presentaron baja e insatisfactoria función sexual según el CS-F, eran casadas y tenían escolaridad máxima de educación básica.

Descriptor: Mastectomía; Sexualidad; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

No Brasil, dentre as neoplasias malignas, o câncer de mama é o tipo mais frequente, o mais comum entre as mulheres^(1,2). O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou 57.120 novos casos para o ano de 2014, e no ano de 2008, o número de mortes foi 12.098, sendo 11.969 mulheres^(1,2).

Pelo fato de ser uma doença cujo diagnóstico ainda é tardio, ocasionando estágios avançados, o sucesso do tratamento diminui, fazendo com que as taxas de mortalidade do câncer de mama continuem elevadas, apesar do bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente⁽¹⁾.

Uma das formas de tratamento para o câncer de mama é a cirurgia, a qual pode ser conservadora e não conservadora. As cirurgias conservadoras, caracterizadas pela retirada de um segmento da mama, consistem na tumorectomia e quadrantectomia⁽³⁾. Já as cirurgias não conservadoras, chamadas de mastectomias, consistem na retirada da mama e podem ser divididas em: mastectomia radical modificada, encontrada em duas versões (tipo Patey e tipo Madden); mastectomia radical de Halsted; e a mastectomia total⁽⁴⁾. A mastectomia, pelo seu caráter agressivo e traumatizante para a vida e saúde da mulher, proporciona alterações na sua imagem corporal, identidade e autoestima, podendo repercutir na sua qualidade de vida e, consequentemente, em sua sexualidade, mesmo nas pacientes que tiveram uma vida sexual satisfatória antes da doença⁽⁵⁾.

Os efeitos adversos do tratamento, principalmente da quimioterapia, levam a quadros de atrofia vulvovaginal, dispareunia, irritação e secura vaginal, inibição do desejo e da excitação, anorgasmia, menopausa prematura, náuseas, vômitos, fadiga e alopecia, o que pode impedir o funcionamento sexual satisfatório. Apesar de os efeitos fisiológicos tenderem a diminuir com o tempo, o dano à

função sexual pode persistir por anos em sobreviventes de vários tipos de câncer^(5,6).

As disfunções sexuais se caracterizam por falta de desejo, ausência de orgasmo, disfunção na excitação, desconforto e/ou dor no ato sexual, o que prejudica uma ou mais das fases desse ciclo (desejo, excitação, orgasmo e resolução), podendo inclusive bloqueá-lo em determinado momento do seu desenrolar⁽⁷⁾. Seus principais fatores de risco podem ser divididos em físicos, psicológicos, psicossociais e sociodemográficos^(8,9).

Uma forma de avaliar essas disfunções é através da aplicação de questionários e, dentre os específicos em sexualidade, destaca-se o Questionário Quociente Sexual - versão feminina (QS-F), que avalia a função sexual em mulheres sexualmente ativas, elaborado para a população brasileira. Pode também ser utilizado para a estratificação de pacientes em estudos clínicos ou observacionais, bem como para a mensuração da eficácia de intervenção que objetiva o tratamento das disfunções sexuais da mulher⁽⁸⁾.

Sabendo que o quadro de disfunção sexual é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública⁽¹⁰⁾, considera-se de suma importância abordar a sexualidade humana à mulher mastectomizada que sofreu danos e lesões não somente físicas como também emocionais, repercutindo em sua qualidade de vida, visto que ela deve ter atenção integral de saúde pelos profissionais que lidam com a saúde pública⁽¹¹⁾.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a função sexual de mulheres mastectomizadas.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo, cuja coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2012, com as participantes do Grupo de Mama Renascer - Organização Não Governamental (ONG) GRUMARE, localizada no Centro Especializado em Reabilitação Municipal (PAM) Salgadinho, da cidade de Maceió-AL, que apresentavam prontuários no banco de dados da ONG.

O trabalho foi composto por uma amostra censitária com todas ($n=63$) as mulheres que participavam da ONG no período da coleta. Elegeram-se como critérios para inclusão na pesquisa as mulheres mastectomizadas participantes do Grupo de Mama Renascer e ativas sexualmente nos últimos 6 meses. Excluíram-se as mulheres que estavam em vigência de tratamento quimioterápico ou radioterápico para o câncer de mama, mulheres que realizaram técnicas conservadoras como tratamento, mulheres que apresentaram recidiva da doença e as que não foram encontradas no período da coleta. Assim, das 63 mulheres participantes da ONG, 9 não apresentaram relação sexual nos últimos 6 meses, 12 não

foram encontradas, 4 estavam em vigência de tratamento quimioterápico ou radioterápico e 4 se recusaram a participar do estudo, perfazendo um total de 29 exclusões. A amostra constou, então, de 34 mulheres após os critérios de inclusão e exclusão.

Após a coleta dos prontuários, contataram-se as mulheres de duas maneiras: através da presença na reunião mensal que ocorre toda a primeira quarta-feira do mês na própria sede da ONG ou através de visita domiciliar.

Realizou-se a aplicação dos instrumentos de coleta de dados em apenas um encontro, no qual se explicou os objetivos da pesquisa e, após demonstrarem o interesse em participar, as mulheres investigadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro instrumento aplicado pelas pesquisadoras abordava os seguintes itens: idade, nível sociodemográfico e escolaridade. Para a caracterização de dados ginecológicos e obstétricos, coletaram-se as variáveis “paridade”, “tempo pós-cirúrgico” e “tipo de cirurgia”.

O tipo de cirurgia dependeu do estadiamento clínico e do tipo histológico de cada mulher, analisando a característica do tumor e a fase em que a doença era diagnosticada, podendo ser classificada como cirurgia conservadora (tumorectomia e quadrantectomia⁽¹²⁾ e não conservadora (mastectomias, mastectomia radical modificada, mastectomia radical de Halsted⁽¹²⁻¹⁴⁾). A mastectomia radical modificada pode ser encontrada em duas versões: tipo Patey, em que o músculo peitoral menor, a glândula mamária, III, IV e V espaços intercostais não são conservados e ocorre o esvaziamento radical axilar; e tipo Madden, em que há a preservação dos músculos peitoral maior e menor e dos espaços intercostais. Nesta variável de mastectomia, não existe o esvaziamento axilar, tendo indicação os casos de carcinoma ductal *in situ*^(12,13). Já na mastectomia radical de Halsted, a mama, a papila e os músculos peitorais (maior e menor) subjacentes não são preservados, incluindo a linfadenectomia axilar, muitas vezes necessitando da realização de enxerto^(13,14).

Para definir o nível sociodemográfico, a presente pesquisa baseou-se no Critério de Classificação Econômica Brasil 2008⁽¹⁵⁾, que utiliza características domiciliares para atribuir pontos e realiza a soma destes para definir a classe econômica, podendo ser A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E, sendo A1 atribuído à maior somatória (42-46) e E, à menor (0-7)⁽¹⁵⁾.

O formulário sociodemográfico e o Questionário Quociente Sexual - versão feminina (QS-F) foram aplicados pelos pesquisadores em local reservado, em uma única entrevista, com duração média de 20 minutos. O QS-F⁽⁹⁾ avalia o desempenho da função sexual nas mulheres e o domínio por domínio dessa atividade, pela consideração individualizada das questões pertinentes aos diferentes

aspectos investigados. Esse questionário é validado⁽⁹⁾, sendo composto por 10 perguntas, arranjadas em cinco domínios (desejo e interesse sexual, preliminares, excitação da mulher e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual e orgasmo e satisfação sexual), com escores que são: nunca (0), raramente (1), às vezes (2), aproximadamente 50% das vezes (3), a maioria das vezes (4) e sempre (5). Para obter o resultado é necessário somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2: $2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5 - Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$ (Q = questão) $[5 - Q7]$ = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões⁽⁹⁾.

O resultado do quociente é de quanto maior o escore, melhor o padrão de desempenho sexual: de 82 a 100 pontos, bom a excelente; de 62 a 80 pontos, regular a bom; de 42 a 60 pontos, desfavorável a regular; de 22 a 40 pontos, ruim a desfavorável; de 0 a 20 pontos, nulo a ruim. Estabeleceu-se durante a sua validação o ponto de corte em 60 como forma de rastreamento para a disfunção sexual feminina⁽⁹⁾.

Em seguida à aplicação dos instrumentos, convidaram-se as mulheres investigadas a participarem de uma palestra na própria ONG, em uma data previamente marcada.

Após o período de avaliações, os dados encontrados foram tratados através de estatística descritiva, demonstrados em tabelas e gráficos. Para a determinação da associação entre a função sexual e as variáveis secundárias (tipo de mastectomia, idade, nível sociodemográfico, estado civil e tempo pós-cirúrgico), utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman, considerando-se o nível de significância de $p \leq 0,05$, por meio do programa SPSS versão 17.0.

A presente pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), com o protocolo de número 1870, e obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS).

RESULTADOS

Encontrou-se a média de idade das 34 mulheres participantes da pesquisa de 52,3 ($\pm 11,1$) anos, sendo 25 a idade mínima e 72 a idade máxima. A Tabela I descreve as características da amostra quanto ao aspecto sociodemográfico (condição socioeconômica, estado civil e escolaridade). No que diz respeito ao estado civil e escolaridade, 47,1% ($n=16$) eram casadas e 55,9% ($n=19$) apresentavam escolaridade até o ensino fundamental.

Observou-se na amostra estudada um predomínio da classe C, com 50% ($n=17$) das mulheres. Outro ponto

analisado indicou que quanto maior a classe social, maior a sua pontuação no QS-F, em que a classe B apresenta a média de pontuação 50,6 (desfavorável a regular) e a classe D (31,7) e C (22,5) variam de ruim a desfavorável ($r=0,349$; $p=0,043$). A comparação entre os valores da pontuação no QS-F apresentou diferença significativa entre a distribuição das médias por classe social ($p=0,012$).

Com relação aos antecedentes gineco-obstétricos das mulheres mastectomizadas entrevistadas, pode-se observar, através da Tabela II, a paridade de destaque, com 67,7% ($n=23$) nas que tiveram 2 filhos ou menos e 50% ($n=17$) das mulheres relataram ter realizado a mastectomia há mais de 5 anos. Quanto ao tipo de cirurgia, 41,2% ($n=14$) realizaram a mastectomia total, seguidas pela mastectomia radical de Halsted com 26,5% ($n=9$).

Das 34 mulheres entrevistadas, a função sexual encontrada através do QS-F indicou desempenho sexual nulo a ruim em 35,3% ($n=12$) delas (Figura 1). De acordo com os aspectos abordados no QS-F e a distribuição das respostas das mulheres, pode-se observar, na Figura 2, uma maior porcentagem de mulheres apresentando dificuldade na excitação com 88,2% ($n=30$), seguida do domínio “desejo e interesse sexual”, com 82,4% ($n=28$) delas com desejo ou interesse sexual hipotativo.

Através dos domínios do QS-F, as mulheres que tinham realizado a mastectomia total representaram as que obtiveram a menor média de pontuação – 15,9 (nulo a ruim) –, sendo a melhor resposta ao questionário as que realizaram a mastectomia radical modificada do tipo Madden, com média de pontuação de 62,4 (regular a bom)

Tabela I - Caracterização sociodemográfica da amostra das mulheres mastectomizadas pertencentes à ONG GRUMARE. Maceió-AL, 2012.

Variáveis	Categoria	n	%
Nível socioeconômico	B	10	29,4
	C	17	50,0
	D	7	20,6
Estado civil	Casada	16	47,1
	Separada/divorciada	3	8,8
	Solteira	11	32,4
	Viúva	4	11,8
Escolaridade	Fundamental	19	55,9
	Ensino Médio	8	23,5
	Ensino Superior	7	20,6

n= número de indivíduos; %= porcentagem

Tabela II - Caracterização de dados ginecológicos e obstétricos da amostra total das mulheres mastectomizadas entrevistadas pertencentes à ONG GRUMARE. Maceió-AL, 2012.

Variável	Categoria	n	%
Paridade	Até 2 filhos	23	67,7
	3 filhos	8	23,5
	Mais de 3 filhos	3	8,8
Tempo pós-cirúrgico	Menos de 1 ano	6	17,6
	1 a 5 anos	11	32,4
	Mais de 5 anos	17	50,0
Tipo de cirurgia	Total	14	41,2
	Halsted	9	26,5
	Outras*	11	32,4

n = número de indivíduos; % = porcentagem ; *Patten, Madden e não soube especificar

($p=0,004$). Esse valor de p é correspondente à comparação entre as distribuições das médias. Como o tipo de cirurgia não é uma variável numérica, não pode ser feita correlação com a pontuação do QS-F.

Quanto à idade das pacientes, verificou-se a existência de uma fraca correlação negativa com a pontuação do QS-F, indicando que quanto maior a idade, menor o escore nesse questionário ($r=-0,360$; $p=0,036$). Não existiu diferença significativa entre tempo de cirurgia e pontuação no QS-F ($r=-0,303$; $p=0,198$).

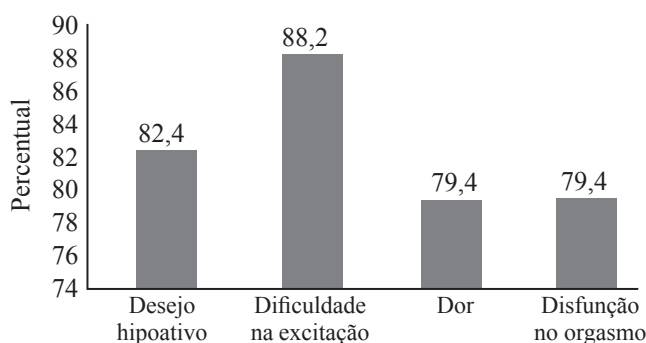


Figura 1 - Escore final do Quociente Sexual - versão feminina - das mulheres mastectomizadas participantes da pesquisa. Maceió-AL, 2012.

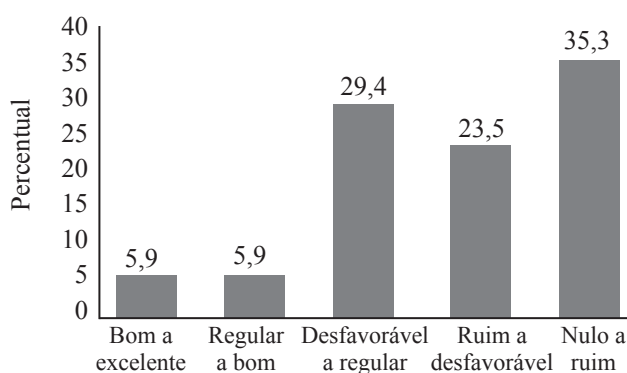


Figura 2 - Principais disfunções sexuais encontradas na amostra estudada. Maceió-AL, 2012.

DISCUSSÃO

Estudos sobre a sexualidade feminina e o câncer de mama vêm sendo conduzidos há anos, grande parte deles abordando o impacto psicológico e a qualidade de vida na saúde da mulher^(2,4,16). Outros estudos confrontam as técnicas cirúrgicas, ou seja, os benefícios das cirurgias conservadoras (tumorectomia, quadrantectomia) frente às mastectomias e à reconstrução mamária^(17,18) e as consequências na qualidade de vida da mulher^(4,19).

Nesta presente pesquisa, a idade média das mulheres foi de 52,3 anos, corroborando os achados de outros estudos^(17,20,21), nos quais a idade para diagnóstico variou de 45 a 60 anos, descendo com o passar do tempo e chegando a 35 anos⁽¹⁾. A partir de 2008, dados indicaram que o câncer de mama tem incidência mais alta em mulheres acima de 35 anos, e essa doença tende a crescer e assumir características progressivas a partir dessa idade⁽¹⁾.

Pesquisas mostram que mulheres mastectomizadas mais jovens são acometidas com mais problemas em relação a sua sexualidade^(4,22), indicando que elas têm maior risco para estresse psicológico e disfunção sexual e maior dificuldade em se adaptar à nova imagem corporal, isso provavelmente pelo fato de terem menos preparo para enfrentar a situação, além de terem planos de maternidade adiados ou abandonados⁽⁴⁾. Isso não corrobora com a pesquisa em questão, na qual se observou que, quando a idade aumenta, ocorre uma diminuição na pontuação do QS-F.

No presente estudo, 47,1% das entrevistadas casadas apresentaram a categoria “desfavorável a regular” como resultado do QS-F. Já nas solteiras, observou-se maior predominância do escore “nulo a ruim”. Em outro estudo⁽⁴⁾, encontrou-se que as mulheres com um relacionamento estável tiveram resultados melhores quando comparadas às sem relacionamento estável.

Mais da metade (52,9%) das mulheres entrevistadas estudaram até o nível fundamental, sendo essas as que obtiveram o pior escore no QS-F. Pode-se observar o mesmo resultado em outra pesquisa⁽²⁰⁾, na qual foi possível analisar que 57% das mulheres apresentava baixa escolaridade, encontrando uma correlação estatisticamente significativa nesse aspecto. Em um estudo⁽¹⁷⁾, a maioria completou somente o 1º grau, condizendo com o resultado encontrado na presente investigação. Também se percebeu em outro estudo⁽⁴⁾ que a escolaridade pode afetar a vida sexual de mulheres mastectomizadas e as mulheres de nível universitário obtiveram escores melhores quando comparadas às que cursaram até o ensino médio.

Encontrou-se, na presente pesquisa, uma baixa condição socioeconômica, com 70,6% das mulheres entre classes C e D, justificado pelo fato de a ONG ser localizada em um centro de saúde e de atendimento médico da rede pública, e por terem dificuldade de acesso ao atendimento privado.

Um estudo⁽²²⁾ mostrou que as mulheres de nível socioeconômico A e B obtiveram a melhor média dos escores referentes à sexualidade em comparação com as das classes C e D/E, corroborando com os achados da pesquisa em questão, quanto maior a classe social, maior foi a pontuação no QS-F com uma melhor função sexual. Metade

das mulheres colaboradoras da atual pesquisa realizou a cirurgia há mais de 5 anos e não foi observada diferença significativa entre o tempo pós-cirúrgico e a pontuação do questionário, apesar de ter sido observada uma diminuição no escore com o passar do tempo de cirurgia. Outra pesquisa⁽⁴⁾ mostra que o tempo decorrido desde a cirurgia não influencia nos aspectos de sexualidade. Já outro estudo⁽²³⁾, acompanhando 191 mulheres em tratamento para o câncer de mama, observou um aumento de problemas relacionados ao interesse e à atividade sexual com o passar do tempo, justificado pelas alterações corporais (alopécia, linfedema, cicatriz e amputação da mama) que ainda não foram assimiladas pela mulher, podendo causar prejuízo na sua autoimagem, consequentemente afetando sua vida sexual.

Todos os tipos de tratamento para o câncer de mama têm um impacto significativo na autoimagem, resultando em problemas sexuais^(24,25), entretanto, outros autores^(23,26) não encontraram efeitos significativos nos problemas sexuais na comparação entre os tipos de cirurgia, relatando que o único achado mais consistente é de que as mulheres que sofreram qualquer tipo de mastectomia, em vez da cirurgia conservadora, têm mais problemas com a imagem corporal.

No presente trabalho, as pacientes que fizeram mastectomia total obtiveram menor escore médio no QS-F. Em seguida, vieram as que se submeteram a mastectomia radical de *Halsted* com 36,7. Observa-se, a partir desses dados, que apesar da mastectomia total ser, entre as mastectomias, a que menos deixa sequela na mulher, ela ainda é traumatizante pela própria imagem corporal alterada. Acredita-se também que esse achado pode ter sido pelo fato de a amostra ter predominado em 47,1% de mulheres com mastectomia total, não sendo, portanto, uma amostra homogênea, e pela média de idade das mulheres dessa modalidade cirúrgica ter sido de 56 anos, sendo essa a média de idade das mulheres que obtiveram o pior escore de nulo a ruim.

Quanto aos resultados do QS-F relativos ao desempenho e à satisfação sexual, a maioria das mulheres (35,3%) analisadas na atual pesquisa foi classificada na categoria de nulo a ruim, 29,4% como desfavorável a regular e poucas atingiram o escore classificado de bom a excelente e regular a bom, com 5,9% em ambos, o que difere de um estudo⁽²⁰⁾ que utilizou o QS-F com 42 mastectomizadas e encontrou apenas 7,1% com padrão de nulo a ruim e 40,5% de desfavorável a regular. Em outra pesquisa⁽²⁶⁾, com 11 pacientes mastectomizadas, 36,36% apresentaram desempenho desfavorável a regular; 45,46%, de regular a bom; e nenhuma apresentou a pior categoria. Essa diferença pode dar-se devido a um dos estudos⁽²⁶⁾ ter sido realizado somente com mulheres casadas e que estavam em tratamento fisioterápico em uma clínica-escola, assim

como no trabalho⁽²⁰⁾ em que a coleta de dados foi realizada em pacientes que estavam em reabilitação em um hospital de grande porte, podendo já existir uma melhor aceitação do seu corpo e uma diminuição das sequelas devido à reabilitação.

A literatura confirma a alta prevalência de disfunções sexuais em mulheres mastectomizadas, variando de 50 a 90%^(20,22,24,27,28), corroborando com o achado da presente pesquisa, na qual 88,2% das mulheres tinham ao menos uma disfunção sexual, sendo que das 34 mulheres, 88,2% apresentaram dificuldade na excitação, 82,4% desejo sexual hipotativo, e 79,4% referiram dispareunia e anorgasmia.

A disfunção sexual pode vir concomitante às alterações fisiológicas e cirúrgicas e na autoimagem, assim como no uso de medicamentos ou tratamentos que inibem a libido ou que causam secura e atrofia vaginal, sendo que esses fatores podem coexistir com o curso da doença e no pós-tratamento, podendo ser essa a razão das disfunções sexuais serem tão frequentes em pacientes oncológicos^(5,6,29).

Como limitações do atual estudo, têm-se a classe social das entrevistadas e o tipo de cirurgia realizada, pois eram homogêneas, classes sociais desprivilegiadas e mastectomia total, respectivamente, o que pode levar a um pior prognóstico e níveis de QS-F. Esses resultados demonstram o quanto a mulher mastectomizada se retrai para a atividade sexual, fazendo com que o sexo seja desagradável por conta da sua autoimagem e estima, que sofrem alterações devido ao tratamento não conservador. Sugere-se que sejam realizados novos estudos nesse aspecto, através de uma amostra maior, com o intuito de demonstrar que a sexualidade da mulher mastectomizada sofre impacto significativo, a fim de promover um amplo conhecimento das consequências dos procedimentos e doenças nestas, melhorando os objetivos das políticas públicas e a abordagem do profissional de saúde.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados no estudo, observa-se que a maioria das mulheres mastectomizadas investigadas mostra função sexual baixa e insatisfatória de acordo com o QS-F, eram casadas e apresentavam até o ensino fundamental.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de câncer: incidência de câncer no Brasil. [Internet]; 2014 [acesso em 2014 jan 06]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>

2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer de Mama: documento de consenso. [Internet]; 2004 [acesso em 2014 jan 07]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>
3. Santos D, Vieira E. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2511-22.
4. Huguet P, Morais S, Osis M, Pinto Neto A, Gurgel M. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(2):61-7.
5. Krychman ML, Katz A. Breast Cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med*. 2012;9(1):5-13.
6. Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em Oncologia. *Diagn Tratamento*. 2011;16(2):86-90.
7. Rohden F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estud Feministas*. 2009;17(1):89-109.
8. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento*. 2009;14(2):89-1.
9. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina, uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med*. 2006;63(9):477-82.
10. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(10):504-10.
11. Souto MD, Souza IEO. Sexualidade da mulher após a mastectomia. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004;8(3):402-10.
12. Cassali GD, Gomes NF, Paim C, Amaral CM. Assistência Fisioterapêutica a Pacientes pós- cirurgia do Câncer de Mama. In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004. Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte; 2004.
13. Ferreira PCA, Neves NM, Correa RD, Barbosa SD, Paim C, Gomes NF, et al. Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama. In: 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005. Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte; 2005.
14. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(1):17-22.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2008 [Internet]. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2010 [acesso 2013 maio 15]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
16. Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinai M, Alanyali H, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori*. 2009;95(2):212-8.
17. Maluf MFM. O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
18. Moreira JR, Sabino Neto M, Pereira JB, Biasi T, Garcia EB, Ferreira LM. Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. *Rev Bras Mastologia*. 2010;20(4):177-182.
19. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):707-16.
20. Manganiello A. Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.
21. Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cavalheiro JA, Rabin EG, Bittelbrunn A, et al. Rotinas em Mastologia. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
22. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual Function after Breast Cancer. *J Sex Med*. 2011;8(1):294–302.
23. Yang EJ, Kim SW, Heo CY, Lim JY. Longitudinal changes in sexual problems related to cancer treatment in Korean breast cancer survivors: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*. 2011;19(7):909-18.
24. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhair Z, Kharmoun S, Slimani K, et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BMC Women's Health*. 2011;11(29):1-5.
25. Backwell RT, Volker DL. Sexual dysfunctions related to the treatment of young women with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2005;9(6):697-701.
26. Correia GN, Oliveira J, Mesquita-Ferrari RA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. *Fisioter Pesqui*. 2007;14(3):31-6.
27. Carvalho DM, Martins C, Rezende LF. Sexualidade no pós-operatório de câncer de mama. *Rev Pensamento Plural*. 2011;5(2):60-4.

28. Gahm J, Wickman M, Brandberg Y. Bilateral prophylactic mastectomy in women with inherited risk of breast cancer--prevalence of pain and discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery. *Breast*. 2010;19(6):462-9.
29. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*. 2010;66(4):397-407.

Endereço de correspondência:

Izabelle Quintiliano Montenegro Bomfim
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Rua Doutor Jorge de Lima, 113
Bairro: Trapiche da Barra
CEP: 57010-300 - Maceió - AL - Brasil
E-mail: izabellebomfim@hotmail.com