

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER
SUBMETIDA À MASTECTOMIA

ADRIANA MANGANIELLO

São Paulo
2008

ADRIANA MANGANIELLO

**SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER
SUBMETIDA À MASTECTOMIA**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga

**São Paulo
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Manganiello, Adriana.

Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à
mastectomia. /Adriana Manganiello. – São Paulo, 2008.
105p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga.

1. Sexualidade 2. Qualidade de vida 3. Mastectomia 4.
Saúde da mulher. I. Título.

Nome: Adriana Manganiello

Título: Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus pais Antonio e Liliana que sempre estiveram ao meu lado, dando apoio e incentivo para que eu nunca desistisse.

À minha querida filha Isabelle, por seu carinho, paciência e compreensão durante todo este período.

À minha orientadora e amiga Luiza por toda sua dedicação, apoio, paciência e confiança desde o início de minha formação.

A todas as mulheres que dividiram comigo sua experiência de vida e sua intimidade.

Muito obrigada a todos, sem vocês este trabalho com certeza nunca teria existido.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a **Luiza Akiko Komura Hoga**, orientadora sempre dedicada, responsável e criteriosa; a qual tenho imenso carinho por ter sido minha mentora e amiga desde o início de minha formação e por ter me dado a oportunidade de desfrutar de seus ensinamentos por todos esses anos.

À Prof.^a Dr.^a **Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre**, pela dedicação e contribuição, na assessoria estatística e nas valiosas sugestões dadas desde o início do trabalho.

Ao Prof. Dr. **Edmund Chada Baracat** e Prof.^a Dr.^a **Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira**, pelas contribuições e sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

Às minhas amigas **Luciana Magnoni Reberte e Carolina Moraes Miranda**, pela valiosa colaboração na realização da etapa de coleta de dados.

Às minhas irmãs **Cibele Manganiello Rocha e Simone Manganiello**, que de várias formas ajudaram na realização deste trabalho.

Ao **Marcello Batista Pimentel**, pela colaboração cuidadosa na etapa da formatação desta pesquisa.

À **Marcela Elvira Matumoto**, pela cuidadosa correção ortográfica.

À **Rocio Elizabeth Chavez Alvarez**, pela contribuição na elaboração do resumo em espanhol.

Ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo apoio em todas as etapas da realização deste trabalho.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação, pela atenção e disponibilização durante todo o percurso desta trajetória.

Aos membros do grupo de pesquisa Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher - NAAM, pelo apoio, carinho e atenção na realização desta pesquisa.

A você que, em algum momento, dispensou um pouco de sua atenção e carinho para com este trabalho. Muito obrigada.

Manganiello A. Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

RESUMO

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais incidente entre a população feminina mundial e influencia as taxas de morbidade e mortalidade. Esta doença, muitas vezes associada à necessidade da mastectomia, provoca impacto sobre a vida da mulher, nos âmbitos pessoal, familiar, sobretudo nos aspectos relacionados à qualidade de vida e sexualidade. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, analítico, de base hospitalar com o objetivo de avaliar as relações entre a mastectomia, a sexualidade e a qualidade de vida da mulher. Foi desenvolvido em um Hospital-Escola da Cidade de São Paulo. A população deste estudo foi composta por 100 mulheres (N) que tiveram câncer de mama e foram submetidas à mastectomia. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado, composto por dados sócio-demográficos das mulheres e seus parceiros, dados da doença e tratamento, itens do “*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*” e do “*Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)*”. Os dados foram introduzidos em um banco de dados do Epi Info e analisados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*. A descrição da amostra foi feita por meio de frequências absoluta e relativa, média, mediana, desvio-padrão e valores mínimos e máximos. Para a análise da correlação entre o QS-F e os escores de qualidade de vida foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, que também foi utilizado para analisar as variáveis quantitativas. A comparação das médias do QS-F segundo características da mulher, do parceiro e da doença/tratamento foi feita por meio do Teste de Mann-Whitney. Foram consideradas significativas todas as análises estatísticas com resultado $p < 0,05$. As mulheres tinham em média 51 anos de idade, tinham estudado em média 7,8 anos, a maioria (65%) era católica, com filhos (88%) e parceiro fixo (68%) na época da

cirurgia. Quanto à doença 63% das mulheres não teve tumor em fase avançada e quanto aos tratamentos, 75% não realizou a reconstrução mamária, 85% realizou a quimioterapia, 68% a radioterapia e 66% a hormonioterapia. Mais da metade das mulheres (58%) não tinha vida sexual ativa e entre as que tinham, grande parte (64,3%) sofria de alguma disfunção sexual. Em relação à qualidade de vida os melhores escores estavam relacionados aos aspectos sociais, saúde mental, estado geral de saúde, capacidade funcional e vitalidade. Houve relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o escore de sexualidade e a escolaridade da mulher, a idade do parceiro e os escores relacionados à capacidade funcional, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. A mastectomia interfere sobre a função sexual e a qualidade de vida e as características desta interferência devem ser conhecidas e consideradas na assistência à mulher de modo a favorecer um cuidado integral e personalizado.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade. Qualidade de Vida. Neoplasias Mamárias. Mastectomia. Mulheres. Homens. Serviços de Saúde da Mulher.

Manganiello A. Sexuality and quality of life of women submitted to mastectomy. [Dissertation]. Sao Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo; 2008.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most malign neoplasm among the world's female population and influences the morbidity and mortality rates. This disease, many times associated to the necessity of mastectomy, provokes an impact on women's lives, regarding personal and family issues, related mainly to quality of life and sexuality. This is a transversal, hospital-based study aimed at evaluating the relationship between mastectomy, sexuality and women's quality of life. The research was carried out in a university hospital located in the City of São Paulo. The population of this study was composed of 100 women (N) who had breast cancer and underwent mastectomy. Data collection was carried out using a structured form, composed of sociodemographical data related to women and their partners, the items from "*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*" and the "*Sexual Quotient – Female Version (QS-F)*". The data were introduced into the *Epi Info database* and analyzed in the statistical program *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*. The description of the population sample was carried out by the use of absolute and relative frequency, media, median, standard deviation and maximum and minimum values. For the analysis of correlation between the QS-F and quality of life scores, the Spearman Coefficient Correlation, was utilized for the analysis of quantitative variables. The comparison of the QS-F media according to the women and their partners' characteristics, the disease/treatment was performed by using the Mann-Whitney Test. All the analyses with results $p < 0,05$ were considered with statistical meaning. The women's average age was 51 years, the average years of study was 7,8 years, the major part (65%) was Catholic, with children (88%), a permanent spouse (68%) at the moment of the surgery. As for the disease, 63% have not had an advanced phase of the tumor and, in relation to the treatments, 75% have not

undergone breast reconstruction, 85% have undergone chemotherapy, 68% radiotherapy and 66% hormone therapy. More than half of the women (58%) did not have sexual intercourse and among women who were having sexual intercourse, the major part (64,3%) was suffering with some kind of sexual dysfunction. In relation to the quality of life, the better scores were related to the social aspects, mental health, general health conditions, functional capacity and vitality. There was a statistically significant association ($p < 0,05$) between the sexuality score and women's educational background, the partner's age and the scores related to the functional capacity, vitality, emotional related limitations and mental health. The mastectomy interferes in the sexual function and quality of life and the characteristics of this interference must be considered in the women's care planning in order to promote an integral and personalized care.

KEYWORDS: Sexuality. Quality of Life. Breast Neoplasm's. Women. Men. Women's Health Services.

Manganiello A. Sexualidad y calidad de vida de la mujer sometida a la mastectomía. [Disertación]. Sao Paulo (SP): Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo; 2008.

RESUMEN

El cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna de mayor incidencia entre la población femenina mundial, con influencia en las tasas de morbilidad y mortalidad. Esta enfermedad, muchas veces asociada a la necesidad de la mastectomía, provoca un impacto en la vida de la mujer, en los hábitos personal, familiar, y sobretodo en los aspectos relacionados a la sexualidad y calidad de vida. Se trata de un estudio transversal, exploratorio, analítico con base hospitalaria, tiene el objetivo de evaluar las relaciones existentes entre la mastectomía, la calidad de vida y la sexualidad de la mujer. Fue desarrollado en un hospital docente-asistencial de la ciudad de Sao Paulo. La población estuvo compuesta por 100 mujeres (N) que tuvieron cáncer de mama y fueron sometidas a mastectomía. Para la recolección de datos se utilizó un formulario estructurado, compuesto por datos socio-demográficos de las mujeres y sus parejas, datos de la enfermedad y el tratamiento, ítems del “*Medical Outcomes Study 36- ítems Short-Form Health Survey (SF-36)*” y del “*Quociente Sexual – Versión femenina (QS-F)*”. Los datos fueron introducidos en un banco de datos del Epi Info y analizados en el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*. La descripción de la muestra fue realizada por medio de frecuencias absoluta y relativa, media, mediana, desvío-padrón y valores mínimos y máximos. Para el análisis de la correlación entre el QS-F y los scores de calidad de vida fue utilizado el coeficiente de correlación de Spearman, que también fue utilizado para el análisis de las variables cuantitativas. La comparación de las medias del QS-F según características de la mujer, de la pareja y de la enfermedad/tratamiento fue hecha por medio del Test de Mann-Whitney. Se consideraron significativas todos los análisis estadísticos con resultado $p < 0,05$. Las mujeres tenían en promedio 51 años de edad, habían estudiado un promedio de 7,8 años, la mayoría (65%) era

católica, con hijos (88%) y pareja fija (68%) durante la época de la cirugía. Referente a la enfermedad 63% no tuvo tumor en fase avanzada y sobre los tratamientos, 75% no realizó la reconstrucción mamaria, 85% realizó la quimioterapia, 68% radioterapia y 66% hormonoterapia. Mas de la mitad de las mujeres (58%) no tenía vida sexual activa y entre las que tenían, gran parte (64,3%) sufría de alguna disfunción sexual. En relación a la calidad de vida, los mejores scores estaban relacionados a los aspectos sociales, salud mental, estado general de salud, capacidad funcional y vitalidad. Hubo relación significativa ($p < 0,05$) entre el score de sexualidad y escolaridad de la mujer, la edad de la pareja y los scores relacionados a la capacidad funcional, vitalidad, limitación por aspectos emocionales y salud mental. La mastectomía interfiere en la función sexual y la calidad de vida, y las características de ésta interferencia deben ser conocidas y consideradas en la asistencia a la mujer de modo a favorecer un cuidado integral y personalizado.

PALABRAS-CLAVE: Sexualidad. Calidad de Vida. Neoplasias de la Mamas. Mujeres. Hombres. Servicios de Salud para Mujeres.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e porcentagem de mulheres mastectomizadas segundo características sócio-demográficas na época da cirurgia. São Paulo, 2007.	45
Tabela 2 – Números e porcentagens de mulheres mastectomizadas segundo características da doença e tratamentos. São Paulo, 2007.	46
Tabela 3 – Números e porcentagens de mulheres mastectomizadas segundo a existência de vida sexual e desempenho/satisfação. São Paulo, 2007.	47
Tabela 4 – Média, desvio-padrão, mediana, mínimo-máximo e Alpha Cronbach dos escores do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). São Paulo, 2007.	49
Tabela 5 – Números e porcentagens de mulheres mastectomizadas segundo características sócio-demográficas do parceiro na época da cirurgia. São Paulo, 2007.	50
Tabela 6 – Números e porcentagens de mulheres segundo o tempo de relacionamento do casal na época da cirurgia e a manutenção da relação após a mastectomia. São Paulo, 2007.	52
Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre o escore de sexualidade e os domínios do SF-36. São Paulo, 2007.	52
Tabela 8 – Coeficientes de correlação entre o escore de sexualidade e características demográficas e reprodutivas das mulheres e seus parceiros. São Paulo, 2007.	53
Tabela 9 – Comparação das médias do escore de sexualidade segundo características das mulheres e dos parceiros. São Paulo, 2007.	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivos Gerais.....	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
3.1 A qualidade de vida.....	24
3.2 A auto-imagem e a sexualidade	26
3.3 Aspectos psicológicos	27
3.4 Processo educativo	30
3.5 Aspectos clínicos e cirúrgicos	33
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	36
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 Local.....	36
4.3 População do estudo.....	36
4.4 Definição de termos.....	37
4.5 Estudo piloto.....	37
4.6 Coleta de Dados.....	38
4.6.1 Operacionalização da coleta de dados	38
4.6.2 Instrumento de coleta de dados.....	40
4.7 Variáveis estudadas	41
4.7.1 Variável dependente	41
4.7.2 Variáveis independentes.....	41
4.8 Tratamento dos dados.....	41
5 RESULTADOS.....	44

5.1 Descrição das características sócio-demográficas das mulheres na época da cirurgia.....	44
5.2 Descrição das características da doença e dos tratamentos	46
5.3 Descrição das características da vida sexual da mulher	47
5.4 Descrição dos escores do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)	48
5.5 Descrição das características sócio-demográficas dos parceiros das mulheres na época da cirurgia.....	49
5.6 Descrição das características do relacionamento entre os parceiros	51
5.7 Correlação entre o escore de sexualidade e os domínios do SF-36	52
5.8 Correlação entre o escore de sexualidade e as características demográficas e reprodutivas das mulheres e seus parceiros	53
5.9 Comparação entre as médias do escore de sexualidade segundo características das mulheres e dos parceiros	53
6 DISCUSSÃO.....	56
7 CONCLUSÕES.....	71
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS.....	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	92
ANEXOS.....	102

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos indicam que o câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais incidente entre a população feminina, em âmbito mundial (INCA, 2007).

Os Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Dinamarca e França foram os países que apresentaram taxas de incidência mais altas, seguidos pelo Brasil. Neste país a incidência desta patologia variou de cidade para outra, tendo sido de 29,50 em Belém, no Estado do Pará e de 66,12 em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Essa variabilidade fez com que o Brasil tenha ocupado posições distintas no que se referiam à incidência da doença quando comparado com outros países (Moraes, 1998).

Em 2005, a taxa da neoplasia maligna da mama no Brasil foi de 52,93/100.000 habitantes e a taxa de mortalidade apresentou elevação entre os anos de 1979 e 2000 tendo passado de 5,77 para 9,74/100.000 neste intervalo de tempo. Estima-se que tal elevação tenha ocorrido, sobretudo, em razão do aumento no número de diagnósticos e como produto da melhoria no registro das informações constantes nos atestados de óbito (INCA, 2007).

Em 2005 faleceram cerca de 58 milhões de pessoas ao redor do mundo e, dentre elas, 7,6 milhões em consequência de algum tipo de câncer. Esta patologia representa, portanto, a causa de cerca de 13% das mortes (INCA, 2008).

Estimativas para o ano de 2008 indicam o surgimento de cerca de 466.730 novos casos de câncer no Brasil. Entre os homens, os tipos de câncer mais incidentes, exceção feita ao câncer de pele do tipo não melanoma, são o de próstata, com previsão de 49 mil novos casos e o de pulmão, com 18 mil novos casos. Entre as mulheres há a previsão para o surgimento de 49 mil novos casos de câncer de mama e 19 mil novos casos de câncer de colo de útero (INCA, 2008).

É inegável o forte impacto provocado pelo câncer de mama sobre a vida da mulher, nos âmbitos pessoal, familiar e social. Também merece atenção o fato de que, em muitas culturas, haver associação da mama com

valores simbólicos importantes, sobretudo os relativos às esferas da sexualidade e auto-imagem. Conseqüentemente, o câncer de mama e a mastectomia, mesmo quando necessária, são encaradas como tratamentos de difícil aceitação em razão do forte impacto que eles provocam sobre a vida pessoal, conjugal e familiar da mulher. Desse modo, os profissionais de saúde devem realizar uma escuta ativa destas mulheres e de seus familiares de modo a conhecer seus sentimentos e experiências relativas ao processo vivenciado.

O desenvolvimento deste trabalho é fundamental para a promoção da qualidade da assistência à mulher, tendo em vista que o suporte oferecido pelos profissionais contribuiu significativamente na redução do estresse e promoveu a qualidade de vida das mulheres acometidas pelo câncer (Rodrigues et al, 1998). O parceiro da mulher deve ser incluído na assistência pois esta obteve um salto qualitativo quando os profissionais forneceram suporte emocional a ambos. O conhecimento e a consideração das experiências relacionadas ao câncer na perspectiva das próprias mulheres foram aspectos cruciais na promoção da qualidade do cuidado (Yates, 1999).

Comentário: Rever este período

Estas constatações evidenciaram a importância do conhecimento sistematizado das inúmeras interfaces existentes entre a mulher vitimada pelo câncer de mama e submetida à mastectomia, e as relações interpessoais estabelecidas por ela. Avaliou-se, sobretudo, a necessidade de conhecer os aspectos relacionados à sua qualidade de vida e satisfação sexual.

Pesquisas abordando temas relacionados à sexualidade foram consideradas prioritárias pelos especialistas desta área. Existe, inclusive, uma recomendação de âmbito mundial para que se realizem pesquisas abordando a perspectiva masculina da assistência à saúde da mulher (Arihla, 1999).

Observa-se também a existência de uma tendência de conhecer e clarear as relações existentes entre o processo saúde-doença e a qualidade de vida das pessoas.

A revisão da literatura indicou a inexistência de pesquisas relacionando a qualidade de vida e a sexualidade da mulher submetida à mastectomia. Avaliou-se a relevância destes aspectos, que são importantes para a vida da mulher, sobretudo para aquelas que são acometidas pelo câncer de mama e necessitam realizar a mastectomia. Com base nestas justificativas foi desenvolvida a presente pesquisa.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Avaliar as relações entre a mastectomia, a qualidade de vida da mulher e o desempenho sexual.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o desempenho sexual de mulheres mastectomizadas segundo o “Questionário do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS – F)”
- Avaliar as características da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas segundo os domínios do Questionário “Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36)”.
- Estimar a taxa de abandono por parte do parceiro de mulheres submetidas à mastectomia.
- Verificar se existe associação entre a qualidade de vida da mulher mastectomizada e seu desempenho sexual.
- Verificar se existe associação entre o desempenho sexual da mulher mastectomizada e suas características sócio-demográficas e de seu parceiro.
- Verificar se existe associação entre o desempenho sexual da mulher mastectomizada e as características da doença e tratamentos.

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura científica relativa à vivência da mulher acometida pelo câncer de mama e submetida à cirurgia para retirada do tumor, revelou-se que este tema é pesquisado segundo vários enfoques, dentre eles os aspectos relacionados à qualidade de vida, à auto-imagem e sexualidade, os aspectos psicológicos, o processo educativo e os aspectos clínicos e cirúrgicos.

3.1 A qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que “a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A qualidade de vida relacionada à saúde está centrada na avaliação subjetiva do paciente, no que diz respeito ao impacto do estado de saúde sobre sua capacidade de viver plenamente (Makluf, Dias, Barra, 2006).

A avaliação da qualidade de vida pode ser obtida por meio de escalas genéricas ou específicas. Os instrumentos genéricos podem ser utilizados para avaliar a qualidade de vida do indivíduo, portador ou não de qualquer patologia. Os instrumentos específicos são criados para analisar a qualidade de vida em relação a determinadas doenças ou determinadas condições de saúde no momento de vida em que se encontra uma pessoa. Desta forma, estes são mais sensíveis e capazes de avaliar melhor as condições específicas vividas por uma pessoa.

Kemmler et al (1999) constatou que, entre os instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer, os mais comumente utilizados em âmbito mundial eram o *Breast Cancer – Specific Quality of Life Questionnaire (QLQ - BR 23)* elaborado pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* e o *Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer (FACT – B)*.

O “QLQ - BR 23” e o “FACT – B” são módulos que complementam os questionários genéricos “QLQ – C 30” e o “FACT – G” respectivamente. Estes módulos são utilizados para avaliar alguns aspectos específicos do câncer de mama.

Entre os estudos que avaliam a qualidade de vida, o único que já foi submetido à adaptação cultural na população brasileira foi o SF - 36 (Makluf, Dias, Barra, 2006).

Quanto aos resultados de pesquisas associando o câncer de mama e/ou a mastectomia e a qualidade de vida da mulher, um estudo feito com 50 mulheres moradoras no Triângulo Mineiro (MG, Brasil) com câncer de mama que se encontrava em tratamento demonstrou que a grande maioria considerou sua qualidade de vida como sendo boa ou ótima e atribuíram esta condição à saúde pessoal, à existência de fé, ao bom relacionamento familiar e social e o fato de atribuir mais valor à vida. As demais avaliaram sua qualidade de vida como sendo regular ou ruim, devido ao medo de recidiva da doença, à limitação das atividades, à idade e aos problemas financeiros (Sales et al, 2001).

A idade foi avaliada como sendo um fator importante na qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia. Mulheres mais jovens sofreram impacto negativo sobre a esfera amorosa, o trabalho e em relação à situação econômica. As com mais idade apresentaram melhoras significativas da saúde mental e maior escore de qualidade de vida. Estimou-se que este fato tinha relação com a menor valorização da mama e da feminilidade (Ganz et al, 2002; Kenny et al, 2000). Em relação à adaptação à condição de mulher mastectomizada, as mais jovens apresentaram mais dificuldades nesse sentido em relação às mais idosas (Cohen et al, 2000).

Uma pesquisa realizada junto a mulheres que sobreviveram ao câncer de mama demonstrou que os principais fatores que interferiam na qualidade de vida delas eram os problemas do âmbito familiar, o suporte familiar, o significado atribuído à enfermidade e as circunstâncias relacionadas ao emprego delas (Mellon, Northouse, Weiss, 2006).

Em relação à reconstrução mamária após a mastectomia, verificou-se que a não realização deste procedimento ocasionou prejuízos à qualidade

Comentário: Rever trecho - Confuso

de vida da mulher e provocou impacto negativo na evolução da doença (Makluf et al, 2006; Ganz et al, 2002). Quanto aos tratamentos sistêmicos, verificou-se que as mulheres que não fizeram quimioterapia apresentaram melhores escores em relação à qualidade de vida. (Ganz et al, 2002).

3.2 A auto-imagem e a sexualidade

Mulheres submetidas à mastectomia vivenciaram sentimentos de dor, impotência e limitação. Existiu, porém, uma diferença na forma como cada mulher percebeu o seu corpo. Independentemente da especificidade individual, o fato é que toda mulher passou a cuidar e a atribuir maior importância ao seu corpo após o processo cirúrgico (Ferreira, Mamede, 2003).

Grandes obstáculos no âmbito da sexualidade foram enfrentados pelas mulheres em consequência da mastectomia (Souto, 2003). Elas se sentiram mutiladas em decorrência desta cirurgia e apresentaram dificuldades em expor seu corpo e expressar sua sexualidade (Duarte, Andrade, 2003). Transtornos relativos à imagem corporal e ao desejo sexual afetaram estas mulheres, mesmo quando elas não estavam enfrentando conflitos com seus parceiros no relacionamento (Avis, Crawford, Manuel, 2004). A mastectomia, sobretudo a total, provocou impacto negativo sobre a forma como as mulheres perceberam a si mesmas e ao seu corpo (Sertöz et al, 2004) .

A realização de cirurgia conservadora da mama beneficiou a imagem corporal das mulheres. Aquelas que se submeteram a esta modalidade terapêutica apresentaram desajustes psicológicos com menor frequência, tiveram sensação de maior aceitação por seus parceiros e mais liberdade para escolher suas roupas (Fung et al, 2001).

Esta opção terapêutica contribuiu para que as mulheres tivessem melhores expectativas em relação à imagem corporal se comparadas àquelas submetidas à mastectomia. Entretanto, não foi observada diferença significativa no que se referiu à vivência da sexualidade, na comparação

entre mulheres submetidas à mastectomia e à cirurgia conservadora da mama. (Gerber, Krause, 1997).

Nem sempre as mulheres aceitavam a reconstrução imediata da mama, visto que 18,0% delas se recusaram a se submeter a este procedimento e 61,0% declararam não atribuir importância à aparência da mama (Paniere et al, 2003).

O descontentamento em relação à imagem corporal foi referido por 40% das mulheres que tiveram de fazer mastectomia (Gerber, Krause, 1997). A imagem corporal após a mastectomia foi pior que a imaginada para algumas mulheres, inclusive para aquelas que participaram da escolha do tratamento. A escolha relativa ao tratamento pôde ser realizada de forma mais apropriada quando as mulheres receberam informações adequadas a respeito do diagnóstico, das possibilidades terapêuticas e possuíam disponibilidade de tempo suficiente para tomar, elas mesmas, as suas decisões (Weiss et al, 1996).

Uma pesquisa constatou a existência de desajustes significativos no aspecto emocional entre os parceiros de mulheres mastectomizadas. Os homens apresentaram também dificuldades relativas à compreensão das alterações físicas apresentadas pelas mulheres, o que provocou mudanças na esfera da percepção do corpo feminino (Yeo et al, 2004). Outros pesquisadores, por sua vez, não chegaram a constatar nenhuma mudança no campo da relação entre mulheres mastectomizadas e seus parceiros (Avis, Crawford, Manuel, 2004).

3.3 Aspectos psicológicos

A idade da mulher, seu estado civil, atividade profissional e sexual, conhecimento a respeito do diagnóstico da doença, prática religiosa, a forma como a mulher percebe a perda, antecedentes pessoais e familiares de doença mental, bem como o tratamento de quimioterapia e as complicações após a realização da mastectomia apresentaram relação com a manifestação da depressão. Outros fatores pesquisados, entre eles a dor e o

nível de escolaridade, não revelaram relação significativa, com o estado depressivo que as acometeu (Braga, 1996).

A letargia, a agressividade, a sensação de estar deslocada e a depressão foram as reações psíquicas que ocorreram com maior frequência após a mastectomia. O oferecimento de assistência integral com caráter multiprofissional foi de extrema importância para as mulheres que apresentaram estas manifestações (Heckert, 1995).

Os distúrbios psicológicos causados pela mastectomia deram origem a complicações psíquicas, que acabaram interferindo na recuperação da mulher no período pós-operatório. Mulheres que vivenciaram esta problemática necessitaram de uma assistência personalizada e suporte adequado dos profissionais. Foi um cuidado que promoveu a autoconfiança, já que elas passaram a entender melhor a respeito de sua doença e tratamento e se tornaram capazes de manejar, de forma adequada, os distúrbios psíquicos que poderiam eventualmente surgir. A aplicação prática dos procedimentos que promovem o bem-estar psicológico foi de extrema importância para a saúde mental destas mulheres (Reaby, 1999). Os resultados de uma pesquisa desenvolvida com mulheres Cubanas revelaram que as submetidas à mastectomia atribuíam extrema importância ao diagnóstico precoce, à reabilitação integral e à intervenção de amplos setores sociais e do estado na melhoria da qualidade de vida (Borbon, Beato, 2002).

As sete categorias seguintes (decidindo, falando, vivendo a cirurgia e se recuperando, mantendo a feminilidade, processando a perda, buscando o suporte necessário e recebendo suporte mesmo permanecendo isolada) descrevem as fases do processo de mastectomia vividas pelas mulheres. A categoria central “sofrendo e calculando as múltiplas perdas” traduziu a essência da experiência feminina diante da mastectomia (Lloyd et al, 2000).

As principais dificuldades ocasionadas pela mastectomia foram relativas às relações interpessoais (Souto, 2003). As mulheres submetidas a este procedimento apresentaram tendência a fazer comparações entre as experiências próprias com as relatadas por parentes e amigas que vivenciaram semelhante vivência (Rodrigues et al, 1998).

O medo da mutilação e das conseqüências do tratamento subsequente à mastectomia foram as principais razões que levaram as mulheres a não procurar o serviço de saúde com a devida precocidade. A humanização do atendimento e a assistência prestada por equipe multidisciplinar constituíam aspectos essenciais do atendimento, segundo a avaliação de mulheres vitimadas pelo câncer de mama (Arán et al, 1996).

Alterações do âmbito psicossocial ocasionadas pela mastectomia foram minimizadas pela reconstrução imediata da mama (Boff, 1999; Al-Ghazal et al, 2000). No entanto, entre a população feminina chinesa, este procedimento não proporcionou diferença significativa no que se referiu aos aspectos emocionais e sociais destas mulheres (Yeo et al, 2004). Estes resultados indicaram que a vivência da mastectomia está intimamente relacionada às crenças e valores culturais ligadas ao corpo feminino, inclusive aos significados atribuídos à mama.

Paniere et al (2003) não observaram relação entre as variáveis representadas pela idade, escolaridade, estado civil, ocupação ou raça e a opção pela reconstrução imediata da mama. Por outro lado, um estudo comparativo entre mulheres que fizeram a cirurgia reconstrutora da mama meses após a mastectomia e outras que não fizeram, demonstrou a existência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no que se referiu à idade, escolaridade, atividades de lazer, relações sexuais e o medo de recorrência da doença. A reconstrução das mamas foi um procedimento considerado essencial pelos cirurgiões como parte do tratamento do câncer de mama. No entanto, constatou-se que as orientações às mulheres que foram submetidas a este procedimento devem ser adaptadas ao perfil psicossocial para que elas possam fazer suas escolhas, de forma consciente. Concluiu-se que deve ser incluído o fornecimento de informações relativas às técnicas de reconstrução, os riscos de reincidência da doença e os custos financeiros implicados no processo de assistência (Charavel, Bremond, 1996).

Dentre os 6,0% de mulheres que fizeram opção pela não reconstrução da mama, 3,6% deram como justificativa o fato de não ter

parceiro, 2,4% se consideravam muito idosas e 2,4% optaram pela não reconstrução imediata por motivos religiosos (Paniere et al, 2003).

Mulheres que foram simplesmente aconselhadas a se submeter à mastectomia apresentaram condições psicológicas mais desfavoráveis, se comparadas às que compartilharam do processo decisório do tratamento. A importância da participação das mulheres com diagnóstico de câncer de mama na escolha do tratamento tornou-se evidente em razão dos benefícios proporcionados por este envolvimento (Deadman et al, 2001; Whelan et al, 2004; Gramlich, Waitzfelder, 1998).

Mulheres pertencentes ao grupo de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, que optaram pela cirurgia bilateral profilática, se mostraram satisfeitas com o fato de terem participado da decisão quanto ao tratamento a ser seguido (Stefanek et al, 1995). A capacitação das mulheres para o processo de escolha do tratamento, e para a utilização dos instrumentos contendo informações relativas às diversas possibilidades terapêuticas, constituíram aspectos preponderantes da assistência à mulher vitimada pelo câncer de mama (Whelan et al, 2004; Gramlich, Waitzfelder, 1998).

O processo decisório de mulheres vitimadas pelo câncer de mama, relativo ao tratamento a seguir, foi influenciado por fatores como a extensão da terapia, as conseqüências negativas do tratamento, a ocorrência de alopecia e vômito e o impacto sobre a qualidade de vida (Irwin et al, 1999).

3.4 Processo educativo

Um estudo revelou que 72,7% das mulheres acometidas pelo câncer de mama possuíam conhecimentos a respeito da doença (Aguilera JRL, 1995). As informações relativas às opções de tratamento e de adoção de medidas profiláticas devem ser fornecidas com precisão e clareza para as mulheres do grupo de risco para esta doença (Paniere et al, 2003). Este cuidado, assim como o oferecimento de suporte emocional foram aspectos importantes da assistência e devem ser observados desde o início do processo de enfrentamento da mastectomia (Bebbington, Fallowfield, 2003).

A maioria (78.3%) das mulheres submetidas à mastectomia relatou que as informações fornecidas no pré-operatório foram suficientes (Gerber, Krause, 1997). Outro grupo de mulheres, entretanto, tinham informações inadequadas, tanto durante a fase diagnóstica quanto no processo de tratamento. Mulheres idosas referiram, sobretudo, a carência sentida em relação ao suporte, atenção e informação, aspectos estes que não foram suficientemente contemplados durante o processo assistencial. Houve falhas relativas à obtenção do consentimento informado sobre a cirurgia e o tratamento do câncer, que foram considerados essenciais no processo assistencial (Tabory, Sered, 1998).

Mulheres submetidas à mastectomia, que receberam informações adicionais a respeito da terapêutica por meio da utilização de um vídeo educativo, apresentaram níveis de ansiedade e dor menores e referiram melhora no bem-estar após a cirurgia. Recomendou-se a utilização deste recurso como opção adicional no processo de orientação, visto que proporcionou muitos benefícios às mulheres que necessitaram se submeter ao procedimento (Medeiros, Nunes, 2003). As mulheres fizeram uma avaliação positiva do atendimento médico e da equipe de enfermagem no que se referiu à orientação para o autocuidado da mulher submetida à mastectomia. No entanto, constatou-se que 21% delas desejaram um tempo de internação maior e 13% maior privacidade durante a internação para o tratamento. Neste período, constatou-se ser perfeitamente possível fazer o preparo adequado das pacientes para o cuidado no pós-operatório (Burke et al, 1997).

As orientações às mulheres submetidas à mastectomia não devem ser fornecidas no momento da alta mas sim em momento anterior. Precisão e clareza foram atributos essenciais do processo educativo, para que elas não tenham permanecido com dúvidas e tenham tido condições de seguir com o cuidado no período pós-operatório de forma adequada. A educação psicognitiva, entendida como a associação de aspectos psicológicos e cognitivos, diminuiu o nível de ansiedade das mulheres que aguardavam a realização da mastectomia (Belleau, Hagan, Mâsse, 2001).

A falta ou o fornecimento inadequado de orientações relativas ao tratamento provocou o surgimento do sentimento de revolta e insegurança nas mulheres que precisavam fazer mastectomia. Por outro lado, a disponibilidade que os profissionais demonstraram para que as mulheres pudessem expressar seus sentimentos e seus pontos de vista foi um dos principais aspectos que as levaram a avaliar o atendimento recebido de forma positiva (Rodrigues et al, 1998).

A utilização de uma lista contendo as rotinas que devem ser seguidas pelas mulheres submetidas à mastectomia após a alta hospitalar foi recomendada, porque esta medida proporcionou resultados positivos no período pós-operatório e de restabelecimento (Bock et al, 2004).

O fornecimento de informações às mulheres com câncer de mama no dia da cirurgia aumentou o nível de ansiedade delas no período pré-operatório. Concluiu-se, portanto, que elas devem receber informações no momento apropriado, de forma individualizada e equilibrada, para que não venham a sofrer os efeitos negativos de um processo educativo realizado em momento e de forma inadequada (Lilja, Rydén, Fridlund, 1998).

A idade das mulheres que optaram pela mastectomia foi significativamente maior que aquelas que optaram pela cirurgia conservadora da mama. Entre as mulheres submetidas a esse procedimento cirúrgico, 78,3% se consideraram suficientemente informadas a respeito da cirurgia. Quanto à justificativa da opção pela mastectomia, constatou-se que 93,5% o fizeram por ter percebido que as chances de sobreviver diminuiriam caso não tivessem se submetido à cirurgia, 60,9% não queriam fazer quimioterapia e 34,8% referiram o fato de não ter um companheiro. Do conjunto de mulheres que fizeram opção pela mastectomia, 10,9% demonstrou arrependimento com a escolha feita por considerar que a decisão foi tomada em momento considerado muito precoce (Gerber, Krause, 1997).

3.5 Aspectos clínicos e cirúrgicos

Uma pesquisa realizada junto a um grupo de mulheres submetidas à mastectomia revelou que elas estavam sujeitas a um alto grau de morbidade em decorrência da falta dos cuidados adequados (Al-Ghazal et al, 2000). A mastectomia parcial foi o tipo de cirurgia eleita pela maioria (84,6%) das mulheres e tal escolha estava baseada no fato de 84,4% dos tumores terem sido do Estágio I. A maior proporção de mulheres (93,3%) tinha iniciado a realização de exercícios de reabilitação nos primeiros sete dias de pós-operatório. Aproximadamente 97% das pacientes não apresentaram complicações pós mastectomia (Aguilera JRL, 1995). Após um mês de realização da cirurgia, sintomas como a sensação de queimação, a dor aguda e as câimbras interferiram de forma significativa nas atividades diárias das mulheres. Observou-se que a existência de tais sintomas estava relacionada à adoção de decúbitos inadequados e a realização de alguns exercícios físicos. Por outro lado, observou-se que a utilização de certos medicamentos e a adoção de decúbitos corporais apropriados ajudaram no alívio destes sintomas.

Comentário: Acho que está faltando alguma informação neste período!

Os sintomas prevalentes após a cirurgia de câncer de mama e os tipos de atividade física que podem agravar ou piorá-los devem fazer parte do corpo de conhecimento dos profissionais que prestam assistências às mulheres mastectomizadas. Estes aspectos foram essenciais para que as orientações às mulheres tenham sido dadas de forma adequada no período pré e pós-operatório. Os efeitos e as opções de tratamento para o câncer de mama devem continuar sendo pesquisados pelos profissionais em longo prazo, para tornar possível um cuidado e fornecimento de suporte de excelência às pacientes (Baron et al, 2000).

A rigidez muscular, a presença de dores, a sensibilidade aumentada nas mamas, a tendência à sonolência e a dificuldade de concentração foram os principais sintomas referidos pelas mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de mama. Eles possuíam relação com a capacidade física e a condição emocional. As que foram submetidas ao tratamento quimioterápico, independentemente do tipo de cirurgia, apresentaram prejuízos maiores na

função sexual se comparadas àquelas que não receberam este tipo de tratamento. A quimioterapia e a mastectomia não implicaram em prejuízo na condição emocional das mulheres. Entretanto, alterações na função física foram observadas no momento da finalização da primeira etapa de tratamento para o câncer de mama. Medidas de alívio dos sintomas associados ao tratamento do câncer de mama devem ser adotadas, pois elas propiciam melhorias na função física e emocional (Ganz et al, 2004).

Em relação às dificuldades enfrentadas pelas mulheres no pós-operatório de câncer de mama, ficou demonstrado que a maioria (84%) das pacientes não teve dificuldade com drenos e cuidados com a incisão cirúrgica; 95% referiu satisfação com alívio analgésico proporcionado pelo uso da medicação prescrita e 85% recebeu preparo para permanecer no hospital no primeiro dia após a cirurgia (Burke et al, 1997).

CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo transversal, exploratório, analítico, de base hospitalar sobre a mastectomia e suas relações com a qualidade de vida da mulher e o desempenho sexual.

4.2 Local

Este estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizado na Região Metropolitana da mesma Cidade. Trata-se de instituição que presta assistência em complexidade de nível terciário e de reabilitação a usuários do Sistema Único de Saúde, de convênios e de particulares.

4.3 População do estudo

A população deste estudo foi composta por mulheres que tiveram câncer de mama e foram submetidas à mastectomia na Instituição citada.

Os critérios de inclusão neste estudo foram:

- Ter realizado mastectomia na Instituição entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2006;
- Ter idade de até 75 anos.

Os critérios de exclusão foram:

- Mulheres com distúrbios mentais que impossibilitassem a resposta aos questionamentos feitos pelo pesquisador.

O intervalo de tempo entre a realização do procedimento cirúrgico e a coleta de dados foi estabelecido para garantir que a mulher tenha tido, pelo menos, um ano de experiência enquanto mulher submetida à mastectomia. Acreditou-se que as vivências tidas neste período tenham sido suficientes

para que elas não tivessem dúvidas a respeito das respostas dadas às perguntas constantes no instrumento de coleta de dados.

4.4 Definição de termos

Visando a clareza metodológica, os principais termos utilizados nesta pesquisa são definidos a seguir:

Mulher submetida à mastectomia ou mulher mastectomizada: aquela que teve uma ou ambas as mamas removidas em sua totalidade em consequência da necessidade imposta pelo câncer de mama;

Parceiro ou companheiro: aquele que mantém com a mulher um relacionamento íntimo de afeto independentemente da situação conjugal em termos legais;

Sexualidade: apesar deste termo possuir um significado abrangente que extrapola a idéia de sexo e os autores desta pesquisa concordarem com a amplitude deste termo, nesta pesquisa o entendimento acerca de sexualidade está restrito ao ato sexual e a satisfação obtida pela mulher, mensurada por meio dos itens constantes no *Quociente Sexual - Versão Feminina*, que classifica a qualidade da vida sexual da mulher e a qualidade de vida, aos domínios do Questionário "*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*"

Qualidade de vida: este termo, apesar de estar definido pela Organização Mundial da Saúde em termos abrangentes, nesta investigação foram considerados apenas os aspectos constantes no "*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*".

4.5 Estudo piloto

Com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados, este foi aplicado junto a cinco mulheres, após autorização da Instituição participante deste estudo. Os dados obtidos no estudo piloto não foram incluídos nos resultados apresentados nesta pesquisa, apenas geraram aperfeiçoamentos no instrumento.

4.6 Coleta de Dados

4.6.1 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação do estudo pelas instâncias competentes, a saber: a disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP da Instituição e o Comitê de Ética em Pesquisa da mesma (Anexo 1).

Os aspectos éticos desta pesquisa estiveram de acordo com o preconizado pela Resolução n. 196 de 1996 do Conselho Regional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (Brasil 1996). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1), onde estavam descritos os itens relativos aos aspectos éticos da pesquisa, devidamente respeitados, foi assinado por todas as colaboradoras que se dispuseram a contribuir neste estudo. O TCLE dava garantias quanto ao fornecimento de informações a respeito dos cuidados com a saúde e a doença, a manutenção do anonimato das colaboradoras e a utilização dos dados apenas para finalidades científicas.

Os dados foram coletados mediante uma busca ativa. Primeiramente, foi solicitado aos responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística da instituição, por meio de ofício, a identificação das mulheres que tinham sido submetidas à mastectomia entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2006. Eles forneceram uma lista com 180 nomes, número de registro hospitalar e alguns dados pessoais, como a idade, o endereço residencial e o número de telefone. Desta lista, foram excluídas 38 mulheres com mais de 75 anos de idade. As demais, no caso 142 mulheres, foram solicitadas, por meio de carta, a colaborar neste estudo (Apêndice 2).

No contato inicial esclareceu-se que, caso elas aceitassem colaborar com o estudo, deveriam comparecer a uma instituição de ensino situado dentro do mesmo complexo hospitalar. Anteriormente a este procedimento, foi solicitada a autorização desta Escola para a utilização de uma sala apropriada para a coleta dos dados desta pesquisa.

Atendendo à solicitação de participação na pesquisa, compareceram espontaneamente 48 mulheres. Na coleta de dados com estas mulheres, em

momento anterior ao seu início e tomados os cuidados relativos à acomodação delas em local privativo da sala, foram reiterados os esclarecimentos relativos às finalidades e objetivos da pesquisa.

As outras 94 mulheres que não haviam dado retorno ou comparecido ao local indicado na carta foram contatadas por via telefônica. Dentre estas, 17 não foram localizadas em razão da falta ou incorreção de dados, 15 tinham falecido segundo informações fornecidas pelos familiares e duas estavam impossibilitadas de responder às questões constantes no instrumento de coleta de dados, uma em razão de esclerose e outra por estar hospitalizada.

As demais mulheres alegaram motivos de ordem pessoal como dificuldades de locomoção, indisponibilidade de horário, falta de recursos financeiros para o transporte e distância entre sua residência e o local da entrevista. Diante desta situação, decidiu-se pelo envio de carta contendo os questionários e as instruções para o seu preenchimento (Apêndice 3) e o TCLE para as mulheres que residiam em outras cidades ou estados. Para as mulheres que residiam na Cidade de São Paulo, optou-se pela realização da coleta de dados em seus domicílios. Deste modo, foram enviadas sete cartas e realizadas 45 coletas na residência das mulheres.

Buscou-se por meio desta busca atingir 100 mulheres, que foi o total (N) de mulheres participantes desta pesquisa. A justificativa para a não inclusão das 384 mulheres, como determinado estatisticamente, foi o fato de não existir esta quantidade de mulheres submetidas à mastectomia na instituição local de estudo, no intervalo de tempo determinado nesta pesquisa.

Em suma, a coleta de dados das 100 mulheres deste estudo foi realizada na residência (45), por carta (7) e na instituição de ensino mediante comparecimento voluntário (48).

As participantes deste estudo foram bastante colaborativas e reagiram de modos diferentes durante a entrevista. Algumas agradeceram a atenção dada a seu problema e confirmaram a importância do tema abordado neste estudo. Outras choraram ao lembrar os enfrentamentos tidos durante o processo de diagnóstico e tratamento, e nestas ocasiões foram utilizados

recursos de comunicação terapêutica com o intuito de abrandar o seu sofrimento.

4.6.2 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um formulário estruturado especificamente para este estudo (Apêndice 4) para coletar dados. Ele foi preenchido pela pesquisadora e por algumas profissionais da mesma categoria, no caso, enfermeiras obstétricas. Todas eram membros de um grupo de pesquisa cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, tinham ciência da importância desta pesquisa e receberam instruções prévias a respeito dos cuidados necessários no momento da abordagem e da obtenção das informações no sentido de não induzir as respostas.

A primeira parte do formulário foi composta por perguntas referentes às características sócio-demográficas da mulher e do seu parceiro, características da união, da doença e dos tratamentos realizados.

A segunda parte do formulário foi referente à qualidade de vida da mulher e suas relações com a saúde. Para a obtenção de tais dados foi utilizado o questionário “**Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)**”, que foi validado no Brasil por Ciconelli (1997). Ele é composto de 11 questões e 36 itens que avaliam oito domínios da qualidade de vida, a saber: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Cada domínio corresponde a um valor, que varia de zero a 100, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor. A fórmula para o cálculo deste questionário encontra-se no anexo 2.

A terceira parte do Formulário era referente à satisfação e desempenho sexual da mulher no momento da entrevista. Para isso foi utilizado o questionário “**Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)**”, validado no Brasil por Abdo (2006). Ele é composto por dez questões e cada questão tem o valor entre zero a cinco, de acordo com uma escala. Os resultados de todas as questões foram somados e resultado final foi

multiplicado por dois, resultando em um escore que variou de zero a 100, onde os valores maiores indicavam maior desempenho e satisfação sexual. A fórmula para o cálculo deste questionário encontra-se no anexo 3.

Todas as mulheres que tinham vida sexual no momento da entrevista responderam a esse questionário, independente de sua situação conjugal.

4.7 Variáveis estudadas

4.7.1 Variável dependente

- Desempenho e satisfação sexual da mulher de acordo com o questionário QS-F.

4.7.2 Variáveis independentes

- Qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com o questionário SF-36;
- Características sócio-demográficas da mulher: idade, anos de estudo, filhos, religião e dependência financeira;
- Características sócio-demográficas do parceiro: idade, anos de estudo e religião;
- Características da união: tempo de relacionamento;
- Características da doença/tratamento: estadiamento do tumor, reconstrução mamária, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

4.8 Tratamento dos dados

Os dados contidos nos Instrumentos foram digitados em dois bancos de dados do Epi Info Versão 6, elaborado exclusivamente para esta pesquisa. Foi realizado o processo denominado “validate”, para verificar a existência de erros de digitação no duplo registro dos dados.

A seguir, foi realizada a análise estatística dos dados, mediante a utilização do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) *for Windows* versão 10.0.

Esta análise, e todas as demais fases da pesquisa que possuíam relação com o tratamento dos dados, foram desenvolvidas mediante assessoria de uma profissional em estatística.

Primeiramente foi feita a descrição da amostra por meio de freqüências absoluta e relativa, média, mediana, desvio-padrão e valores mínimos e máximos.

A consistência interna do SF-36 e do QS-F foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Foi analisada a aderência das variáveis quantitativas à curva normal por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis quantitativas não apresentaram distribuição normal e, por isso, foram utilizados os testes não paramétricos.

Para analisar a correlação entre o QS-F e os escores de qualidade de vida foi estimado o coeficiente de correlação de Spearman. O mesmo parâmetro foi estimado em relação às outras variáveis quantitativas.

A comparação das médias do QS-F segundo características da mulher, do parceiro e da doença/tratamento foi feita pelo teste Mann-Whitney.

Foram consideradas significativas todas as análises estatísticas cujos resultados apresentaram o $p < 0,05$.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em forma de tópicos, expostos a seguir.

5.1 Descrição das características sócio-demográficas das mulheres na época da cirurgia

Os dados da Tabela 1 se referem às características sócio-demográficas das mulheres na época da cirurgia.

Os dados desta Tabela demonstraram que a maioria das mulheres que realizaram a mastectomia tinha idade entre 50 e 59 anos (38%) na época da cirurgia, seguido pelas mulheres com idade entre 40 e 49 anos (31%).

Encontramos poucas mulheres na faixa etária das menores de 40 anos (13%) e maiores de 60 anos (18%). A idade dessas mulheres variou de 26 a 75 anos, com mediana de 51 anos e média de 51 anos de idade.

Mulheres com escolaridade entre um e quatro anos perfaziam 33%, enquanto que 21% possuíam instrução escolar entre cinco e oito anos e 2% eram analfabetas. Apenas 28% tinham concluído o ensino médio e 15% o ensino superior. Constatou-se que mais da metade (57%) das mulheres tinham baixo nível de escolaridade e esta variou entre 0 a 15 anos (assumindo 15 anos de estudo para as mulheres com nível superior completo), com média de 7,86 anos de estudo e mediana de 8 anos.

Em relação à religião, a maioria das mulheres (65%) eram católica, 28% evangélica e uma pequena parte (7%) era espírita ou tinham outra religião.

Mais da metade das participantes (68%) tinham parceiro fixo na época da mastectomia e dentre elas 55% eram casadas, 5% unida consensualmente e 8% solteira com namorado. Quanto às demais mulheres (32%), elas não tinham companheiro na época da mastectomia tendo sido 15% solteira, 9% separada ou divorciada e 8% viúva.

Em relação à existência de filhos, 88% tinham tido algum filho. A quantidade de filhos variou de um a nove filhos por mulher, com mediana de dois e média de 2,27 filhos por mulher.

Mais de um terço (38%) das mulheres trabalhavam na época da mastectomia, 29% dependia exclusivamente da renda de seus parceiros e as demais mulheres tinham outro tipo de proventos.

Tabela 1 – Número e porcentagem de mulheres mastectomizadas segundo características sócio-demográficas na época da cirurgia. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	N	%
Idade em anos	< 30	03	3,0
	30 – 39	10	10,0
	40 – 49	31	31,0
	50 – 59	38	38,0
	> ou = a 60	18	18,0
Escolaridade	Não sabe ler e escrever	02	2,0
	Alfabetizado, porém não freqüentou escola	01	1,0
	Ensino fundamental (1ª à 4ª série)	33	33,0
	Ensino fundamental (5ª à 8ª série)	21	21,0
	Ensino médio	28	28,0
	Ensino superior	15	15,0
Religião	Católica	65	65,0
	Evangélica	28	28,0
	Espírita	03	3,0
	Outras	04	4,0
Estado marital	Casada	55	55,0
	União consensual	05	5,0
	Solteira com namorado	08	8,0
	Separada	09	9,0
	Viúva	08	8,0
	Solteira sem namorado	15	15,0
Filhos	Sim	88	88,0
	Não	12	12,0
Principal renda	Seu próprio trabalho	28	28,0
	Parceiro	29	29,0
	Ambos	10	10,0
	Filhos	06	6,0
	Pensão	20	20,0
	Outras fontes	07	7,0
Total		100	100,0

5.2 Descrição das características da doença e dos tratamentos

A Tabela 2 apresenta dados relativos ao estadiamento do tumor e os respectivos tratamentos a que as mulheres se submeteram, dentre eles a reconstrução mamária, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia.

Das 100 mulheres mastectomizadas, a maioria (63%) ainda não se encontrava em fase avançada do tumor, tendo em vista que 13% estava no estadiamento I e quase metade da amostra (49%) no estadiamento II. Entretanto, 37% das mulheres tinham tumor em estadiamento avançado, tendo sido 29% no estágio III e 8% no estágio IV.

A grande maioria (75%) das mulheres não realizou a reconstrução mamária e, dentre estas, 15% estava utilizando expansor mamário com o intuito de realizar a reconstrução mamária mediante inserção de próteses de silicone. Apenas um quarto (25%) das mulheres teve as mamas reconstruídas no momento ou imediatamente após a cirurgia.

Em relação aos tratamentos realizados, 85% foram submetidas à quimioterapia, 68% à radioterapia, 66% à hormonioterapia e a grande maioria estava fazendo uso do Tamoxifeno.

Tabela 2 – Números e porcentagens de mulheres mastectomizadas segundo características da doença e tratamentos. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	N	%
Estadiamento	0	01	1,0
	I	13	13,0
	II	49	49,0
	III	29	29,0
	IV	08	8,0
Reconstrução mamária	Sim	25	25,0
	Não	75	75,0
Quimioterapia	Sim	85	85,0
	Não	15	15,0
Radioterapia	Sim	68	68,0
	Não	32	32,0
Hormonioterapia	Sim	66	66,0
	Não	34	34,0
Total		100	100,0

5.3 Descrição das características da vida sexual da mulher

A Tabela 5 apresenta dados relativos à existência de vida sexual no momento da entrevista e seu desempenho/satisfação segundo o questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).

Das 100 mulheres deste estudo, 42 (42%) responderam que continuavam tendo vida sexual, independente de ter realizado a mastectomia e 52 (52%) disseram não ter vida sexual no momento da entrevista devido a outros fatores que não a mastectomia. Dentre elas, 32 disseram que a ausência da vida sexual era por causa da falta de companheiro, seis devido à idade avançada (dela ou do parceiro), quatro devido à falta de libido e dez devido problemas de saúde delas ou dos parceiros que não estavam relacionados à mastectomia. Seis mulheres (6%) mencionaram que não tem mais vida sexual depois da mastectomia, mas continuam morando com seus parceiros. Segundo a avaliação delas, a ausência de vida sexual atualmente deve-se à mastectomia.

Quanto aos resultados relativos ao desempenho/satisfação sexual, obtidos mediante o escore do questionário QS-F, verificou-se que a maioria (40,5%) das mulheres foi classificada como estando na categoria regular a desfavorável. Poucas (14,3%) atingiram o escore que as classificariam como tendo uma vida sexual de boa a excelente qualidade. Cerca de um quarto (23,8%) foi classificada como tendo uma vida sexual ruim ou desfavorável.

Tabela 3 – Números e porcentagens de mulheres mastectomizadas segundo a existência de vida sexual e desempenho/satisfação. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	N	%
Vida sexual	Sim	42	42,0
	Não, devido à cirurgia	06	6,0
	Não, por outras razões	52	52,0
	Total	100	100,0
Desempenho sexual	Bom a excelente (82 – 100 pontos)	06	14,3
	Regular a bom (62 – 80 pontos)	09	21,4
	Desfavorável a regular (42 – 60 pontos)	17	40,5
	Ruim a desfavorável (22 – 40 pontos)	07	16,7
	Nulo a ruim (0 – 20 pontos)	03	7,1
	Total	42	100,0

5.4 Descrição dos escores do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Os dados da Tabela 4 permitiram analisar aspectos relacionados à qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia, segundo os oito domínios do questionário SF-36 e os aspectos relacionados ao desempenho e satisfação sexual constantes no questionário QS-F.

As médias do SF-36 entre as mulheres submetidas à mastectomia foram de 61,9 para a capacidade funcional, 34,8 para limitação por aspectos físicos, 43,6 para dor, 67,9 para estado geral de saúde, 58,0 para vitalidade, 77,5 para aspectos sociais, 49,3 para limitações por aspectos emocionais e 68,6 para a saúde mental.

Estes resultados demonstraram que os melhores escores obtidos por estas mulheres estavam relacionados aos aspectos sociais, seguidos pela saúde mental, estado geral de saúde, capacidade funcional e vitalidade, e os piores escores à dor e às limitações relacionadas aos aspectos emocionais e físicos.

Quanto ao desempenho e satisfação sexual, a média do escore obtido pelas mulheres com vida sexual foi de 51,4, mostrando que a qualidade de vida sexual da mulher submetida à mastectomia era, em média, regular a desfavorável.

Nesta pesquisa, o Coeficiente de Alpha Cronbach variou entre 0,757 e 0,904 o que comprovou a existência de boa consistência interna entre os itens do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) que foram analisados.

Tabela 4 – Média, desvio-padrão, mediana, mínimo-máximo e Alpha Cronbach dos escores do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). São Paulo, 2007.

Escore	Média (dp)	Mediana	Mín-Máx	Alpha Cronbach
SF-36				
Capacidade funcional	61,9 (26,0)	70	0 – 100	0,892
Limitação por aspectos físicos	34,8 (39,4)	25	0 – 100	0,844
Dor	43,6 (27,2)	41	0 – 100	0,757
Estado geral de saúde	67,9 (23,5)	72	20 – 100	0,793
Vitalidade	58,0 (15,6)	60	25 – 85	0,843
Aspectos sociais	77,5 (31,1)	100	0 - 100	0,904
Limitação por aspectos emocionais	49,3 (43,0)	33	0 - 100	0,848
Saúde Mental	68,6 (22,6)	72	4 – 100	0,812
QS-F				
Função sexual	51,4 (21,3)	50	10 - 88	0,843

5.5 Descrição das características sócio-demográficas dos parceiros das mulheres na época da cirurgia

Os dados apresentados a seguir se referem às características sócio-demográficas dos parceiros das mulheres, na época da cirurgia.

Observou-se a existência de uniformidade entre os diferentes grupos etários, exceto para o grupo dos homens menores de 40 anos, que representou 7,4% do total. A idade dos parceiros das mulheres variou entre 30 a 80 anos, sendo entre 40 e 49 anos (28%), 50 e 59 anos (30,8%) e 60 anos ou mais (33,8%). A mediana da idade foi de 56 e média de 54,59 anos.

Em relação à escolaridade mais da metade (55,8%) tinha cursado o ensino fundamental, porém, apenas 17,6% deles concluíram o último ano deste grau. Uma pequena proporção (17,6%) tinha concluído o ensino médio e apenas 20,6% o ensino superior, este considerado nesta pesquisa como tendo estudado 15 anos ou mais. Houve variação em termos de anos de

estudo entre a ausência da freqüência à escola e 15 anos de estudo, com mediana de 7,5 e média de 7,5 anos.

Mais da metade (64,7%) dos parceiros das mulheres era católico, 19,1% era evangélico e 4,4% era espírita e 10,3% não tinham religião. Aproximadamente três entre quatro parceiros (73,5%) eram responsáveis pelo sustento da família e um homem estava sendo mantido exclusivamente pela parceira e 10,3% recebiam apoio financeiro da parceira mesmo que estivesse trabalhando.

Tabela 5 – Números e porcentagens de mulheres mastectomizadas segundo características sócio-demográficas do parceiro na época da cirurgia. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	N	%
Idade	30 – 39 anos	05	7,4
	40 – 49 anos	19	28,0
	50 – 59 anos	21	30,8
	>60 anos	23	33,8
Escolaridade	Não sabe ler e escrever	03	4,4
	Alfabetizado, porém não freqüentou escola	01	1,5
	Ensino fundamental (1ª à 4ª série)	26	38,2
	Ensino fundamental (5ª à 8ª série)	12	17,6
	Ensino médio	12	17,6
	Ensino superior	14	20,6
Religião	Católica	44	64,7
	Evangélica	13	19,1
	Espírita	03	4,4
	Outras	01	1,5
	Não tem religião	07	10,3
Principal renda	O próprio trabalho	50	73,5
	Parceira	01	1,5
	Ambos	07	10,3
	Pensão	07	10,3
	Outras fontes	03	4,4
Total		68	100,0

* Das 100 mulheres, 68 (N) tinham parceiros na época da cirurgia

5.6 Descrição das características do relacionamento entre os parceiros

A Tabela 6 apresenta dados sobre as características do relacionamento entre os casais, mais especificamente os relativos ao tempo e a manutenção da relação após a mastectomia.

Das 100 mulheres 32% afirmou não estar com parceiro na época da cirurgia. Assim sendo, a amostra reduziu-se a 68 mulheres.

Observa-se que a maioria (80,9%) dos casais compartilhava um relacionamento de mais de 10 anos. Este tempo variou entre um e 50 anos, com mediana de 26,5 e média de 23,9 anos.

Destes casais, 91,2% manteve o relacionamento após a cirurgia, porém, 8,8% das mulheres tinham sido abandonadas pelo parceiro logo após a mastectomia.

O tempo de relacionamento após a cirurgia até o momento do rompimento da relação variou entre zero e 24 meses, com mediana de 1 e média de 6,3 meses. Segundo a perspectiva das mulheres, o rompimento da relação foi ocasionado por diversos motivos, dentre eles o medo que os homens tinham de contrair a doença da mulher, o receio da morte da mulher e a aparência física da mulher após a mastectomia

Entre as mulheres que mantiveram o relacionamento com seus parceiros após a mastectomia a maioria recebeu apoio dos mesmos. Entretanto, algumas mulheres, embora não tenham sido literalmente abandonadas, expressaram que estavam vivenciando a experiência do abandono no cotidiano da vida marital, visto que estavam sendo desprezadas e humilhadas pelos seus parceiros.

Tabela 6 – Números e porcentagens de mulheres segundo o tempo de relacionamento do casal na época da cirurgia e a manutenção da relação após a mastectomia. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	N	%
Tempo de relacionamento	< 3 anos	04	5,9
	3 – 5 anos	03	4,4
	6 – 10anos	06	8,8
	>10 anos	55	80,9
Manutenção da relação	Sim	62	91,2
	Não	06	8,8
Total		68	100,0

* Das 100 mulheres apenas 68 (N) tinham parceiros na época da cirurgia

5.7 Correlação entre o escore de sexualidade e os domínios do SF-36

Os dados desta Tabela 7 demonstraram a existência de correlação estatisticamente significativa entre o escore de sexualidade e a capacidade funcional ($r = 0,37$; $p = 0,017$), vitalidade ($r = 0,40$; $p = 0,008$), limitação por aspectos emocionais ($r = 0,50$; $p = 0,001$) e saúde mental ($r = 0,34$; $p = 0,028$).

Quanto melhor a qualidade de vida da mulher em relação a capacidade funcional, vitalidade, saúde mental e limitações por aspectos emocionais, melhor estará sua qualidade de vida sexual.

Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre o escore de sexualidade e os domínios do SF-36. São Paulo, 2007.

Domínios	r (p)
Capacidade funcional	0,37 (0,017)
Limitação por aspectos físicos	0,17 (0,274)
Dor	0,22 (0,168)
Estado geral da saúde	0,22 (0,169)
Vitalidade	0,40 (0,008)
Aspectos sociais	0,23 (0,138)
Limitação por aspectos emocionais	0,50 (0,001)
Saúde mental	0,34 (0,028)

5.8 Correlação entre o escore de sexualidade e as características demográficas e reprodutivas das mulheres e seus parceiros

Os dados da Tabela 8 demonstraram que não houve correlação estatisticamente significativa entre o escore de sexualidade e a idade da mulher ($r = -0,29$; $p = 0,063$), número de filhos ($r = -0,17$; $p = 0,296$), tempo de relacionamento ($r = -0,24$; $p = 0,122$) e anos de estudo do parceiro ($r = 0,30$; $p = 0,057$).

Entretanto, foi constatada a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o escore de sexualidade e os anos de estudo da mulher ($r = 0,33$; $p = 0,034$) e a idade do parceiro ($r = -0,35$; $p = 0,025$). Este resultado indicou que, quanto maior a escolaridade da mulher melhor é a sua sexualidade e quanto maior a idade do parceiro pior é a sua sexualidade.

Tabela 8 – Coeficientes de correlação entre o escore de sexualidade e características demográficas e reprodutivas das mulheres e seus parceiros. São Paulo, 2007.

Variáveis	r (p)
Mulher	
Idade	- 0,29 (0,063)
Anos de estudo	0,33 (0,034)
Número de filhos	- 0,17 (0,296)
Tempo de relacionamento	- 0,24 (0,122)
Parceiro	
Idade	- 0,35 (0,025)
Anos de estudo	0,30 (0,057)

5.9 Comparação entre as médias do escore de sexualidade segundo características das mulheres e dos parceiros

A Tabela 9 apresenta as médias do escore de sexualidade obtidas pelo questionário QS-F segundo as características sócio-demográficas das mulheres e de seus parceiros e as características da doença e dos tratamentos a que elas se submeteram.

Os resultados desta Tabela comprovaram a não existência de associação estatisticamente significativa entre o escore de sexualidade das mulheres, suas características sócio-demográficas e a de seus parceiros, as características da doença e dos tratamentos a que elas se submeteram.

Tabela 9 – Comparação das médias do escore de sexualidade segundo características das mulheres e dos parceiros. São Paulo, 2007.

Variáveis	Categorias	N	Média (dp)	P
Mulher				
Religião	Católica	29	55,5 (23,7)	0,885
	Evangélica	10	51,4 (17,4)	
	Outras	03	53,3 (16,3)	
Dependência financeira	Parceiro	16	59,8 (20,4)	0,213
	Outros	26	51,1 (22,0)	
Parceiro				
Religião	Católica	30	54,0 (22,9)	0,127
	Evangélica	08	47,0 (17,6)	
	Outras	04	72,0 (4,9)	
Doença				
Estadiamento do tumor	0 – I – II	06	44,3 (14,6)	0,198
	III – IV	33	55,0 (22,9)	
Tratamentos				
Reconstrução mamária	Sim	13	64,2 (20,0)	0,064
	Não	29	50,0 (21,2)	
Quimioterapia	Sim	35	53,7 (22,5)	0,792
	Não	07	57,7 (17,9)	
Radioterapia	Sim	28	54,2 (24,1)	0,885
	Não	14	54,7 (16,3)	
Hormonioterapia	Sim	29	53,9 (23,0)	0,851
	Não	13	55,4 (19,0)	

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A faixa etária das mulheres participantes deste estudo variou entre 26 e 75 anos de idade e a maior proporção estava representada por aquelas que tinham entre 50 a 59 anos, e a média de idade das mulheres foi de 51 anos. Este resultado confirma o referido na literatura científica, a qual demonstrou que a maioria dos diagnósticos de câncer de mama ocorre entre mulheres com idades entre 45 e 60 anos (Menke et al, 2007).

Apenas uma proporção pequena (13%) de mulheres com menos de 40 anos foi identificada nesta pesquisa. Porcentagem semelhante (13,4%) de mulheres acometidas pelo câncer de mama, com esta idade ou menos, foi encontrada em um levantamento realizado em hospital localizado na Cidade de Porto Alegre (RS) (Menke et al, 2007). Dados epidemiológicos coletados em cidades localizadas em diferentes regiões do Brasil demonstraram que a frequência do câncer de mama era maior na Cidade de Porto Alegre (Moraes, 1998). Os resultados desta pesquisa indicaram que, no que se referiu à incidência da doença entre mulheres com menos de 40 anos, houve semelhança entre as amostras da população da Cidade de São Paulo e de Porto Alegre.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) indicaram que a ocorrência de câncer de mama é relativamente rara em mulheres com 35 anos ou menos de idade. Entretanto, entre as mulheres acima desta faixa etária a incidência desta doença tende a crescer e assume características progressivas a partir desta idade.

A respeito da idade dos parceiros das mulheres, a maior proporção (33,8%) tinha 60 anos ou mais, seguidos por aqueles que se encontravam na faixa etária entre 50 e 59 anos (30,8%). A mediana da idade dos homens foi de 56,0 e média de 54,5 anos.

A respeito dos anos de estudo, constatou-se que mais da metade (57%) das mulheres tinha estudado até oito anos. A depender das características da população atendida por uma instituição de saúde, é fundamental considerar o nível de escolaridade no processo de cuidar, sobretudo no que diz respeito às orientações fornecidas ao longo das etapas

de diagnóstico da doença e o tratamento. A escolaridade dos homens foi semelhante ao das mulheres, pois a grande maioria (61,7%) tinha estudado até oito anos.

No processo de informação e orientação às mulheres vitimadas pelo câncer de mama preconiza-se a necessidade de adaptações às condições cognitivas de cada pessoa. Quando os profissionais de saúde se relacionam com os seus clientes mediante observância do nível de escolaridade, eles tendem a realizar escolhas mais adequadas dos tratamentos a serem seguidos (Whelan et al, 1999; Sepucha et al, 2003). A contextualização sociocultural e as adaptações necessárias devem ser requisitos inerentes a todos os processos educativos desenvolvidos junto aos pacientes. Avalia-se que este tipo de trabalho deva ser realizado primordialmente por profissionais da área da enfermagem (Sepucha et al, 2003).

Comentário: Reformular!

Os resultados desta pesquisa e as recomendações dos estudiosos da temática da educação e promoção da saúde deram alguns indicativos a respeito desta questão. É primordial que os estudantes de enfermagem e das demais profissões da área da saúde sejam inseridos, desde a fase de sua formação, em atividades educativas desenvolvidas junto a pessoas de vários graus de escolaridade, sobretudo com aquelas com pouca escolaridade. Experiências pessoais no desenvolvimento destas atividades demonstraram que, mesmo em se tratando de clientela de alta escolaridade, devem ser evitados os termos técnicos e tomados os devidos cuidados no sentido de facilitar o processo de comunicação. Avalia-se que nas circunstâncias em que a utilização de termos médicos é inevitável há a necessidade da devida decodificação da linguagem, mediante explicação clara dos significados das palavras utilizadas e sua interpretação com o uso da linguagem popular.

Foi possível identificar inúmeras possibilidades de educação e promoção da saúde e qualidade de vida da mulher vitimada pelo câncer de mama e submetida à mastectomia nas citações da literatura científica.

Os recursos visuais, que pela sua própria natureza facilitam a assimilação do conteúdo pelas pessoas que são alvo da atividade educativa, foram muito úteis nos trabalhos educativos realizados junto a mulheres de

baixo nível de escolaridade. Eles se destacaram na preferência dos usuários quando comparados aos outros instrumentos utilizados no processo educativo de mulheres submetidas à mastectomia (Irwin et al, 1999).

O vídeo, recurso utilizado para fornecer informações a respeito das opções de tratamento para o câncer de mama, foi avaliado positivamente pelas mulheres porque serviu para esclarecer os diversos aspectos envolvidos na assistência (Gramlich, Waitzfelder, 1998). Pessoas que assistiram a um vídeo ficaram satisfeitas pelo fato deste recurso ter proporcionado benefícios nas sessões de orientação de mulheres mastectomizadas (Burke et al, 1997).

Trabalhos de orientação e o desenvolvimento de estratégias de auxílio aos pacientes no processo de enfrentamento das doenças devem ser realizados mediante estabelecimento de alianças entre profissionais e todas as pessoas envolvidas no tratamento. Esta medida minimizou a ocorrência de desajustes nos âmbitos psicológico e corporal entre mulheres vitimadas pelo câncer de mama (Strozzo, 1998).

A abordagem interativa desenvolvida em um processo educativo realizado junto a pacientes vitimadas pelo câncer significou uma grande ajuda e foi avaliada positivamente (Molenaar et al, 2001).

A adoção de rotinas a serem seguidas após o tratamento do câncer de mama foi importante para o atendimento das necessidades e preferências das pacientes (Bock et al, 2004).

A existência de grupos de suporte às pessoas acometidas pelo câncer e seus familiares foi avaliado como extremamente útil e de grande ajuda. A participação nestes grupos possibilitou o compartilhamento de experiências e o encorajamento mútuo entre os participantes (Cloutier, Ferral, 1996). O contato próximo com outras pessoas durante o processo de tratamento da doença também foi considerado de grande valor. Entretanto, alertou-se que o desenvolvimento de tais grupos requer atenção e suporte porque, muito embora esta participação possa prover a esperança em relação ao futuro, ela pode ao mesmo tempo ser sinônimo de sofrimento e a necessidade de compartilhar experiências extremamente árduas (Isaksen, Thuen, Hanestad, 2003).

Mais da metade (68%) das colaboradoras desta pesquisa tinha parceiro fixo na época da realização da mastectomia e 88% eram mães. Dentre as mulheres que tinham parceiro no momento da cirurgia, 91,2% continuava com o parceiro no momento da coleta de dados e 8,8% delas tinham sido abandonadas em consequência da doença e/ou dos tratamentos. O tempo médio decorrido entre a realização da mastectomia e o abandono pelo parceiro foi de 6,3 meses. Os motivos do abandono, segundo as percepções das mulheres, foram o medo que eles tinham de contrair a sua doença, o receio de seu falecimento e a aparência física após o procedimento cirúrgico.

Manifestações de carinho e de compreensão foram formas de apoio mais apreciadas pelas mulheres submetidas à mastectomia. Entretanto, muitas delas relataram que o processo de enfrentamento da doença foi permeado pela indiferença e desprezo por parte das pessoas com as quais elas conviviam. Conseqüentemente, continuaram desenvolvendo as atividades domésticas até então realizadas, porque os demais membros de sua família não chegaram a oferecer o apoio e o suporte requeridos (Rodrigues et al, 1998).

Estes dados são de extrema importância, pois trazem implicações para a assistência à mulher submetida à mastectomia. Neste sentido, as conclusões a que chegaram Rodrigues et al (2002) foram de que, do ponto de vista das mulheres, as relações da esfera conjugal e familiar representavam as redes de apoio mais importantes. Entretanto, algumas mulheres lamentaram o fato de não ter recebido o suporte ideal dos membros da família.

Identificar o principal cuidador e compreender de que maneira esta pessoa afeta a unidade familiar e sua dinâmica são considerados dados vitais para o planejamento do cuidado. Quando os responsáveis pela provisão dos cuidados no contexto da família são solicitados a participar do planejamento da assistência, está se promovendo a capacidade deles de compreenderem as necessidades dos doentes na perspectiva da integralidade, assim como a reconhecerem suas próprias demandas (Menéndez, 1992; Narayanasamy, 1993; Ângelo, Bousso, 2004).

Uma pesquisa realizada em um hospital universitário da Cidade de São Paulo demonstrou que os principais responsáveis pelo cuidado da mulher submetida à mastectomia foram os seus parceiros. Eles forneceram ajuda durante todo o período da internação e após a alta hospitalar, realizaram as tarefas domésticas, ofereceram suporte espiritual e psicológico e seguiram, de maneira rigorosa e detalhada, as orientações recebidas dos profissionais. Eles tinham se envolvido inclusive no oferecimento de suporte emocional à mulher durante todo o processo de enfrentamento da doença. Estes homens expressaram gratidão em relação à participação na pesquisa pois, por meio desta oportunidade conseguiram obter uma visão mais acurada dos fatos, dividir suas experiências, angústias e sofrimentos, já que a grande maioria não tinha ninguém para conversar e compartilhar esses sentimentos e, em consequência disso, sofriam sozinhos (Hoga, Mello, Dias, 2008).

Os responsáveis pelo cuidado da mulher submetida à mastectomia merecem a atenção dos profissionais na mesma maneira que as pacientes. Entretanto, este aspecto da assistência ainda está aquém do desejado nas instituições de saúde. Uma pesquisa realizada no contexto brasileiro demonstrou que as mulheres submetidas à mastectomia receberam orientações durante o processo de tratamento da doença, entretanto de forma episódica e as informações eram muito vagas. Semelhante situação foi referida pelos seus maridos, que tiveram de enfrentar a problemática da ausência de orientações de forma sistematizada (Pacheco, Botega, Silveira, 1996).

No entanto, os profissionais devem atentar para a possibilidade das necessidades individuais dos cuidadores diferir entre si. Uma pesquisa demonstrou que eles requerem atenção para o atendimento de diversas demandas, sobretudo no que se referiu à competência para prover cuidados a seus pacientes (Osse et al, 2006).

Atenção especial deve ser destinada aos parceiros de mulheres vitimadas pelo câncer de mama que possuem algumas características específicas. Este alerta advém do fato de que os homens aposentados, com menor grau de escolaridade e os que não tinham experiências de cuidado

anteriores eram os que apresentaram riscos mais elevados de não ter suas demandas por orientação satisfeitas (Kilpatrick, Kristjanson, Tataryn, 1998).

A respeito das mulheres abandonadas pelos parceiros após a mastectomia, embora a frequência deste episódio tenha sido pequena, requer atenção as alegações mencionadas para esta ocorrência. A argumentação referida, do medo que os homens tinham de contrair a doença da mulher, indicou a absoluta falta de conhecimento a respeito da etiologia da doença. Tornou-se evidente, portanto, a necessidade de incluir informações básicas sobre o câncer, sua etiologia e os tratamentos no processo educativo da mulher e dos responsáveis pelo seu cuidado.

Os parceiros devem ser incorporados sistematicamente em todas as etapas do processo de assistência à mulher vitimada pelo câncer de mama, desde a fase de diagnóstico até o término do tratamento. A participação ativa deles promoveu a compreensão do conjunto do processo e possibilitou a ocorrência de uma retro-alimentação positiva, que contribuiu na minimização das repercussões negativas provocadas pelo câncer de mama nas esferas sexual, psicológica e social (Conde et al, 2006).

Neste aspecto, há a necessidade de considerar que os comportamentos dos homens nesta esfera, assim como as suas expectativas, podem variar segundo as diferenças culturais. Desse modo, é fundamental que as características culturais sejam conhecidas e consideradas, pois são vitais para o desenvolvimento de um cuidado efetivo e significativo (Makabe, Hull, 2000).

No aspecto referente à qualidade de vida das mulheres desta pesquisa, constatou-se que os melhores escores obtidos por elas eram os relacionados aos aspectos sociais (visita a amigos, parentes, passeios etc), seguidos pela saúde mental, estado geral de saúde, capacidade funcional e vitalidade. Os piores escores estavam relacionados à dor e às limitações relacionadas aos aspectos emocionais e físicos.

Pesquisa sobre a qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia revelou que as que tinham idade avançada apresentaram melhores escores se comparadas às mais jovens (Engel et al, 2004; Haes et al, 2003). Vislumbrou-se a possibilidade das mulheres mais idosas terem

Comentário: Trecho confuso: a mulher que fez a mastectomia pela primeira vez ou o homem que pela primeira vez apresentou o risco de não ter sua demanda de orientação satisfeita?

atingido escores melhores de qualidade de vida pelo fato delas destinarem menor importância à mama e à feminilidade (Kenny et al, 2000).

As mulheres desta pesquisa que eram mais idosas apresentaram declínio significativo nos aspectos relacionados ao estado geral de saúde, dor, condição física e capacidade funcional. Por outro lado, a saúde mental destas mulheres apresentou melhora significativa conforme o avançar da idade. Neste aspecto, Ganz et al (2002) comprovaram que o processo de envelhecimento está associado ao comprometimento do componente físico e à melhora do componente mental. Estas constatações estão semelhantes às encontradas nesta pesquisa, cuja amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres com 50 anos de idade ou mais. Portanto, as mulheres com idade mais avançada são as que necessitam de mais atenção nas questões relacionadas à dor e às limitações físicas. As mulheres mais jovens, por sua vez, apresentaram prioridades relativas ao atendimento das demandas da esfera emocional.

Sobre as correlações entre a qualidade de vida e a sexualidade da mulher submetida à mastectomia, os resultados desta pesquisa comprovaram a existência de significância estatística entre o escore de sexualidade e quatro dos domínios da qualidade de vida, a saber: a capacidade funcional, a vitalidade, a saúde mental e limitação por aspectos emocionais. Este resultado possibilitou afirmar que a qualidade da vida sexual da mulher submetida à mastectomia é melhor quando melhores forem a sua capacidade funcional, vitalidade e saúde mental e menores as limitações derivadas dos aspectos emocionais.

A atenção e os esforços dos profissionais que prestam atendimento a estas mulheres devem incluir a abordagem de sua sexualidade. Isto pode ser concretizado mediante oferecimento de suporte emocional, pois proporciona melhora na qualidade de vida sexual. Avalia-se que a assistência à mulher com estas características requer o envolvimento de uma equipe multiprofissional. Seus componentes devem conhecer e estar capacitados para atender as esferas relacionadas à promoção da qualidade de vida e da sexualidade da mulher que é submetida à mastectomia.

Nesta pesquisa, dentre as 68 mulheres que tinham parceiros apenas 42 permaneceram com vida sexual ativa após a mastectomia. As mulheres que não tinham vida sexual ativa apesar da existência dos parceiros alegaram que a ausência da atividade sexual era em razão de problemas de saúde própria ou dos parceiros não relacionadas à mastectomia (10), da idade avançada (6) e da falta de libido (4). Entretanto, seis mulheres relacionaram a realização da mastectomia como a principal causa da inexistência de vida sexual.

Resultados de uma pesquisa mostraram que as mulheres que dispunham de um relacionamento afetivo sólido não sofreram significativas alterações na vida sexual após a doença e tratamento, enquanto que aquelas que já vivenciavam insatisfação conjugal anterior à doença sofreram alterações drásticas na vida sexual (Rossi, Santos, 2003).

As mulheres enfrentam grandes obstáculos no âmbito da sexualidade em consequência da mastectomia (Souto, 2003). A sensação de mutilação e a conseqüente dificuldade para expor o corpo e expressar sua sexualidade, é um grande problema enfrentado por mulheres que tiveram uma ou ambas as mamas removidas (Duarte; Andrade, 2003). Estas mulheres se sentiram afetadas por transtornos na imagem corporal e no desejo sexual, mesmo nas circunstâncias em que não existiam conflitos na esfera do relacionamento entre os casais (Avis, Crawford, Manuel, 2004).

Neste estudo, a maior proporção (40,5%) de mulheres foi enquadrada na categoria de desempenho sexual regular a desfavorável e 23,8% na categoria desfavorável a ruim. Portanto, a grande maioria das mulheres (64,3%) estava sendo afetada por algum grau de disfunção sexual.

Entre 20 a 30% das mulheres com câncer de mama desenvolveram algum tipo de disfunção sexual (Kornblith, Ligibel, 2003). As causas desta disfunção ainda não são totalmente conhecidas. Existe a suposição de que estejam relacionadas às reações psicológicas que são apresentadas pelas mulheres vitimadas por esta doença (Schultz et al, 1992).

A experiência do câncer de mama, da mastectomia e os conseqüentes efeitos sobre a condição de vida e os relacionamentos mantidos por algumas mulheres brasileiras foram descrito por Vargens &

Bertero (2007). Estas mulheres conviviam com o fantasma da morte, tentavam manter uma atitude positiva diante da vida, desejavam ser reconhecidas enquanto pessoas que tinham certas necessidades, levavam muito em conta sua imagem corporal e a auto-imagem e faziam esforços para ocultar a sua condição corporal. Estes pesquisadores recomendaram que o corpo da mulher vitimada por esta doença seja visto numa perspectiva abrangente, que extrapole a dimensão biológica. Sugeriram também que os profissionais, ao prestarem assistência a estas mulheres, considerem as profundas mudanças vivenciadas por elas, que certamente as levaram a estabelecer novas prioridades em suas vidas. Avaliou-se que este cuidado é essencial para que tenham condições de viver a vida da melhor forma possível.

Uma pesquisa que revelou a perspectiva das pacientes vitimadas pelo câncer no que se referia à intimidade e sexualidade demonstrou que as necessidades deste âmbito não eram adequadamente atendidas. Houve desapontamento em relação à falta de informações, de suporte e de estratégias práticas de enfrentamento da situação. As mulheres externaram o desejo por um atendimento realizado mediante reflexão a respeito da situação vivida, atenção centrada nas necessidades das pacientes, cuidado realizado por profissionais da preferência delas e negociação do estilo de comunicação entre profissionais e clientes. O atendimento destas prerrogativas foi avaliado como essencial para que as necessidades individuais das mulheres nas esferas da intimidade e sexualidade sejam contempladas (Hordern, Street, 2007).

Entretanto, esta condição ainda se encontra distante da realidade atual de assistência à mulher vitimada pelo câncer. Os profissionais, embora considerem que as discussões a respeito da sexualidade devam fazer parte do cotidiano do cuidado, raramente abordam estes temas no processo de comunicação mantido com os pacientes. Neste sentido, a maioria (98%) dos profissionais afirmou que fazia a abordagem a respeito de temas relacionados à sexualidade com menos de 50% dos pacientes e apenas 35% dava início a este tipo de assunto por sua própria iniciativa. A razão alegada para esta atitude profissional foi a falta de preparo para a

abordagem da sexualidade junto aos pacientes. Avaliou-se a necessidade de preparo dos profissionais, de forma mais intensa, de modo a prover condições para a abordagem e atendimento de demandas das esferas mais sensíveis e íntimas da mulher, como a sua sexualidade (Hautamaki et al, 2007).

Inúmeras são as medidas que podem ser adotadas para promover a qualidade da assistência às mulheres vitimadas pelo câncer de mama e submetidas à mastectomia. Entretanto, é necessário que se mantenha alerta no sentido de preservar as especificidades culturais das mulheres. Uma síntese de 15 estudos qualitativos que enfocavam os aspectos culturais das mulheres vitimadas pelo câncer de mama revelou que as experiências, segundo a perspectiva delas, eram muito diversificadas. Em essência, as experiências destas mulheres consistiam no diagnóstico de câncer de mama e do seu tratamento como uma questão “do outro”, as perdas associadas à doença, o contexto familiar na experiência do câncer de mama e as estratégias de *coping* por meio da espiritualidade e do envolvimento da comunidade. Estes pesquisadores avaliaram que há a necessidade de mais estudos enfocando os fundamentos étnicos, a classe social, a idade e as relações de gênero, sobretudo nas instituições que prestam atendimento a mulheres vitimadas pelo câncer de mama (Howard, Balneaves, Bottorff, 2007).

Nesta pesquisa, apenas um quarto (25%) das mulheres teve a mama reconstruída no momento ou após a cirurgia. Dentre as 42 mulheres que tinham vida sexual, 29 não tinham feito reconstrução mamária. A análise estatística da relação entre a existência deste procedimento e a satisfação sexual demonstrou que as que tiveram a mama reconstruída apresentaram melhor desempenho e satisfação sexual. Entretanto este dado não obteve significância estatística, provavelmente em razão do número de mulheres com vida sexual ativa ter sido pequeno.

A reconstrução mamária é uma questão de extrema importância para a mulher. Os dados da literatura indicaram que a mama é um órgão muito valorizado e importante. A sua ausência exerce forte impacto sobre a auto-imagem e a sexualidade da mulher e conseqüentemente, sobre sua

qualidade de vida. Sobretudo na cultura brasileira, a mama é muito valorizada, pois exerce funções importantes em termos de estética corporal (Ribeiro, 2007).

Este fato pôde ser confirmado entre as mulheres que foram submetidas à cirurgia reconstrutora imediatamente após a mastectomia, visto que apresentaram resposta significativamente melhor em relação à sexualidade e à auto-imagem (Yeo et al, 2004).

Um estudo realizado em um hospital da Cidade de Lisboa descreveu que as pacientes submetidas à mastectomia expressaram ter sofrido um forte impacto na auto-imagem e se encontravam insatisfeitas em relação ao seu corpo. Em consequência deste problema, se recusavam a se olhar no espelho, freqüentar a praia ou usar roupas decotadas. Estes pesquisadores alertaram, entretanto, que a mastectomia não ocasiona impacto semelhante em todas as mulheres. Neste aspecto, mencionaram que aquelas que destinam grande importância à imagem corporal são as que sofrem com maior intensidade, em consequência da mastectomia. Foi analisado também se existiam diferença na prevalência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama e à mastectomia radical modificada e, quanto a este aspecto, não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Monteiro-Grillo, Marques-Vidal, Jorge, 2005).

Outro estudo, desenvolvido na Cidade de Vitória e Vila Velha (ES) também demonstrou que as mulheres apresentaram algumas limitações e dificuldades em lidar com situações que envolviam a exposição do próprio corpo em decorrência da mastectomia. As mulheres, apesar dos temores que enfrentavam, conseguiram produzir diversos modos de re-significar e expressar a sexualidade por meio da valorização e criatividade em relação aos recursos deste âmbito. Neste sentido, passaram a destinar mais carinho e atenção aos seus parceiros e utilizar artifícios para contornar a situação, como o uso de camisetas e de sutiãs no momento da relação sexual (Duarte, Andrade, 2003).

Outro dado que apresentou significância estatística nesta pesquisa foi a associação entre a escolaridade da mulher e seu desempenho sexual.

Aquelas que tinham maior escolaridade atingiram melhor escore em relação à satisfação e desempenho sexual.

A literatura científica não apresenta dados estabelecendo relações entre a escolaridade e o desempenho sexual. Nesta pesquisa, entretanto, a escolaridade demonstrou ser um fator importante da qualidade de vida da mulher. Portanto, é possível de delinear apenas alguns indicativos baseados em suposições. Um deles diz respeito à possibilidade das mulheres que possuem melhor qualidade de vida terem maiores chances de uma vida sexual mais satisfatória em razão do acesso mais fácil às informações e capacidade de compreensão dos fatores promotores da vivência de sua sexualidade, de maneira mais positiva e construtiva.

A maior escolaridade influencia positivamente na forma como a mulher se vê do ponto de vista sexual (Huguet, Gurgel, 2006). Mulheres com maior escolaridade apresentaram melhor função física e emocional em relação a mulheres com baixa escolaridade (Makluf, Dias, Barra, 2006). Mulheres que avaliaram a sua qualidade de vida como sendo regular ou ruim, a maioria delas tinham grau de escolaridade baixo, isto é, ensino fundamental incompleto (Sales et al, 2001).

A existência de significância estatística na associação entre escolaridade e desempenho sexual entre as mulheres e a constatação da escassez de pesquisas abordando esta temática permitiram recomendar a realização de mais estudos para obter dados mais precisos a respeito desta relação.

Houve significância estatística na associação entre a idade do homem e o padrão sexual da mulher. Quanto maior era a idade do homem mais baixo foi o escore de sexualidade da mulher.

Um estudo realizado junto a mulheres brasileiras que se encontravam na menopausa descreveu que a impotência sexual do parceiro era a maior causa da diminuição da atividade sexual dessas mulheres (Lorenzi, Saciloto, 2006). Durante o envelhecimento masculino há uma queda progressiva de testosterona, o que favorece a ocorrência de disfunções sexuais, entre elas a diminuição da libido masculina, transtornos de ereção e alterações espermáticas (Bulcão et al, 2004).

A mastectomia muitas vezes é seguida de terapia adjuvante, como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Neste estudo não foi identificada a ocorrência de relação estatisticamente significativa entre os tratamentos sistêmicos a que se submeteram as mulheres e o escore de função sexual. Entretanto, observou-se que as mulheres que não tinham se submetido a estes tratamentos (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia) apresentaram média do escore de sexualidade maior se comparadas àquelas que tinham se submetido a estes tratamentos.

A quimioterapia pode diminuir a função ovariana causando diminuição da libido e dispareunia por secura vaginal, prejudicando com isso a atividade sexual da mulher que necessita ser submetida a esse tratamento. O hormonioterapia por sua vez, com o uso de tamoxifeno pode levar a atrofia vaginal e também a diminuição do desejo sexual (Cantinelli et al, 2006).

Quanto à religião, as mulheres católicas atingiram a média do escore de função sexual maior em comparação às mulheres de outras religiões. Mulheres que atingiram menor média do escore neste item foram as evangélicas. Entretanto estas diferenças não apresentaram significância estatística.

Pesquisas já demonstraram a existência de associação entre a religiosidade e a sexualidade. Constatou-se que o comportamento religioso foi o aspecto que apresentou relação mais estreita com o comportamento sexual. Amplos aspectos relacionados à sexualidade exercem influência sobre as atitudes do âmbito sexual (Lefkowitz et al, 2004).

Quanto ao fato das evangélicas terem atingido os menores escores de função sexual, avaliou-se que esta associação merece ser mais pesquisada e conhecida de maneira mais clara.

Um estudo que abordou a temática da violência doméstica entre as gestantes concluiu que as mulheres da religião evangélica, que não tinham planejado a gravidez, foram as que sofreram violência doméstica com frequência significativamente maior.

A depressão foi uma condição que se manifestou em cerca de um terço (35%) das mulheres submetidas à mastectomia. Houve evidências de

que a prática religiosa tinha relação com a presença ou não do estado depressivo (Braga, 1996).

A religião foi citada como fonte de suporte por outras pesquisas. Pacientes com câncer e os membros de sua família freqüentemente buscam suporte na religião e o amparo em Deus (Bergamasco, 1999; Petuco, Martins, 1995; Wright, 1997). O suporte na religiosidade foi considerado importante entre pacientes acometidos pelo câncer e seus cuidadores, pois aumentou sua esperança em relação ao futuro e promoveu a qualidade de vida (Weaver, Flannelly, 1997).

Constatou-se, entretanto, que os enfermeiros destinam pouca energia no oferecimento de suporte religioso na assistência aos pacientes vitimados pelo câncer. Estes profissionais reconhecem a necessidade do oferecimento de suporte religioso, mas não se julgavam adequadamente preparados para prestar assistência neste âmbito (Kuuppelomäki, 2002). O conhecimento dos significados e dos princípios que norteiam as religiões é essencial para os profissionais, pois este saber propicia condições para um cuidado espiritual e ético. Portanto, estes temas devem ser sistematicamente incorporados na educação em enfermagem. A religião permeia inúmeras dimensões do processo saúde-enfermidade e as etapas do curso da vida do ser humano. Embora a fé não possua um caráter científico, a religião representa uma dimensão humana fundamental e tem a sua função na cura (Reich, Zornansky, 1998).

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa permitiram chegar às seguintes conclusões:

- Quanto às principais características sócio-demográficas das mulheres, a maioria delas (69%) se encontrava na faixa etária de 40 e 59 anos, com média de 51 anos de idade. Mais da metade (57%) tinha até oito anos de estudo, um nível de escolaridade considerado baixo. Em relação à religião, 65% era católica e 28% era evangélica. Mais da metade (68%) tinha parceiro fixo na época da cirurgia e 88% tinha filhos, com média de 2,2 filhos por mulher. Mais de um terço (38%) trabalhava e 29% do total dependia exclusivamente do parceiro.
- Sobre as principais características da doença e dos tratamentos, 37% tinha tido tumor em fase avançada e apenas um quarto realizou a reconstrução mamária. A respeito dos tratamentos realizados, 85% foi submetida à quimioterapia, 68% à radioterapia e 66% a hormonioterapia.
- Em relação às características da vida sexual, do total de mulheres apenas 42% tinha vida sexual ativa. Dentre as que não tinham vida sexual, 32% atribuiu isto ao fato de não terem parceiro fixo, 10% a problemas de saúde, 6% à idade avançada e 4% à falta de libido. Entretanto, 6% afirmou que a ausência de vida sexual era uma consequência da mastectomia. Em relação à vida sexual, verificada mediante o uso do questionário QS-F, a maioria (64,3%) das mulheres tinha vida sexual classificada como regular a desfavorável, indicando a existência de algum grau de disfunção sexual.

- Em relação à qualidade de vida medida de acordo com os itens do questionário SF-36, os maiores escores obtidos pelas mulheres submetidas a mastectomia estavam relacionados aos aspectos sociais, seguidos pela saúde mental, pelo estado geral de saúde, pela capacidade funcional e pela vitalidade. Os piores escores disseram respeito à dor e as limitações por aspectos emocionais e físicos.
- A respeito das principais características sócio-demográficas dos parceiros, a idade variou de 30 a 80 anos, com média foi de 54,5 anos. A maioria (61,7%) tinha até oito anos de estudo, ou seja, um nível de escolaridade baixo. Em relação à religião, 64,7% era católico e 19,1% evangélico. Quanto à principal fonte de renda, a maioria (73,5%) se mantinha com os recursos obtidos por meio do próprio trabalho.
- Quanto às principais características do relacionamento entre os parceiros, a maioria (80,9%) das mulheres compartilhava com os parceiros relacionamentos duradouros de mais de 10 anos e 91,2% manteve o relacionamento após a cirurgia. Entretanto, 8,8% das mulheres tinha sido abandonada em consequência da mastectomia.
- Quanto aos resultados da associação entre o escore de sexualidade e os domínios do SF-36, foi identificada a existência de significância estatística entre ele e alguns dos seguintes domínios da qualidade de vida: capacidade funcional, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Este resultado indicou que quanto maior a capacidade funcional da mulher, sua vitalidade e saúde mental melhor era a sua satisfação e desempenho sexual. O contrário ocorreu em relação às limitações por aspectos emocionais, ou seja, quanto maior este tipo de limitação pior a saúde sexual da mulher.

- Quanto às correlações entre o escore de sexualidade e as características sócio-demográficas das mulheres e seus parceiros, houve significância estatística entre o escore de sexualidade e a escolaridade da mulher e a idade do parceiro. Este resultado indicou que quanto maior a escolaridade da mulher, melhor era a sua vida sexual e quanto maior a idade do seu parceiro, pior era a sua saúde sexual.
- Quanto à comparação entre as médias do escore de sexualidade e as características das mulheres, dos parceiros, da doença e dos tratamentos, foram encontrados valores próximos à significância estatística em relação à existência de reconstrução mamária após a mastectomia e o melhor desempenho e satisfação sexual da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais constatações derivadas desta pesquisa possibilitaram algumas considerações.

A mastectomia é uma experiência ampla e distinta para cada mulher e pode causar inúmeras implicações em sua vida, dependendo do contexto em que ela se encontra. Desse modo, o papel da enfermagem possui relevância na assistência, cabendo aos seus profissionais assumirem a contento o seu lugar na equipe multiprofissional e de modo a resgatar o conceito que a mulher mastectomizada tem de si mesma e considerar este conhecimento no processo de cuidar.

O devido suporte psicológico à mulher vitimada pelo câncer deve ser oferecido pelos enfermeiros e demais profissionais envolvidos com a assistência. Avalia-se que isto requer um preparo especial, sobretudo quando a utilização de técnicas especiais é necessária. Neste aspecto, uma técnica derivada da terapia cognitiva comportamental, que se mostrou benéfica quando aplicada junto a pacientes com câncer de mama, deve constituir uma alternativa realista na sistematização da assistência a ser prestada a essas mulheres.

O câncer de mama, que afeta muitos aspectos na vida da mulher, inclusive os de ordem familiar, conjugal e sexual, provoca danos nas dimensões físicas e emocionais em razão de seu caráter mutilador. Esforços devem ser despendidos na tentativa de minimizar desajustes de âmbito psicológico e corporal entre elas. O desenvolvimento de estratégias de auxílio no processo de enfrentamento da doença, mediante o estabelecimento de alianças entre os profissionais e todas as pessoas envolvidas no tratamento, também devem ser implementadas na assistência, pois isto foi preconizado pelos pesquisadores da área e resultou em benefícios às mulheres.

De acordo com alguns pesquisadores, as relações da esfera conjugal e familiar representaram as redes de apoio importantes para as mulheres submetidas a mastectomia. Entretanto, o fato de muitas mulheres não ter recebido o suporte requerido por parte dos membros de sua família

(Rodrigues et al, 2002) indicaram que eles devem ser considerados e inseridos sistematicamente na assistência.

Desse modo, a identificação do principal cuidador da mulher submetida a mastectomia e a compreensão da forma como esta pessoa afeta a unidade familiar são considerados vitais no processo de planejamento dos cuidados. Cabe aos profissionais, portanto, envolver-se neste trabalho, incentivando a participação dos cuidadores em todas as etapas do planejamento da assistência, de modo a favorecer a sua capacidade de compreender e cuidar de seus pacientes, numa perspectiva integral (Menéndez, 1992; Narayanasamy, 1993; Ângelo, Bousso, 2004).

Essa pesquisa demonstrou que 8,8% das mulheres tinham sido abandonadas pelos parceiros em conseqüência da mastectomia. A argumentação dada por elas a respeito do abandono por parte de seus parceiros demonstrou absoluta falta de conhecimento deles a respeito da doença, sua etiologia e tratamentos. Esse fato indicou a necessidade da inclusão de informações básicas sobre o câncer de mama no processo educativo desses homens. Embora a freqüência do abandono tenha sido baixa, as suas repercussões são de extrema gravidade para elas e devem ser avaliadas e consideradas no processo de cuidar.

A necessidade de mais pesquisas enfocando este aspecto ficou evidente, sobretudo para que os profissionais de saúde possam compreender o significado da mastectomia, não só na perspectiva da mulher que foi submetida a essa cirurgia, mas também a partir de um olhar ampliado, de modo a incluir a esfera do relacionamento do casal com a finalidade de possibilitar intervenções mais qualificadas, específicas e fundamentadas.

Em relação à qualidade de vida das mulheres desta pesquisa, que tinham em sua maioria mais de 50 anos, constatou-se um declínio significativo nos aspectos relacionados à dor e as limitações por aspectos emocionais e físicos. Por outro lado, a saúde mental e aspectos sociais apresentaram melhora significativa conforme o avançar da idade. Este resultado comprovou a premissa de que o processo de envelhecimento está

associado ao comprometimento do componente físico e à melhora do componente mental (Ganz et al, 2002).

Portanto, o atendimento a estas mulheres deve estar direcionado às principais demandas segundo as condições pessoais, familiares e socioculturais das pessoas que são alvo do fazer profissional. Neste sentido, os resultados desta pesquisa indicaram que as mulheres mais jovens necessitam ter suas prioridades atendidas nas questões ligadas à esfera emocional e as mulheres com mais idade, por sua vez, aos problemas relacionados à dor e às limitações em geral.

O fato da sexualidade da mulher submetida a mastectomia ter apresentado correlação com alguns aspectos da qualidade de vida, entre eles a capacidade funcional, a vitalidade, a saúde mental e as limitações por aspectos emocionais indicaram que o atendimento deve incluir, além de questões relacionadas à sexualidade, o oferecimento de suporte emocional o que requer envolvimento de uma equipe multidisciplinar.

A grande maioria das mulheres deste estudo sofria em consequência da existência de algum grau de disfunção sexual. Há ciência de que a retirada da mama faz com que as mulheres tenham de enfrentar grandes problemas no âmbito da sexualidade, pois se sentem mutiladas e se deparam com dificuldades na exposição de seu próprio corpo e na expressão de sua sexualidade.

Além disso, elas apresentaram severos efeitos colaterais em decorrência dos tratamentos adicionais e prejuízos sobre à auto-estima. Embora esta pesquisa não tenha demonstrado a existência de significância estatística na associação entre a sexualidade e os tratamentos sistêmicos (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia), deve-se observar que as mulheres submetidas a esses tratamentos apresentaram escores menores em relação a sua satisfação e desempenho sexual, se comparadas com as que não realizaram tais tratamentos.

Estes resultados indicaram que o corpo da mulher vitimada pelo câncer de mama deve ser visto de forma abrangente, com o olhar não restrito à dimensão física. Além disto, os profissionais de saúde que prestam assistência às essas mulheres devem considerar as profundas mudanças

vividas pelas que necessitam se submeter a mastectomia, conhecer as novas prioridades que elas estabelecem para suas vidas e relevar este dado na sistematização da assistência.

Neste aspecto, a reconstrução mamária se mostrou como procedimento de inestimável valor para as mulheres mastectomizadas. Entretanto, apenas um quarto das mulheres deste estudo tinha realizado este procedimento cirúrgico. As que não o realizaram apresentaram menores médias em relação à satisfação sexual. Confirmou-se que a mama é um órgão muito valorizado e sua ausência ocasiona impacto negativo na auto-estima da mulher. Apesar disso, é importante saber que a mastectomia não causa impacto semelhante a todas as mulheres porque os valores pessoais e culturais são influenciados por diversos fatores.

Estes são indícios de que é importante valorizar a capacidade que as próprias mulheres possuem, tendo em vista que muitas delas conseguiram produzir diversos modos de re-significar e expressar a sua sexualidade por meio da valorização e criatividade em relação aos recursos existentes no âmbito da imagem corporal, sexualidade e relação sexual (Duarte, Andrade, 2003).

De modo geral, os resultados desta pesquisa demonstraram que os profissionais envolvidos na assistência à mulher submetida a mastectomia devem ser capazes de entender o significado deste evento, segundo a perspectiva de cada mulher, e oferecer atendimento personalizado e contextualizado. O envolvimento de uma equipe multidisciplinar é de grande ajuda para o suprimento do conjunto de demandas que emanam da mulher e sua família.

Em relação à religião, algumas pesquisas demonstraram a existência de associações entre a religiosidade e a sexualidade. Constatou-se que o comportamento religioso apresenta relações estreitas com o comportamento das pessoas, inclusive no âmbito sexual (Lefkowitz et al, 2004). Nessa pesquisa não foi encontrada significância estatística entre a sexualidade e a religião da mulher. Entretanto, as mulheres católicas atingiram médias de escore de função sexual maiores se comparadas às evangélicas.

Estes resultados indicaram que a temática da religiosidade e suas relações com os comportamentos da esfera sexual e reprodutiva devem ser mais estudados. Este é um conteúdo que merece ser incluído nos cursos de formação de enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, para tornar possível a compreensão, de forma clara e ampla, das formas como a religiosidade da paciente pode exercer influência em vários aspectos de sua vida. Tal conhecimento e consideração no processo de cuidar são fundamentais para promover a qualidade da assistência.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) estabeleceu que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são princípios fundamentais que devem guiar o desenvolvimento das ações relativas à atenção integral à saúde da mulher. Estes dois princípios se traduzem na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento das capacidades das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. Humanizar e qualificar a atenção requer também aprendizados relativos ao compartilhamento de saberes e o reconhecimento de direitos.

Nesta pesquisa tornaram-se evidentes muitas das demandas específicas das mulheres submetidas à mastectomia. O atendimento delas contribuirá para a promoção da humanização e da qualidade da atenção à saúde da mulher. Por meio da construção deste conhecimento atingiu-se a finalidade desta pesquisa e cumpriu-se a sua função social.

*LIMITAÇÕES DA PESQUISA E
RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS*

9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Ao término de uma pesquisa, os autores devem fazer uma reflexão a respeito da metodologia adotada e as possíveis limitações do seu estudo. Nesse sentido, o uso da metodologia quantitativa favoreceu conhecer e classificar a qualidade de vida das mulheres e sua sexualidade, como identificar relações com os aspectos sócio-demográficos delas e de seus parceiros e dados da doença e tratamentos. Entretanto, esse tipo de abordagem não valorizou a riqueza e os detalhes dos dados obtidos, os quais seriam importantes para o entendimento amplo e profundo da temática estudada. Nesse sentido, o uso da abordagem qualitativa na exploração, de forma mais abrangente e profunda, de algumas questões identificadas nesta pesquisa seria de extrema importância em estudos futuros.

Em relação ao N desse estudo verificou-se a necessidade desse número ser maior, o que tornaria possível a identificação de mais correlações entre os dados. Isto não foi possível porque havia um número insuficiente de mulheres submetidas a mastectomia no período e local estabelecidos nesta pesquisa. Acreditou-se que o período transcorrido entre a realização da cirurgia e a coleta de dados não devesse ser mudado, pois o aumento desse tempo poderia levar a perda de informações pelo simples fato das mulheres entrevistadas esquecerem detalhes importantes de sua experiência quanto mulher submetida a mastectomia.

Acredita-se que o desenvolvimento de um estudo multicêntrico, que se pretende realizar a seguir, possa trazer uma contribuição significativa na elucidação das relações que podem existir entre a sexualidade, a qualidade de vida e as características das mulheres, seus parceiros e os relativos à doença e tratamentos. Esta estratégia metodológica possibilitaria a inclusão de um número maior de mulheres, de condições socioeconômicas e familiares mais diversificadas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 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):477-482.
- Aguilera JRL. Comportamiento de las pacientes mastectomizadas y su incorporación a la Sociedad / Behavior of the mastectomized patients and their incorporation to the Society. Santiago de Cuba; s.n; 1995. 10 p.
- Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2000;26(1):17-9.
- Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência a família em saúde. Manual de Enfermagem. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 2 jan. 2004.
- Arán MR, Zahar S, Delgado PGG, Souza CM, Cabral CPS, Viegas M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama / Representation of mastectomized patient about disease and mutilation and impact in diagnosis of breast câncer. *J. bras. psiquiatr.* Nov.1996;45(11):633-9.
- Arilha M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: Giffin K, Costa SH. (Orgs). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 455-67.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology.* 2004;13(5):295-308.
- Baron RH, Kelvin JF, Bookbinder M, Cramer L, Borgen PI, Thaler HT. Patients' sensations after breast cancer surgery. A pilot study. *Cancer Pract.* 2000;8(5):215-22.
- Bebbington Hatcher M, Fallowfield LJ. A qualitative study looking at the psychosocial implications of bilateral prophylactic mastectomy. *Breast.* 2003;12(1):1-9.
- Belleau FP, Hagan L, Mâsse B. Effects of an educational intervention on the anxiety of women awaiting mastectomies. *Can Oncol Nurs J.* 2001;11(4):172-80.
- Bergamasco RB. O sofrimento de descobrir-se com cancer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. [Tese] São Paulo, SP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999

Bock GH, Bonnema J, Zwaan RE, van de Velde CJ, Kievit J, Stiggelbout AM. Patient's needs and preferences in routine follow-up after treatment for breast cancer. *Br J Cancer*. 2004;90(6):1144-50.

Boff, RA. Repercussões psicossociais associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama / Psychosocial repercussions associated to therapeutics of patients who undergone breast cancer surgery. São Paulo; s.n; 1999. 152 p.

Borbon Mendoza JE, Beato Canfux AI. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Rev Cub Med Mil*, vol. 31, n. 1, p. 47-53, jan.-mar. 2002.

Braga AF. Depressão em mulheres mastectomizadas / Depression among woman mastectomy. Salvador; s.n; 1996. 102 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 out 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Mundo Saúde*. 1996;21(1):52-61.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2007>. Acesso em 03/01/07.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>. Acesso em 01/03/08.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. – Princípios e Diretrizes. Brasília – DF. 2004. 80p.

Bulcão CB, Carange E, Carvalho HP, Ferreira-França JB, Kligerman-Antunes J, Backkes J, et al. Aspectos filosóficos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Ciências Cognição* 2004;1(1):54-75.

Burke CC, Zabka CL, McCarver KJ, Singletary SE. Patient satisfaction with 23-hour [quot]short-stay[quot] observation following breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*. 1997;24(4):645-51.

Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr. J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. psiquiatr. Clín*. v.33, n.3, São Paulo, 2006.

Charavel M, Bremond A. Motivations for breast reconstruction after mastectomy. A comparative study. Motivations des femmes pour la reconstruction mammaire après mastectomie. Etude comparative. *Bull Cancer*. 1996;83(1):46-53.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-

item Short-Form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

Cloutier A, Ferral S. Psychosocial aspects of complex responses to cancer. In: Barry PD, orgs. *Psychosocial nursing: care of physically ill patients and their families*. 3 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996. p. 412-33.

Cohen L, Hack TF, de Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(6):427-34.

Conde DM, Pinto-Neto AM, Júnior RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev. Brasil. de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, mar. 2006.

Deadman JM, Leinster SJ, Owens RG, Dewey ME, Slade PD. Taking responsibility for cancer treatment. *Soc Sci Med*. 2001;53(5):669-77.

Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estud. Psicol, Natal*, vol.8, no.1, p.155-163. jan./abr. 2003.

Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-31.

Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia / Body representation in the relation with the self after mastectomy. *Rev. Latinoam. enfermagem*. 2003;11(3):299-304.

Fung KW, Lau Y, Fielding R, Or A, Yip AW. The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *ANZ J Surg*. Apr 2001;71(4):202-6.

Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Thomas RB. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(1):39-49.

Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, Bower JE, Belin TR. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2004;96(5):376-87.

Gerber B, Krause A. Quality of life in relation to patient education regarding surgical procedures in primary breast carcinoma. *Zentralbl Gynakol*. 1997;119(4):149-53.

Gramlich EP, Waitzfelder BE. Interactive video assists in clinical decision making. *Methods Inf Med*. 1998;37(2):201-5.

- Haes JCM, Curran D, Aarason NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years: participating in the EORTC 10850 randomized clinical trial. *Eur J Cancer*. 2003;39(9):45-51.
- Hautamaki K, Miettinen M, Kellokumpu-lehtinen PL, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*. September/October, 2007;30(5):399-404.
- Heckert U. Reações psíquicas à mastectomia / The most frequent post-mastectomy reactions. *HU rev*. Maio 1994-dez. 1995;21(1):97-102.
- Hoga LAK, Mello DS, Dias AF. Psychosocial perspectives of the partners of breast cancer patients treated with a mastectomy: an analysis of personal narratives. *Cancer Nursing*. May/Jun. 2008;31(3):no prelo.
- Hordern A, Street A. Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer: the patient perspective. *Cancer Nursing*. Nov./Dec. 2007;30(6):E11-E18.
- Howard AF, Balneaves LG, Bottorff JL. Ethnocultural women's experiences of breast cancer: a qualitative meta-study. *Cancer Nursing*. July/August, 2007;30(4):E27-E35.
- Huguet PR, Gurgel MSC. Qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28(3):2006.
- Irwin E, Arnold A, Whelan TJ, Reyno LM, Cranton P. Offering a choice between two adjuvant chemotherapy regimens: a pilot study to develop a decision aid for women with breast cancer. *Patient Educ Couns*. 1999;37(3):283-91.
- Isaksen AS, Thuen F, Hanestad B. Patients with cancer and their close relatives – experiences with treatment, care and support. *Cancer Nurs*. 2003;26(1):68-74.
- Kemmler G, Holzner B, Kopp M, Dünser M, Margreiter R, Greil R, et al. Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: the functional assessment of cancer therapy-general and European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of life questionnaire – C30. *J Clin Oncol*. 1999;17(9):2932-40.
- Kenny P, King M, Sheill A, Seymour J, Hall J, Langlands A, et al. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *Breast*. 2000; 9(1):37-44.
- Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tataryn DJ, et al. Information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1998; 25(9):1595-601.

- Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. 2003;30(6):799-813.
- Kuuppelomäki M. Spiritual support for families of patients with cancer: a pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nurs*. 2002;25(3): 209-18.
- Lefkowitz ES, Gillen MM, Shearer CL; Boone TL. Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *J. Sex. Res.* may. 2004;41(2):150-9.
- Lilja Y, Rydén S, Fridlund B. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive Crit Care Nurs*. 1998;14(6):276-82.
- Lloyd SM, Watson M, Oaker G, Sacks N, Querci della Rovere U, Gui G. Understanding the experience of prophylactic bilateral mastectomy: a qualitative study of ten women. *Psychooncology*. Nov-Dec, 2000;9(6): 473-85.
- Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.52, n.4, São Paulo, jul./ago. 2006.
- Makabe R, Hull MM. Components of social support among Japanese women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27(9):1381-90.
- Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006;52(1):49-58.
- Medeiros RHA, Nunes MLT. O vídeo de informação na redução dos níveis de ansiedade e dor em pacientes mastectomizadas / The information video in the reduction of the mastectomized patients' anxiety and pain levels. *J. bras. psiquiatr*. 2003;52(1):63-72.
- Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*. March/April 2006;29(2):120-131.
- Menéndez EL. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. *Cuad Med Sociales*. 1992; 59(2):3-18.
- Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cavalheiro JA, Rabin EG, Bittelbrunn A, Cericatto R. Rotinas em mastologia. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Molenaar S, Sprangers MA, Rutgers EJ, Mulder HJ, Luiten EJ, de Haes JC. Interactive cd-rom on the choice between breast-sparing treatment and mastectomy: positive responses from patients and surgeons/ Interactieve cd-rom over de keuze tussen borstsparende behandeling en amputatie: positive reacties van patiënten en chirurgen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2001;145(21):1004-8.

Monteiro-grillo I, Marques-Vidal P, Jorge M. Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. *Clin. Transl. Oncol.* 2005;7(11):499-503.

Moraes MF. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.44, n. 2, Abr/Mai/Jun 1998.

Narayanasamy A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. *Nurse Educ Today.* 1993; 13(1):196-201.

Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schade E, Grol RPTM. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing.* September/October, 2006;29(5):378-388.

Pacheco SS, Botega NJ, Silveira, GPG. Repercussões psicossociais em mulheres acometidas por câncer de mama. *Rev. Med PUCRS.* 1996; 6(3):3-23.

Panieri E, Lazarus D, Dent DM, Hudson DA, Murray E, Werner ID. A study of the patient factors affecting reconstruction after mastectomy for breast carcinoma. *Am Surg.* 2003;69(2):95-7.

Petuco VM, Martins CL. 1995. Como antes: a resignificação da identidade de pessoas ostomizadas afetadas pelo câncer. *Mundo saúde.* 1995;30(1):52-64.

Reaby LL. Breast restoration decision making. *Plast Surg Nurs.* 1999;19(1):22-9.

Reich E, Zornansky E. *Energia vital pela bioenergética suave.* São Paulo: Summus Editorial, 1998.

Ribeiro LB. Cirurgia plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença. Available at <http://www.antropologia.com.br>. Accessed October, 19, 2007.

Rodrigues DP, Melo EM, Silva RM, Mamede MV. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas / The social support to assist mastectomized women in their need. *Rev. bras. cancerol.* Jul-set, 1998;44(3):231-8.

Rodrigues DP, Silva RM, Rodrigues MSP. Relações de interdependência assumidas pelas mulheres mastectomizadas / Relationships of interdependence assumed by mastectomized women. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2002;6(3):437-449.

Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol. Cienc. Prof.*, v.23, n.4 . Brasília, dez. 2003.

- Sales CACC, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos ACY. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001;47(3):263-72.
- Schultz WCM, van de Wiel HBM, Hahn DE, van Driel MF. Sexuality and cancer in women. *Annu Rev Sex Res*. 1992;3:151-200.
- Sepucha KR, Belkora JK, Aviv C, Mutchnik S, Esserman LJ. Improving the quality of decision making in breast cancer: consultation planning template and consultation recording template. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(1):99-106.
- Sertöz OO, Mete EH, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algisi, Cinsel İşlevler, Benlik Saygisi ve Es Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*. 2004;15(4):264-75.
- Souto MD. Sexualidade da mulher após a mastectomia / Sexuality of the woman who underwent a mastectomy. Rio de Janeiro; s.n; out. 2003. 145 p.
- Stefanek ME, Helzlsouer KJ, Wilcox PM, Houn F. Predictors of and satisfaction with bilateral prophylactic mastectomy. *Prev Med*. 1995;24(4):412-9.
- Strozzo MD. An overview of surgical management of stage I and stage II breast cancer for the primary care provider. *Lippincotts Prim Care Pract*. 1998;2(2):160-9.
- Tabory E; Sered S. Accessibility of information and informed consent: experiences of breast cancer patients. *Harefuah*. Jan, 1998;134(2):88-92, 160.
- Understanding the experience of prophylactic bilateral mastectomy: a qualitative study of ten women. *Psychooncology*. Nov-Dec, 2000;9(6):473-85.
- Vargens OMC, Bertero CM. Living with breast cancer: its effect on the life situation and close relationship of women in Brazil. *Cancer Nursing*. November/December, 2007;30(6):471-478.
- Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/ spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J*. 1997;97(12):1210-4.
- Weiss SM, Wengert PA, Martinez EM, Sewall W, Kopp E. Patient satisfaction with decision-making for breast cancer therapy. *Ann Surg Oncol*. 1996;3(3):285-9.
- Whelan T, Levine M, Gafni A, Sanders K, Willan A, Mirsky D, Schnider D, McCready D, Reid S, Kobylecky A, Reed K. Mastectomy or lumpectomy? Helping women make informed choices. *J Clin Oncol*, 1999;17(6):1727-35.

Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, Chambers S, O'Brien MA, Reid S, Dubois S. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *JAMA*. 2004;292(4):435-41.

Wright LM. Suffering and spirituality: the soul of clinical work with families. *J Family Nurs*. 1997;3(1):3-14.

Yates P. Family coping: Issues and challenges for cancer nursing. *Cancer Nur*. 1999;22(1):63-71.

Yeo W, Kwan WH, Teo PM, Nip S, Wong E, Hin LY, Johnson PJ. Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psychooncology*. 2004;13(2):132-9.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Decreto 93.933 de 14 /01/87; Resolução CNS 196/96.)

Prezado Senhor,

Meu nome é Adriana Manganiello, sou aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP e estou fazendo a pesquisa **“A INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA SOBRE O RELACIONAMENTO CONJUGAL”**. Para tanto, estou aplicando um formulário em mulheres que vivenciaram essa experiência, com a finalidade de obter uma compreensão ampla e profunda a esse respeito, que é importante para os profissionais que prestam assistência nesta área.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra comigo, garantindo as condições citadas abaixo.

Agradecendo sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo telefone 3061-7607.

Eu _____, RG n. _____, abaixo-assinado, tendo recebido as informações acima, aceito participar voluntariamente da pesquisa, ciente de meus direitos relacionados a seguir:

- A liberdade de deixar de participar deste estudo, sem que isso me traga algum prejuízo;
- A segurança de saber que tudo o que eu disser, será mantido em segredo;
- Saber que o que eu falar será transformado em trabalho científico e apresentado em congressos e revistas da área da saúde, em nenhum momento meu nome será mencionado.

São Paulo, de _____ 2007.

Assinatura do colaborador

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: PABX (011) 30667602 - Fax: 30667615 - Telex: 80.902
C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 14 de agosto de 2007.

Prezada Senhora,

Estamos realizando uma pesquisa com mulheres que fizeram mastectomia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre os anos de 2005 à 2006.

A participação da senhora nesta pesquisa é muito importante para a melhoria do atendimento às mulheres que necessitam fazer mastectomia.

Contamos com a sua colaboração e para isto, precisamos que a senhora compareça no seguinte endereço:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 419
Prédio Anexo
(Na rua do Hospital das Clínicas)

A senhora pode estar comparecendo nas seguintes datas e horários:

Data: / / Horário: h

Ou

Data: / / Horário: h

Venha na data que for melhor para a senhora.

Caso a senhora não compareça, entraremos em contato por telefone para agendar um encontro na sua residência.

Agradecemos a atenção.

Profº Drº Domingos Auricchio Petti
Profª Drª Luiza Akiko Komura Hoga
Adriana Manganiello

APÊNDICE 3



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: PABX (011) 30667602 - Fax: 30667615 - Telex: 80.902
C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 08 de outubro de 2007.

Prezada senhora,

Estamos realizando uma pesquisa com as mulheres que fizeram mastectomia no Hospital das Clínicas de São Paulo entre os anos de 2005 à 2006.

A participação da senhora nesta pesquisa é muito importante para a melhoria do atendimento às mulheres que necessitam fazer mastectomia.

Contamos com a sua colaboração e para isto, estamos enviando o termo de consentimento e o formulário de pesquisa, bem como as orientações para o preenchimento.

ORIENTAÇÕES:

- O anexo 1, composto por 3 folhas, refere-se ao termo de consentimento, que deverá ser lido e se a senhora concordar em participar, deverá preencher o item 1 da primeira folha, onde consta o seu nome, nº de identidade, data de nascimento, endereço completo e telefone de contato. Na terceira folha desse mesmo anexo a senhora deverá assinar na primeira linha.
- O anexo 2, refere-se à sua cirurgia e alguns dados de sua vida, que também deverá ser preenchido. Se a senhora não souber responder alguma questão, não tem problema, pode deixar a questão em branco.
- O anexo 3, refere-se à sua qualidade de vida, onde a senhora deverá responder levando em consideração a sua vida como um todo, e não apenas em relação à mastectomia.
- O anexo 4, deverá ser preenchido apenas se a senhora ainda mantiver relações sexuais com seu marido ou companheiro, mesmo que seja de vez em quando.
- Após o preenchimento, a senhora deverá colocar o questionário dentro do envelope que foi enviando e colocar em qualquer agência do correio. Este envelope já está selado e preenchido, portanto, a senhora não terá nenhum gasto.

Agradecemos a atenção e aguardamos o retorno o mais breve possível.

Profº Drº Domingos Auricchio Petti
Profª Drª Luiza Akiko Komura Hoga
Mestranda Enfª Adriana Manganiello

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Nº do Formulário: _____

1. Data da cirurgia: ___ / ___ / _____
2. Estadiamento do tumor: () Estádio 0 (1) () Estádio I (2) () Estádio II (3) () Estádio III (4) () Estádio IV (5)
3. Tipo de cirurgia: () mastectomia s/ reconstrução (3) () mastectomia c/ reconstrução (4)
4. Fez/faz alguma terapia coadjuvante? 4.1. quimioterapia () sim (1) () não (0) 4.2. radioterapia () sim (1) () não (0) 4.3. hormonioterapia () sim (1) () não (0)
5. Data de nascimento: ___ / ___ / _____
6. Escolaridade: () não sabe ler/escrever (1) () sabe ler/escrever, porém não freqüentou escola (2) () ensino fundamental (1ª à 4ª série) (3) () ensino fundamental (5ª à 8ª série) (4) () ensino médio (1º ao 3º colegial) (5) () ensino superior (6) Última série que freqüentou: _____
7. Religião: () católica (1) () evangélica (2) () espírita (3) () outra (4). Qual? _____ () não tem religião (0)
8. Estado marital na época da cirurgia: () casada (1) () união consensual (2) () solteira, porém tinha namorado/companheiro (3)
9. Tempo de relacionamento com o parceiro na época da cirurgia: _____ anos
10. Tem filhos? () sim (1). Quantos? _____ () não (0)
11. Na época da cirurgia era mantida financeiramente por: () seu próprio trabalho (1) () seu parceiro (2) () ambos (3) () filhos (4) () pensões (5) () outra renda (6)
12. Data de nascimento do parceiro: ___ / ___ / _____ ou idade na época da cirurgia: _____
13. Escolaridade do parceiro: () não sabe ler/escrever (1) () sabe ler/escrever, porém não freqüentou escola (2) () ensino fundamental (1ª à 4ª série) (3) () ensino fundamental (5ª à 8ª série) (4) () ensino médio (1º ao 3º colegial) (5) () ensino superior (6) () não sabe informar (7) Última série que ele freqüentou: _____
14. Religião do parceiro: () católica (1) () evangélica (2) () espírita (3) () outra (4). Qual? _____ () não sabe informar (5) () não tem religião (0)
15. Na época da cirurgia seu parceiro era mantida financeiramente por: () seu próprio trabalho (1) () você (2) () ambos (3) () filhos (4) () pensões (5) () outra renda (6)
16. Atualmente você continua com o mesmo parceiro? () sim (1) () não (0). E por quanto tempo ficaram juntos após a cirurgia: _____ meses Na sua opinião, qual foi o principal motivo do rompimento? _____ _____

QUESTIONÁRIO SF - 36

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de sua vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
 - Excelente.....1
 - Muito boa.....2
 - Boa.....3
 - Ruim.....4
 - Muito ruim.....5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora? (circule uma)
 - Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
 - Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
 - Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3
 - Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 - Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escada	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha)

	SIM	NÃO
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule um número em cada linha)

	SIM	NAO
A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma
 nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadame.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma.....1
 Muito leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc...)? (circule uma)

Todo o tempo.....	1
A maior parte do tempo.....	2
Alguma parte do tempo.....	3
Uma pequena parte do tempo.....	4
Nenhuma parte do tempo.....	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria da vezes	Não sei	A minoria das vezes	Definitivamente falsas
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO SF – 36

INSTRUÇÕES: Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

- 0 = nunca
- 1 = raramente
- 2 = às vezes
- 3 = aproximadamente 50% das vezes
- 4 = a maioria das vezes
- 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

- 0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

- 0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

- 0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

- 0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

- 0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

- 0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

- 0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

- 0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

- 0 1 2 3 4 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

- 0 1 2 3 4 5

Resultado = padrão de desempenho sexual

- 82 – 100 pontos = bom a excelente
- 62 – 80 pontos = regular a bom
- 42 – 60 pontos = desfavorável a regular
- 22 – 40 pontos = ruim a desfavorável
- 0 – 20 pontos = nulo a ruim

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 18.04.07, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0208/07**, intitulado: **"A INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA SOBRE O RELACIONAMENTO CONJUGAL"**, apresentado pelo **DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisadores Responsáveis: **Prof^ª. Dr^ª. Luiza Akiko Komura Hoga,**
Domingos Auricchio Petti

Pesquisador(a) Executante: **Adriana Manganiello**

CAPPesq, 18 de abril de 2007.

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

ANEXO 2

Fórmula para Cálculo dos Escores do Questionário SF-36

Pontuação do Questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1 = 5,0 2 = 4,4 3 = 3,4 4 = 2,0 5 = 1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1 = 5,0 2 = 4,0 3 = 3,0 4 = 2,0 5 = 1,0
07	1 = 6,0 2 = 5,4 3 = 4,2 4 = 3,1 5 = 2,2 6 = 1,0
08	Se 8 = 1 e 7 = 1 =====6,0 Se 8 = 1 e 7 = 2 a 6 =====5,0 Se 8 = 2 e 7 = 2 a 6 =====4,0 Se 8 = 3 e 7 = 2 a 6 =====3,0 Se 8 = 4 e 7 = 2 a 6 =====2,0 Se 8 = 5 e 7 = 2 a 6 =====1,0 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1 = 6,0 2 = 4,75 3 = 3,5 4 = 2,25 5 = 1,0
09	a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade = a + e + g + i Saúde mental = b + c + d + f + h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo do *Raw Scale* (0 a 100)

Domínios	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 – 30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4 – 8	4
Dor	7 + 8	2 – 12	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5 – 25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4 – 24	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2 – 10	8
Aspectos Emocionais	5 (a+b+c)	3 – 6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5 – 30	25

Raw Scale:

$$\text{Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Variação}}$$

Obs. A Questão nº 2 não entrou no cálculo dos domínios.

ANEXO 3

Fórmula para Cálculo do Escore do Questionário QS-F

Para o cálculo do escore final, a questão sete (7) foi transformada pois ela está no sentido reverso. A transformação foi feita por meio da seguinte fórmula:

$$Q_7 \text{ reversa } (Q_7R) = 5 - Q_7$$

O escore final foi calculado da seguinte maneira:

1. Soma dos escores das questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 + (5 – escore da questão 7);
2. Foi multiplicado o resultado dessa soma por 2, ou seja:

$$\text{Escore final} = 2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10)$$