

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

MARCELLA ANDRÉ MORAIS

IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

SÃO PAULO

2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

MARCELLA ANDRÉ MORAIS

IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE EM MULHERES  
MASTECTOMIZADAS

Trabalho de conclusão de curso para obtenção  
do grau de Bacharel em Fisioterapia, pela  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Juliana Schulze Burti

SÃO PAULO  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha orientadora, pelo suporte em todos os momentos possíveis.

Aos meus pais, por todo amor, compreensão e apoio incondicional.

Ao meu namorado, por todo o carinho e atenção nessa fase e em todas as outras.

Minhas avós, que não estão mais entre nós e partiram com a doença tema desse trabalho, sendo então a minha maior motivação.

E a todos, que direta ou indiretamente fizeram parte da minha graduação, meu muito obrigado.

## **RESUMO**

**Introdução:** O corpo feminino é um reflexo da construção sociocultural, política e ambiental, criados até meados de 1960, conforme a perspectiva masculina. Pode-se perceber que o ideal de beleza da mulher, foi sendo construído de acordo com seu papel na sociedade e sempre marcado por questões ligadas à sexualidade. Em paralelo ao contexto da construção do corpo feminino, tem-se a doença câncer de mama. A doença acarreta consequências biopsicossociais para estas mulheres, sendo um problema de saúde pública mundial. Ao revisar a literatura é possível identificar alguns elementos, isoladamente, a imagem corporal e sexualidade de mulheres mastectomizadas. **Objetivos:** O objetivo principal foi avaliar a imagem corporal e a sexualidade de mulheres mastectomizadas após o câncer de mama. **Metodologia:** Foram incluídas mulheres mastectomizadas recrutadas por meio de mídias sociais. A pesquisa se deu através de um conjunto de questionários online para resposta, incluindo um questionário com dados pessoais, sociodemográficos e sobre a doença; e dois instrumentos validados, um sobre imagem corporal em mastectomizadas e outro sobre sexualidade. **Resultados:** 51 voluntárias participaram da pesquisa, com idade entre 29 a 83 anos, 68,6% casadas, 76,47% com filhos e 80,4% com plano de saúde. A maioria relatou histórico da doença na família e passou pelo processo de mastectomia radical. Todas foram submetidas a, pelo menos, um tratamento além da cirurgia, sendo em sua maioria quimioterapia e radioterapia. Quanto aos questionários, o de imagem corporal apresentou uma média de pontos que significam uma autoimagem ajustada. Quanto ao questionário de sexualidade, os dados mostraram que as mulheres apresentaram um nível regular de satisfação. **Conclusão:** Concluiu-se que as voluntárias não apresentaram distorção da imagem corporal, sendo que as casadas apresentaram melhores resultados que as solteiras. Quanto à sexualidade, as mulheres apresentaram nível regular a bom de satisfação, sendo que as casadas também tiveram melhor nível de satisfação que as solteiras. Em relação à cirurgia, as mulheres que fizeram reconstrução tiveram melhores resultados que as que não haviam feito, para ambas variáveis. Os achados também permitem

concluir que quanto melhor o nível de satisfação com a imagem corporal, melhor a satisfação sexual.

**Palavras chaves:** *mastectomia, câncer de mama, qualidade de vida e sexualidade.*

## **Sumário**

INTRODUÇÃO.....	7
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO .....	20
Dados sociodemográficos versus IC e sexualidade.....	21
Idade da amostra.....	21
Composição Corporal .....	22
Escolaridade.....	22
Estado Civil e Família .....	22
Nível Socioeconômico .....	23
Dados relacionados à patologia versus IC e sexualidade .....	24
Tratamentos Associados.....	25
Cirurgia radical versus não radical.....	25
Abordagem Multidisciplinar .....	26
Dificuldades e Limitações do estudo.....	26
ANEXO I – Anamnese.....	33
ANEXO II – Escala de Imagem Corporal: como me relaciono com meu corpo.....	35
ANEXO III - Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) .....	37
ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	38

## **INTRODUÇÃO**

O corpo feminino é um reflexo sociocultural. Desde o início da humanidade, o corpo representa bem mais que uma estrutura física ou biológica. O corpo, em especial o feminino, é uma construção sociocultural, política e ambiental, baseada principalmente numa perspectiva masculina. As obras de arte captadas, ao longo da história, espelham o papel e a idealização da mulher em nossa sociedade<sup>1</sup>.

A estatueta Vênus de Willendorf (24 mil - 22 mil anos a.C.), por exemplo, é uma representação da grande Mãe (ou Grande Deusa), onde a beleza estava relacionada à fertilidade e maternidade. Faz-se necessário, destacar que o período é marcado por escassez de recursos e estilo de vida bastante ativo, homens e mulheres, provavelmente, eram magros e teriam musculatura bem desenvolvida. A estatueta, usada como amuleto possui seios, barriga, quadris, vulva e nádegas com contornos avantajados, para demonstrar, justamente a busca por prosperidade, abundância e a fertilidade.

Na idade média, o corpo feminino começa a adquirir conotações mais mundanas. Na pintura e na escultura temos as Virgens, objetos de veneração, retrato da mulher simbólica, com corpos graciosos, quadris estreitos e seios pequenos. Apesar da representação simbólica, está presente também a idealização da sensualidade dos corpos femininos e da sexualidade humana<sup>2</sup>.

Inicia-se o uso das proporções humanas, com o rigor científico, modelos da beleza feminina ideal sofrem transformações, a silhueta e o rosto feminino passam a expressar situações de riqueza, dando origem a novos padrões de aparência e gosto. O modelo de beleza feminino é representado por um corpo roliço, de ancas largas e seios generosos, a exemplo temos a Mona Lisa, por Leonardo da Vinci. Além disso, a Gioconda esconde um fino véu transparente, quase não percebido, usados por mulheres grávidas ou que acabaram de dar à luz; a obra representa, assim, a maternidade.

Pode-se perceber que o ideal de beleza da mulher vai sendo construído de acordo com seu papel na sociedade e sempre marcado por questões ligadas à sexualidade. Herda-se a ideia da construção do corpo de acordo com funções exercidas, enquanto mulher.

No final do século XX, Simone de Beauvoir diz em seu livro “O segundo sexo”: “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”<sup>3</sup>. Segundo essa teoria, não são os fatores biológicos ou psíquicos que fazem a mulher assumir a posição passiva perante a sociedade, mas o que sociedade e educadores impõem sobre ela, de acordo com o que o homem a define.

Infelizmente, caminha-se lentamente para a desconstrução do corpo feminino perfeito, que é muito embasado na construção histórica dos discursos sobre o mesmo, a criação de certos fundamentos que ainda estão enraizados na sociedade contemporânea, o que impacta diretamente na elaboração das identidades sociais da mulher.

Além disso, atualmente, o corpo feminino é doutrinado também pela mídia capitalista, diariamente as pessoas são influenciadas a comprar: uma roupa para deixar mais bonita, para disfarçar ou realçar alguma parte; acessórios para dar destaque; um rosto, através de maquiagens, cirurgias; um corpo perfeito.

Em paralelo, ao contexto da construção do corpo feminino, tem-se a doença, câncer de mama. Historicamente, símbolo de estigma, sendo sinônimo de morte.

O câncer de mama é uma das principais causas de morte de mulheres no Brasil e no mundo; a incidência cresce a cada ano, devido ao estilo de vida da atual sociedade. Segundo o INCA, estima-se 59.700 novos casos para 2018, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres<sup>4</sup>. A doença acarreta consequências biopsicossociais para estas mulheres, sendo um problema de saúde pública mundial.

O câncer de mama, não é representado somente por uma patologia e sim, por um quadro muito mais abrangente no que concerne a parte física e sobretudo, a parte psicossocial. Diversos autores citam os sintomas psíquicos como os mais difíceis de serem enfrentados, quando comparados aos outros sintomas secundários.

Apesar dos avanços tecnológicos da última década, a doença segue sem cura. Muitos pesquisadores sugerem e enfatizam que se deva falar em pesquisas para tal feito, visto que, o câncer infantil, por exemplo, não é o mesmo que o câncer de mama e mesmo aqui, existem vários tipos e manifestações da doença.

Ainda sobre avanços tecnológicos, têm-se grandes conquistas em relação aos tratamentos e procedimentos. Mas, de praxe, o tratamento inicial, geralmente, é a cirurgia, que sofreu grandes mudanças nos últimos anos. É também uma das intervenções mais temidas. Se, por um lado é reconfortante e traz esperança de cura, por outro, inicia-se um processo de luto pelo corpo perdido, pela feminilidade extirpada, sentimentos de menos valia por ser menos mulher que aquelas que possuem seios<sup>5</sup>.

Foucault diz que “no início das sociedades industriais, instaurou – se um aparelho punitivo, um dispositivo de seleção entre os normais e os anormais”<sup>6</sup>. Pode-se notar um empenho por uma normatização e disciplina, em nome do capital. Quanto mais os corpos fossem normatizados, disciplinados, mais fácil seria dominá-los, maiores seriam os lucros. A mama representa um símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade, sendo essência do feminino e de extrema complexidade, física e psicológica.

Relacionado ainda hoje como sinônimo de morte, é importante ressaltar que esse contexto do câncer foi sendo construído por anos e instalado naturalmente, tornando-se inconsciente. Portanto, a mastectomia, que é a excisão ou remoção parcial ou total da mama, colocaria a mulher numa posição de anormalidade. Sendo assim, o desencadeamento de alterações importantes na imagem corporal (IC) da mulher, pode afetar direta e indiretamente sua vivência da sexualidade e satisfação com seu companheiro<sup>7,8</sup>.

#### Segundo a Organização Mundial de Saúde:

“A sexualidade forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. [...] Sexualidade é muito mais do que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, o contato e a intimidade e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico<sup>9</sup>.”

Com o notável crescimento na expectativa de vida das mulheres pós câncer de mama, e diante do contexto acima apresentado, vê-se uma necessidade de intensificar as pesquisas sobre os fatores que podem interferir na qualidade de vida dessas mulheres<sup>10</sup>.

Ao revisar a literatura é possível identificar alguns elementos, isoladamente, sobre IC e sexualidade de mulheres mastectomizadas. Como a autoimagem interfere sobre a vida sexual dessa mulher? Como a IC e sexualidade são compreendidas pela mulher mastectomizada?

Estudar o que acontece após uma mulher passar pelo processo de mastectomia é de suma importância, já que se trata de uma situação extremamente complexa e que envolve não só a própria mulher, mas sim, todo o meio ao redor dela, tendo impacto direto em sua vida, sua família e seu relacionamento interpessoal. Ao identificar as características do público, é possível elaborar uma comunicação mais eficaz, capaz de dialogar diretamente com a paciente.

Sendo assim, para compreender e analisar as representações que essas mulheres têm acerca da cirurgia e de si mesmas, o objetivo principal do presente estudo foi avaliar a IC e a sexualidade de mulheres mastectomizadas após o câncer de mama.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa de natureza observacional e descritiva foi aprovada pelo comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP sob número CAAE 94701918.1.0000.5482.

A coleta de dados utilizou um questionário virtual que permaneceu aberto para respostas entre os meses de julho e agosto de 2018. As pacientes foram convidadas a participar do estudo através de chamadas nas mídias sociais. Todas as informações da pesquisa e um *link* para acesso ao questionário on-line foram disponibilizados através do *Google Forms*®.

Os critérios de inclusão foram: mulheres, com tratamento para o câncer de mama, que tenham sido submetidas à mastectomia ou mastectomia profilática redutora de câncer. Foram excluídas do estudo participantes que deixassem mais de 5% de perguntas sem resposta.

A ficha de avaliação inicial (Anexo I) foi composta por um questionário com dados pessoais, dados sociodemográficos e sobre a patologia, que incluiu 37 questões objetivas além de uma questão aberta, na qual as voluntárias podiam expor sua história, dúvidas e sugestões em relação ao tema pesquisado.

Foram utilizados outros dois instrumentos validados: para avaliação da IC foi utilizada a “Escala de Imagem Corporal – Como me relaciono com meu corpo”<sup>11</sup> (Anexo II) e para análise da sexualidade foi utilizado o “Quociente Sexual – Versão Feminino”<sup>12</sup> (QS-F – Anexo III).

A primeira é composta por 14 afirmações nas quais a paciente deve escolher uma entre cinco opções de resposta: Não concordo, Concordo Pouco, Concordo, Concordo Moderadamente ou Concordo Bastante. São sete afirmações sobre como ela enxerga o corpo e valoriza sua aparência, e as outras sete se referem à influência (que ela vê) do câncer e dos tratamentos em seu corpo. Cada afirmação vale de zero a quatro pontos, sendo as seis primeiras afirmações somadas na ordem crescente, e as outras oito na ordem decrescente. Com a soma de todas as afirmações, obtém-se o resultado do questionário (14-56), que classifica como IC baixa (pontuação abaixo ou igual a 24 pontos), IC moderadamente baixa (pontuação de 25 a 34 pontos) ou IC ajustada (pontuação acima de 35 pontos).

Na última etapa, foi aplicado o QS-F, que avalia função e desempenho sexual. O QS-F é composto por 10 questões de múltipla escolha em que a participante deve escolher baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual. As respostas são de zero a cinco, com zero indicando “nunca” e cinco indicando “sempre”. Cada afirmação vale de zero a 10 pontos. A soma das 10 questões gera uma classificação da sexualidade: bom a excelente (82-100 pontos), regular a bom (62-80 pontos), desfavorável a regular (42-60 pontos), ruim a desfavorável (22-40 pontos) e nulo a ruim (0-20 pontos). Para o cálculo do escore final, a questão sete é transformada, porque está no sentido reverso. Portanto, o escore final foi calculado da seguinte maneira: soma dos escores das questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 + (5 - escore da questão sete). Depois, foi multiplicado o resultado dessa soma por dois.

A versão completa dos questionários foi devidamente programada na ferramenta de criação de formulários e pesquisas do *Google Forms*® e inserida no serviço de armazenamento do *Google Drive*®.

Antes de preencher o questionário online, todas as pacientes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO IV) e apenas após aceitação deste, a pesquisa era disponibilizada. A participante que não estava de acordo com o TCLE era direcionada para a página de informe, que explicava a voluntária o motivo de não ter acesso ao questionário e agradecia ao tempo dedicado. Cada parte do questionário continha orientações para o preenchimento do mesmo. Após responder o questionário, as voluntárias tinham a opção de deixar um e-mail, caso quisessem saber os resultados do estudo.

Os dados foram analisados pelo programa *Minitab*® 18. Foi utilizada a correlação de *Pearson* para investigar a relação entre IC e a sexualidade. Adotou-se a seguinte interpretação dos resultados (positivos e negativos) das correlações:  $r > 0,9$  (muito forte), 0,7 a 0,9 (forte), 0,5 a 0,7 (moderada), 0,3 a 0,5 (fraca) e 0 a 0,3 (desprezível).

Para comparação entre grupos foi usada a análise de variância ANOVA um fator, sendo valor significativo estatisticamente com  $p < 0,05$ .

Para a análise descritiva dos dados relativos à caracterização da amostra foram utilizadas tanto porcentagens, como médias e desvios-padrão.

## RESULTADOS

Todas as 51 voluntárias participantes que responderam o questionário foram elegíveis para a pesquisa. As mulheres avaliadas apresentaram uma média de idades de  $44,54 \pm 10,70$  anos, peso corporal  $71,41 \pm 11,64$  kg, altura de  $1,64 \pm 0,07$  m e Índice de Massa Corpórea (IMC) de  $26,73 \pm 4,43$  kg/m<sup>2</sup>. Os resultados referentes às demais características da amostra estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra (dados sociodemográficos).

	N (51)	%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	1	2%
Fundamental Completo	1	2%
Médio ou 2º grau Incompleto	1	2%
Médio ou 2º grau Completo	9	17,6%
Superior Incompleto	5	9,8%
Superior Completo	31	60,8%
Mestrado	2	3,9%
Doutorado	1	2%
<b>Ocupação</b>		
Analista reabastecimento	1	1,96%
Administradora	6	11,76%
Analista de sistemas	1	1,96%
Artesã	1	1,96%
Aposentada	3	5,88%
Autônoma	1	1,96%
Auxiliar Cartório	1	1,96%
Bióloga	1	1,96%
Cabeleireira	1	1,96%
Carteira	1	1,96%
Contadora	2	3,92%
Dentista	1	1,96%
Desempregada	1	1,96%
Design de interiores	2	3,92%
Diarista	1	1,96%

Dona de casa	1	1,96%
Economista	1	1,96%
Enfermeira	2	3,92%
Entregadora	1	1,96%
Fiscal de caixa	1	1,96%
Farmacêutica	1	1,96%
Fisioterapeuta	1	1,96%
Funcionária Pública	2	3,92%
Nutricionista	1	1,96%
Pedagoga	2	3,92%
Professora	5	9,80%
Psicóloga	1	1,96%
Publicitária	1	1,96%
Química	1	1,96%
Supervisora de vendas	1	1,96%
Técnico telecomunicações	1	1,96%
Tradutora	1	1,96%
Turismóloga	2	3,92%
Veterinária	1	1,96%
<b>Renda</b>		
Sem renda	6	11,76%
Até um salário mínimo	4	7,8%
Um à três salários	14	27,45%
> três salários	27	52,94%
<b>Estado onde mora</b>		
Bahia	5	9,8%
Distrito Federal	2	3,9%
Espírito Santo	1	2%
Minas Gerais	1	2%
Paraná	2	3,9%
Rio de Janeiro	4	7,8%
Rio Grande do Sul	2	3,9%
Santa Catarina	3	5,9%
São Paulo	31	60,8%
<b>Estado Nutricional</b>		
Adequado	22	43,13%
Sobrepeso	18	35,29%
Obesidade	11	21,6%
<b>Estado Civil</b>		
Amigada (relacionamento estável)	1	2%

Casada	35	68,6%
Divorciada	8	15,7%
Solteira	5	9,8%
Viúva	2	3,9%
<b>Filhos</b>		
Sim	39	76,47%
Não	12	23,52%
<b>Plano de Saúde</b>		
Sim	41	80,4%
Não	10	19,6%

Quanto às características relacionadas à patologia, 78,43% relatam algum histórico de câncer na família (mãe, avós, tias, primas e pai, respectivamente são os citados), sendo que os diagnósticos das voluntárias ocorreram entre 1994 e fevereiro de 2018.

Os tipos de cirurgia estão demonstrados na Tabela 2, sendo que o procedimento foi realizado na mama esquerda por 41,2%, à direita por 31,4% e bilateralmente por 27,5% delas.

Tabela 2. Tipo de Cirurgia.

<b>Tipo de Cirurgia</b>	<b>%</b>
Radical	47,1%
Total ou simples	31,4%
Parcial	9,8%
Preventiva	3,9%
Bilateral total	2,0%
Bilateral radical	2,0%
Total da mama com colocação do expansor	2,0%
Primeiro quadrante, segunda radical e na outra mama preventiva	2,0%

Das 51 participantes, 88,23% são destros; 56,9% ainda estão com tratamento em curso; 29% relatam sentir dor; 31% possui linfedema (do lado ipsilateral à cirurgia); 39,23% utilizam Tamoxifeno, 9,8% Anastrosol, 3,9% Letrozol ou Aromazin e Zoladex, 1,9% Novaldex, Exemestano, Herseptin, Arimidex ou Palbociclib; 74% relatam terem realizado a reconstrução mamária;

das 26% que ainda não fizeram a reconstrução, 61,1% relatam querer realizar a reconstrução. Apenas uma (1,9%) paciente teve câncer prévio na região pélvica.

Todas foram submetidas a, pelo menos, um tratamento além da cirurgia; apenas quimioterapia (16,3%); quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (40,8%); quimioterapia e radioterapia (18,4%); quimioterapia, radioterapia e tratamento alternativo (4,1%); quimioterapia e hormonioterapia (12,2%); e quimioterapia, hormonioterapia e tratamento alternativo (2,0%). Dos tratamentos alternativos citados, constam Acupuntura, Hemoterapia com Ozônio, Reike, Meditação, Yoga e alimentação natural.

Quanto às comorbidades associadas, 56,9% mulheres não possuem quaisquer problemas de saúde; 9,8% possui hipertensão arterial, 21,6% hipercolesterolemia, 3,9% diabetes, 3,9% depressão, 1,96% deficiência na coagulação, hiperprolactinoma, tireoidite de Hashimoto, artrose, transtorno de ansiedade ou recidiva do câncer mama (com metástase na pleura).

Sobre a abordagem multidisciplinar, 74,5% das participantes relatam ter realizado ou ainda realizar fisioterapia; 43,1% fizeram ou fazem acompanhamento psicológico e 58,8% praticam algum exercício físico.

Na escala de IC, as 51 voluntárias apresentaram média de  $36,45 \pm 8,99$  pontos o que significa que a autoimagem é ajustada. Para as mulheres casadas (36), a média é de  $38,17 \pm 13,85$  pontos, IC ajustada, melhor que as voluntárias solteiras com de média  $32,33 \pm 13,67$  pontos, classificadas com autoimagem moderadamente baixa.

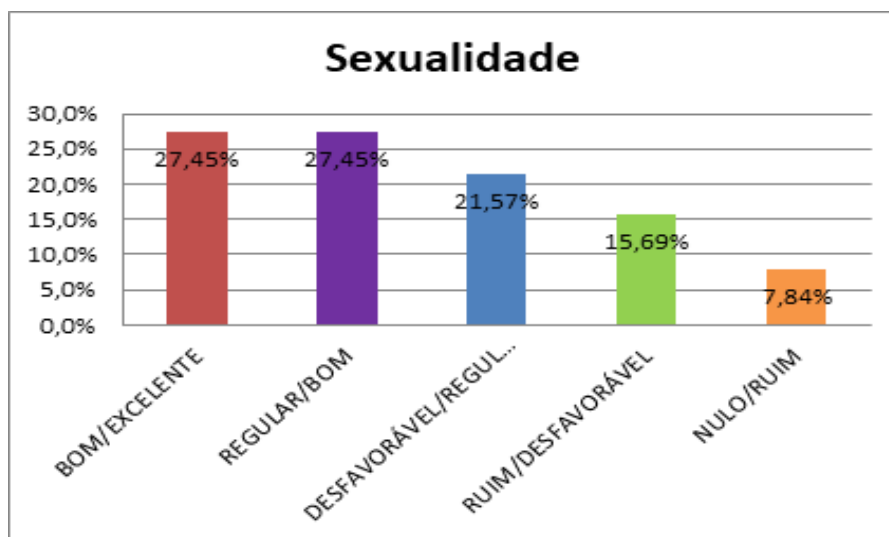
A distribuição da IC encontrada na amostra (51) foi dividida em dois grupos: Realizaram reconstrução mamária (R) e não realizaram reconstrução mamária (NR) e está descrita na Tabela 3.

Tabela 3. Escores de IC e sexualidade dos grupos R (Realizaram reconstrução) e NR (não realizaram reconstrução).

<b>Variáveis</b>	<b>R n=37</b>	<b>NR n=13</b>	<b>P</b>
Imagem corporal	39,14 ( $\pm$ 12,97) [34,95-43,32]	29,62 ( $\pm$ 14,84) [21,55-37,68]	0,033
Sexualidade	67,41 ( $\pm$ 24,46) [59,32-75,49]	49,54 ( $\pm$ 24,42) [35,90-63,17]	0,028

A função e satisfação sexual obtida pelo questionário QS-F (sexualidade), mostra uma média de 62,75  $\pm$ 25,21 pontos, o que significa que as voluntárias estão classificadas no nível regular/bom de satisfação. As voluntárias casadas têm em média 64,56  $\pm$ 25,12 pontos, apresentando nível de satisfação melhor que aquelas solteiras com 58,40  $\pm$ 25,76 pontos, o que significa que tiveram desempenho/satisfação consideradas como desfavorável a regular. E por fim, quase metade das voluntárias (45,1%) estava no nível ou abaixo do desfavorável/regular de desempenho/satisfação sexual e 54,9% estão no nível regular/bom e acima (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição das voluntárias nos níveis de classificação do QS-F

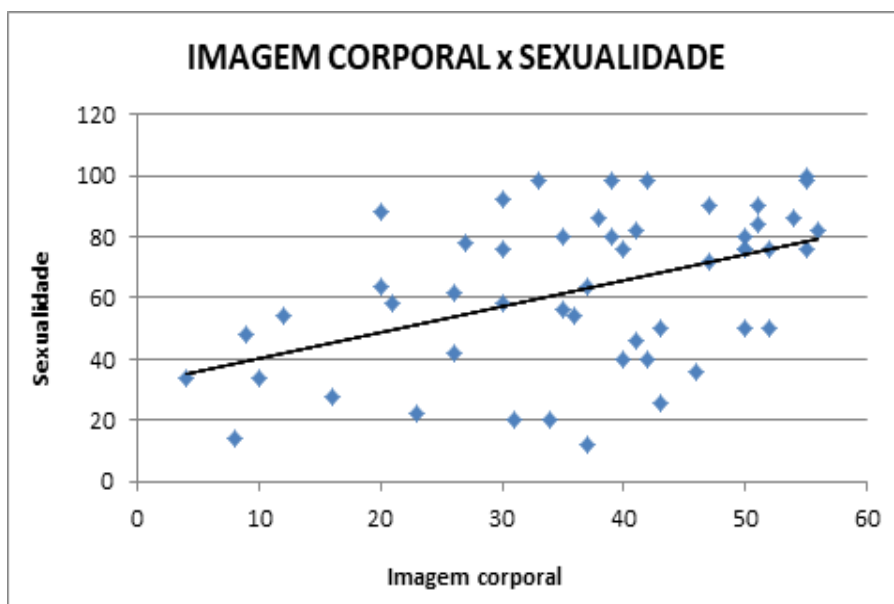


Foi avaliada a função sexual, também de acordo com os grupos: Com reconstrução mamária (R) e não reconstrução mamária (NR), Tabela 3.

Para ambas as variáveis (IC e sexualidade) os valores de  $p$  foram menores que 0,05. Isso significa que os grupos são diferentes entre si, e observando as médias dos dois grupos para ambas variáveis, podemos observar que o grupo NR tem valores menores tanto para a IC quanto para a sexualidade.

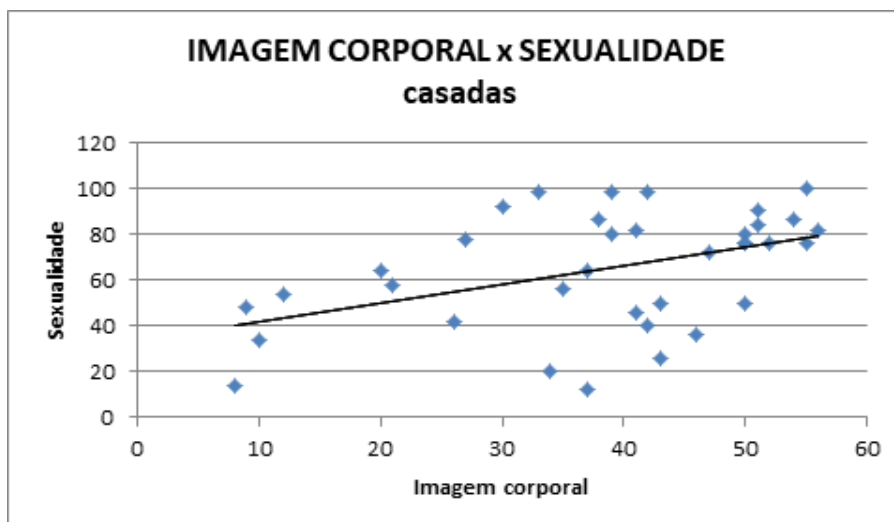
A correlação entre os questionários de IC e sexualidade, tem coeficiente de correlação igual a 0,46, indicando que quanto maior o resultado do nível de satisfação sexual, melhor a IC (e vice-versa), ou seja, são diretamente proporcionais. No entanto, o valor de  $r$  apesar de positivo, está próximo de zero, mostrando uma correlação fraca (Gráfico 2). O valor de  $p$  encontrado é de 0,001, indicando confiabilidade dos dados.

Gráfico 2. Correlação entre os questionários de IC x Sexualidade.



O coeficiente de correlação das mulheres casadas é de  $r=0,44$ , com resultado semelhante à amostra total, sendo uma correlação positiva fraca, gráfico 3. Também apresenta uma boa confiabilidade dos dados,  $p=0,007$ .

Gráfico 3. Coeficiente de correlação entre mulheres casadas



## **DISCUSSÃO**

Com o objetivo de avaliar a IC e a sexualidade de mulheres mastectomizadas após o câncer de mama, o presente estudo permitiu traçar um perfil detalhado de mulheres submetidas a este procedimento. Com base nos resultados obtidos, as voluntárias não apresentaram distorção da IC, sendo que as casadas apresentaram melhores resultados quando comparados às solteiras.

Foram identificados níveis satisfatórios de IC e sexualidade, e quando correlacionadas essas duas dimensões encontrou-se uma relação positiva, porém fraca, isto é, a IC não foi fator determinante e/ou significativo para função e desempenho sexual.

A IC é um fator de dimensão complexa, infere na construção cognitiva do corpo, baseada no contexto sociocultural e político, mas também é uma representação dos desejos, emoções e da interação social do sujeito<sup>13</sup>. Os fatores citados acima explicam os distintos resultados encontrados na literatura acerca da IC, quando comparados com os achados desta pesquisa. Um estudo realizado em Portugal com 51 mulheres mastectomizadas revelou que elas eram insatisfeitas com o próprio corpo<sup>14</sup>. Outro estudo, realizado na Espanha (n=180), mostrou que tanto o tratamento cirúrgico, quanto a própria doença têm um impacto devastador na confiança e na autoestima das mulheres avaliadas levando-as a se sentirem menos atraentes, diminuindo os escores da imagem corporal avaliados<sup>15</sup>. Os achados deste estudo, no entanto, mostraram autopercepção ajustada, apesar do aparecimento da doença e da mastectomia. Esses dados apontam a necessidade de mais estudos que avaliem e caracterizem a IC em mulheres mastectomizadas, com amostras maiores e mais homogêneas.

Dentro do contexto estigmatizante do câncer e da mutilação de parte da essência feminina, pode-se, em um primeiro momento, supor que alterações neste corpo venham a interferir na sexualidade do mesmo. No entanto, este trabalho mostra um grupo com nível de satisfação sexual bom/regular, reafirmando a conclusão de Ravagni em seu estudo “O que é a sexualidade humana?”<sup>16</sup>:

“[...] a sexualidade constitui ou conforma a forma de ser de cada ser humano no marco referencial do seu projeto de vida, uma vez que crescer e madurar

evolutivamente, tanto nível somático como no psíquico, não podem ser separados das condições sociais e culturais integradoras, desse projeto, num determinado espaço histórico no qual, a acomodação e a assimilação, no viés da equilíbrio e da reversibilidade, encontram-se sustentadas pelo componente motor que, através de determinadas posturas, oferece a oportunidade da expressão emocional.”

A afirmativa mostra o dinamismo da sexualidade humana, com características múltiplas.

Na análise de correlação, feita no presente estudo, percebeu-se que a IC pode influenciar a sexualidade, no entanto, não é fator determinante, diante de sua complexidade.

## ***Dados sociodemográficos versus IC e sexualidade***

### ***Idade da amostra***

Em relação à idade, a amostra apresentou uma média de 44,54 anos, o que era esperado, corroborando com a literatura, sobre a idade de maior risco para o desenvolvimento da doença<sup>4,17</sup>. A construção social do corpo somada a crescente busca pelo corpo ideal, desde 1960, contribui para que a população de modo geral apresente preocupações com a aparência, independentemente da idade<sup>18</sup>. Como demonstrou o estudo de Ferreira et al.<sup>19</sup>, realizado no Rio de Janeiro com 50 idosas, concluiu que “o envelhecimento tem sido ressaltado como fator negativo para a aparência física, e a sociedade influencia o modo como uma idosa percebe seu próprio corpo”.

Somente uma das voluntárias apresentava uma idade mais avançada (83 anos) e no que constam os fatores imagem corporal e sexualidade, essa, cita que: “*Na minha idade o sexo já não tem tanta importância*” (B.B.), mesmo sendo casada e tendo 2 filhos. O que a literatura explica é sobre a modificação da sexualidade na terceira idade. Com o passar dos anos, a velhice começa a trazer à tona modificações e a idade as torna mais fortes. A maioria das mulheres não entendem que são necessárias tais mudanças e, acabam não lidando bem com seus corpos<sup>20</sup>. Essas modificações afetam não somente a audição ou o tempo de reação aos estímulos, mas também afetam o próprio comportamento sexual. É citada a menopausa como um dos motivos, mas, no caso dessa pesquisa, somando ao fato do câncer, que se mostra presente em todas as transformações

mencionadas anteriormente, o caso por um todo, é uma junção de problemas que tem como resultado essa falta de libido sexual<sup>21</sup>.

### ***Composição Corporal***

Quanto à composição corporal, 56,35% das voluntárias do presente estudo estavam acima do peso ou com obesidade. O aumento do peso corporal, já bem documentado, além de fator de risco para desenvolvimento do câncer; aponta para piores prognósticos, com maiores taxas de recorrência e menores de sobrevivência<sup>22</sup>. Além disso, tem grandes impactos sobre a imagem corporal, que é elemento de expressão da personalidade, da relação com o outro, da cultura; sua percepção é fortemente influenciada por aspectos biopsicossociais determinando a busca pela melhor aparência física, assim sendo, a obesidade é fator que interfere na percepção da autoimagem.

A amostra, no entanto, apresentou uma autoimagem ajustada. O sobrepeso e obesidade não foi fator determinante na autoimagem e, uma hipótese, é que o câncer pode ser um fator mais negativo que o peso elevado, e, portanto, não tendo tanta importância no momento do mesmo.

### ***Escolaridade***

Outros fatores podem ter influenciado positivamente esse grupo, como o nível de escolaridade elevado (60,8% com nível superior). Supõe-se que pessoas com mais escolaridade possam ser capazes de lidar melhor com situações adversas, tendo ou buscando informações e auxílio.

Acredita-se que mulheres mastectomizadas apresentem preocupações diferentes, quanto à autoimagem, pois, além do foco em aparência física, peso, e forma do corpo, essas mulheres demonstram outras inquietações que surgem com a doença, como o risco de morte e o tratamento longo e doloroso, que tem repercussões em seus respectivos corpos (aumento/perda de peso, edema e menopausa precoce) a cirurgia<sup>23</sup>.

### ***Estado Civil e Família***

Grande parte das voluntárias possuíam filhos (76,47%), eram casadas (68,6%) ou estavam em relacionamento estável (2%). Essa parcela da amostra demonstrou um melhor índice na escala de IC e sexualidade quando

comparadas às participantes solteiras. Sendo assim, constatou-se que as voluntárias solteiras revelaram uma insatisfação maior relativamente à sua sexualidade, quando comparadas as voluntárias casadas (índices de IC e sexualidade mais desfavoráveis). Podendo ser explicado, devido ao fato de não possuírem o apoio de um companheiro nesse processo da doença, as deixando mais inseguras. Tal fator é de suma importância, pois devido ao fato de serem solteiras, buscam conquistar um parceiro, que não sabe do seu passado e que a própria não tem ideia como vai reagir ao ver as marcas da doença; achando então, que tal fato atrapalha o jogo da conquista. O que pode ser explicado ao fato de toda a objetificação do corpo ideal da mulher, que a sociedade desenvolveu e que está tão enraizada nos dias de hoje, trazendo consigo muitas dúvidas perante si mesmas<sup>5</sup>.

A presença e apoio da família pode ser um fator positivo, pelo fato do suporte emocional estar sob responsabilidade do cônjuge e de sua família<sup>24</sup>, fazendo com que essas mulheres possuam melhor aceitação da condição, dando menor valor à aparência e sexualidade nesse momento de enfrentamento da doença. Estar viva, com a família ao redor, parece ter maior importância nesse momento.

### ***Nível Socioeconômico***

Mais da metade das participantes recebem mais que três salários mínimos e 80,4% possuem plano de saúde; esses fatores podem ser determinantes. De acordo com Santos<sup>25</sup>: “um nível maior de renda traz a possibilidade de os indivíduos adquirirem bens e serviços diretamente relacionados à saúde, ou mesmo de adquirirem bens básicos como alimentação. Portanto, espera-se que haja uma relação positiva entre renda e saúde”.

Um melhor poder aquisitivo também significa maior acesso a itens que podem interferir na aparência e aceitação do “novo” corpo, decorrente do processo da doença, como por exemplo, itens de maior complexidade. Pode-se citar desde o acesso à informação e atendimento psicológico (elementos envolvidos na construção do corpo do ponto de vista psíquico, sentimento de perda, luto e estigma) até a maquiagem, tratamentos para evitar a queda do cabelo e a reconstrução mamária.

No que concerne à reconstrução da mama, tem surgido técnicas muito interessantes para ajudar na recuperação física e psicológica que os danos da mastectomia causam, como por exemplo: a reconstrução areolopapilar (RAP) com tatuagem intradérmica. A RAP está se tornando cada vez mais importante nesse processo, pois é o que finaliza e traz consigo o processo harmônico e natural para a mama da mulher, o que pode ser que faça toda a diferença com o modo em que ela lidará com a doença. A técnica com a tatuagem consiste em uma reconstrução da área areolopapilar, se tornando muito próxima a natural da mulher, que foi retirada no processo de mastectomia e deve ser a última etapa a ser iniciada<sup>26</sup>. Somente quando o cirurgião está certo da reconstrução mamária (similaridade dos seios), essa etapa pode ter início. Mas como todas, essa técnica possui alguns objetivos a serem cumpridos, tais eles: simetria, posição, tamanho, projeção, textura e coloração<sup>27</sup>. No entanto, é uma técnica mais cara, que ainda não é encontrada no Sistema Único de Saúde.

### ***Dados relacionados à patologia versus IC e sexualidade***

O histórico familiar de câncer foi relatado por 78,43% da população deste estudo, sendo a maioria em relação a parentes de primeiro grau, mãe, pai e avós, respectivamente. Os achados são superiores a estudos anteriores sobre prevalência da história familiar para câncer. No estudo de Hoskins et al.<sup>28</sup>, 20% da população estudada relatou histórico familiar de câncer; Soares et al.<sup>29</sup>, (2012), estudaram 288 mulheres e encontraram resultados semelhantes ao primeiro, onde 20,1% da população mencionaram câncer na família. Outro estudo publicado em 2013, aponta que aproximadamente metade da amostra (273) estudada possuía histórico familiar da doença<sup>30</sup>.

As síndromes de câncer hereditário são citadas nos estudos, como distúrbios genéticos, nos quais neoplasias malignas se tornam mais comuns em indivíduos de uma mesma descendência. Elas ocorrem de uma geração para outra, por meio de um padrão de transmissão hereditária das características de um organismo a seus filhos bem definido, em geral do tipo autossômico dominante (50% de risco de transmissão para a geração em cada gestação, independentemente do sexo)<sup>31</sup>. Apesar da alta prevalência encontrada (78,43%), faz-se necessário considerar dois fatores importantes: a amostra (n=51) é

pequena para determinar com precisão esse fator de risco para população brasileira; o outro ponto, é que foi considerado qualquer histórico de câncer familiar, sem especificar o câncer de mama.

### ***Tratamentos Associados***

As voluntárias que receberam apenas quimioterapia tiveram IC mais desfavorável do que aquelas que receberam a quimioterapia e radioterapia ou que não receberam nenhuma delas. Grande parte das voluntárias (40,8%) passaram pela tríade: quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (que são substâncias supressoras de hormônios para inibir o crescimento do tumor), o que traz uma vasta informação quanto aos resultados da sua imagem corporal e sexualidade, pois cada técnica causa um ou mais tipos de sintomas, o que afeta diretamente a vida das mesmas. Esses tratamentos podem causar efeitos colaterais, como por exemplo: fogachos (calores), sudorese noturna, secura vaginal, alterações de humor, queda de cabelo, diminuição de libido sexual e aumento de peso, fatores diretamente relacionados com autoimagem e sexualidade<sup>32</sup>. Os mesmos são formas de terapia sistêmica, ou seja, atingem células em qualquer parte do corpo, não somente na mama, o que explica o fato dos resultados indiretos, os temidos efeitos colaterais pelo corpo todo, que trazem significativos incômodos para suas portadoras<sup>33</sup>.

### ***Cirurgia radical versus não radical***

O ato de se retirar a mama provoca uma diminuição da autoimagem, associada a dor, mutilação e perda de atrativo sexual, o que contribui para dificuldades nas relações interpessoais, se expressando como uma forma de obter aprovação da de outrem. A perda do seio desorganiza o esquema corporal da mulher, as levando a diminuição do contentamento com seus corpos, para um sentimento de inferioridade, tendo assim, um reflexo importante em sua imagem corporal e sexualidade<sup>14</sup>.

Nos grupos em que foram comparadas mulheres que realizaram a reconstrução (R) e que não realizaram reconstrução (NR), obtivemos resultados interessantes. As mulheres do grupo R apresentaram resultados superiores quando

comparadas com as do grupo NR, tanto no quesito imagem corporal, quanto na sexualidade. Isso pode ser explicado talvez por uma alteração na imagem corporal pela retirada da mama que representa feminilidade, devido ao fato da retirada da mesma ser uma agressão ao corpo, causando diretamente um impacto em suas vidas, mudando o meio em que vivem.

### ***Abordagem Multidisciplinar***

A abordagem multidisciplinar é de suma importância no decorrer do tratamento de um paciente, tanto no que concerne o tratamento oncológico, quanto para os outros tipos de doenças. Jammal et al.<sup>34</sup>, em um estudo feito em 2008, cita que a abordagem multidisciplinar é imprescindível no que concerne não só ao quadro patológico em si, mas também a reabilitação física, psicológica e social, além de se preocupar com a melhora da qualidade de vida das pacientes. Pensando não somente na recuperação da doença, e sim, junto com a reabilitação global no âmbito físico, com todas as profissões essenciais nesse caminho, como por exemplo: medicina, fisioterapia e psicologia. Sendo assim, a equipe multidisciplinar pode auxiliar a mulher que é submetida à uma mastectomia. Se for atendida por um grupo como este, ela pode ser melhor acolhida, o que vai ajudar nas questões de imagem corporal e sexualidade, enfrentando melhor a doença.

### ***Dificuldades e Limitações do estudo***

A amostra tratou somente de mulheres em um nível socioeconômico mais elevado, então, não se sabe se os resultados presentes aqui podem ser encontrados em uma população mais carente.

O fato da pesquisa ter se dado através da internet, pode ter limitado no sentido de que cada pessoa tem a sua interpretação da pergunta, apesar de ter sido incluso uma descrição mais informal e acessível das perguntas.

Algumas outras variáveis poderiam ser estudadas, como por exemplo: se houve queda de cabelo nas pacientes, afetando sua imagem corporal; e se as mulheres que somente realizaram quimioterapia apresentaram resultados mais desfavoráveis quando comparadas às outras.

## **CONCLUSÃO**

Concluiu-se que as voluntárias não apresentaram distorção da imagem corporal, sendo que as casadas apresentaram melhores resultados que as solteiras. Quanto à sexualidade, as mulheres apresentaram nível regular a bom de satisfação, sendo que as casadas também tiveram melhor nível de satisfação que as solteiras. Em relação à cirurgia, as mulheres que fizeram reconstrução tiveram melhores resultados que as que não haviam feito, para ambas variáveis. Os achados também permitem concluir que quanto melhor o nível de satisfação com a imagem corporal, melhor a satisfação sexual.

Quanto à aplicabilidade prática deste estudo, pode-se citar a importância tanto para pacientes quanto para profissionais da saúde, que se apegam somente a fatores clínicos e muitas vezes, esquecem do mais importante: os efeitos biopsicossociais que também causam muito impacto. Entretanto, mais estudos nessa área são interessantes, já que é um tema de alta complexidade, que envolve diversos fatores inerentes ao ser humano, tendo impacto direto em sua imagem corporal e sexualidade.

## **REFERÊNCIAS**

- 1.** Matos Barreto N. O CORPO FEMININO NAS ARTES VISUAIS: NUDEZ, SEXUALIDADE E EMPODERAMENTO [Internet]. Puc-Rio. 2018 [cited 8 October 2018]. Available from: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/23052/23052.PDF>>
- 2.** A Evolução da Imagem da mulher na história da arte [Internet]. Mestres On - A sua pitada diária de Arte, Cultura & Estilo de Vida. 2014 [cited 8 October 2018]. Available from: <https://www.mestresdapintura.com.br/blog/evolucao-da-imagem-da-mulher-na-historia-da-arte/>
- 3.** de Bervoir S. O segundo sexo. 2nd ed. Nova Fronteira; 2018
- 4.** Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. INCA. 2018 [cited 3 June 2018]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>
- 5.** de Matos Maluf M, Jo Mor L, S. D. Barro A. O impacto psicológico do câncer de mama [Internet]. Inca. 2005 [cited 8 October 2018]. Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v02/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf)
- 6.** Foucault M. Vigiar e Punir. Vozes; 1998.
- 7.** Scorsolini-Comin F, Antonio dos Santos M. Positive Affection Measurement: Subjective Well-Being in Married People [Internet]. Scielo. 2009 [cited 8 August 2018]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n1/a03v25n1.pdf>
- 8.** Cunha, C.G. (2004). Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada [internet] Monografia Especialização Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará. [cited 26 october 2018. Avalaible from: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/>
- 9.** Egyto A. Orientação sexual na escola: um projeto apaixonante. São Paulo: Cortez; 2003.
- 10.** Hilberath Moreira E, Rodrigues Manaia C. Quality of life of patient who undergoing mastectomies assisted by the service of physiotherapy of University Hospital of Londrina State University. [Internet]. UEL. 2005 [cited 16 October 2018]. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3605/2919>
- 11.** Tapadinhas A, Palhinhas P, Gouveia P. Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. 6th ed. Lisboa: In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S.

N. Jesus (Eds.), Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida (pp. 333-340); 2006.

**12.** Najjar Abdo C. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher [Internet]. BVS. 2009 [cited 26 September 2018]. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>

**13.** Berbert de Carvalho P, Caputo Ferreira M. Imagem Corporal em Homens: Instrumentos Avaliativos [Internet]. Scielo. 2014 [cited 8 October 2018]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n3/05.pdf>

**14.** Remondes-Costa S, Jiménez F, L. Pais-Ribeiro J. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama [Internet]. Scielo. 2012 [cited 19 October 2018]. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a14.pdf>

**15.** Rey Villar R, Pita Fernández S, Cereijo Garea C, Seoane Pillado M, Balboa Barreiro V, González Martin C. Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. [Internet]. Scielo. 2017 [cited 8 October 2018]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2958.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2958.pdf)

**16.** Ravagni E. What is this human sexuality? [Internet]. Repositório. 2007 [cited 26 October 2018]. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1226>

**17.** Ferlay J, Steliarova-Fouche E, Rosso S. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 [Internet]. NCBI. 2013 [cited 8 August 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23485231>

**18.** Ciampo L, Rodrigues D, Ciampo I. Percepção corporal e atividade física em uma coorte de adultos jovens brasileiros [Internet]. Scielo. 2010 [cited 9 October 2018]. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300002)

**19.** Albuquerque Martins C, Mendonça Guimarães R, Leiróz Pereira Duarte Silva R, Pate de Souza Ferreira A, Lourenço Gomes F, Cavalcante Sampaio J et al. Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica [Internet]. Inca. 2013 [cited 21 October 2018]. Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/04-artigo-](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/04-artigo-)

evolucao-mortalidade-cancer-mama-mulheres-jovens-desafios-politica-atencao-oncologica.pdf

**20.** Cândido de Oliveira D, Santin Cótica C. Sexualidade e qualidade de vida na idade avançada [Internet]. 2009 [cited 22 October 2018]. Available from: <http://file:///C:/Users/Marcella/Desktop/SEXUALIDADE%20E%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20NA%20VELHICE.pdf>

**21.** Felicidade de Almeida Campos V. Sexualidade Humana - Aspectos Psicológicos [Internet]. Vera Felicidade. 1999 [cited 22 October 2018]. Available from: <http://www.verafelicidade.com.br/Sexualidade.pdf>

**22.** Mol Papa A, Barbosa Leite Pirfo C, Murad A, Moura Quintela Ribeiro G, Cendi Fagundes T. Impacto da obesidade no prognóstico do câncer de mama [Internet]. SBOC. 2013 [cited 9 September 2018]. Available from: <https://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/31/artigo3.pdf>

**23.** Fonseca S, Lencastre L, Guerra M. Life Satisfaction in Women With Breast Cancer [Internet]. Scielo. 2018 [cited 9 October 2018]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2014000300295&script=sci\\_arttext\\_plus&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2014000300295&script=sci_arttext_plus&tlng=en)

**24.** Ribeiro Huguet P, Siani Morais S, José Duarte Osis M, Mendes Pinto-Neto A, Salete Costa Gurgel M. Quality of life and sexuality of women treated for breast cancer [Internet]. Scielo. 2009 [cited 19 October 2018]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>

**25.** SANTOS A, Jacinto P, Tejada C. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. [Internet]. Scielo. 2012 [cited 9 October 2018]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612012000200001&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612012000200001&script=sci_abstract)

**26.** Mohamed SA, Parodi PC. A modified technique for nipple-areola complex reconstruction [Internet]. IJPS. 2011 [cited 16 October 2018]. Available from: [http://www.ijps.org/article.asp?issn=0970-0358;year=2011;volume=44;issue=1;spage=76;epage=80;aulast=Mohamed300295&script=sci\\_arttext\\_plus&tlng=en](http://www.ijps.org/article.asp?issn=0970-0358;year=2011;volume=44;issue=1;spage=76;epage=80;aulast=Mohamed300295&script=sci_arttext_plus&tlng=en)

**27.** Murphy A, Conroy F, Potter S. Patient satisfaction following nipple-areola complex reconstruction and dermal tattooing as an adjunct to autogenous breast reconstruction. [Internet]. Scielo. 2010 [cited 9 September 2018]. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000106&pid=S1983-5175201200030001500004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000106&pid=S1983-5175201200030001500004&lng=en)

**28.** Hoskins Et al. Promoting adjustment among women with breast cancer and their partners: a program of research [Internet]. research. 2001 [cited 9 October 2018]. Available from:

[https://www.researchgate.net/publication/7692723\\_Promoting\\_adjustment\\_among\\_women\\_with\\_breast\\_cancer\\_and\\_their\\_partners\\_a\\_program\\_of\\_research](https://www.researchgate.net/publication/7692723_Promoting_adjustment_among_women_with_breast_cancer_and_their_partners_a_program_of_research)

**29.** Bernardina M, Soares P, Quirino Filho S, Pereira de Souza W, R. Gonçalves R, B. Martelli D. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais [Internet]. Scielo. 2012 [cited 9 October 2018]. Available from:

[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rbepid/v15n3/13.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v15n3/13.pdf)

**30.** Luiz Ghellere Dugno M, Silveira Soldatelli J, Daltoé T, Osório Rosado J. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil [Internet]. SBOC. 2018 [cited 9 October 2018]. Available from: <https://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/36/artigo3.pdf>

**31.** Alvarenga M, Cristina Cotta A, Mucha Dufloth R, Carlos de Lancer Schimitt F. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das Aceito para publicação em 16/09/02 síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos [Internet]. Scielo. 2002 [cited 24 October 2018]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v39n2/16363.pdf>

**32.** Piranda D, Freitas-Alves D, Viana-Jorge R. Pharmacogenetics and Therapeutic Implications in Breast Cancer [Internet]. Revista Brasileira de Cancerologia. 2013 [cited 16 October 2018]. Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/15-artigoopiniao-farmacogenetica-implicacoes-terapeuticas-cancer-mama.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/15-artigoopiniao-farmacogenetica-implicacoes-terapeuticas-cancer-mama.pdf)

**33.** Cramer J, Roy A, Burrell A, Fairchild C, Fuldeore M, Ollendorf D et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. [Internet]. NCBI. 2008 [cited 16 October 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237359>

**34.** Prata Jammal M, Marinho Machado A, Resende Rodrigues L. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama [Internet]. WebNode. 2008 [cited 25 October 2018]. Available from:

[http://files.sandrabarbosa.webnode.com.br/200000045-396a13a622/12\\_Fisioterapia%20cancer%20de%20mama.pdf](http://files.sandrabarbosa.webnode.com.br/200000045-396a13a622/12_Fisioterapia%20cancer%20de%20mama.pdf)

# APÊNDICES

## ANEXO I – Anamnese

### QUESTÕES GERAIS

Nome:

Data de nascimento:

RG, CPF ou número do cartão SUS:

Idade:

Peso:

Altura:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Número de filhos:

Renda média:

Histórico de câncer na família? Se sim, quem?

Tipo de mastectomia: ( ) TOTAL OU SIMPLES ( ) PARCIAL ( ) RADICAL ( )  
PREVENTIVA ( ) OUTROS

Procedimento foi realizado na mama: ( ) ESQUERDA ( ) DIREITA ( ) AMBAS

Hospital em que foi submetida à Cirurgia:

Possui plano de saúde?

Fez/Faz alguma terapia coadjuvante? ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, qual? ( ) RADIOTERAPIA ( ) QUIMIOTERAPIA ( )  
HORMONIOTERAPIA

Finalizou o tratamento? ( ) SIM ( ) NÃO, porque? ( ) ABANDONO DE  
TRATAMENTO ( ) TRATAMENTO EM CURSO ( ) OUTRO

Fez reconstrução mamária? ( ) SIM ( ) NÃO

Onde realizou os exames? ( ) SUS ( ) PLANO DE SAÚDE ( ) HOSPITAL  
PARTICULAR ( ) SUS E PLANO DE SAÚDE ( ) POSTO DE SAÚDE PERTO  
DA MINHA CASA

Medicamentos em uso:

Patologia associada: ( ) HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) COLESTEROL ALTO ( ) OUTRA

Teve câncer previamente no região pélvica? ( ) SIM ( ) NÃO

Teve linfedema? ( ) SIM ( ) NÃO

Sente dor? ( ) SIM ( ) NÃO

Realiza fisioterapia? ( ) SIM ( ) NÃO

Faz exercício físico? sim ( ) não ( )

Canhota ( ) Destra ( )

**ANEXO II – Escala de Imagem Corporal: como me relaciono com meu corpo**

**Com as afirmações que se seguem pretende-se compreender como valoriza o seu corpo e a sua aparência.**

1. Considero que o meu corpo é uma expressão do “ser feminina”.  
 NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE
2. O corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher.  
 NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE
3. Sinto-me capaz de dizer que gosto do meu corpo.  
 NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.  
 NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE
5. Olho com agrado para o meu corpo.  
 NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE
6. Valorizo a imagem do meu corpo.  
 NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE
7. Procuro disfarçar no meu corpo a parte do peito operado.  NÃO CONCORDO  CONCORDO POUCO  CONCORDO  CONCORDO MODERADAMENTE  CONCORDO BASTANTE

**Tendo em conta a mudança resultante do seu cancro de mama e dos restantes tratamentos, em que medida se identifica com as seguintes afirmações.**

1. Tenho sentido vergonha em relação à minha aparência. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE
2. Sinto-me menos atraente fisicamente. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE
3. Tenho-me sentido menos feminina. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE
4. Tem sido difícil olhar para mim quando estou nua. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE
5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE
6. Sinto que a operação à mama deixou o meu corpo incompleto. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE
7. Tenho-me sentido descontente com a aparência da minha cicatriz. ( ) NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO POUCO ( ) CONCORDO MODERADAMENTE ( ) CONCORDO BASTANTE

**ANEXO III - Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)**

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis 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

## ***ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

### **CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Cara Senhorita/Senhora!

Nós, Alessandra Rodrigues de Souza, portadora RG 60735139-1; e Marcella André Morais, portadora do RG 52565108-1, estudantes de fisioterapia, iremos desenvolver uma pesquisa cujo título é: Imagem corporal e sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia pós câncer de mama. O objetivo deste estudo é investigar a imagem corporal de mulheres mastectomizadas e sua sexualidade e verificar se há relação entre impactos na sexualidade de acordo com a imagem corporal que elas têm de si.

1- Sua participação nesta pesquisa é voluntária, será necessário apenas responder a um questionário e aceitar esse termo de consentimento. Você receberá o feedback por e-mail do seu questionário. Além disso, sua participação proporcionará um melhor conhecimento a respeito da imagem corporal da mulher que realizou mastectomia e se isso impacta em sua sexualidade. Fornecendo informações importantes para fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, a fim de subsidiar futuramente meios para melhorar a sua (e de outras mulheres) qualidade de vida.

2- Informamos que a Senhorita/Senhora será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, basta nos enviar um email com as dúvidas.

3- Você é livre para recusar-se a participar. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

4- Você tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas e, caso seja solicitada, daremos todas as informações que forem questionadas. Enfatizamos que este contato deverá ser feito por e-mail.

5- Pode haver desconforto em relação à aspectos emocionais, durante a realização do questionário.

6- Não existirão despesas ou compensações pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

7- Nós iremos tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dos questionários aqui aplicados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com os de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum das participantes. Nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e você receberá uma cópia por e-mail.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas

dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações via e-mail e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Juliana Schulze Burti e as alunas Alessandra Rodrigues de Souza e Marcella André Moraes certificam-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a professora orientadora pelo e-mail [juschulze@gmail.com](mailto:juschulze@gmail.com) e/ou com as estudantes pelo e-mails [alessandrarodrix@rocketmail.com](mailto:alessandrarodrix@rocketmail.com) e [marcellabega@hotmail.com](mailto:marcellabega@hotmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, situada na R. Monte Alegre, 984 - Perdizes, São Paulo - SP, 05014-901.

Declaro que li e concordo com os termos. Receberei por meio do e-mail uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido. E me fora dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

**Assinatura**