



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Sexualidade nas Mulheres com Cancro da Mama**

**Ângela Figueiredo Costa**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Coorientadora: Professora Doutora Sara Nunes

**Covilhã, maio de 2017**

# Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor José Moutinho, pela disponibilidade, interesse e acompanhamento ao longo da realização deste trabalho.

À minha coorientadora, Professora Doutora Sara Nunes, pela sua simpatia, disponibilidade e prontidão na análise estatística dos resultados.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior pela formação de excelência e por me ter proporcionado as competências clínicas necessárias para esta nova etapa que se segue.

Ao Dr. Cortez Vaz e restante equipa, pela disponibilidade e simpatia.

Às mulheres que participaram neste estudo, pela colaboração e disponibilidade!

À minha família, pais e irmãs, pelo carinho e apoio incondicional que me deram, tanto na realização deste trabalho, como também ao longo de todo o meu percurso universitário.

Aos meus amigos, em especial à Belinha, Joana e Guigui, pela preciosa ajuda, motivação e, acima de tudo, amizade.

Ao André, pela constante compreensão, carinho, motivação e apoio incondicional.

À Daniela, Luísa e Beatriz por todas as aventuras ao longo destes anos.

A todos o meu muito obrigada!

## Resumo

O cancro da mama continua a ser o tipo de cancro mais frequente na população feminina, vitimando inúmeras mulheres todos os anos, apesar dos avanços alcançados pela ciência.

Em mulheres com cancro da mama, o acometimento de um órgão tão simbólico para o género feminino, bem como para o masculino, acarreta inúmeras consequências que afetam tanto a sua autoimagem, como também a sua sexualidade.

Neste sentido, este trabalho de investigação tem como objetivo avaliar até que ponto o cancro da mama afeta o desempenho sexual dessas mulheres e compreender o efeito da terapêutica cirúrgica na sexualidade das mulheres tratadas por cancro da mama. Para tal, foi utilizado um questionário previamente validado para a população portuguesa, *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*, composto por 19 questões que avaliam as diversas fases do ciclo de resposta sexual em mulheres, nomeadamente o Desejo, Excitação Subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação, e Dor. Neste estudo participaram 112 mulheres, 55 com cancro da mama e 57 sem cancro da mama (Grupo Controlo). Além do questionário foram também recolhidos dados sociodemográficos e no grupo de mulheres com cancro da mama foram ainda questionados: ano de diagnóstico, terapêutica realizada e se já suspendeu ou não a terapêutica hormonal.

De um modo geral, as mulheres com cancro da mama deram respostas menos satisfatórias em todos os domínios comparativamente às respostas obtidas pelo grupo controlo. Quanto à importância do tipo de terapêutica cirúrgica realizada, apesar das respostas dadas não serem estatisticamente significativas, as mulheres sujeitas a mastectomia mostraram-se menos satisfeitas com o seu desempenho e vida sexual no geral.

Em suma, tendo em conta os resultados obtidos é de extrema importância alertar os profissionais de saúde para esta temática, incentivando-os a falar abertamente sobre a sexualidade com estas mulheres e, além do disso, envolver o casal, para que juntos consigam ultrapassar qualquer vicissitude imposta pela doença ou até pela terapêutica em si.

## Palavras-chave

Mulheres; Cancro da mama; Sexualidade; Disfunção sexual; Imagem corporal.

# Abstract

Breast cancer remains the most frequent type of cancer in the female population, victimizing countless women every year, despite advances in science.

In women with breast cancer, the involvement of an organ so symbolic for the female as well as for the male, carries innumerable consequences that affect both in self-image and sexuality.

In this sense, this research aims to evaluate the extent how breast cancer affects the sexual performance of these women and understand the effect of surgical therapy in the sexuality of women treated for breast cancer. To do that, a questionnaire previously validated for the Portuguese population, *Index of Female Sexual Functioning*, was composed of 19 questions that evaluate the various phases of the sexual response cycle in women, namely Desire, Subjective Excitation, Lubrication, Orgasm, Satisfaction, and Pain. In this study, 112 women participated, 55 with breast cancer and 57 with no breast cancer (Control Group). In addition to the questionnaire, sociodemographic data were also collected and in the group of women with breast cancer were also questioned: year of diagnosis, therapeutics performed and whether hormone therapy had been discontinued or not.

In general, women with breast cancer had less satisfactory responses in all domains compared to the responses obtained by the control group. Regarding the importance of the type of surgical therapy performed, although the answers given were not statistically significant, women undergoing mastectomy were less satisfied with their overall sexual performance and sexual life in general.

In short, given the results obtained, it is extremely important to alert health professionals to this issue, encouraging them to speak openly about sexuality with these women and, in addition, involve the couple so that together they can overcome any vicissitude imposed by the disease or even by the therapy itself.

## Keywords

Woman; Breast cancer; Sexuality; Sexual dysfunction; Body image.

# ÍNDICE

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Palavras-chave .....	iii
Abstract.....	iv
Keywords .....	iv
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Gráficos .....	viii
Lista de Acrónimos.....	ix
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1. Cancro da Mama.....	3
2.2. Fatores de risco .....	4
2.3. Implicação do diagnóstico e tratamento do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade das mulheres .....	7
2.3.1. Cirurgia.....	8
2.3.2. Radioterapia.....	8
2.3.3. Quimioterapia .....	9
2.3.4. Hormonoterapia .....	10
2.3.5. Terapêutica-Alvo .....	10
2.4. Cancro da mama e sexualidade .....	10
3. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	12
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	13
4.1. Seleção da amostra .....	13
4.2. Instrumentos .....	13
4.3. Recolha e organização dos dados .....	13
4.4. Análise estatística dos dados .....	14
5. RESULTADOS.....	15
5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	15
5.2. Caracterização clínica da subamostra de mulheres com cancro da mama .....	16
5.3. Questionário Clínico - Índice de Funcionamento sexual feminino.....	17
5.3.1. Análise descritiva dos resultados obtidos no total da amostra .....	17

5.3.2. Resultados obtidos na comparação das Mulheres sujeitas a Mastectomia versus Mulheres sujeitas a Cirurgia Conservadora.....	24
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
6.1. Comparação das mulheres tratadas de cancro da mama versus mulheres saudáveis...	26
6.2. Comparação entre Mulheres submetidas a Mastectomia versus Mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora .....	28
7. CONCLUSÕES .....	29
8. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	30
9. BIBLIOGRAFIA.....	31
10. ANEXOS .....	38
ANEXO 1 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU (CHTV) .....	39
ANEXO 2 - PARECER FAVORÁVEL PARA A REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO CHTV .....	41
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO .....	43

# Lista de Tabelas

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica da amostra (N=112).

**Tabela 2:** Caracterização da clínica das mulheres com cancro da mama (N=55).

**Tabela 3:** Resultados obtidos no questionário “*Índice de Funcionamento Sexual Feminino*” (N=112).

**Tabela 4:** Nível de significância obtido nas respostas ao questionário FSFI das mulheres submetidas a Mastectomia versus mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora.

# Lista de Gráficos

**Gráfico 1:** Comparação dos resultados obtidos no FSFI entre as mulheres com cancro da mama versus mulheres sem cancro da mama.

**Gráfico 2:** Resultados obtidos no FSFI pelo grupo de mulheres submetidas a Mastectomia.

**Gráfico 3:** Resultados obtidos no FSFI pelo grupo de mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora.



# Lista de Acrónimos

BRCA1 *Breast Cancer Early Onset Gene 1*

BRCA2 *Breast Cancer Early Onset Gene 2*

FSFI *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*

GnRH *Hormona Libertadora de Gonadotrofinas*

HER2 *Fator de Crescimento Epidérmico Humano 2*

OMS *Organização Mundial de Saúde*

# 1. INTRODUÇÃO

O Cancro é uma das doenças mais temidas atualmente e, para além de necessitar de uma perspetiva clínica multidisciplinar, exige também uma abordagem político-social planeada, que se estende para além dos limites de saúde. (1)

O aumento da incidência no número de cancros deve-se maioritariamente ao envelhecimento populacional, bem como às modificações do estilo de vida das mesmas. (1)

No que toca ao carcinoma da mama, esta continua a ser a neoplasia mais frequente no sexo feminino, afetando 1 em cada 9 mulheres. Apesar dos avanços que foram conseguidos, nomeadamente através do sucesso na precocidade e acessibilidade de diagnóstico, aumento do número de pessoas submetidas a rastreio, e a melhoria da qualidade, disponibilidade e acessibilidade da terapêutica, o cancro da mama constitui a maior causa de mortalidade no sexo feminino na faixa etária entre os 35 e os 55 anos de idade, na União Europeia. (2)

No entanto, apesar da benéfica e crescente evolução que se tem verificado, a experiência de cancro da mama continua a não poupar essas mulheres do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, durante as fases de diagnóstico, tratamento e posterior seguimento da doença. (3)

O tratamento da doença maligna mamária é feito, principalmente, através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia, e tem bom prognóstico com cerca de 50% dessas mulheres a sobreviverem, pelo menos, 15 anos. (4)

Todavia, sobreviver a esse acontecimento significa ajustar-se a uma nova condição, permeada por sequelas físicas e psicossociais, que naturalmente terão repercussões negativas na vida dessas mulheres. (5)

A imagem corporal não significa apenas aparência física. Esta figuração inclui também a integridade corporal, ou seja, a perceção do corpo como intacto, completo e funcionando integralmente (6). Portanto, sendo a mama um símbolo corpóreo da sexualidade, qualquer patologia que ameace este órgão leva a uma perda de autoestima, acarretando sentimentos de inferioridade, rejeição e perturbação sexual.

A experiência sexual é bastante complexa, envolvendo tanto fatores intrínsecos, como fatores extrínsecos. Existem diversas definições para “sexualidade” e “funcionamento sexual”. Segundo a OMS, “Saúde Sexual” é definida como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, e não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade”. (7)

Os profissionais de saúde não têm por hábito discutir a sexualidade com as mulheres com cancro da mama e nem com os seus parceiros, devido a uma formação profissional escassa de conhecimentos sobre a sexualidade e sobre o funcionamento sexual após o tratamento do cancro da mama. (8)

Neste sentido, atualmente, têm-se vindo a desenvolver cada vez mais estudos sobre a qualidade de vida em sobreviventes do cancro da mama, valorizando-se o impacto a nível da imagem corporal e da sexualidade. (3)

Atendendo ao exposto, achou-se pertinente avaliar o impacto do cancro da mama na vivência da sexualidade dessas mulheres, e compreender a importância do tipo de terapêutica cirúrgica na saúde sexual das mesmas. Assim, este trabalho encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte é composta por uma revisão da literatura com base em artigos científicos acerca dos aspetos médicos e fisiológicos da doença, que incluem a etiologia, fatores de risco, tratamento e as implicações associadas. A segunda parte corresponde à exposição da investigação propriamente dita, com a análise e discussão dos resultados obtidos na aplicação do questionário *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*, que tem em conta várias dimensões da sexualidade como o Desejo, Excitação subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor, e que pretende comparar mulheres com e sem cancro da mama.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Cancro da Mama

O carcinoma da mama é a segunda neoplasia mais prevalente e com maior incidência em todo o mundo, afetando primariamente a população feminina. Neste último século, apesar de um aumento significativo da incidência, a taxa de mortalidade tem-se mantido estável. Parte deste resultado deve-se a uma maior implementação de programas de rastreio, à utilização de tecnologias mais avançadas, que aumentam a sensibilidade na deteção de anomalias suspeitas, e ao uso de terapêuticas cada vez mais eficazes.

Em Portugal, os dados epidemiológicos referentes ao cancro da mama são consistentes com os dados europeus. Segundo o Registo Oncológico Nacional de 2007 a taxa de incidência correspondeu a 38% dos casos de cancro no sexo feminino. Relativamente aos dados anteriores, verificou-se um aumento do cancro da mama nas faixas etárias mais novas, 45-49 anos, seguindo-se maiores de 75 anos e 40-44. O grupo etário de risco parece ser o das mulheres mais velhas, uma vez que este cancro ocorre maioritariamente em idades mais avançadas.

As taxas de sobrevivência no primeiro e quinto anos rondam os 95% e 83%, respetivamente. O diagnóstico de cancro da mama é raro antes dos 25 anos, aumentando a sua incidência a partir dessa idade. Entre os 20 e 44 anos, essa taxa aumenta significativamente, dobrando a cada 5 anos. A partir da idade da menopausa a taxa de incidência permanece elevada. (9-11)

De uma forma geral, o cancro da mama tem origem numa disfunção celular, que se caracteriza por um processo de multiplicação e crescimento desordenado de células epiteliais. Deste modo, como para todos os cancros, podemos dizer que esta doença resulta da transmissão de mensagens “erradas” dos genes para as células. (12)

Existem três tipos de mutações genéticas associadas ao aumento do risco de desenvolvimento de cancro da mama: as mutações em genes de alta, de moderada e de baixa penetrância. As primeiras são raras na população geral ( $\leq 0.1\%$ ), no entanto, quando presentes, estão associadas a um aumento do risco de desenvolvimento de cancro da mama até 45 vezes superior ao da população geral. O BRCA1 e BRCA2 são genes de alta penetrância, cuja função é impedir o surgimento de tumores através da reparação de moléculas de DNA danificadas. Portanto, quando um destes anti-oncogenes sofre uma mutação perde sua capacidade protetora, tornando-nos mais suscetíveis ao aparecimento de tumores malignos, nomeadamente cancro da mama, cancro do ovário e cancro da próstata. As mutações em genes de moderada penetrância têm uma prevalência de  $\leq 0.6\%$  e estão associadas a um aumento do risco de desenvolvimento de cancro da mama até 4 vezes superior ao da população geral.

Finalmente, as mutações em genes de baixa penetrância, apesar de relacionadas apenas a pequenos aumentos no risco de desenvolvimentos de cancro da mama, são as mais prevalentes na população (5-50%). Neste sentido, a associação de mutações em genes de baixa e média penetrância provavelmente está relacionada com a maioria dos cancros da mama. (13)

Atualmente é possível identificar a presença de mutações, nomeadamente nos genes BRCA1 e BRCA2, através de um aconselhamento genético multidisciplinar a todas as pessoas com suspeita de uma predisposição aumentada para o desenvolvimento de cancro. Neste sentido, poderão ser identificadas as famílias com cancro hereditário ou com eventual indicação para estudo genético. (14)

A terapêutica do cancro da mama tende a ser individualizada. Os recetores de estrogénios e de progesterona, assim como o recetor para o *Fator de Crescimento Epidérmico Humano 2* (HER-2) são marcadores tissulares das células tumorais mais utilizados. Estes marcadores têm implicações, principalmente no tipo de tratamento, uma vez que a sua expressão nestes carcinomas indica elegibilidade da paciente para a terapia endócrina ou para terapia com inibidores do recetor HER-2. (15-17)

A maioria dos cancros da mama esporádicos expressam recetores hormonais (Estrogénios e Progesterona), percentagem esta que vai aumentando com a idade ao diagnóstico. Por outro lado, os cancros da mama que surgem nos portadores de mutações BRCA1 são habitualmente “triplos negativos”, isto é, são negativos para os recetores hormonais e também para a expressão do recetor HER-2. O cancro da mama nos portadores de mutações BRCA2 são, neste aspeto, mais semelhantes aos cancros esporádicos, sendo habitualmente positivos para os recetores hormonais. (18, 19)

Não existe uma única causa para o surgimento do cancro da mama, sendo, portanto, de etiologia multifatorial (20, 21). Deste modo, o cancro da mama é uma doença heterogénea que se desenvolve pela ação de múltiplos fatores que diferem de mulher para mulher e, que quando avaliados de forma particular, são meras abstrações estatísticas. (22-24)

## 2.2. Fatores de risco

Considera-se como um fator de risco uma condição que aumenta a probabilidade de um indivíduo ou grupo contrair uma determinada doença ou lesão.

O cancro da mama ao ter uma etiologia multifatorial pressupõe que diversos fatores de risco estejam implicados na etiologia da doença. Os fatores de risco já conhecidos não são condição necessária para que uma mulher tenha ou não cancro da mama. (20)

Segundo a *American Cancer Society* (2007), cerca de 75% das mulheres diagnosticadas com cancro da mama não tinham presente qualquer fator de risco reconhecido. (22)

Assim, atualmente, ainda não é possível identificar sub-grupos de mulheres com alto risco de desenvolvimento de cancro da mama, exceto para as que têm mutação nos genes

BRCA1 e BRCA2, idade superior a 40 anos ou mulheres com antecedentes familiares de cancro da mama. (25, 26)

Os fatores de risco conhecidos passíveis de aumentarem a probabilidade de desenvolvimento do cancro da mama são:

### **Sexo**

O sexo feminino (99%) tem maior probabilidade de desenvolver a doença comparativamente com o sexo masculino (1%). (22, 27, 28)

### **Hereditariedade e História familiar de cancro**

Os portadores de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 têm maior probabilidade de vir a sofrer de cancro da mama do que a restante população. O aumento da expressão de HER2 e mutações da proteína p53 também aumentam o risco de desenvolver cancro da mama.

O risco duplica ou triplica se a mãe, irmã ou filha tiver tido cancro da mama, e será ainda maior se esse familiar tiver sido diagnosticado na pré-menopausa e se o cancro for bilateral. (18, 27, 29, 30)

### **Idade**

A incidência de cancro da mama aumenta com o avançar da idade. Cerca de 75% dos cancros de mama ocorrem em mulheres com mais de 40 anos e apenas 2% antes dos 30 anos de idade. (21, 22, 29)

### **História pessoal de cancro**

O risco de desenvolver cancro da mama contralateral é cinco vezes superior ao da população em risco. (22)

### **História menstrual - “janela hormonal”**

Quanto maior o número de anos de atividade menstrual, maior é o risco de desenvolver cancro da mama - menarca precoce ou menopausa tardia, ou ambas. (22, 31, 32)

### **História reprodutiva**

Nuliparidade ou ter o primeiro filho depois dos 30 anos constitui risco acrescido de desenvolver cancro da mama. Quanto mais cedo ocorrer a primeira gravidez a termo, maior a proteção a longo prazo. (22, 31)

### **Doença benigna da mama**

A doença fibroquística da mama não está associada a cancro da mama. No entanto, a hiperplasia atípica, confirmada por biopsia, está associada a um risco aumentado. (22, 31)

### **Hormonas exógenas**

As investigações continuam contraditórias e inconclusivas relativamente ao uso de contraceptivos orais. É provável que os contraceptivos orais não aumentem o risco de cancro da mama. A Terapia hormonal de substituição está comprovada como fator de risco de cancro da mama, embora ligeiro. (22, 32)

### **Obesidade**

Peso, altura, obesidade e aumento da massa corporal têm sido referidos como estando associados a um risco acrescido de cancro da mama. (28, 33, 34)

### **Álcool, Tabaco e outras Drogas**

O tabagismo aumenta o risco de cancro da mama por efeito tóxico. É controverso se o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas estupefacientes aumentam o risco e cancro da mama. (22, 27, 28, 34)

### **Radiação ionizante**

Existe um risco acrescido em desenvolver cancro da mama em mulheres expostas a radiações de baixa intensidade e especialmente se a exposição ocorreu antes dos 30 anos de idade. (22, 27, 35)

### **Variação geográfica**

As taxas de incidência de cancro da mama são maiores nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento, provavelmente em consequência da longevidade, baixa paridade, obesidade e sedentarismo. No entanto, nestes últimos tem-se observado um aumento gradual no número de novos casos. As taxas de incidência variam de 27 por 100.000 mulheres na África Central e Ásia Oriental para 96 por 100.000 mulheres na Europa Ocidental. (22, 27, 34)

A relação entre o aleitamento e o risco de cancro da mama tem sido alvo de grande debate, dada a existência de altas taxas de cancro em freiras e baixas taxas em mulheres casadas relativamente às mulheres solteiras. A gravidez parece induzir um ligeiro aumento do risco a curto prazo, seguindo-se uma redução significativa do risco a longo prazo. (27, 28, 34)

Assim, a melhor forma de prevenção primária do cancro da mama é a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividade física, uma alimentação equilibrada, a manutenção de um peso corporal adequado, evitando hábitos tabágicos. (28, 31, 34)

## 2.3. Implicação do diagnóstico e tratamento do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade das mulheres

Uma vez realizada o diagnóstico histológico do cancro e o estadiamento da doença, segue-se a fase de tratamento. Todo o processo de decisão terapêutica do cancro da mama deve estar centrado na doente. Os objetivos da terapêutica são erradicar o tumor, evitar as recorrências e melhorar a qualidade de vida. As decisões terapêuticas são da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, visando sempre obter os melhores resultados clínicos. Existem tratamentos locais e sistémicos. Os locais incluem a cirurgia mamária, “radical”, conservadora ou oncoplastica, e a radioterapia. Os tratamentos sistémicos incluem a quimioterapia, a hormonoterapia e as terapêuticas-alvo. Todas estas armas terapêuticas são agressivas e invasivas com complicações a curto e a longo prazo, acompanhadas de consequências físicas e psicológicas que afetam a qualidade de vida da mulher. (20, 35, 36)

Considerando os aspetos psicológicos, Langellier e Sullivan identificaram, em relatos de mulheres com cancro da mama, 4 formas de resposta psico-afetiva diferentes a que denominaram de “tipos de seios”, ainda que intimamente relacionadas: (37)

1. O "peito medicalizado" - a parte do corpo doente, cuja remoção é geralmente acompanhada de alívio;
2. O "peito funcional" - símbolo da qualidade nutricional das mulheres, particularmente importante no seu relacionamento com os filhos;
3. O "peito de género" - sinónimo de feminilidade, beleza e atratividade sexual, sobre as esferas pessoais e sociais;
4. O "peito sexualizado" - pertencentes às sensações tácteis e visuais do próprio órgão.

A consideração destas formas psico-afetivas permite obter uma melhor compreensão das sensações dicotómicas sentidas por estas mulheres durante o diagnóstico, tratamento e seguimento do cancro da mama. (37, 38)

As mulheres que apresentem uma melhor autoestima antes do diagnóstico da doença tendem a apresentar, de um modo geral, melhores índices de satisfação sexual comparativamente com aquelas que tinham uma pior autoestima. O mesmo se verifica nas mulheres sem ou com alterações do estado de humor (ansiedade/depressão). (38, 39)

Os procedimentos cirúrgicos alteram a aparência, a sensibilidade e a funcionalidade das mamas. A dissecação dos gânglios axilares pode ocasionar o linfedema do membro superior, com comprometimento da simetria corporal e consequente limitação na movimentação do braço. As restantes terapias - quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal - também acarretam efeitos colaterais que comprometem o bem-estar da mulher, como náuseas,



vômitos, fadiga, alopecia, menopausa induzida, redução da lubrificação vaginal, redução da excitação sexual, dispaurenia e anorgasmia. (40, 41)

Desse modo, as repercussões físicas, psicológicas e sociais do tratamento assim como a região corporal acometida, podem afetar a sexualidade. (42)

### 2.3.1. Cirurgia

A cirurgia é o tipo de tratamento mais antigo e mais usado, e é ainda o que frequentemente oferece uma maior probabilidade de cura. (43, 44)

De uma forma geral existem dois tipos de cirurgia: a mastectomia radical e a cirurgia conservadora. A primeira está dividida em mastectomia radical simples e mastectomia radical modificada. A segunda, por sua vez, subdivide-se em nodulectomia ou quadrantectomia, com eventual necessidade de oncoplastia. (44, 45)

A escolha do tipo de cirurgia depende do estadió em que o tumor se encontra e das condições de operabilidade (extensão, invasão dos tecidos adjacentes, nomeadamente o músculo da parede torácica, entre outros). (20, 45)

A nível psicológico e emocional (autoestima/autoimagem), as cirurgias conservadoras estão associadas a um menor impacto negativo, uma vez que há preservação da mama, ao contrário da mastectomia radical. No entanto, as mulheres sujeitas a estas cirurgias conservadoras podem vir a ter dores durante várias semanas ou até anos após a cirurgia (20). A mastectomia radical, por sua vez, leva a um sofrimento emocional bastante mais acentuado, pois a mulher, além de ter de lidar com a própria doença, terá que lidar com uma nova imagem corporal após a cirurgia, isto é, terá que lidar com a ausência do órgão, que é símbolo de feminilidade e de sexualidade, o que gera sentimentos de inferioridade, isolamento e rejeição. (38, 46-48)

### 2.3.2. Radioterapia

A radioterapia baseia-se na utilização de radiação ionizante, a fim de tratar o tumor e impedir o crescimento das células malignas, atuando apenas sobre o tumor e áreas adjacentes (44). Deste modo, não acarreta tantos efeitos negativos na qualidade de vida da mulher como as restantes terapias (20). Este tipo de terapia, por sua vez, pode ser neoadjuvante ou adjuvante. A primeira é utilizada antes da cirurgia por forma a reduzir o tamanho e a extensão do tumor. A segunda é usada após a cirurgia com o intuito de destruir todas as células que possam ter permanecido mesmo após a extração do tumor. (49)

A nível psicológico e emocional, a radioterapia também poderá ter alguma influência na imagem corporal, uma vez que esta poderá levar a alterações da pele e alterações na consistência da mama. No entanto, os resultados obtidos são satisfatórios (38, 50). No que se

refere à avaliação global da saúde, a radioterapia parece não influenciar a qualidade de vida dos doentes, apesar de ser relatado um possível aumento da fadiga durante as semanas de tratamento. Além disso, o seu impacto na sexualidade é bem menor quando comparado com a Quimioterapia. (51, 52)

### 2.3.3. Quimioterapia

A quimioterapia tem como base a utilização de medicamentos citotóxicos para tratamento do tumor. Ao contrário das terapias anteriormente descritas (cirurgia e radioterapia), a quimioterapia é um tratamento sistémico e, portanto, entra na corrente sanguínea, e tem a possibilidade de destruir as células cancerígenas que se encontrem espalhadas pelo organismo da doente. (44, 53)

No entanto, os químicos utilizados na quimioterapia também podem atacar células que não estão afetadas pela doença. Por este motivo, este tipo de tratamento oncológico é dos que mais efeitos secundários indesejáveis acarreta a curto prazo (20, 36). Alguns dos efeitos secundários provocados pela quimioterapia são: alopecia, náuseas, vômitos, toxicidade cardíaca, toxicidade renal, toxicidade pulmonar, fadiga, lesão do esófago e má nutrição. (54)

Além dos sintomas acima referidos, as mulheres submetidas a quimioterapia têm um maior risco de disfunção sexual. A longo prazo, a quimioterapia, muitas vezes induz falência ovárica com diminuição dos estrogénios. Este facto leva a uma menopausa precoce sintomática, nomeadamente com diminuição da libido, anorgasmia, atrofia e secura vaginais, dispareunia, com impacto na imagem corporal e na expressão sexual da mulher. Esta menopausa precoce induzida pela quimioterapia acaba por ser um fator especialmente prejudicial para mulheres jovens, uma vez que acaba com possíveis aspirações de maternidade (53-55). Mesmo nas mulheres na pós-menopausa, também se verifica um declínio significativo da função sexual após a quimioterapia. (56)

As alterações verificadas a nível da função sexual induzidas por medicamentos antineoplásicos podem ser transitórias ou permanentes, e dependem em grande parte da classe do fármaco, da sua dose, do horário de administração e do tempo de duração da terapêutica, bem como do uso concomitante de outros fármacos antineoplásicos ou medicamentos que possam alterar o seu mecanismo de ação. Agentes alquilantes, antimetabólitos, alcalóides da vinca, protocolos de combinação e regimes de altas doses são os que mais frequentemente causam falência ovárica primária (55, 57). Os anticorpos monoclonais (trastuzumab e pertuzumab) podem causar fadiga, sintomas tipo gripal, cardiotoxicidade e dor óssea, levando à diminuição do desejo sexual e a uma alteração na perceção da sua imagem corporal. Outros agentes direcionados, como os inibidores da tirosina quinase (lapatinib) ou agentes antiangiogénicos (bevacizumab) têm efeitos adversos, tais como fadiga, diarreia, *rash* cutâneo e hipertensão, que, para além de transformações a nível físico, podem contribuir para a diminuição do interesse na atividade sexual e isolamento social. (55, 58, 59)

#### 2.3.4. Hormonoterapia

A terapêutica hormonal é útil no tratamento de tumores com recetores hormonais positivos e geralmente é utilizada como terapêutica adjuvante. Tal como a quimioterapia, a terapêutica hormonal também é sistémica e, deste modo, pode afetar as células de todo o organismo.

Na terapêutica hormonal são utilizados medicamentos que bloqueiam os recetores hormonais. Para além da terapêutica farmacológica, pode ser efetuada a castração cirúrgica. (36, 53)

Os Tratamentos hormonais mais frequentemente usados no tratamento do cancro da mama são: Tamoxifeno, Inibidores da Aromatase e Agonistas da hormona libertadora de Gonadotrofinas (GnRH). Todos têm um efeito semelhante na função sexual, originando, geralmente, perda da lubrificação vaginal e conseqüente dispareunia, anorgasmia, afrontamentos, diminuição do desejo e interesse sexuais, aumento do peso e alterações de humor. (55, 58, 59)

#### 2.3.5. Terapêutica-Alvo

Até ao momento, a terapêutica com anticorpos monoclonais, mais especificamente o Trastuzumab, usada em adjuvante ou dirigido para a neoplasia metastizada da mama, cujos tumores primários apresentem amplificação do HER-2/neu, tem apresentado grande eficácia, proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida e prolongando a vida das doentes com formas agressivas de cancro da mama. (60)

Parece que, independentemente dos tratamentos efetuados, as mulheres que mantinham relações afetivas mais fortes com os seus parceiros foram melhor sucedidas na adaptação ao seu novo *self* e à sua nova condição. (61)

### 2.4. Cancro da mama e sexualidade

A sexualidade engloba aspetos biopsicossociais e culturais. Trata-se, portanto, de uma construção histórica e social, influenciada pela cultura, que resulta de sensações corporais relacionadas com o prazer sexual e dos pensamentos elaborados sobre essas mesmas sensações (62, 63). Independentemente dos aspetos culturais e sociais inerentes ao indivíduo, este deve

ser capaz de desfrutar o ato sexual sem receio, pudor, tabu ou qualquer outra condição psicológica (38, 42). A sexualidade não se limita à capacidade de reprodução, mas também se encontra relacionada com a obtenção de prazer, vontade de viver, expressão de sentimentos e intimidade. (64-68)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é definida como a “energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”; “a sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações.”; “é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais”. (69)

A conceção de sexualidade pode ser brutalmente modificada ao longo do ciclo vida de uma pessoa, principalmente se esta adoecer por uma doença grave como é o caso do cancro da mama (63). Autores afirmam que a sexualidade é uma das principais preocupações das mulheres após a mastectomia, uma vez que a perda da mama está associada à perda da feminilidade, comprometimento sexual, desfiguramento, diminuição da atração sexual e perda do parceiro. A ausência deste órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psicológica, constituindo um evento traumático para a maioria dessas mulheres, prejudicando a sua qualidade de vida e a sua satisfação sexual. (70)

Os principais impactos tanto a nível psicológico/ emocional como também social são as preocupações em relação aos tratamentos e sua recuperação, e o medo de morrer. Isto leva a mulher a preocupar-se com os seus relacionamentos familiares e com os que a rodeiam, a reavaliar crenças e valores e a confrontar os padrões culturais de beleza e feminilidade, que incluem os seios, os cabelos e os restantes atributos físicos como símbolos a serem valorizados. (71-73)

Deste modo, as preocupações com a imagem corporal, com a sexualidade e a vida sexual, trazem muita insegurança a estas mulheres, pondo em risco o relacionamento com os seus parceiros. (74-76)

No entanto, é importante reforçar que o relacionamento sexual após um evento traumático como o cancro da mama depende em grande parte de como ele era antes da doença. Isto é, mulheres que tinham um bom relacionamento com o seu marido ou companheiro geralmente continuam a tê-lo após o diagnóstico da doença. Em oposição, mulheres com um mau relacionamento com o seu parceiro tendem a piorar essa relação. Além disso, a comunicação entre o casal também é muito importante ao longo de todo o processo de diagnóstico e tratamento da doença. É essencial a compreensão e apoio à mulher para a sustentação do casal. (72, 77)

### 3. OBJETIVOS DO ESTUDO

**Objetivo principal:**

- Avaliar a repercussão do cancro da mama na função e no desempenho sexuais da mulher.

**Objetivos secundários:**

- Caracterizar uma amostra de conveniência de mulheres com cancro da mama tratadas no Centro Hospitalar Tondela-Viseu.
- Compreender o efeito da terapêutica cirúrgica na saúde sexual das mulheres com cancro da mama.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1. Seleção da amostra**

Todas as mulheres que integraram este estudo eram utentes do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) e aceitaram participar voluntariamente no mesmo. Todas tinham companheiro e eram nascidas a partir de 1940.

Especificamente para o grupo de mulheres com cancro da mama foram incluídas no estudo apenas as mulheres que já tinham terminado a terapêutica do cancro da mama, podendo ou não estar a fazer hormonoterapia adjuvante. Não foram incluídas mulheres com recidivas ou cancro metastático.

Participaram neste estudo um total de 112 mulheres, sendo que 55 foram tratadas de cancro da mama e frequentavam a consulta de follow-up, e 57 sem cancro da mama que frequentavam as consultas de ginecologia geral e planeamento familiar. Estes questionários foram entregues durante o período de Dezembro de 2016 a Fevereiro de 2017.

### **4.2. Instrumentos**

Foi usado o questionário Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) anteriormente validado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Trata-se de um questionário multidimensional de 19 itens que avalia as diversas fases do ciclo de resposta sexual em mulheres, nomeadamente o Desejo, Excitação Subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação, e Dor. Os itens que constituem o FSFI têm cinco a seis opções de resposta fechada, das quais a mulher deve assinalar apenas uma. (78)

Para além dessas 19 questões foram indagados fatores demográficos, tais como: a idade, a escolaridade e o estado civil. Especificamente para o grupo de mulheres com diagnóstico de cancro da mama foi acrescentado um questionário simples que inclui o ano de diagnóstico da doença, terapêuticas realizadas (mastectomia, quimioterapia, radioterapia, tipo de hormonoterapia, entre outros) e se já suspendeu ou não a terapêutica (Anexo 3).

### **4.3. Recolha e organização dos dados**

Para se efetuar a recolha dos dados necessários para esta investigação foi feito um pedido de autorização ao Conselho de Administração, à Comissão de Ética e ao Diretor do Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (Anexos 1 e 2).

As mulheres foram abordadas antes ou após as consultas de follow-up de cancro da mama ou consultas de Ginecologia Geral, foram explicados os objetivos do estudo, assegurados o sigilo e anonimato do mesmo e, após consentimento das mesmas, procedeu-se à entrega dos questionários e recolha dos dados.

#### **4.4. Análise estatística dos dados**

Os resultados obtidos com a aplicação destes questionários foram informatizados, onde se procedeu ao tratamento e análise dos mesmos. As várias opções de resposta foram transformadas numa escala numérica, sendo que a resposta 1 vale um ponto, a resposta 2 vale dois pontos, a resposta 3 vale três pontos, a resposta 4 vale quatro pontos, a resposta 5 vale cinco pontos e a resposta 6 vale seis pontos, onde se procedeu ao cálculo das médias das respostas dadas pelas mulheres. Até à pergunta número 16 uma maior média corresponde a uma resposta mais satisfatória. Nas perguntas 17, 18 e 19, médias mais elevadas estão associadas a respostas menos satisfatórias por parte das mulheres. As respostas são consideradas estatisticamente significativas para um nível de significância de 0,05.

Para tal foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. Na análise comparativa das respostas do questionário foi usado o Teste de U de Mann-Whitney.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada na Tabela 1. Fizeram parte deste estudo 112 mulheres residentes em Viseu, 55 com história pessoal de cancro da mama e 57 sem cancro. As mulheres com cancro da mama tinham idades compreendidas entre os 37 e os 75 anos ( $M=52,782$ ) e as mulheres sem cancro tinham idades compreendidas entre os 33 e os 73 anos ( $M=45,158$ ). Relativamente ao nível de escolaridade das mulheres com cancro da mama, 9 (16,4%) tinham a 4ª Classe, 12 (21,8%) tinham o Ensino Básico, 12 (21,8%) tinham o Ensino Secundário e 22 (40%) mulheres tinham o Ensino Universitário. Quanto às mulheres sem cancro da mama, 2 (3,5%) tinham a 4ª Classe, 6 (10,5%) tinham o Ensino Básico, 23 (40,4%) tinham o Ensino Secundário e 26 (45,6%) tinham o Ensino Universitário. Quanto ao estado civil das mulheres com cancro da mama, 43 (78,2%) eram casadas, 5 (9,1%) eram divorciadas, 2 (3,6%) eram solteiras e 5 (9,1%) mulheres viviam em união de facto. Das mulheres sem cancro da mama, 34 (59,6%) eram casadas, 2 (3,5%) eram divorciadas, 9 (15,8%) eram solteiras e 12 (21,1%) mulheres viviam em união de facto.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra (N=112).

	COM CANCRO	SEM CANCRO
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>	55	57
<b>IDADE (MÉDIA)</b>	52,782 (DP=8,593)	45,158 (DP=8,956)
Mínimo	37	33
Máximo	75	73
<b>ESCOLARIDADE</b>		
4ª Classe	9 (16,4%)	2 (3,5%)
Ensino Básico	12 (21,8%)	6 (10,5%)
Ensino Secundário	12 (21,8%)	23 (40,4%)
Ensino Universitário	22 (40%)	26 (45,6%)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	43 (78,2%)	34 (59,6%)
Divorciada	5 (9,1%)	2 (3,5%)
Solteira	2 (3,6%)	9 (15,8%)
União de facto	5 (9,1%)	12 (21,1%)



## 5.2. Caracterização clínica da subamostra de mulheres com cancro da mama

A informação clínica das mulheres com cancro da mama está descrita na Tabela 2. O diagnóstico de cancro da mama destas mulheres foi feito entre 1995 e 2016, sendo que 1 (1,8%) foi diagnosticada em 1995, 1 (1,8%) em 2002, 1 (1,8%) em 2003, 3 (5,5%) em 2007, 1 (1,8%) em 2009, 1 (1,8%) em 2010, 2 (3,6%) em 2011, 5 (9,1%) em 2012, 7 (12,7%) em 2013, 17 (30,9%) em 2014, 15 (27,3%) em 2015 e 1 (1,8%) mulher em 2016. Quanto ao tipo de cirurgia, 29 (52,7%) mulheres foram submetidas a mastectomia, enquanto que 26 (47,3%) mulheres foram submetidas a cirurgia conservadora. Relativamente às outras terapias, 45 (81,8%) foram sujeitas a radioterapia e 42 (76,4%) mulheres fizeram quimioterapia. Por último, relativamente à terapêutica hormonal, 26 (47,3%) mulheres tomam Tamoxifeno, 36 (65,5%) mulheres tomam Inibidores da Aromatase e apenas 1 (1,8%) mulher toma Fulvestran. Por fim, 46 (83,6%) mulheres ainda se encontram a fazer terapêutica hormonal adjuvante, 3 (5,5%) suspenderam a terapêutica há menos de 3 anos, 5 (9,1%) mulheres suspenderam a terapêutica entre três e cinco anos, e apenas 1 (1,8%) mulher suspendeu a terapêutica há mais de 5 anos.

**Tabela 2:** Caracterização da clínica das mulheres com cancro da mama (N=55).

	N (%)
<b>ANO DE DIAGNÓSTICO DO CANCRO DA MAMA</b>	
1995	1 (1,8%)
2002	1 (1,8%)
2003	1 (1,8%)
2007	3 (5,5%)
2009	1 (1,8%)
2010	1 (1,8%)
2011	2 (3,6%)
2012	5 (9,1%)
2013	7 (12,7%)
2014	17 (30,9%)
2015	15 (27,3%)
2016	1 (1,8%)
<b>TERAPÊUTICAS REALIZADAS</b>	
Mastectomia	29 (52,7%)
Cirurgia conservadora	26 (47,3%)
Radioterapia	45 (81,8%)
Quimioterapia	42 (76,4%)
Tamoxifeno	26 (47,3%)
Inibidores da aromatase	36 (65,5%)
Fulvestran	1 (1,8%)

SUSPENSÃO DA TERAPÊUTICA HORMONAL	
Ainda não suspendi	46 (83,6%)
Menos de 3 anos	3 (5,5%)
Entre 3 e 5 anos	5 (9,1%)
Mais de 5 anos	1 (1,8%)

### 5.3. Questionário Clínico - Índice de Funcionamento sexual feminino

São apresentados os resultados das análises estatísticas efetuadas, sendo salientados os dados mais relevantes e com maior implicação para este estudo. Inicialmente serão apresentados os resultados obtidos nos questionários do grupo de mulheres com cancro da mama e do grupo de mulheres sem cancro da mama. Posteriormente, serão comparados os resultados estatísticos obtidos nas mulheres submetidas a Mastectomia versus mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora.

#### 5.3.1. Análise descritiva dos resultados obtidos no total da amostra

Os resultados obtidos pela análise estatística dos questionários da amostra total estão descritos na Tabela 3 e no Gráfico 1.

Os resultados obtidos foram estatisticamente significativos, exceto nas últimas 2 questões (18 e 19), onde o nível de significância foi superior a 0,05 (Tabela 3).

#### Desejo

**Pergunta 1: Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?**

Na pergunta 1, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 2,309 (DP=0,9403), sendo que o mínimo foi 1 e máximo foi 4. Nas mulheres sem cancro da mama a média obtida foi 3,070 (DP=0,8422), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 5. Neste sentido, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Poucas vezes” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Às vezes”.

**Pergunta 2: Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?**

Na pergunta 2, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 2,291 (DP=0,8959), com um mínimo de 1 e máximo de 5. As mulheres sem cancro da mama tiveram

uma média de 2,982 (DP=0,7194), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 4. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Baixo” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderado”.

#### Excitação subjetiva

**Pergunta 3: Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) se sentiu sexualmente excitada durante atividade sexual ou na relação sexual?**

Na pergunta 3, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,218 (DP=1,4362), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,140 (DP=1,4071), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Poucas vezes” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Algumas vezes”.

**Pergunta 4: Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou na relação sexual?**

Na pergunta 4, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,055 (DP=1,2534), com um mínimo de 1 e máximo de 5. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,088 (DP=1,1994), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Baixo” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderado”.

**Pergunta 5: Nas últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou na relação sexual?**

Na pergunta 5, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,091 (DP=1,2364), com um mínimo de 1 e máximo de 5. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,123 (DP=1,2546), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Baixa confiança” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderada confiança”.

**Pergunta 6: Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou na relação sexual?**

Na pergunta 6, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,200 (DP=1,3931), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,088 (DP=1,3664), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Poucas vezes” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Algumas vezes”.

### Lubrificação

**Pergunta 7: Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou a relação sexual?**

Na pergunta 7, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,382 (DP=1,4968), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,509 (DP=1,5015), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi "Poucas vezes" enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi "Muitas vezes".

**Pergunta 8: Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou a relação sexual?**

Na pergunta 8, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,836 (DP=1,5842), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,737 (DP=1,4703), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi "Difícil" enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi "Pouco difícil".

**Pergunta 9: Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?**

Na pergunta 9, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,491 (DP=1,5138), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,614 (DP=1,5090), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi "Algumas vezes" enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi "Muitas vezes".

**Pergunta 10: Nas últimas 4 semanas, qual foi a dificuldade que teve em manter sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?**

Na pergunta 10, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,873 (DP=1,6108), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,772 (DP=1,5238), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi "Difícil" enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi "Pouco difícil".

### Orgasmo

**Pergunta 11: Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?**

Na pergunta 11, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,218 (DP=1,4617), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram

uma média de 4,193 (DP=1,5288), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Poucas vezes” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Algumas vezes”.

**Pergunta 12: Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?**

Na pergunta 12, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,545 (DP=1,4885), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,474 (DP=1,5131), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Difícil” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Pouco difícil”.

**Pergunta 13: Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?**

Na pergunta 13, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,473 (DP=1,6539), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,491 (DP=1,6380), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Indiferente” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderadamente satisfeita”.

#### Satisfação e Proximidade emocional entre o casal durante a atividade sexual

**Pergunta 14: Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?**

Na pergunta 14, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 4,164 (DP=1,7614), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,982 (DP=1,4329), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Indiferente” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderadamente satisfeita”.

**Pergunta 15: Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?**

Na pergunta 15, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 4,091 (DP=1,7243), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,912 (DP=1,4550), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Indiferente” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderadamente satisfeita”.

**Pergunta 16: Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com sua vida sexual em geral?**

Na pergunta 16, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 3,891 (DP=1,6852), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 4,737 (DP=1,5644), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Indiferente” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Moderadamente satisfeita”.

Dor ou desconforto devido à penetração vaginal

**Pergunta 17: Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?**

Na pergunta 17, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 2,891 (DP=2,891), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 2,333 (DP=0,9322), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Poucas vezes” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Nunca ou quase nunca”.

**Pergunta 18: Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?**

As respostas à pergunta 18 não foram consideradas estatisticamente significativas. No entanto, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 2,473 (DP=1,1524), com um mínimo de 1 e máximo de 6. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 2,281 (DP=0,9015), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Poucas vezes” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Nunca ou quase nunca”.

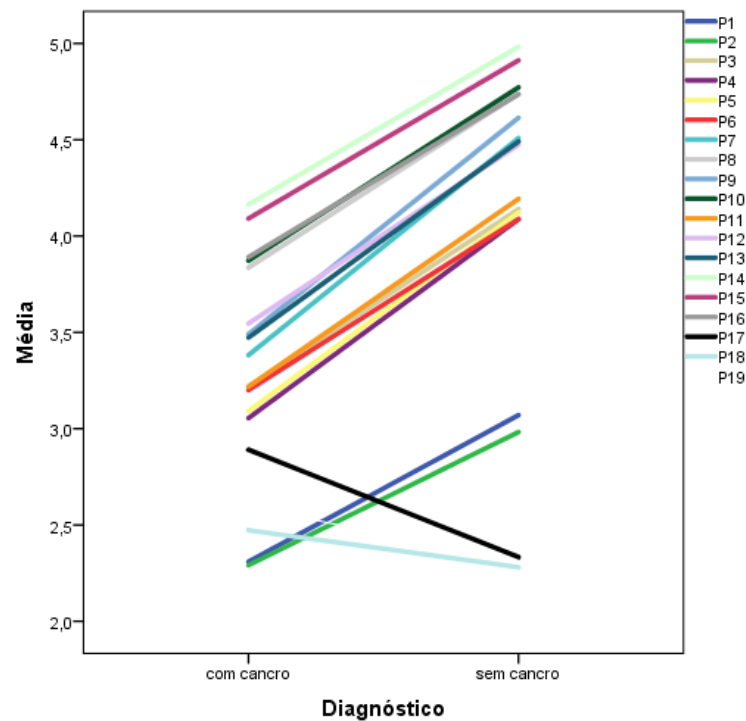
**19: Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?**

As respostas à pergunta 19 não foram consideradas estatisticamente significativas. No entanto, as mulheres com cancro da mama obtiveram uma média de 2,600 (DP=1,1320), com um mínimo de 1 e máximo de 5. As mulheres sem cancro da mama tiveram uma média de 2,298 (DP=0,8444), sendo que o mínimo foi 1 e o máximo foi 6. Assim sendo, a resposta obtida pela maioria das mulheres com cancro da mama foi “Baixo” enquanto que a resposta dada pela maioria das mulheres sem cancro da mama foi “Baixíssimo ou nenhum”.

Tabela 3: Resultados obtidos no questionário “Índice de Funcionamento Sexual Feminino” (N=112).

Perguntas	Com Cancro			Sem Cancro		
	Min/Max	M	DP	Min/Max	M	DP
Pergunta 1	Min: 1,0	2,309	0,9403	Min: 1,0	3,070	0,8422
Significância: 0,000	Máx: 4,0			Máx: 5,0		
Pergunta 2	Min: 1,0	2,291	0,8959	Min: 1,0	2,982	0,7194
Significância: 0,000	Máx: 5,0			Máx: 4,0		
Pergunta 3	Min: 1,0	3,218	1,4362	Min: 1,0	4,140	1,4071
Significância: 0,001	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 4	Min: 1,0	3,055	1,2534	Min: 1,0	4,088	1,1994
Significância: 0,000	Máx: 5,0			Máx: 6,0		
Pergunta 5	Min: 1,0	3,091	1,2364	Min: 1,0	4,123	1,2546
Significância: 0,000	Máx: 5,0			Máx: 6,0		
Pergunta 6	Min: 1,0	3,200	1,3931	Min: 1,0	4,088	1,3664
Significância: 0,001	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 7	Min: 1,0	3,382	1,4968	Min: 1,0	4,509	1,5015
Significância: 0,000	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 8	Min: 1,0	3,836	1,5842	Min: 1,0	4,737	1,4703
Significância: 0,000	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 9	Min: 1,0	3,491	1,5138	Min: 1,0	4,614	1,5090
Significância: 0,000	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 10	Min: 1,0	3,873	1,6108	Min: 1,0	4,772	1,5238
Significância: 0,000	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 11	Min: 1,0	3,218	1,4617	Min: 1,0	4,193	1,5288
Significância: 0,000	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 12	Min: 1,0	3,545	1,4885	Min: 1,0	4,474	1,5131
Significância: 0,000	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
Pergunta 13	Min: 1,0	3,473	1,6539	Min: 1,0	4,491	1,6380
Significância: 0,001	Máx: 6,0			Máx: 6,0		

<b>Pergunta 14</b>	Min: 1,0	4,164	1,7614	Min: 1,0	4,982	1,4329
<b>Significância: 0,002</b>	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
<b>Pergunta 15</b>	Min: 1,0	4,091	1,7243	Min: 1,0	4,912	1,4550
<b>Significância: 0,002</b>	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
<b>Pergunta 16</b>	Min: 1,0	3,891	1,6852	Min: 1,0	4,737	1,5644
<b>Significância: 0,001</b>	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
<b>Pergunta 17</b>	Min: 1,0	2,891	1,3834	Min: 1,0	2,333	0,9322
<b>Significância: 0,021</b>	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
<b>Pergunta 18</b>	Min: 1,0	2,473	1,1524	Min: 1,0	2,281	0,9015
<b>Significância: 0,422</b>	Máx: 6,0			Máx: 6,0		
<b>Pergunta 19</b>	Min: 1,0	2,600	1,1320	Min: 1,0	2,298	0,8444
<b>Significância: 0,110</b>	Máx: 5,0			Máx: 6,0		



**Gráfico 4:** Comparação dos resultados obtidos no FSFI entre as mulheres com cancro da mama versus mulheres sem cancro da mama.



### 5.3.2. Resultados obtidos na comparação das Mulheres sujeitas a Mastectomia versus Mulheres sujeitas a Cirurgia Conservadora

Os resultados obtidos através da comparação das subamostras de mulheres sujeitas a Mastectomia versus Cirurgia Conservadora não foram considerados estatisticamente significativos, exceto na primeira questão que faz referência à frequência com que a mulher sentiu desejo sexual, onde o nível de significância foi inferior a 0,05 (Tabela 4). No entanto, podemos observar nos gráficos 2 e 3 que as médias das respostas obtidas pelas mulheres submetidas a mastectomia comparativamente com as mulheres submetidas a cirurgia conservadora foram superiores até à 16ª questão e inferiores nas restantes (17ª, 18ª e 19ª), sugerindo um maior nível de satisfação por parte das mulheres submetidas a cirurgia conservadora.

**Tabela 4:** Nível de significância obtido nas respostas ao questionário FSFI das mulheres submetidas a Mastectomia versus mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora.

QUESTÃO	SIGNIFICÂNCIA
Pergunta 1	0,016
Pergunta 2	0,069
Pergunta 3	0,154
Pergunta 4	0,178
Pergunta 5	0,138
Pergunta 6	0,086
Pergunta 7	0,084
Pergunta 8	0,250
Pergunta 9	0,108
Pergunta 10	0,305
Pergunta 11	0,444
Pergunta 12	0,521
Pergunta 13	0,635
Pergunta 14	0,489
Pergunta 15	0,643
Pergunta 16	0,748
Pergunta 17	0,189
Pergunta 18	0,275
Pergunta 19	0,134

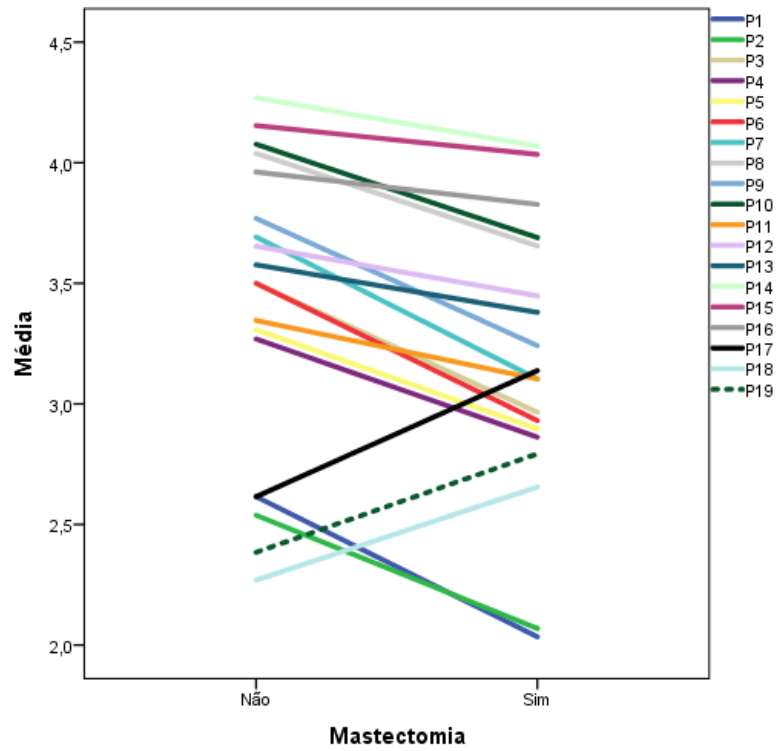


Gráfico 5: Resultados obtidos no FSFI pelo grupo de mulheres submetidas a Mastectomia.

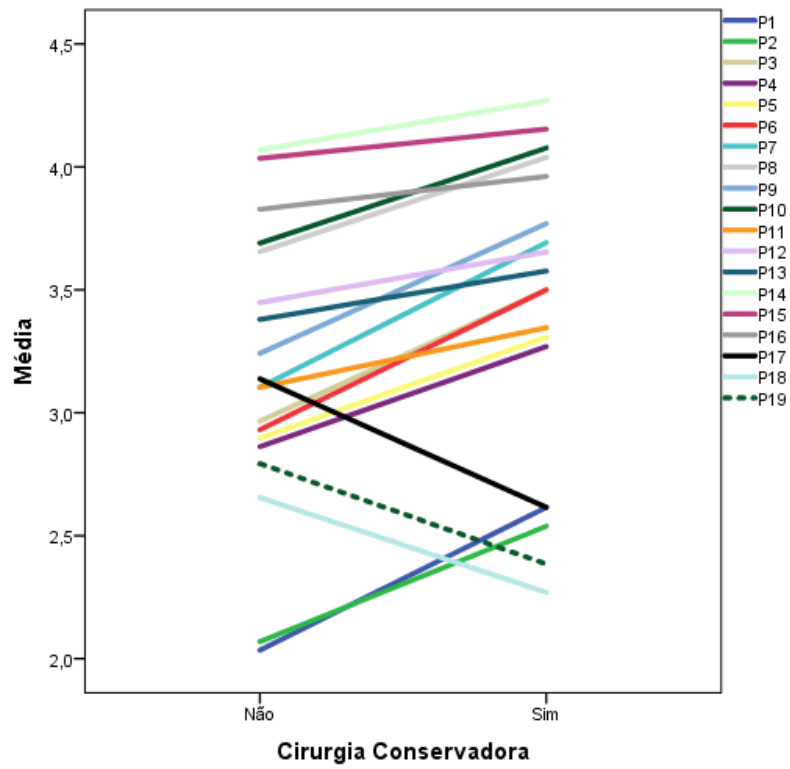


Gráfico 6: Resultados obtidos no FSFI pelo grupo de mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora.

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1. Comparação das mulheres tratadas de cancro da mama versus mulheres saudáveis

A presente investigação demonstrou que o desempenho sexual das mulheres com história pessoal de cancro da mama é significativamente afetado face às mulheres sem antecedentes de cancro da mama, provavelmente pelo impacto físico e emocional provocado pelo diagnóstico e tratamentos e a pela perda da feminilidade, diminuição da atração sexual e desfiguramento associado à amputação deste órgão tão simbólico.

No presente estudo, as mulheres com história de cancro da mama tinham, em média, 53 anos, e mulheres do grupo controlo tinham, em média, 45 anos. Em ambos os grupos a maioria delas eram casadas e tinham formação Universitária. Segundo Pereira e Lopes (2002), a família desempenha um papel muito importante na saúde e na doença de um indivíduo, tornando-se, assim, necessária para estas mulheres, que nesta sua nova condição, consigam redefinir o seu novo “*self*”, encontrem os aspetos positivos na experiência de se estar doente e consigam definir um novo rumo na sua vida (79). A pesquisa de Takahashi et al. (2008) confirma ainda que o efetivo apoio por parte do parceiro se correlaciona com melhores relacionamentos e melhores ajustamentos sexuais, sendo que muitas vezes pode reforçar tais relações entre parceiros. Estes autores ainda concluíram que as mulheres sem parceiro enfrentam maiores desafios no que se refere ao sucesso dos relacionamentos, o que poderá dificultar o compromisso em relações futuras. (80)

Da história médica das mulheres com cancro da mama, a maioria teve o seu diagnóstico entre 2014 e 2015. Segundo Gilbert et al. (2010) e Pinto (2013) existe um decréscimo no desejo e interesse sexuais durante o tratamento do cancro da mama, associado a maiores taxas de vaginismo e dispareunia quando comparadas com mulheres saudáveis, mas que este efeito adverso tende a diminuir ao longo do tempo (55, 68). Seguindo esta linha de pensamento, podemos concluir que como a maioria destas mulheres foi diagnosticada com a doença há relativamente pouco tempo poderão ainda estar numa fase de recuperação deste trauma e, provavelmente as suas respostas tendem a melhorar com o passar do tempo. Por outro lado, outras investigações sugerem que a maioria das alterações verificadas são permanentes e não transitórias e, portanto as respostas dadas pela amostra não tenderão a alterar-se com o tempo. (81-83)

Quanto à terapêutica cirúrgica realizada com maior frequência temos a mastectomia, que foi ligeiramente mais frequente que a cirurgia conservadora. A maioria das doentes foi

submetida a radioterapia, a quimioterapia, Tamoxifeno e/ou Inibidores da Aromatase. Além disso, a maioria das mulheres ainda se encontrava em hormonoterapia adjuvante. Estes dados também corroboram as terapêuticas mais utilizadas para o tratamento do cancro da mama. (20, 35, 36)

Através da aplicação do FSFI verificou-se que as mulheres tratadas do cancro da mama apresentavam níveis mais baixos de satisfação sexual do que as mulheres saudáveis em todas as dimensões - Desejo, Excitação subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor.

As mulheres com da mama apresentavam-se com menor interesse sexual, menos excitadas antes e durante as relações sexuais e sentiam-se menos confiantes do que mulheres saudáveis. O impacto das transformações corporais associadas aos tratamentos, como fadiga, náuseas, alopecia, eventual aumento de peso, amputação de uma ou das duas mamas e as marcas cutâneas provocadas pela radioterapia, afetam a autoestima, a qualidade de vida e a satisfação sexual dessas mulheres (84, 85). Neste sentido, a mulher passa a sentir-se estranha e constrangida, revelando maior dificuldade em relacionar-se com o marido e sentindo-se sexualmente repulsiva, passando a evitar contactos sexuais (36). Além dos sintomas acima referidos, a quimioterapia induz menopausa precoce pelo decréscimo do estradiol, levando à diminuição da libido e da resposta sexual (53-55), e a Hormonoterapia também contribui para a diminuição do desejo e interesse sexuais, e leva a alterações do humor (55, 58, 59). Estados depressivos e outras alterações emocionais ligadas à doença não devem ser descorados, uma vez que também contribuem para a inibição do desejo e da resposta sexual destas mulheres (42). No entanto, apesar do impacto negativo da doença é importante ter em conta o tipo de relação antes do surgimento da mesma.

Neste estudo as mulheres tratadas de cancro da mama apresentavam maior dificuldade em ficar lubrificadas, associado a um maior desconforto vaginal durante e após a penetração. Isto pode ser motivado pela falência ovárica induzida pela quimioterapia, que por sua vez conduz a uma menopausa precoce sintomática, com diminuição da libido, anorgasmia, atrofia e secura vaginais, e dispareunia. (53-55) A hormonoterapia também conduz à perda da lubrificação vaginal e conseqüente dispareunia (55, 58, 59).

Na análise também se verificou que as mulheres com cancro da mama, apesar de sexualmente estimuladas, tinham maior dificuldade em atingir o orgasmo/ clímax. Fatores físicos e psicoafectivos relacionados com a doença poderão estar na sua génese. Preocupações em relação aos tratamentos e suas repercussões na imagem corporal, o medo do desfiguramento e perda da feminilidade, bem como o receio de morrer, conduzem a uma enorme insegurança para estas mulheres, prejudicando a sua qualidade de vida e a sua satisfação sexual. (70-73, 76)

As mulheres tratadas de cancro da mama apresentavam-se menos satisfeitas com a proximidade entre elas e os seus parceiros, nomeadamente durante a atividade sexual. Na literatura está referido que o relacionamento sexual após um evento traumático como o cancro da mama depende, em grande parte, de como ele era antes da doença. Mulheres que tinham

bons relacionamentos tendem a mantê-los após o diagnóstico da doença e vice-versa. Além disso, as preocupações com a imagem corporal e com o medo de encarar e tocar o “peito amputado” também se vão refletir na proximidade do casal. A comunicação entre eles e o apoio e compreensão da mulher são essenciais para a proximidade, boa relação e, acima de tudo, sustentação do casal. Outros autores concluíram que a angústia, o stress e a ansiedade experienciados pelos casais fazem com que estes se sintam mais vulneráveis, e julguem a intimidade como algo ameaçador, afastando-se um do outro. Por sua vez, este afastamento leva a uma diminuição da satisfação entre o casal. (72, 77)

Por último, verificou-se neste estudo que as mulheres tratadas de cancro da mama apresentavam-se mais insatisfeitas com a sua vida sexual em geral. Para além dos fatores acima referidos, alguns autores referem ainda que a sexualidade feminina por possuir uma componente erótica maior que a masculina, está sujeita a uma maior pressão dos padrões socioculturais de beleza e atratividade sexual, existindo, assim, uma relação entre a insatisfação com a imagem corporal e dificuldades na função sexual feminina, que prejudicam a vivência da sexualidade (86).

## **6.2. Comparação entre Mulheres submetidas a Mastectomia versus Mulheres submetidas a Cirurgia Conservadora**

Ao compararmos as mulheres sujeitas a mastectomia radical com as mulheres sujeitas a cirurgia conservadora não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das questões, exceto na Pergunta 1 que se refere à frequência com que sente desejo sexual, onde as mulheres que realizaram cirurgia conservadora apresentavam interesse sexual mais frequentemente. Apesar dos resultados inconclusivos, a maioria dos estudos acerca desta temática revelam que a mastectomia causa maior impacto na imagem corporal, autoestima e relacionamento sexual comparativamente com a cirurgia conservadora. Este tipo de cirurgia radical está associada a sentimentos de isolamento, rejeição e perda da feminilidade pois a mulher passa a ter de lidar com uma nova imagem corporal e com a ausência de um órgão tão simbólico. (38, 46, 47)

## 7. CONCLUSÕES

O cancro da mama está afetar cada vez mais mulheres em todo o mundo e em idades cada vez mais jovens. Por atingir um órgão símbolo da feminilidade e sexualidade tem, obviamente, graves repercussões na autoestima e imagem corporal dessas mulheres, com consequente afetação da vivência da sua sexualidade.

A realização deste estudo veio corroborar as ideias atuais sobre esta temática, concluindo-se que, de facto, o cancro da mama afeta a sexualidade dessas mulheres com prejuízo em vários domínios como o Desejo, Excitação subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor.

Estes resultados, por sua vez, manifestam indiretamente alguns problemas sentidos pelas doentes oncológicas e que são, na maioria das vezes omitidos pela doente ou negligenciados pelas próprias equipas de saúde. É importante que os profissionais de saúde entendam a sexualidade como algo inerente à qualidade de vida dessas mulheres e dos próprios casais.

De um modo geral, podemos concluir que as mulheres diagnosticadas com cancro de mama precisam, obrigatoriamente, de uma assistência integral por uma equipa multidisciplinar. Os profissionais de saúde devem preocupar-se com a cura da doença, não descurando a manutenção do equilíbrio psicológico e emocional. Assim, as equipas de saúde devem-se sensibilizar para o desenvolvimento ou aprimoramento de estratégias de intervenção que possam ajudar estas mulheres a terem uma melhor vivência da sua sexualidade. A aquisição de profissionais qualificados nesta área permitirá a deteção precoce de problemas que afetem a qualidade de vida dessas mulheres e, desse modo, minimizar os efeitos do cancro nesta área. Para tal, as instituições devem investir na capacitação dos profissionais, dando maior valor à escuta e criando estratégias de “*coping*” para que essas mulheres consigam ultrapassar melhor esta fase nas suas vidas.

Finalmente, para uma melhor compreensão do estudo seria ideal seguir prospectivamente estas mulheres no sentido de avaliar se com o decorrer do tempo as alterações na esfera da sexualidade sofrem algum agravamento. Também seria interessante investigar as visões dos parceiros para se poder complementar os estudos e, neste sentido, ajudar os profissionais de saúde a perceberem se o companheiro poderia funcionar, ou não, como uma fonte de apoio e reabilitação psico-físico-emocional.

## 8. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os pontos fortes deste estudo foram o facto de se tratar de uma avaliação prospetiva, utilizando um questionário validado para a população portuguesa e com consequente análise estatística comparativa dos resultados obtidos.

Quanto às limitações deste estudo destacam-se o facto de ter sido estudado um grupo selecionado de doentes tratadas de cancro da mama e utilizado um grupo controlo que não é representativo da população em geral. Além disso, foi usada uma pequena amostragem, pelo que provavelmente terá sido a causa dos resultados obtidos na comparação do grupo de mulheres submetidas a mastectomia com o de cirurgia conservadora não ter sido estatisticamente significativos.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Direção-Geral da Saúde. (2015) Portugal - Doenças oncológicas em Números. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.
2. Direção-Geral da Saúde. (2011) Norma 051/2011 - Abordagem Imagiológica da Mama Feminina.
3. Lenahan PM (2004) Sexual health and chronic illness. *Clinics in Family Practice* 6: 955-973
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin.* 2008 Mar-Apr; 58(2):71-96.
5. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estud Psicol.* 2003 Jan-Abr; 8(1):155-63.
6. Palhinhas, P. (2000). Adaptação psicológica e imagem corporal em mulheres com cancro de mama. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.]
7. Organization WH. What constitutes sexual health? 2010.
8. HUBER, C.; RAMNARACE, T.; McCAFFREY, R. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, New York, v. 33, n. 6, p. 1163-1167, 2006.
9. Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP) (2008). ROENO Registo Oncológico Regional do Norte 2007. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia do Porto.
10. Bastos J, Barros H, Lunet N. Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Med Port.* 2007;20:139-44.
11. Costa, S. R. et al. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 13 (2), 327 - 339
12. Alberts, B. et al. (2010). *Biologia Molecular da Célula.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
13. Stratton MR, Rahman N. The emerging landscape of breast cancer susceptibility. *Nature genetics.* 2008;40(1):17-22.
14. Forman AD, Hall MJ. Influence of race/ethnicity on genetic counseling and testing for hereditary breast and ovarian cancer. *The breast journal.* 2009;15 Suppl 1:S56-62



- 15 Hayes, D. M. (1995). Principles of Systemic Therapy. In Hayes, D. M. Atlas of Breast Cancer. Published by Mosby-Wolfe.
16. Pollock, R. (2006). Manual de Oncologia Clínica. 8ª ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
17. Roche, L. (2010). Cancro da mama HER2+: O que é o HER2?, Roche Farmacêutica Química, L.
18. Brunet J. Hereditary breast cancer and genetic counseling in young women. Breast cancer research and treatment. 2010; 123 Suppl 1:7-9.
19. Da Silva L, Lakhani SR. Pathology of hereditary breast cancer. Modern pathology : na official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc. 2010;23 Suppl 2:S46-51.
20. Ogden, J. (2004). Compreender o cancro da mama. Lisboa, Climepsi Editores.
21. Phipps. W. J., J. K. e Marek, J. F. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgico - Conceitos e Prática Clínica, 6ª ed. Loures, Lusociência.
22. Otto, S.E. (2000). Enfermagem Oncológica. 3ª ed. Loures, Lusociência.
23. Hewitt, M., Herdaman, R. & Holland, J.(2004). Meeting psychosocial needs of women with breast cancer Washington: The National Academies Press.
24. Passos Coelho, J. L. (2006). Carcinoma da Mama. In Ponce P. (coord), Manual de Terapêutica Médica, Lisboa: Lidel, edições técnicas.
25. Brunner & Suddarth (2008). Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. (6ª ed.). Volume 2. Guanabara Koogan.
26. Ribeiro, José (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. 1ª Edição. Coleção Psicologias. Série psicologia e saúde.
27. Colditz, G (2004) Risk factos for breast cancer according to estrogen and progesterone receptor status. Journal of the National Cancer Institute, 96 (3), 218-228.
28. Inumaru L. E., Silveira, E. A. & Naves, M. M. V. (2011). Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (7): 1259-1270.
29. Dixon, J. M. (2009) ABC of Breast Disease (3ª ed.): Blackwell Publishing Ltd.
30. Zheng L, Li S, Boyer TG, Lee WH. Lessons learned from BRCA1 and BRCA2. Oncogene. 2000;19(53):6159-75.

31. Silva, T. S. & Oliveira, C. F., (2011). Doença benigna da mama. Manual de Ginecologia, Volume II, Cap 35, 203 - 212.
32. Zhu, H. et al. (2012). Oral contraceptive use and risk of breast cancer: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 17 (6), 402-414.
33. Pischon, T., et al. (2008). Obesity and cancer. *Proc Nutr Soc*, 67, 128-145.
34. Rodrigues, V., (2011). Parte 1- Epidemiologia do cancro da mama. Manual de Ginecologia, Volume II, Cap 34, 175 - 182.
35. Espírito Santo J. Cancro da mama em Portugal: como definir as prioridades? *Acta Med Port [Internet]*. 2011 [cited 2012 Feb 22];24(5):680.
36. Pennery, E., Speechley, V. & Rosenfield, M. (2010). Cancro da mama. Lisboa: Lidel - edições técnicas.
37. Langellier KM, Sullivan CF. Breast talk in breast cancer narratives. *Qual Health Res* 1998;8:76-94.
38. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas* 2010;66:397-407.
39. Fobair P, Stewart SL, Chang S, et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006;15:579-94.
40. WHITE, C. A. Body images in oncology. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. London: Guilford, 2004. p. 379-386.
41. PANJARI, M.; BELL, R. J.; DAVIS, S. R. Sexual function after breast cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, Wormerveer, v. 8, n. 1, p. 294-302, 2011.
42. Macieira RC, Maluf MF. Sexualidade e câncer. In: Kovacs MJ, Franco MHP, Carvalho VA, editores. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus; 2008. p. 303-15.
43. Andersen, B. L. & Simonelli, L. E. (2007). Cancer: general. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman & R. West (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (584-591). New York: Cambridge University Press.
44. Flach, A. B. (2002). *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.
45. Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, saúde e doenças*, 13(2), 169-190.
46. Pereira, J. C. (2000). *Carcinoma da mama: aspetos terapêuticos*. Cacém: amgen.

47. Ganz PA. Sexual functioning after breast cancer: a conceptual framework for future studies. *Ann Oncol* 1997;8:105-7.
48. Lam WW, Li WW, Bonanno GA, et al. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Res Treat* 2012;131:957-67.
49. Monsanto, F., Lança, C., Sá, A. C., Coelho, C. M. & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. *Saúde e Tecnologia*, 9, 40-44.
50. Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fosså SD, Dahl AA (2010) A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*. 1;116(15):3549-57
51. Sjövall K, Strömbeck G, Löfgren A, Bendahl PO, Gunnars B. Adjuvant radiotherapy of women with breast cancer: information, support and side-effects. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 22];14(2):147-53.
52. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 22];282(1):75-82.
53. Bower, M. & Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget
54. Ballatori, E. & Roila, F. (2003). Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health and quality of life outcomes*, 3, 46. Doi: 10.1186/1477-7525-1-46
55. Pinto, A. C (2013) Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis.*; 5(Suppl 1): S81-S86.
56. Cavalheiro J, Bittelbrunn AC, Menke CH et al. (2012) Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Womens Health*; 12: 28
57. Rodriguez-Wallberg KA, Oktay K. Options on fertility preservation in female cancer patients. *Cancer Treat Rev* 2012;38:354-61.
58. Krebs LU. Sexual health during cancer treatment. *Adv Exp Med Biol* 2012;732:61-76.
59. Schover LR. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *J Clin Oncol* 2008; 26: 753-8.

60. Silva, A., Soares, M. & Guedes, C. (2005) Imunoterapia em neoplasia mamária metastizada. Anticorpo monoclonar HER2. FCS e Centro de Investigação do Instituto Português de Oncologia do Porto. Disponível em:  
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/546/1/47-54FCS2005-7.pdf> [consultado a 08-02-2017]
61. WILMOTH, M. C. The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*, Philadelphia, v. 24, n. 4, p. 278-286, 2001.
62. VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva*
63. Santos, D. B. et al. (2014). Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.4, p. 1342-1355.
64. Kchman, M. L. & Katz, A. (2012). Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options (CME). *The journal of sexual medicine*, 9(1), 5-13.
65. Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C., M. & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European journal of oncology nursing*, 15(2), 167-172.
66. Taylor, S., Harley, C., Ziegler, L., Brown, J. & Velikova, G. (2011). Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 130(3), 711-724.
67. Remondes-Costa, S., Jimenez, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, saúde e doenças*, 13(2), 238-251
68. Ussher, J., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer nursing*, 35(6), 456-465.
69. WHO, 2006. Disponível em:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)  
[Consultado a 14/01/2017]
70. Madeira AMF, Almeida GBS, Jesus MCP. Refletindo sobre a sexualidade da mulher mastectomizada. *REME Rev Min Enferm*. 2007 Jul-Set; 11(3):254-7
71. SILVA, G. D.; SANTOS, M. A. D. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 561-568, 2008.

72. AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. D. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 475-484, 2011
73. PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 791-795, 2006
74. BARTON-BURKE, M.; GUSTASON, C. J. Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, v. 42, n. 4, p. 531-554, 2007
75. SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011
76. CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. D. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 339-349, 2012.).
77. Almeida, R. A. (2007). Impacto da Mastectomia na vida da mulher. *Revista da SBPH*, 9(2), 99-113. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582006000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007&lng=pt&nrm=iso) [Consultado a 01/02/2017]
78. Pechorro, P. et al. (2009) *Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)*. I.S.P.A. Laboratório de Psicologia, 7(1): 33-44 (2009)
79. Remondes-Costa Sónia, Jimenez Fernando, Pais-Ribeiro José. Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psic., Saúde & Doenças* [Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 22]; 13( 2 ): 238-251.
80. Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, K., Noguchi, R., Kail, I. 2008. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Onchology* 17: 901-907.
81. Bober SL, Varela VS (2012) Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol*;30:3712-9
82. Stan D, Collins N, Olsen M (2012) The Evolution of Mindfulness-Based Physical Interventions in Breast Cancer Survivors. *Evid Based Complement Alternat Med.*; 2012: 758641
83. Wang F, Chen F, Huo X et al (2013) A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women *PLoS One.*; 8(9): e74473
84. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*. 2007 Jan-Mar; 14(1):17-22

85. Rodrigues DP, Silva RM, Lopes MVO. A sexualidade da mulher mastectomizada: adaptando conceitos de Roy. Rev Enferm UERJ. 2000 Jan-Jun; 8(1):22-7
  
86. Woertman L, Van Den Brink F. Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. J Sex Res. 2012;49(2-3):184-211

# 10. ANEXOS

**ANEXO 1 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DO  
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU (CHTV)**



Ex.<sup>mo</sup> Senhor,

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela- Viseu.

Eu, Ângela Costa, sou aluna do sexto ano de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

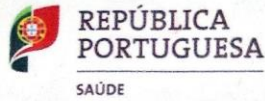
Venho por este meio pedir autorização para a aplicação de um questionário (em anexo), no âmbito da minha tese de mestrado, orientada pelo Dr. José Moutinho, a qual se intitula: Sexualidade nas mulheres com cancro da mama. Pretendo que este questionário seja distribuído tanto a mulheres que já tiveram cancro da mama, como também a mulheres saudáveis, sem qualquer diagnóstico de cancro, com o intuito de avaliar até que ponto o cancro da mama afeta o desempenho sexual dessas mulheres. E, neste sentido, pretendemos propor iniciativas que possam vir a ajudar as mulheres com cancro da mama a terem uma melhor vivência da sua sexualidade.

Muito obrigada pela atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos,

Ângela Figueiredo Costa

**ANEXO 2 - PARECER FAVORÁVEL PARA A REALIZAÇÃO DA  
INVESTIGAÇÃO NO CHTV**



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



**Exma Senhora**  
**Dra. Ângela Figueiredo Costa**  
**Aluna de Mestrado Integrado em Medicina**  
**Faculdade de Ciências Saúde da**  
**Universidade da Beira Interior**

000524 '16 OCT 26

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

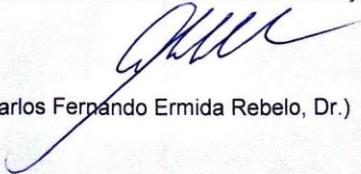
26-10-2016

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> que, foi **autorizado**, o pedido para a realização do projeto de investigação subordinado ao tema: "A sexualidade em mulheres com cancro da mama.", de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

  
(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

PCA/Ab

## **ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO**

Agradeço desde já a atenção disponibilizada. Sou a Ângela Costa, aluna do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

O presente questionário - “Índice de Funcionamento Sexual Feminino” –, validado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, é um instrumento multidimensional que avalia as diversas fases do ciclo de resposta sexual em mulheres.

Apesar dos inúmeros avanços conseguidos, nomeadamente através de um diagnóstico cada vez mais precoce (rastreios populacionais) e a uma melhoria da qualidade, disponibilidade e acessibilidade terapêutica, o cancro da mama continua a ser uma neoplasia que afeta essencialmente mulheres entre os 35 e os 55 anos. O acometimento de um órgão tão simbólico para o género feminino, bem como para o masculino, acarreta inúmeras consequências que afetam tanto a sua auto-imagem, como a sua sexualidade.

A minha tese de mestrado, orientada pelo Professor Dr, José Moutinho, tem por objetivo avaliar o impacto que o cancro da mama tem na função e no desempenho sexuais da mulher. Para tal, este questionário será distribuído tanto a mulheres que foram diagnosticadas com cancro da mama, como também a mulheres sem esse diagnóstico, para termo de comparação.

Este questionário é de carácter **anónimo, confidencial e individual**.

Tem uma duração de cerca de 15 minutos.

Ao selecionar a opção: “Sim, aceito participar no estudo” está a declarar que tem mais de 18 anos e que considera que lhe foi prestada informação sobre o objetivo do estudo e que aceita participar voluntariamente no estudo.

Sim, aceito participar no estudo.

Não aceito participar no estudo

## PARTE 1

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Escolaridade:

4ª Classe

Ensino Secundário

Ensino Básico

Ensino Universitário

3. Estado civil:

Solteira

Divorciada

União de facto

Viúva

Casada

Outro: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: Apenas para as participantes diagnosticadas com cancro da mama:**

1. Ano do diagnóstico do cancro da mama: \_\_\_\_\_

2. Assinale a(s) Terapêutica(s) realizada(s):

Mastectomia

Inibidores da Aromatase (Anastrozol; Letrozol; ou Exemestano)

Cirurgia Conservadora

Fulvestran

Radioterapia

Outro

Quimioterapia

Não sei

Tamoxifeno

3. Há quanto tempo suspendeu a terapêutica:

Ainda não suspendi

Menos de 3 anos

Entre 5 a 10 anos

Entre 3 a 5 anos

Mais de 10 anos

## PARTE 2 - ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO

**Instruções:** Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. As suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

A atividade sexual pode incluir mimos, carícias preliminares, masturbação e relação sexual. A relação sexual é definida quando há penetração (entrada) do pénis na vagina.

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, sentir-se recetiva às iniciativas sexuais do parceiro e pensar ou fantasiar sobre o ato sexual.

**1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?**

- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?**

- Muito baixo ou nenhum
- Baixo
- Moderado
- Alto
- Muito alto

A excitação sexual é uma sensação que inclui aspetos físicos e mentais. Pode incluir sensações de calor, vibração ou inchaço dos genitais, lubrificação (humidade vaginal), ou contrações musculares.

**3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) se sentiu sexualmente excitada durante atividade sexual ou na relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Quase sempre ou sempre

**4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou na relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Nenhum ou muito baixo
- Baixo
- Moderado
- Alto
- Muito alto

**5. Nas últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou na relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Nenhuma confiança ou baixíssima
- Baixa confiança
- Moderada confiança
- Alta confiança
- Altíssima confiança

**6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou na relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes



- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou a relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**8. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou a relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Impossível ou extremamente difícil
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

**9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**10. Nas últimas 4 semanas, qual foi a dificuldade que teve em manter sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Impossível ou extremamente difícil
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

A estimulação sexual inclui situações como carícias preliminares com um par-ceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

**11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?**

- Sem atividade sexual
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?**

- Sem atividade sexual
- Impossível ou extremamente difícil
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

**13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?**

- Sem atividade sexual
- Muito insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Indiferente
- Moderadamente satisfeita
- Muito satisfeita

**14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual
- Muito insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Indiferente
- Moderadamente satisfeita
- Muito satisfeita

**15. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?**

- Sem atividade sexual
- Muito insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Indiferente
- Moderadamente satisfeita
- Muito satisfeita

**16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com sua vida sexual em geral?**

- Sem atividade sexual
- Muito insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita

- Indiferente
- Moderadamente satisfeita
- Muito satisfeita

**17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?**

- Não houve tentativa de penetração
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?**

- Não houve tentativa de penetração
- Nunca ou quase nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre ou sempre

**19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?**

- Não houve tentativa de penetração
- Baixíssimo ou nenhum
- Baixo
- Moderado
- Alto
- Altíssimo

Muito obrigada pela sua colaboração!