



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

IMAGEM CORPORAL E VIVÊNCIAS SEXUAIS
EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA

Débora Vilhena Água-Doce

15601

Orientador de Dissertação: Professor Dr. Rui Aragão

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Rui Aragão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar, antes de mais, uma palavra de apreço às seguintes pessoas, as quais, directa ou indirectamente se mostraram como importantes; apoiando esta minha caminhada pessoal no decurso deste trabalho:

- Agradeço ao Professor Rui Aragão, meu orientador de Dissertação, pelo seu apurado “olho clínico”, orientação, sabedoria e conhecimentos transmitidos, bem como, inclusive, por ter mostrado confiar em mim;
- Agradeço ao meu namorado, Pedro, por toda a ajuda, suporte, amor e inspiração que me oferece, e pela sua preciosíssima presença na minha vida;
- À minha família (mãe, pai, irmão, tios) pela confiança que me depositam;
- Aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim, mais do que eu...
- Finalmente, aproveito ainda para agradecer a todos os colegas e professores, designadamente, os que – devido à “fonte de conhecimentos” transmitidos – foram marcantes ao longo destes 5 anos de percurso académico, constituindo-se, eles mesmos, enquanto referências neste caminho em Psicologia Clínica.

É difícil descrever com exactidão toda a panóplia (“multicolorida”) de sentimentos e sensações que experimentei, quer antes, quer durante a concretização deste sonho... Aquele nervoso mais que miudinho (graúdo, mesmo) tem-me acompanhado diariamente...

Esta é a hora em que posso deixar registada a minha esperança... Esperança em que tudo corra pelo melhor, naturalmente.

"Os únicos sonhos que valem a pena são aqueles que se tornaram realidade..."

A todos... Obrigada!

RESUMO

Este trabalho teve como objectivo o estudo da imagem corporal e das vivências sexuais, em mulheres com cancro da mama.

A amostra foi constituída por vinte mulheres com cancro da mama, submetidas a uma cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora). Todas as participantes eram casadas ou viviam em união de facto.

A metodologia utilizada foi: um questionário sócio-demográfico, a Escala de Ajustamento Conjugal para pessoas com Deficiência Adquirida e a Escala de Imagem Corporal “Como Me Relaciono Com o Meu Corpo”.

Os resultados obtidos apontaram para a inexistência de relação entre as variáveis imagem corporal e qualidade das vivências sexuais, não se podendo concluir que exista, de facto, uma mudança na vida sexual causada pela alteração da imagem corporal fomentada pela mastectomia ou cirurgia conservadora. Constatou-se, no entanto, a existência de problemática ao nível da imagem corporal.

Palavras-chave: Cancro da mama, Imagem corporal, Relacionamento Conjugal e Vivências Sexuais.

ABSTRACT

The main objective of this work is the study of the corporal image and sexual experiences in women with breast cancer.

The sample was constituted by twenty women with breast cancer that have been submitted to a surgery (mastectomy or conservative surgery). All the participants were married or live in civil union.

To evaluate the variables in study it was used: a social-demographic questionnaire, Marital Adjustment Checklist for the Disabled and the corporal image scale “Como Me Relaciono Com o Meu Corpo”.

The obtained results point to inexistence of relations between the variables corporal image and quality of sexual experiences, not being able to conclude that there is, in fact, a change in the sexual life cause by the change of the corporal image by the mastectomy or conservative surgery. However, it was noted the existence of some problems linked with the corporal image.

Keywords: Breast cancer, corporal image, conjugal relationship and sexual experiences.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
Cancro da Mama	3
Imagem Corporal	8
Vivências Sexuais	12
Formulação do Problema	15
Participantes	16
Delineamento	17
Instrumentos	17
Procedimento	19
Análise dos Resultados	20
Discussão	25
Referências Bibliográficas	28
Anexos	34
Anexo A – Termo de Consentimento Informado	35
Anexo B – Questionário Sócio-Demográfico	38
Anexo C – Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo	41
Anexo D – Questionário de Ajustamento Conjugal	44
Anexo E – Autorização Dra. Ana Rosa Tapadinhas	50
Anexo F – Pedido de Autorização para Recolha da Amostra	53
Anexo G – Output	58
Anexo H - Tabelas do TNM	76
Lista de Tabelas	
Tabela 1 – Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-whithney da Escala Imagem Corporal e suas subescalas consoante as participantes já terem sido submetidas a mastectomia	21
Tabela 2 – Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-whithney da Subescala de Imagem Corporal de Corpo Pré-mórbido consoante as participantes já terem sido submetidas a mastectomia	21
Tabela 3 – Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-whithney da Subescala de Imagem Corporal de Corpo Mórbido consoante as participantes terem sido submetidas a mastectomia	22

Introdução

O cancro da mama é uma doença do foro oncológico, cuja palavra é procedente do vocábulo grego *onkos*, cuja significação traduz “volume ou massa” (ABC do corpo humano, 1998) e *logus* que significa “ciência”.

Serrão (2003), caracteriza-o como uma doença singular, no contexto das doenças humanas, onde afirma: “(...) *Ele é na sua essência um subproduto de uma capacidade biológica normal, e mais do que é normal, essencial à manutenção da vida, que é a multiplicação das células por divisão ou mitose. (...)*”.

Apesar dos avanços terapêuticos e das campanhas de sensibilização, aparecem em Portugal 3500 novos casos por ano de neoplasias mamárias (INE 2003).

O cancro da mama é uma doença que afecta profundamente o equilíbrio físico e emocional da mulher, não só por ser considerado por muitas, como uma sentença de morte, mas também por provocar alterações na imagem corporal que causa na maioria das vezes, sentimentos de perda e mutilação. O significado que a perda representa, está intimamente relacionado com a ligação que a pessoa tem com o objecto perdido e pode variar de indivíduo para indivíduo.

Benoit (1988) afirma que a perda pessoal é uma perda vivida por um indivíduo, que pode resultar de uma perda de parte do corpo e pode pôr em risco a integridade pessoal. A perda de uma mama, envolve dois importantes conceitos que estão inteiramente ligados à alteração da imagem corporal e ao desgosto da perda. Para além de reflectir uma perda física com implicação na sexualidade pode ter subjacente a alteração dos objectivos e planos, a angústia de um encurtamento de vida e de um futuro sofrimento.

Assim sendo, esta patologia constitui um motivo especial de preocupação para todas as mulheres, quer para aquelas que já passaram pela angústia do diagnóstico, quer para aquelas que temem padecer dela, pois as mamas são algo mais do que simples glândulas; elas assumem desde sempre e de um modo subtil um significado e simbologia especial que transcende a estética, pois estão intimamente ligadas à imagem íntima, à própria auto-estima da mulher, e à sua sexualidade.

Este estudo, surge com o propósito de tentar compreender mais especificamente as repercussões emocionais individuais como a modificação da imagem corporal, assim como

as mudanças que a doença provoca nas vivências sexuais; desta forma surge o tema Imagem Corporal e Vivências Sexuais em mulheres com Cancro da Mama.

Para uma melhor compreensão do tema, será abordada a literatura sobre: Cancro da Mama; Imagem Corporal e Vivências Sexuais.

Posteriormente será apresentada a metodologia utilizada bem como a apresentação dos resultados, seguindo-se da discussão.

O Cancro da mama

A palavra “cancro”, é muitas vezes considerada sinónimo de morte, associando-se a uma morte particularmente lenta e dolorosa (Cahoon, 1982).

Assim sendo, qualquer que seja a sua localização, tratamento ou prognóstico, é por si só, inseparável ameaça à sobrevivência, expondo a pessoa a vulnerabilidades internas e externas. A reacção à doença é sempre uma reacção de perda, perda da função de órgãos, perda de capacidades psicossociais e perda de intimidade (Oliveira, 2004).

No início do século XIX, o cancro da mama foi considerado uma doença sistémica e, pela primeira vez, em 1829, Recamier utilizou o termo *metástases* para designar as manifestações secundárias provocadas por esta patologia à distância. Nos finais desse mesmo século e após vários estudos, Halsted e Meyer (1894-1975) citado por Bruges (2006) apontavam para as primeiras promessas de cura (até aí considerada incurável). A designação de mastectomia radical de Halsted foi a primeira intervenção cirúrgica que, para além da remoção completa da glândula mamária incluía a dos músculos subjacentes e a drenagem axilar e linfática.

Segundo Menke et al (1991) esta técnica não só revolucionou a classe científica nesta época, mas também, permitiu uma prolongação de vida de cinco a mais anos após a intervenção, sendo os insucessos atribuídos na sua grande maioria a lesões metastáticas precocemente ocorridas.

Novas pesquisas demonstraram que a proliferação linfática do carcinoma mamário não se circunscreve unicamente à axila mas expande-se para cadeia mamária esternal interna (Yetman et al 1994:35).

Houve então necessidade de dedicar maior atenção e valorizar o carácter sistémico da doença, introduzindo-se terapêuticas hormonais e quimioterapia a fim de travar a disseminação vascular da doença. Menke *et al* (1991) refere que, no ano de 1948, Patey apresenta uma nova técnica cirúrgica menos agressiva para a mulher: a mastectomia radical modificada (MRM), defendendo a opção pela cirurgia conservadora.

Na década de setenta, Yonemoto e Dao (1975) referem que a utilização da técnica cirúrgica se torna insuficiente porque surgem recidivas, daí a necessidade de complementar o acto cirúrgico com o exame anatomopatológico da peça excisionada e dos respectivos

gânglios linfáticos adjacentes, reforçando a técnica da cirurgia conservadora. Presentemente, ainda em casos devidamente seleccionados, a mastectomia total com esvaziamento ganglionar constitui uma modalidade terapêutica (Anelli *et al*, 1996).

A mama é uma glândula localizada no tórax, cuja função primordial é alimentar o recém-nascido. É também um órgão de sexualidade feminina. As glândulas mamárias são órgãos de produção de leite e estão localizadas na face anterior do tórax no interior das mamas. As glândulas mamárias são glândulas sudoríparas modificadas. Apresentam à superfície uma saliência, o mamilo, rodeado de uma aréola de forma circular e pigmentada. As aréolas normalmente têm a superfície bosselada pela presença de glândulas mamárias rudimentares, designadas, glândulas areolares. As secreções destas glândulas protegem o mamilo e a aréola do atrito causado pela sucção, durante a amamentação (Seeley *et al*, 2007).

O carcinoma mamário desenvolve-se na unidade ducto terminal/lobular, a partir de células epiteliais. Se as células malignas não tiverem rompido a membrana basal é denominado *cancro in situ*, caso esta tenha sido rompida e designado *cancro invasivo* (Odling, 2003).

Spence *et al* (2003) apresenta vários os tipos histopatológicos de neoplasias mamárias cujo prognóstico também varia:

- ◆ *Carcinoma ductal in situ* é um tumor não invasivo de origem ductal que em alguns casos progride para um carcinoma invasivo. Compreende um grupo heterogéneo de tumores, classificado em vários subtipos: micropapilar, papilar, sólido, cribiforme e comedo. Este último parece ser o mais agressivo. Em 80% dos casos é detectado apenas através de exame mamográfico, pois não evidencia massa palpável;
- ◆ *Carcinoma ductal infiltrante* encontra-se, frequentemente, em mais de 70% dos doentes com neoplasia da mama feminina. À palpação identifica-se um nódulo endurecido, frequentemente acompanhado de metástases nos nódulos linfáticos axilares, sendo o que apresenta o pior prognóstico de todos os carcinomas ductais;
- ◆ *Carcinoma medular* é encontrado raramente, representando 5% a 7,5% das neoplasias mamárias. Apresenta-se geralmente com grandes dimensões, muito embora o prognóstico seja relativamente bom;

- ◆ *Carcinoma mucinoso* (coloidal) apresenta-se geralmente associado a outro tipo de carcinomas mamários, tendo um crescimento lento embora possa tomar grandes proporções. Possui bom prognóstico se mantiver a secreção mucinosa;
- ◆ *Carcinoma tubular* frequentemente ocorre com outros tipos de cancro da mama. Raramente apresenta metástases axilares, sendo o prognóstico mais favorável do que no caso do carcinoma ductal infiltrante;
- ◆ *Carcinoma lobular in situ* (CLIS) não é considerado uma neoplasia maligna nem tão pouco uma lesão pré-maligna, mas é tido como factor de risco para o desenvolvimento apresentando uma incidência superior a 1% ao ano de cancro da mama. A mulher com CLIS tem oito a onze vezes mais probabilidade de desenvolver cancro da mama. Não é palpável e tende a ser multicêntrico. Requer vigilância após a biópsia que serviu para o diagnóstico; não há evidência que seja necessária a excisão completa da lesão, não invalidando a possibilidade de fazer mastectomia profiláctica bilateral, sem esvaziamento ganglionar.
- ◆ *Carcinoma lobular infiltrante* - encontra-se entre 5 % a 10% das neoplasias mamárias, podendo evidenciar uma área definida com maior espessamento do que uma protuberância. Pode ser multicêntrico e /ou envolver a mama oposta exibindo normalmente metástases no nódulo linfático axilar.
- ◆ *Carcinoma inflamatório da mama* caracteriza-se pelo aparecimento de sinais inflamatórios evidentes como sejam: rubor, dor, calor e tumor. São ainda identificados nódulos axilares e supraclaviculares palpáveis, e possíveis metástases com prognóstico por vezes reservado.
- ◆ *Doença de Paget do mamilo*, encontra-se em cerca de 1% a 4% das lesões mamárias, e a doente refere ao longo da história clínica a persistência de crostas e esfoliação do mamilo, acompanhado de prurido ou sangramento; caracteriza-se pela presença de uma erupção crónica eritematosa ou eczematoza da auréola, que na maioria das vezes se associa a carcinoma ductal *in situ* ou invasivo subjacente.
- ◆ *Tumor filóide*, histologicamente, tal como o fibroadenoma contém elementos epiteliais num estroma do tecido conjuntivo. Pode ser classificado como benigno, *borderline* ou maligno em cerca de 25% a 50%, do total deste tipo de tumor, pelas características das suas margens (infiltrativas ou bem delimitadas) e pela existência de atípicas celulares, actividade mitótica e crescimento do estroma. A mestatização do tumor filóide maligno é geralmente do tipo sarcomatoso com envolvimento pulmonar em 20% dos casos, apenas 5% mestatizam para os gânglios axilares homolaterais. Sempre que isto acontece é de mau prognóstico.

O exame físico efectuado pelo clínico, acompanhado da história individual da mulher, onde se identificam eventuais antecedentes familiares e pessoais com patologia mamária, consiste numa observação e palpação minuciosa das mamas, podendo o clínico necessitar de submeter a paciente a um exame radiológico (mamografia) para despistar ou confirmar eventual suspeita. Estes três procedimentos (história clínica, exame físico e exames complementares) devem ser sempre avaliados mas reconhece-se que nenhum é efectivo isoladamente, mas sim em conjunto. Há alterações não palpáveis, que apenas são detectadas através de mamografia. No caso de se confirmar a presença de nódulos, é necessário fazer exames mais específicos como por exemplo o estudo anatomopatológico da biópsia. O exame da peça histológica conduz quase sempre a um diagnóstico definitivo (William Odling, 2003).

Frequentemente na doença oncológica utiliza-se um código específico para designar o estágio do tumor, a fim de se proceder à sua leitura e interpretação, seguindo uma determinada classificação com as siglas **TNM**. O **T** avalia o tamanho do tumor, **N** o envolvimento dos nódulos linfáticos regionais e o **M** a expansão da doença à distância ou metástase (Pereira & Mestre, 1997).

Os tumores invasivos iniciais, localizados ou operáveis, agrupam-se no estágio I, II e alguns III-A T3 N1 M0; são tumores localmente avançados quase todos os III - A e todas as neoplasias III-B e III-C. A doença metastática ou recorrente incluiu-se no estágio IV. Esta informação pode ser consultada no quadro próprio, em anexo (Anexo H).

A doença do estágio I e II é localizada. A cirurgia é o sustentáculo do tratamento, sempre que a doença se encontra localizada e não apresenta sinais de metástases.

Devido aos avanços científicos operados nestes últimos cem anos, a técnica cirúrgica que consistia na remoção total da mama, tem sido objecto de preocupação por parte dos cirurgiões que têm vindo a evoluir e a aperfeiçoar a sua abordagem cirúrgica.

Desde a antiga e mutilante mastectomia radical, até às abordagens cirúrgicas mais conservadora dos nossos dias, a tendência é cada vez mais para uma cirurgia menos agressiva, com preservação do tecido mamário e menor extensão da cicatriz.

A cirurgia conservadora é utilizada na fase inicial e/ou com indicação de cirurgia como primeiro acto terapêutico. Segundo William Odling (2003) os actos cirúrgicos podem implicar:

- *Tumorectomia*, com margem de segurança;

- *Celulectomia axilar radical*, isto é a excisão dos gânglios linfáticos da axila:
- *Mastectomia simples*, consiste na remoção da mama sem extirpação de gânglios linfáticos;
- *Mastectomia radical* inclui a remoção total da mama, dos músculos da parede torácica e dos gânglios linfáticos associados.
- *Mastectomia radical modificada*, uma variante da anterior, embora haja a conservação do músculo grande peitoral;
- *Mastectomia radical modificada tipo Maden* consiste numa mastectomia radical caracterizada pela conservação dos músculos do pequeno e grande peitoral;
- *Mastectomia radical modificada tipo Patey* diz respeito a uma mastectomia radical em que se faz a remoção do pequeno peitoral.

Com base no mesmo autor, para além do acto cirúrgico, existem outros tratamentos adjuvantes que se revestem de extrema importância como complemento ou alternativa ao primeiro: radioterapia, hormonoterapia e quimioterapia. A primeira pode ainda ser utilizada antes da cirurgia para redução do tumor e a última é eficaz quando adjuvante da cirurgia e da radioterapia, principalmente quando há risco de desenvolvimento de metástases.

Imagem corporal

A mama está intimamente relacionada com a identidade, a maturidade, a sexualidade e maternidade /aleitamento. Deste modo, a perda da mama para algumas mulheres pode produzir consequências negativas na sua imagem corporal e no seu auto-conceito (Pilker & Winterowd, 2003).

O carcinoma mamário é o tipo de cancro mais frequentemente diagnosticado nas mulheres (Romaneck McCaul & Sandgren 2005). A investigação tem demonstrado que ao adquirir esta doença a mulher sente ansiedade, não só em relação à própria doença, mas também ao seu prognóstico e tratamento (Bredin1999).

Daí que a adaptação na vivência do cancro da mama é vista como um processo de ajustamento que envolve uma interacção entre as características do cancro e o seu tratamento, bem como avaliações cognitivas, experiências vivenciadas, esforços de coping (Osowiecki & Compas, 1999) e o respectivo suporte social.

É comumente aceite que o investimento afectivo e emocional atribuído à mama varia de mulher para mulher e a sua respectiva condição social (Nabais, 1997). A Imagem corporal é o conceito que cada pessoa tem de seu *corpo* e suas partes. Para que este conceito se forme é necessário o conhecimento tanto das estruturas anatómicas e relações entre as partes do corpo, bem como dos movimentos e funções de cada parte do corpo, além do reconhecimento da posição do corpo no espaço e em relação aos objectos.

Uma relação a considerar é certamente a que se estabelece entre a sociedade de consumo e o corpo. A construção social da beleza, um primeiro passo para o sofrimento.

A imagem corporal consiste numa idealização multidimensional defendida pelas percepções e atitudes que o indivíduo tem em relação ao seu corpo (Cash e Brown, 1989).

O corpo surge assim, como um referencial palpável, necessário para o suporte da identidade individual e social, isto é, como um elemento que garante o prazer, a expressão estética, que faculta um determinado status facilitando assim, as relações de ordem social (Lipovetsky, 1986, cit. Mota, 1997).

A Imagem Corporal não é apenas uma construção cognitiva, mas também um reflexo de desejos, emoções e interacção com o outro” (Shilder, 1999).

A mama é um símbolo da sexualidade, o que nos leva a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão leva a uma perda de auto-estima, conduzindo a sentimentos de inferioridade e rejeição.

Foram inúmeras as autoras e autores que escreveram acerca da natureza simbólica dos seios. Efectivamente, os significados atribuídos aos seios estão interligados com os valores sociais e culturais. Yalon (1997) sublinha que, independentemente da óptica sócio-cultural, a importância atribuída aos seios, ao longo dos tempos, tem sido predominantemente masculina.

Segundo Yalon (1997), os seios são considerados, sobretudo pelos homens, como sinal erótico vital numa manifestação amorosa. Representam também a beleza feminina. É inegável, portanto, que as qualidades estéticas e eróticas do seio assumem uma importância relevante na sociedade actual.

De acordo com vários autores o conceito de imagem corporal é impossível de definir claramente. Metodologicamente, e de acordo com Hopwood et al. (2001), não existe, hoje em dia, qualquer consenso face à definição de perturbação da mesma. Não há ainda uma teoria unitária que congregue todas as abordagens existentes. Cash e Pruzinsky (1990) são da opinião que é um conceito extremamente ambíguo.

Da revisão de literatura depreende-se que o conceito de imagem corporal envolve preocupações, pensamentos e sentimentos que cada pessoa possui acerca do seu corpo e da sua experiência corporal. Numa síntese acerca das concepções de vários teóricos relativamente à imagem corporal infere-se que esta não se restringe a questões de ordem estética e/ou de aparência física. Sublinham que é influenciada também pela idade, etnicidade, função e aptidões corporais, força, sensações corporais, personalidade, sexualidade, estado saúde/doença. Outros factores que se articulam com todos os referidos anteriormente são o conjunto de experiências vividas e a realidade sócio-cultural (Cash e Pruzinsky, 1990; Fallon, 1990; Brendin, 1999).

De tudo o que foi mencionado fica a ideia de que a imagem corporal é um constructo decorrente de diferentes dimensões da experiência corporal. Porém, dadas as características do instrumento de colheita de dados que controla a variável imagem corporal do presente estudo, interessa agora fazer uma abordagem mais aproximada da componente conceito de imagem corporal que se preocupa particularmente com a visão mental do self físico, ou seja, com as percepções relacionadas com a própria aparência física e estado de saúde.

Segundo Price (1999) citado por Romanek et al. (2005), a imagem corporal é conceptualizada como uma imagem mental do corpo e pode envolver diversas dimensões, tais como: a percepção que pessoa tem do seu próprio corpo; a forma como pensa sobre o seu próprio corpo; a forma como pessoa apresenta o seu próprio corpo aos outros; a satisfação face à sua aparência.

Relativamente ao tema, Hopwood (1993) fez uma revisão de literatura, acerca dos principais conteúdos tratados para caracterizar a imagem corporal/auto-conceito/auto-imagem em mulheres com cancro da mama, que decorreu propriamente entre as décadas de 1970 e 1990. Hopwood (1993) refere que um dos primeiros estudos, consistente do ponto de vista metodológico, é datado de 1977. O seu autor, Polivy, estudou o impacto da mastectomia na auto-imagem e auto-conceito através da escala de Berscheid. Esta, por sua vez, tinha como principais conteúdos a consciência do corpo, a atractividade sexual, sentimentos de feminilidade, o uso de vestuário apropriado, valorização física, as relações sexuais e a recusa a relacionamentos próximos.

Hopwood (1993) refere, entretanto, que nos trabalhos em que o método de entrevista era utilizado verificou a abordagem de aspectos como a satisfação em relação à cicatriz, o impacto do linfedema, o grau em que a mulher oculta a cicatriz em relação ao parceiro, o grau em que esta recusa despir-se na frente do mesmo, a atitude e consciência relativamente à aparência física, o sentimento de deformidade, a vergonha, a atractividade sexual e a mudança da importância do seio para a mulher.

Descreve ainda que as principais ideias mais comumente abordados pelas mulheres são: a insatisfação com a aparência (vestida), a perda de feminilidade, a recusa em ver-se despida, o sentimento de menor atractividade sexual, a consciência em relação à aparência e a insatisfação com a cicatriz e com a prótese.

A realização da cirurgia conservadora da mama beneficiou a imagem corporal das mulheres. As que se submeteram a esta modalidade terapêutica apresentaram desajustamentos psicológicos com menor frequência, aceitaram melhor os seus companheiros e sentiram mais liberdade para escolher o que vestir (Fung et al, 2001).

Importa também referir, um conjunto de apreciações acerca da relação com o corpo e aparência física tratadas nos estudos de autores como Mock (1993), Nunes e Neves (1997), Lo Castro (1998), Oliveira (2000) e Kissane et al. (2004).

Para Altshuler (1997) a alteração da imagem corporal é, incontestavelmente, um dos factores responsáveis pelos elevados níveis de ansiedade. Na referida obra (1997), o autor centra-se na doença crónica para transmitir tal ideia. Todavia, dá um enfoque particular às mulheres que sofrem de cancro da mama, sublinhando que durante o processo de luto algumas delas desenvolvem síndrome depressivo.

Mock (1993), refere que as mulheres com cancro da mama que estudou e que foram submetidas a cirurgia da mesma apresentaram alterações negativas ao nível da imagem corporal, quando comparadas com um grupo de mulheres saudáveis. A referida autora (1993) constatou que este facto se relaciona sobretudo com a depressão e a ansiedade associado ao diagnóstico e tratamentos.

Oliveira (2000) citando o estudo de Lo Castro et al. (1998) afirma que as mulheres mastectomizadas expressam completa insatisfação relativamente ao seu corpo despido. Hopwood (1993) no relato dos testemunhos das mulheres por si estudadas descreve sentimentos adjacentes às conclusões de Lo Castro et al. (1998), tais como o de se acharem anormais e de se sentirem metade de uma mulher.

Já Nunes e Neves (1997) referem que as mulheres mastectomizadas se sentem vazias do lado operado. A maioria referiu que, quando se olhava ao espelho, achava que o que via era muito feio e/ou estava feio.

Lo Castro et al. (1998) citado por Oliveira (2000), por sua vez, demonstraram a importância que as mulheres mastectomizadas atribuem às roupas no após a cirurgia. Os autores constataram que a importância atribuída à roupa deve-se ao facto de esta lhes permitir camuflar e disfarçar as suas imperfeições físicas. Na mesma lógica de ideias está o estudo de Kissane et al. (2004) alertando ainda, para o facto de que mulheres mastectomizadas procurarem escolher sempre roupa com o objectivo de esconder a cicatriz.

Nas mulheres em que a perda do seio era notória, verificou-se que estas não se sentiam à vontade se vestissem determinadas peças de roupa. Aboliam vestuário com decotes, cavados, alças, roupas mais justas e/ou transparentes, fatos de banho e/ou biquínis (Nunes e Neves, 1997).

Estes factos, poderão explicar em parte, que a procura do aperfeiçoamento da própria imagem, assim como a conservação da sua integridade, são importantes elementos de motivação. Tal como Pitanguy (1992) afirma, a imagem corporal é um importante elemento dentro do complicado funcionamento de formação da identidade pessoa

Vivências Sexuais

Para Quarteto (cit. In Vaz, 2003), o sexo é um fenómeno natural que envolve um conjunto alargado de alterações físicas, fisiológicas e psicológicas.

Assim sendo, a realidade do cancro da mama, o temor da morte, a mudança da imagem corporal e o medo da rejeição criam vários problemas de adaptação para a mulher. Pois as mamas são para a maioria das mulheres símbolo de feminilidade e estão relacionadas com a atractividade e o desejo sexual (Azevedo et al, 1995).

Então, torna-se pertinente efectuar uma abordagem relativamente à sexualidade na vida das mulheres diagnosticadas de cancro da mama, pois são inúmeras as alterações que a doença acarreta na vida sexual destas mulheres.

“A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual”

(Organização Mundial da Saúde)

Cupach e Comstock (1990), numa amostra de 402 indivíduos casados com idades compreendidas entre os 19 e os 58 anos, demonstraram que a satisfação com o relacionamento global, a satisfação com a comunicação sexual e a satisfação sexual estavam todas significativamente e positivamente relacionadas. Os autores referem que as competências comunicacionais globais (especificamente as que se orientam para a sexualidade) reforçam a proximidade e a intimidade relacionais. Por sua vez, o diálogo sobre os desejos, preferências, necessidades e receios sexuais permitem aos parceiros um nível de “entendimento” que reforça positivamente a satisfação sexual.

Efectivamente, a qualidade do relacionamento sexual existente entre o casal será responsável não só pelo alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher, mas também pelo retorno do interesse sexual numa fase mais calma da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a preocupar-se com o relacionamento sexual de ambos. Procuram maior intimidade,

trocas de carícias, prazer e novas formas de adaptação às condições actuais da mulher a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso (Pádua, 2006).

Sendo assim, o homem desempenha um papel importante quando confrontado com uma alteração física da mulher, que deseja desfrutar de uma sexualidade, que pretende-se que seja o mais sincera e leal possível.

“O acto sexual permite comunicar com o outro, é um gesto que se faz a dois, uma procura de comunicação e de contacto com alguém que livremente se escolheu, com que se pretende criar laços estreitos e partilhar algo mais íntimo”

(Andrade, 1996).

O tratamento do cancro da mama e a por vezes, conseqüente mastectomia, pode activar uma serie de sentimentos ao nível da sexualidade, podendo haver ausência de alterações a nível do relacionamento sexual, como alterações positivas e alterações negativas, estando relacionadas com o tipo de relacionamento anterior à doença e tendo como ponto crucial a atitude do parceiro sexual, que funcionam nalguns casos como factor facilitador e noutros como factor dificultador (Oliveira, 2004).

Qualquer estudo que tente trabalhar as questões do funcionamento sexual nunca poderá ignorar o relacionamento conjugal anterior à doença. Barni e Mondin (1997) partilham desta ideia quando referem no seu estudo que um dos factores a ter em conta no estudo da sexualidade do casal é, precisamente, a qualidade da relação conjugal e sexual do mesmo, antes do aparecimento da doença.

López, Polaino, Arranz, Granda & Cuerda (1991, cit. in. Fernandes, 2000), elaboraram um estudo com o objectivo de avaliar as mudanças nos comportamentos sexuais como conseqüências do diagnóstico e tratamento do cancro de mama. A amostra continha 58 mulheres mastectomizadas há cerca de dois anos e meio, com idades compreendidas entre os 28 e os 59 anos. Concluíram que 74% das mulheres, apresentaram mudanças negativas em relação às atitudes e os comportamentos sexuais, sendo que 32% destas mudanças converteram-se em disfunções sexuais. Estas mudanças costumam manter-se ao longo do tempo excepto se se realizar uma intervenção específica. Também puderam observar que havia uma estreita relação entre as mudanças na sexualidade e a não-aceitação da nova imagem corporal resultante da mastectomia. A principal mudança sexual diagnosticada nesta

amostra, diz respeito a diminuição da frequência do número de coitos, seguida da diminuição do desejo sexual. Mulheres com dificuldades sexuais e vergonha da nova imagem corporal (pós mastectomia), referem uma menor aceitação da realidade por parte do companheiro.

Com relação às vivências sexuais após o tratamento, Barni e Mondin (1997) mencionam no seu estudo que as mulheres mastectomizadas relatam, relativamente à sua sexualidade, a diminuição do desejo sexual, frigidez e dispareunia – dor durante o coito. Já Oliveira (2000) fala da diminuição do desejo sexual e, conseqüentemente, diminuição do número de relações sexuais. Schover (1994) refere ainda, a perda da libido, dificuldades em atingir o orgasmo e dificuldade em iniciar uma relação sexual.

Payne et al. (1996), Barni e Mondin (1997), Baptista (1999) e Oliveira (2000), consideram ser extremamente importante o facto de que as mulheres com cancro da mama, assim como outros doentes do foro oncológico, mantenham a actividade sexual sempre que possível, pois esta contribui para a conservação da saúde residual da doente, melhorando a adaptação à doença.

Barni e Mondin (1997) sublinham, ainda, a pertinência da manutenção da vida sexual das mulheres mastectomizadas no combate à imagem de doença e debilidade. Os referidos autores, constataram no seu estudo que é indispensável que as mulheres submetidas a amputação da mama, e que têm parceiro sexual, discutam com este os seus problemas desta índole.

Neste sentido, Bona et al. (1997), referem um estudo realizado num conjunto de mulheres mastectomizadas e concluem que aquelas que partilham os sentimentos com o seu parceiro têm melhorado a sua auto-estima e, conseqüentemente, a sua função sexual. Por outro lado, as que por vários motivos não conseguem expressar eficazmente os seus sentimentos com os companheiros referem solidão e isolamento em relação à família, pois, mantêm os seus sentimentos em segredo.

“Devemos considerar a sexualidade como um fenómeno humano básico que depende estreitamente da biologia e dos comportamentos e ao mesmo tempo os transcende; um fenómeno em redor do qual se criaram mitos incomparáveis, rituais de todos os tipos, normas muito rígidas, as mais excelsas imagens e fantasias e gerou algumas das criações literárias mais elevadas” (Capellá, 2003).

Formulação do Problema

O cancro é identificado na maioria das vezes, como um percurso progressivo e doloroso em direcção à mutilação ou à morte. O cancro da mama é o mais temido pelas mulheres devido à sua taxa de incidência e, pelo impacto psicológico que provoca. Envolve negativamente a percepção da sexualidade e da auto-imagem mais do que qualquer outro tipo de neoplasia que atinge a mulher (Santos, Koch, Frassom, Schenato & Melo, 1998; Covich, 2000, Paek, 2001).

As mamas são partes do corpo feminino e, por influência cultural, altamente valorizadas; compõem a estética feminina, sendo parte identificável da diferença do género; são símbolos sensuais expressivos, de potencial erógeno, e descritas milenarmente em versos e prosas. O acto de amamentar é substancial para a perpetuação da espécie, sendo fonte de prazer e realização. A mama é o representante exterior da feminilidade; a perda de parte ou de seu todo representa uma grande ameaça à integridade psicológica e funcional da mulher (Heckert, 1995).

Carpenito (1997) define distúrbio da imagem corporal “ (...) *como um estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma perturbação na maneira como percebe a sua imagem corporal (...)* “ e cujos sinais e sintomas são a resposta verbal ou não verbal, relativa à mudança real ou potencial na estrutura ou funcionamento, isto é vergonha, embaraço, culpa e repugnância. Podem ainda estar presentes sentimentos negativos sobre o corpo, sentimentos de desamparo, desespero, impotência e vulnerabilidade.

Nanchoff-Glatt (1998) descreve uma série de factores que influenciam as reacções das pessoas às alterações da imagem corporal como: Capacidade de adaptação de cada indivíduo; Reacções das pessoas mais próximas; Capacidades dos profissionais de saúde para ajudarem a pessoa e família; Comportamentos anteriores; Modelos e papéis positivos.

A mama é um símbolo da sexualidade por excelência, o que nos leva a pensar que a qualquer patologia que ameace este órgão leva a uma perda de auto-estima, conduzindo a sentimentos de inferioridade e rejeição.

Neste contexto, Almeida (2007) afirma que a mutilação da mama, um órgão característico da feminilidade, resulta na alteração negativa da imagem corporal, representando uma limitação estética e funcional que pode prejudicar a satisfação sexual.

Porém a qualidade dos relacionamentos afectivos com os seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, são um factor que influencia a qualidade de vida do casal após diagnóstico e/ou mutilação.

No mesmo sentido, Schover (1991, cit por Anillo, 2000), refere que apenas uma minoria dos casais apresenta disfunções sexuais significativas após o tratamento do cancro da mama. O autor alerta para o facto de os problemas sexuais serem mais frequentes em casais que já tinham problemas a este nível e entre mulheres que dão maior importância à sua aparência.

Nesta investigação, temos como problema a investigar a percepção da imagem corporal e das vivências sexuais, em mulheres com cancro da mama.

Assim foram propostos os seguintes objectivos específicos: Perceber como é que as mulheres percebem a sua sexualidade, após terem o diagnóstico de cancro da mama e aprofundar os conhecimentos do impacto da doença na imagem corporal, tanto em mulheres submetidas a mastectomia, como nas mulheres com outro tipo de cirurgia (conservadora).

No estudo, surgem como variáveis independentes: a idade, o estado civil, seleccionando-se apenas os indivíduos casados ou com uma relação duradoura; as vivências sexuais; o tipo de cirurgia: fez ou não mastectomia; tempo de mastectomia/cirurgia, situação profissional e habilitações literárias, na medida em que se pretende perceber como é que as mulheres vivem a sua sexualidade e lidam com a sua imagem corporal.

A variável dependente em estudo recai sobre a imagem corporal, de mulheres com cancro da mama.

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 20 mulheres com cancro da mama, submetidas a uma cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora). Todas as participantes são casadas ou vivem em união de facto. As idades das participantes estão compreendidas entre os 30 e os 62 anos.

Com relação à situação profissional, constatámos que 55% das participantes encontram-se a trabalhar neste momento, 15% estão desempregadas, 20% já se encontram reformadas e 10% encontram-se de baixa médica.

Delineamento

A presente investigação apresenta-se como um estudo exploratório, descritivo e correlacional. O método descritivo pretende fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento, podendo haver eventuais relações entre as mesmas, porém não compete ao método descritivo determinar a natureza de tal relação (Pinto, 1990).

Então, através deste método, pretendemos denominar e descrever uma população de mulheres com cancro da mama, ou caracterizar as suas vivencias sexuais e imagem corporal.

Instrumentos

Utilizou-se um questionário sócio-demográfico, isto é, um instrumento descritivo elaborado com a finalidade de recolher informação que permita descrever esta amostra. Este questionário é constituído por questões como: a idade, localidade de residência, habilitações literárias, situação profissional, estado civil aquando do diagnóstico e estado civil actual, tempo de diagnóstico da doença, tempo de intervenção cirúrgica, com mastectomia ou não, tempo de mastectomia caso aplicável. Adicionalmente é constituído por uma questão de carácter aberto que privilegia o tipo de relação com o parceiro antes e depois do diagnóstico.

Um questionário com o objectivo de avaliar as vivencias sexuais após a incapacidade adquirida, a sexualidade nas mulheres com cancro da mama – A Escala de Ajustamento Conjugal para pessoas com Deficiência Adquirida de Oliveira, R. A., Tenreiro, I., Tenreiro, G., Paixão, R., Laíns, J., & André, L. (1998). Para esta investigação apenas foi analisado o item relativo à sexualidade, dividido em vinte e duas questões sobre a actividade sexual do casal. É constituído por questões fechadas (1 a 19) e por perguntas abertas (20, 21 e 22), onde se pretende que o sujeito fale da sua adaptação. Segundo Page et al. (1987), as questões dividem-se em categorias: Satisfação Sexual, em que surgem questões como: “Considera que tem direito a alguma forma de Satisfação Sexual”; Comportamento Sexual, com as perguntas “Desde o aparecimento da incapacidade, voltou a ter relações sexuais”; Sentimentos Sexuais, com questões como: “Como se sente antes, durante e depois do acto sexual” e por último, as

perguntas referentes aos Problemas e Preocupações Sexuais, em que se inserem as últimas (19, 22, 21 e 20).

Este questionário adequa-se ao tema em estudo, uma vez que tem vindo a ser utilizado em investigações sobre a sexualidade na reabilitação física, incidindo na deficiência física adquirida, ora, o tratamento do cancro da mama incide principalmente na mastectomia e esta leva a uma deficiência física adquirida.

O conceito de Reabilitação prende-se com a noção de mudança, obrigando o sujeito a reconhecer que já não é o mesmo; em que o seu sentimento de Identidade é abalado.

As mulheres mastectomizadas além de se confrontarem com o diagnóstico de cancro, passam pela perda de uma parte do seu corpo. A mastectomia poderá interferir em diferentes áreas da vida da mulher, nomeadamente no seu auto-conceito e na imagem que tem do seu próprio corpo. (Gonçalves, 2004).

Uma Escala de Imagem Corporal, “Como Me Relaciono Com o Meu Corpo” - escala construída por Palhinhas, Tapadinhas e Ribeiro em 2000, com base na escala de Imagem Corporal (Gomes, Viena & Firmino) e na Body Image Scala de (Hopwood, Fletcher, Lee & Ghazal). Pretende-se avaliar a Imagem corporal da mulher de duas formas: o corpo pré-morbido (valor atribuído ao corpo no geral) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente)

As respostas são obtidas através de uma escala tipo Likert, constituída por 7 itens cada, cujas respostas variam entre: Não, Um Pouco, Moderadamente e Bastante. Os itens são pontuados de 1-4, sendo que a primeira parte da escala é cotada por ordem crescente e a segunda parte cotada por ordem decrescente. A soma da pontuação dos 7 itens, pode oscilar entre 7 a 28, assim quanto maior a relação com a imagem corporal mais elevado será o score final da escala.

A Escala utilizada, tem sido aplicada em vários estudos sobre a Imagem Corporal em Mulheres com Cancro da Mama.

Neste seguimento, é de grande interesse fazer referência a um trabalho de Patrão e Ramos (2005) - *Imagem Corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na Qualidade do Relacionamento conjugal e na satisfação sexual*.

O objectivo desse trabalho, foi o estudo da imagem corporal, da qualidade do relacionamento conjugal e da satisfação sexual de mulheres com cancro da mama. Nesse estudo participaram 30 mulheres com cancro da mama, submetidas a uma cirurgia e posterior

tratamento. Todas as participantes eram casadas ou viviam em união de facto e mantinham uma actividade sexual com o parceiro. Utilizaram como instrumentos: a Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo”, a Escala de Relacionamento Conjugal e o Índice de Satisfação Sexual. Os resultados obtidos apontaram para a inexistência de problemas ao nível da imagem corporal e da qualidade do relacionamento conjugal. Constataram, a existência de problemática ao nível da satisfação sexual dos participantes.

Procedimento

Inicialmente procedeu-se à realização de uma revisão de literatura, tendo sido efectuadas várias pesquisas bibliográficas sobre o tema em estudo.

Na fase seguinte, averiguou-se a existência de escalas que permitissem uma medição correcta das variáveis em estudo (Escala de Imagem Corporal e Escala de Ajustamento Conjugal). Foi ainda elaborado o Questionário sócio-demográfico, que se refere à Caracterização da Amostra, tendo em conta as variáveis secundárias necessárias à identificação de cada uma das participantes do estudo.

Procedeu-se então à recolha da amostra. Devido ao tempo disponível a amostra foi recolhida por conveniência, escolhida mediante o método de amostragem não probabilística “Bola de Neve”. Inicialmente entrei em contacto com a autora de um blog, construído por mulheres que vivenciaram o cancro mama. Esta por sua vez fez-me chegar a outros contactos e assim sucessivamente.

A recolha da amostra foi realizada respeitando os seguintes critérios: mulheres que recorreram a cirurgia para o tratamento do cancro da mama, mulheres casadas ou com uma relação duradoura com o mesmo parceiro, escolaridade igual ou superior ao ensino básico (imprescindível à compreensão do instrumento), sem alterações patológicas do foro neurológico e psiquiátrico.

As instruções dadas foram ao encontro do pedido do auto-preenchimento dos questionários com o máximo de sinceridade possível, alertando-se para o facto de que o anonimato e a confidencialidade seriam tomados em conta ao longo da realização do trabalho.

Por último, procedeu-se à cotação dos questionários bem como ao tratamento estatístico, elaborado através do programa SPSS 15 (Statistical Package for Social Sciences).

Análise dos Resultados

Ao analisarmos os resultados, verifica-se que 60% das inquiridas souberam da doença há mais de 2 anos (24 meses). A maioria das participantes (70%) realizou mastectomia e apenas 30% das 20 mulheres foram submetidas a outro tipo de cirurgia (a chamada conservadora). Salienta-se a constatação de que, 50% das mulheres participantes neste estudo fez a mastectomia há cerca de 14 meses.

Estamos perante uma amostra pequena (N=20), os dados recolhidos não apresentam distribuição normal, como tal, para tratamento dos dados, utilizaram-se os testes não paramétricos de Wilcoxon-Mann-whitney e Kruskal Wallis consoante comparámos duas ou mais amostras independentes, respectivamente. Utilizou-se também o teste de correlação de Spearman para analisar se as variáveis variavam de forma directa ou inversamente proporcional. O nível de significância utilizado foi de $\alpha=0.05$.

Com relação à escala de Imagem Corporal, analisando a subescala de corpo pré-mórbido, i.e., o valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não, verificamos que apenas 20% das participantes apresentam valores abaixo dos 14 pontos, ou seja as participantes não apresentam grande problemática no que respeita à valorização da sua aparência, sendo que os restantes 80% já apresentam sintomas de problemática no que respeita à valorização da sua aparência. Penetrando agora, na subescala do corpo mórbido, i.e., valor atribuído ao corpo doente, 35% das participantes não apresentam sintomas problemáticos no que respeita também a valorização da sua imagem.

Ao fazer uma análise mais profunda das escalas analisadas estas não apresentam diferenças significativas na maioria das variáveis analisadas, à excepção de alguns itens segundo o facto de já ter feito mastectomia ou não. Estas diferenças surgem principalmente

na Escala de Imagem Corporal e nas suas subescalas em alguns dos seus itens, bem como nos sentimentos durante a vivência experienciada e em relação às relações sexuais praticadas.

Tabela 1 – Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-whithney da Escala de Imagem Corporal e suas subescalas consoante as participantes já terem sido submetidas a mastectomia

	Mastectomia	N	Mean Rank	KW	p
Escala de Imagem Corporal	Sim	16	12.29	17	<.05
	Não	4	6.33		
Sub-escala de corpo pré-mórbido	Sim	16	8.71	17	<.05
	Não	4	14.67		
Sub-escala de corpo mórbido	Sim	16	13.29	3	<.05
	Não	4	4.00		

Analisando as tabelas apresentadas, constata-se que enquanto seria de esperar que os valores mais elevados surgissem nas participantes que já fizeram a mastectomia, no caso da subescala de corpo pré-mórbido são as participantes que ainda não passaram pela cirurgia que apresentam valores mais elevados.

Em relação aos itens da Subescala de Corpo pré-mórbido são as participantes que ainda não foram submetidas a mastectomia que apresentam maiores sintomas.

Tabela 2 – Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-whithney da Subescala de Imagem Corporal de Corpo Pré-mórbido consoante as participantes já terem sido submetidas a mastectomia

	Mastectomia	N	Mean Rank	KW	p
Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo	Sim	16	8.64	16.00	<.05
	Não	4	14.83		
Olho com agrado para o meu corpo	Sim	16	8.68	16.50	<.05
	Não	4	14.75		

Na subescala de corpo mórbido são as participantes que já foram submetidas a mastectomia que apresentam sintomas mais significativos.

Tabela 3 - Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-whithney da Sub-escala de Imagem Corporal de Corpo Mórbido consoante as participantes já terem sido submetidas a mastectomia

	Mastectomia	N	Mean Rank	KW	p
Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência	Sim	16	12.57	13.00	<.05
	Não	4	5.67		
Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento	Sim	16	13.07	6.00	<.05
	Não	4	4.50		
Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento	Sim	16	13.21	4.00	<.05
	Não	4	4.17		
Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua	Sim	16	12.57	13.00	<.05
	Não	4	5.67		
Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento	Sim	16	12.96	7.50	<.05
	Não	4	4.75		
Sinto que a doença e/ou tratamento deixou meu corpo incompleto	Sim	16	13.18	4.50	<.05
	Não	4	4.25		

As atitudes das participantes face à sexualidade, com base no Questionário de Ajustamento Conjugal, foram categorizadas da seguinte forma: Satisfação Sexual, Comportamento Sexual, Sentimentos em relação à Sexualidade e Problemas e Preocupações relacionados com a Sexualidade.

Deve salientar-se o facto dos resultados obtidos neste estudo não apresentarem diferenças significativas em relação a nenhuma das variáveis, nem em relação ao facto de já ter passado pela mastectomia, como tal, procedeu-se então a uma avaliação quantitativa e qualitativa destas respostas.

Com relação à Satisfação Sexual, quando se questionaram as participantes sobre se consideravam que tinham direito a alguma forma de satisfação sexual, na sua maioria (95%) responderam que sim, sendo relevante referir que apenas 85% tinham reiniciado as relações sexuais com seus parceiros.

Das participantes, 90% referem que as relações sexuais são sempre de mutuo desejo e acordo, sendo que quando questionadas sobre se o companheiro deseja manter relações sexuais apenas 55% referem que tantas vezes quanto elas e 45% referem que os parceiros desejam mais vezes do que elas. Já em resposta a se elas conseguem manter sempre as relações sexuais 60%, respondem que mantêm relações sempre que o parceiro deseja contra 40% que diz que menos vezes das que o parceiro desejaria.

Apenas 55% das participantes se sentem muito atraídas sexualmente pelo seu parceiro, 35% mais ou menos e 10 pouco atraídas.

Ao analisarmos o Comportamento Sexual, verifica-se que 85% das participantes já tinham tido lubrificações durante as relações sexuais e 70% destas já tinham alcançado o orgasmo.

Em relação à questão se as participantes consideram que desde o aparecimento da sua incapacidade continuam a ter a mesma vida sexual, 55% consideram que sim contra 45% que referem que não.

Ao analisarmos as actividades sexuais que as participantes gostariam ou poderiam participar, apenas 20% refere o “masturbar-se”. Já 65% refere o facto “do parceiro a masturbar”, 60% fazer o “69”, 55% fazer “sexo oral” e 80% “masturbar o seu parceiro”.

Nenhuma das participantes referiu outro tipo de actividade sexual de que gostaria ou poderia participar embora todas as participantes considerem que tem a possibilidade de satisfazer o seu companheiro em alguma das actividades sexuais anteriormente descritas.

Constatou-se também, que 15% das participantes se sentem aborrecidas com o facto do companheiro não poder ou não querer seguir as mesmas práticas sexuais. Assim como 50% ficam aborrecidas pelo facto de não quererem ou não estarem aptas a corresponder ao mesmo nível do seu companheiro no acto sexual.

Já em relação a quem atinge o orgasmo primeiro, 50% das participantes dizem que o outro, 25% afirmam que atingem orgasmo ao mesmo tempo, 10% referem ser elas quem atinge o orgasmo primeiro e 15% não atinge o orgasmo. Com relação à satisfação do parceiro, 85% referem que o parceiro atinge o orgasmo (55% atinge sempre e 30% geralmente) contra 15% que referem que o parceiro nunca atinge o orgasmo.

Debruçando-nos sobre os Sentimentos em Relação à Sexualidade, analisámos a questão “*desde o aparecimento da sua incapacidade, como se sente antes de iniciar o acto sexual?*”, as participantes podiam referir dois pontos que considerassem mais relevantes ao seu sentimento no momento, na sua maioria referem “*sentimentos de insegurança*”, aparecendo de seguida “*o sentimento continua o mesmo que era antes*”, seguido pelo “*medo de falhar*” e “*sente-se pior em relação a antes do aparecimento da incapacidade*”.

Na questão sobre como descreveriam os seus sentimentos durante as relações sexuais que praticam nos dias de hoje, as respostas mais significativas foram “*está interessada no prazer mútuo*” e o “*sentimento de insegurança ou medo de não satisfazer o outro*”. Uma pequena percentagem referiu a “*excitação total*” bem como o “*compromisso total*” e só uma participante refere que “*só o faz para agradar o outro*”.

Penetrando os problemas e Preocupações relacionados com a sexualidade destas mulheres, verificou-se que 5% das participantes se sentem completamente satisfeitas em relação aos seus sentimentos após as relações sexuais que praticam ultimamente, já 55% encontram-se satisfeitas, revelando-se que 20% consideram-se totalmente insatisfeitas.

Salienta-se que 70% das inquiridas, consideram que de um modo geral têm satisfeito o parceiro.

Ao analisarmos se estão sexualmente ajustados um ao outro, 45% referem que perfeitamente ou quase perfeitamente (20% e 25%, respectivamente), 30% consideram que poderia “*haver uma melhoria*”, já 25% demonstram a sua insatisfação (10% referem que “*nem por isso*” e 15% desta amostra, desde o diagnóstico da doença, afirmam que não tem havido relações sexuais entre eles).

Da análise das questões abertas há a salientar que ao ser perguntado ao sujeito: “O que é que o (a) seu (sua) companheiro (a) poderia fazer para tornar o sexo mais satisfatório?”, na sua grande maioria respondem que “*nada*”, enquanto que surge um caso isolado em que uma participante refere como exemplo, “*estimular mais... mais atenção e carinho...*” fazendo referência à existência de falta de diálogo.

Uma das perguntas que é colocada às participantes é a de saber se “Existe alguma coisa que o (a) seu (sua) companheiro (a) faz que o (a) impede de obter uma satisfação sexual completa?”, as participantes na sua maioria, 65%, referem que não, sendo que depois surgem algumas questões, cada uma delas com 5% onde elas referem que o problema está nela, ejaculação precoce e falta de contacto.

Discussão

O cancro da mama é uma das patologias que abala a estrutura física e psico-social da mulher, ao mesmo tempo que, desencadeiam emoções, sentimentos e comportamentos que as deixam fragilizadas, após a confirmação de doença grave, quase sempre associada a morte. A mulher vive inicialmente em permanente stress, medo e desespero, necessitando frequentemente de um espaço/tempo para poder reflectir sobre o facto de estar doente, mesmo sabendo que terá um futuro incerto e repleto de sentimentos de medo, angústia, dor e sofrimento.

Este estudo possibilitou-nos o alargamento do próprio conhecimento sobre a doença oncológica da mama e as vivências da mulher com diagnóstico desta doença, referentes à imagem corporal e sexualidade. Os dados recolhidos e analisados remetem-nos para a não existência de diferenças significativas entre as variáveis imagem corporal e vivências sexuais, logo, não se pode concluir que exista, de facto, uma mudança nas vivências sexuais devido à alteração da imagem corporal provocada pela mastectomia ou cirurgia conservadora.

Resultados estes, que nos levam ao encontro da teoria defendida por Ducharme et al. (1988), em que a sexualidade de um sujeito não é determinada por características e/ou capacidades físicas, o que faz com que não se deva julgar o deficiente físico como impossibilitado da prática sexual.

Barni e Mondin (1997) sublinham, a pertinência da manutenção da vida sexual das mulheres mastectomizadas no combate à imagem de doença e debilidade. Os referidos autores, constataram no seu estudo que é indispensável que as mulheres submetidas a amputação da mama, e que têm parceiro sexual, discutam com este os seus problemas desta índole. Do mesmo modo, partilhamos do ponto de vista de Payne et al. (1996), Barni e Mondin (1997), Baptista (1999) e Oliveira (2000), que consideram ser extremamente importante o facto de que as mulheres com cancro da mama, assim como outros doentes do foro oncológico, mantenham a actividade sexual sempre que possível, pois esta contribui para a conservação da saúde residual da doente, melhorando a adaptação à doença.

Posto isto, a explicação para uma não mudança no relacionamento conjugal devido à alteração da imagem corporal provocada pela mastectomia ou cirurgia conservadora,

certamente estará relacionada com a qualidade do relacionamento sexual existente entre o casal antes da doença. Estes resultados corroboram a teoria de Pádua (2006), que defende que a qualidade do relacionamento sexual existente entre o casal será responsável não só pelo alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher, mas também pelo retorno do interesse sexual numa fase mais calma da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a preocupar-se com o relacionamento sexual de ambos. Procuram maior intimidade, trocas de carícias, prazer e novas formas de adaptação às condições actuais da mulher a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso.

Sabemos que tem aumentado o número de investigações na área da oncologia, todavia a prioridade tem sido dada a estudos genéticos e biológicos sobre o aparecimento, controlo e tratamento da doença. Contudo, o orgânico não se deve separar do psíquico. A par do sofrimento físico surge o sofrimento psicológico.

Sobretudo em mulheres que realizam uma mastectomia, a intervenção psicológica parece tornar-se indispensável. Ajudar a mulher a lidar com as alterações corporais, a desenvolver estratégias de *coping* que lhe permitam encarar as mudanças na sua aparência, informando-a que a sua feminilidade continua a existir são algumas das formas como um psicólogo pode intervir.

O tratamento físico é fundamental, porém o psíquico igualmente o é. A saúde é uma relação de equilíbrio entre o corpo e a mente, com um certo nível de comunicação e conhecimento entre o externo e o interno. Saber o que se passa com o físico e com os motivos psíquicos relacionados a esse físico doente e a forma de conduzirmos a cura (Conte, 2003).

Com relação também, às Vivências Sexuais, o acompanhamento psicológico da doente e do seu companheiro torna-se fundamental ao bem-estar e à qualidade de vida de mulheres com cancro de mama. O parceiro da doente é, em grande parte dos casos, a pessoa com maior contacto directo com a doente. Ouvir, compreender e ajudar o casal a enfrentar esta nova e indesejável situação ajudará ambos os cônjuges a se reajustarem a uma série de novos papéis e funções e proporcionará uma melhor comunicação entre ambos.

Como tal, consideramos que seria fundamental perceber como é que os parceiros destas mulheres vêm a sua sexualidade, no decorrer da doença e tratamentos.

Para finalizar e fazendo referência às limitações do presente estudo, salienta-se o reduzido tamanho da amostra. Devido ao número restrito da amostra, não podemos generalizar os dados ao restante da população, a fim de estarmos mais próximos da realidade. Porém, trata-se de uma população com difícil acesso, ainda mais quando os assuntos a serem abordados, são por si só, difíceis de verbalizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, R. A. (2007). Impacto da Mastectomia na Vida da Mulher [Em linha]. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf> [Consultado em 17/05/2009].

Altschuler, J. (1997) – *Working with Chronic Illness*. London: Ed. Macmillan Press Ltd.

Andrade, I. M. (1996). *Labirintos da Sexualidade*. Porto, Porto Editora.

Anelli Agnaldo et al (1996) *Cancer da Mama In Oncologia*. Bases Clínicas de Tratamento, Rio de Janeiro, Edições Guanabara j AS, p.181-191.

Azevedo, C. Ramos, E., Ramos, L. e Oliveira, M. F. (1995) Mastectomia e sexualidade, *Divulgação*, (nº 36/Outubro), pp 6-12

Barni, S.; Mondim, R. (1997) – Sexual Dysfunction in treated Breast Cancer Patients. *Annals of Oncology*, 8, pp.149-153.

Batista, M. C. S. (1999) – Contributo para uma melhor compreensão da Morbilidade Sexual e da Perturbação da Imagem corporal da Mulher Mastectomizada. Porto (Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas, orientada pelo Prof. João Machado Vaz e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto).

Benoit, J. C; et al (1988) *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF (familles saines).

Bona et al. (1997) – *Breast Cancer, a Clinical Guide to Therapy*. London: Martin Dunitz.

Bredin, M (1999). *Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of Women's experience*, *Journal of Advantaged Nursing*, 29 (5), p: 1113-1120.

Bruges, M : Lisete (2006) *Mastectomia e Auto-Conceito*. Lisboa, Lusociência, ISBN972-8930 -27-5. 104p. Bruni.3.ed. São Paulo: Abril Cultural,

Cahoon, M. C. (1982). *Enfermagem Oncológica - Manuais de Saúde e Enfermagem*. Mem Martins, Publicações Europa-América.

Capellá, Alfredo (2003) *Sexualidades Humanas, Amor e Loucura*. Climepsi: Lisboa

Carpenito, Lyndia Juall (1997) *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*, 6ªedição, Artes Médicas. Porto Alegre, p: 812.

Cash, T.; Brown, T. (1989): Gender and body images – stereotypes and realities. *Sex Roles*, 21(5/6), pp. 361-373.

Cash, T. F.; Pruzinsky, T. (1990) - *Body Images – Development, Deviance and change*. New York: The Guilford Press.

Cupach, W. R; Constock, J. (1990) – Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7, pp.179-186.

Estapé, T. (2001). Disfunções sexuais em pacientes de câncer. In Dias,M.R. & Durá, E.(Eds.) *Territórios da psicologia oncológica (pp. 235-263)*. Climepsi: Lisboa.

Fernandes, S.M. (2000). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica breve em mulheres com cancro da mama*. Dissertação de mestrado Apresentada a Universidade do Minho: Braga.

Hopwood, P. (1993). The assement of body image in cancer patients. *European Journal of cancer*, 29A (2), 276- 281.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image escale for use with cancer patients. *European Journal of cancer*, 37 (2), 189-197.

Kissane, D. et al. (2004) – Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer. Sydney: National Breast Cancer Centre.

Menke, Carlos e Biazuz, Jorge (1991) *Tratamento Cirúrgico do Cancer da Mama* In *Oncologia Clínica: Princípios e Práticas*, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1ª edição, p: 289-308.

Mestre Margarida Maria da Silva Vieira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto).

Mock, V. (1993) - Body Image in Women Treated for Breast Câncer. *Nursing Research*, 42: 3, Agosto, pp 14-23.

Mota, J. (1997): A actividade física no lazer. Reflexões sobre a sua prática. Livros Horizonte.

Nabais, F.(1997). *Tumores e Temores da mama*. In Pereira V & Mestre, L.(1997).

Nanchoff Glatt, Michelle (1998) *Promover o Auto-Conceito In Enfermagem Fundamental - .Abordagem Psicofisiológica*, 1ª Edição. Lusodidacta. Lisboa.

Nunes, M. J.; Neves, M. A. (1997) – A Mulher Mastectomizada: Que Reacções? Que Consequências? *Revista Nursing*, 112:10, Junho, pp. 19-22.

Odling-Smee, William (2003) *Câncer da mama* In SPENCE, ROY A; JOHNSTON, Patrícia G- *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ISBN 85-“77-O856-G, P:297-315.

Oliveira, R. A., Tenreiro, I., Tenreiro, G., Paixão, R., Laíns, J., & André, L. (1998, Novembro). *A sexualidade nos deficientes físicos – A Escala de Ajustamento Conjugal para*

peessoas com Deficiência Adquirida. Comunicação apresentada na VI conferência Internacional de Avaliação Psicológica, Salamanca.

Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oliveira, I. M. da S. (2004). *Vivências da mulher Mastectomizada - Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo*. Porto, Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.

Osowiecki, D. & Compas, B. (1999) *A prospective study of perceived control and psychological adaptation to breast cancer*. *Cognitive therapy and research*, 23 - 29, p: 169-180.

Pádua, E. A. (2006). Cancêr de mama não impede a prática sexual. [Em linha]. Disponível em http://www.mulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo. [Consultado em 15/04/2009]

Pilker,V.& Winterwod, C. (2003) *Racial and Body image differences in coping women diagnosed with breast cancer*. *Health Psychology*, 22 (6), 632- 637.

Payne, D. et al. (1996) – Women’s Psychological Reactions to Breast Cancer. *Seminars in Oncology*, 3: 1, suplemento 2, Fevereiro, pp. 89-97.

Pereira, V. & Mestre, L. (1997). *Senologia prática*. Glaxowellcome: Lisboa.

Palhinhas, P.; Tapadinhas, A.; Gouveia, P. (2006) – Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. In *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. *Jornal de psicologia:Porto*.

Pitanguy, I. (1992). *Aspectos fisiológicos e psicossociais da cirurgia plástica*. In: Filho, J.M. (1992). *Psicossomática hoje*. 264-272. Artmed: Porto Alegre.

Ramos, A.S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica* 23 (3), 295-304.

Romanek, K.M: Mccaul, K.D.& Sandgren, A.K (2005) *Age Differences in Treatments Decision Making for Breast Cancer in a Sample of Healthy Women: The effects of a Body Image and Risk Framing*. *Oncology Nursing Forum*, 32 (4), 799 - 806.

Schilder, P. *A imagem do corpo: as imagens construtivas da psique*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

Schover, L. (1994) – *Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer*. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, pp.177-182.

Seeley, Rod, R. et al (2007) *Anatomia e fisiologia*. Lusociência, Loures, ISBN 972-8930-070-0, p: 1050-1060.

Senologia Prática. Lisboa: Glaxo Welcome, p: 131-137.

Serrão, Daniel (2003) *O cancro em seus aspectos biológico, epidemiológico e clínico terapêutico*, Porto, Semana da Europa contra o Cancro,p:107.

Spence, J.R.A & Johnston (2003) *Oncologia* In ODLING William Smee.*Cancer da Mama*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara-Koogan, p:298 -315.

Vaz, J. M. et al. (2003). *A Sexologia - perspectiva multidisciplinar*. Coimbra, Quarteto.

Yalom, M. (1997) - *História do Seio*. Lisboa, Editorial Teorema.

Yetman J. et al (1994) *Parâmetros Prognósticos no carcinoma In: A mama tratamento abrangente das Doenças Benignas e Malignas*. S: Paulo. Manole Ltda .p : 357 - 99.

Anexos

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Débora Isabel Vilhena Água-Doce

Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149 - 041 Lisboa

Telefones 218 811 700

Fax 218 860 954

E-mail info@ispa.pt

Declaração de Consentimento Informado

Concordo em colaborar voluntariamente na investigação científica que se encontra a efectuar no âmbito do mestrado em psicologia clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada Lisboa. Após contacto com a aluna responsável pela investigação, foi-me esclarecido como procederiam aos questionários, garantido o anonimato de forma a não inibir de nenhuma forma a minha colaboração.

A finalidade deste estudo é, a de contribuição, de alguma forma, para um melhor conhecimento dos problemas emocionais e afectivos, vividos por mulheres com cancro da mama e aprofundamento dos conhecimentos do impacto da doença na imagem corporal, tanto em mulheres submetidas a mastectomia, como em mulheres com outro tipo de cirurgia, averiguando se ocorreram mudanças nas vivências sexuais depois do diagnóstico da doença.

Embora seja improvável que haja quaisquer consequências adversas relativamente à participação no estudo, estou consciente que existe a possibilidade de, durante a mesma, me confrontar com diversas emoções, tendo possibilidade de anular a participação em qualquer altura sem qualquer repercussão. Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial. Caso este estudo seja publicado numa revista científica, as identidades serão mantidas em anonimato, sendo apenas publicados os resultados estatísticos de grupo. A minha assinatura neste documento serve para indicar que li, compreendi e concordei com toda a informação contida nesta carta de

consentimento informado. Quaisquer questões que tivesse foram respondidas satisfatoriamente. Se assim o desejar, ser-me-á facultada uma cópia deste consentimento.

Participante _____ Data _____

Investigador _____ Data _____

Anexo B

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Leia cuidadosamente cada um dos itens e responda com sinceridade e espontaneidade, considerando sempre o que melhor se adequa à maneira como pensa e sente.

Estes dados, têm como único objectivo a realização deste estudo.

1. Idade ___ anos
2. A localidade onde reside: _____
3. Habilitações Literárias: _____
4. Em termos profissionais presentemente encontra-se:
 1. Empregada
 2. Desempregada
 3. Reformada
 4. De Baixa Médica
5. Estado Civil quando a doença foi diagnosticada _____
6. Estado Civil Actual _____
7. Há quantos anos foi diagnosticado o cancro? _____
8. Há quantos anos foi submetida a cirurgia? _____
9. Fez mastectomia? _____
10. Se respondeu sim à questão anterior, diga, à quanto tempo fez a mastectomia?

11. Gostaria que me falasse do seu relacionamento, na altura em que foi diagnosticada a doença, contando como era a sua relação antes e depois do diagnóstico, o que a marcou afectivamente, e se houve alguma mudança significativa para a relação, da sua parte ou do parceiro, que atribua o motivo à doença.

Anexo C

ESCALA DA IMAGEM CORPORAL “COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO”

ESCALA DE IMAGEM CORPORAL

“COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO”

Esta escala foi construída por P. Palhinhos, A. Tapadinhas e J. Ribeiro em 2000, com base na Escala de Imagem Corporal (A. Gomes, E. Viena & H. Firmino) e na *Body Image Scale* (P. Hopwood, I. Fletcher, A. Lee & S. Ghazal). Pretende avaliar a imagem corporal da mulher, nomeadamente o corpo pré-mórbido (valor atribuído ao corpo no geral) e ao corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente).

As respostas são obtidas através de uma escala tipo Likert onde, sob a forma de afirmações, se pede à mulher que diga o grau de concordância sentido, em alguns dos aspectos que consideramos importantes, relativamente ao seu corpo, como se relaciona com o corpo e como valoriza a sua aparência.

Foi feito um pré-teste com doentes com cancro da mama, incluindo mulheres sem escolaridade com escolaridade média e superior, de forma a assegurar a compreensibilidade dos itens.

A primeira parte da Escala cota-se na ordem crescente:

- Não Concordo = 1;
- Concordo Pouco = 2;
- Concordo Moderadamente = 3;
- Concordo Bastante = 4.

A segunda parte da Escala cota-se na ordem decrescente:

- Não = 4;
- Um Pouco = 3;
- Moderadamente = 2;
- Bastante = 1.

Assim, quanto melhor for a relação com a imagem corporal mais elevado será o score final da escala.

COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Com estas questões pretendemos saber como valoriza o seu corpo e a sua aparência.
 Leia cuidadosamente cada um dos itens e coloque uma cruz na alternativa de resposta que mais se adequa ao que sente.

Em que medida concorda com as seguintes afirmações:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina".				
2. O corpo é importante na relação entre o homem e a mulher.				
3. Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo.				
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.				
5. Olho com agrado para o meu corpo.				
6. Valorizo a imagem do meu corpo.				
7. Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam.				

Tendo em conta o processo de mudança resultante da sua doença e/ou tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência.				
2. Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.				
3. Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento.				
4. Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.				
5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.				
6. Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto.				
7. Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz.				

Obrigado pela sua colaboração

Realizado por Palhinhas, Tapadinhas e Ribeiro (2000)

Anexo D

QUESTIONÁRIO DE AJUSTAMENTO CONJUGAL PARA PESSOAS

COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA

**Questionário de Ajustamento Conjugal para Pessoas
com Deficiência Física adquirida**

(Marital Adjustment Checklist for the Disabled, Bruce Thomason)

Com este questionário pretendemos saber como vivencia a sua sexualidade após a incapacidade adquirida.

Leia cuidadosamente cada um dos itens e coloque uma cruz na alternativa de resposta que mais se adequa ao que sente.

1. Considera que tem direito a alguma forma de satisfação sexual?

Sim

Não

2. Desde o aparecimento da sua incapacidade, voltou a ter relações sexuais?

Sim

Não

Já teve uma erecção/lubrificação?

Sim

Não

Já teve um orgasmo?

Sim

Não

3. As relações sexuais são:

Sempre uma questão de vontade de ambos

O seu(sua) companheiro(a), por vezes fá-lo apenas porque você tem vontade.

Não tem havido relações sexuais.

4. O seu(sua) companheiro(a) deseja ter relações sexuais:

Tantas vezes quanto você deseja.

Mais vezes do que você deseja.

Menos vezes do que você deseja.

5. É capaz de ter relações sexuais:

Tantas vezes quanto o seu(sua) companheiro(a) deseja.

Mais vezes do que o seu(sua) companheiro(a) deseja.

Menos vezes do que o seu(sua) companheiro(a).

6. O seu(sua) companheiro(a) atrai-o sexualmente?

Muito

Mais ou menos

Pouco

Deixou de me atrair

7. Considera que desde o aparecimento da sua incapacidade você continua a ter a mesma de vida sexual com o seu(sua) companheiro(a) dentro dos seus limites físicos?

Sim

Não

8. Gostaria, ou poderia participar nas seguintes praticas sexuais:

Masturbar-se

Que o seu(sua) companheiro(a) o(a) masturbe

Fazer um 69

Fazer sexo oral

Masturbar o seu(sua) companheiro(a)

Outros _____

9. Considera que tem a possibilidade de satisfazer o seu(sua) companheiro(a) em alguma das formas acima descritas?

Sim

Não

10. Aborrece-o(a) o facto do seu(sua) companheiro(a) não poder ou não querer seguir as mesmas práticas sexuais?

Sim

Não

11. Aborrece-o(a) o facto de não querer ou não estar apto a corresponder ao mesmo nível que o seu(sua) companheiro(a) no acto sexual?

Sim

Não

12. Desde o aparecimento da sua incapacidade, como se sente antes de iniciar o acto sexual? (Escolha uma das hipóteses seguintes, ou mais que uma se achar necessário)

a. Sentimento de insegurança b. Medo em falhar c. Nojo

d. O sentimento continua o mesmo que era antes

e. Sente-se pior em relação a antes do aparecimento da incapacidade.

f. Sente-se melhor do que antes do aparecimento da incapacidade.

g. Satisfação total.

13. Como descreveria os seus sentimentos durante as relações sexuais que pratica nos dias de hoje?

(Escolha uma das hipóteses seguintes, ou mais que uma se achar necessário)

a. Excitação total b. Compromisso total

c. Sente-se deslocado, como se não fizesse parte do acto sexual

d. Só está interessado(a) em si próprio.

e. Só o faz para agradar o outro.

f. Está interessado no prazer mutuo.

g. Sentimento de insegurança ou medo de não satisfazer o outro.

14. Como descreveria os seus sentimentos após as relações sexuais que pratica ultimamente?

- a. Completamente satisfeito b. Satisfeito
c. Totalmente insatisfeito

15. Considera que, de modo geral, tem satisfeito o outro?
Sim Não

16. Durante a relação sexual, quem atinge primeiro o orgasmo?
Você O outro Ao mesmo tempo
Não atingem

17. O(A) seu(sua) companheiro(a) atinge o orgasmo?
Sempre Geralmente Às vezes
Poucas Vezes Nunca

19. Considera que estão sexualmente ajustados um ao outro?
Perfeitamente

Quase perfeitamente

Podia haver uma melhoria

Nem por isso

Não

De forma alguma!

Desde o aparecimento da incapacidade não tem havido acto sexual.

20. O que é que o seu(sua) companheiro(a) poderia fazer para tornar o sexo mais satisfatório?

21. Existe alguma coisa que o seu(sua) companheiro(a) faz que o(a) impede de obter uma satisfação sexual completa?

22. Dê 5 exemplos de problemas que surgiram na sua vida sexual em consequência da sua incapacidade.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____


Obrigado pela sua colaboração.

Anexo E

Autorização da Dr^a Ana Rosa Tapadinhas


Re: Autorização para aplicar escala

De: **Ana Rosa** (ana.tapadinhas@gmail.com)

 É possível que não conheça este remetente. [Marcar como seguro](#) | [Marcar como correio electrónico não solicitado](#)

Enviada: domingo, 8 de Fevereiro de 2009 22:47:15

Para: debora_vilhena@hotmail.com

 1 anexo



[ESCALA DE...pdf](#) (30,4 KB)

Cara Débora,

É com prazer que lhe faço chegar a nossa escala. Contudo, a sua aplicação destina-se a mulheres com alteração da imagem corporal decorrentes de amputação cirúrgica.

Caso necessite de mais alguma informação poderá sempre voltar a entrar em contacto comigo.

Gostaria de aceder aos seus dados, para poder alargar a nossa amostra.

Bom trabalho.

Cumprimentos.

2009/2/8 Ana Tapadinhas <ana.tapadinhas@clix.pt>

Ana Tapadinhas

----- Original Message -----

From: Débora Vilhena

To:

Sent: Dom Fev 8 20:13

Subject: Fwd: Autorização para aplicar escala

Exma. Sra. Prof. Ana Rosa Tapadinhas,

Venho através desta forma, solicitar-lhe, que me envie, e autorize, a utilizar a Escala de Imagem Corporal "como me relaciono com o meu corpo", adaptada pela professora em 1999.

O meu nome é Débora Vilhena Água-Doce, sou estudante do 2º ano do Mestrado Integrado na área de Psicologia Clínica. Neste momento, estou a realizar um projecto de investigação, no âmbito da minha dissertação, sob a orientação do Prof. Rui Aragão.

Pretendo com este estudo contribuir, de alguma forma, para um melhor conhecimento dos problemas emocionais e afectivos, vividos por mulheres com cancro da mama com ou sem mastectomização.

Para tal, considero pertinente, proceder à compreensão da forma como estas mulheres lidam com a sua imagem corporal e averiguar se ocorreram mudanças nas vivências sexuais depois do diagnóstico da doença, com ou sem intervenção cirúrgica.

Aguardo deferimento.

Obrigada pela atenção dispensada.


Cumprimentos.

Anexo F

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DA AMOSTRA

Re: Pedido de recolha de Amostra

De: sglamorosas@gmail.com

 É possível que não conheça este remetente. [Marcar como seguro](#) | [Marcar como correio electrónico não solicitado](#)

Enviada: Sexta-feira, 17 de Abril de 2009 12:40

Para: Vilhen_vilhena@hotmail.com



Cara Débora,

É com prazer farei chegar o seu contacto a todas as leitoras e participantes deste espaço. Certamente irão todas colaborar no seu projecto. Para mim é muito fácil transmitir esta informação, basta enviar o seu pedido a toda a lista de contactos.

Caso necessite de mais alguma informação poderá sempre voltar a este espaço.

Bom trabalho.

Cumprimentos.

IS

----- Original Message -----

From: Débora Vilhena

To: sglamorosas@gmail.com

Sent: Qua. 15 Abri 12:18

Subject: Fwd: Pedido de recolha de amostra

Boa Tarde,

Neste momento estou a fazer um trabalho de investigação, no âmbito da minha dissertação de mestrado pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, a finalidade deste estudo é, a de contribuição, de alguma forma, para um melhor conhecimento dos problemas emocionais e afectivos, vividos por mulheres com cancro da mama e aprofundamento dos conhecimentos do impacto da doença na imagem corporal, tanto em mulheres submetidas a mastectomia, como em mulheres com outro tipo de cirurgia, averiguando se ocorreram mudanças nas vivências sexuais depois do diagnóstico da doença.

Tenho pesquisado imenso sobre o tema e numa dessas pesquisas deparei-me com o vosso blog, algo que achei fantástico! É incrível as vivências que estas mulheres partilham e a força que transmitem.

O motivo deste meu contacto é, além de felicitar-vos por este espaço, o de contar com a vossa colaboração para o meu projecto.

Necessito de voluntárias para o meu projecto... Trata-se de um preenchimento de questionários. A amostra deve respeitar os seguintes critérios: mulheres que recorreram a cirurgia para o tratamento do cancro da mama, mulheres casadas ou com uma relação duradoura com o mesmo parceiro, escolaridade igual ou superior ao ensino básico (imprescindível à compreensão do instrumento) e sem alterações patológicas do foro neurológico e psiquiátrico.

O instrumento foi escolhido com o objectivo de avaliar a imagem corporal e as vivências sexuais da mulher, após o diagnóstico da doença. Neste trabalho, vão utilizar-se 2 questionários e uma escala.

Um questionário sócio-demográfico, isto é, um instrumento descritivo elaborado com a finalidade de recolher informação que permita descrever esta amostra. Este questionário é constituído por questões como: a idade, localidade de residência, habilitações literárias, situação profissional, estado civil aquando do diagnóstico e estado civil actual, tempo de

diagnostico da doença, tempo de intervenção cirúrgica, com mastectomia ou não, tempo de mastectomia caso aplicável. Adicionalmente é constituído por uma questão de carácter aberto que privilegia o tipo de relação com o parceiro antes e depois do diagnostico.

Um questionário com o objectivo de avaliar as vivencias sexuais após a incapacidade adquirida, a sexualidade nos deficientes físicos – A Escala de Ajustamento Conjugal para pessoas com Deficiência Adquirida de Oliveira, R. A., Tenreiro, I., Tenreiro, G., Paixão, R., Laíns, J., & André, L. (1998). Para esta investigação apenas foi analisado o item relativo à sexualidade, dividido em vinte e duas questões sobre a actividade sexual do casal. É constituído por questões fechadas (1 a 19) e por perguntas abertas (20, 21 e 22), onde se pretende que o sujeito fale da sua adaptação. Segundo Page et al. (1987), as questões dividem-se em categorias: Satisfação Sexual, em que surgem questões como: “Considera que tem direito a alguma forma de Satisfação Sexual”; Comportamento Sexual, com as perguntas “Desde o aparecimento da incapacidade, voltou a ter relações sexuais”; Sentimentos Sexuais, com questões como: “Como se sente antes, durante e depois do acto sexual” e por último, as perguntas referentes aos Problemas e Preocupações Sexuais, em que se inserem as ultimas (19, 22, 21 e 20).

Uma Escala de Imagem Corporal, “Como Me Relaciono Com o Meu Corpo” - escala construída por Palhinhas, Tapadinhas e Ribeiro em 2000, com base na escala de Imagem Corporal (Gomes, Viena & Firmino) e na Body Image Scala de (Hopwood, Fletcher, Lee & Ghazal). Pretende-se avaliar a Imagem corporal da mulher de duas formas: o corpo pré-mórbido (valor atribuído ao corpo no geral) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente)

As respostas são obtidas através de uma escala tipo Likert, constituída por 7 itens cada, cujas respostas variam entre: Não, Um Pouco, Moderadamente e Bastante. Os itens são pontuados de 1-4, sendo que a primeira parte da escala é cotada por ordem crescente e a segunda parte cotada por ordem decrescente. A soma da pontuação dos 7 itens, pode oscilar entre 7 a 28, assim quanto maior a relação com a imagem corporal mais elevado será o score final da escala.

Devo salientar que toda a informação recolhida neste estudo será confidencial. Caso este estudo seja publicado numa revista científica, as identidades serão mantidas em anonimato, sendo apenas publicados os resultados estatísticos de grupo.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Débora Vilhena Água-Doce

debora_vilhena@hotmail.com

962841537

Anexo G

OUTPUT

Mann-Whitney Test

Ranks

	Fez mastectomia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo	Sim	14	8,64	121,00
	Não	6	14,83	89,00
	Total	20		
Olho com agrado para o meu corpo	Sim	14	8,68	121,50
	Não	6	14,75	88,50
	Total	20		

Test Statistics^b

	Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo	Olho com agrado para o meu corpo
Mann-Whitney U	16,000	16,500
Wilcoxon W	121,000	121,500
Z	-2,445	-2,287
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014	,022
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,033 ^a	,033 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Fez mastectomia

Mann-Whitney Test

Ranks

	Fez mastectomia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência	Sim	14	12,57	176,00
	Não	6	5,67	34,00
	Total	20		
Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento	Sim	14	13,07	183,00
	Não	6	4,50	27,00
	Total	20		
Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento	Sim	14	13,21	185,00
	Não	6	4,17	25,00
	Total	20		
Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua	Sim	14	12,57	176,00
	Não	6	5,67	34,00
	Total	20		
Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento	Sim	14	12,96	181,50
	Não	6	4,75	28,50
	Total	20		
Sinto que a doença e/ou tratamento deixou meu corpo incompleto	Sim	14	13,18	184,50
	Não	6	4,25	25,50
	Total	20		

Test Statistics^b

	Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência	Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento	Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento	Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua	Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento	Sinto que a doença e/ou tratamento deixou meu corpo incompleto
Mann-Whitney U	13,000	6,000	4,000	13,000	7,500	4,500
Wilcoxon W	34,000	27,000	25,000	34,000	28,500	25,500
Z	-2,520	-3,190	-3,415	-2,747	-3,040	-3,409
Asymp. Sig. (2-tailed)	,012	,001	,001	,006	,002	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,015 ^a	,002 ^a	,001 ^a	,015 ^a	,002 ^a	,001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Fez mastectomia

Mann-Whitney Test

Ranks

	Fez mastectomia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
escala2	Sim	14	12,29	172,00
	Não	6	6,33	38,00
	Total	20		
pre morb2	Sim	14	8,71	122,00
	Não	6	14,67	88,00
	Total	20		
pos morb2	Sim	14	13,29	186,00
	Não	6	4,00	24,00
	Total	20		

Test Statistics^b

	escala2	pre morb2	pos morb2
Mann-Whitney U	17,000	17,000	3,000
Wilcoxon W	38,000	122,000	24,000
Z	-2,073	-2,090	-3,244
Asymp. Sig. (2-tailed)	,038	,037	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,041 ^a	,041 ^a	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Fez mastectomia

Frequências - Questionário Demográfico

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30	1	5,0	5,0	5,0
	32	1	5,0	5,0	10,0
	33	1	5,0	5,0	15,0
	38	1	5,0	5,0	20,0
	39	1	5,0	5,0	25,0
	40	1	5,0	5,0	30,0
	42	3	15,0	15,0	45,0
	43	1	5,0	5,0	50,0
	44	1	5,0	5,0	55,0
	46	2	10,0	10,0	65,0
	47	1	5,0	5,0	70,0
	52	1	5,0	5,0	75,0
	53	1	5,0	5,0	80,0
	57	1	5,0	5,0	85,0
	59	1	5,0	5,0	90,0
	60	1	5,0	5,0	95,0
	62	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Localidade onde reside

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lisboa	7	35,0	35,0	35,0
	Beja	1	5,0	5,0	40,0
	Oíeras	2	10,0	10,0	50,0
	Évora	3	15,0	15,0	65,0
	Montemor-o-Novo	1	5,0	5,0	70,0
	Serpa	1	5,0	5,0	75,0
	Amadora	3	15,0	15,0	90,0
	Algés	1	5,0	5,0	95,0
	Matosinhos	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Licenciatura	8	40,0	40,0	40,0
	12º Ano	7	35,0	35,0	75,0
	9º Ano	3	15,0	15,0	90,0
	4º Ano	1	5,0	5,0	95,0
	6º Ano	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Em termos profissionais presentemente encontra-se:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregada	11	55,0	55,0	55,0
	Desempregada	3	15,0	15,0	70,0
	Reformada	4	20,0	20,0	90,0
	De baixa médica	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Estado civil quando a doença foi diagnosticada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	União de facto	1	5,0	5,0	5,0
	Casada	19	95,0	95,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Estado civil actual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	União de facto	1	5,0	5,0	5,0
	Casada	19	95,0	95,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Há quantos anos foi diagnosticado o cancro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	3	15,0	15,0	15,0
	15	1	5,0	5,0	20,0
	18	2	10,0	10,0	30,0
	24	8	40,0	40,0	70,0
	36	2	10,0	10,0	80,0
	48	2	10,0	10,0	90,0
	60	1	5,0	5,0	95,0

72	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Há quantos anos foi submetida a cirurgia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	4	20,0	20,0	20,0
	10	1	5,0	5,0	25,0
	12	5	25,0	25,0	50,0
	14	1	5,0	5,0	55,0
	18	3	15,0	15,0	70,0
	24	2	10,0	10,0	80,0
	36	3	15,0	15,0	95,0
	60	1	5,0	5,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Fez mastectomia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	70,0	70,0	70,0
	Não	6	30,0	30,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Há quanto tempo fez a mastectomia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	5,0	6,7	6,7
	6	3	15,0	20,0	26,7
	12	4	20,0	26,7	53,3
	14	1	5,0	6,7	60,0
	18	2	10,0	13,3	73,3
	24	1	5,0	6,7	80,0
	36	2	10,0	13,3	93,3
	60	1	5,0	6,7	100,0
Total		15	75,0	100,0	
Missing	System	5	25,0		
Total		20	100,0		

Frequências - Escala de Imagem Corporal

Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo moderadamente	8	40,0	40,0	40,0
	Concordo bastante	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O corpo é importante na relação ente o homem e a mulher

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo pouco	2	10,0	10,0	10,0
	Concordo moderadamente	2	10,0	10,0	20,0
	Concordo bastante	16	80,0	80,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	5	25,0	25,0	30,0
	Concordo moderadamente	12	60,0	60,0	90,0
	Concordo bastante	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O meu parceiro gosta do meu corpo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	5	25,0	25,0	30,0
	Concordo moderadamente	12	60,0	60,0	90,0
	Concordo bastante	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Olho com agrado para o meu corpo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	9	45,0	45,0	50,0
	Concordo moderadamente	8	40,0	40,0	90,0
	Concordo bastante	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Valorizo a imagem do meu corpo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	2	10,0	10,0	15,0
	Concordo moderadamente	8	40,0	40,0	55,0
	Concordo bastante	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo moderadamente	5	25,0	25,0	25,0
	Concordo bastante	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	5	25,0	25,0	30,0
	Concordo moderadamente	7	35,0	35,0	65,0
	Concordo bastante	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo pouco	4	20,0	20,0	20,0
	Concordo moderadamente	8	40,0	40,0	60,0
	Concordo bastante	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo pouco	4	20,0	20,0	20,0
	Concordo moderadamente	6	30,0	30,0	50,0
	Concordo bastante	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	2	10,0	10,0	10,0
	Concordo moderadamente	6	30,0	30,0	40,0
	Concordo bastante	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	4	20,0	20,0	25,0
	Concordo moderadamente	6	30,0	30,0	55,0
	Concordo bastante	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sinto que a doença e/ou tratamento deixou meu corpo incompleto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	3	15,0	15,0	15,0
	Concordo pouco	2	10,0	10,0	25,0
	Concordo moderadamente	4	20,0	20,0	45,0
	Concordo bastante	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não concordo	1	5,0	5,0	5,0
	Concordo pouco	6	30,0	30,0	35,0
	Concordo moderadamente	10	50,0	50,0	85,0
	Concordo bastante	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frequências - Questionario de Ajustamento Conjugal

Considera que tem direito a alguma forma de satisfação sexual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	95,0	95,0	95,0
	não	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Desde o aparecimento da sua incapacidade, voltou a ter relações sexuais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	85,0	85,0	85,0
	não	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Desde o aparecimento da sua incapacidade, já teve alguma lubrificação?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	85,0	85,0	85,0
	não	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Desde o aparecimento da sua incapacidade, já teve um orgasmo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	70,0	70,0	70,0
	não	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

As relações sexuais são:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre uma questão de vontade de ambos	18	90,0	90,0	90,0
	Não tem havido relações sexuais	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O seu companheiro deseja ter relações sexuais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tantas vezes qaunto você deseja	11	55,0	55,0	55,0
	Mais vezes do que você deseja	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

É capaz de ter relações sexuais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tantas vezes quanto o seu companheiro deseja	12	60,0	60,0	60,0
	Menos vezes do que o seu companheiro deseja	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O seu companheiro atrai-a sexualmente?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito	11	55,0	55,0	55,0
	Mais ou menos	7	35,0	35,0	90,0
	Pouco	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Considera que desde o aparecimento da sua incapacidade você continua a ter a mesma vida sexual com o seu companheiro dentro dos seus limites físicos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	55,0	55,0	55,0
	não	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Gostaria ou poderia participar da seguinte actividade sexual? - Masturbar-se?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	16	80,0	80,0	80,0
	Sim	4	20,0	20,0	100,0

Total	20	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

Gostaria ou poderia participar da seguinte actividade sexual? - Que o seu companheiro a masturbe?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	35,0	35,0	35,0
	Sim	13	65,0	65,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Gostaria ou poderia participar da seguinte actividade sexual? - Fazer um 69?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	40,0	40,0	40,0
	Sim	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Gostaria ou poderia participar da seguinte actividade sexual? - Fazer sexo oral?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	45,0	45,0	45,0
	Sim	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Gostaria ou poderia participar da seguinte actividade sexual? - Masturbar o seu companheiro?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	20,0	20,0	20,0
	Sim	16	80,0	80,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Gostaria ou poderia participar da seguinte actividade sexual? - Outros?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	20	100,0	100,0	100,0

Considera que tem a possibilidade de satisfazer o seu companheiro em alguma das formas acima descritas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	100,0	100,0	100,0

Aborrece-a o facto do seu companheiro não poder ou não querer seguir as mesmas prática sexuais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	15,0	15,0	15,0
	não	17	85,0	85,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Aborrece-a o facto de não querer ou não estar apta a corresponder ao mesmo nível que o seu companheiro no acto sexual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	50,0	50,0	50,0
	não	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Desde o aparecimento da sua incapacidade, como se sente antes de iniciar o acto sexual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sentimento de insegurança	10	50,0	50,0	50,0
	Medo em falhar	1	5,0	5,0	55,0
	O sentimento continua o mesmo que era antes	7	35,0	35,0	90,0
	Sente-se pior em relação a antes do aparecimento da incapacidade	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

QAC12b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Medo em falhar	5	25,0	45,5	45,5
	O sentimento continua o mesmo que era antes	1	5,0	9,1	54,5

	Sente-se pior em relação a antes do aparecimento da incapacidade	4	20,0	36,4	90,9
	Satisfação total	1	5,0	9,1	100,0
	Total	11	55,0	100,0	
Missing	System	9	45,0		
	Total	20	100,0		

Como descreveria os seus sentimentos durante durante as relações sexuais que pratica nos dias de hoje?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excitação total	4	20,0	20,0	20,0
	Compromisso total	5	25,0	25,0	45,0
	Só o faz para agradar o outro	1	5,0	5,0	50,0
	Está interessada no prazer mutuo	6	30,0	30,0	80,0
	Sentimento d einsegurança ou medo de não satisfazer o outro	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

QAC13b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Está interessada no prazer mutuo	2	10,0	25,0	25,0
	Sentimento d einsegurança ou medo de não satisfazer o outro	6	30,0	75,0	100,0
	Total	8	40,0	100,0	
Missing	System	12	60,0		
	Total	20	100,0		

Como descreveria os seus sentimentos após as relações sexuais que pratica ultimamente?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Completamente satisfeita	5	25,0	25,0	25,0
	Satisfeita	11	55,0	55,0	80,0
	Totalmente insatisfeita	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Considera que, de modo geral, tem satisfeito o outro?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	70,0	70,0	70,0
	não	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Durante a relação sexual, quem atinge primeiro o orgasmo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Você	2	10,0	10,0	10,0
	O Outro	10	50,0	50,0	60,0
	Ao mesmo tempo	5	25,0	25,0	85,0
	Não atingem	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O seu companheiro atinge o orgasmo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	11	55,0	55,0	55,0
	Geralmente	6	30,0	30,0	85,0
	Nunca	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Considera que estão sexualmente ajustados um ao outro?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perfeitamente	4	20,0	20,0	20,0
	Quase perfeitamente	5	25,0	25,0	45,0
	Podia haver uma melhoria	6	30,0	30,0	75,0
	Nem por isso	2	10,0	10,0	85,0
	Desde o apareciemnto da incapacidade não tem havido acto sexual	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O que é que o seu companheiro poderia fazer para tornar o sexo mais satisfatório?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	40,0	40,0	40,0

Nada	7	35,0	35,0	75,0
não sei	1	5,0	5,0	80,0
Estimular mais	1	5,0	5,0	85,0
Atenção/carinho	1	5,0	5,0	90,0
Falta de contacto	1	5,0	5,0	95,0
Faz-se o que se pode	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Existe alguma coisa que o seu companheiro faz que o impede de obter uma satisfação completa?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	4	20,0	20,0	20,0
Não	13	65,0	65,0	85,0
Não, o problema está em mim	1	5,0	5,0	90,0
Ejaculação precoce	1	5,0	5,0	95,0
Falta de contacto	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Dê 5 exemplos de problemas que surgiram na sua vida sexual em consequência da sua incapacidade:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	15,0	100,0	100,0
Missing System	17	85,0		
Total	20	100,0		

Anexo G

Tabelas de classificação do cancro - TNM

Classificação clínica do cancro da mama pelo sistema TNM

T – Tumor primário	N – Gânglios Linfáticos	M – Metástases
TX – Tumor primário não acessível	NX – Gânglios linfáticos não acessíveis	MX – Presença de metástases à distância não pode ser avaliada
T0 – Sem evidência de tumor primário	N0 – Ausência de metástases nos gânglios linfáticos	M0 – Ausência de metástases à distância
Tis – Carcinoma in situ		
T1 – Tumor ≤ 2 cm	N1 – Metástases em 1 a 3 gânglios linfáticos	M1 – Presença de metástases à distância
T1a – Tumor $\leq 0,5$ cm		
T1b – Tumor 0,5 a 1 cm		
T1c – Tumor 1 a 2 cm		
T2 – Tumor 2 a 5 cm	N2 – Metástases nos gânglios linfáticos axilares fixos	
T3 – Tumor > 5 cm	N3 – Metástases nos gânglios linfáticos da cadeia mamária	
T4 – Extensão para a parede torácica / pele		
T4a – Extensão para a parede torácica		
T4b – Edema da pele / ulceração ou nódulos satélites na pele		
T4c – T4a + T4b		
T4d – Carcinoma		

inflamatório		
--------------	--	--

Combinações possíveis do sistema TNM

Estádio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2N1,N2	M0