

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Joana Raquel Gonçalves Barbosa

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Joana Raquel Gonçalves Barbosa

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Joana Raquel Gonçalves Barbosa

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

“Monografia apresentada à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do Grau de Licenciatura
em Enfermagem.”

SUMÁRIO

Este trabalho realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, surge como o culminar de todo um processo pedagógico, que visa a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

O título do presente estudo é “A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas”.

A questão orientadora foi “Qual o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres, na consulta de Cirurgia Geral, de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia?”. Como objectivos do estudo pretende-se identificar as modificações ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas que se encontram em consultas de vigilância pós-operatório e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem à mulher mastectomizada. Foi estudada uma amostra constituída por 30 mulheres que recorrem a esta instituição, durante os meses de Fevereiro e Março de 2008.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objectivos do estudo foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

De acordo com o estudo elaborado pode-se concluir que existem várias modificações que ocorrem na vida da mulher e que influenciam a forma como ela encara a sua sexualidade após a mastectomia. De acordo com o autor Oliveira (2004) podem surgir alterações positivas ou negativas na vida sexual do casal, estando estas relacionadas com o tipo de relacionamento existente antes da mastectomia e com a forma como o parceiro sexual encara a alteração física da mulher.

No nosso estudo, foi possível perceber que a vivência da sexualidade das mulheres que realizaram mastectomia, na maioria dos casos (73%) não sofreu alterações significativas.

No que se refere aos contributos dos enfermeiros na educação da mulher e do casal para as problemáticas na área da sexualidade que podem estar relacionadas com a cirurgia da mama, parece-nos que esse não é um assunto discutido com todos os casais. Na realidade apenas metade tiveram oportunidade de analisar esse assunto, o que demonstra que os

esclarecimentos sobre as questões relacionadas com a sexualidade não constituem uma abordagem de rotina, apesar de este assunto ser fundamental no bem-estar e na qualidade de vida das mulheres que vivem esta experiência.

As conclusões deste estudo apontam para a importância de conhecer melhor este aspecto da mulher mastectomizada e para a necessidade dos profissionais de saúde reflectirem as suas práticas de modo a contribuírem para uma integração positiva desta experiência, reduzindo os danos ao nível físico e psicológico.

SIGLAS

SPS – Sociedade Portuguesa de Senologia

DGS – Direcção Geral de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

OMS – Organização Mundial de Saúde

ABREVIATURAS

p. – página

pp. – páginas

cit. in – citado por

ed. – edição

et al. – entre outros

nº – número

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,
por todo o carinho e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Mestre Lucília Sousa,
pela sua orientação ao longo deste percurso para a realização monografia para o fim do curso.

Aos professores,
por todo o empenho e dedicação que demonstraram durante estes quatro anos.

Às mulheres mastectomizadas que fizeram parte da minha amostra,
pela disponibilidade e colaboração.

À minha família,
por me terem dado as mãos nos momentos mais difíceis, por todo o amor, compreensão e
paciência que sempre tiveram comigo e por tudo o que me ensinaram a ser.

Aos meus amigos,
por me terem feito sentir tão especial em tantos momentos e por estarem comigo quando me
sentia sozinha.

A todos o meu muito obrigada!

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	18
I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
1 – Cancro da Mama	21
1.1 - Breves conceitos da Anatomia da Mama	22
1.2 – Epidemiologia do Cancro da Mama	24
1.3 – Etiologia do Cancro da Mama	26
1.4 – Factores de Risco	26
1.5 – Prevenção do Cancro da Mama	28
1.6 – Tratamento do Cancro da Mama	30
1.6.1 – Tratamento Cirúrgico	31
1.6.2 – Quimioterapia	33
1.6.3 – Radioterapia	33
1.6.4 – Hormonoterapia	34
2 - A Mulher Mastectomizada	35
2.1 – Repercussões a nível físico	37

2.2 – Repercussões a nível psicológico	39
2.3 – Repercussões a nível familiar	40
2.4 – Repercussões a nível social	41
3 – Conceito de Sexualidade	42
4 – O Enfermeiro e a Mulher Mastectomizada	48
II – METODOLOGIA	53
1 – Princípios éticos	53
2 – Questão de investigação	55
3– Objectivos do estudo	55
4– Desenho de investigação	56
4.1 – Tipo de Estudo	56
4.2 – Meio do estudo	57
4.3 – População	57
4.4 – Processo de amostragem	58
4.5 – Amostra	58
4.6 – Variáveis	58

4.6.1 – Identificação das variáveis	59
4.7 – Instrumento de colheita de dados	59
4.8 – Pré-teste	60
4.9 – Tratamento de dados	61
III – RESULTADOS	62
IV – DISCUSSÃO	82
V – CONCLUSÕES	89
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
VII – ANEXOS	96
Anexo I – Questionário	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a variável “idade (em anos)”

Quadro 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o “estado civil”

Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “número de filhos”

Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “nível de escolaridade”

Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “com quem vive”

Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra segundo “o tipo de tratamento”

Quadro 7 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra segundo “a forma de vestir”

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra segundo o “estado civil”

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra segundo o “nível de escolaridade”

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra segundo a variável “com quem vive”

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra segundo “o tipo de tratamento”

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra segundo a “reconstrução mamária”

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra segundo a “alteração da sua vida após a cirurgia”

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra segundo “a relação com os outros”

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra segundo “a relação com o companheiro após a cirurgia”

Gráfico 9 - Distribuição percentual da amostra segundo “a importância da mama na sensualidade feminino”

Gráfico 10 - Distribuição percentual da amostra segundo “a atracção/sensualidade após a cirurgia”

Gráfico 11 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em lidar com o corpo após a cirurgia”

Gráfico 12 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em se despir junto do companheiro”

Gráfico 13 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em sair de casa”

Gráfico 14 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em expor o seu corpo”

Gráfico 15 - Distribuição percentual da amostra segundo “o modo de viver a sua sexualidade”

Gráfico 16 - Distribuição percentual da amostra segundo “o apetite sexual”

Gráfico 17 - Distribuição percentual da amostra segundo “o prazer nas relações sexuais”

Gráfico 18 - Distribuição percentual da amostra segundo “a vergonha do corpo”

Gráfico 19 - Distribuição percentual da amostra segundo “o desconforto nas relações sexuais”

Gráfico 20 - Distribuição percentual da amostra segundo “o interesse do companheiro”

Gráfico 21 - Distribuição percentual da amostra segundo “o número de relações sexuais”

Gráfico 22 - Distribuição percentual da amostra segundo “o medo em ser tocada”

Gráfico 23 - Distribuição percentual da amostra segundo “as novas formas de sexos”

Gráfico 24 - Distribuição percentual da amostra segundo “a importância da sexualidade na vida”

Gráfico 25 - Distribuição percentual da amostra segundo “o apoio dado pelo companheiro ao longo da doença”

Gráfico 26 - Distribuição percentual da amostra segundo “o apoio recebido e a influência na sexualidade”

Gráfico 27 - Distribuição percentual da amostra segundo “a comunicação com o companheiro acerca da sexualidade”

Gráfico 28 - Distribuição percentual da amostra segundo “os aspectos abordados pelos profissionais acerca da sexualidade”

Gráfico 29 - Distribuição percentual da amostra segundo “a oportunidade de partilhar este tipo de vivências com outras mulheres”

Gráfico 30 - Distribuição percentual da amostra segundo “as informações transmitidas”

Gráfico 31- Distribuição percentual da amostra segundo “a preparação dos profissionais para orientar os casais sobre a sexualidade”

Gráfico 32- Distribuição percentual da amostra segundo “a capacidade de falar do assunto com outras pessoas”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia da glândula mamária

0 – INTRODUÇÃO

No 4^a ano curricular, da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, o aluno deverá realizar um trabalho final de curso, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

Assim sendo, optou-se por investigar a problemática da mulher com cancro da mama que se vê confrontada com todos os problemas que imergem da doença oncológica e também com todos os problemas que se relacionam com o facto de ser mulher.

Desta forma, surgiu o tema: “A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas”. A questão orientadora foi a seguinte: “Qual o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres, na consulta de Cirurgia Geral, de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia?”

Como objectivos do estudo pretende-se identificar algumas modificações ocorridas na vida sexual das mulheres mastectomizadas, que recorrem a esta Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia para consultas de vigilância pós-operatória e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem à mulher mastectomizada.

Sendo assim, pretende-se penetrar no mundo das mulheres que vivênciam este tipo de experiência, sobretudo após a cirurgia, no sentido de avaliar as possíveis modificações ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas no que refere às repercussões a nível físico, psicológico, familiar e social. Por outro lado, o impacto na vida sexual da mulher, na relação que estabeleceu com o seu parceiro e familiares, durante todo o processo.

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 das mulheres mastectomizadas com os seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, são um factor que influencia a qualidade de vida do casal após o diagnóstico e mutilação.

Assim, quando se escolheu este tema para realizar o estudo de investigação, considerou-se que constituía uma questão pertinente na actualidade e que tinha interesse em ser estudada. Pois o cancro da mama é um drama actualmente partilhado por muitas mulheres.

Segundo Crane (*cit. in* Bruges, 2007), o cancro da mama continua a ser uma grande preocupação da Saúde Pública a nível universal. É um dos cancros mais frequentes no sexo feminino, quer a nível Europeu, quer da América do Norte, quer ainda na Nova Zelândia. Apresenta-se como uma das principais causas de morte nas mulheres com idades compreendidas entre os trinta e cinco e os cinquenta e quatro anos.

Afirma também o autor Pinheiro (*cit. in* Bruges, 2007) que “ (...) o cancro da mama é o tumor mais frequente entre as mulheres portuguesas e a primeira causa de morte por neoplasia”.

Como objectivos académicos deseja-se aprofundar conhecimentos na área do cancro da mama e na área da investigação, sendo capazes de aplicar a metodologia científica, no sentido de elaborar uma monografia para finalizar a licenciatura em Enfermagem.

O método de estudo utilizado orienta-se para um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

Para a elaboração da colheita de dados optou-se por realizar um questionário com perguntas abertas, fechadas e mistas, que foi aplicado nos meses de Fevereiro e Março de 2008.

Relativamente a este documento, pretende-se, ainda nesta introdução dar uma visão global do que o leitor poderá encontrar nas próximas páginas. Primeiramente, apresentamos a revisão bibliográfica, em que são mencionados os temas que se consideram mais importantes para o estudo, ou seja, são abordados os seguintes temas: o cancro da mama (anatomia da mama, epidemiologia, etiologia, factores de risco, prevenção e tratamento do cancro da mama), a mulher mastectomizada, o conceito de sexualidade e o enfermeiro e a mulher mastectomizada de forma a fazer um enquadramento que sustente a investigação desenvolvida; A seguir será apresentada a metodologia utilizada; Por fim apresentam-se os resultados, a discussão e as conclusões obtidas.

Em último são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas. O trabalho termina com os anexos, onde consta o questionário, estruturado, realizado e aplicado neste estudo.

I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica é um processo no qual o investigador elabora uma consulta crítica e reflexiva de todo um conjunto de publicações pertinentes sobre um mesmo tema, em que o resumo desses documentos fornecem o material essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 1999).

Através da revisão bibliográfica, o investigador delimita a investigação, entra em contacto com as correntes conceptuais, teóricas e com os métodos de investigação utilizados nessas correntes. Consegue também, distinguir o que é conhecido e o que todavia falta abordar no domínio da investigação, determinando o grau de desenvolvimento da investigação no domínio da questão (Fortin, 1999).

Neste estudo, a revisão bibliográfica encontra-se dividida em quatro partes principais, sendo que a primeira faz uma abordagem ao cancro da mama, a segunda à mulher mastectomizada, a terceira ao conceito de sexualidade e a última ao enfermeiro e a mulher mastectomizada.

1 – 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 da intimidade (Oliveira, 2004).

O cancro da mama é um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, pelo que merece uma especial atenção e, acerca do qual se tem desenvolvido investigações, no sentido de salvaguardar uma maior taxa de sobrevivida da população, e por outro lado, identificar de um modo mais efectivo novos factores de risco, para um controle eficaz da mesma.

Segundo Otto (2000), da ampla diversidade de doenças oncológicas, o cancro da mama é um dos tumores malignos mais frequentes no sexo feminino, em quase toda a Europa, América do Norte e Nova Zelândia, sendo a principal causa de morte nas mulheres com idades compreendidas entre os trinta e cinco e os cinquenta e quatro anos.

De acordo com a DGS, o cancro da mama é um tumor maligno, que se desenvolve em células do tecido mamário, com maior incidência nas mulheres, sendo o seu prognóstico melhor quanto mais precoce for feito o diagnóstico inicial.

Tal como menciona Otto (2000, p. 89), “A detecção precoce continua a ser a chave para o controle do cancro da mama”.

Neste contexto, a educação e a sensibilização da população para a prevenção do cancro da mama, são com certeza a fonte de mudança desta tendência cada vez mais crescente da taxa de morbilidade e mortalidade por cancro da mama.

Na opinião de Otto (2000), os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação pública, dirigida à prevenção do cancro da mama, ensinando o auto-exame da mama, orientando para exames médicos e mamografias e retratando a esperança de cura do cancro da mama com detecção precoce.

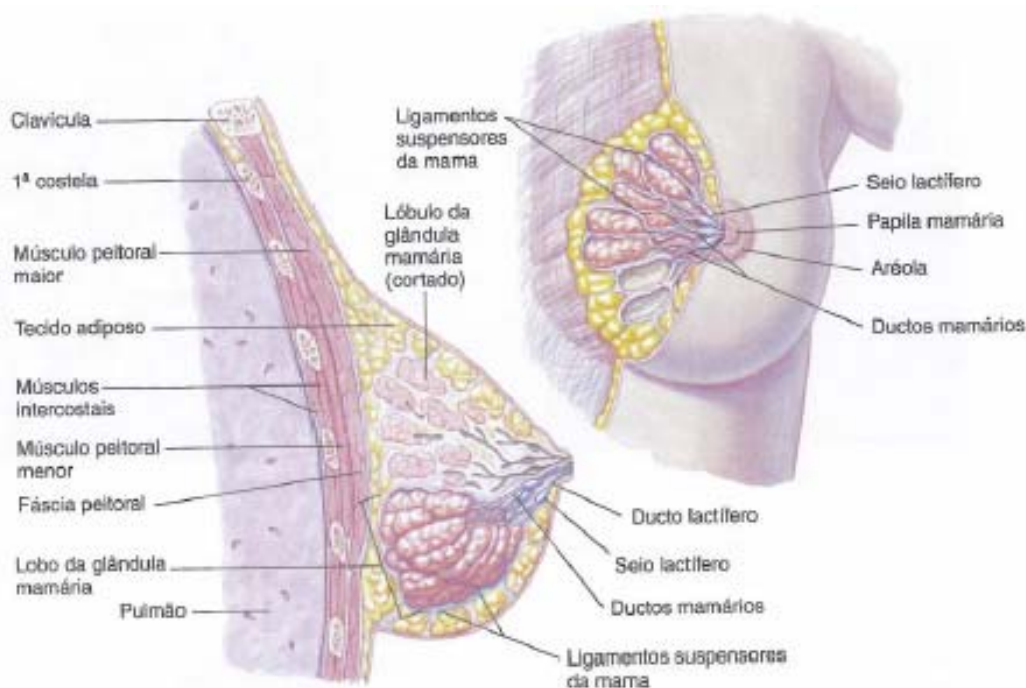
1.1 - Breves conceitos da Anatomia da Mama

Segundo Otto (2000), o conhecimento da anatomia da mama ajuda a compreender a classificação do cancro da mama.

Sendo assim, as mamas são um par de glândulas situadas entre a segunda e a sexta costelas, delimitadas pelo esterno e pela linha média axilar. Possuem uma extensão para a axila designada por Cauda de Spence, local propício ao aparecimento de alterações mamárias (Sousa e Simões, 2005).

Para Graaff (2003), cada glândula mamária é composta por 15 a 20 lobos dispersos radialmente em volta da mama e separados entre si por tecido adiposo. Os lobos encontram-se divididos em lóbulos, que contém os alvéolos mamários. Os alvéolos mamários são as estruturas que produzem o leite de uma mulher lactante. Os agrupamentos de alvéolos mamários secretam leite no interior de uma série de ductos mamários que convergem para formar os ductos lactíferos. O lume de cada ducto lactífero expande-se próximo da papila mamária para formar um seio lactífero. O leite é armazenado nos seios lactíferos antes de escorrer para a extremidade da papila mamária. A papila mamária é uma projecção cilíndrica da mama que contém tecido erétil. A aréola circular e pigmentada contorna a papila mamária.

Figura 1 – Anatomia da glândula mamária



Fonte: Graaff, de V. (2003). *Anatomia Humana*, 6ª ed. Brazil, Editora Manole.

O mamilo e a aréola são, normalmente, mais pigmentados do que a pele circundante. A aparência rugosa desta última é ocasionada por glândulas sebáceas, os tubérculos de Montgomery, imediatamente abaixo da pele. As glândulas segregam uma substância gorda, destinada a lubrificar o mamilo e a protegê-lo durante a amamentação. As fibras musculares

lisas da aréola contraem-se para fazer a erecção do mamilo, e desta forma permitir a amamentação (Sousa e Simões, 2005).

A rede vascular da glândula mamária é abundante. No estado não gravídico, a pele não apresenta um padrão obviamente vascularizado; é lisa, sem estriamento ou brilho. A pele que cobre as mamas possui uma grande rede linfática superficial que drena toda a parede torácica e é contínua aos linfáticos superficiais do pescoço e abdómen. Nas porções mais profundas das mamas, os linfáticos formam também uma rede abundante drenando lateralmente em direcção às axilas (Sousa e Simões, 2005).

Estes sistemas de drenagem são altamente relevantes para o cancro da mama, pois é através destes que as células cancerosas disseminam para outros tecidos circundantes, e eventualmente para todo o corpo (Lawson, A. e Lawson, J., 2000).

Segundo Sousa e Simões (2005), as mamas de uma mulher adulta saudável são aproximadamente iguais em tamanho e forma, mas muitas não são totalmente simétricas. O tamanho e a forma variam consoante a idade, hereditariedade e alimentação da mulher.

1.2 – Epidemiologia do Cancro da Mama

Segundo Ogden (2004, p. 23), “O cancro da mama parece ter atingido proporções de epidemia”. De facto, não deverá existir nenhuma pessoa que não tenha conhecimento deste tipo de cancro, toda a gente parece ter alguma experiência, ou porque tem alguém na família, um amigo, um vizinho ou simplesmente ouviu nos meios de comunicação social, visto que estes abordam com frequência esta temática.

Estudos epidemiológicos (1996) apontam que 1 em cada 8 mulheres americanas irá desenvolver cancro da mama em toda a sua vida. Tendo sido diagnosticados, nos EUA, 184300 novos casos femininos e somente 1400 novos casos masculinos de cancro da mama (Otto, 2000).

Em Portugal, de acordo com SPS, o cancro da mama é o cancro feminino com maior incidência e com maior taxa de mortalidade. Sendo que, surge anualmente 4500 novos casos e morrem cerca de 1500 pessoas por ano vítimas desta doença.

A DGS (1999), afirma que cerca de 20 934 pessoas morreram de cancro, sendo na mulher o cancro da mama o responsável por 1498 mortes, só em 1999.

De acordo com Phipps et al. (2003), “ Há mais de 30 anos que o cancro da mama é o cancro com maior prevalência e o mais temido pelas mulheres, sendo aquele que mais mortes provoca todos os anos”.

Afirma também Pisco (2006), que o cancro da mama é uma patologia essencialmente feminina que ocupa um lugar importante nas causas de morte por cancro na mulher.

A razão pela qual as taxas de incidência do cancro da mama têm vindo a aumentar ainda não se encontra completamente esclarecida, contudo, existem algumas explicações fundamentadas para a ocorrência de tal fenómeno, como por exemplo, os programas de prevenção e detecção precoce recentemente instituídos em todo o mundo e o aumento progressivo da esperança média de vida. Apesar dos esforços efectuados no sentido de prevenir e detectar, o mais atempadamente possível, o problema, as taxas de mortalidade por cancro da mama continuam praticamente estagnadas (Ogden, 2004; Simões et al., 2007).

Na opinião de Simões et al. (2007), com o aumento da esperança de vida das populações, prevê-se que, nas próximas décadas, haverá um grande número de cancros, sobretudo nos países mais desenvolvidos.

Neste contexto, a Comissão Europeia elaborou o Código Europeu contra o Cancro, “*European Code Against Cancer*”, apresentado sobre a forma de uma série de recomendações, no sentido de diminuir os casos de cancro que são mais susceptíveis de prevenção (Simões et al., 2007).

1.3 – Etiologia do Cancro da Mama

As investigações têm demonstrado que não existe uma causa única de cancro da mama, a sua etiologia é na grande maioria multifactorial.

Segundo Ogden (2004), ninguém sabe exactamente por que razão as pessoas desenvolvem cancro da mama mas parece certo que existe um conjunto de causas que interagem umas com as outras de forma ainda não compreendida.

Para Phipps et al. (2003), continua por se conhecer a causa subjacente do cancro da mama, foram apenas identificados alguns factores que aumentam o risco de se contrair esta doença e que serão abordados de seguida.

1.4 – Factores de Risco

Um factor de risco é uma condição que aumenta a probabilidade de um indivíduo ou grupo contrair uma determinada doença ou lesão.

Deste modo, as investigações têm demonstrado que não existe uma causa única de cancro da mama. Segundo Otto (2000, p. 90), “Trata-se de uma doença heterogénea, que se desenvolve pela acção de múltiplos factores de mulher para mulher e a maioria dos quais continuam desconhecidos”.

Os factores de risco reconhecidos mundialmente, não se verificam como condição necessária nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama, isto é, podem ou não estar presentes (Ogden, 2004).

Segundo um estudo desenvolvido pela *American Cancer Society* (cit. in Otto, 2000), revela que, cerca de 75% das mulheres que foram diagnosticadas com cancro da mama, não tinham presente qualquer factor de risco mundialmente reconhecido. Este estudo, para além, de mostrar que há ainda muito a fazer no domínio da investigação, leva-nos a reflectir acerca do risco efectivo de contrair a doença, sendo por isso, capaz de gerar medo e desconfiança face à detecção precoce e prevenção (Otto, 2000).

Deste modo, a relação causal não é determinante, isto é, o facto de um factor de risco estar presente não implica que a doença apareça, no entanto, os indivíduos a eles sujeitos, têm maior probabilidade de desenvolver a doença relativamente aos que não têm.

Existem comportamentos humanos que são claramente de risco para a saúde, e existem outros factores que não dependem do homem, sendo importante que o cidadão responsável esteja deles informado.

Sendo assim, para Otto (2000) e Phipps et al. (2003) os factores de risco mundialmente conhecidos ou suspeitos de aumentarem a probabilidade de desenvolvimento do cancro da mama são:

- **Sexo:** as mulheres (31%) são mais susceptíveis do que os homens (1%);
- **Idade:** a incidência de cancro da mama aumenta com a idade. A maioria dos casos de cancro da mama são diagnosticados em mulheres de 40 ou mais anos de idade;
- **História pessoal de cancro:** o risco de desenvolver cancro da mama contralateral é cinco vezes superior ao da população em risco;
- **História familiar:** o risco duplica ou triplica se a mãe, irmã ou filha tiver tido cancro da mama, e será ainda maior se a parente tiver sido diagnosticada na pré-menopausa e o cancro for bilateral;
- **História menstrual (menarca precoce ou menopausa tardia, ou ambas):** quanto maior o número de anos de actividade menstrual, maior é o risco de desenvolver cancro da mama;
- **História reprodutiva (nuliparidade ou o primeiro filho depois dos 30 anos):** na mulher nulípara o risco é tão elevado como na mulher que tem o primeiro filho depois dos 30 anos de idade;
- **Doença benigna da mama:** a doença fibroquística da mama não está associada a cancro da mama. Porém, a hiperplasia atípica, confirmada por biopsia, está associada a risco acrescido;
- **Obesidade:** peso, altura, obesidade e aumento da massa corporal têm sido referidos como estando associados a risco acrescido de cancro da mama. No entanto, é um factor controverso pois outros estudos demonstram que não há associação;
- **Hormonas exógenas:** os resultados das investigações têm sido contraditórios e inconclusivos relativamente ao uso de contraceptivos orais e à terapia de substituição do estrogénio;

- **Álcool:** há estudos que alegam um pequeno aumento do risco de desenvolver cancro da mama, no entanto são também referidas limitações na metodologia utilizada, carecendo os resultados de confirmação;
- **Radiação ionizante:** estudos mostram um risco acrescido de cancro da mama quando as mulheres são expostas a radiações de baixa intensidade e se a exposição teve lugar quando a idade é inferior a 30 anos.

1.5 – Prevenção do Cancro da Mama

Para se prevenir é necessário eliminar do ambiente do indivíduo o agente responsável por um cancro.

Assim sendo, pode dizer-se que a melhor maneira de evitar, ou pelo menos diminuir, a mortalidade por cancro da mama, é através de um diagnóstico e tratamento precoces.

Neste sentido, Jerónimo e Henriques (2002, p. 25) afirmam que “(...) o diagnóstico precoce reduz substancialmente a mortalidade por cancro da mama em 40% dos casos, sendo o rastreio, sem sombra de dúvida uma parte importante da estratégia global para reduzir este tipo de cancro”.

Na opinião de Simões et al. (2007), a grande maioria das pessoas que desenvolvem cancro acaba por morrer como consequência da doença. Desta forma, é importante que o conceito de “controlo do cancro” seja o objectivo global para reduzir a morbilidade e mortalidade associadas à doença oncológica, pelo que se distingue três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

A **prevenção primária** é a que pretende uma diminuição da exposição a factores de risco, através da educação para a saúde, ou seja, envolve uma identificação das causas (determinantes de risco) e a consequente diminuição da sua exposição (Simões et al., 2007).

A **prevenção secundária** diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento do cancro da mama em fases pré-clínicas da doença. Isto é, efectuar o diagnóstico precoce de forma a detectar lesões

em fases pré-malignas, diminuindo desta forma a taxa de mortalidade por cancro (Simões et al., 2007).

Neste nível de prevenção, as estratégias implementadas para a prevenção do cancro da mama corresponde à realização de exames periódicos de rastreio, sendo eles: o auto-exame da mama, o exame clínico e a mamografia.

Relativamente ao auto-exame da mama, é o método mais económico e mais acessível para a percepção do estado de saúde da mama, assim define Pinotti (1991). A evidência acrescida na investigação literária indica que as mulheres, ao realizarem o auto-exame da mama ocasional ou regularmente, têm descoberto mais facilmente pequenos tumores e têm um número menor de nódulos linfáticos no momento do diagnóstico, comparando com as mulheres, nas quais o cancro é acidentalmente descoberto (Otto, 2000).

De acordo com Otto (2000), as mulheres ao realizarem o auto-exame da mama ocasional ou regularmente, têm um número menor de nódulos linfáticos no momento do diagnóstico.

Assim, as mulheres devem ser aconselhadas a realizar mensalmente o auto-exame. Na pré-menopausa, devem examinar as mamas, do 5º ao 7º dia, após o período menstrual. As não menstruadas ou pós-menopausa, devem seleccionar o mesmo dia de cada mês para realizar o auto-exame. As mulheres grávidas ou a amamentar devem continuar a examinar-se mensalmente sendo que na última circunstância, apenas deverá fazê-lo após o acto. Esta metodologia também deve ser seguida pelas mulheres já submetidas a cirurgia da mama (Otto, 2000).

Quanto ao exame clínico, é uma técnica de rastreio, que contribui significativamente para a redução da mortalidade. Esta, assenta na elaboração de uma história clínica a par do exame objectivo e palpação da mama. Deverá ser realizado em cada três anos, para mulheres entre os 20 e 40 anos e anualmente após os 40 anos.

De acordo com um estudo realizado pela *Health Insurance Plan of New York Study*, este contribui para a redução da mortalidade das mulheres entre os 40 e os 49 anos (Otto, 2000).

Durante o exame clínico o profissional de saúde deve ensinar e encorajar a utente a realizar o auto-exame da mama de forma que esta o proceda todos os meses. Desta forma, a mulher sentir-se-á mais familiarizada com a anatomia da sua mama e perceberá se existem alterações (Otto, 2000).

Por fim, a mamografia detecta alterações microscópicas, indicadores de cancro que as mulheres assintomáticas possuem. Esta pode detectar 85% a 90% dos cancros da mama quando bem precedida (Otto, 2000).

A mamografia deve ser realizada pela primeira vez por todas as mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 39 anos. No mínimo em cada biénio, as mulheres entre os 40 e 49 anos, deverão repetir este exame. Após os 50 anos de idade e todas as mulheres que sejam consideradas grupo de risco, como no caso da existência de antecedentes familiares, devem realizar a mamografia anualmente (Clark e Mcgee, 1997).

A **prevenção terciária**, está relacionada com o tratamento da doença e a minimização das consequências da mesma (Simões et al., 2007). Isto é, actua quando as doenças estão estabelecidas ou passam à cronicidade, pretende atrasar o seu curso e prevenir ou atenuar as actividades, quando existam.

1.6 – Tratamento do Cancro da Mama

Cada vez mais a mulher pretende ter um papel activo na participação e decisão do tratamento que irá receber. Por isso, é importante que tenha conhecimento de todos os tipos de tratamento possíveis, para que possa interagir de forma livre e esclarecida no tratamento que mais se adequa à sua situação (Odgen, 2004).

Assim, no tratamento das neoplasias malignas da mama existem múltiplas opções disponíveis como a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, que variam consoante o tipo de neoplasia e com o estadio, inicial ou avançado, em que o cancro é diagnosticado (Simões, et al., 2007).

De acordo com Odgen (2004), pode-se utilizar apenas um tipo de tratamento ou a combinação deles. Isto dependendo, do tamanho do tumor e do tipo de disseminação em que se encontra.

1.6.1 – Tratamento Cirúrgico

A utilização do tratamento cirúrgico no cancro da mama é centenário mas só recentemente é que tem sido demonstrado os benefícios desta na sobrevivência dos doentes. O principal objectivo da cirurgia é alcançar o controlo local e regional da doença (Otto, 2000).

Segundo Simões et al., (2007, p. 68), “A cirurgia é a modalidade terapêutica mais antiga e eficaz no tratamento de tumores malignos (...)”.

Actualmente, as cirurgias para extrair o tumor maligno da mama têm um impacto muito menor que antigamente, por um lado devido ao aparecimento de novas tecnologias e por outro aos profissionais, que juntamente com as mulheres que padecem desta doença vão alterando os seus procedimentos minimizando os efeitos que esta provoca.

Conforme descreve Biázus e Zucatto (2005), a técnica da mastectomia tem sofrido várias alterações ao longo do tempo. Deixando de ser apenas um tratamento locorregional para passar a ter em conta as várias dimensões da mulher, diminuindo assim, o seu impacto e aumentando a qualidade de vida das mesmas.

Sendo assim, existem vários tipos de intervenção cirúrgica no cancro da mama, variando estes consoante o estadió da doença.

Segundo Otto (2000) pode dividir-se cirurgia em:

Mastectomia radical modificada ou mastectomia total com dissecação dos nódulos axilares: a mama é removida total e juntamente com os nódulos linfáticos axilares e o revestimento por cima do músculo grande peitoral; o músculo peitoral não é removido; o pequeno peitoral pode ou não ser retirado;

Mastectomia radical ou mastectomia simples: todo o tecido mamário, incluindo o mamilo e aréola e todo o revestimento acima do músculo grande peitoral é removido. Os músculos da parede do tórax não são removidos;

Lumpectomia ou tumorectomia: o tumor é removido deixando-se uma maior porção da mama;

Mastectomia parcial ou excisão alargada: é a excisão do tumor com grandes margens de tecido mamário normal;

Quadrantectomia: remoção de todo o quadrante mamário que contém o tumor juntamente com a pele subjacente e o revestimento acima do músculo grande peitoral.

Para Biazús e Zucatto (2005) o procedimento cirúrgico mais utilizado no tratamento do cancro da mama é a mastectomia radical modificada. Sendo este de eleição em situações em que não se pode ou deseja realizar uma cirurgia conservadora complementada por radioterapia.

No entanto, a mastectomia acarreta na mulher efeitos secundários que podem ser temporários ou permanentes. Para Ogden (2004) a mulher pode sentir:

- No caso de ter um peito muito grande pode haver desequilíbrio de peso e originar dores no pescoço e costas;
- A pele do local em que se fez a remoção pode ficar “repuxada”;
- Pode existir sensação de rigidez nos músculos do braço e ombro;
- Entorpecimento e formigueiro no peito, debaixo do braço, no ombro e no antebraço, devido à danificação dos nervos durante a cirurgia;
- Entorpecimento permanente à volta da cicatriz onde os nervos foram cortados;
- Sintomas de seio fantasma que irão melhorando gradualmente à medida que o cérebro se reprograma.

1.6.2 – Quimioterapia

A palavra “quimioterapia” significa o uso de químicos para tratar doenças. Assim, esta terapia utiliza medicamentos anticancerosos para matar ou atingir células cancerosas, quer no primeiro tumor quer no resto do organismo, onde se tenham espalhado através da corrente sanguínea (Ogden, 2004).

Na opinião de Mintier (2006), a quimioterapia é utilizada para reduzir a dimensão do tumor e permitir um tratamento local, mas também impedir o crescimento do tumor, destruindo as células tumorais que possam ter migrado do tumor de origem para outras partes do corpo.

Segundo o mesmo autor, esta modalidade terapêutica pode ainda ser utilizada como tratamento paliativo, para melhorar o estado clínico do doente, tornando menos rápida a evolução da sua doença.

Este tratamento pode ser efectuado antes ou depois da cirurgia e por vezes associado a outros meios de tratamento, a fim de otimizar o resultado.

Este tipo de tratamento provoca na mulher uma série de efeitos secundários, sendo os mais comuns: a queda do cabelo, náuseas, vómitos, fadiga e a inflamação da boca (Ogden, 2004).

Estes efeitos secundários dependem essencialmente do tipo de fármacos e a sua dosagem. A maior parte dos doentes não têm reacções graves à quimioterapia e alguns não chegam a ter reacções. Muitos dos efeitos secundários estão controlados sendo a maior parte destes transitórios.

1.6.3 – Radioterapia

A radioterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza a radiação, por norma raios X de alta potência, para tratar o cancro e parar o seu crescimento. Esta pode ter origem numa máquina exterior ao corpo (radiação externa) ou através de implantes no interior do corpo (radiação interna ou braquiterapia) (Ogden, 2004).

De acordo com o mesmo autor, esta terapia por radiação, é uma forma eficaz de destruir células do cancro da mama que ficam após a cirurgia, e o seu uso generalizado tem dado origem a menor número de mastectomias e a um maior número de cirurgias de conservação da mama.

Assim sendo, este tratamento por si só não é capaz de curar o cancro da mama, pois não tem a capacidade de destruir grandes aglomerados de células cancerosas mas consegue fazer desaparecer os conjuntos de células cancerosas, que permanecem depois de se ter removido todo o cancro visível (Ogden, 2004).

Relativamente aos efeitos secundários deste tratamento, o que se verifica é que maior parte dos doentes não sofre de efeitos secundários importantes enquanto estão em tratamento, embora tenham muitas vezes pequenos problemas geralmente passageiros, como é o caso, irritação, vermelhão e comichão da pele, da perda de apetite e da fadiga (Ogden, 2004).

1.6.4 – Hormonoterapia

Este tipo de tratamento tem como principal finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento.

Na opinião de Costa (2004), a hormonoterapia consiste em qualquer manobra médica (farmacológica ou cirúrgica) que modifica o ambiente hormonal do doente de forma a que as células tumorais não tenham acesso às hormonas que estimulam o seu crescimento.

Assim, pode incluir o uso de drogas, que modificam a forma de actuar das hormonas, ou a cirurgia, para a remoção dos ovários, órgãos responsáveis pela produção dessas hormonas (Biázus e Zucatto, 2005).

Relativamente ao uso de drogas a hormonoterapia mais utilizada para se tratar o cancro da mama é o Tamoxifeno. Este tratamento provoca geralmente alguns efeitos secundários, como: aumento de peso, afrontamentos e suores nocturnos, náuseas e indigestão, corrimento ou secreção vaginal, e visão embaçada.

Em suma, pode-se concluir que todos os tratamentos referidos anteriormente têm efeitos secundários indesejáveis e difíceis de suportar do ponto de vista físico, psicológico e social. Geralmente estes absorvem muito tempo e são física e emocionalmente extenuantes. Um dos efeitos mais desgastantes a nível físico é o facto de os químicos e radiações utilizados destruir as células cancerígenas e também causar danos nas células saudáveis.

2 - A Mulher Mastectomizada

O diagnóstico de cancro representa um evento de vida importante e catastrófico para a maioria dos indivíduos, tendo um forte impacto na qualidade de vida, mesmo para as pessoas que lidam bem com os aspectos negativos da vida (Pereira e Lopes, 2002).

Quando a mulher se encontra confrontada com uma doença oncológica, que põe em risco a sua vida, surgem incertezas, sofrimento, dor, ansiedade e medos, principalmente o medo da morte (Dias et al., 2002).

A dor é o sintoma com maior prevalência nos doentes oncológicos. Segundo a OMS de 30% a 50% dos doentes oncológicos apresentam dor no início da doença, em cerca de 70% destes a dor prevalece na fase avançada.

De acordo com Baron e González (1996), a dor é um dos sintomas físicos que os doentes com cancro avançado referem como o mais temido estando presente em cerca de uma terça parte dos doentes oncológicos durante o tratamento activo e em cerca de 90% na fase mais avançada.

Segundo o mesmo autor, esta dor pode ser causada pelos tratamentos usados, como seja, a cirurgia, a quimioterapia ou a radioterapia ou devido a outras razões como sejam os efeitos secundários dos tratamentos.

No entanto, Clark e Mcgee (1997) afirma que, a ansiedade também tem sido descrita como uma das reacções mais comuns nas mulheres mastectomizadas, variando esta de intensidade durante a vivência da mastectomia. Assim, Gottschalk (*cit. in* Clark e Mcgee, 1997) com o

seu estudo constatou que a ansiedade pode aumentar cerca de um a três meses após a cirurgia enquanto 10 ou 12 meses mais tarde esta diminui significativamente.

Deste modo, para Grondin et al. (*cit. in* Marques e Lêdo, 2003) a ansiedade acarreta na vida das mulheres mastectomizadas uma série de manifestações, como é o caso da dificuldade em dormir, impaciência, incapacidade em relaxar, agitação, apreensão, andar frequentemente de um lado para o outro, entre outras.

Para além da ansiedade, a depressão tem também sido identificada como uma reacção frequente após esta cirurgia, devido à vivência de alteração de papéis e de relações que a mulher mastectomizada enfrenta quando perde uma parte do seu corpo (Clark e Mcgee, 1997).

Assim, para estes autores a depressão é caracterizada por expressão de desânimo e desespero, incapacidade de concentração na leitura, escrita ou diálogo com outros, desinteresse pela higiene pessoal, alteração da actividade física (andar vagaroso), da alimentação (anorexia), do repouso e da actividade sexual, questionamento constante sobre o seu papel na sociedade, sentimento de culpa, afastamento dos outros com medo de ser rejeitada, maior sensibilidade em relação aos outros, o que está ligado à diminuição de confiança sobre os mesmos, sentimento de raiva, entre outros.

De acordo com Jerónimo e Henriques (2002), a maioria das mulheres considera que o cancro da mama é a pior coisa que lhes poderia ter acontecido, pelo que vivem sentimentos de tristeza, desespero, raiva, inúmeros medos, dos quais se destacam o medo de morrer, o medo de perder a força, o medo da impossibilidade de ter relações sexuais, o medo de não desempenhar o seu papel laboral e sentimentos de culpabilização, relacionados com a não detecção do nódulo precocemente.

Desta forma, a mastectomia é inevitavelmente, exigente e complexa para a mulher, uma vez que, acarreta para além das alterações físicas, um conjunto de alterações psicológicas, emocionais, familiares, sociais e sexuais.

Na opinião de Oliveira (2004), a mastectomia invade a mulher no seu todo, como ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual, porém, há um aspecto crucial que está na base da maior parte dos problemas inerentes à intervenção cirúrgica, que é a alteração da imagem corporal. A ameaça ou a perda de uma mama, compromete não só a integridade física, mas também a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e a sua mente, pois, a mama é símbolo de feminilidade, beleza, atractivo sexual, zona erógena e de amamentação.

De uma forma geral, a mastectomia insere-se numa situação traumatizante, dolorosa e geradora de ansiedade, desespero, angústia e intenso stress psicológico, pelo que a mulher terá de desenvolver as suas capacidades de adaptação. Fraseando Shontz (*cit. in* Oliveira, 2004, p. 43), “(...) vencer psicologicamente uma incapacidade significa parar de pensar nela o tempo todo e viver o melhor que se pode”.

2.1 – Repercussões a nível físico

Segundo Alarcão (1989), o cancro origina no organismo humano alterações físicas visíveis como sejam a existência de fácies típico; diminuição de peso; anorexia; a astenia; o olhar sem vida, são alguns dos factos que o doente se apercebe e que lhe produzem um aumento de ansiedade. Este aspecto da degradação física visível conduz muitas vezes à perda da auto-estima.

O sofrimento físico do doente com cancro deve ser encarado como um dos vários aspectos do sofrimento global, mas não isolado, que varia de doente para doente e que constitui um aspecto importante que obriga a um tratamento urgente e adaptado para que haja uma resposta positiva.

Para Pimentel (1991), o sofrimento físico está intimamente ligado à patologia em si, à sua localização, extensão e sequelas da doença e do tratamento.

A doença oncológica encontra-se incluída no grupo de doenças que ameaçam a integridade física do indivíduo, tendo portanto um impacto profundo na forma como os indivíduos se percebem e como percebem o ambiente físico que os rodeia (Aapro, *cit. in* Pereira e Lopes, 2002).

O conceito de seio tem sofrido várias alterações, sendo hoje em dia considerado algo de belo e o que se pretende é que este seja firme, levantado e com a pele bem tratada. Daí que seja fácil de compreender o medo aterrorizador da mulher quando confrontada com a perda do seu seio (Ogden, 2004).

Deste modo, a mastectomia altera negativamente a aparência física e conseqüentemente o auto-conceito do seu próprio corpo, levando-a a ter uma visão da auto-imagem e da vida que nem sempre se traduz em algo positivo.

Sendo assim, a imagem corporal da mulher mastectomizada desempenha um papel primordial na relação com o seu corpo, mas também na relação que esta estabelece com aqueles que a rodeiam.

Fallon (*cit. in* Oliveira, 2004, p. 35) refere que “(...) de todas as maneiras como as pessoas pensam acerca delas próprias, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem dos seus próprios corpos”.

A imagem corporal não se reduz apenas ao mundo da aparência e da estética como o ideal do corpo, mas contempla experiências de sensações, funções e aptidões corporais e, concepções de saúde/doença (Oliveira, 2004).

Segundo Fisher (*cit. in* Oliveira, 2004, p. 37), “a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também reflexo de desejos, atitudes emocionais e interações com os outros”.

Após a mastectomia levantam-se ainda outros problemas para a mulher, como é o caso da assimetria corporal, mesmo tendo recorrido à reconstrução do seu seio. Segundo Guerra y Retes (*cit. in* Oliveira, 2004) a mulher mesmo usando prótese, fica renitente em olhar-se ao espelho despida, estes autores referem tratar-se de uma sensação de se sentir incompleta, relativamente aos outros.

De referir ainda, que muitas mulheres com amputação da mama revelam dificuldades em usar todo o tipo de vestuário, que até então era habitual, uma vez que muitas das roupas não escondem as assimetrias e as cicatrizes.

Um outro problema que se coloca a este tipo de mulheres é efectivamente os locais que frequentavam antes do aparecimento da doença e após a mastectomia deixaram de o fazer. Segundo Payne et al. (*cit. in* Oliveira, 2004) muitas mulheres após a mastectomia nunca mais foram capazes de se despir em locais públicos.

2.2 – Repercussões a nível psicológico

Tal como menciona Cahoon (1982, p. 72), “A perda pelo indivíduo de qualquer objecto que lhe seja significativo pode precipitar um processo de angústia”. Neste contexto, o autor acrescenta que embora todos tenhamos consciência que o diagnóstico de cancro da mama é “(...) perturbante, não existe, na literatura, acordo sobre a extensão das perturbações psicológicas provocadas pela perda de um seio”.

Neste seguimento, Dias et al. (2002), refere que as repercussões psicológicas são inúmeras uma vez que, nessa altura surgem as incertezas, o sofrimento, a dor, a ansiedade e o medo, principalmente o medo da morte.

Segundo Costa e Reis (2003, p. 13), as mamas representam o símbolo maior da sexualidade e da feminilidade. E acrescenta que “qualquer ameaça a sua integridade exerce sobre as mulheres grande impacto emocional e psíquico”, gerando situações de tensão e depressão.

Afirma também os autores Jerónimo e Henriques (2002), que a mulher mastectomizada sofre várias alterações psicológicas que, associadas ao temor causado pela própria doença, originam sentimentos de impotência sobre algo que foge ao seu controlo.

Na opinião de Nunes e Neves (*cit. in* Oliveira, 2004), as alterações psicológicas estão presentes em todas as mulheres, manifestadas por situações de depressão e de ansiedade e por frases como “nunca mais fui a mesma” (Oliveira, 2004, p. 55).

Sendo assim, a mastectomia como consequência do diagnóstico de cancro da mama constitui um traumatismo psicológico para as mulheres, pois a mutilação que acarreta provoca perda da integridade corporal e correlativamente alterações da identidade (Bruges, 2007).

De facto, a consciencialização de que se tem uma das doenças mais mortais do mundo leva a mulher a desacreditar muitas das vezes na possibilidade de cura. Sendo, a palavra “morte” a que permanece constantemente no seu pensamento.

Em consonância com o exposto, Ogden (2004, p. 47) considera que “Uma coisa é ouvir notícias dramáticas de vida e de morte nas telenovelas da televisão ou numa peça de teatro, e outra, muito diferente, é sofrê-las em primeira mão.”

Para Cahoon (1982), o indivíduo quando colocado perante o diagnóstico de cancro, utiliza várias estratégias tentando enfrentar esse acontecimento ameaçador e reduzir o impacto emocional que este provoca.

Efectivamente, o que se tem verificado é que existe um sucesso considerável de casos com resultados positivos. No entanto, e citando Ogden (2004, p. 47) “O cancro tem o seu lugar próprio na galeria dos horrores.”.

2.3 – Repercussões a nível familiar

De acordo com Dias e Durà (2001), o cancro da mama acarreta profundas alterações no “seio” familiar, nomeadamente no que diz respeito à díade conjugal, uma vez que esta é que sofre o impacto directo da doença.

Segundo o mesmo autor, não só a pessoa doente é confrontada com o choque profundo da sua doença, como também o seu cônjuge é afectado pela incerteza do prolongamento da vida, e pelo espregitar da morte, potenciando o aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Assim, Pereira e Lopes (2002, p. 72) afirma que “Tal como o doente, a família também vivencia uma situação de crise”.

Segundo os mesmos autores, existem casos em que a doença oncológica aproxima a família, outros separa-a, mas nenhuma consegue ficar indiferente face a esta problemática. Estudos

demonstram que, de uma maneira geral, a doença oncológica é uma forma de aproximação dos elementos que constituem a família.

De acordo com Ogden (2004), o impacto da doença oncológica é sentida não só pela mulher mas também pelo conjunto de pessoas que a rodeiam. Estes, para além de a apoiarem emocionalmente, também são muitas vezes convidados a participarem nos cuidados físicos e na tomada de decisão sobre os tratamentos a que irá ser submetida.

Neste sentido, “A experiência de cancro é um acontecimento de vida que requer uma adaptação quer do próprio doente quer da própria família” (Pereira e Lopes, 2002, p. 71).

Senso assim, o doente oncológico necessita de adaptar-se e adquirir novas competências que lhe permitam uma maior adaptabilidade à realidade que engloba toda a vivência da doença.

Na opinião de Pereira e Lopes (2002), a família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo e cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade.

2.4 – Repercussões a nível social

O diagnóstico de cancro provoca um conjunto de alterações quer nas rotinas, regras e rituais, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências.

De acordo com Bruges (2007, p. 17) “ A ausência da mama corresponde a uma ferida social.”.

Assim sendo, o doente tem de se adaptar e adquirir novas competências ao longo de todo o processo. Isto implica muitas vezes ajustamentos sociais significativos, como é o caso da interrupção da actividade profissional, e conseqüentemente do acréscimo das dificuldades económicas (Pereira e Lopes, 2002).

Desta forma, a reabilitação social da mulher deve ser feita o mais rapidamente possível, para que esta se sinta útil e socialmente aceite pela sociedade (Otto, 2000).

No entanto, as reacções da mulher mastectomizada dependem de várias componentes que estão relacionadas com a própria pessoa, como é o caso da idade, numa jovem o tratamento por quimioterapia tem uma repercussão, sobretudo a nível social mais intensa e notável, do que uma mulher com idade mais avançada, com o apoio que recebeu e a maneira como enfrentou a doença.

3 – Conceito de Sexualidade

Após a mastectomia, a mulher pode apresentar uma série de alterações não somente a nível físico, psicológico, familiar e social, como foi abordado anteriormente, mas também a nível sexual.

Assim sendo, torna-se pertinente efectuar uma abordagem relativamente à sexualidade na vida das mulheres mastectomizadas, pois são inúmeras as alterações que a mastectomia acarreta na vida sexual destas mulheres.

Deste modo, a OMS define a sexualidade como “(...) 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”.

Segundo Andrade (1996), através dos tempos, a sexualidade foi sempre definida como uma necessidade do homem, quer para se reproduzir, quer para satisfazer o corpo ou elevar o espírito. A procriação, o prazer e os sentimentos são, pois, elementos indispensáveis à delimitação do campo da sexualidade.

De acordo com o mesmo autor, 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 quem se pretende criar laços estreitos e partilhar algo de muito íntimo.

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

Sendo assim, a realidade do cancro da mama, o temor da morte, a mudança da imagem corporal e o medo de rejeição criam vários problemas de adaptação para a mulher submetida a uma mastectomia. 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).

Ogden (2004, p. 142) afirma que “(...) é particularmente difícil quando a mudança está ligada a arraigadas crenças sobre si e sobre quem se é”. De facto, a mama teve e tem ainda hoje um significado bastante importante na feminilidade e sexualidade, duas vertentes essenciais na vida da mulher. Assim, não será difícil compreender a problemática desta doença e as alterações negativas que esta acarreta.

Almeida (2007), afirma que a sexualidade é uma das principais preocupações da mulher após a mastectomia. Pois a perda da mama para estas mulheres está associada à perda da feminilidade, comprometimento sexual, desfiguramento, diminuição da atracção sexual e perda do parceiro.

Segundo o mesmo autor, a perda da mama, parte do corpo fundamental na sensualidade feminina, resulta numa alteração negativa da imagem corporal. Pois a ausência deste órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psicológica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, prejudicando a sua qualidade de vida e a satisfação sexual.

De acordo com Dias et al. (2002), a sexualidade sofre desequilíbrios devido à diminuição do desejo sexual, à ansiedade e a períodos de depressão potenciados pela alteração da imagem corporal.

Deste modo, a mastectomia acarreta uma série de alterações dolorosas na vida das mulheres mastectomizadas, como alterações da auto-imagem, da auto-estima e comprometimento da sexualidade, visto que a mama é um órgão repleto de simbolismo para a mulher. Estas alterações podem ocasionar na mulher sentimentos de vergonha, de inadequação e culpa, afectando assim a forma como a mulher vivencia a sua sexualidade.

Para além das consequências da mastectomia existem também os efeitos secundários dos tratamentos, como por exemplo a quimioterapia, que provoca efeitos como a alopecia, e a fadiga, que fazem com que a mulher sintasse-se estranha, manifeste sentimentos de vergonha e embaraço, tenha dificuldades em relacionar-se com o marido, sintasse-se sexualmente repulsiva e sem vontade de relacionar-se sexualmente, evitando contactos sexuais (Arán et al., *cit. in* Almeida, 2007).

Bruges (2007), afirma que o facto de não se ter uma mama, não significa alteração no modo de funcionamento sexual, mas pode alterar a sensação da mulher sobre a sexualidade. As mamas são características sexuais femininas e após a mastectomia a mulher pode sentir que perdeu alguma atracção sexual e teme que o marido/companheiro sintasse repugnância por uma cicatriz pouco estética.

Neste sentido, Kissane et al. (*cit. in* Oliveira, 2004) afirma que a maior parte das mulheres com cancro da mama perdem o interesse na actividade sexual.

De acordo com um estudo observado por Lim (*cit. in* Almeida, 2007), algumas mulheres mastectomizadas apresentam problemas no relacionamento conjugal, tendo após a mastectomia diminuição da frequência das relações sexuais, relutância em despir-se diante dos parceiros e em serem tocadas pelos mesmos. Algumas destas mulheres ainda referiram que utilizavam camisola durante as relações sexuais e que sentiram muito medo do marido não as aceitar após a cirurgia.

No entanto, para Lim (*cit. in* Almeida, 2007) a mastectomia não é a única causa do desconforto sentido pelas mulheres mastectomizadas. Mas também um conjunto de outros factores, como é caso dos antecedentes do diagnóstico, dos problemas financeiros, sociais e conjugais, da idade da mulher, da forma como lida com a situação e da falta de informação sobre a doença.

Nesta linha de pensamento o autor Duarte e Andrade (*cit. in* Almeida, 2007), afirma que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela se tornar mais receptiva, o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento torna-se melhor.

Oliveira (2004) refere que a mastectomia pode despertar uma série 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 mastectomia e tendo como ponto crucial a atitude do parceiro sexual, que funcionam nalguns casos como factor facilitador e noutros como factor dificultador.

Afirma também o autor Rossi e Santos (*cit. in Almeida, 2007*), que o relacionamento sexual depende muito de como era antes da doença, ou seja, se as mulheres tinham um bom relacionamento com o marido/companheiro tendem a continuar da mesma forma, caso contrário tendem a piorar o seu relacionamento. Assim, relacionamentos considerados frágeis antes da doença dificilmente sobrevivem após um evento traumático.

No entanto, Talhaferro et al. (2007), afirma que mesmo quando existe uma forte e satisfatória vida sexual antes da doença, as alterações emocionais, a dor, a fadiga, a alteração da imagem corporal e a baixa auto-estima decorrentes do diagnóstico e do tratamento do cancro da mama podem desorganizar o funcionamento sexual do casal.

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 tranquila 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.

Desta forma, a afectividade como dimensão da sexualidade, torna-se primordial para as mulheres que passam por esta fase da vida, no que refere ao apoio do parceiro.

A comunicação entre o casal é também um factor preponderante durante todo o processo de doença, pois sem ela é difícil sustentar a vida do casal. Desta forma, o parceiro tem de compreender e apoiar a mulher, tornando-se um membro indispensável durante todas as fases do tratamento (Talhaferro et al., 2007).

Segundo Azevedo et al. (1995), comunicar é a relação pela qual os seres vivos se podem compreender e/ou influenciar uns aos outros, pela transmissão de pensamentos, ideias e sentimentos.

Neste seguimento, Arán (*cit. in* Almeida, (2007) refere que o relacionamento marital, quando existente, é fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, já que por consequência da mutilação proveniente da mastectomia, a mulher tem a sua auto-imagem alterada, interferindo na sua auto-confiança e auto-estima. Desta forma, nesse momento em que ela sente-se diminuída na sua feminilidade, atractividade e sexualidade, a presença do companheiro torna-se imprescindível.

Segal (*cit. in*, Almeida, 2007), afirma que os casais que tentam vencer a dor e o sofrimento sozinhos, isolados do outro e não compartilham a tristeza, tendem a considerar o processo de doença e do tratamento mais difícil.

Em consonância com o exposto, Cunha (*cit. in* Almeida, 2007), considera que a falta de apoio do marido durante todo o processo de doença é considerada como forte agressão à mulher, afectando a sua auto-estima, num momento em que necessita de ser aceite, de compreensão e de carinho.

Neste contexto, o autor Silva et al. (2004), afirma que o facto da mulher mastectomizada ter um acompanhamento contínuo do marido/companheiro, quer nas consultas, quer nos tratamentos, é um aspecto que influencia de forma positiva a maneira como a mulher encara a doença.

Assim, pode-se constatar que a atitude do marido/companheiro, em todas as fases após a remoção do seio, é um factor que interfere na relação da mulher com o seu corpo, e na forma como vive a sua sexualidade (Oliveira, 2004).

Em suma, pode dizer-se que a sexualidade põe imensos problemas, e põe-nos em todos os domínios: científico, intelectual, filosófico, estético, moral, artístico ou mesmo comercial relativamente a estas mulheres o mais atingido será o domínio estético (Carles, 1965).

Sendo assim, a prática sexual da mulher com amputação da mama está inevitavelmente diferente do que era quando se dispunha de um corpo saudável e sem cicatrizes.

De facto, o cancro da mama implica um elevado grau de comprometimento na auto-imagem corporal, o que pode acarretar danos no conceito que tem sobre si próprio, bem como na própria sexualidade dentro do relacionamento sexual, visto que a mulher está carregada de sentimentos de intensa insegurança e medo.

Assim, a mulher pode vir apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, em decorrência das dificuldades em lidar com o próprio corpo, visto que as alterações neste implicam também alterações afectivas, reflectidas na forma como as mulheres percebem a si mesmas e na forma como encararam a vida após a mastectomia (Almeida, 2007).

De acordo com Oliveira (2004), a forma como cada mulher ultrapassa e vivência a doença, depende de uma panóplia de circunstâncias que provocam uma série de alterações físicas, psíquicas, familiares e sociais, mas também conforme o grupo etário em que se encontram.

Na opinião de Lopes et al. (*cit. in* Oliveira, 2004, p. 71) “(...) as mulheres mais novas apresentam maior grau de regressão após a mastectomia, relativamente ao auto-conceito e à auto-estima”.

De facto em qualquer idade o aparecimento do cancro da mama pode trazer, para as mulheres receios e medos no que diz respeito à perda da actividade sexual e à capacidade de obter prazer sexual, no entanto, para uma mulher jovem e sexualmente activa, uma aparência desagradável pela perda de uma mama pode provocar alterações no seu conceito de beleza física e desencadear um processo penoso nos relacionamentos futuros.

4 – O Enfermeiro e a Mulher Mastectomizada

A mulher com cancro da mama para além de vivenciar os sentimentos/emoções que normalmente emergem da doença oncológica, tais como, ansiedade, tristeza, raiva, culpa, medo, nomeadamente o medo da morte, confronta-se com um aspecto particular associado à mastectomia, que é a mutilação. A mastectomia conduz à perda de uma parte importante do corpo da mulher, a mama, a qual é símbolo de feminilidade, fertilidade, amamentação e atractivo sexual.

Perante esta realidade, a mulher vivência uma situação de elevado desgaste físico e psicológico, tendo inerente a perda física, e conseqüentemente a alteração da sua imagem corporal, o que pode ter repercussões no bem-estar físico, psicológico, familiar, social e profissional.

Assim sendo, o enfermeiro encontra-se numa posição de realce no cuidar da mulher mastectomizada, pois este é o profissional de saúde que mais tempo passa junto da doente, e aquele que lida com os aspectos do foro mais íntimo desta. Segundo Fagin e Diers (*cit. in* Oliveira, 2004, p. 169), a enfermagem pode ser percebida como:

“(…) uma metáfora para a intimidade. Os enfermeiros estão envolvidos nos aspectos mais privados da vida das pessoas [...] Os enfermeiros fazem publicamente pelos outros, o que as pessoas saudáveis fazem por elas próprias na sua privacidade. Os enfermeiros são companheiros de confiança, estão lá para ouvir segredos, especialmente os originários da vulnerabilidade”.

No caso da mulher mastectomizada, são várias as oportunidades que o enfermeiro tem de entrar em contacto com ela, quer seja na altura do diagnóstico, quer seja depois no internamento, tanto no período que antecede a cirurgia, como depois, no pós-operatório imediato ou no pós operatório tardio e ao longo de todo o processo de doença, especialmente durante o tempo em que se realizam as terapias adjuvantes, como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia e mesmo depois durante o *follow up*.

De acordo com Oliveira (2004), desde o primeiro contacto com a mulher, é importante que o enfermeiro vá fazendo uma avaliação progressiva, não só do tipo de pessoa que tem a frente,

mas sobretudo dos sentimentos, medos e necessidades da pessoa, bem como saber qual é o significado do diagnóstico e da remoção do seio para a mulher.

Neste contexto, o enfermeiro deve procurar conhecer o impacto emocional que a mastectomia tem sobre a mulher, porque esta reacção afecta todos os cuidados de enfermagem.

Assim sendo, para que o enfermeiro possa cuidar em pleno da mulher mastectomizada, este tem que estar consciencializado dos sentimentos da mulher e sua família face ao cancro da mama e à mastectomia, bem como, dos seus próprios sentimentos, pois o enfermeiro é acima de tudo, um ser humano, regido pelos seus valores pessoais.

Desta forma, o enfermeiro, deve analisar a importância que tem para si a sua aparência física, de que modo reage às alterações da imagem corporal, que sentimentos lhe provocam essas alterações e, de que forma, interferem com a qualidade dos cuidados prestados.

Em consonância com o exposto, Price (*cit. in* Oliveira, 2004, p. 174) salienta que “é importante que os enfermeiros, antes de tentarem ajudar as mulheres mastectomizadas a lidarem com as mudanças verificadas no seu corpo, estejam à vontade com os seus sentimentos e as suas crenças acerca da sua própria aparência física”.

Pois, só através do conhecimento de si próprio, é que o enfermeiro se pode tornar consciente das suas atitudes e capacidades para lidar com determinadas alterações verificadas na mulher mastectomizada.

Assim, o enfermeiro no cuidar da mulher mastectomizada deve estar presente, olhar cada mulher como um ser único, saber escutar os seus medos e angústias de forma a aumentar a sua confiança e auto-estima (Marques e Lêdo, 2003).

Afirma também o autor Kérouac (*cit. in* Oliveira, 2004) que “(...) o enfermeiro, pela sua presença perante o outro, pela sua escuta e disponibilidade, favorece o desenvolvimento do potencial da pessoa que vive experiências de saúde”.

Assim, neste contexto primordial, em que é necessário que a mulher partilhe os seus sentimentos é pois importante que o enfermeiro estabeleça um tipo de relação que contemple a escuta activa (Oliveira, 2004).

O enfermeiro, como agente de informação/formação, não deverá também discurar aspectos relacionados com as necessidades de índole sexual, uma vez que a mulher mastectomizada, sobretudo a mais jovem, apresenta bastantes preocupações neste âmbito. Este assunto é, normalmente, de difícil abordagem, tanto para a mulher, como para o enfermeiro e os profissionais de saúde em geral, pelo que a avaliação da função sexual é muitas vezes omitida. Importante não esquecer que ao proceder-se à referida avaliação, não devem ser discorados aspectos como o contexto socioeconómico, a educação, a capacidade de adaptação e a qualidade de expressão sexual existente anteriormente (Oliveira, 2004).

Neste seguimento, torna-se necessário que o enfermeiro identifique os problemas existentes nesta área. Assim, Bland e Copelend (*cit. in* Oliveira, 2004) aponta que o restabelecimento do relacionamento sexual, é um dos aspectos que poderá ajudar a melhorar a relação que a mulher tem consigo própria.

Importante ainda lembrar que a atitude do parceiro tem uma importância crucial na resolução destes problemas. Por isso, é importante que os problemas relacionados com a sexualidade da mulher mastectomizada sejam discutidos com o marido/companheiro.

Assim, o enfermeiro deverá cuidar da mulher mastectomizada numa perspectiva holística e humanizada, percepcionando a família e o marido/companheiro, como aspecto primordial na parceria de cuidados e no apoio a facultar à mulher. Porém, o enfermeiro deve estar consciencializado de que a família/pessoas significativas podem necessitar de cuidados de enfermagem, pois o cancro da mama não atinge apenas a mulher na sua singularidade, mas também, todos aqueles que lhe estão próximos.

Sendo assim, o enfermeiro deve oferecer à família/pessoas significativas suporte emocional, conduzindo-os à expressão dos seus sentimentos, preocupações e necessidades de modo a facilitar a adaptação à nova situação. Só assim é possível promover cuidados individualizados

e humanizados não só à mulher mastectomizada como também à família/pessoas significativas (Marques e Lêdo, 2003).

Segundo os mesmos autores, estes elementos assumem um papel privilegiado na detecção de alterações, nomeadamente do comportamento, que ao serem comunicadas ao enfermeiro permitem que este possa intervir de forma eficaz.

Para Figueiredo e Carvalho (*cit. in* Augusto et al., 2004, p. 26) “(...) olhar o corpo simplesmente é como olhar uma casa por fora e para saber como ela é, é necessário viver nela, conhecê-la por dentro”.

O papel do enfermeiro durante *follow up* é também crucial, pois permite um seguimento do indivíduo, após concluídos os tratamentos, como forma de prevenção de recaídas, sendo que a mulher deve indicar qualquer sintomas ou efeitos secundários que a preocupam. Pois só assim é possível ao enfermeiro actuar, resolver e melhorar a qualidade de vida da mulher mastectomizada (Oliveira, 2004).

Quando necessário, o enfermeiro deve também intervir pedindo a colaboração de outros profissionais de saúde, por exemplo, nas situações em que a doente apresenta sintomas de depressão.

Segundo Oliveira (2004), é desejável e importante que o enfermeiro trabalhe em equipa com outros profissionais e que os seus actos não sejam peças isoladas, mas o resultado de uma atitude concertada no seio de uma equipa multidisciplinar.

Deste modo, o enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar, pelo lugar de eleição que ocupa junto do indivíduo, família, detém um papel extremamente relevante na prevenção, do cancro da mama.

Assim sendo, cabe ao enfermeiro a sensibilização da opinião pública, através de programas de rastreio e diagnóstico precoce, de cartazes informativos que despertem a atenção dos utentes, de aconselhamentos e educações para a saúde. Bem como, o esclarecimento de dúvidas e receios, sublinhando sempre a importância do rastreio e diagnóstico precoce no cancro da

mama, no sentido de aumentar a esperança e a qualidade de vida da população (Jerónimo e Henriques, 2002).

Na opinião de Otto (2000), os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação pública, dirigida à prevenção do cancro da mama, ensinando o auto-exame da mama, orientando para exames médicos e mamografias e retratando a esperança de cura do cancro da mama com detecção precoce.

Neste contexto, o enfermeiro tem por função a mudança de estilos de vida, de forma voluntária, através da adopção de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde.

Segundo Otto (2000) falar-se de cancro da mama implica que o enfermeiro tenha que cada vez mais de investir na sua formação, a nível psicológico, para que consiga ultrapassar os vários desafios colocados por este tipo de doença.

Em suma, o enfermeiro, sendo o profissional de saúde que passa 24 horas por dia com o doente, é o técnico melhor preparado para apoiar, orientar e ajudar as mulheres mastectomizadas a ultrapassar esta fase tão difícil das suas vidas. Para além da recuperação física, é essencial o seu apoio na nova concepção do corpo, e que cada mulher após a alta hospitalar continue a ver-se e sentir-se como Mulher. Será esse o grande objectivo dos cuidados de enfermagem perante uma doente mastectomizada (Serrano e Pires, 2004).

II – METODOLOGIA

Todo o trabalho de investigação necessita de uma fase metodológica (metodologia), pois é através dela que se estuda, descreve e explica os métodos que se vão utilizar para obter respostas às questões de investigação (Fortin, 1999).

Assim sendo, no decurso da fase metodológica, pretende-se determinar os métodos a utilizar para obter resposta às questões de investigação enunciadas. Deste modo, torna-se necessário escolher o desenho de investigação apropriado para explorar e descrever um fenómeno, determinar associações (Fortin, 1999).

1 – Princípios éticos

Qualquer investigação realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas. A ética, coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Toda a investigação deverá ser conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade de qualquer pessoa. Sendo assim a investigação deve respeitar o direito à confidencialidade, anonimato e deve zelar pela invasão da privacidade. Para isso, o investigador deverá agir à luz dos princípios éticos e em conformidade com os mesmos (Fortin, 1999).

Assim sendo, no presente estudo pretende-se respeitar de forma incondicional os direitos abaixo descritos, desenvolvendo em relação a cada um deles as respectivas premissas.

Fortin (1999, p. 116) cita cinco princípios essenciais, aplicáveis aos seres humanos e estabelecidos pelo Código de Ética, que são:

- **O direito à Autodeterminação** – Este direito, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo a qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

Neste estudo, pretende-se explicar às mulheres mastectomizadas que participam no estudo, o seu direito de decidir sobre a participação ou não na investigação. Nenhum meio será utilizado para influenciar a sua decisão. O material colhido terá apenas os fins acordados e não outros.

- **O direito à Intimidade** – O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Pretende-se ser o menos invasivo possível. Deixando aos participantes a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a fornecer. Será protegido o anonimato ao longo do estudo, bem como durante a investigação e a divulgação dos resultados.

- **O direito ao Anonimato e à Confidencialidade** – Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.

Os resultados, neste estudo, serão apresentados de forma a que nenhum participante seja reconhecido. Daí a utilização de um questionário anónimo.

- **O direito à Protecção contra o desconforto e prejuízo** – Este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem.

Pretende-se que não existam quaisquer inconvenientes desta ordem no trabalho em causa.

- **O direito ao Tratamento Justo e Equitativo** – Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação da pessoa.

Serão fornecidas aos participantes as informações referentes ao estudo.

2 - Questão de investigação

A definição de um problema de investigação tem primordial importância, uma vez que é devido a este que o processo de investigação assume o seu ponto de partida fornecendo instrumentos úteis à compreensão e ao aperfeiçoamento da situação problemática.

Segundo Fortin (1999, p. 59) “o ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e em transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada”.

Desta forma, o problema deve ser actual, isto é, apropriado às interrogações do momento presente, pertinente para a prática profissional, e ter o potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

Assim sendo, tendo em conta o tema, formulou-se a seguinte questão de investigação: **“Qual o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres, na consulta de Cirurgia Geral, de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia?”**.

3 - Objectivos do estudo

O primeiro passo num estudo de investigação, é desenvolver um problema de pesquisa significativa e interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o investigador em enfermagem, tem necessariamente que definir os objectivos que pretende atingir com a realização dessa investigação.

Fortin (1999, p. 100), afirma que o objectivo de um estudo de investigação é “(...) um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação do investigador”.

Deste modo, e tendo em conta o problema de pesquisa: saber qual o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres, como objectivos pretende-se:

- **identificar as modificações ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas;**
- **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem à mulher mastectomizada.**

Assim sendo, pretende-se conhecer as possíveis modificações ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas no que refere às repercussões a nível físico, psicológico, familiar e social. Por outro lado, o impacto na vida sexual da mulher, na relação que estabeleceu com o seu parceiro e familiares, durante todo o processo.

4- Desenho de investigação

Segundo Fortin (1999, p. 132), “O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (...)”.

Tendo em conta o referido na citação, o desenho de investigação deste estudo é constituído pelos seguintes elementos: tipo de estudo, meio, população, processo de amostragem, amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, pré-teste e tratamento de dados.

4.1 – Tipo de Estudo

Quando se inicia um trabalho de investigação uma das dificuldades que se coloca, é a escolha da abordagem a utilizar (quantitativa ou qualitativa).

A investigação quantitativa é a “investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente” (Fortin, 1999, p. 371).

Com a elaboração deste trabalho pretende-se realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

A abordagem é quantitativa porque se pretende a quantificação das variáveis independentes. É baseada na observação de factos objectivos de acontecimentos que existem independentemente do investigador (Fortin, 1999, p. 22).

O estudo é descritivo, segundo Fortin (1999, p. 163) “(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

4.2 – Meio do estudo

O estudo será elaborado em meio natural, ou seja, será efectuado “ (...) em qualquer parte fora de lugares altamente controlados.” (Fortin, 1999, p. 132).

Neste estudo o meio natural corresponderá ao Serviço de Cirurgia Geral de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia, local onde as mulheres mastectomizadas se dirigem para a consulta e onde vão ser inquiridas.

4.3 – População

Segundo Fortin (1999, p. 202), uma população “ (...) é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns”. Face a isto, a população é constituída por um grupo de mulheres mastectomizadas que frequentam a consulta de Cirurgia Geral, de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia, nos meses de Fevereiro e Março de 2008.

4.4 – Processo de amostragem

Neste estudo por razões de disponibilidade de tempo, optou-se por utilizar a amostragem não aleatória acidental, por este tipo de amostragem facilitar a colheita de dados. Assim durante o período de colheita de dados, pretende-se estar presente no Serviço de Cirurgia Geral de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia e convidar a integrar no estudo as mulheres mastectomizadas disponíveis no local.

Para Fortin (1999, p. 208) “ a amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)”.

4.5 – Amostra

Relativamente à amostra, esta é definida segundo Fortin (1999, p. 202), como sendo “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

A amostra estudada é constituída por trinta mulheres submetidas a mastectomia, que frequentaram a consulta de Cirurgia Geral, de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia, nos meses de Fevereiro e Março de 2008, não sujeitas a critérios de selecção.

4.6 – Variáveis

De acordo com Fortin (1999, p. 36), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

Afirma também o autor Kerling (*cit. in*, Fortin, 1999, p. 36), que “Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos”.

4.6.1 – Identificação das variáveis

Segundo Fortin (1999, p. 37) “As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação”. Para este estudo foram definidas as seguintes variáveis:

A **Variável Dependente** é a variável resposta ou efeito, de critério e de comportamento ou resultado (Fortin, 1999). Neste estudo a variável dependente é a sexualidade das mulheres mastectomizadas.

A **Variável Independente** é a variável influenciada pela variável dependente (Fortin, 1999). Assim sendo, neste estudo são: o tipo de tratamento, o apoio familiar, o apoio dos profissionais de saúde, o apoio do parceiro, a representação simbólica da mama, a percepção da mastectomia, o prazer sexual, o medo, o desconforto, a vergonha, o apetite sexual e a reacção do parceiro à imagem da mulher mastectomizada.

A **Variável Atributo** é a que apresenta as características dos sujeitos de um estudo (Fortin, 1999). Sendo neste estudo: a idade, a profissão, o estado civil, o número de filhos, o nível de escolaridade, e o agregado familiar.

4.7 – Instrumento de colheita de dados

Para cada estudo o investigador terá de ter em conta os instrumentos de recolha de dados que melhor se enquadram com o fim a atingir. Pois consoante a investigação a trabalhar, serão obtidos melhores resultados se o investigador souber optar pelos instrumentos adequados à situação ou problema que pretende analisar.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário anónimo e voluntário, com perguntas abertas, fechadas e mistas, aplicado de forma directa às mulheres mastectomizadas da consulta de Cirurgia Geral, de uma Instituição do Concelho de Vila Nova de Gaia, durante os meses de Fevereiro e Março de 2008, tendo como finalidade a caracterização da população, e análise dos dados resultantes, de forma a atingir o objectivo de estudo.

De acordo com Fortin (1999), p. 249-250),

“Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas dos sujeitos. [...] Os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter respostas abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeitos (...).”

O questionário elaborado pela investigadora (Anexo I) está dividido em duas partes, sendo a primeira constituída por seis perguntas abertas e uma mista, onde se faz a caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por vinte e cinco perguntas fechadas e cinco perguntas mistas e permite colher informação sobre a temática em estudo.

4.8 – Pré-teste

Após a realização do questionário este deve ser testado antes da sua aplicação definitiva.

Fortin (1999, p. 373) define como “a primeira prova de instrumento de colheita de dados antes de ser aplicado em grande escala”.

Assim sendo, o pré-teste aplicou-se a um grupo de aproximadamente cinco pessoas com o objectivo de avaliar o grau de compreensão das perguntas, detectar eventuais dificuldades no seu preenchimento e recolher alguns comentários que possam ser relevantes para o seu aperfeiçoamento.

Segundo Fortin (1999, p. 253) o pré-teste “ (...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada [...], a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. [...] permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.”.

4.9 – Tratamento de dados

Os dados obtidos através do questionário, foram submetidos a tratamento estatístico para posteriormente serem analisados. Estes foram tratados e analisados informaticamente através do programa estatístico SPSS 15.0 para o Windows e do Microsoft Excel.

O tratamento estatístico engloba a estatística descritiva (média, moda, mediana, desvio padrão, frequência e percentagem).

A representação dos dados será efectuada através de quadros e gráficos, com a respectiva narração.

III – RESULTADOS

Este capítulo encontra-se organizado em dois sub-capítulos, sendo o primeiro referente à caracterização da amostra onde é estudado a idade; o estado civil; o número de filhos; o nível de escolaridade; o agregado familiar. O segundo sub-capítulo é sobre os dados referentes à temática em estudo em que se referencia o tratamento; o apoio familiar; o apoio dos profissionais de saúde; o apoio do parceiro; a mama como símbolo sexual; a alteração da prática sexual; o aspecto físico; o prazer sexual; o medo; o desconforto; a vergonha; o apetite sexual; a reacção do parceiro; o apoio do parceiro; a alteração na maneira de vestir; a partilha de vivências; se frequenta os mesmos locais.

1 - Cracterização da amostra

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a variável “idade (em anos)”

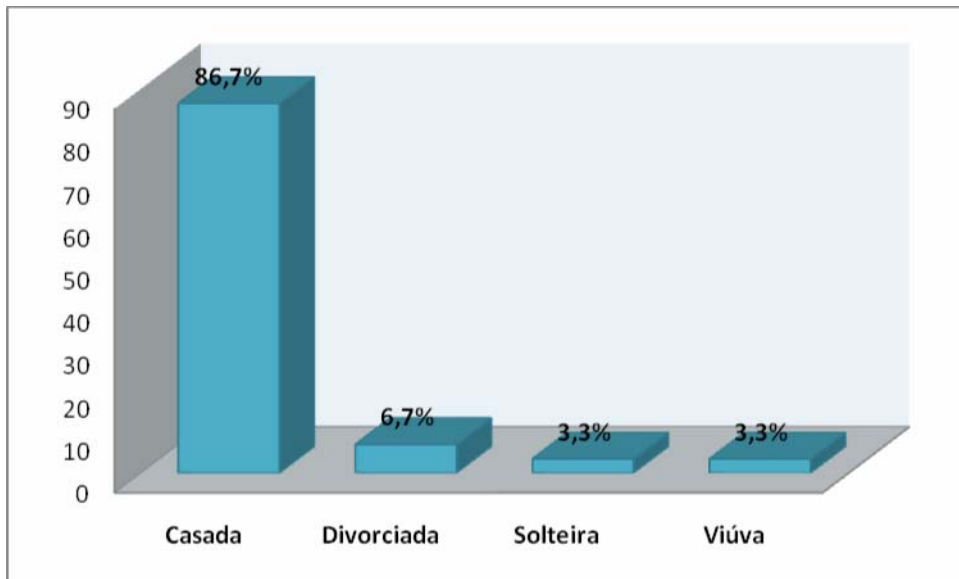
Moda	Média	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Desvio padrão
45	51,4	51	34	79	11,619

Pela análise do quadro 1, relativamente à variável idade pode verificar-se que as mulheres mastectomizadas inquiridas estão compreendidas entre os 34 e os 79 anos. Concluímos que a média \pm desvio padrão de idades das mulheres inquiridos é de 51,4 anos (\pm 11,619 anos), a mediana é de 51 anos e a moda é de 45 anos.

Quadro 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o “estado civil”

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Casada	26	86,7
Divorciada	2	6,7
Solteira	1	3,3
Viúva	1	3,3
Total	30	100

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra segundo o “estado civil”



Através do quadro 2 e respectivo gráfico, ao analisar o estado civil, verifica-se que a maioria das mulheres mastectomizadas que fizeram parte da amostra são casadas, representando 86,7 %, sob o estado de divorciada com 6,7%, verifica-se ainda que o estado de solteira e viúva apresentam-se igualmente com 3,3% da amostra.

Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “número de filhos”

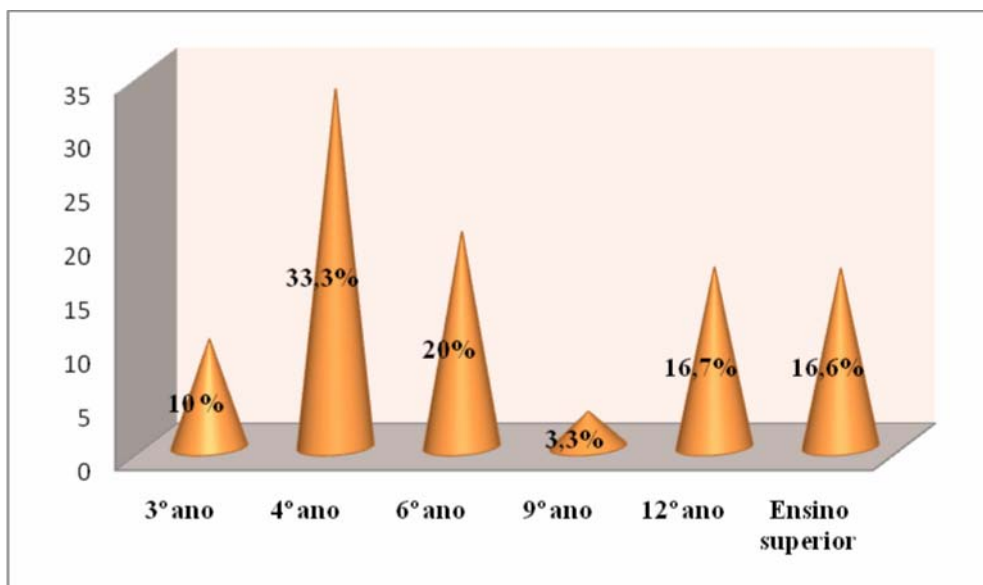
Número de Filhos	Frequência	Percentagem
0	4	13,3
1	6	20
2	13	43,3
3	4	13,3
4	2	6,7
5	1	3,3
Total	30	100

De acordo com a análise do quadro 3, verifica-se que apenas 13,3% da amostra não tem filhos. Sendo que 86,7% das mulheres mastectomizadas inquiridas tem um ou mais filhos.

Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “nível de escolaridade”

Nível de escolaridade	Frequência	Percentagem
3º ano	3	10
4º ano	10	33,3
6º ano	6	20
9º ano	1	3,3
12º ano	5	16,7
Ensino superior	5	16,6
Total	30	100

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra segundo o “nível de escolaridade”

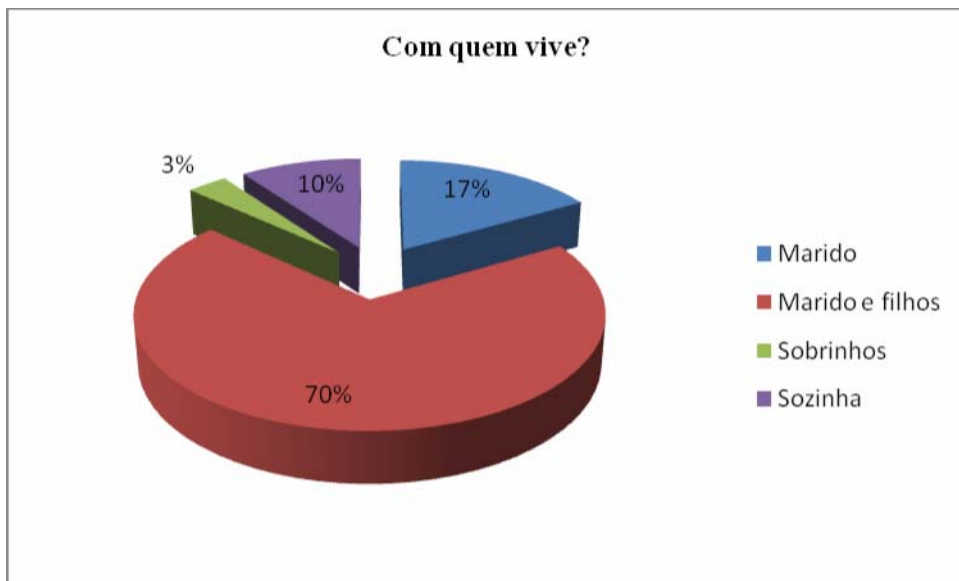


Com base no quadro 4 e gráfico 2, segundo a variável nível de escolaridade, constata-se que a percentagem de mulheres mastectomizadas com 4º ano é superior aos restantes níveis de escolares, representando 33,3% da amostra. A restante amostra distribui-se com 20% para o 6º ano, 16,7 e 16,6 para o 12º ano e ensino superior, respectivamente, 10% para o 3º ano e por fim 3,3% para o 9º ano. De referir a elevada percentagem da amostra sem a escolaridade obrigatória.

Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “com quem vive”

Com quem vive	Frequência	Percentagem
Marido	5	16,7
Marido e filhos	21	70
Sobrinhos	1	3,3
Sozinha	3	10
Total	30	100

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra segundo a variável “com quem vive”



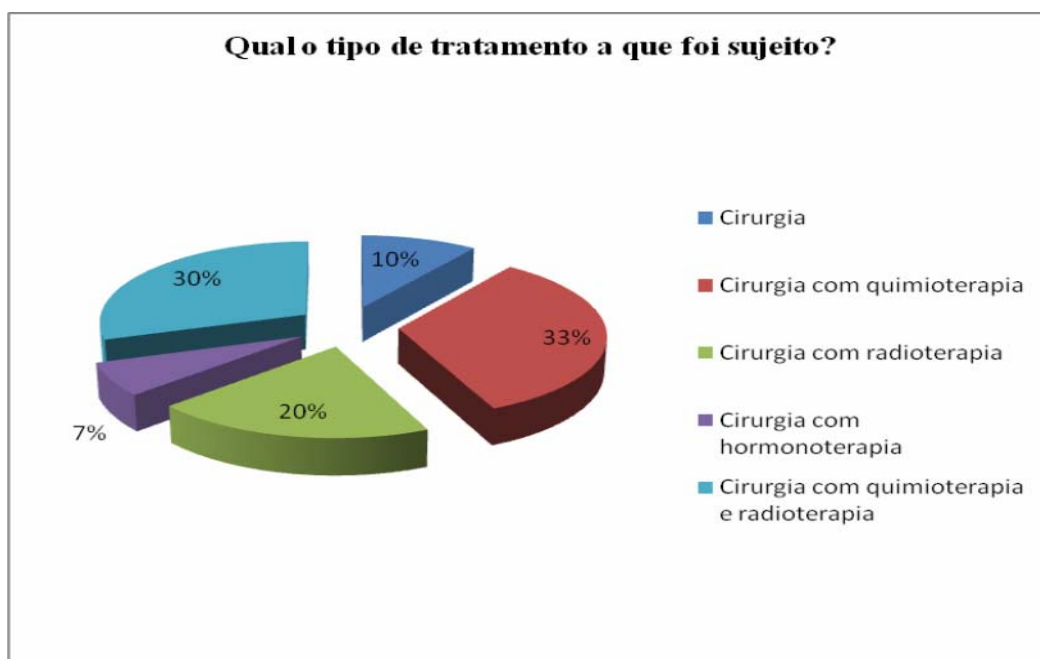
Pela análise do quadro 5 e gráfico 3, em relação à variável com quem vive, verifica-se que o marido e os filhos, fazem parte integrante da vida de maior parte das mulheres mastectomizadas inquiridas, representando 70% da amostra. De referir ainda que 17% das mulheres vivem somente com o marido, 10% vivem sozinhas e 3 % com sobrinhos.

2 - Caracterização do estudo

Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra segundo “o tipo de tratamento”

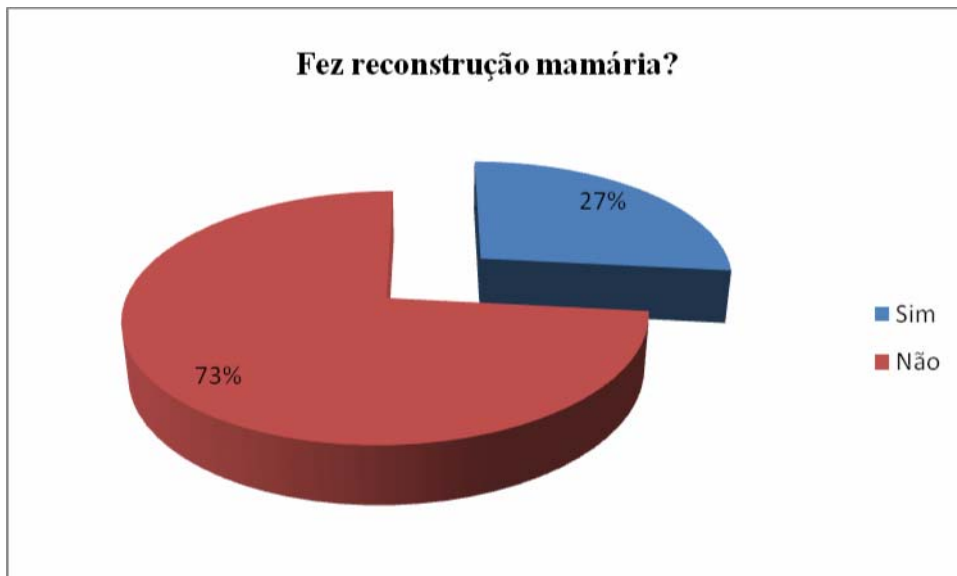
Qual o tipo de tratamento a que foi sujeito?	Frequência	Percentagem
Cirurgia	3	10
Cirurgia com quimioterapia	10	33,3
Cirurgia com radioterapia	6	20
Cirurgia com hormonoterapia	2	6,7
Cirurgia com quimioterapia e radioterapia	9	30
Total	30	100

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra segundo “o tipo de tratamento”



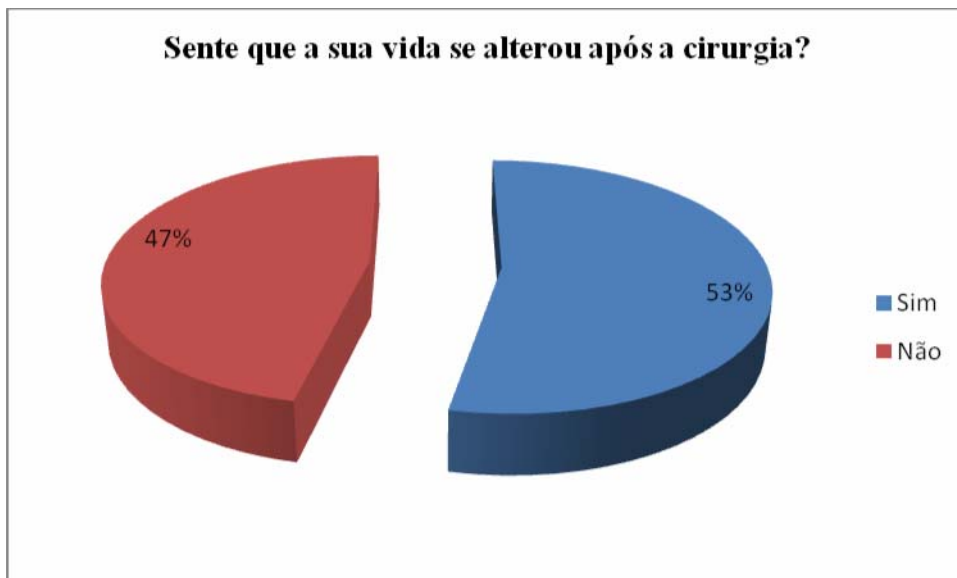
Através da análise do quadro 6 e respectivo gráfico, em relação ao tipo de tratamento a que foi sujeito, verifica-se que 33% da amostra foi sujeito a cirurgia com quimioterapia; 30% a cirurgia com quimioterapia e radioterapia; 20% a cirurgia com radioterapia; 10% apenas foi submetido a cirurgia; e 7% a cirurgia com hormonoterapia.

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra segundo a “reconstrução mamária”



Com base no gráfico 5, em relação à reconstrução mamária, verifica-se que 73% das mulheres mastectomizadas inquiridas efectuou reconstrução mamária, as restantes 27% não fez reconstrução mamária.

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra segundo a “alteração da sua vida após a cirurgia”



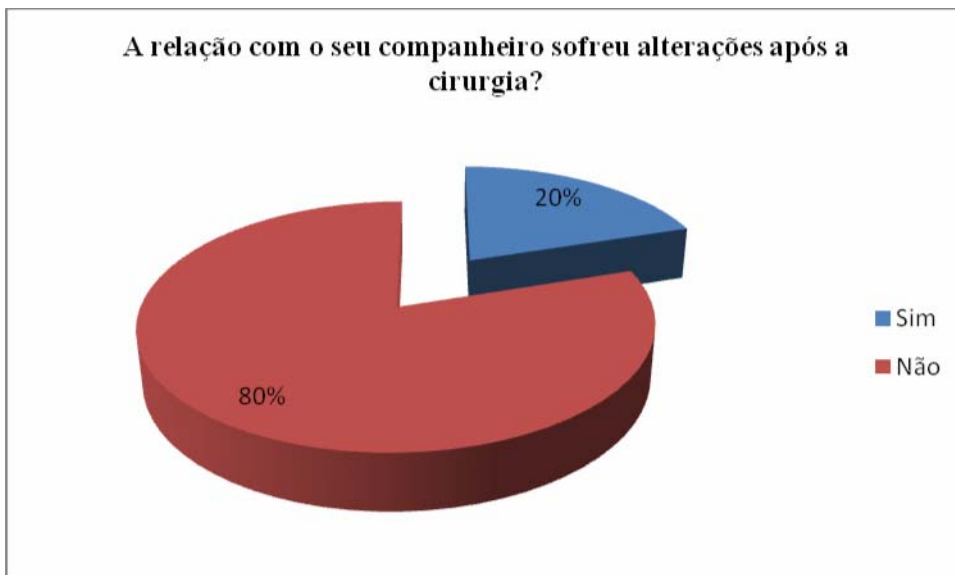
Através da análise do gráfico 6, sobre a alteração da vida após a cirurgia, verifica-se que 53% das mulheres mastectomizadas sente que a vida se alterou após a cirurgia, enquanto que 47% afirma que não houve qualquer alteração na vida após a mastectomia.

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra segundo “a relação com os outros”



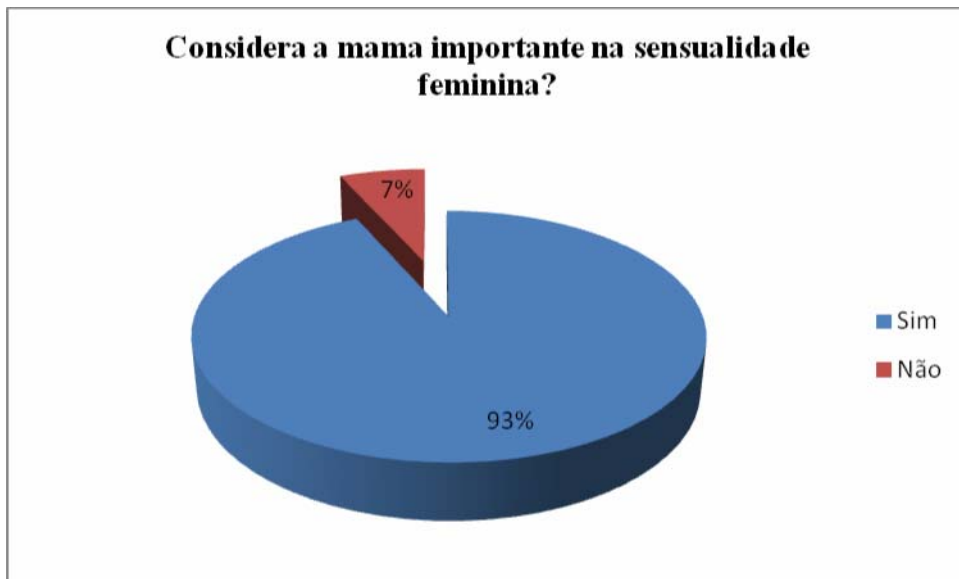
Pela análise do gráfico 7, sobre a relação com os outros, verifica-se que 83% da população considera que a sua relação com os outros não se modificou em contrapartida temos 17% que afirma que houve alteração no relacionamento com outras pessoas.

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra segundo “a relação com o companheiro após a cirurgia”



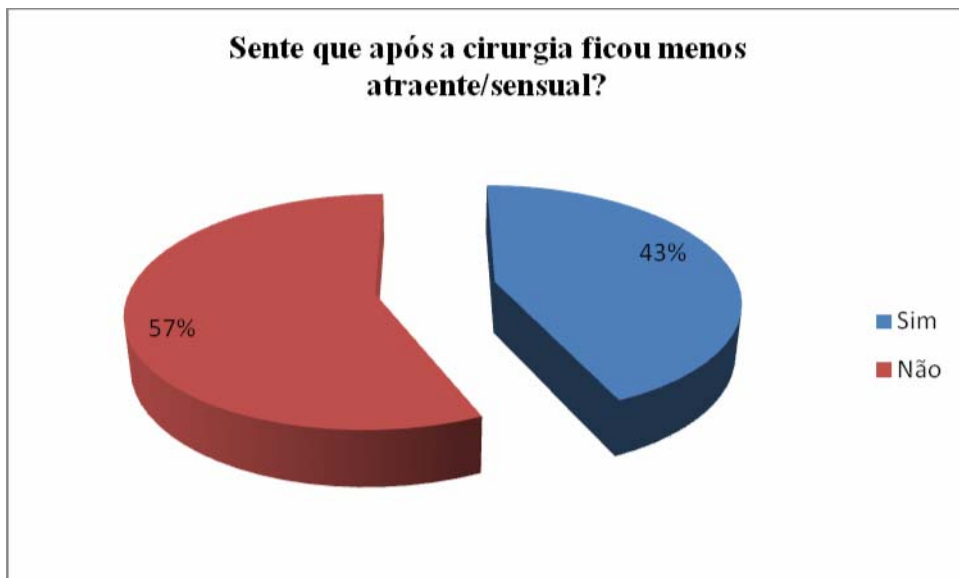
Com base na análise gráfico 8, sobre a relação com o companheiro, constata-se que em 80% dos casos a relação da mulher mastectomizada com o seu companheiro não sofreu qualquer alteração. No entanto 20% das mulheres afirma que a relação com o seu companheiro sofreu alterações após a cirurgia.

Gráfico 9 - Distribuição percentual da amostra segundo “a importância da mama na sensualidade feminino”



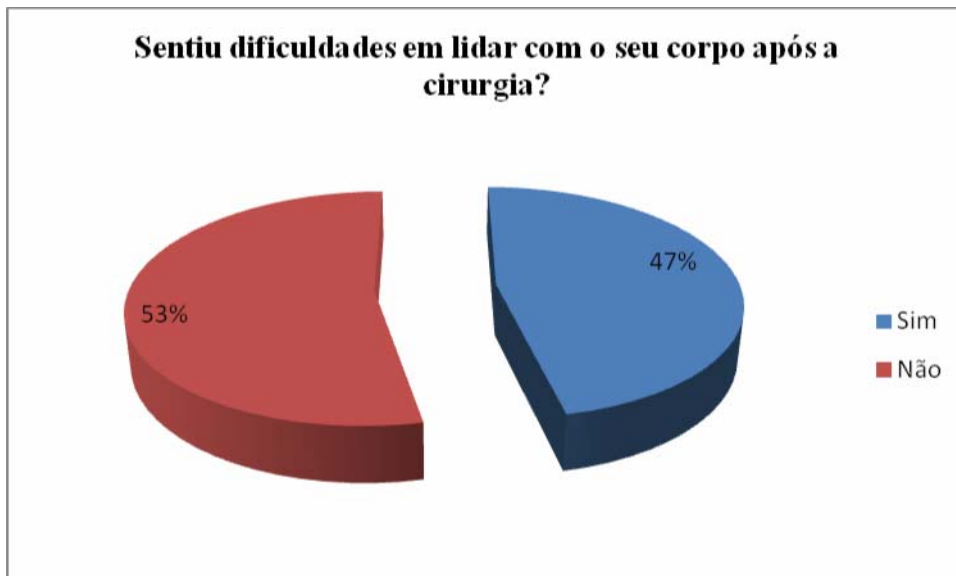
De acordo com o gráfico 9, sobre a importância da mama na sensualidade feminina, verifica-se que maior parte da população em estudo considera a mama importante na sensualidade feminina, representando cerca de 93% da amostra, enquanto que 7% afirma o contrário.

Gráfico 10 - Distribuição percentual da amostra segundo “a atracção/sensualidade após a cirurgia”



Através da análise do gráfico 10, sobre a atracção/sensualidade após a cirurgia, verifica-se que 57% da amostra considera que a cirurgia não alterou a sua atracção/sensualidade. No entanto 43% das mulheres inquiridas sente que após a cirurgia ficaram menos atraentes/sensuais.

Gráfico 11 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em lidar com o corpo após a cirurgia”



Pela análise do gráfico 11, sobre as dificuldades em lidar com o corpo após a cirurgia, verifica-se que 53% da amostra não teve qualquer problema em lidar com o seu corpo após a cirurgia, as restantes 47% sentiram dificuldades.

Gráfico 12 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em se despir junto do companheiro”



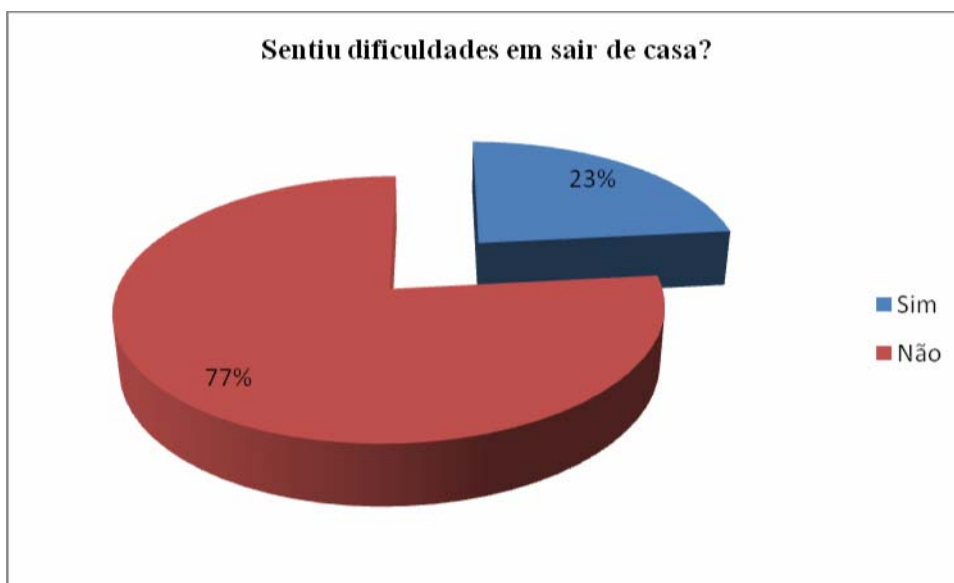
Pela análise do gráfico 12, sobre as dificuldades em se despir junto do companheiro, verifica-se que a quantidade de mulheres que não sentem dificuldades em se despir em frente do seu companheiro, domina em 80%, relativamente às 20% que sentem dificuldades.

Quadro 7 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra segundo “a forma de vestir”

Modificou a forma de vestir para se sentir mais atraente?	Frequência	Percentagem
Sim	11	36,7
Não	19	63,3
Total	30	100

De acordo com análise do quadro 7, sobre a forma de vestir após a cirurgia, verifica-se que existem 19 das mulheres representando 63,3% da amostra, que não alteraram a sua maneira de vestir após a mastectomia. No entanto 36,7% da mesma refere ter alterado a sua forma de vestir para se sentir mais atraente.

Gráfico 13 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em sair de casa”



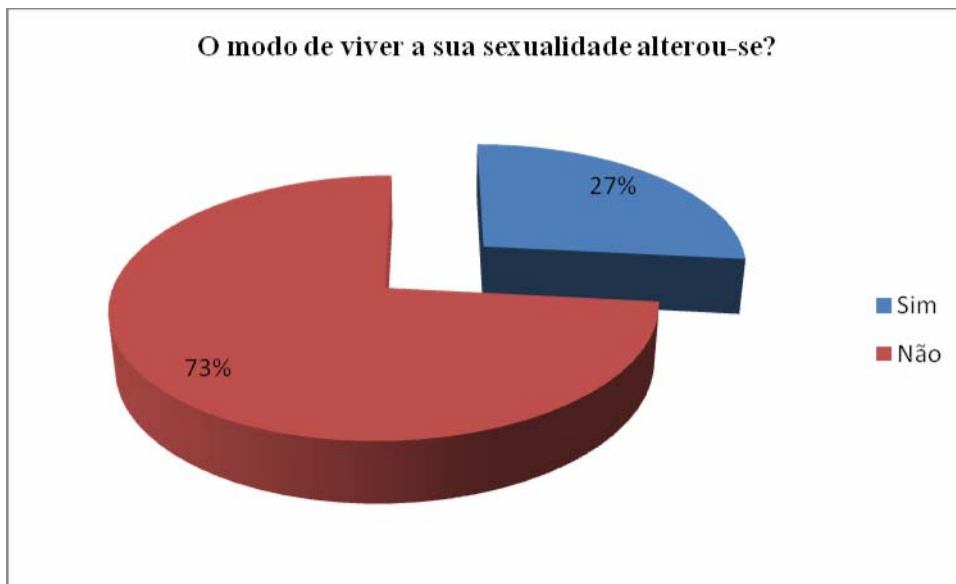
Pela análise do gráfico 13, sobre as dificuldades em sair de casa, verifica-se que 77% das mulheres que participaram no estudo não tiveram qualquer problema em sair de casa após a cirurgia, enquanto 23% da mostra teve dificuldades em sair de casa.

Gráfico 14 - Distribuição percentual da amostra segundo “as dificuldades em expor o seu corpo”



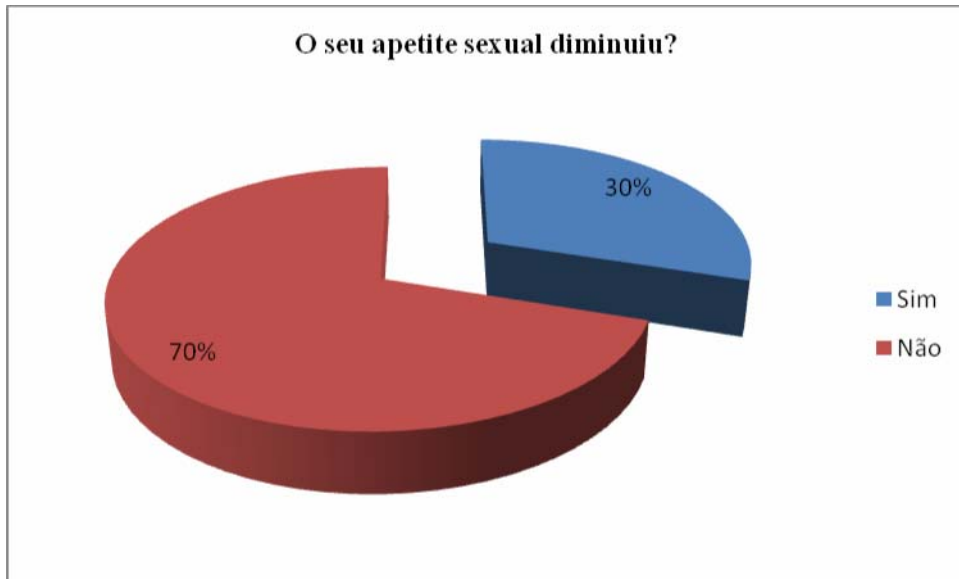
Com base no gráfico 14, sobre as dificuldades em expor o corpo, verifica-se que 60% das mulheres inquiridas não tiveram problemas em expor o seu corpo (piscina, praia), enquanto que 40% da amostra sentiu dificuldades em expor o seu corpo.

Gráfico 15 - Distribuição percentual da amostra segundo “o modo de viver a sua sexualidade”



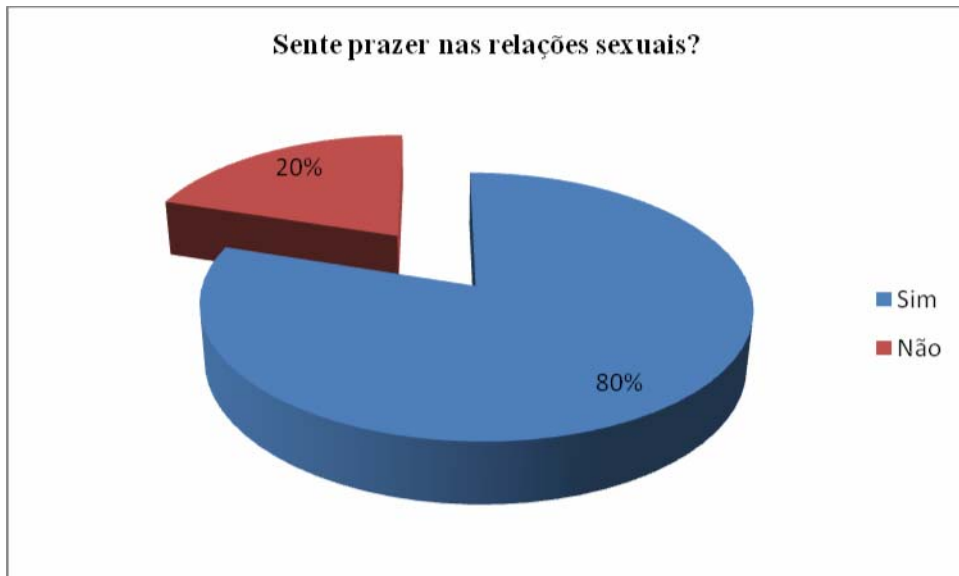
Através da análise do gráfico 15, sobre o modo de viver a sexualidade, verifica-se que maior parte da população estudada não sentiu alterações no modo de viver a sexualidade, representando 73% da amostra, as restantes 27% consideram que o modo de viver a sua sexualidade se alterou após a mastectomia.

Gráfico 16 - Distribuição percentual da amostra segundo “o apetite sexual”



Pela observação do gráfico 16, sobre a diminuição do apetite sexual, verifica-se que em 70% da amostra não houve diminuição do apetite sexual, embora os restantes 30% refiram que o apetite sexual diminuiu após a cirurgia.

Gráfico 17 - Distribuição percentual da amostra segundo “o prazer nas relações sexuais”



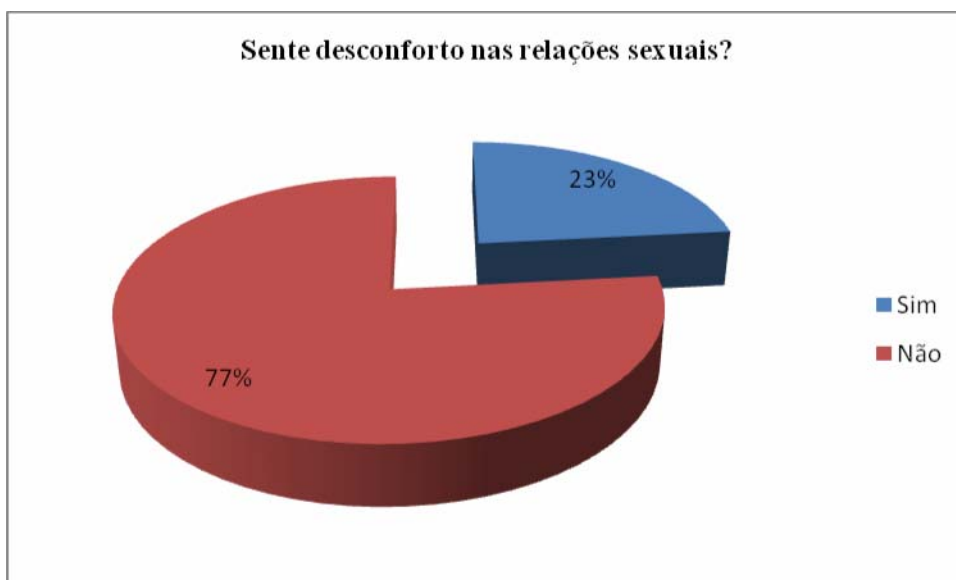
Pela análise do gráfico 17, sobre o prazer nas relações sexuais, verifica-se que 80% das mulheres continua a sentir prazer nas relações sexuais, existindo no entanto 20% da amostra que manifesta o contrário.

Gráfico 18 - Distribuição percentual da amostra segundo “a vergonha do corpo”



Após a análise do gráfico 18, sobre a vergonha do corpo após a mastectomia, verifica-se que 87% da amostra não sente vergonha do seu corpo e por isso não se recusa relacionar sexualmente, em contrapartida 13% afirma que se sente vergonha do seu corpo.

Gráfico 19 - Distribuição percentual da amostra segundo “o desconforto nas relações sexuais”



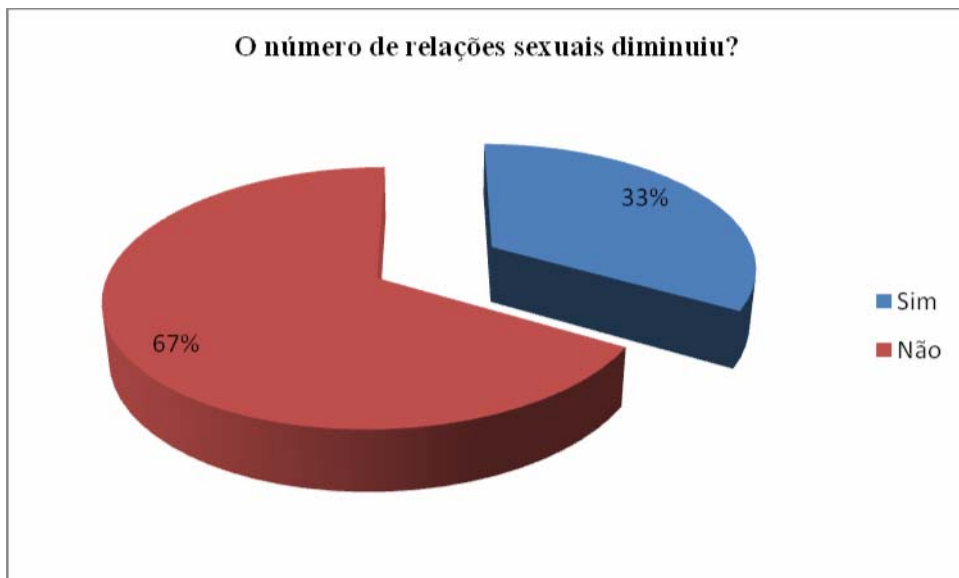
De acordo com os dados observados no gráfico 19, sobre o desconforto nas relações sexuais, verifica-se que 77% das mulheres não sente desconforto nas relações sexuais, enquanto que 23% da amostra afirma que após a cirurgia sentiu desconforto nas relações sexuais.

Gráfico 20 - Distribuição percentual da amostra segundo “o interesse do companheiro”



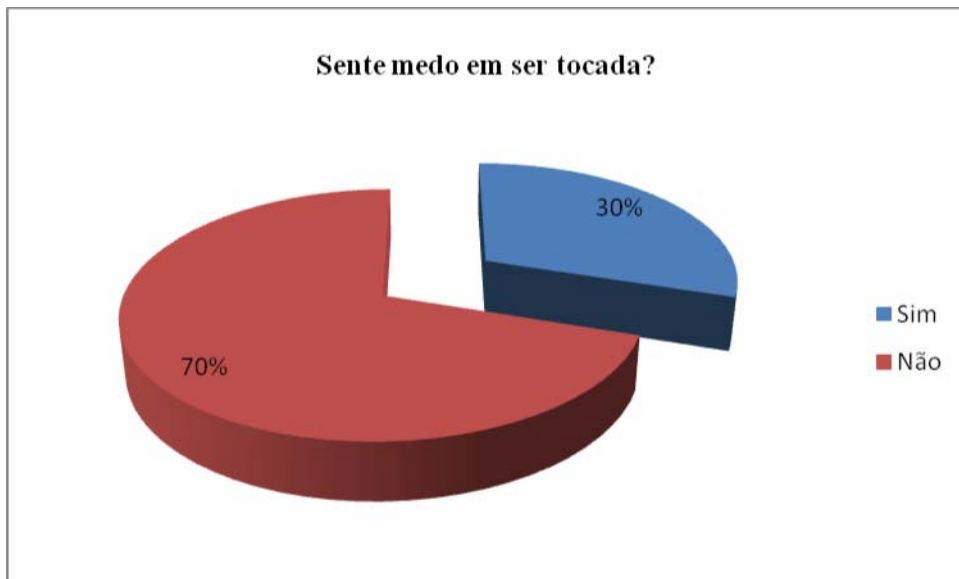
De acordo com o gráfico 20, sobre o interesse do companheiro, verifica-se que 87% da amostra revela que o seu companheiro tem o mesmo interesse por si. Contudo, 13 % afirma que o seu companheiro revela menos interesse por si.

Gráfico 21 - Distribuição percentual da amostra segundo “o número de relações sexuais”



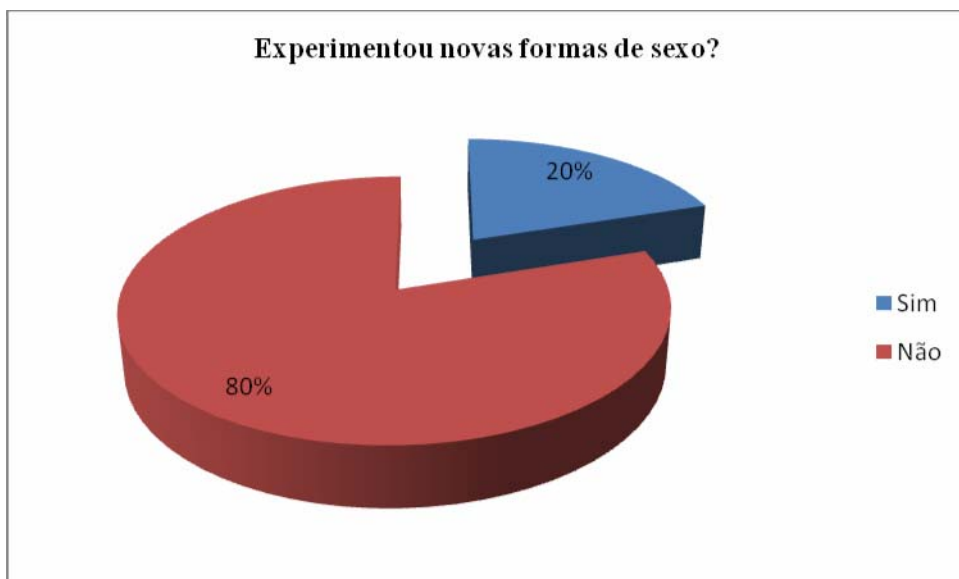
Através da análise do gráfico 21, verifica-se que a maior parte da população não alterou o número de relações sexuais, representando 67% da amostra. No entanto em 33% das mulheres inquiridas o número de relações sexuais diminuiu após a mastectomia.

Gráfico 22 - Distribuição percentual da amostra segundo “o medo em ser tocada”



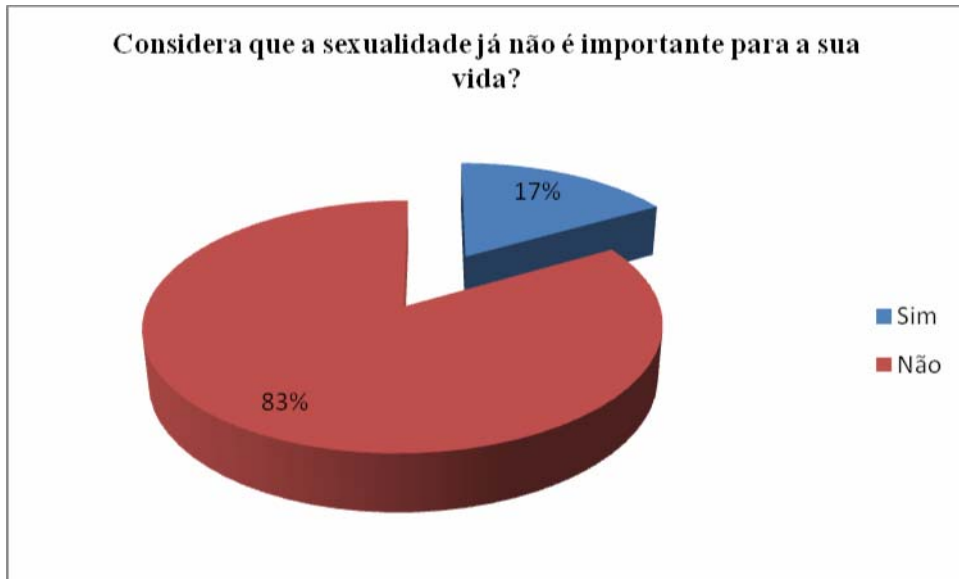
Relativamente ao medo em ser tocada, e tendo em conta o observado no gráfico 22, verifica-se que 70% da população não sente medo em ser tocada, enquanto que 30% refere ter medo.

Gráfico 23 - Distribuição percentual da amostra segundo “as novas formas de sexos”



De acordo com o observado no quadro 23, sobre as novas formas de sexo, verifica-se que 80% da amostra não experimentou novas formas de sexo, as restantes 20% da amostra refere ter experimentado novas formas de sexo após a cirurgia.

Gráfico 24 - Distribuição percentual da amostra segundo “a importância da sexualidade na vida”



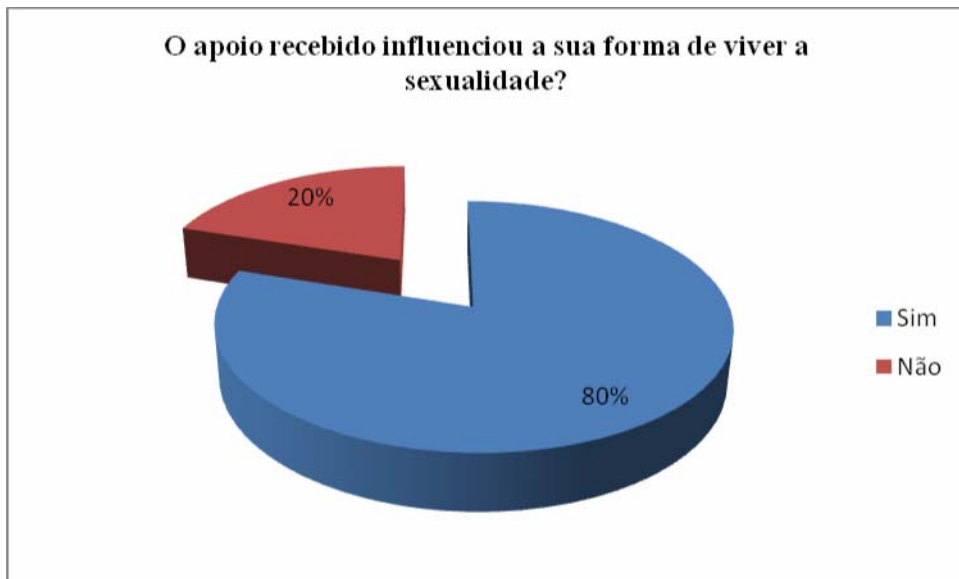
Pela análise do gráfico 24, sobre a importância da sexualidade na vida das mulheres mastectomizadas, o que se verifica é que 83% da amostra considera que a sexualidade é importante para a sua vida, sendo que a restante população, representando 17% considera o contrário.

Gráfico 25 - Distribuição percentual da amostra segundo “o apoio dado pelo companheiro ao longo da doença”



De acordo com os dados obtidos pelo gráfico 25, verifica-se que 93% da amostra sentiu-se apoiada pelo seu companheiro ao longo da doença. No entanto, 7% da amostra afirma que não teve apoio do companheiro.

Gráfico 26 - Distribuição percentual da amostra segundo “o apoio recebido e a influência na sexualidade”



Com base no gráfico 26, sobre a relação entre o apoio recebido e a influência na forma de viver a sexualidade, verifica-se que de facto o apoio recebido pelas mulheres ao longo da doença influencia muito a forma como vivem a sua sexualidade, representando assim 80% da amostra. No entanto 20% da amostra considera que o apoio recebido não influenciou a forma de viver a sexualidade.

Gráfico 27 - Distribuição percentual da amostra segundo “a comunicação com o companheiro acerca da sexualidade”



Relativamente a comunicação estabelecida com o companheiro acerca da sexualidade, verifica-se, através do gráfico 27, que 80% da população em estudo costuma comunicar com o seu companheiro acerca do assunto, enquanto que 20% afirma o contrário.

Gráfico 28 - Distribuição percentual da amostra segundo “os aspectos abordados pelos profissionais acerca da sexualidade”



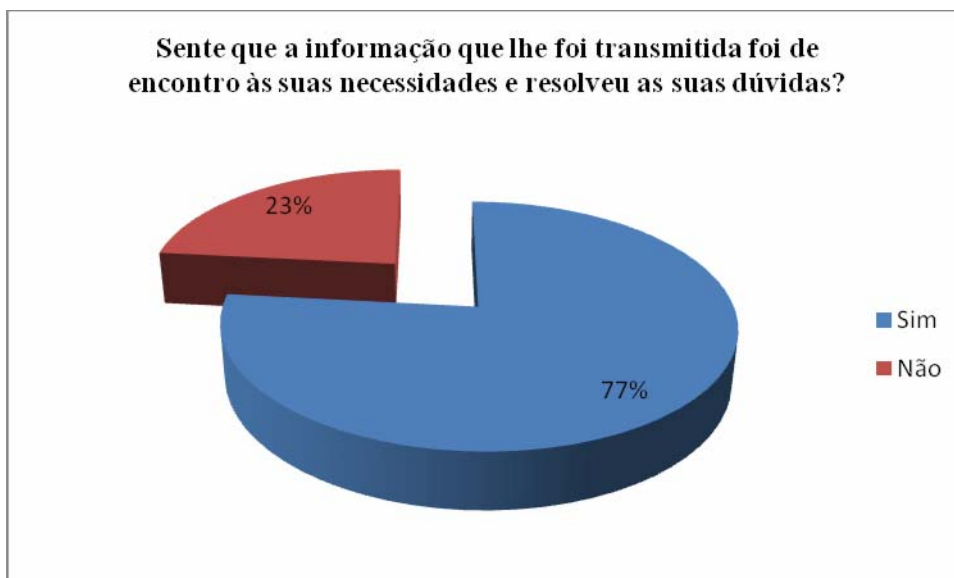
Com base no gráfico 28, o que se pode constatar é que metade da amostra considera que ao longo do seu percurso para a cirurgia os profissionais de saúde abordaram aspectos relacionados com a sexualidade e outra metade não partilha da mesma opinião.

Gráfico 29 - Distribuição percentual da amostra segundo “a oportunidade de partilhar este tipo de vivências com outras mulheres”



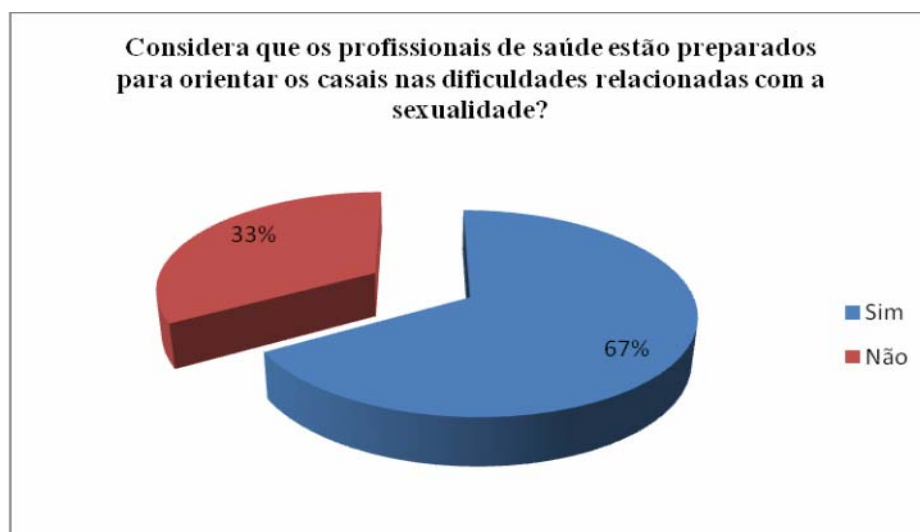
De acordo com os dados obtidos no gráfico 29, sobre a oportunidade de partilhar este tipo de vivências com outras mulheres na mesma situação, verifica-se que 53% das mulheres inquiridas já partilhou as suas vivências com pessoas na mesma situação, enquanto que 47% refere nunca ter partilhado este tipo de vivências.

Gráfico 30 - Distribuição percentual da amostra segundo “as informações transmitidas”



Pela análise do gráfico 30, sobre a informação transmitida, o que se constata é que 77% da amostra considera que a informação transmitida foi de encontro às necessidades e revolveu as suas dúvidas, enquanto que 23% considera o contrário.

Gráfico 31- Distribuição percentual da amostra segundo “a preparação dos profissionais para orientar os casais sobre a sexualidade”



De acordo com o gráfico 31, verifica-se que 67% das mulheres considera que os profissionais de saúde estão preparados para orientar os casais nas dificuldades relacionadas com a sexualidade, enquanto que 33% não partilha da mesma opinião .

Gráfico 32- Distribuição percentual da amostra segundo “a capacidade de falar do assunto com outras pessoas”



Com base no gráfico 32, sobre a capacidade das mulheres mastectomizadas falarem sobre o assunto com outras pessoas, verifica-se que 87% não tem qualquer problema em o fazer. No entanto existem 13% da amostra que tem receio de falar sobre o assunto com outras pessoas.

IV – DISCUSSÃO

A partir do momento em que finalizamos o tratamento e análise dos dados, torna-se pertinente a discussão dos resultados obtidos no estudo e confrontá-los com a opinião dos diferentes autores, no sentido de reflectir também, se foi possível dar resposta aos objectivos definidos para o estudo.

Segundo Fortin (1999), após a análise dos dados e a sua representação, faz sentido colocá-los num contexto de realidade, isto é discuti-los. A apresentação “bruta” dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação.

Assim, nesta discussão pretende-se reflectir sobre os resultados considerados pertinentes para este estudo, estabelecendo um paralelismo com os conceitos teóricos resultantes da nossa pesquisa.

Em relação aos elementos caracterizadores da amostra, foram recolhidos dados relativos à idade, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade e agregado familiar. A partir dos dados relativos à idade verificou-se que a média (\pm desvio padrão) das idades das mulheres mastectomizadas inquiridas encontra-se compreendida entre os 40 e os 63 anos de idade, a escolaridade, situa-se maioritariamente ao nível de ensino obrigatório com uma taxa de analfabetismo nula. A maioria das mulheres mastectomizadas que participaram no estudo são casadas (86,7 %) e vivem com o marido e filhos, apenas três mulheres vivem sozinhas. O suporte da família desempenha um papel importante, proporcionando o apoio indispensável para que a mulher seja capaz de encontrar significados positivos na sua experiência que a capacitem a definir novos objectivos para a sua vida, tal como defendem Pereira e Lopes (2002), que a família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo e cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade.

De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo 93% das mulheres mastectomizadas inquiridas receberam o apoio do companheiro ao longo do processo de doença. Apesar do medo das reacções do seu companheiro às alterações que implicam este tipo de neoplasia, verificou-se que os maridos proporcionaram apoio e a sua proximidade ajudou a superar esta

fase difícil, esta ideia é defendida pelo autor Oliveira (2004), que afirma que a atitude do marido/companheiro, é um factor que interfere na relação da mulher com o seu corpo, e na forma como vive a sua sexualidade.

Segundo os autores Pereira e Lopes (2002) estas mulheres sentem-se relativamente à vontade em falar no seio da família sobre a sua doença, dos problemas e medos que enfrentam, o que traduz uma maior probabilidade de entendimento na relação íntima entre a mulher e o seu respectivo parceiro. As mastectomizadas do nosso estudo não revelaram dificuldades em falar do seu problema com outras pessoas. A maioria encontrou no marido o seu principal confidente (80%), o que parece contribuir para uma maior aproximação do casal, com implicações óbvias na sua vida conjugal.

No que refere à alteração da vida após a cirurgia, no estudo verifica-se que 53% das mulheres considera que de facto a vida alterou-se, enquanto que 47% é da opinião que a vida não sofreu alterações após a cirurgia. Segundo a ideia defendida pelo autor (Silva et al., 2004), estas alterações devem-se às diferentes reacções face à doença, tratamento e reabilitação, que dependem das características individuais, da história de vida, do contexto cultural e social, da espiritualidade e opção sexual. Pois todas estas individualidades influenciam a forma de avaliar a importância da doença e a forma de enfrentá-la.

A relação conjugal, para a maioria das mulheres (80%), parece não ter sido afectada, no entanto é importante referir que em 20% das mulheres o relacionamento com o seu marido/companheiro sofreu alterações. Segundo Oliveira (2004), é inevitável a influência que a mastectomia provoca no relacionamento sexual da mulher com o seu marido ou companheiro, podendo ser positiva ou negativa dependendo da receptividade que o mesmo, demonstra perante a situação da mulher e do relacionamento verificado antes do casal ter tomado conhecimento da doença .

Na opinião de Oliveira (2004), a atitude da família, sobretudo do marido/companheiro, em todas as fases após a remoção do seio, é um factor que interfere na relação da mulher com o seu corpo e na forma como vive a sua sexualidade. Os nossos resultados apontam para uma relação positiva entre o apoio recebido e a forma de viver a sexualidade, verifica-se neste estudo que o apoio recebido influenciou de facto a vida das mulheres mastectomizadas, em

80% da amostra, o que vai de encontro a Silva et al. (2004), que afirma que ter um acompanhamento contínuo da família e/ou marido/companheiro, quer nas consultas, quer nos tratamentos, é um aspecto que influencia de forma positiva a maneira como a mulher encara a doença. A comunicação entre casal é também um factor preponderante durante todo o processo de doença, pois sem ela é difícil sustentar a vida do casal. Desta forma, o parceiro tem de compreender e apoiar a mulher, tornando-se um membro indispensável durante todas as fases do tratamento (Talhaferro et al., 2007).

O significado da mama como símbolo da sensualidade feminina está presente no nosso estudo em 93% da amostra, que considera a mama é um símbolo fundamental na sensualidade da mulher. Esta opinião depende essencialmente do grau de alteração física existente e o significado que essa parte do corpo tem para cada mulher, ou seja, o que representa em termos de feminilidade e de atractividade sexual na vida da mesma. Para maior parte da população a mama é um órgão que se reveste de grande importância e é encarado como um símbolo de feminilidade e um símbolo erótico primordial numa manifestação amorosa, Oliveira (2004). Cada mulher possui a sua auto-imagem e o seu auto-conceito permitindo-lhes, aliados a outros factores, ultrapassar esta perda, que jamais poderá ser recuperada, mas que pode ser reconstruída (Biázus e Zucatto, 2005).

A realização da mastectomia encontra-se desde logo associada a uma sensação de perda. A imagem corporal pode ser afectada e a mulher sentir-se menos atractiva e sensual, após a cirurgia. A percepção da mulher acerca da sua imagem corporal está relacionado com a forma como a mulher lidou com a doença, com o grau de alteração física que sofreu e com a importância dada à mama, Oliveira (2004). No nosso estudo uma parte significativa das mulheres mastectomizadas considerou que a cirurgia diminuiu a sua sensualidade e atraência.

No que respeita à maneira de vestir das mulheres após a mastectomia, pode-se concluir que, a maioria (63,3%) não alterou a sua maneira de vestir para se sentir mais atraente, no entanto onze das mulheres, representando 36,7% da amostra alteraram a forma como passaram a vestir-se após a mastectomia, de referir ainda, que na população em estudo 73% fez reconstrução mamária o que pode justificar a percentagem de mulheres que não alterou a sua forma de vestir, comparativamente com 27% das mulheres que optou por não efectuar reconstrução. No entanto, segundo o estudo elaborado pelo autor Oliveira (2004) sabe-se que

os decotes, vestidos ou blusas cavadas são exemplos de roupas que as mulheres mastectomizadas evitam vestir, daí que, mesmo as que referiram não terem alterado a sua maneira de vestir, certamente que deixaram de usar algumas das roupas que vestiam anteriormente à mastectomia, sobretudo se se tratar de roupas que possam mostrar a cicatriz e a mutilação.

Relativamente às dificuldades sentidas pelas mulheres em expor o corpo, o que o autor Oliveira (2004) defende, é que normalmente surge uma maior ou menor dificuldade em expor o corpo despido tanto junto do companheiro como em locais públicos (praia, piscina). Assim algumas mulheres não se sentem à vontade, quando despidas perante outras pessoas, por vezes em frente do marido, o que pode acontecer tanto na mulher que tem um bom ou mau relacionamento conjugal. No entanto existem outras mulheres que se sentem como antes da cirurgia, completamente à vontade, sem qualquer relutância em se despirem e mostrarem a sua cicatriz ao marido, às pessoas significativas e até mesmo perante outras mulheres na mesma situação com quem nunca conviveram.

O que verificamos neste estudo é a existência de uma grande percentagem de mulheres que não tem dificuldade em despir-se junto do seu companheiro (80%), nem de expor o seu corpo em locais públicos, representando 60% da amostra. No entanto, existem ainda mulheres que referem sentir dificuldades em mostrar o seu corpo desfigurado em locais públicos e mesmo perante outras pessoas com quem convive e até mesmo com quem vive, nomeadamente o marido/companheiro, representando 20% das mulheres inquiridas, o que vai de encontro à opinião de Oliveira (2004), anteriormente apresentada. Esta dificuldade em se despir junto do companheiro, implica que estes tenham de utilizar estratégias capazes de ultrapassar a relutância da mulher em mostrar a sua cicatriz e a ter uma boa qualidade de vida sexual (Oliveira, 2004). Para Otto (2000), é necessário que a mulher primeiramente goste de si e do seu corpo para depois interagir com o seu marido/companheiro e dispor de uma sexualidade saudável.

Quanto ao medo de ser tocada e o número de relações sexuais, verifica-se que 70% da população estudada não sente medo em ser tocada e que em 67% da amostra o número de relações sexuais não diminuiu. Tais dados contradizem as afirmações de Jim (*cit. in* Almeida, 2007), para quem um grande número de mulheres mastectomizadas diminuiu a frequência de

relações sexuais e sentiu medo em ser tocada. Tais diferenças podem ser explicadas pelo facto de a sexualidade ser um conceito multidimensional dependente de vários domínios, e que numa dimensão quotidiana, as coordenadas culturais e ambientais de contexto de vida biológica e afectiva da pessoa humana, têm as suas repercursões no desenvolvimento psicológico, físico e social das mulheres com cancro da mama (Cahoon, 1982).

No que diz respeito ao relacionamento sexual da mulher mastectomizada, o autor Oliveira (2004) defende que o corpo é um meio de a mulher se expressar sexualmente, não só da maneira como a pessoa se apresenta, se veste, utiliza adornos, mas também através da forma como se relaciona com os indivíduos do sexo oposto. Neste sentido, a mastectomia pode despertar uma série de sentimentos ao nível da sexualidade feminina, 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 mastectomia e tendo como ponto crucial a atitude do parceiro sexual, que funcionam nalguns casos como factor facilitador e noutros como factor dificultador. Assim, verifica-se neste estudo que maior parte da população estudada (73%) não sentiu alterações no modo de viver a sexualidade, no entanto 27% da população considera que após a mastectomia o modo de viver a sua sexualidade se alterou, o que vai de encontro com a opinião de Oliveira (2004) anteriormente apresentada.

Tendo em conta os resultados apresentados relativos à diminuição do apetite sexual, o prazer nas relações sexuais, a vergonha do corpo, o desconforto nas relações sexuais, o interesse do companheiro, em que uma grande percentagem da amostra refere não ter sofrido alterações significadas nestes aspectos da sua vida, poderemos considerar que a mastectomia não provocou perturbações na sexualidade destas mulheres.

Relativamente aos profissionais de saúde a nível da sexualidade, constata-se neste estudo que metade da nossa amostra não recebeu informação relacionada com alterações possíveis na sexualidade do casal. Indo de acordo com os nossos resultados, em que uma percentagem significativa (33%), considera que os profissionais de saúde não estão preparados para orientar os casais nas dificuldades relacionadas com a sua sexualidade e 23% consideram que as informações recebidas não foram de encontro às suas necessidades nem esclareceram as suas dúvidas. Oliveira (2004), refere que a vertente sexual da mulher mastectomizada é de

diffícil abordagem por parte dos profissionais de saúde, pelo que é muitas vezes omitida, isto deve-se ao facto dos profissionais não se sentirem à vontade para abordar este tipo de informação com as mulheres mastectomizadas.

Estes resultados alertam-nos para a necessidade de os profissionais de saúde valorizarem os aspectos da sexualidade nas suas abordagens à mulher mastectomizada, ajudando-a a definir estratégias que contribuam para uma vivência sexual positiva, aumentando a auto-estima da mulher e ajudando-a na integração das suas experiências e reconstrução de novos significados para a sua vida. Torna-se pertinente alertar para a importância destes aspectos na qualidade de vida da mulher, sendo que o enfermeiro deve actuar e providenciar apoio e informação que vá de encontro às necessidades da mulher em todas as dimensões.

Em consonância com o exposto, pode-se considerar que o aspecto sexual da mulher mastectomizada nunca deveria ser discourado por parte dos profissionais de saúde, principalmente pelos enfermeiros, pois o facto da mulher mastectomizada sentir-se indesejada pelo seu parceiro/companheiro sexual acarreta uma série de repercussões a nível físico, psicológico, familiar e social, afectando a sua qualidade de vida.

Para Oliveira (2004) os enfermeiros são os companheiros de confiança e confidentes nos momentos de maior vulnerabilidade, que passam mais tempo com o doente, pelo que se constituem nos profissionais que pela sua proximidade se encontram na posição mais favorável para orientar e ajudar a mulher mastectomizada a ultrapassar problemas relacionados com a sexualidade, sobretudo a mais jovem, apresenta bastantes preocupações neste âmbito.

Desta forma, Marques e Lêdo (2003) defende que ao cuidar das mulheres mastectomizadas, o enfermeiro deve ter em conta, simultaneamente, as ramificações físicas e psicológicas da doença. Nenhuma delas pode ser ignorada se o objectivo for conseguir que a mulher tenha uma boa qualidade de vida após a cirurgia. Isto é, os cuidados prestados à doente não podem ser efectuados somente na vertente técnica, é também fundamental que o enfermeiro se disponibilize para ouvir e conversar com a mulher mastectomizada, para que esta partilhe os seus sentimentos e os seus medos, Oliveira (2004).

Neste contexto, Hogan citado por Phipps (2003), afirma que a enfermagem oncológica é um desafio à criatividade, aptidão e empenhamento do enfermeiro, pelo que o acompanhamento da mulher mastectomizada é um dever que terá de ser uma realidade em resposta ao desafio que diariamente lhe é colocado.

V – CONCLUSÕES

Chegando ao *terminus* deste trabalho, segue-se o momento de efectuar algumas considerações finais sobre o mesmo, no que se refere aos objectivos propostos e às dificuldades na sua realização.

A Enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos essenciais, não só para a sua prática como também, para a tomada de decisões inteligentes adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem.

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica de conhecimentos, elevando a Enfermagem a um estatuto científico. E sendo a Enfermagem uma profissão consciente, deve colocar questões que mereçam ser estudadas.

Sendo assim, são indiscutíveis os conhecimentos adquiridos nas diferentes áreas, que serão com certeza, relevantes na formação individual. A questão de investigação foi sem dúvida, o elo de ligação em todas as etapas deste trabalho.

Assim, depois de analisados os resultados obtidos com o nosso trabalho relativamente ao impacto da mastectomia na sexualidade da mulher chegamos a algumas conclusões que indicam que a mastectomia pode ter alterações positivas ou negativas na vida da mulher mastectomizada. Sendo que geralmente esta tem ancorada a si, uma pesada conotação negativa. No entanto a realização deste estudo, permitiu-nos concluir que a maior parte das mulheres mastectomizadas inquiridas, não alterou a sua forma de viver a sexualidade.

Neste contexto, o que se verificou neste estudo foi que 53% das mulheres inquiridas considera que após a cirurgia a sua atracção e sensualidade manteve-se, 53% da amostra não teve qualquer problema em lidar com o seu corpo, 87% afirma que não sentiu vergonha do seu corpo após a cirurgia e por isso não se recusou relacionar sexualmente, 80% da população refere que a relação com o seu companheiro não sofreu alterações, 87% revela que o seu companheiro manteve o mesmo interesse, 83% considera que a sexualidade continua a ser importante para a sua vida, 93% da população sentiu-se apoiada pelo companheiro ao longo da sua doença, 77% considera que a informação transmitida pelos profissionais de saúde foi

de encontro às suas necessidades e resolveu as suas dúvidas. Assim, podemos concluir que de facto existem diversas modificações na vida da mulher que influenciam a forma como esta encara a sua sexualidade, pois a maior parte das mulheres, neste estudo, consideram que o modo de viver a sua sexualidade não se alterou, representando 73% da amostra. Este resultado deve-se a todos os factores referidos anteriormente, que foram maioritariamente positivos, daí a existência de resultados tão positivos no que concerne ao impacto da mastectomia na vida sexual da mulher mastectomizada.

A realização deste estudo permitiu-nos conhecer melhor o modo como as mulheres mastectomizadas vivenciam um dos aspectos relevantes na sua qualidade de vida - a sexualidade. Esse conhecimento permitiu-nos concluir que as intervenções dos enfermeiros nem sempre vão de encontro às necessidades específicas dos doentes, podendo contribuir para uma maior dificuldade da mulher em processar a experiência e ser capaz de definir novos percursos de vida, sempre no sentido da promoção da qualidade de vida da mulher. É importante reflectir as práticas dos profissionais de saúde e de um modo particular os enfermeiros. A intervenção dos enfermeiros deve assentar numa relação de ajuda, baseada na empatia e no respeito pela especificidade de cada mulher, pelos seus sentimentos numa escuta activa, capaz de ouvir as suas dúvidas, para compreender, esclarecer e orientar. É tarefa do profissionais de saúde ajudar as mulheres mastectomizadas a desenvolver capacidades e competências que lhe permitam aceitar e integrar a sua nova imagem. Para isso o enfermeiro deverá clarificar os seus próprios conceitos e sentimentos relacionados com a sexualidade, reflectir sobre os seus valores e sobre as sua próprias experiências.

A elaboração deste estudo constituiu um grande desafio para a autora, a inexperiência na área da investigação foi uma das dificuldades, que com esforço, dedicação e muita vontade tentou ultrapassar. Apesar disso os objectivos foram atingidos: conhecer o impacto da mastectomia na sexualidade da mulher e contribuir com esse conhecimento para elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada. Por outro lado este estudo foi um importante contributo para enriquecer os nossos conhecimentos.

Reconhecemos que este estudo apresenta algumas limitações. O tempo disponível foi escasso e o acesso à amostra difícil. Reconhecemos que esta temática é merecedora de um estudo mais alargado, com uma amostra mais significativa, com alargamento a outras instituições de

saúde e com outra abordagem metodológica, que nos permitiria explorar outros aspectos desta experiência.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Augusto, B., et al. (2004). *O Corpo e os Cuidados*. Lisboa, Formação e Saúde.

Alarcão, Z. (1989). O comportamento Psicológico do Doente Oncológico – A componente ansiedade, *Divulgação*, nº 9, pp. 4-15.

Almeida, R. A. de (2007). Impacto da Mastectomia da Vida da Mulher. [Em linha]. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf> [Consultado em 03/04/2008].

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

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

Baron, M. e González, J. (1996). *Tratamento de Medicina Paliativa y Tratamento de Suporte en el enfermo con cancer*. Madrid, Médica.

Biazús, V. J. e Zucatto, E. A. (2005). *Cirurgia da mama*. Porto Alegre, Artmed.

Bruges, M. L. B. de M. P. de (2007). *Mastectomia e Autoconceito*. Loures, Lusociência.

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

Cancro da Mama: Alguns factos e números. [Em linha]. Disponível em <http://www.spsenologia.pt/>. [Consultado em 12/02/2008].

Carles, J. (1965). *Sexualidade*, 2ª ed. Mem Martins, Publicações Europa-América.

Clark, C. J. e Mcgee, F. R. (1997). *Enfermagem oncológica – um curriculum básico*, 2ª ed. Porto Alegre, Artes médicas.

Costa, L. (2004). *O cancro também pode morrer*. Porto, Ambar.

Costa, M. M. e Reis, M. L. (2003). *Saúde & Beleza dos seios: Mais de 100 respostas para as suas perguntas*. Rio de Janeiro, Record.

Dias, C., Costa, D. e Garrido, I. (2002). A Sexualidade e o jovem com doença oncológica, *Enfermagem Oncológica*, (nº 23/Julho), pp. 9-12.

Dias, M. do R. e Durã, E. (2001). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa, Climepsi Editores.

Elementos estatísticos.[Em linha]. Disponível em <http://www.dgsaúde.pt/>. [Consultado em 04/02/2008].

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *Processo de Investigação: Da concepção à realidade*. Loures, Lusociência.

Graaff, de V. (2003). *Anatomia Humana*, 6ª ed. Brazil, Editora Manole.

Jerónimo, T. e Henriques, R. (2002). Cuidados de Enfermagem a doentes com Cancro da Mama, *Enfermagem Oncológica*, (nº 21/Janeiro), pp. 24-39.

Lawson, A. e Lawson, J. (2000). *Cancro da mama pode prevenir-se?* Lisboa, McGraw – Hill.

Marques, S. D. de J. e Lêdo, V. L. L. (2003). Impacto emocional da mastectomia na mulher, *Nursing*, (nº173/Janeiro), pp.7-10.

Mintier, Le A. (2006). *Viver melhor a quimioterapia – Apoio psicológico, conselhos alimentares e receitas de beleza*. Cruz Quebrada, Casa das Letras.

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa, Climepsi Editores.

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.

Otto, S.E. (2000). *Enfermagem Oncológica*. 3ª ed. Loures, Lusociência.

Pádua, E.A. (2006). Câncer de mama não impede a prática sexual. [Em linha]. Disponível em http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo. [Consultado em 03/04/2008].

Pereira, M. da G. e Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa, Climepsi Editores.

Pessoa, U.F. (1999). *Manual de estilo de elaboração de Monografias*. Porto, Edições Fernando Pessoa.

Phipps, W. J., Sands, J. K. e Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgico - Conceitos e Prática Clínica*, 6ª ed. Loures, Lusociência.

Pimentel, J. C. (1991). Eu trabalho numa unidade de Cuidados Paliativos, *Divulgação*, (nº 20/Outubro), pp. 10-15.

Pinotti, J. A. (1991). *Compêndio de Mastologia*. São Paulo, Editora Manole.

Pisco, R. M. A. (2006). Relação de Ajuda à Mulher com o Diagnóstico de Cancro da Mama, *Revista Sinais Vitais*, (nº 69/Novembro), pp. 35-38.

Serrano, C. M. P. e Pires, P. M. D. F. (2004). O enfermeiro e a Doente Submetida a Cirurgia da Mama, *Nursing*, (nº 189/ Junho), pp. 33-37.

Silva, S., Loureiro, J. e Sousa, G. (2004). Psicoterapia de Grupo com Mulheres Mastectomizadas. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/>. [Consultado em 29/02/2008].

Simões, M. S., Carneiro, F., Schmitt, F. e Lopes, J. M. (2007). *CANCRO – O ESSENCIAL DA SAÚDE*. Matosinhos, Quidnovi.

Sousa, A. C. e Simões, A. C. (2005). Auto- Exame da Mama. A Importância da sua prática, *Servir*, (nº 53 - nº 6/Novembro – Dezembro), pp. 301-308.

Talhaferro, B., Lemos, S. S. E Oliveira, E. de (2007). [Em linha]. Disponível em http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf. [Consultado em 03/04/2008].

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

VII - ANEXOS

Anexo I

Questionário

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Joana Raquel Gonçalves Barbosa

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

Questionário

Eu, Joana Raquel Gonçalves Barbosa, aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar um trabalho final de curso, cujo tema é:

“A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas”

O presente questionário visa saber a opinião, acerca de possíveis alterações relacionadas com a sexualidade, após a mastectomia.

Assim, solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário. Deve preencher os espaços em branco e assinalar com uma cruz as opções correctas.

Toda a informação adquirida é estritamente confidencial e anónima, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte.

Antecipadamente, agradeço a sua compreensão e colaboração.

(Joana Raquel Gonçalves Barbosa)

I – Caracterização da amostra

1. Idade: _____anos.
2. Nível de escolaridade: _____
3. Estado Civil: _____
4. Profissão: _____
5. Tem Filhos? Sim Não

Se sim, quantos? _____

6. Com quem vive: _____
7. Qual a data da cirurgia: _____

II – Caracterização do estudo

8. Qual o tipo de tratamento a que foi sujeito?

Quimioterapia

Radioterapia

Hormonoterapia

Cirurgia

Cirurgia com quimioterapia

Cirurgia com radioterapia

Cirurgia com quimioterapia e radioterapia

9. Fez reconstrução mamária? Sim Não

10. Sente que a sua vida se alterou após a cirurgia? Sim Não

De que modo? _____

11. Sente que a sua relação com os outros se modificou? Sim Não

De que modo? _____

12. A relação com o seu companheiro sofreu alterações após a cirurgia?

Sim Não

De que modo? _____

13. Considera a mama importante na sensualidade feminina?

Sim Não

14. Sente que após a cirurgia ficou menos atraente/sensual?

Sim Não

15. Sentiu dificuldades em lidar com o seu corpo após a cirurgia?

Sim Não

De que modo lidou com a situação? _____

16. Sente dificuldade em se despir junto do seu companheiro?

Sim Não

17. Modificou a forma de vestir para se sentir mais atraente?

Sim Não

18. Sentiu dificuldade em sair de casa? Sim Não

19. Sente dificuldade em expor o seu corpo (piscina, praia)?

Sim Não

20. O modo de viver a sua sexualidade alterou-se? Sim Não

Se sim, de que modo? _____

21. O seu apetite sexual diminuiu? Sim Não

22. Sente prazer nas relações sexuais? Sim Não

23. Sente vergonha do seu corpo e por isso recusa relacionar-se sexualmente?

Sim Não

24. Sente desconforto nas relações sexuais? Sim Não

25. Sente que o seu companheiro revela menos interesse por si?

Sim Não

26. O número de relações sexuais diminuiu? Sim Não

27. Sente medo em ser tocada? Sim Não

28. Experimentou novas formas de sexo? Sim Não

29. Considera que a sexualidade já não é importante para a sua vida?

Sim Não

30. Sentiu-se apoiada pelo seu companheiro ao longo da sua doença?

Sim Não

31. O apoio recebido influenciou a sua forma de viver a sua sexualidade?

Sim Não

32. Costuma comunicar com o seu companheiro acerca do assunto?

Sim Não

33. Em algum momento do seu percurso para a cirurgia os profissionais falaram consigo acerca de aspectos relacionados com a sexualidade?

Sim Não

34. Teve oportunidade de partilhar este tipo de vivências com outras mulheres na mesma situação? Sim Não

35. Sente que a informação que lhe foi transmitida foi de encontro às suas necessidades e resolveu as suas dúvidas? Sim Não

36. Considera que os profissionais de saúde estão preparados para orientar os casais nas dificuldades relacionadas com a sua sexualidade?

Sim Não

37. Sente-se capaz de falar sobre o assunto com outras pessoas?

Sim Não