

Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária

Sexuality of women that suffered mastectomy and those who had been submitted to the mammary reconstruction

João Ricardo Moreira¹, Miguel Sabino Neto², Juliana Bottas Pereira³,
Thiago Biasi³, Elvio Bueno Garcia⁴, Lydia Masako Ferreira⁵

Descritores

Qualidade de vida
Sexualidade
Mastectomia

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar, por meio do questionário FSFI (*Female Function Sexual Index*), e comparar a sexualidade de mulheres mastectomizadas e de mulheres que se submeteram à reconstrução mamária pós-tratamento do câncer de mama. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo transversal. A casuística foi composta por dois grupos, um com 17 mulheres mastectomizadas e outro com 19 mulheres submetidas à reconstrução mamária pós-mastectomia, com idades entre 18 e 60 anos. Os critérios de exclusão foram: analfabetismo, vigência de tratamento de quimioterapia, radioterapia ou psiquiátrico e o tratamento cirúrgico a menos de um ano. Todas elas são pacientes dos ambulatórios de cirurgia plástica ou de mastologia da Universidade Federal de São Paulo. As voluntárias responderam ao questionário FSFI. A análise estatística foi realizada aplicando-se o teste *t* de Student e o coeficiente de correlação de Pearson, tendo sido adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Os escores obtidos das respostas das mulheres mastectomizadas foram significativamente menores que os das submetidas à reconstrução (médias: $10,15 \pm 2,636$ e $22,44 \pm 3,055$, respectivamente; $p = 0,0057$). Não foram observadas correlações entre os escores e o tempo de pós-operatório (pós - $p = 0,9382$; pré - $p = 0,2142$), assim como para o desenvolvimento de atividade remunerada (pós - $p = 0,7699$; pré - $p = 0,5245$), relação estável (pós - $p = 0,2613$; pré - $p = 0,5245$) e idade (pós - $p = 0,3951$; pré - $p = 0,8427$) entre os dois grupos. A idade média das pacientes não teve diferença significativa ($p = 0,4740$; média pós = $47,71 \pm 2,012$; média pré = $46,69 \pm 1,809$). **Conclusão:** Existe melhora da função sexual das pacientes mastectomizadas após a reconstrução mamária.

Keywords

Quality of Life
Sexuality
Mastectomy

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study is to evaluate, through the FSFI (*Female Function Sexual Index*) questionnaire, and to compare the sexuality of women that suffered mastectomy and those who had been submitted to the mammary reconstruction post-treatment of breast cancer. **Methods:** A transversal descriptive study was carried out. The casuistic was composed by two groups, one with 17 women that suffered mastectomy and another with 19 submitted women to the mammary reconstruction after-mastectomy, with ages between 18 and 60 years old. The exclusion criteria were: illiteracy, use of chemotherapy, radiotherapy, psychiatric treatment, and surgical treatment in less than one

Trabalho realizado na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Acadêmico do 6º ano médico da UNIFESP; Bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), São Paulo (SP), Brasil.

² Professor-Associado Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

³ Médicos Assistentes do Hospital Pérola Bayton, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Professor Afiliado da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica e Chefe do Departamento de Cirurgia da UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: João Ricardo Moreira – Rua Napoleão de Barros, 715 – 4º andar – Vila Clementino – CEP: 04024-002 – São Paulo (SP) – Tel.: (11) 5576-4118 – E-mail: ricardo73@grad.unifesp.br.

Recebido em: 13/09/2010 – Aceito em: 11/03/2011

year. All the patients are from the ambulatory of plastic surgery or mastology of São Paulo Federal University. The volunteers answered the FSFI questionnaire. The statistical analysis was carried out by applying the Student's *t*-test and Pearson's correlation coefficient, $p \leq 0.05$ was taken as the significance level. **Results:** The scores obtained from the answers of women that suffered mastectomy were significantly lower than those from women submitted to reconstruction (means: 10.15 ± 2.636 and 22.44 ± 3.055 , respectively; $p = 0.0057$). Correlations were not found between scores and post-operative time (post – $p = 0.9382$; pre – $p = 0.2142$), as well as for the development of paid activity (post – $p = 0.7699$; pre – $p = 0.5245$), stable relation (post – $p = 0.2613$; pre – $p = 0.5245$), and age (post – $p = 0.3951$; pre – $p = 0.8427$) between both groups. The mean age of the patients did not have a significant difference ($p = 0.4740$; post mean = 47.71 ± 2.012 ; pre mean = 46.69 ± 1.809). **Conclusion:** There is an improvement of the sexual function in patients that suffered mastectomy after breast reconstruction.

Introdução

Os comportamentos e atividades biológicas são mediados ou estimulados pelo prazer. O orgasmo pode ser considerado o maior e mais intenso prazer biológico que os seres humanos podem sentir. Este prazer existe, exatamente, para que seja procurado o concurso sexual e ocorra a reprodução¹.

Quando a sexualidade é estudada, os trabalhos voltam-se, na sua grande maioria, para a função sexual masculina e a fertilidade para a feminina; já que o homem necessita passar por todos os estágios da atividade sexual para poder se reproduzir. Diferentemente disso, a mulher pode ser fértil mesmo sendo portadora de disfunção sexual. Apenas recentemente emergiram estudos sobre a função sexual feminina.

A definição de disfunção sexual feminina evoluiu, nos últimos 15 anos, refletindo o conceito de que o princípio da resposta sexual feminina é composto por uma variedade de domínios e categorias². O ciclo da resposta sexual, a qual foi inicialmente definida por Masters e Johnson³ e mais tarde modificada por Kaplan e Sadock⁴, é a base para a atual classificação da disfunção sexual feminina. O DSM-IV, primariamente, considera a base psicossomática para a disfunção sexual, embora saiba-se que ela existe devido a uma condição médica geral.

Disfunção sexual, como definido pelo DSM-IV, é uma causa de dificuldades interpessoais e de tristeza. A definição do CID-10 para disfunção sexual feminina é similar em muitos aspectos. Entretanto, o CID-10 evidencia que a disfunção sexual não tem base orgânica ou precoce de doença envolvida. Os sintomas apresentados – dificuldades interpessoais e tristeza – não são descritos como parte do CID-10, sendo definidas neste como alguém que não é capaz de participar de um relacionamento sexual como desejou^{2,5}.

Em 1998, a Conferência Internacional sobre Disfunção Sexual Feminina avaliou a existência da classificação de disfunções sexuais femininas anteriormente apresentadas pelo CID-10 e DSM-IV. Correntemente, formas psicogênicas e orgânicas de disfunção foram incluídas. As presentes ca-

tegorias incluíam desordens do desejo sexual, desordens da excitação sexual, desordens orgâsmicas e desordens relacionadas à dor, tendo ainda incluído a tristeza pessoal em cada categoria^{2,5}. Essas categorias de desordens possuem fatores fisiopatológicos, tais como: doenças vasculares^{6,7}, neurogênicas⁶, hormonais^{6,8}, musculatura, dor/desconforto^{9,10} e psicogênicas; sendo que, na mulher, a presença ou ausência de doença orgânica ou emocional pode afetar de forma significativa a sexualidade. A autoestima, a imagem corporal e a qualidade do relacionamento com o parceiro podem afetar a habilidade para a resposta sexual¹¹. Além disso, depressão e outras desordens do humor são frequentemente associadas à disfunção sexual feminina¹². Estima-se que a disfunção sexual feminina seja de 43% nos Estados Unidos¹³. Estudos têm mostrado que, tanto o diagnóstico de câncer quanto o seu tratamento, especialmente a mastectomia, afetam a estrutura psicológica das mulheres a eles submetidas, acarretando, inclusive, problemas psiquiátricos¹⁴.

Estudos mostraram que a reconstrução mamária traz mudanças positivas para a qualidade de vida das pacientes, melhorando o funcionamento social e a saúde mental^{15,16}.

O objetivo deste estudo é avaliar, por meio do questionário do Índice de Função Sexual Feminina (*Female Function Sexual Index* – FSFI), e comparar a sexualidade de mulheres mastectomizadas e de mulheres que se submeteram à reconstrução mamária pós-tratamento do câncer de mama.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo transversal. A coleta de dados ocorreu nos ambulatórios de mama da disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia, e no ambulatório de câncer de mama da disciplina Mastologia do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

A casuística foi composta por dois grupos: mulheres mastectomizadas e mulheres com a mama reconstruída pós-mastectomia. As pacientes foram entrevistadas, e uma ficha com

seus respectivos dados clínicos foi preenchida. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- grupo de pacientes mastectomizadas eram as mulheres com idades entre 18 e 60 anos, sexualmente ativas, submetidas à mastectomia, que não estavam em vigência de radioterapia ou quimioterapia e que não estavam realizando tratamento psiquiátrico;
- grupo de pacientes com a mama reconstruída era relativo às mulheres com idades entre 18 e 60 anos, sexualmente ativas, submetidas à reconstrução mamária completa e que não estavam realizando tratamento psiquiátrico.

Os critérios de exclusão foram as pacientes que não se encaixaram nos critérios de inclusão e as analfabetas.

Todas as pacientes participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam ao questionário de avaliação do FSFI. Este é uma escala breve para avaliar a função sexual em mulheres. É um teste escrito com 19 perguntas, que tem seis subescalas e uma soma de escores que mede o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia. Os escores das subescalas foram somados e ponderados de acordo com a orientação do artigo de validação, originando um escore final. Os escores finais podem variar de 2 a 36. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual. A escala teve avaliação psicométrica, incluindo estudos de confiabilidade, validade de convergência e de discriminação¹⁷. Este instrumento foi aplicado com sucesso para avaliar função sexual em diferentes populações^{18,19} e em pacientes com fibromialgia²⁰, com esclerose múltipla²¹ e incontinência urinária²², entre outros. O questionário está devidamente traduzido e validado²³, é autoaplicável e o pesquisador deve se manter à disposição em sala adjacente para eventuais esclarecimentos.

Resultados

Foram entrevistadas 36 pacientes, sendo 19 em situação de pós-reconstrução e 17 em pré-reconstrução. A análise estatística foi realizada aplicando-se o teste *t* de Student, χ^2 e o coeficiente de correlação de Pearson, tendo sido adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$.

A idade das pacientes teve média de 48,67 anos com desvio padrão (DP) de sete anos; considerando-se apenas as pacientes em fase de pós-reconstrução, é possível observar uma pequena queda nessa média (média: 47,71; DP: 7,53), sendo que o contrário ocorre nas pacientes em fase de pré-reconstrução (média: 49,69; DP: 6,52). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade entre os dois grupos ($p = 0,4740$) (Gráfico 1). O tempo pós-cirurgia tem média de 34,63 meses no grupo de pré-reconstrução, com 20,42 meses de desvio-padrão, e 14,64 meses de média, com

15,63 meses de desvio-padrão no outro grupo de estudo. A maioria das pacientes que esperam pela reconstrução é casada e, dentre aquelas ditas como solteiras ou separadas, 82,35% afirmaram não ter parceiro fixo, 17,65% se abstiveram de resposta e nenhuma respondeu afirmativamente. 42,11% daquelas que já se submeteram à cirurgia são casadas, 31,57% são separadas e 26,32% são solteiras; dentre as não-casadas, 62% têm parceiro fixo, 25,50% não têm e 12,50% se abstiveram de resposta. Não houve diferença significativa entre o fato de serem casadas, ou não, entre as pacientes dos dois grupos ($p = 0,9979$); 57,89% das mulheres com a mama reconstruída exercem atividade remunerada, enquanto 47,06% das mulhe-

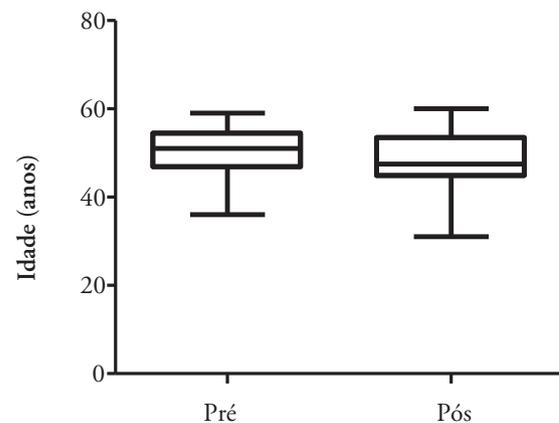


Gráfico 1. Média das idades das pacientes divididas em grupos de pré e pós-reconstrução mamária.

Tabela 1. Dados demográficos das pacientes que responderam ao questionário, divididas em grupos de mulheres mastectomizadas e de mulheres reconstruídas

		Mastec	Reconst
Idade (anos)	Média	49,69	47,71
	DP	6,52	7,53
	Varição	39-59	31-60
Estado Civil (%)	Casada	52,94	42-11
	Solteira	5,26	26,32
	Separada	41,18	31,57
Parceiro Fixo (%)*	Sim		62,00
	Não	82,35	25,50
	Abstenção	17,65	12,50
Trabalho Remunerado (%)	Sim	47,06	57,89
	Não	35,29	42,11
	Abstenção	17,65	
Tipo de Reconstrução (%)	TRAM		78,95
	Prótese		21,05
Tempo de PO (meses)	Média	34,63	35,75
	DP	20,42	20,84
	Varição	12-72	12-48

* pacientes não-casadas.

res do outro grupo também o fazem. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 1.

O escore médio obtido pelas pacientes em pré-reconstrução foi de $10,15 \pm 2,636$; no grupo de pós-reconstrução, o escore foi de $22,44 \pm 3,055$. Houve diferença significativa entre elas ($p = 0,0057$) (Gráfico 2). Não houve correlação entre o escore obtido e o tempo de pós-operatório (pós - $p = 0,9382$; pré - $p = 0,2142$), assim como para o desenvolvimento de atividade remunerada (pós - $p = 0,7699$; pré - $p = 0,5245$) ou relação estável (pós - $p = 0,2613$; pré - $p = 0,5245$) e as idades das pacientes (pós - $p = 0,3951$; pré - $p = 0,8427$).

As frequências das respostas assinaladas em cada questão estão representadas nos Gráficos 3 e 4.

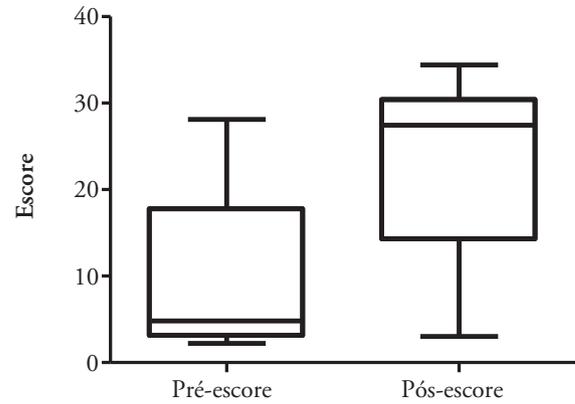


Gráfico 2. Médias dos escores divididas por grupos de pré e pós-reconstrução mamária.

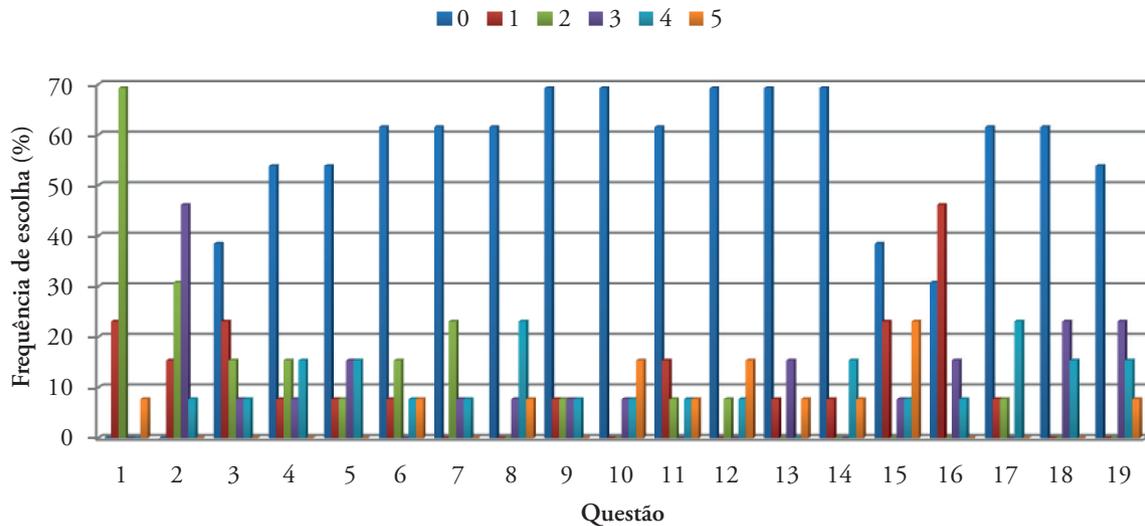


Gráfico 3. Frequência de escolha de cada alternativa por questão em pacientes pré-reconstrução.

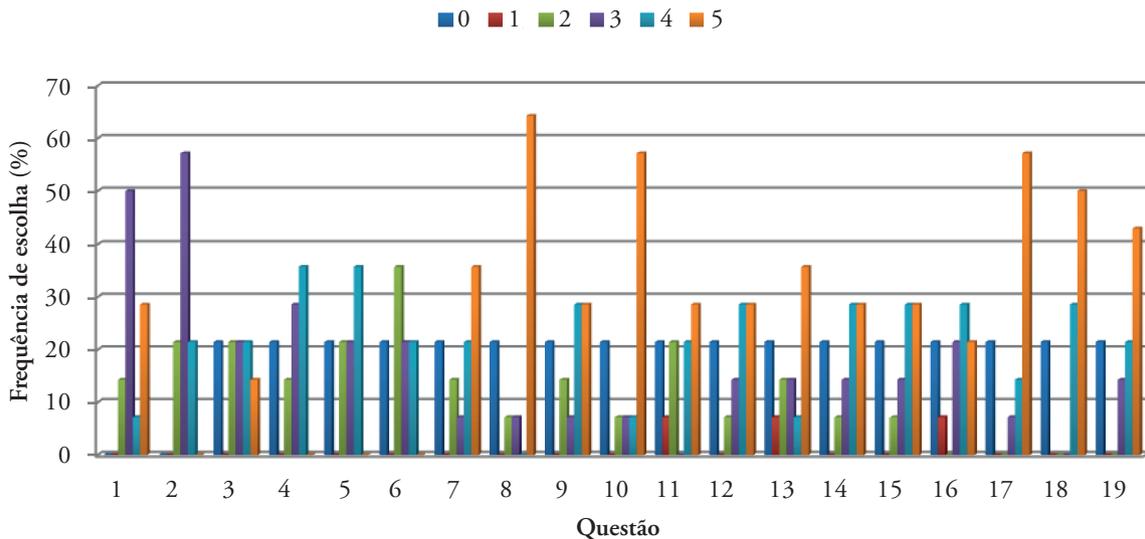


Gráfico 4. Frequência de escolha de cada alternativa por questão em pacientes pós-reconstrução.

Discussão

Historicamente, os resultados dos tratamentos médicos têm sido medidos primariamente em termos de mortalidade, morbidade ou cura. No entanto, estudos mais atuais vêm correlacionando a saúde com qualidade de vida, tornado essa uma nova meta a ser atingida.

O diagnóstico de câncer e seu tratamento são situações que afetam sobremaneira a saúde psicológica dos pacientes, especialmente quando este se dá por cirurgias que levam à mutilação²³. A sensação de integridade corporal é algo fundamental para o ser humano. O bem-estar relacionado a essa condição se expressa na forma como cada um se vê e, conseqüentemente, nas relações pessoais que desenvolvem. Dentro deste contexto, a mastectomia se impõe como uma situação de retirada de parte da capacidade de interação e da autoestima. Isso impõe um declínio da qualidade de vida, o qual repercute também na vida sexual dos indivíduos a ela submetidos. Comparando o escore obtido pelas participantes do grupo de mulheres mastectomizadas com dados retirados da literatura, pode-se afirmar que há uma importante queda da função sexual em relação a mulheres consideradas como normais (escore 26,55)¹⁷.

A mama é um dos símbolos da identidade feminina, a sua reconstrução é de suma importância para que a paciente recupere a autoestima, auxiliando, assim, a recuperação da doença e o restabelecimento do convívio social, levando essas mulheres a um patamar de quase normalidade²⁴, além de serem esteticamente satisfatórios²⁵. Embora poucos trabalhos tenham sido feitos relacionando qualidade de vida com cirurgias plásticas, pode-se afirmar que há uma relação de melhorias entre as duas. Veiga et al., em 2004, mostraram que a reconstrução com retalho TRAM traz mudanças positivas para a qualidade de vida das pacientes, melhorando o funcionamento social e a saúde mental¹⁵. Resultados similares foram descritos por Brandberg et al¹⁶. Pode-se dizer que também há repercussão na função sexual das pacientes, o que é confirmado pelos escores encontrados que são significativamente maiores das mulheres com as mamas reconstruídas. O fato de não haver correlação entre o escore e a idade das pacientes em ambos os grupos é outro fator de corroboração de que a melhora se deve ao ato cirúrgico. Não existem outros estudos comparando a função sexual de mulheres mastectomizadas ou submetidas à reconstrução mamária.

Analisando os resultados obtidos, é possível inferir que, caso houvesse um suporte psicológico adequado às pacientes durante o tratamento do câncer de mama, elas poderiam enfrentar essa fase com menos perdas em relação à qualidade de vida. Planejamentos visando esse tipo de suporte são necessários.

As principais dificuldades encontradas no recrutamento das voluntárias foram: a idade e o tempo de pós-operatório. A idade limite superior para a inclusão no estudo foi fixada, visando-se evitar o viés da atividade sexual.

Embora a amostra deste estudo tenha sido pequena em relação a dos estudos semelhantes^{18,22}, foi suficiente para demonstrar com significância estatística a hipótese. A escolha das pacientes foi cuidadosa em se obter dois grupos da forma mais homogênea possível. Os grupos foram bastante heterogêneos internamente tanto em relação à idade quanto ao aspecto social, o que contribui para uma visão mais generalista da população.

Conclusão

Baseado neste estudo, pode-se concluir que mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária apresentam melhor sexualidade do que aquelas mastectomizadas sem reconstrução.

Referências

1. Hentschel H. Sexualidade humana. In: Freitas FM, Menke CH, Rivoire WA, editors. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Artmed; 2001.
2. Jones LRA. The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunction. *World J Urol.* 2002;20(2):89-92.
3. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984.
4. Kaplan HS, Sadock BJ. Human sexuality. Clinical psychiatry. 5 ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1988.
5. Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R. The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World J Urol.* 2002;20(2):74-8.
6. Berman J, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol.* 2002;20(2):111-8.
7. Dunca LE, Lewis C, Jenkins P, Pearson TA. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? *Am J Hypertens.* 2000;13(6 Pt 1):640-7.
8. Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause.* 2004;11(6 Pt 2):766-77.
9. Brauer M, Laan E, Ter Kuile MM. Sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2006;35(2):187-96.
10. Payne KA, Binik YM, Amsel R, Khalife S. Why sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *Eur J Pain.* 2005;9(4):427-36.
11. Filetto JN, Makuch MY. Long-term follow-up of women and men after unsuccessful IVF. *Reprod Biomed Online.* 2005;11(4):458-63.
12. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khhanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health.* 2004;4(1):9.
13. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537-44.
14. Georita MF, Debora LT, Barbara LA. Body change stress for women with breast cancer: the breast-impact of treatment scale. *Ann Behav Med.* 2006;32(1):77-81.

15. Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, et al. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004;57:252-7.
16. Brandberg Y, Malm M, Blomqvist L. A prospective and randomized study, 'SVEA', comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:66-74.
17. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
18. Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, Gardella B, Salonia A, Chiovato L, et al. Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. *Gynecol Endocrinol.* 2008;24(4):214-9.
19. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, et al. Evaluation of the Female Sexual Function Index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav.* 2008;37(6):912-24.
20. Tikiz C, Muezzinoglu T, Piridar T, Taskn EO, Frat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol.* 2005;174(2):620-3.
21. Borello-France D, Dusi J, O'Leary M, Misplay S, Okonski J, Leng W, et al. Test-retest reliability of the Urge-Urinary Distress Inventory and Female Sexual Function Index in women with multiple sclerosis. *Urol Nurs.* 2008;28(1):30-5.
22. Cohen BL, Barboglio P, Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction using a validated Instrument. *J Sex Med.* 2008;5(6):1418-23.
23. Henry R, Rivera Jr. MS, ACNP-BC, AOCNP. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clin J Oncol Nurs.* 2009;(2):195-202.
24. Harcourt D, Rumsey N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 2001;35:477-87.
25. Veiga DF, Neto MS, Garcia EB, Filho JV, Juliano Y, Ferreira LM, et al. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfaction with the pedicled TRAM flap late breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2002;48:515-20.