

SEXUALIDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA: IDENTIFICAÇÃO DAS FASES AFETADAS NO CICLO DA RESPOSTA SEXUAL

Sexuality of women submitted to mastectomy: identification of phases affected in the sexual response cycle

Sexualidad de mujeres submetidas a mastectomía: identificación de las fases afectadas en el ciclo de la respuesta sexual

Juliana Oliveira de Araújo Martins¹, Juliana Bento de Lima Holanda², Amuzza Aylla Pereira dos Santos³, Luana Karla Pessoa Lima⁴, Ruth França Cizino da Trindade⁵

Como citar este artigo:

Martins JOA, Holanda JBL, Santos AAP, Lima LKP, Trindade RFC. Sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia: identificação das fases afetadas no ciclo da resposta sexual. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:67-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7013>.

RESUMO

Objetivo: analisar a sexualidade das mulheres mastectomizadas, identificando quais as fases do ciclo da resposta sexual são afetadas e quais as disfunções desenvolvidas. **Método:** foi utilizando um questionário com dados socioeconômicos e o Questionário Quociente Sexual - versão feminina, trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho quantitativo, com mulheres mastectomizadas em atendimento no ambulatório de Cuidado oncológicos. **Resultado:** o desempenho sexual da população estudada apresentou-se heterogêneo, onde 50% apresentou padrão sexual satisfatório e 50% algum tipo de comprometimento na sexualidade, e dentro deste grupo, incluem-se as casadas, com menos de 49 anos e com grau de instrução de nível fundamental. **Conclusão:** diante do exposto, os profissionais de saúde em geral devem estar atentos para a ocorrência dessas modificações na vida dessa mulher, diante do todo o processo, desde diagnóstico, no tratamento e readaptação, para dessa forma contribuir para o cuidado integral.

Descritores: Mastectomia; Sexualidade; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: analyze the sexuality of women with mastectomies, identifying the phases of the cycle of sexual response are affected and which developed dysfunctions. **Method:** using a questionnaire with socioeconomic data and Questionnaire Sexual Quotient - female version. This is a descriptive quantitative nature with mastectomies women in the outpatient clinic of oncological. **Result:** Sexual performance

1 Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. E-mail: julianamartins@gmail.com

2 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo (USP), Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. E-mail: julianabento@esenfar.ufal.br

3 Doutora em Ciências da Saúde pela UFAL, Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. E-mail: amuzza.santos@gmail.com

4 Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. E-mail: luanalima@hotmail.com

5 Doutora em Ciências da Saúde, Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. E-mail: ruth.trindade@esenfar.ufal.br

of the studied population presented a heterogeneous, where 50% showed satisfactory sexual standard and 50% some kind of commitment in sexuality, and within this group, married include, under 49 years old and with education level of fundamental level. **Conclusion:** given the above, the general health professionals should be alert to the occurrence of these changes in the life of this woman, before the whole process, from diagnosis, treatment and rehabilitation, to thereby contribute to the comprehensive care.

Descriptors: Mastectomy; sexuality; nursing.

RESUMÉN

Objetivo: analizar la sexualidad de las mujeres mastectomizadas, la identificación de las fases del ciclo de respuesta sexual están afectadas y las disfunciones desarrollado. **Método:** utilizando un cuestionario con datos socioeconómicos y Cuestionario Cociente Sexual - versión femenina. Se trata de un carácter cuantitativo descriptivo con mastectomías mujeres en el ambulatorio del oncología. **Resultados:** el rendimiento sexual de la población estudiada presentó un grupo heterogéneo, donde el 50% mostró norma sexual satisfactoria y el 50% algún tipo de compromiso en la sexualidad, y dentro de este grupo, se casó incluir, en virtud de 49 años de edad y con un nivel de educación de las nivel fundamental. **Conclusiones:** teniendo en cuenta lo anterior, los profesionales de la salud en general deben estar alerta ante la aparición de estos cambios en la vida de esta mujer, antes de que todo el proceso, desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para contribuir así a la atención integral.

Descriptor: La mastectomía; la sexualidad; enfermeira.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo mais frequente entre as mulheres no Brasil e no mundo, depois do de pele não melanoma, seguido do câncer de colo de útero, respondendo, anualmente, por cerca de 25% dos casos novos, apresentando estimativa nacional de novos casos de 57.960, em 2016, e número de mortes femininas de 14.206, em 2013. A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira.¹

Comumente, o câncer de mama ocorre a partir dos 35 anos, sendo raro em idades menores, e se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. O diagnóstico, na maioria das vezes, causa um efeito devastador na vida da mulher, gerando, como fator principal, o medo de morrer. Entre os fatores de risco, estão: a idade, mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos, são mais propensas a desenvolver a doença; aspectos da vida reprodutiva; uso de contraceptivos orais; menopausa precoce ou tardia e terapia de reposição hormonal; sedentarismo; hábitos alimentares; sobrepeso e obesidade; ingestão de bebida alcoólica; e fatores genéticos/hereditários.¹

O tratamento é realizado por meio de procedimento cirúrgico e de técnicas coadjuvantes, as quais se incluem radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, caracterizando-se agressivas, pois acarretam consequências físicas e emocionais desfavoráveis à vida e à saúde da mulher. A cirurgia pode ser do tipo conservadora, caracterizada pela retirada de um segmento da mama, ou seja, tumorectomia ou quadrantectomia, associada à radioterapia pós ou pré-operatória; ou do tipo não conservadora, a mastectomia,

definida pela retirada total da mama. Tais procedimentos de caráter agressivo e traumatizante à vida e saúde da mulher proporcionam alterações na sua imagem corporal, identidade e autoestima, podendo repercutir em sua sexualidade.^{2,3,4}

Sendo as mamas uma parte do corpo feminino que têm muita relevância no aspecto sexual, sua retirada pode apresentar danos que impliquem diretamente a qualidade de vida dessas mulheres, caracterizando-se tanto emocionais como físicos, refletindo, por vezes, no desempenho sexual. Desde o diagnóstico da doença, mudanças na sua vida começam a desenvolver-se, e, ao iniciar o tratamento, seja qual for o tipo – cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico –, essas modificações se intensificam por efeitos adversos, visto que poderão vivenciar quadros de atrofia vulvovaginal, dispareunia, irritação e secura vaginal, inibição do desejo ou excitação, menopausa prematura, náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, refletindo diretamente em sua sexualidade, favorecendo um funcionamento sexual insatisfatório.³

Percebe-se que o ato sexual transcende a reprodução, tendo o sexo como principal objetivo o prazer. Qualquer alteração relacionada às suas fases pode ser definida como disfunção sexual, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como problema de saúde pública, sendo assim, de extrema importância abordar a sexualidade da mulher mastectomizada, que vivenciou traumas não apenas físicos, mas também psicológicos, os quais podem repercutir na sua qualidade de vida.⁴

Disfunção sexual é definida como distúrbio decorrente de bloqueios totais ou parciais da resposta fisiológica relacionada ao desejo, excitação e orgasmo, que se caracteriza por falta de desejo, ausência de orgasmo, disfunção de excitação e desconforto no ato sexual, o que prejudica uma ou mais fases do ciclo sexual, podendo até bloqueá-lo, e ainda ser desencadeada pelos tratamentos adjuvantes, como a quimioterapia.³⁻⁵

De acordo com o Ministério da Saúde, o diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interfere na qualidade de vida das pessoas.⁶

A maioria das pesquisas sobre o câncer de mama é focada no período de diagnóstico e tratamento, e poucas publicações são dedicadas a investigar o impacto deste sobre a sexualidade e vida sexual após o tratamento. Profissionais de saúde não costumam discutir sexualidade e funcionamento sexual com as mulheres e seus parceiros após o tratamento para o câncer de mama, gerando, dessa forma, a necessidade de desenvolver maior entendimento sobre o tema para possibilitar uma atenção integral à saúde da mulher.⁷⁻⁸

Uma forma de avaliar a atividade sexual da mulher é por meio do questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), desenvolvido no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.⁹

O objetivo do estudo é analisar o padrão de desempenho sexual das mulheres mastectomizadas, identificando as possíveis disfunções sexuais ocorridas após o processo cirúrgico, para, dessa forma, contribuir na melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem.

MÉTODOS

Refere-se a uma pesquisa descritiva de cunho quantitativo, a qual traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas. A validade e a confiabilidade das pontuações nos instrumentos conduzem a interpretações significativas dos dados, utilizando técnicas estatísticas para demonstrar os resultados.¹⁰ O estudo foi realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), Maceió/AL, no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado no térreo, o qual constitui-se como local de ensino/aprendizagem da comunidade acadêmica da área da saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

As participantes foram 70 mulheres que realizaram cirurgia mamária para tratamento do câncer de mama do tipo conservador e não conservador, em acompanhamento ambulatorial por consulta médica. Constituíram-se como os critérios de inclusão mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama do tipo conservador e não conservador, com vida sexual ativa e maior de idade, obedecendo o intervalo de 1 (um) a 5 (cinco) anos pós cirurgia; os critérios de exclusão foram as que possuíam antecedente pessoal de outro tipo de câncer e ter apresentado recidiva da doença.

Os instrumentos da pesquisa, foram dois questionários, um socioeconômico, abordando: idade, estado civil, renda, tipo de moradia, escolaridade, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, meio de acesso à informação, posse ou não de plano de saúde e número de filhos; e o QS-F, que é composto por 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5, podendo ser interpretado em termos de escore total, avaliando a qualidade geral do desempenho/satisfação sexual da mulher, e por abranger todas as fases do ciclo de resposta sexual, com domínios correlatos, é também um instrumento que indica em quais aspectos dessa resposta situa-se a dificuldade de cada mulher.⁹

O resultado do QF-S é de, quanto maior o escore, melhor o padrão de desempenho sexual, ou seja, mulheres com pontuação de 82 a 100 são classificadas com escore de bom a excelente; de 62 a 80 pontos, regular a bom; de 42 a 60 pontos, desfavorável a regular; de 22 a 40 pontos, ruim a desfavorável; e de 0 a 20 pontos, nulo a ruim. Durante a sua validação, estabeleceu-se o ponto de corte em 60, como forma de rastreamento para a disfunção sexual feminina. Para obter o resultado, é necessário somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2: $2 \times (Q 1 + Q 2 + Q 3 + Q 4 + Q 5 + Q 6 + [5-Q 7] + Q 8 + Q 9 + Q 10)$ ($Q =$ questão) $[5-Q 7] =$ a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões.⁹

Os instrumentos de coleta de dados forma aplicados em apenas um encontro, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL (CEP), com CAAE n. 55315816.5.000.5013, explicando primeiramente o tipo e objetivo do estudo, seguido do convite para participação

voluntária, respeitando os aspectos éticos relacionados à pesquisa, de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual foram assinadas as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O tratamento e a análise dos dados foram realizados mediante a elaboração de tabelas e gráficos, de acordo com a interpretação dos resultados, utilizando o programa Microsoft Excel versão 13.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa, foram entrevistadas 70 mulheres, que compareceram ao ambulatório de oncologia do HUPAA/UFAL, para consulta médica de rotina no período de maio a junho de 2016.

Os dados da tabela 1 mostram a caracterização da população estudada.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres estudadas segundo dados socioeconômicos (Maceió/AL, 2016)

	Variável	n	%
Idade	32 a 49 anos	33	47.13%
	50 a 72 anos	37	52.87%
Estado civil	Solteira	18	25.71%
	Casada	43	61.43%
	Divorciada	6	8.57%
	Viúva	3	4.29%
Natural de Alagoas		59	89.29%
Fora do estado		11	15.71%
Casa própria		53	75.71%
Profissão	Do lar	28	28.40%
	Autônomo	18	25.75%
	Emprego fixo	22	31.43%
	Estudante	2	2.86%
Meio de transporte coletivo		53	75.71%
Meio de transporte próprio		17	24.29%
Escolaridade	Analfabeta	3	4.29%
	Fundamentall	38	54.29%
	Médio	19	27.14%
	Superior	10	14.29%
Renda	Menos de 1 salário	12	17.15%
	1 salário mínimo	43	61.43%
	Mais de 2 salários	15	20.82%
Plano de saúde	Sim	9	12.86%
	Não	61	87.14%
Acesso à informação	Televisão	70	100.00%
Total		70	100.00%

Fonte: Dados do estudo.

O resultado da tabela 2 mostra as fases afetadas do ciclo da resposta sexual.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres estudadas segundo as fases do ciclo da resposta sexual afetadas pelo tratamento cirúrgico (Maceió/AL, 2016)

Fase afetada	n	%
Desejo	23	32,86%
Excitação	20	28,57%
Orgasmo	26	37,14%

Fonte: Dados do estudo.

O resultado da tabela 3 mostra os tipos de disfunção sexual apresentados pelas mulheres estudadas.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres estudadas segundo as disfunções sexuais desenvolvidas (Maceió/AL, 2016)

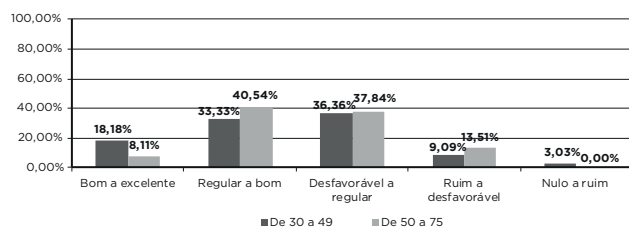
Variável	n	%
Disfunção na fase do desejo	23	32,86%
Disfunção na fase da excitação	20	28,57%
Dificuldade na penetração (Vaginismo)	16	22,86%
Dispareunia	19	27,14%
Disfunção orgásmica	26	37,14%

Fonte: Dados do estudo.

Quanto à paridade, apenas 4,29% não possuíam filhos. E mais da metade das entrevistadas (64,29%) submeteram-se a mastectomia total sem reconstrução, atingindo o resultado de regular a bom; para as submetidas ao tratamento com reconstrução (5,71%), o resultado foi desfavorável a regular; apenas uma das entrevistadas realizou mastectomia total direita e quadrantectomia esquerda (1,43%), apresentando resultado bom a excelente; e as que se submeteram à quadrantectomia (28,57%) apresentaram resultado ruim a desfavorável.

Relacionado à idade, as mais jovens, entre a faixa etária de 32 a 49 anos, obtiveram resultado desfavorável a regular; enquanto as de idade acima de 50 anos, classificaram-se em regular a bom, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da relação idade e desempenho sexual (Maceió/AL, 2016)



Fonte: Dados do estudo.

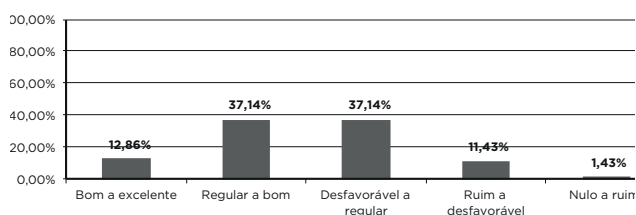
O estudo apontou resultado desfavorável a regular para as casadas; ruim a desfavorável para as divorciadas; bom a excelente para as solteiras; e ruim a desfavorável para as viúvas.

No que se refere à escolaridade, houve predomínio do nível fundamental 54,29%, equivalendo ao resultado ruim a desfavorável; para as que não possuíam grau de instrução,

o resultado foi desfavorável a regular; para as mulheres que possuíam nível médio, apresentou-se o melhor resultado, regular a bom; e para as com nível superior, apresentou-se resultado ruim a desfavorável.

No presente estudo, 37,14% (n=26) das entrevistadas apresentaram resultado desfavorável a regular, sendo 69,23% casadas. Dentro da faixa etária de 32 a 49 anos, 37,14% (n=26) apresentaram resultado regular a bom; 12,86% (n=9) atingiram pontuação equivalente à bom a excelente; 11,43% (n=8) apresentaram resultado ruim a desfavorável; e apenas 1,43% (n=1) pontuou nulo a ruim, conforme o gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição das mulheres estudadas, segundo o desempenho sexual (Maceió/AL, 2016)



Fonte: Dados do estudo.

De acordo com a nota de corte adotada para a leitura da pontuação final, valores inferiores a 60 pontos caracterizam comprometimento da função e/ou satisfação sexual da mulher, indicando algum tipo de disfunção sexual (ABDO, 2009). Dessa forma, 50% das mulheres estudadas apresentam algum tipo de dificuldade na sexualidade.

Neste estudo, foram avaliadas 70 mulheres com idade média de 56 anos, com faixa etária numa amplitude de 40 anos, a partir de 32 anos, equiparando-se à média de idade apontada nas pesquisas realizadas acerca do tema, uma vez que mulheres mais jovens, a partir dos 30 anos, já se encontram adoecendo.¹¹ Esse dado merece atenção especial, já que, em 2015, o INCA modificou a faixa etária para realização da mamografia de rastreamento, para 1 exame a cada 2 anos para mulheres entre 50 a 69 anos.¹

Um estudo realizado em um hospital de referência para tratamento do câncer da Cidade de Natal/RN apontou que mulheres mais jovens acometidas pelo tratamento cirúrgico para o câncer de mama apresentaram maior risco de disfunção sexual quando comparadas as de maior idade.¹² Como a presente pesquisa demonstra, as mulheres mais jovens do estudo, dentro da faixa etária de 32 a 49 anos, apresentaram comprometimento na função sexual. A literatura justifica que esse grupo é classificado com os piores resultados, seja pela imaturidade, seja pelo desejo da maternidade adiado ou excluído devido o tratamento, ou até mesmo menopausa precoce.^{13,3}

Apenas três mulheres da amostra não possuíam filhos, dentre as mais jovens. Em pesquisas acerca do tema, foi exposto que a ausência da maternidade pode influenciar na vida dessa mulher, refletindo por vezes em seu desempenho sexual, já que a mama é caracterizada como um dos primeiros laços, a formação e o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, ocorrendo o conflito emocional entre o real e o simbólico.^{11,14}

A maioria das entrevistadas são casadas e apresentaram problemas com a sexualidade. Muitas delas relataram, durante as entrevistas, a falta de compreensão e apoio do companheiro na fase de readaptação após o trauma da cirurgia. Estudos apontam que o apoio do companheiro influencia bastante na vivência da sexualidade da mulher que adoece com câncer de mama em todas as etapas da doença, necessitando de compreensão e dedicação para sentir-se mais segura e lidar com a situação.¹⁵ A literatura aponta para as vantagens da existência de um bom relacionamento conjugal e a presença de satisfação sexual, concluindo que, quando a qualidade do relacionamento conjugal é boa, diminui-se a insatisfação sexual.¹¹

As pesquisas demonstram resultados diretamente proporcionais ao grau de instrução: quanto menor a escolaridade, pior o resultado do padrão sexual. Os dados obtidos na pesquisa não corroboram com um estudo realizado com 40 mulheres, apontando que 52,5% apresentam baixa escolaridade e maior prevalência de disfunção sexual.¹⁵ No presente estudo, há um escore maior para o nível médio, seguido de decréscimo; as mulheres com maior grau de instrução obtiveram pior resultado, discordância observada pela diferença da amostra, na qual o maior número foi para o nível fundamental.

Devido ao cenário configurar-se um hospital público, a maioria das mulheres realizaram cirurgia do tipo não conservadora, e demonstraram pouco interesse em submeter-se à reconstrução, por remeter memórias negativas do tratamento. Em um estudo, realizado com 36 mulheres 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), apresentou-se que mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária apresentaram melhor função sexual do que aquelas sem reconstrução. O resultado do presente estudo corrobora parcialmente com os dados do autor elencado, já que a amostra não se apresenta homogênea, apontando apenas 4 pacientes com cirurgia reparadora e 45 mastectomizadas sem reconstrução, apenas uma realizou mastectomia total direita e quadrantectomia esquerda e 20 realizaram quadrantectomia.¹⁶

De acordo com as fases do ciclo da resposta sexual, 32,86% das mulheres apresentam dificuldade na fase do desejo, já que escores baixos para as questões deste domínio, segundo o QS-F, significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. Já outro estudo aponta, dentro de uma amostra de 51 mulheres mastectomizadas, que 82,4% não sentiram desejo sexual nem estiveram sexualmente ativas.^{9,17}

Apesar de a fase do desejo apontar comprometimento, mais da metade das mulheres apresentavam-se responsivas sexualmente às preliminares e à excitação do parceiro, já que obtiveram escores altos para este domínio. Já um estudo, em 2014, com mulheres com câncer de mama, aponta prevalência alta para problemas na lubrificação, sendo que 88,2% das mulheres apresentaram disfunção nessa fase.

O autor ainda demonstra diminuição do desejo, da atividade e do prazer sexual após o diagnóstico e durante os tratamentos, por vezes até após os tratamentos.¹⁷

Considerando as disfunções sexuais, 50% a 64% das mulheres com câncer de mama apresentam dificuldade de excitação, desejo e lubrificação. Os dados da pesquisa revelam que as mulheres são mais acometidas pela disfunção orgásmica, seguido do desejo hipoativo, atrelado à fase subsequente do ciclo, a excitação, apresentando dificuldade na lubrificação. Relacionado ao relaxamento da vagina, 27,14% afirmaram não sentir dificuldade durante a penetração. A dor foi encontrada em 27,14%, classificada como às vezes e ausente em 41,43%. Um estudo com 11 mulheres, em 2011, utilizando o mesmo instrumento, demonstrou que a maior queixa das pacientes foi apresentar falta de lubrificação, levando a não sentir vontade de ter relação sexual, assim não conseguindo atingir o orgasmo.^{11,18}

Num estudo realizado com 34 mulheres, no qual foi utilizado o mesmo instrumento, encontrou-se 35,3% com padrão nulo a ruim; 29,4%, desfavorável a regular; e 5,9% atingiram pontuação equivalente à regular a bom e bom a excelente.³

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou a influência do tratamento cirúrgico na sexualidade de mulheres acometidas pelo câncer de mama, tendo encontrado maiores dificuldades na vida sexual nas mais jovens, casadas e com escolaridade de nível fundamental, justificado pela nota de corte abaixo de 60 pontos, conforme o QS-F.

O comprometimento da fase orgásmica foi a de maior porcentagem, seguido da fase do desejo. No geral, 35 das mulheres entrevistadas caracterizaram-se com alguma dificuldade na vida sexual, já que atingiram resultados: nulo a ruim, ruim a desfavorável e desfavorável a regular; e 35 atingiram resultado satisfatório, com classificação bom a excelente e regular a bom.

Mulheres, em geral, apresentam, segundo estudos, que a alteração sexual mais frequente é na fase do desejo, caracterizando desejo hipoativo, o que compromete a fase seguinte, a excitação, justamente devido à correlação entre elas.

Dessa forma, o estudo demonstra a importância da abordagem da questão sexual pelos profissionais de saúde que assistem as mulheres que vivenciam o contexto de adoecimento por câncer de mama, contribuindo para uma melhor percepção das mudanças ocorridas e na readaptação na rotina de vida, facilitando o cuidado integral, visando, ainda, minimizar os danos desenvolvidos por todo o processo do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Mama: documento de consenso. [Internet]. Available at: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>.
2. Lahoz MA, Nyssen SM, Correia GN, Garcia APU, Driusso P. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(4): 423-430.

3. Bomfim IQM, Batista RPS, Lima RMC. Avaliação da função sexual em um grupo de mastectomizadas. *Rev Brasileira Promoç Saúde, Fortaleza*, 27(1): 77-84, jan./mar., 2014.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Controles do colo do útero e da mama. *Cadernos de atenção básica*, n 13. 2. ed, Brasília: editora do Ministério da saúde, 2013.
5. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. São Paulo: Roca; 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde sexual e reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
7. Vieira EM, Ford NJ, Santos MA, Junqueira LCU, Giami A. Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. Vol.29, n.10. Rio de Janeiro, out. 2013.
8. Santos DB, Santos MA, Vieira EM. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.4, p.1342-1355, 2014.
9. Abdo, CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Diagn Tratamento*. 2009;14(2):89-1.
10. CRESWEL, J. W. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. Carvalho DM, Martins C, Rezende LF. Sexualidade no pós-operatório de câncer de mama. *Pensamento Plural: Revista Científica do, São João da Boa Vista*, v.5, n.2, 2011; 60-4.
12. Canário A CG, Paiva LC, Florêncio GLD, Melo CMLN, Gonçalves AK. Prevalência de Disfunção Sexual em Sobreviventes de Câncer de Mama. *Anais, CIEH*, V.2, n5, 2009;
13. Huguet P, Morais S, Osis M, Pinto Neto A, Gurgel M. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(2):61-7.
14. Ferreira DB, Faragol PM, Reis PED, Funghetto SS. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2011 mai-jun; 64(3): 536-44.
15. Ferreira SMA, Panobianco MS, Gozzo TO, Almeida AMA. Sexualidade da Mulher com Câncer de Mama: Análise da Produção Científica de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Jul-Set, 2013; 22(3): 835-42.
16. Moreira JR, Sabino Neto M, Pereira JB, Biasi T, Garcia EB, Ferreira LM. Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. *Rev Bras Mastologia*. 2010;20(4):177-182.
17. Costa SR; Jimenez F, Ribeiro JLP. Imagem Corporal, Sexualidade e Qualidade de vida no Cancro da Mama. *Psc., Saúde & Doenças*, vol.13, n.2, Lisboa, 2012.
18. Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em Oncologia. *Diagn Tratamento*. 2011;16(2):86-90.

Recebido em: 27/11/2017

Revisões requeridas: 09/04/2018

Aprovado em: 16/04/2018

Publicado em: 10/01/2020

Autora correspondente

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, s/n

Cidade Universitária, Tabuleiro dos Martins

Maceió/AL, Brasil

CEP: 57.072-900

E-mail: amuzzasantos@bol.com.br

Número de telefone: +55 (82) 9 8897-9745

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**