

# Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual

ANA SOFIA RAMOS (\*)

IVONE PATRÃO (\*)

O tumor maligno é uma das maiores causas de morte a nível mundial sendo, por isso, uma das doenças mais temidas pela humanidade.

Existem vários tipos de tumores. O cancro de mama, sendo um dos tumores que aparece mais frequentemente nas mulheres, tem repercussões aos mais variados níveis: físico, psicológico, familiar e social.

Actualmente, existem vários tipos de procedimentos aplicados ao tratamento do cancro de mama. Estes podem ser locais, como a radioterapia e a cirurgia (radical ou conservadora) ou sistémicos, como a quimioterapia e a terapia hormonal (Keitel & Kopala, 2000).

Meyerowitz (1980, cit. por Rowland & Holland, 1990) identificou o impacto psicossocial do cancro de mama em três grandes níveis: desconforto psicológico (ansiedade, depressão e ira); mudanças nos padrões de vida que ocorrem como consequência do desconforto psicológico (nível

de actividade alterado e disrupção marital e sexual); e medos e preocupações relacionados com a cirurgia e o receio de morte.

Sendo «uma doença potencialmente mortal que estigmatiza a doente enquanto mulher» (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001, p. 304), o cancro de mama tem consequências ao nível do funcionamento biopsicossocial da doente conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas. O prognóstico do cancro de mama é incerto e os tratamentos são geralmente agressivos, expondo a mulher a alterações na sua imagem corporal.

Segundo Palhinhas (2000), a imagem corporal não significa apenas a aparência física. Esta figuração inclui também a integridade corporal, ou seja, a percepção do corpo como intacto, completo e funcionando inteiramente.

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

Segundo Hopwood (1993), as cirurgias de tipo radical constituem, de facto, uma ameaça à

---

(\*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

integridade corporal e à satisfação da paciente com o seu corpo.

De acordo com Dias et al. (2001), as preocupações pessoais da doente e o impacto ao nível da sua auto-imagem remetem para medos e fantasias recalçadas que comprometem a relação conjugal e a sua sexualidade. No mesmo sentido, Pereira e Mestre (1997) referem que as perdas narcísicas associadas à cirurgia e tratamentos terão um impacto grave na vida relacional da mulher que sofre de cancro de mama.

Não obstante, algumas investigações revelam que a maioria dos casais apresenta um bom ajustamento marital após o diagnóstico de cancro sendo que, alguns deles revelam até melhoramentos na qualidade geral do seu relacionamento (Lichtman, Taylor & Wood, 1987, cit. por Anillo, 2000; O'Mahoney & Carrol, 1997). No mesmo sentido, Dias et al. (2001) consideram que, na maior parte dos casos, a doença oncológica acaba por fortalecer a relação conjugal no que toca à comunicação e à intimidade.

Contrariamente ao referido por estes autores, Estapé (2002) diz-nos que as relações conjugais são o factor mais deteriorado nos pacientes com cancro de mama. Segundo a autora, a diminuição da auto-estima, na mulher mastectomizada, repercute-se na sua auto-imagem, afectando a sua sexualidade e, por consequência, a relação com o companheiro.

No que toca à sexualidade, há evidência que este é um aspecto que sofre sempre um determinado impacto, sobretudo no período que sucede a cirurgia e os tratamentos (Frank, Anderson & Rubinstein, 1978, cit. por Auchincloss, 1990; Crawford & Cardoso, 2000).

Schover (1991, cit. por Anillo, 2000) diz, no entanto, que apenas uma minoria dos casais apresenta disfunções sexuais significativas após o tratamento do cancro de mama. Porém, o autor alerta para o facto de os problemas sexuais serem mais frequentes em casais que já tinham problemas a este nível e entre mulheres que dão maior importância à sua aparência. No mesmo sentido, Auchincloss (1990) afirma que a falta de desejo sexual pode durar um, dois anos ou mais após o tratamento, porém, o evitamento sexual é mais susceptível de ocorrer quando o casal tinha já problemas sexuais que são exacerbados pela crise emocional que o tratamento acarreta.

Embora as temáticas da imagem corporal, con-

jugalidade e sexualidade de mulheres com cancro de mama seja um assunto de profundo interesse em termos de investigação, a verdade é que poucos foram os estudos realizados em Portugal. Da mesma forma, a existência de resultados contraditórios relativamente ao impacto da cirurgia nestas áreas, traduz a necessidade de se realizar uma investigação.

Neste sentido, procurou-se, com este trabalho, estudar a imagem corporal de mulheres com cancro de mama submetidas a uma cirurgia (radical ou parcial) e posterior tratamento, e verificar se a qualidade do relacionamento conjugal e a satisfação sexual destas mulheres se encontram, ou não, afectadas.

Dada a existência de estudos que apresentam algumas limitações metodológicas no que toca a aspectos como a satisfação marital e sexual num período antecedente à cirurgia, o status marital e sexual anterior (percebidos pela doente) serão variáveis tidas em conta neste estudo. A idade das pacientes, o tempo decorrido após o término dos tratamentos e a duração do relacionamento conjugal serão, também, incluídas como variáveis secundárias.

Os objectivos específicos do presente trabalho, são:

- Averiguar a valorização atribuída ao corpo doente; analisar o grau de satisfação marital; medir o grau de satisfação sexual; e perceber a relação entre estas três variáveis.
- Relacionar as variáveis principais (imagem corporal, qualidade do relacionamento conjugal e satisfação sexual) com as variáveis secundárias (idade, tipo de cirurgia realizado, tempo decorrido após os tratamentos, tempo de duração do relacionamento conjugal, status marital e status sexual anteriores à cirurgia).

## MÉTODO

O presente estudo define-se como uma investigação exploratória, descritiva e transversal das variáveis principais (imagem corporal, qualidade do relacionamento conjugal e satisfação sexual) e das variáveis secundárias (idade, habilitações literárias, tipo de cirurgia, tempo decorrido após tratamentos, duração do relacionamento conjugal

e status marital e sexual anteriores à cirurgia).

### *Participantes*

A amostra deste estudo é constituída por 30 mulheres com cancro de mama, submetidas a uma cirurgia (radical ou parcial) e posterior tratamento. Todas as participantes são casadas ou vivem em união de facto e mantêm uma actividade sexual com o companheiro. As idades variam entre os 39 e os 67 anos.

As habilitações literárias das participantes vão desde o ensino básico ao universitário, sendo que o nível de escolaridade predominante é o ensino básico (ao qual pertence 40% da totalidade da amostra).

### *Instrumentos*

#### *a) Questionário de Caracterização da Amostra*

Este questionário contém questões como: idade; habilitações literárias; existência de relação afectiva; tempo de duração da relação; caracterização do relacionamento conjugal antes da cirurgia (nada satisfatório, pouco satisfatório, muito satisfatório); existência de actividade sexual; e caracterização da vida sexual num período precedente à cirurgia (nada satisfatória, pouco satisfatória, muito satisfatória).

#### *b) Escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o meu Corpo”*

Esta escala foi adaptada por Palhinhas, Tapa-dinhas e Ribeiro em 1999 com base na Body Image Scale de Hopwood (1993). Pretende avaliar a imagem corporal da mulher de duas formas: o corpo pré-mórbido (isto é, valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente). Neste estudo foi apenas utilizada a segunda parte da escala (avaliação do corpo mórbido).

Este questionário é constituído por 7 itens cujas respostas variam entre: Não, Um pouco, Moderadamente e Bastante. Às quatro opções de resposta correspondem quatro pontuações diferentes: zero, um, dois e três pontos, respectivamente.

Os 7 itens são, posteriormente, somados dando origem a uma pontuação total que pode variar entre 0 e 21. Uma pontuação total igual a 0 (ze-

ro) representa a inexistência de sintomas e as pontuações mais elevadas indicam a existência de sintomas.

De acordo com Hopwood, Fletcher, Lee e Al Ghazal (2001), a fidelidade da escala total regista um alpha de 0,93. Neste estudo, a fidelidade estimada é de 0,92.

#### *c) Escala de Relacionamento Conjugal*

Esta escala foi criada por Spanier em 1976 e traduzida e adaptada por Tavares em 1990, destina-se a estudar a qualidade do relacionamento conjugal em adultos. É constituída por 32 itens, pontuados de 0-1; 0-4; 0-5; 0-6, sendo que o total da pontuação varia entre 0 e 151 pontos.

Embora pretenda avaliar a qualidade do relacionamento conjugal no geral, esta escala divide-se em quatro sub-escalas que podem ser analisadas separadamente: consenso diádico, expressão de afectos, satisfação diádica e coesão diádica.

O valor final obtido (transformado em percentagem) vai indicar a satisfação/insatisfação em relação ao relacionamento conjugal sendo que, quanto mais elevado for o Perfil obtido, melhor será o relacionamento conjugal.

De acordo com Spanier (1976, cit. por Lim & Ivey, 2000), a fidelidade da escala total regista um índice de alpha de 0,96, variando nas sub-escalas entre 0,73 e 0,90. Neste estudo, o alpha estimado para a escala total é de 0,84. Nas sub-escalas os índices de alpha são: consenso diádico – 0,85; expressão de afectos – 0,42; satisfação diádica – 0,46; coesão diádica – 0,38. A baixa consistência interna verificada nas três últimas dimensões poderá estar relacionada com o facto de estas agruparem um baixo número de itens (Ribeiro, 1999).

#### *d) Índice de Satisfação Sexual*

Esta é uma escala que permite avaliar o nível de satisfação/insatisfação sexual tendo em conta a dimensão sexual de uma dada relação. Foi criada por Hudson em 1974 e traduzida por Cardoso e Soares em 1995.

É constituída por 25 itens (uns com valência positiva e outros com valência negativa), cujas respostas variam entre: Raramente ou Nunca, Poucas vezes, Algumas vezes, Bastantes vezes e Habitualmente ou sempre.

A cotação varia entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde à resposta Raramente e 5 à resposta Ha-

bitualmente ou sempre (ou o inverso nos itens de valência positiva).

Depois de se obter o resultado final, subtrai-se um valor constante de 25, resultando daqui um valor que se situa entre 0 e 100. Quanto menor for o valor obtido, maior será o grau de satisfação sexual.

É definido um “ponto de cisão” (resultado de 30 pontos) em que, se o resultado for menor ou igual a 30 pontos revela que não existe problemática sexual e se for maior que esta pontuação, existirá problemática sexual.

De acordo com Hudson (1992, cit. por McCabe, 2002), esta escala regista um índice de alpha de 0,92 ao nível da sua fidelidade total. Neste estudo, a fidelidade estimada da escala total é de 0,90.

### *Procedimento*

Na primeira fase deste trabalho procedeu-se à realização de uma revisão da literatura, tendo sido efectuada uma pesquisa bibliográfica consoante à temática estudada.

Numa segunda fase, averiguou-se a existência de escalas que permitissem uma medição correcta das variáveis em estudo (Escala de Imagem Corporal, Escala de Relacionamento Conjugal e Índice de Satisfação Sexual). Foi, ainda, elaborado o Questionário de Caracterização da Amostra, tendo em conta as variáveis secundárias necessárias à identificação de cada uma das participantes do estudo.

Posteriormente, procedeu-se à recolha da amostra a qual foi efectuada na associação “Movimento Vencer e Viver” e no serviço de Senologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa havendo, no entanto, alguns questionários recolhidos como “bola de neve”.

As instruções dadas foram ao encontro do pedido do auto-preenchimento dos questionários com o máximo de sinceridade possível e foi alertado o facto de não se pretender a avaliação das respostas num sentido pessoal. Foi também dito aos sujeitos que o anonimato e a confidencialidade seriam tomados em conta ao longo da realização do estudo.

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

## RESULTADOS

### *Análise Descritiva das Variáveis Secundárias*

A análise das variáveis secundárias é feita mediante as frequências e as percentagens obtidas em cada um dos sub-grupos das variáveis (Quadro 1).

A maioria das participantes (86,7%) realizou uma mastectomia radical e apenas 13,3% das 30 mulheres foram submetidas a uma mastectomia parcial.

Relativamente ao tipo de tratamento pós cirúrgico, verificou-se que grande parte das participantes (30%) efectuou hormonoterapia, bem como, quimioterapia em conjunto com radioterapia (também, 30%).

O tempo decorrido após os tratamentos foi avaliado por quatro níveis que vão de «<1 ano» a «>5 anos», com intervalos de 1 ano, existindo, no entanto, casos em que o tratamento ainda se encontrava em curso aquando do preenchimento dos questionários. Verificámos que 33,3% das participantes terminou os tratamentos há «1-2» anos atrás.

O tempo de duração de relação foi avaliado de acordo com oito níveis que variaram entre «<10 anos» e «40-45 anos», com intervalos de 5 anos. Observou-se um maior número de participantes cuja duração do relacionamento varia entre os 30 e os 35 anos.

Quanto à caracterização da relação conjugal no período pré-cirúrgico, constatou-se que a maioria das participantes (76,7%) classificou a sua relação como “muito satisfatória” e 23,3% classificou-a como sendo “pouco satisfatória”.

Finalmente, no que respeita à caracterização da actividade sexual no período que antecedeu a cirurgia, verificou-se que 46,7% das 30 mulheres considerou que antes da cirurgia a sua vida sexual era “muito satisfatória”, 43,3% achou que era “pouco satisfatória” e 10% classificou-a como “nada satisfatória”.

### *Análise Descritiva das Variáveis Principais*

A análise das variáveis principais tem em conta as médias das pontuações totais obtidas nas três escalas, os desvios padrão e os valores mínimos e máximos dessas pontuações (Quadro 2).

QUADRO 1  
Análise Descritiva das Variáveis Secundárias

	N	%
<b>Tipo de Cirurgia</b>		
Mastectomia Radical	26	86,7
Mastectomia Parcial	4	13,3
<b>Tipo de Tratamento</b>		
Quimioterapia	7	23,3
Radioterapia	3	10
Hormonoterapia	9	30
Quimioterapia + Radioterapia	9	30
Quimioterapia + Hormonoterapia	1	3,3
Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia	1	3,3
<b>Tempo Decorrido Após Tratamentos</b>		
<1 ano	2	6,7
1-2 anos	10	33,3
2-3 anos	5	16,7
3-4 anos	3	10
4-5 anos	0	0
>5 anos	5	16,7
Ainda em curso	5	16,7
<b>Tempo de Duração do Relacionamento Conjugal</b>		
<10 anos	2	6,7
10-15 anos	1	3,3
15-20 anos	0	0
20-25 anos	7	23,3
25-30 anos	6	20
30-35 anos	10	33,3
35-40 anos	2	6,7
40-45 anos	2	6,7
<b>Caracterização da Relação</b>		
Nada Satisfatória	0	0
Pouco Satisfatória	7	23,3
Muito Satisfatória	23	76,7
<b>Caracterização da Actividade Sexual</b>		
Nada Satisfatória	3	10
Pouco Satisfatória	13	43,3
Muito Satisfatória	14	46,7

Verificamos, assim, que a média das pontuações totais relativa à Imagem Corporal é de 7,63, o que indica que, em média, as participantes não apresentam problemática no que respeita à valorização da sua aparência.

Relativamente ao Perfil obtido na Escala de Relacionamento Conjugal (total da escala sem a análise

separada das dimensões), verifica-se que a pontuação total média é de 74,04%. Tendo em conta que o perfil total varia entre 0 e 100%, podemos concluir que o valor 74,04% reflecte a existência de um bom relacionamento conjugal entre as 30 participantes.

Relativamente à análise das sub-escalas cons-

QUADRO 2  
Análise Descritiva das Variáveis Principais

	N	Média	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo
<i>Imagem Corporal</i>	30	7,63	6,90	0	21
<i>Perfil ERC (%)</i>	30	74,04	9,29	46,36	88,08
Consenso Diádico (%)	30	82,41	12,07	47,69	98,46
Expressão Afectos (%)	30	76,67	17,29	33,33	100
Satisfação Diádica (%)	30	66,33	7,37	50	78
Coesão Diádica (%)	30	66,11	17,70	25	100
<i>Satisfação Sexual</i>	30	34,03	14,62	10	58

tatamos que todas elas revelam um resultado positivo, sendo a dimensão Consenso Diádico (que avalia a dimensão social da relação) aquela que regista uma pontuação total média mais elevada (82,41%). As dimensões Satisfação Diádica (relativa à avaliação da qualidade da relação) e Coesão Diádica (referente à forma como o sujeito vive a sua relação) são as dimensões que registam valores médios mais baixos (66,33% e 66,11%, respectivamente).

Quanto ao grau de satisfação sexual, constatamos que a média da pontuação total registada pelos 30 sujeitos é de 34,03, o que significa que, em média, as participantes evidenciam a existência de problemática sexual.

#### *Análise da Relação entre as Variáveis Principais*

Para se testar a normalidade da distribuição das variáveis principais, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk. Verificou-se a ausência de normalidade em todas as variáveis principais pelo que foi utilizado o coeficiente de correlação não-paramétrico de Spearman para inferir acerca da influência das três variáveis entre si. O nível de significância utilizado foi de  $\alpha=0,05$ .

Constatou-se a existência de uma correlação significativa positiva entre a Imagem Corporal e a Satisfação Sexual ( $p=0,003 < \alpha=0,05$ ) e uma correlação significativa negativa entre a Qualidade do Relacionamento Conjugal e a Satisfação Sexual ( $p=0,011 < \alpha=0,05$ ).

Uma vez que quanto mais elevada é a pontua-

ção obtida na Escala de Imagem Corporal, maiores são os problemas ao nível da valorização da aparência e que quanto mais elevada é a pontuação registada no Índice de Satisfação Sexual, maior é a insatisfação sexual, concluímos que ao aumentarem as problemáticas ao nível da imagem corporal, aumenta, também, a insatisfação sexual.

Por outro lado, tendo em conta que os valores elevados das pontuações totais da Escala de Relacionamento Conjugal significam a existência de um bom relacionamento conjugal e que as baixas pontuações totais do Índice de Satisfação Sexual evidenciam a presença de satisfação sexual, concluímos que quando aumenta a qualidade do relacionamento conjugal diminui a insatisfação sexual.

#### *Análise da Relação entre as Variáveis Principais e as Variáveis Secundárias*

No sentido de analisar a relação entre as variáveis principais e as variáveis secundárias, procedeu-se, inicialmente, ao estudo da normalidade das variáveis. Assim, recorreu-se ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk que permitiu inferir acerca do tipo de distribuição de cada uma das variáveis comparadas.

Concluiu-se que:

- As variáveis Imagem Corporal/Idade, Qualidade do Relacionamento Conjugal/Idade e Satisfação Sexual/Idade seguiam uma distribuição normal, pelo que foi aplicada a ANOVA a um factor para a análise de diferenças.

- As restantes variáveis não seguiam distribuição normal pelo que foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (no caso de comparação de mais do que duas amostras) e o teste de Wilcoxon Mann-Whitney (no caso de duas amostras) para a averiguação de diferenças.

O nível de significância utilizado foi de  $\alpha=0,05$ .

A análise da relação entre as variáveis principais e as variáveis secundárias permitiu-nos concluir que: a qualidade do relacionamento conjugal varia consoante o tempo decorrido após os tratamentos e consoante a forma como a relação marital é caracterizada no período antecedente à cirurgia; e que a satisfação sexual varia em função da forma como a actividade sexual, antecedente à cirurgia, foi caracterizada (Quadro 3).

Para percebermos quais os grupos das variáveis secundárias que diferem entre si, procedeu-se à realização do teste de Wilcoxon Mann-Whitney a fim de serem comparados os grupos, dois a dois. As diferenças encontradas são apresentadas no Quadro 4.

No que respeita à relação Qualidade do Relacionamento Conjugal/tempo decorrido após os tratamentos, verifica-se que as diferenças se situam:

- Nos grupos de participantes que terminaram

os tratamentos há «1-2» anos e «>5 anos», sendo que é o primeiro grupo aquele que regista pontuações mais elevadas na Escala de Relacionamento Conjugal, logo um melhor relacionamento conjugal, do que o grupo de mulheres que terminaram os tratamentos há «>5 anos».

- Nos grupos de participantes que terminaram os tratamentos há «3-4» anos e «>5 anos». Aqui é o grupo de mulheres que terminaram os tratamentos há «>5 anos», aquele que apresenta pontuações mais elevadas na E.R.C., o que significa que têm melhor relacionamento conjugal do que as mulheres que terminaram os tratamentos há «3-4 anos».

No que respeita à relação Satisfação Sexual/status sexual anterior à cirurgia, verificou-se que as diferenças se situam no grupo que caracterizou a sua actividade sexual antes da cirurgia como sendo “pouco satisfatória” e no grupo que a caracterizou como “muito satisfatória”. Verificamos, também, que é o grupo cuja actividade sexual antecedente à cirurgia se caracteriza como “pouco satisfatória” aquele que obteve valores mais elevados nas pontuações totais do Índice de Satisfação Sexual. Tendo em conta que quanto mais elevados são os valores totais desta escala, maior é a insatisfação sexual, concluímos que as

QUADRO 3  
*Análise da Relação entre as Variáveis Principais e as Variáveis Secundárias*

Teste Estatístico	Variáveis Comparadas	E.T.	p-value
<b>Anova</b>	Imagem Corporal e Idade	0,85	0,51
	Qualidade do Relacionamento Conjugal e Idade	1,23	0,33
	Satisfação Sexual e Idade	0,75	0,57
<b>Kruskal-Wallis</b>	Imagem Corporal e Tempo Após Tratamentos	0,84	0,98
	Qualidade do Relacionamento Conjugal e Duração do Relacionamento	5,31	0,51
	Qualidade do Relacionamento Conjugal e Tempo Após Tratamentos	11,32	<b>0,05</b>
	Satisfação Sexual e Status Sexual Anterior à Cirurgia	7,61	<b>0,02</b>
	Satisfação Sexual e Tempo Após Tratamentos	3,47	0,63
<b>Wilcoxon Mann-Whitney</b>	Imagem Corporal e Tipo de Cirurgia	-1,41	0,16
	Qualidade do Relacionamento Conjugal e Tipo de Cirurgia	-1,83	0,07
	Qualidade do Relacionamento Conjugal e Status Marital Anterior à Cirurgia	2,45	<b>0,01</b>
	Satisfação Sexual e Tipo de Cirurgia	-0,49	0,66

QUADRO 4  
*Análise das Diferenças nos Sub-Grupos das Variáveis Secundárias*

		<b>Rank Sum</b>	<b>E.T.</b>	<b>p-value</b>
<b>Perfil ERC</b>	<b>Tempo Após Tratamentos</b>			
	1-2 anos	60,50		
	Mais de 5 anos	59,50	-2,40	<b>0,02</b>
	3-4 anos	6,00		
	Mais de 5 anos	30,00	-2,25	<b>0,02</b>
<b>Índice Satisfação Sexual</b>	<b>Status Sexual</b>			
	Pouco Satisfatório	239,50		
	Muito satisfatório	138,50	-2,79	<b>0,01</b>
<b>Perfil ERC</b>	<b>Status Marital</b>			
	Pouco Satisfatório	58,50		
	Muito Satisfatório	406,50	-2,45	<b>0,01</b>

mulheres que definiram a actividade sexual (anterior à cirurgia) como “pouco satisfatória” têm, actualmente, menor satisfação sexual do que as mulheres que caracterizaram a sua actividade sexual como “muito satisfatória”.

Finalmente, no que respeita à relação Qualidade do Relacionamento Conjugal/status marital anterior à cirurgia, é possível verificar-se que é o grupo de mulheres que classificou a o seu relacionamento conjugal num período anterior à cirurgia como sendo “muito satisfatório” aquele que obteve pontuações totais mais elevadas na Escala de Relacionamento Conjugal. Vimos, portanto, que quanto maior é a pontuação total desta escala, melhor é o relacionamento conjugal. Desta forma, concluímos que as mulheres cujo relacionamento, antes da cirurgia, é definido como “muito satisfatório” têm, também, um melhor relacionamento conjugal (após a cirurgia), quando comparadas com as mulheres que caracterizaram o seu relacionamento conjugal anterior à cirurgia como “pouco satisfatório”.

#### CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos na presente investigação, verificou-se que as participantes não revelam problemas no que respeita ao modo co-

mo valorizam a sua aparência e que não existem alterações ao nível do relacionamento conjugal, após a realização de uma cirurgia à mama (radical ou parcial) e tratamentos. Constatou-se, no entanto, que as participantes revelam uma insatisfação relativamente à sua sexualidade.

Verificou-se, também, que quando existem problemas ao nível da valorização da aparência existe também uma maior insatisfação sexual. Por outro lado, constatou-se que ao melhorar a qualidade do relacionamento conjugal, diminui a insatisfação sexual.

Observou-se, ainda, que a qualidade do relacionamento conjugal é influenciada pelo tempo decorrido após os tratamentos e pelo grau de satisfação conjugal anterior à cirurgia. Finalmente, verificou-se que a satisfação sexual após a cirurgia é influenciada pela forma como a actividade sexual, anterior à cirurgia, foi caracterizada.

Grande parte dos resultados aqui observados vem no mesmo sentido daqueles encontrados na literatura. Quanto aos dados verificados ao nível da imagem corporal, parece, no entanto, que existe alguma divergência com outros estudos efectuados na área. Desta forma, talvez outras variáveis possam influir nestes resultados, tais como: o facto de as participantes não fazerem, eventualmente, grande investimento no órgão doente; terem idades médias superiores a 50 anos; e, tam-

bém, o facto de nem todas terem sido submetidas a uma cirurgia radical. Não devemos, por isso, descurar aquilo que se tem vindo a estudar relativamente à imagem corporal de mulheres com cancro de mama, submetidas a uma cirurgia e que mostram a existência de problemáticas a este nível.

Sobretudo em mulheres que realizam uma terapêutica radical, a intervenção psicológica parece tornar-se indispensável. Ajudar a mulher a lidar com as alterações corporais, a desenvolver estratégias de *coping* que lhe permitam encarar as mudanças na sua aparência, informando-a que a sua feminilidade continua a existir são algumas das formas como um psicólogo pode intervir. Dadas as consequências físicas que a cirurgia e os tratamentos implicam, parece-nos pertinente afirmar que uma das primeiras preocupações do psicólogo deverá incidir, precisamente, sob esta perda corporal.

A relação marital e a dimensão sexual dessa mesma relação parece ser outro foco de intervenção psicológica. É já sabido que quanto mais informado o paciente estiver acerca da sua doença, menores são as dificuldades encontradas durante todo o seu processo. Informar a doente que as dificuldades sexuais são um aspecto concomitante aos tratamentos é essencial para a prevenção de futuros problemas desta ordem. Embora os problemas sexuais sejam um assunto por vezes demasiado íntimo para ser exposto, a verdade é que a ajuda só é possível, caso a doente seja informada acerca desta problemática e incentivada a expor as suas dificuldades. A terapia sexual pode constituir uma ajuda essencial no que respeita ao desenvolvimento de novos padrões de comportamento sexual e à desmistificação de falsas ideias que possam surgir no decorrer da cirurgia e tratamentos.

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

Pretendeu-se com esta investigação, dar um contributo para a extensão do conhecimento que abrange a patologia mamária, no sentido de se valori-

zar as questões da imagem corporal, relacionamento conjugal e sexualidade quando se fala de intervenção psicológica em mulheres com cancro de mama.

## REFERÊNCIAS

- Anillo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 241-248.
- Auchincloss, S. S. (1990). Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in Evaluation and treatment. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychoncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 187-207). New York: Oxford University Press.
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2001). O cancro da mama no «seio» da família. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Estapé, T. (2001). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 235-263). Lisboa: Climepsi.
- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29A (2), 276-281.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Keitel, M. A., & Kopala, M. (2000). *Counseling women with breast cancer. A guide for professionals*. California: Sage.
- Lim, B. K., & Ivey, D. (2000). The assessment of marital adjustment with Chinese populations: A study of the psychometric properties of the dyadic adjustment scale. *Family Therapy*, 22 (4), 453-465.
- McCabe, M. P. (2002). *Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis*. Consultado em 15 de Abril de 2004 através de [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_4\\_39/ai\\_96621269.htm](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_4_39/ai_96621269.htm)
- O'Mahoney, J. M., & Carroll, R. A. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4 (4), 397-415.
- Palhinhas, P. (2000). *Adaptação psicológica e imagem corporal em mulheres com cancro de mama*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pereira, V. S., & Mestre, L. (Eds.) (1997). *Senologia prática*. Lisboa: Glaxowellcome.

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rowland, J., & Holland, J. (1990). Breast Cancer. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychoncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 187-207). New York: Oxford University Press.

## RESUMO

Este trabalho teve como objectivo o estudo da imagem corporal, da qualidade do relacionamento conjugal e da satisfação sexual de mulheres com cancro de mama.

Neste estudo participaram trinta mulheres com cancro de mama, submetidas a uma cirurgia (radical ou parcial) e posterior tratamento (quimioterapia, radioterapia e/ou hormonoterapia). Todas as participantes eram casadas ou viviam em união de facto e mantinham uma actividade sexual com o companheiro.

Para a avaliação das variáveis em estudo utilizou-se: a Escala de Imagem Corporal "Como me relaciono com o meu corpo", a Escala de Relacionamento Conjugal e o Índice de Satisfação Sexual.

Os resultados obtidos apontaram para a inexistência de problemas ao nível da imagem corporal e da qualidade do relacionamento conjugal. Constatou-se, no entanto, a existência de problemática ao nível da satisfação sexual das participantes.

*Palavras-chave:* Imagem corporal, qualidade do re-

lacionamento conjugal, satisfação sexual, cancro de mama.

## ABSTRACT

The aim of the present investigation was to study the body image, marital relationship quality and sexual satisfaction of women with breast cancer.

In this study participated thirty women with breast cancer, who were submitted to a breast surgery (mastectomy or lumpectomy) and post treatment intervention (chemotherapy, radiation therapy and/or hormone therapy). All subjects were married and had sexual activity with their partners.

To evaluate the studied variables, we used: The Body Image Scale, The Marital Relationship Scale and The Index of Sexual Satisfaction.

The obtained results showed the inexistence of body image and marital relationship quality problems. However, some difficulties concerning to sexual satisfaction of the participants, were found.

*Key words:* Body image, marital relationship quality, sexual satisfaction, breast cancer.