

PRISCILA RIBEIRO HUGUET

**Qualidade de vida e aspectos da sexualidade
de mulheres tratadas de câncer de mama**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA-GURGEL

**UNICAMP
2005**

PRISCILA RIBEIRO HUGUET

Qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA-GURGEL

**UNICAMP
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

H874q

Huguet, Priscila Ribeiro
Qualidade de vida e aspectos da sexualidade de
mulheres tratadas da câncer de mama. / Priscila Ribeiro
Huguet. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientador: Maria Salete Costa Gurgel
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Câncer - mamas. 2. Sexualidade. 3. Qualidade de
vida. 4. Tratamento cirúrgico. I. Gurgel, Maria Salete
Costa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: PRISCILA RIBEIRO HUGUET

Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA-GURGEL

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 29/08/2005

Dedico este trabalho...

*... aos meus queridos pais, Ana Celi e Mario Marcio,
pelo amor incondicional e pelo apoio em todas as horas.*

*... a Guilherme, Claudio, Clarissa, Vivianne e Luquinha,
por tornarem minha vida mais alegre e pelo imenso carinho.
Amo muito todos vocês!*

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Maria Salete da Costa Gurgel, pela amizade, pela disponibilidade, pelos ensinamentos e pelo carinho. Obrigada!

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto pelo auxílio e pela presteza, sobretudo nas correrias finais...

À Sirlei Sianni Moraes, que foi de fundamental importância durante todo o trabalho, e a quem eu costumava mandar e-mails em pleno domingo...

À Sophie, uma mulher admirável que me socorreu em um momento difícil da minha vida, pelo brilhantismo e exemplo de profissional e mestre.

À Profa. Dra. Maria José Osis, pela solicitude e pelos conhecimentos em pesquisa qualitativa.

Às meninas do Ambulatório da Patologia Mamária, por sempre me ajudarem com os prontuários e com as pacientes.

Ao Lúcio, ao Klésio, à Verônica, à Margarete Donadon sempre solícitos, sempre bem-humorados.

E a todos os meus amigos, que acompanham minha trajetória e sempre estão comigo, mesmo que não em presença física. Adoro vocês!

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	vii
Resumo	viii
Summary	x
1. Introdução	12
2. Objetivos	20
2.1. Objetivo geral	20
2.2. Objetivos específicos	20
3. Publicação.....	21
4. Conclusões	45
5. Referências Bibliográficas.....	46
6. Bibliografia de Normatizações	50
7. Anexos	51
7.1. Anexo 1 – Ficha para coleta de dados.....	51
7.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
7.3. Anexo 3 – Carta informativa para as mulheres com antecedente de câncer de mama	61
7.4. Anexo 4 – Aviso de recebimento do The Breast Journal	62
7.5. Anexo 5 – Tabelas.....	63

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio padrão
DTG	Departamento de Tocoginecologia
MR	<i>Mastectomia Radical</i>
MMRI	Mastectomia Radical com Reconstrução Imediata
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	Significância estatística
QUAX	<i>Quadrantectomia</i>
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida, inclusive sexual, de mulheres tratadas por câncer de mama de acordo com o tipo e tempo de cirurgia a que foram submetidas, e sua associação com características socioeconômicas e demográficas.

Sujeitos e métodos: Realizou-se um estudo de corte transversal em 110 mulheres tratadas há, pelo menos, um ano por câncer de mama, selecionadas no Ambulatório de Oncologia Mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas. A qualidade de vida foi avaliada através do questionário WHOQOL- bref e as questões específicas sobre sexualidade foram avaliadas por questionário específico, no qual se utilizou o Alpha de Cronbach para verificar validade e concordância das respostas e a técnica de análise fatorial com critério de autovalor e rotação máxima de variância, resultando em dois fatores: intrínseco (como a mulher se vê sexualmente) e extrínseco ou atratividade (como a mulher acredita que os outros a vêem sexualmente). O coeficiente Alpha de Cronbach para os novos fatores foi de 0,72. As variáveis sociodemográficas foram avaliadas nos domínios do questionário da OMS e nos domínios de sexualidade através do teste de Kruskal-Wallis, seguido de Mann-Whitney e pela correlação de Spearman. **Resultados:** Idade,

escolaridade, tipo de cirurgia e tempo desde a cirurgia não influenciaram a qualidade de vida nos domínios físico, meio ambiente, psicológico e relações sociais. Mulheres com relacionamento marital estável tiveram escores maiores nos domínios psíquico ($p= 0,04$) e relações sociais ($p= 0,02$). Maior nível socioeconômico influenciou a qualidade de vida nos domínios físico ($p= 0,01$) e meio ambiente ($p=0,002$). Em relação à sexualidade, houve influência da idade no fator extrínseco. Mulheres com relacionamento marital estável tiveram escores maiores em ambos os domínios de sexualidade. Maior escolaridade influenciou positivamente o fator intrínseco. Mulheres submetidas à quadrantectomia ou à mastectomia com reconstrução imediata apresentaram melhores escores em relação ao fator extrínseco, quando comparadas às mastectomizadas sem reconstrução. **Conclusões:** Melhor nível socioeconômico e de escolaridade, relação marital estável e cirurgia com conservação mamária estão associados a melhores taxas de qualidade de vida, inclusive a sexual.

Summary

Goals: To evaluate quality of life and sexuality of women with breast cancer according to the type of surgery to which they had been submitted and sociodemographic characteristics. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in 110 women treated at least one year previously for breast cancer. Quality of life was evaluated using the World Health Organization's abbreviated Quality of Life questionnaire. Sexuality was evaluated using a specific questionnaire in which, Cronbach's alpha was used to check validity and concordance, and factorial analysis technique was used with self-value criteria and maximum rotation of variance, resulting in two factors: intrinsic (how the woman sees herself sexually) and extrinsic (how the woman believes others see her sexually). Cronbach's alpha coefficient for the new factors was 0.72. Sociodemographic variables were evaluated according to the domains of the World Health Organization questionnaire and the sexuality domains using the Kruskal-Wallis test followed by the Mann-Whitney test and Spearman's correlation. **Results:** Age, education level, type of surgery and time since surgery had no influence on quality of life in the physical, environment, psychological or social relationship domains. Women with stable marital relationships obtained higher scores in the psychological

($p=0.04$) and social relationship ($p=0.02$) domains. Higher socioeconomic level influenced quality of life in the physical ($p=0.01$) and environment ($p=0.002$) domains. With respect to sexuality, age affected the extrinsic factor. Women with a stable marital relationship had higher scores in both sexuality domains. Higher education level had a positive effect on the intrinsic factor. Women submitted to quadrantectomy or mastectomy followed immediately by reconstruction had higher scores in the extrinsic factor when compared to mastectomized women who had not had reconstruction. **Conclusion:** Higher socioeconomic and education levels, stable marital relationship and conservative breast surgery were associated with improved quality of life, including sexuality.

1. Introdução

O câncer de mama historicamente amedronta as mulheres por seu tratamento por vezes mutilante e pelo risco de evolução desfavorável. Esteve associado, por séculos, a um prognóstico desolador, e mesmo após o advento da mastectomia radical as curas eram poucas e o desfiguramento, universal (Wapnir et al., 1999). Apesar de séculos de estudo e pesquisa, é ainda uma das mais temidas enfermidades humanas (Wagner, 1994). A consciência em relação ao câncer de mama, na população geral, aumentou consideravelmente nos últimos anos, sobretudo dentre as mulheres com antecedente familiar para a doença e tal fato ocorre principalmente devido ao número crescente de casos, sendo na maioria em áreas urbanas (Hoskins, 1995).

Incide predominantemente em mulheres mais idosas (Carpenter et al., 1998). Com os avanços da medicina, a maior preocupação com a saúde e a melhoria nas condições de saneamento básico, a população mundial aumentou muito sua expectativa de vida. No final do século XIX, a expectativa média de vida dentre as mulheres americanas era de menos de 50 anos. Hoje, uma americana vive em

média 83 anos (WBG, 2004). No Brasil, em 1950 a expectativa era de 43 anos. No último censo, realizado em 2000, esta expectativa subiu para 72,6 anos (IBGE, 2003).

Estima-se que no mundo, em 2003, tenha ocorrido um milhão de casos novos, além de 300 mil mortes em decorrência dessa doença (ACS, 2003). De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, em estimativa feita em 2005, neste ano serão diagnosticados no Brasil 49.470 casos novos e mortes advindas do câncer de mama (INCA, 2005).

Com as taxas de detecção mais precoces da doença e com a melhoria nos tratamentos oferecidos, sabe-se que aproximadamente 50% das mulheres que tiveram diagnosticado um câncer de mama sobreviverão pelo menos 15 anos após este diagnóstico (ACS, 2003) e devem ajustar-se às seqüelas cirúrgicas (Yurek et al., 2000). À medida que mais e mais mulheres sobrevivem ao câncer de mama, torna-se imperativo entender os aspectos multidimensionais associados à doença, tratamento e processo de recuperação. Isto inclui a necessidade de se conhecer a possível alteração da qualidade de vida de mulheres nestas condições. Qualidade de vida é um aspecto subjetivo, que pode mudar ao longo do tempo. A mensuração da qualidade de vida deve ser breve, dinâmica e sensível a mudanças. Pode-se afirmar que não há padrão-ouro para a mensuração da qualidade de vida (Spagnola et al., 2003).

O primeiro relato sobre o câncer de mama é de 1.600 a.C., no Egito Antigo. Nessa época não havia tratamento conhecido para a doença, e as mulheres com câncer de mama morriam sem receber qualquer tipo de atendimento (Wagner, 1994). Felizmente, este quadro sofreu várias alterações ao longo da

história da medicina. William Halsted consagrou a mastectomia radical que levou seu nome, e que se constitui na extirpação da mama juntamente com os músculos peitorais maior e menor, e linfadenectomia dos três níveis axilares. No século XIX o tratamento locorregional através da mastectomia era o único tratamento conhecido.

Em 1970, Umberto Veronesi instituiu a quadrantectomia como alternativa à mastectomia para o tratamento do câncer de mama inicial, sendo seguida obrigatoriamente pela radioterapia pós-operatória (Veronesi et al., 1986). Com isso visou uma melhor qualidade de vida, uma vez que 50% das mulheres portadoras de câncer de mama atualmente sobreviverão, ao menos, por 15 anos (ACS, 2003) e terão tempo para se ajustar às seqüelas da cirurgia (Yurek et al., 2000).

As mulheres estão, também, mais conscientes da necessidade de detectar a doença o quanto antes, o que as leva a procurar mais intensa e regularmente serviços especializados para seguimento e prevenção secundária (Gui et al., 2001). Isto leva, na maioria das vezes, à detecção precoce da doença, o que possibilita tratamentos mais conservadores como a quadrantectomia seguida por radioterapia.

O câncer de mama é uma doença que incide predominantemente em mulheres mais idosas, sobretudo no climatério e na pós-menopausa (Carpenter et al., 1998). Com os avanços da medicina, a maior preocupação com a saúde e a melhoria nas condições de saneamento básico, a população mundial aumentou muito sua expectativa de vida, e boa parte das mulheres passa pelo menos um terço de suas vidas na pós-menopausa. No final do século XIX, a expectativa média de vida entre as mulheres americanas era de menos de 50 anos. Hoje, uma americana vive em média 83 anos (WBG, 2004). No Brasil, em

1950 a expectativa era de 43 anos. No último censo, realizado em 2000, esta expectativa subiu para 72,6 anos (IBGE, 2003).

Há uma busca incessante pelo conhecimento tangente à qualidade de vida como um todo e também sexual nas mulheres operadas por câncer de mama, por ser a mama um órgão importante para a auto-imagem corporal. A imagem corporal inclui fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais (Souza e Abrão, 1995). A ablação de um órgão como a mama pode trazer prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa ou na prática de esportes (Jahkola, 1998). Em contrapartida, verifica-se satisfação maior nas mulheres submetidas à cirurgia conservadora (Jahkola, 1998; Al-Ghazal et al., 2000; Amichetti e Caffo, 2001).

Um outro aspecto interessante e comumente abordado na literatura acerca de mulheres sobreviventes ao câncer de mama é a falta de informações suficientes fornecidas a elas pela equipe médica ao longo do tratamento, mas, sobretudo, na época do diagnóstico, com alto grau de insatisfação (Amichetti e Caffo, 2001; Contant et al., 2000; Delbanco, 1992). Reforça-se, com isso, a importância em melhorar a relação médico-paciente, através da qual será amenizado o sofrimento destas mulheres (Delbanco, 1992). É necessário que se forneçam informações acuradas antes da realização da cirurgia, independentemente do tipo de cirurgia a ser feita (Contant et al., 2000).

A qualidade dos relacionamentos afetivos das mulheres com seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, é outro fator que influencia a qualidade de vida após este diagnóstico. Mulheres com melhores relacionamentos reportaram, em estudos prévios, menor índice de disfunção sexual e maior satisfação após o

tratamento, quando comparadas às aquelas que tinham relacionamentos insatisfatórios (Greendale et al., 2001). Yurek et al., (2000), observaram que também na questão sexual, mulheres insatisfeitas antes do advento do câncer de mama terão mais dificuldades em aceitar as mudanças na mama, acarretando, por vezes, interrupção das atividades sexuais. Este parece ser um aspecto mais importante do que a extensão da cirurgia.

Não se pode deixar de levar em conta que muitas mulheres passam por alterações dos níveis hormonais durante o tratamento, secundárias a fases deste - como a quimioterapia - sendo que estas alterações hormonais podem ser perenes ou não. Isto também acarretará mudanças na qualidade de vida como um todo, mas principalmente na qualidade de vida sexual (Rowland et al., 2000).

Em um primeiro instante, um diagnóstico como o câncer de mama certamente causa um efeito devastador na vida de uma mulher. O medo de morrer é a questão principal, e a busca pelo tratamento adequado e cura é uma constante (Anllo, 2000). Aos poucos, e sobretudo após a fase aguda do tratamento, há uma tendência em retornar à qualidade de vida de antes do diagnóstico, ou de ocorrerem mudanças positivas na qualidade de vida, com oportunidade de crescimento pessoal. O enfrentamento da doença leva, na maioria dos casos, a um maior sentido na vida e à reestruturação de prioridades (Matthews et al., 2002; Ganz et al., 1998). O tempo é, portanto, outro fator importante a ser considerado quando se lida com mulheres sobreviventes de câncer de mama.

Habitualmente, mulheres submetidas a cirurgias conservadoras têm melhor qualidade de vida em muitas das variáveis, e isto tende a melhorar com o tempo

(Engel et al., 2004). Alguns estudos mostram que as mulheres mastectomizadas têm pior auto-imagem corporal quando comparadas às submetidas a cirurgias conservadoras, sentem-se incompletas e menos atraentes, evitando contato com outras pessoas (Jahkola, 1998; Yurek et al., 2000; Engel et al., 2004). Um fato curioso é que no estudo de Yurek (2000), mulheres que receberam reconstrução imediata tiveram taxas mais baixas de atividade e poucos sinais de respostas sexuais, não só quando comparadas às quadrantectomizadas, mas também às mastectomizadas sem reconstrução. Esta autora acredita que o fato pode estar relacionado à ausência do mamilo e às diferenças táteis do implante.

As mulheres sobreviventes do câncer de mama podem evitar o intercuro sexual devido a aspectos emocionais negativos, mudanças na auto-imagem corporal e medo da rejeição do parceiro. Secura e atrofia vaginais, fogachos e declínio da libido podem estar associados ao tratamento antiestrogênico e contribuir ainda mais para essa aversão ao intercuro (Fialka-Moser et al., 2003). É sabido que o tratamento destes sintomas melhora o desempenho sexual e que isto pode ser obtido sem uso de terapias hormonais (Greendale et al., 2001).

Um achado interessante de alguns estudos é que, em termos de medidas globais, mulheres sobreviventes de câncer de mama reportam níveis de funcionamento e satisfação sexuais semelhantes aos de mulheres na mesma idade e saudáveis (Greendale et al., 1996). No entanto, segundo estes estudos, um terço das mulheres sente que o câncer de mama teve um impacto negativo em sua vida sexual. Isto pode, talvez, ser explicado pelo fato de essas mulheres atribuírem ao câncer mudanças que ocorreriam normalmente, pela idade ou pela menopausa.

Em outro estudo, mulheres com relações afetivas pouco satisfatórias apresentaram pior qualidade de vida sexual após a doença (Meyerowitz et al., 1999), o que fortalece a teoria de que muitas das mudanças atribuídas ao câncer de mama não são decorrentes dele. Por outro lado, mulheres com relacionamentos mais satisfatórios apresentam menos disfunções sexuais e mais satisfação. A presença de um novo parceiro sexual também pode estar associada com o melhor desempenho sexual, tanto em mulheres tratadas por câncer de mama como em mulheres híginas (Greendale et al., 2001).

Uma outra questão a ser contemplada e que parece influenciar a qualidade de vida é a presença de acometimento linfonodal, que leva à pior qualidade de vida pela maior possibilidade de recidiva (Nagel et al., 2001).

A educação parece ser outro fator relacionado com a função sexual. É esperado que mulheres com maiores taxas de escolaridade tenham mais mecanismos internos para lidar com o advento da doença, assim como suportar melhor todas as etapas do tratamento.

É esperado, também, que mulheres com pior auto-imagem corporal e percepção mais pobre de saúde venham a apresentar taxas mais baixas de interesse e desempenho sexual. Deve-se salientar a importância do autoconceito sexual antes do tratamento para se poder predizer, ou inferir, o desfecho do mesmo (Stead, 2003).

Oncologistas costumam preparar as pacientes para as toxicidades agudas do tratamento do câncer de mama, como náuseas, alopecia e fadiga, mas seus

conhecimentos acerca de seqüelas psicológicas e físicas são poucos. Pouco se sabe como estas mulheres se adaptam às mudanças a longo prazo, após o término do tratamento. Empiricamente, os oncologistas crêem que o tempo de recuperação de um tratamento é o mesmo tempo do tratamento em si. Não há dados na literatura que comprovem este fato.

A etiologia de queixas subjetivas das pacientes com câncer de mama é incerta e é objeto de estudo atualmente. Mulheres que são mais sintomáticas ao término do tratamento provavelmente terão piores taxas de bem-estar físico e emocional (Ganz et al., 2004). A relação médico-paciente parece ter papel importante na satisfação destas (Jahkola, 1998). Infelizmente, é corriqueiro que a assistência fique embasada quase que exclusivamente no aspecto técnico, enquanto o amparo psicológico é relegado a um plano inferior, o que pode ser explicado por um despreparo dos oncologistas em lidar com emoções.

O presente estudo visa conhecer a percepção de mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama no que se refere à sua qualidade de vida após o tratamento cirúrgico. Não serão incluídas neste estudo mulheres ainda em vigência de tratamento, a fim de não haver vieses quanto às alterações hormonais decorrentes deste e as alterações na qualidade de vida decorrentes da doença e da cirurgia em si. Serão também avaliadas, da mesma forma, mulheres submetidas às cirurgias conservadora (quadrantectomia) e radical (mastectomia com e sem reconstrução imediata), no intuito de se conhecer possíveis diferenças na qualidade de vida destes grupos de mulheres.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de mama.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade de vida nos domínios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em relação aos aspectos da sexualidade de mulheres tratadas por câncer de mama, de acordo com o tipo de cirurgia ao qual foram submetidas.
- Avaliar a qualidade de vida nos domínios da OMS e em relação aos aspectos da sexualidade de mulheres tratadas por câncer de mama, de acordo com algumas características socioeconômicas e demográficas das mulheres.
- Avaliar a qualidade de vida nos domínios da OMS e em relação aos aspectos da sexualidade de mulheres tratadas por câncer de mama, e do tempo decorrido após a cirurgia.

3. Publicação

Quality of Life and Sexuality of Women Treated for Breast Cancer

Quality of Life and Sexuality of Women Treated for Breast Cancer

Priscila Ribeiro-Huguet, MD; Maria Salete Costa-Gurgel, MD, PhD.; Aarão Mendes

Pinto Neto, MD; Maria José Duarte Osis, PhD and Sirlei Sianni Moraes, PhD

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, Universidade
Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil

Corresponding author:

Maria Salete Costa-Gurgel, M.D., PhD.

Address: Rua Alexander Flemming, 101

13081-970 Campinas, SP

Brasil

Phone/Fax: 005519 37889305/37889470

E-mail: Salete@caism.unicamp.br

Running title: QOL and sexuality of women with breast cancer

Key words: quality of life; breast cancer; sexuality; surgical treatment

Abstract

Goals: To evaluate quality of life and sexuality of women with breast cancer according to the type of surgery to which they had been submitted and sociodemographic characteristics. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in 110 women treated at least one year previously for breast cancer. Quality of life was evaluated using the World Health Organization's abbreviated Quality of Life questionnaire. Sexuality was evaluated using a specific questionnaire in which, Cronbach's alpha was used to check validity and concordance, and factorial analysis technique was used with self-value criteria and maximum rotation of variance, resulting in two factors: intrinsic (how the woman sees herself sexually) and extrinsic (how the woman believes others see her sexually). Cronbach's alpha coefficient for the new factors was 0.72. Sociodemographic variables were evaluated according to the domains of the World Health Organization questionnaire and the sexuality domains using the Kruskal-Wallis test followed by the Mann-Whitney test and Spearman's correlation. **Results:** Age, education level, type of surgery and time since surgery had no influence on quality of life in the physical, environment, psychological or social relationship domains. Women with stable marital relationships obtained higher scores in the psychological ($p=0.04$) and social relationship ($p=0.02$) domains. Higher socioeconomic level influenced quality of life in the physical ($p=0.01$) and environment ($p=0.002$) domains. With respect to sexuality, age affected the extrinsic factor. Women with a stable marital relationship had higher scores in both sexuality domains. Higher education level had a positive effect on the intrinsic factor. Women submitted to quadrantectomy or mastectomy followed immediately by reconstruction had higher scores in the extrinsic factor when compared to mastectomized

women who had not had reconstruction. **Conclusion:** Higher socioeconomic and education levels, stable marital relationship and conservative breast surgery were associated with improved quality of life, including sexuality.

Introduction

According to the American Cancer Society, in 2003 there were one million new cases of breast cancer in addition to 300,000 deaths that occurred as a result of the disease (1). According to data from the National Cancer Institute, an estimated total of 49,470 new cases of the disease will be diagnosed in Brazil in 2005, making it the second most frequent neoplasia in women (2). With the increase in early detection rates of the disease and the improvement in available treatment, approximately 50% of women are now known to survive for at least 15 years after diagnosis (1) and have to adapt to the sequelae of surgery (3).

The ablation of an organ such as the breast may have a detrimental effect on quality of life, on sexual and recreational satisfaction and on the practice of sports. On the other hand, women submitted to conservative surgery seem to report greater satisfaction rates (4-6).

A diagnosis of breast cancer certainly causes a devastating effect in a woman's life. Fear of dying is the principal question and the woman's search for adequate treatment and for a cure is constant (7). Principally following the acute phase of treatment, there is a tendency for the patient to gradually regain the quality of life she had prior to diagnosis or even to undergo positive changes in the quality of her life, including opportunities for personal growth. In most cases, being forced to confront the disease leads the patient to appreciate life more and to restructure her priorities (8-9).

Quality of life is a term that is difficult to define, and for this reason, it rarely features in publications in which instruments are proposed or used for its evaluation. According to Bullinger et al (10), the term includes a potential variety of conditions that affect an individual's perception, his/her feelings and behavior related to his/her daily actions, including his/her state of health and medical interventions. It came to be considered the third dimension to be studied in research, in addition to efficacy and safety. Oncology is one of the areas in which quality of life has been most evaluated since the often aggressive treatments, despite adding years of life, do not add life to those years (11).

Breast cancer is no longer a death sentence. Today it is a chronic disease but it is no longer fatal. It is important, therefore, to learn about the life of these women following treatment (12-15). In the last ten years, the psychosocial impact of cancer has become a central issue with respect to treatment of the disease and research into it. More and more studies have focussed on specific aspects regarding quality of life that had previously been ignored, such as body image and sexuality (16). However, there is little data on the period between the end of primary treatment and survival (17). Various studies have suggested that problems with sexual function are common (12,13,17) and that there is also a reduction in quality of life, body image, mood and family relationships (13).

The objective of the present study was to evaluate certain aspects of quality of life, including sexuality, in women following the appearance of breast cancer, and to assess the association between quality of life and sociodemographic characteristics. Women submitted to conservative (quadrantectomy) and radical surgery (mastectomy with or

without immediate reconstruction) were evaluated to try to identify possible differences in the quality of life between these groups of women.

Materials and Methods

Sample Size

Quality of life was evaluated using a multivariate technique of factorial analysis. According to Hair et al, five replications (in this case, women) are necessary for each variable to be considered in the study, and the smallest sample size should be 100 replications. For the purposes of validation, the World Health Organization's abbreviated Quality of Life questionnaire (WHOQLQ) was grouped into four domains. There are 18 specific questions for women who have had breast cancer, each question that assesses quality of life being considered a variable (18). The four domains (four variables) are added to these 18 questions, making a total of 22 variables; therefore, according to the above criteria, the necessary sample size was 110 patients.

Six questions referring to sexuality comprised two groups of three questions each, and were referred to as intrinsic factor and extrinsic factor (attractiveness). The questions referring to the intrinsic factor were: the woman's perception of an improvement or deterioration in her sexual life following surgery, the woman's desire to have sex following surgery, and the woman's impression of herself as a sexually attractive person following surgery. The questions referring to the extrinsic factor were: the woman's impression of her appearance following surgery, whether or not she feels uncomfortable

about wearing revealing clothing or going to the beach/swimming pool, and, lastly, her perception regarding her partner's desire for her following surgery.

Subjects

A cross-sectional, observational, analytical study was carried out. Participants for this study were selected from among women receiving care at the breast oncology outpatient department of CAISM-UNICAMP. A total of 112 women were invited to participate in the study, two of whom refused, resulting in a participation rate of 98.2%. The two patients who refused to participate claimed that they did not have time for the interview. Inclusion criteria comprised: survivors of breast cancer (histopathological diagnosis of breast carcinoma), who had completed treatment at least one year prior to admission. Exclusion criteria comprised: personal history of cancer other than breast cancer, currently undergoing chemotherapy or radiotherapy for breast cancer or presenting recurrence of the disease. All women gave their signed informed consent prior to admission. This study was approved by the IRB of the School of Medical Sciences of the State University of Campinas (UNICAMP).

Evaluation of quality of life and sexuality

A World Health Organization (WHO) questionnaire on quality of life (WHOQOL-bref), an abbreviated, Portuguese-validated version of the WHOQOL-100, was used in this study. This questionnaire comprises 26 questions divided into four domains: physical, psychological, social relationships and environment, with “*satisfactory characteristics of*

internal consistency, discriminating validity, validity of criteria, concurrent validity and test-retest fidelity...which identifies it as a useful alternative to be used in studies that propose to evaluate the quality of life in Brazil” (19). Questionnaires were also applied to collect data on socioeconomic status, using criteria established by the Brazilian Association of Advertisers (ABA) and the Brazilian Association of Market Research Institutes (ABIPEME), according to Almeida and Wikerhauser’s point system (20). Questions were elaborated with respect to sexuality based on other studies with similar content, containing aspects relative to the woman’s perception of her own sexuality and how the woman believes that other people see her as a sexual being (attractiveness). The questionnaires were administered by the principal investigator during an interview.

Statistical Analysis

Absolute and relative frequencies were calculated for the variables studied. Cronbach’s alpha coefficient was used to evaluate the internal consistency and validity of the questionnaires. Factorial analysis was used to determine the domains that evaluated women’s sexuality using the questionnaires that were applied, and the internal validity of the questions in each resulting domain was assessed using Cronbach’s alpha coefficient. Maximum rotation of variance (VARMAX) and the eigenvalue criteria were used for the factorial analysis. The value of alpha for the questions on sexuality was 0.72.

Sociodemographic variables were evaluated in the domains of the WHO questionnaire and in the sexuality domains (resulting from the factorial analysis) using the Kruskal-Wallis test followed by the Mann-Whitney test. Spearman’s correlation index was used

to evaluate the strength of the relationship between variables. Significance level was established at 5%. All analyses were carried out using the SAS software program, version 8.2.

Results

The mean age of the women who were interviewed was 56.4 years and the time since diagnosis varied from 1.1 to 25.8 years, mean 7.7 ± 4.83 years. Among the participants, 83.6% were white and 68.2% had a stable partner, while 30% of all the women in the study were not having sexual intercourse. Regarding the type of surgery, 43.6% of patients had been submitted to radical mastectomy (RM), 41.8% had undergone quadrantectomy plus axillary lymphadenectomy and 14.6% had had radical mastectomy followed immediately by reconstruction. Regarding education level, the majority of participants (60.4%) had completed primary education. In 52.7% of cases, the head of the family was not the woman in question, and more than 80% of the participants belonged to social classes C, D and E.

With respect to the quality of life scores, evaluated according to the WHO domains, there was no statistically significant difference in the physical, environment, psychological or social relationship domains when analyzed according to age group, education level, type of surgery and time since surgery. Women in stable relationships had better scores than those who were not in relationships, both in the psychological domain ($p=0.04$) and in the social relationships domain ($p=0.02$). With respect to socioeconomic level,

women in classes A/B, as well as those in class C, had better scores than those in classes D/E in the physical ($p=0.01$) and environment ($p=0.002$) domains (Table 1).

With respect to the domains related to sexuality, there was a statistically significant difference in the extrinsic factor domain, in which women 30-39 years of age had worse scores than those 40-49 years of age ($p=0.046$) and those of 60-69 years of age ($p=0.04$). Women 50-59 years of age also had poorer scores than women 60-69 years of age ($p=0.02$). There was no statistically significant difference in the intrinsic factor domain (Table not shown).

Women in stable relationships had better scores than those who were not in a relationship both in the intrinsic factor domain ($p=0.004$) and in the extrinsic factor domain ($p=0.03$). Education level also affected sexuality, and the women who had only primary school education had lower scores than those who had a university education ($p=0.01$) in questions related to the intrinsic factor. This difference was statistically significant only for these two groups since no statistically significant difference was found between illiterate women, women with high school education and those with a university degree (Table not shown).

With respect to how the women believe that others see them sexually (extrinsic factor), those submitted to quadrantectomy or mastectomy followed by immediate reconstruction had higher scores when compared to those who underwent mastectomy without reconstruction. The time since surgery did not affect the aspects of sexuality studied (Table not shown).

Only 17 (15.5%) of the women were in use of tamoxifen at the time of the interview, and these women had significantly lower scores in the environment domain ($p=0.02$) compared to non-users. Time of use was not significant for any of the quality of life or sexuality domains.

One of the questions grouped by the analysis as belonging to the extrinsic factor domain was also analyzed separately since it referred to a concept called Social Phobia (“I feel uncomfortable if I have to go to the beach or use revealing clothing”). We found that women submitted to RM without reconstruction felt more comfortable using revealing clothes than those women submitted to quadrantectomy plus axillary lymphadenectomy or to radical mastectomy followed immediately by reconstruction. Mean age of women who had undergone RM (58.7 years) was significantly greater than the mean age of women submitted to quadrantectomy plus axillary lymphadenectomy or to radical mastectomy followed immediately by reconstruction (54.6 years), ($p=0.03$).

Spearman’s correlation index for the questions on sexuality showed a positive and significant association between all variables except when the woman’s sexual desire was correlated with her degree of comfort at going to the beach or using revealing clothing (Table 2). The same correlation was observed for the psychological, social relationship and environment domains with respect to the intrinsic factor but was not statistically significant for the physical domain. When the domains of the WHO questionnaire were correlated with the extrinsic factor, statistical significance was found only for the psychological domain (Table 3).

Discussion

The objectives of this study were to evaluate the quality of life and sexuality of women treated for breast cancer, to assess the differences in scores according to sociodemographic characteristics, type of surgical treatment carried out and the time since surgery. The correlation between questions related to sexuality and between the quality of life domains was also evaluated.

In the quality of life evaluation, the highest scores were in the physical domain and the lowest in the psychological domain; however, all scores were above 55, thereby confirming the high quality of life of these women. These results are compatible with those of Conde et al (21), who compared the quality of life of women with and without breast cancer, treated in the same institution. According to these authors, the quality of life of these women may reflect the multidisciplinary care offered by that institution, both with respect to physical and psychological aspects.

Good quality of life has also been observed in North American women with a history of breast cancer (22). Arnadt et al (23) evaluated the quality of life of German women with breast cancer and reported good scores, similar to those of the general population. The importance of support for women with breast cancer can be clearly seen in this study since women with a partner showed significantly higher scores in the psychological and social relationship domains. Moreover, our data show that women from higher social classes have better scores in the physical and environment domains. Both the presence of a partner and better social status may indicate that these women have better chances

of obtaining social and psychological support and that they have better living conditions. There was no statistically significant difference between women submitted to quadrantectomy plus axillary lymphadenectomy or mastectomy with immediate reconstruction and those who had undergone mastectomy without reconstruction except for the extrinsic domain factor. Women who were submitted to mastectomy without reconstruction had lower scores; in fact all women submitted to mastectomy presented lower scores. These results are in agreement with data from other studies in which quadrantectomized women were shown to have a significantly better quality of life than mastectomized women with or without reconstruction (5,6,24). Other studies, however, showed a decline in sexual function in women submitted to mastectomy with immediate reconstruction compared to those who underwent quadrantectomy plus axillary lymphadenectomy or mastectomy without reconstruction. This may be explained in part by the tactile alteration that occurs with the prothesis or with the myocutaneous flaps, by the absence of a nipple or by the asymmetry commonly seen between the normal and the reconstructed breast (3).

In our study, younger women presented lower scores in relation to sexuality regarding the extrinsic factor or attractiveness (how they believe that others see them). This is in agreement with data published in the literature, the majority of studies showing that younger women have a poorer quality of life following diagnosis of breast cancer (25,26). They are at a greater risk of psychological stress and sexual dysfunction compared to older women (27). Older women are usually more resilient and accept the disease and its treatment better. Moreover, younger women, in addition to being less well prepared to deal with the issue, may also have to postpone or even abandon plans for motherhood in consequence of the treatment, which may lead to early menopause (27). This may

explain the fact that in our study women submitted to quadrantectomy plus axillary lymphadenectomy or mastectomy with immediate reconstruction were found to be less comfortable using revealing clothing or going to the beach than women who had undergone mastectomy without reconstruction, who were significantly older compared to the former group.

Women with a steady partner presented better scores than women with no partner, both in the intrinsic factor domain (how she views her sexuality) and in the extrinsic factor domain. The support of partners seems to be of significant importance in a woman's sexuality. The diagnosis of breast cancer may strengthen some relationships while having negative effects on others, often because of the difficulty in discussing feelings or even in the woman's perception of her loss of femininity (16). In other studies, women with partners have also obtained better quality of life scores (13, 27). However, Conde et al (21) observed a negative association between married women and quality of life, in this case because the quality of the relationship directly influences quality of life. Perhaps the women in that study, as the authors themselves state, had unsatisfactory relationships.

Another aspect that may influence quality of life is the fact that women without partners and without a breast or with a postsurgical breast deformity, may feel inferior compared to those women with unoperated breasts, and therefore less capable of establishing new relationships. Women with no partners seem to be more vulnerable to problems of adjustment, particularly with respect to relationships (28).

Women with higher education levels had better self-perception of their sexuality. In a study carried out in North American women, women with higher education levels also had better rates of quality of life (27). This may be related to the fact that these women have more internal resources for dealing with the disease, greater support and understanding from their family and a more realistic idea of the extent of their disease. The findings of this study contradict those of Greendale (29), who surprisingly found poorer sexuality in the domains of interest and satisfaction in women with greater education levels. One hypothesis for these results was the greater level of occupational stress seen in women with higher education levels compared to housewives or manual workers.

Table 3 shows the correlations between the questions that refer to sexuality. The six questions that refer to sexuality were grouped into two factors: extrinsic or attractiveness (appearance, going to the beach, using revealing clothing, and partner's desire) and intrinsic or intimacy (the woman's desire, if she feels attractive, her sex life). All the questions were significantly related except for the correlation between the woman's desire and going to the beach. These questions are delicate, no doubt interfere in the women's quality of life and deserve further investigation through qualitative studies. This attention may contribute towards a better perception of health, minimizing the impact of breast cancer treatment on quality of life. Previous studies have demonstrated the importance of psychosocial support for patients with breast cancer (30,31).

Table 4 evaluates the correlation between WHO domains with the intrinsic (intimacy) and extrinsic (attractiveness) factors. The factors are strongly related and the best correlation was seen between the psychological domain and the others, while the worst correlation

was between the extrinsic factor and the others. These results suggest that there is multifactoriality in quality of life, particularly with respect to sexuality, the woman's desire, feeling attractive and the quality of her sex life being more important than feeling comfortable using revealing clothing, the desire of the woman's partner or even her own appearance.

We therefore conclude that sexuality is an important issue in quality of life. Basson et al (32) suggest that, for the great majority of women, desire to reach intimacy is the motivating force in the woman's sexual response cycle. This cycle starts with the basic need for intimacy, which includes mutualism, respect and communication. If there is positive emotional involvement and physical interaction, intimacy is reached and the cycle is strengthened.

We consider that the results of this study represent a contribution to studies that evaluate quality of life in women treated for breast cancer, since they add the influence of sexuality to the domains evaluated with respect to quality of life in general. It is already known that sexuality is inherent to the human being. Perhaps health workers pay little attention to this need and neglect the holistic care of these women. The general instruments used to evaluate quality of life frequently give little emphasis to the sexual issue.

Possible limitations of this study include the type of study (cross-sectional), lack of a comparative group, and, principally, greater depth with respect to the sexual issues. Another limitation was that the religious factor was not taken into consideration.

Although this question was not asked, several of the women interviewed spontaneously stated that they had overcome the trauma of the disease thanks to their religious beliefs.

Our principal objective, however, was to show the importance of sexuality in the quality of life of these women. New studies are necessary in order to provide increasingly comprehensive healthcare to women treated for breast cancer.

References

1. American Cancer Society (ACS). Home Page, Statistics in 2005. Available at <http://www.cancer.org> , accessed on 01 May, 2005.
2. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Data base. Available at: <http://www.INCA.gov.br>, accessed on 01 May, 2005.
3. Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality body change stress. *J Cons Clin Psychol* 2000; 68(4): 697-709.
4. Jakhola T. Self-perceptions of women after early breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24:9-14.
5. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patients satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction.: *Eur J Cancer* 2000; 36:1938-43.
6. Amichetti M, Caffo O. Quality of life in patients with early stage breast carcinoma treated with conservation surgery and radiotherapy. An Italian monoinstitutional study. *Tumori* 2001; 87:78-84.
7. Anllo L.M. Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26:241-8.
8. Matthews BA, Baker F, Hann DM, Denniston M, Smith TG. Health status and life satisfaction among breast cancer survivor per support volunteers. *Psycho-oncology* 2002; 11:199-211.
9. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998; 16: 501-14.
10. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2(6): 451-9. et al., 1993.
11. Bech P. Quality of life measurements for patients taking which drugs? The clinical PCASEE perspective. *Pharmacoeconomics* 1995; 7(2):141-51.

12. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual Functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 75: 241-8.
13. Spagnola S, Zabora J, Brintzenhofesoc K, Hooker C, Cohen G, Baker F. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (Slds-Bc). *Breast J* 2003; 9(6):463-71.
14. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, Quittan M. Cancer rehabilitation. Particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* 2003; 35: 153-62.
15. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of Life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J* 2004; 10(3):223-31.
16. Stead ML. Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Curr Opin Gynecol* 2003; 15:57-61.
17. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE et al. Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2004; 96(5): 376-87
18. Hair JFJ, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. 5th edn. New Jersey 1988. cap 3.
19. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *J Public Health* 2000; 34(2):178-83.
20. Almeida P, Wikerhauser H, O critério ABA/ABIPEME- em busca de uma atualização. São Paulo 1991- 22-23.
21. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of Life in Brazilian breast cancer survivors aged 45 to 65: associated factors. *Breast J* (In press).
22. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of Life in long-term, disease- free survivors of breast cancer: a follw-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:39-49

23. Arndt V, Merx H, Stumer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer* 2004; 40: 673-680.
24. Wapnir IL, Cody RP, Greco RS. Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. *Annals Surg Oncol* 1999; 6(4):359-66.
25. Mor V, Malin M, Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16:191-7.
26. Northouse LL Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Canc Inst Monog* 1994; 16:183-90.
27. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 2003; 21(22): 4184-93.
28. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2001; 24(1):53-60.
29. Greendale GA, Petersen L, Zibecchi RN, Ganz P. Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause* 2001; 8:111-9.
30. Fukui S, Kugaya A, Okamura H et al. A Psychosocial group intervention for japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 2000; 89:1026-1036.
31. Okamura H, Fukui S, Nagasaka Y, Koike M, Uchomiti Y. Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: an exploratory analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2003; 80: 331-338.
32. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogati L, Ferguson D, Fourcroy J et al. A Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163(3):888-93.
33. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2001; 24(1):53-60.
34. Greendale GA, Petersen L, Zibecchi RN, Ganz P. Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause* 2001; 8:111-9.

Table 1 – Indicators of quality of life according to the WHO domains – mean \pm standard deviation (median)

	n	Physical	Environment	Psychological	Social Relationships
Age (years)					
30 – 39	6	86.3 \pm 13.4 (91.1)	61.5 \pm 7.3(60.9)	54.9 \pm 10.3(60.4)	70.8 \pm 15.6(70.8)
40 – 49	20	78.6 \pm 13.2(78.6)	53.4 \pm 11.2(54.7)	58.3 \pm 12.7(62.5)	71.3 \pm 19.2(75.0)
50 – 59	44	78.6 \pm 15.6(82.1)	57.6 \pm 9.0(56.3)	60.1 \pm 11.0(60.4)	66.9 \pm 14.4(66.7)
60 – 69	31	74.8 \pm 14.1(75.0)	56.6 \pm 9.7(56.3)	59.4 \pm 10.6(62.5)	70.2 \pm 14.1(75.0)
≥ 70	9	71.4 \pm 9.9(67.9)	55.2 \pm 10.9(59.4)	64.3 \pm 6.9(66.7)	73.1 \pm 6.9(75.0)
P value		0.1046	0.5319	0.6956	0.4716
Marital status *					
Married/stable	75	77.7 \pm 14.1(82.1)	56.4 \pm 9.5(56.3)	61.4 \pm 9.4(62.5)	71.9 \pm 12.0(75.0)
No partner	35	76.5 \pm 15.2(78.6)	56.8 \pm 10.3(56.3)	55.7 \pm 12.9(58.3)	63.8 \pm 18.6(66.7)
P value		0.6832	0.8166	0.0438	0.0182
Education level					
Illiterate	8	68.3 \pm 14.0(69.6)	54.7 \pm 10.8(54.7)	59.9 \pm 5.9(60.4)	72.9 \pm 8.6(75.0)
Primary School	75	77.6 \pm 14.9(82.1)	56.0 \pm 10.4(56.3)	59.6 \pm 11.3(58.3)	68.0 \pm 15.4(66.7)
High School	14	81.4 \pm 8.7(82.1)	57.4 \pm 5.5(56.3)	59.5 \pm 9.4(62.5)	70.8 \pm 10.2(75.0)
University	9	79.0 \pm 18.3(89.3)	61.1 \pm 9.9(62.5)	61.1 \pm 14.1(66.7)	74.1 \pm 18.4(75.0)
P value		0.1914	0.4058	0.8651	0.4237
Socioeconomic level					
A/B	14	81.6 \pm 12.4(85.7)	61.0 \pm 9.4(60.9)	61.3 \pm 13.9(64.9)	75.0 \pm 11.8(75.0)
C	51	80.0 \pm 14.5(82.1)	59.0 \pm 8.1(59.4)	60.7 \pm 10.6(62.5)	71.4 \pm 13.8(75.0)
D/E	45	72.9 \pm 14.0(75.0)	52.4 \pm 10.1(53.1)	57.9 \pm 10.2(58.3)	65.2 \pm 16.0(66.7)
P value		0.0135[#]	0.0021[#]	0.1101	0.1269
Type of surgery *					
Mastectomy	48	75.7 \pm 14.0(78.6)	56.0 \pm 10.1(56.3)	58.9 \pm 10.7(58.3)	67.0 \pm 15.8(66.7)
MRRI/QUAX	62	78.6 \pm 14.6(82.1)	57.0 \pm 9.4(56.3)	60.1 \pm 11.1(62.5)	71.1 \pm 13.9(75.0)
P value		0.1908	0.6875	0.3319	0.0972
Time since surgery (years)					
≤ 5	36	80.1 \pm 12.7 (82.1)	56.3 \pm 9.0 (56.3)	59.9 \pm 11.4 (60.4)	69.4 \pm 14.2 (75.0)
6 -10	44	75.1 \pm 14.7 (78.6)	57.3 \pm 9.2 (56.3)	57.6 \pm 11.1 (58.3)	69.5 \pm 15.7 (66.7)
> 10	30	77.4 \pm 15.6 (82.1)	55.8 \pm 11.3 (56.3)	62.3 \pm 9.5 (62.5)	68.9 \pm 14.8 (75.0)
P value		0.2799	0.8911	0.1637	0.9609
Kruskal Wallis Test MRRI – Radical mastectomy with immediate reconstruction					
* Wilcoxon Test QUAX – Quadrantectomy with axillary lymphoidectomy					
[#] A/B \neq D/E C \neq D/E					

Table 2- Spearman's correlation coefficients according to questions related to sexuality (p)

Questions	Questions					
	Appearance	Going to beach/ using revealing clothing	Partner's desire	Woman's desire	Feels attractive	Sex life
Appearance	1.0000	0.36639 (p < 0.0001)	0.20399 (p = 0.0326)	0.23173 (p = 0.0149)	0.35991 (p = 0.0001)	0.24438 (p = 0.0101)
Going to the beach/ using revealing clothing		1.0000	0.27017 (p = 0.0043)	0.16366 (p = 0.0876)	0.31356 (p = 0.0009)	0.20844 (p = 0.0289)
Partner's desire			1.0000	0.24021 (p = 0.0115)	0.31134 (p = 0.0009)	0.42867 (p < 0.0001)
Woman's desire				1.0000	0.52614 (p < 0.0001)	0.44116 (p < 0.0001)
Feels attractive					1.0000	0.36171 (p = 0.0001)
Sex life						1.0000

Table 3 – Spearman’s Correlation Coefficients according to domains of quality of life and sexuality (p)

Domains	Domains					
	Physical	Psychological	Social relationships	Environment	Intrinsic Factor	Extrinsic factor (attractiveness)
Physical	1.0000	0.40415 (p < 0.0001)	0.43986 (p < 0.0001)	0.27299 (p = 0.0039)	0.17649 (p = 0.0664)	- 0.0409 (p = 0.6728)
Psychological		1.0000	0.49227 (p < 0.0001)	0.31278 (p = 0.0009)	0.42416 (p < 0.0001)	0.24478 (p = 0.0103)
Social relationships			1.0000	0.31576 (p = 0.0008)	0.31136 (p = 0.001)	0.10995 (p = 0.2551)
Environment				1.0000	0.2255 (p = 0.0184)	0.03421 (p = 0.724)
Intrinsic factor					1.0000	0.08787 (p = 0.3636)
Extrinsic factor (attractiveness)						1.0000

4. Conclusões

- Mulheres submetidas a tratamento cirúrgico com conservação da mama (QUAX ou MRRI) apresentaram melhores índices de atratividade e fator extrínseco: como a mulher acredita que os outros a vêem sexualmente.
- Mulheres com relacionamento marital estável apresentaram melhores índices de qualidade de vida nos domínios Psicológico e Relações Sociais, e nos dois fatores estudados de sexualidade - atratividade e fator intrínseco: como elas se vêem sexualmente. Melhor nível socioeconômico associou-se a melhores índices de qualidade de vida nos domínios Meio Ambiente. Mulheres com maior escolaridade apresentaram melhores índices de qualidade de vida em relação a como elas se vêem sexualmente - fator intrínseco. Mulheres mais jovens apresentaram piores índices em relação à atratividade e fator extrínseco.
- Não houve diferença na qualidade de vida, segundo os domínios da OMS, em relação ao tipo de cirurgia realizada e tempo decorrido entre a cirurgia e a entrevista.

5. Referências Bibliográficas

ACS. American Cancer Society. Home Page, Statistics in 2005. Disponível em [http:// www.cancer.org](http://www.cancer.org), acesso em 1 de maio de 2005.

Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparision of psychological aspects and patients satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. ***Eur J Cancer*** 2000; 36:1938-43.

Amichetti M, Caffo O. Quality of life in pacients with early stage breast carcinoma treated with conservation surgery and radiotherapy. An Italian monoinstitutional study. ***Tumori*** 2001; 87:78-84.

Anllo L. M. Sexual life after breast cancer. ***J Sex Marital Ther*** 2000; 26:241-8.

Carpenter JS, Andrykowski MA, Cordova M, Cunningham L, Studts J, McGrath P et al. Hot Flashes I postmenopausal women treated for breast carcinoma: prevalence, severity, correlates, management, and relation to quality of life. ***Cancer*** 1998; 82:1682-91.

Contant CME, Wersch MEA, Wiggers T, Wai RTJ, Geel A. N. Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. ***Patient Educating and Counseling*** 2000; 40:201-8.

Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patients perspective. **Ann Intern Med** 1992; 116:414-8.

Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of Life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. **Breast J** 2004; 10:223-31.

Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, Quittan M. Cancer rehabilitation. Particularly with aspects on physical impairments. **J Rehabil Med** 2003; 35:153-62.

Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. **J Clin Oncol** 1998; 16:501-14.

Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE et al. Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. **J Nat Cancer Inst** 2004; 96:376-87.

Greendale GA, Hogan P, Shumaker S. Sexual functioning in postmenopausal women: the Postmenopausal Estrogen/ Progestin Intervention (PEPI) trial. **J Women Health** 1996; 5:445-58.

Greendale GA, Petersen L, Zibecchi RN, Ganz P. Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. **Menopause** 2001; 8:111-9.

Gui GPH, Hogben RKF, Walsh G, Hern RA, Eeles R. The incidence of breast cancer from screening women according to predicted family history risk: does annual clinical examination add to mammography? **Eur J Cancer** 2001; 37:1668-73.

Hoskins KF. Assesment and Counseling for women with a history of breast câncer. A guide for clinicians. **JAMA** 1999; 273:577-85.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados. Disponível em <http://www.IBGE.gov.br>, acesso em 1 de maio de 2005.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Banco de dados. Disponível em <http://www.INCA.gov.br>, acesso em 1 de maio de 2005.

Jakhola T. Self-perceptions of women after early breast cancer surgery. **Eur J Surg Oncol** 1998; 24:9-14.

Matthews BA, Baker F, Hann DM, Denniston M, Smith TG. Health status and life satisfaction among breast cancer survivor per support volunteers. **Psycho-oncology** 2002; 11:199-211.

Meyerowitz BE, Desmond KA, Wyatt GE, Ganz PA. Sexuality following breast cancer. **J Sex & Marital Ther** 1999; 25:237-50.

Nagel GC, Schmidt S, Strauss BM, Katenkamp D. Quality of life in breast cancer patients: a cluster analytic approach. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 68:75-87.

Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz TR, Belin GE, Wyatt PA. Role of reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Nat Cancer Inst* 2000; 92(17):1422-9.

Souza A, Abrão CM. Aspectos psicológicos da paciente com câncer. In: Abrão FS. **Tratado de oncologia genital e mamária**. São Paulo: Roca, 1995. p.89-94.

Spagnola S, Zabora J, Brintzenhofeszc K, Hooker C, Cohen G, Baker F. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (Slds-Bc). **Breast J** 2003; 9:463-71.

Stead ML. Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. **Curr Opin Gynecol** 2003; 15:57-61.

Veronesi U, Banfi A, Del Vecchio M, Sacozi R, Clemente C, Greco M et al. Comparision of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in early breast cancer: long-term results. **Eur J Cancer Clin Oncol** 1986; 22:1085-9.

Wapnir IL, Cody RP, Greco RS. Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. **Ann Surg Oncol** 1999; 6:359-66.

Wagner FB. História das Doenças da Mama e do seu Tratamento. In: Bland KIE e Copeland EM. **A Mama**. São Paulo: Manole, 1994, p. 1-18.

WHOQOL. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de vida , Home page, Departamento de psiquiatria in 2003. Disponível em: [http:// www.ufrgs.br/psiq](http://www.ufrgs.br/psiq). Acesso em 20 de dezembro de 2003.

WBG. World Bank Group. Home page, Data & Statistics in 2003. Disponível em: [http:// www.worldbank.org/data/](http://www.worldbank.org/data/) Acesso em 27 de Janeiro de 2004.

Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality body change stress. **J Cons Clin Psychol** 2000; 68:697-709.

6. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Ficha para coleta de dados

Pesquisadora responsável: Priscila Ribeiro Huguet

Projeto de dissertação de mestrado

Identificação:

Número no estudo: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

HC: _____

----- destaque aqui -----

SEÇÃO 1

1- Aspectos socioeconômicos

1.1 Idade __ anos

1.2 Número no estudo: _____

1.3 Qual a sua cor? _____

1.4 Qual é a sua altura? _____

1.5 Quanto a senhora está pesando? _____ Kg

1.6 Em relação a um companheiro, a senhora se diria...

1. () solteira
2. () união estável
3. () casada
4. () viúva
5. () separada
6. () divorciada

1.7 Qual o último ano que a senhora estudou na escola?

_____ ano do _____

Questionário ABA/ABIPEME para avaliação do nível socioeconômico

1.8 Quem é o chefe da família na sua casa?

1. () eu mesma
2. () outra pessoa

1.9 Qual o último ano de escola que o chefe de família cursou?

1. não estudou/ fundamental I incompleto 0 ponto
2. fundamental I completo/ fundamental II incompleto..... 5 pontos
3. fundamental II completo/ ensino médio incompleto..... 10 pontos
4. ensino médio completo/ superior incompleto..... 15 pontos
5. superior completo..... 21 pontos

1.10 Na sua casa tem:

- | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|-------------------|
| a) aparelho de videocassete ou DVD? | 1. () não | 2. () sim | (10 pontos) _____ |
| b) máquina de lavar roupa? | 1. () não | 2. () sim | (8 pontos) _____ |
| c) geladeira? | 1. () não | 2. () sim | (7 pontos) _____ |
| d) aspirador de pó? | 1. () não | 2. () sim | (6 pontos) _____ |

1.11 Quantos _____ (ler cada item abaixo) existem na sua casa?

Item	Nenhum	1	2	3	4	5	6 ou +	pontos
a) carro	0	4	9	13	18	22	26	_____
b) TV em cores	0	4	7	11	14	18	22	_____
c) banheiros	0	2	5	7	10	12	15	_____
d) empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32	_____
e) rádios	0	2	3	5	6	8	9	_____

Total de pontos= _____

PONTUAÇÃO: some o total de pontos.

Assinale a alternativa correta:

1. () Classe A: = 89 pontos ou mais
2. () Classe B:= 59-89 pontos
3. () Classe C:= 35-58 pontos
4. () Classe D:= 20-34 pontos
5. () Classe E = 0-19 pontos

SEÇÃO 2

2- Aspectos relacionados à cirurgia

2.1 Em que data a senhora teve o diagnóstico do câncer de mama?

2.2 A que tipo de cirurgia a senhora foi submetida?

1. () quadrantectomia
2. () mastectomia sem reconstrução
3. () mastectomia com reconstrução imediata

2.3 A senhora está em uso de tamoxifeno?

1. () sim
2. () não → passe à 2.5

2.4 Há quanto tempo a senhora usa o tamoxifeno?

_____meses

2.5 A senhora se sente que o cuidado com o corpo se alterou, se comparados com antes da cirurgia?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não

2.6 Houve alteração na vida social (festas, reuniões, almoços)? Como?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não

2.7 Houve alteração do sono? Como?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não

2.8 A relação com a família teve alterações? Como?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não

2.9 Houve alteração do seu humor? Como?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não

2.10 A senhora acha que há diferença na capacidade de trabalho? Como?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não

2.11 A senhora acha que o tempo alterou em algo sua maneira de encarar o que aconteceu? Como?

1. () sim, aceito melhor
2. () sim, aceito menos
3. () não

2.12 Em relação à sua aparência, sente-se diferente de antes da cirurgia?

1. () sim, sinto-me melhor
2. () sim, sinto-me pior
3. () não

2.13 Sua vida sexual alterou-se depois da cirurgia? Como?

1. () sim, melhorou
2. () sim, piorou
3. () não
4. () eu não estava tendo relações sexuais

2.14 Por quê?

Vou falar agora algumas frases e a senhora me diz se concorda com elas ou discorda, certo?

2.15 Sinto-me desconfortável se tenho que ir à praia, à piscina ou para usar roupas com decotes

1. () concordo
2. () discordo
3. () não sei dizer

2.16 Acho que meu parceiro não me deseja como antes da cirurgia.

- 1. () concordo
- 2. () discordo
- 3. () não sei dizer

2.17 Eu não tenho a mesma vontade (desejo) de fazer sexo que tinha antes da cirurgia.

- 1. () concordo
- 2. () discordo
- 3. () não sei dizer

2.18 Não me sinto sexualmente atraente como antes da cirurgia

- 1. () concordo
- 2. () discordo
- 3. () não sei dizer

SEÇÃO 3 (WHOQOL-bref, 2003)

3- Aspectos da qualidade de vida

3.1. Como a senhora avaliaria sua qualidade de vida?

- 1. () muito ruim
- 2. () ruim
- 3. () nem ruim nem boa
- 4. () boa
- 5. () muito boa

3.2. Quão satisfeita a senhora está com a sua saúde?

- 1. () muito insatisfeita
- 2. () insatisfeita
- 3. () nem satisfeita nem insatisfeita
- 4. () satisfeita
- 5. () muito satisfeita

As questões seguintes são sobre **o quanto** a senhora tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3.3. Em sua medida a senhora acha que a dor (física) a impede de fazer o que precisa?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

3.4. O quanto a senhora precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

3.5. O quanto a senhora aproveita a vida?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

3.6. Em que medida a senhora acha que sua vida tem sentido?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

3.7. O quanto a senhora consegue se concentrar?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

3.8. Quão insegura a senhora se sente em sua vida diária?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

3.9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () mais ou menos
- 4. () bastante
- 5. () extremamente

As questões seguintes perguntam **quão completamente** a senhora tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

3.10. A senhora tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () médio
- 4. () muito
- 5. () completamente

3.11. A senhora é capaz de aceitar sua aparência física?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () médio
- 4. () muito
- 5. () completamente

3.12. A senhora tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () médio
- 4. () muito
- 5. () completamente

3.13. Quão disponíveis para a senhora estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () médio
- 4. () muito
- 5. () completamente

3.14. Em que medida a senhora tem oportunidade de atividade de lazer?

- 1. () nada
- 2. () muito pouco
- 3. () médio
- 4. () muito
- 5. () completamente

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeita** a senhora se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

3.15. Quão bem é capaz de se locomover?

- 1. () muito ruim
- 2. () ruim
- 3. () nem ruim nem bem
- 4. () bem
- 5. () muito bem

3.16. Quão satisfeita a senhora está com seu sono?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.17. Quão satisfeita a senhora está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.18. Quão satisfeita a senhora está com sua capacidade para o trabalho?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.19. Quão satisfeita a senhora está consigo mesma?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.20. Quão satisfeita a senhora está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.21. Quão satisfeita está com sua vida sexual?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.22. Quão satisfeita está com o apoio que recebe dos seus amigos?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.23. Quão satisfeita está com as condições do local onde mora?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.24. Quão satisfeita está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.25. Quão satisfeita está com seu meio de transporte?

1. () muito insatisfeita
2. () insatisfeita
3. () nem satisfeita nem insatisfeita
4. () satisfeita
5. () muito satisfeita

3.26. Com que frequência a senhora tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. () nunca
2. () algumas vezes
3. () freqüentemente
4. () muito freqüentemente
5. () sempre

7.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação da qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de mama

Pesquisadora responsável: Priscila Ribeiro Huguet

Nome: _____ Idade: _____

RG: _____

Endereço: _____

Nº Prontuário: _____

Fui convidada a fazer parte de uma pesquisa sobre mulheres que tenham tido câncer de mama. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama e sua percepção em relação à qualidade de vida antes e depois da cirurgia. Os resultados deste estudo levarão à compreensão das necessidades das mulheres nesta fase da vida e a um melhor atendimento destas.

Caso aceite participar devo responder a algumas perguntas sobre aspectos da minha vida depois da cirurgia e sobre como eu era antes da cirurgia.

Fui informada também de que meu nome permanecerá em sigilo (segredo), e que o que eu vier a falar será usado pela pesquisadora em seu estudo. Também me foi dito que se eu tiver quaisquer dúvidas após o questionário posso tirá-las com a pesquisadora responsável através de seu telefone (81147587) e que se eu quiser reclamar de algo poderei contatar o Comitê de Ética através do número 37888936. Esclareceram-me também que, caso eu venha a desistir de participar da pesquisa, isto não vai prejudicar meu atendimento no CAISM e que posso deixar de responder ao questionário a qualquer momento se este for o meu desejo.

Campinas, ____ de _____ de _____

nome por extenso da mulher

assinatura

nome da pesquisadora

assinatura

7.3. Anexo 3 – Carta informativa para as mulheres com antecedente de câncer de mama

Avaliação da qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de mama

Pesquisadora responsável: Priscila Ribeiro Huguet

Nome: _____ Idade: _____

RG: _____

Endereço: _____

Nº Prontuário: _____

Prezada senhora,

A senhora teve diagnosticado um câncer de mama e por isso está em acompanhamento no Ambulatório de Patologia Mamária do CAISM-Unicamp. Pouco se sabe sobre a qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama na nossa instituição (o CAISM). Este estudo visa a compreender melhor como as mulheres que tiveram câncer de mama vivem após o tratamento. Caso a senhora não deseje participar deste estudo, isto em nada prejudicará seu atendimento aqui no CAISM. Obrigada!

Dra. Priscila Huguet

7.4. Anexo 4 – Aviso de recebimento do The Breast Journal

Ribeiro-Huguet P, Costa-Gurgel MS, Pinto Neto AM, Osis MJD, Moraes SS.
Quality of life and Sexuality of Women Treated for Breast Cancer

X-Apparently-To: prihuguet@yahoo.com.br via 206.190.38.50; Wed, 03 Aug 2005 08:18:45 -0700
X-Originating-IP: [206.112.78.33]
Return-Path: <karen.earick@jax.ufl.edu>
Authentication-Results: mta169.mail.mud.yahoo.com
from=jax.ufl.edu; domainkeys=neutral (no sig)
Received: from 206.112.78.33 (EHLO uranus.scholarone.com)
(206.112.78.33)
by mta169.mail.mud.yahoo.com with SMTP; Wed, 03 Aug 2005 08:18:45 -0700
Received: from prometheus.blue.knownspace (prometheus.blue.knownspace [10.10.30.7])
by uranus.scholarone.com (8.12.3/8.12.3/SuSE Linux 0.6) with
ESMTP id j73FIhf7019015;
Wed, 3 Aug 2005 11:18:43 -0400
Received: by prometheus.blue.knownspace (Postfix, from userid 30)
id AAF2B2CDA1; Wed, 3 Aug 2005 11:18:43 -0400 (EDT)
To: prihuguet@yahoo.com.br
Subject: Manuscript submitted - TBJ-00174-2005
From: karen.earick@jax.ufl.edu
Cc:
Date: Wed, 3 Aug 2005 11:18:43 -0400 (EDT)
Content-Length: 624
Content-Type:

Re: Quality of Life and Sexuality of Women Treated for Breast Cancer

Dear Dr. Huguet:

This is to acknowledge receipt of the above manuscript to be considered for publication in The Breast Journal.

Please submit a Copyright Transfer Agreement for the enclosed manuscript. You can access the Copyright agreement by clicking on the link below.

Copyright Agreement
http://tbj.manuscriptcentral.com/author_instructions/tbj_caf.pdf

Thank you for your contribution and please feel free to contact me at (904) 244-3430 if you have any questions.

Sincerely,

Karen Earick
Manager Editor
The Breast Journal

7.5. Anexo 5 – Tabelas

Tabela 4

	n	Fator intrínseco	Fator extrínseco (atratividade)
Idade (anos)			
30 – 39	6	53,1 ± 29,8 (46,5)	32,0 ± 20,4(30,7)
40 – 49	20	54,9 ± 22,8(53,1)	53,4 ± 18,5(50,9)
50 – 59	44	49,7 ± 18,5(54,0)	44,5 ± 19,4(40,0)
60 – 69	31	52,1 ± 19,5(57,2)	55,0 ± 21,7(58,9)
≥ 70	9	63,7 ± 19,7(63,4)	52,3 ± 18,0(56,7)
Valor – p		0,4691	0,0358**
Estado marital*			
Casada/estável	75	55,7 ± 20,5(61,0)	52,0 ± 20,6(53,2)
S/companheiro	35	45,5 ± 17,0(49,9)	42,4 ± 18,9(38,8)
Valor - p		0,0036	0,0280
Escolaridade			
Analfabeta	8	61,4 ± 14,0(61,4)	39,0 ± 26,1(32,0)
Fundamental	75	48,8 ± 19,4(53,0)	51,1 ± 20,5(53,4)
Médio	14	58,6 ± 23,4(57,4)	44,5 ± 18,7(49,4)
Superior	9	67,5 ± 16,2(70,8)	52,1 ± 13,7(51,6)
Valor - p		0,0111[#]	0,3890
Nível socioeconômico			
A/B	14	62,5 ± 17,0(68,3)	54,0 ± 18,6(52,4)
C	51	51,3 ± 21,2(51,5)	48,3 ± 19,5(51,3)
D/E	45	50,9 ± 18,9(55,0)	48,2 ± 22,3(49,2)
Valor - p		0,0673	0,6856
Tipo de cirurgia			
Mastectomia	48	49,9 ± 16,2(52,9)	43,7 ± 20,3(38,8)
MRRI/QUAX	62	54,6 ± 22,4(59,3)	53,0 ± 19,9(53,1)
Valor – p		0,1290	0,0272
Tempo desde a cirurgia (em anos)			
Até 5	36	51,4 ± 22,0 (55,0)	50,0 ± 19,9 (48,5)
6 a 10	44	52,2 ± 20,2 (57,7)	44,5 ± 21,7 (38,8)
Mais de 10	30	54,4 ± 17,5 (54,7)	54,3 ± 18,5 (55,3)
Valor – p		0,8709	0,1685
Teste de Kruskal Wallis	MRRI – Mastectomia radical com reconstrução imediata		** 30 – 39 ≠ 40 – 49
* Teste de Wilcoxon	QUAX – Quadrantectomia com linfadenectomia axilar		30 – 39 ≠ 60 – 69
[#] Ensino Fundamental ≠ Ensino Superior			50 – 59 ≠ 60 – 69

Tabela 5- Coeficientes de correlação de Spearman segundo as questões referentes à sexualidade (p)

Questões	Questões					
	Aparência	Ir a praia/ usar decote	Desejo do parceiro	Desejo da mulher	Sentir-se atraente	Vida sexual
Aparência	1,0000	0,36639 (p < 0,0001)	0,20399 (p = 0,0326)	0,23173 (p = 0,0149)	0,35991 (p = 0,0001)	0,24438 (p = 0,0101)
Ir a praia/ usar decote		1,0000	0,27017 (p = 0,0043)	0,16366 (p = 0,0876)	0,31356 (p = 0,0009)	0,20844 (p = 0,0289)
Desejo do parceiro			1,0000	0,24021 (p = 0,0115)	0,31134 (p = 0,0009)	0,42867 (p < 0,0001)
Desejo da mulher				1,0000	0,52614 (p < 0,0001)	0,44116 (p < 0,0001)
Sentir-se atraente					1,0000	0,36171 (p = 0,0001)
Vida sexual						1,0000

Tabela 6 - Coeficientes de correlação de Spearman segundo os domínios de qualidade de vida e sexualidade (p)

Domínios	Domínios					
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio ambiente	Fator intrínseco	Fator extrínseco (atratividade)
Físico	1,0000	0,40415 (p < 0,0001)	0,43986 (p < 0,0001)	0,27299 (p = 0,0039)	0,17649 (p = 0,0664)	- 0,0409 (p = 0,6728)
Psicológico		1,0000	0,49227 (p < 0,0001)	0,31278 (p = 0,0009)	0,42416 (p < 0,0001)	0,24478 (p = 0,0103)
Relações Sociais			1,0000	0,31576 (p = 0,0008)	0,31136 (p = 0,001)	0,10995 (p = 0,2551)
Meio ambiente				1,0000	0,2255 (p = 0,0184)	0,03421 (p = 0,724)
Fator intrínseco					1,0000	0,08787 (p = 0,3636)
Fator extrínseco (atratividade)						1,0000

Tabela 7 – Avaliação do Alpha de Cronbach para as questões relacionadas à sexualidade

Domínios	Correlação com total	Alpha
Aparência	0,402575	0,696895
Ir a praia/ usar decote	0,383355	0,702517
Desejo do parceiro	0,415995	0,692938
Desejo da mulher	0,493364	0,669599
Sentir-se atraente	0,588071	0,639786
Vida sexual	0,439656	0,685896

Tabela 8 – Distribuição dos casos segundo características sociodemográficas e tipo de cirurgia realizada

Características	n	%
Idade (anos)		
30 a 39	6	5,5
40 a 49	20	18,2
50 a 59	44	40,0
60 a 69	31	28,2
70 ou +	9	8,2
Estado marital		
Casada/união estável	75	68,2
Separada/divorciada	13	11,8
Viúva	14	12,7
Solteira	8	7,3
Escolaridade*		
Analfabeta	8	7,6
Ensino fundamental	75	70,8
Ensino médio	14	13,2
Ensino superior	9	8,5
Nível sócio-econômico		
A	1	0,9
B	13	11,8
C	51	46,4
D	37	33,6
E	8	7,3
Tipo de cirurgia		
Mastectomia	48	43,6
Mastectomia c/ reconstrução	16	14,6
Quadrantectomia	46	41,8

* 4 casos sem informação

Tabela 9

	Sento-me desconfortável se tenho que ir à praia ou usar roupas com decotes						Valor-p
	Concordo		Discordo		Não sei dizer		
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							0,50
Até 30 a 39	1	16,7	4	66,7	1	16,7	
40 a 49	9	45,0	9	45,0	2	10,0	
50 a 59	15	34,1	26	59,1	3	6,8	
60 a 69	14	45,2	12	38,7	5	16,1	
mais de 70	2	22,2	5	55,6	2	22,2	
Estado marital							0,65
Casada/Estável	29	38,7	36	48,0	10	13,3	
s/ companheiro	12	34,3	20	57,1	3	8,6	
Escolaridade							0,49
analfabeta	1	12,5	5	62,5	2	25,0	
Ensino Fundamental	29	38,7	37	49,3	9	12,0	
Ensino Medio	4	28,6	9	64,3	1	7,1	
Universitario	5	55,6	3	33,3	1	11,1	
Nível Sócio-econômico							0,27
A / B	8	57,1	5	35,7	1	7,1	
C	20	39,2	27	52,9	4	7,8	
D / E	13	28,9	24	53,3	8	17,8	
Tipo de Cirurgia							< 0,01
Mastectomia	9	18,8	31	64,6	8	16,7	
MRRI / QUAX	32	51,6	25	40,3	5	8,1	
Uso de TMX							0,52
não	34	36,6	49	52,7	10	10,8	
sim	7	41,2	7	41,2	3	17,6	
Tempo de TMX							0,81
até 2 anos	4	57,1	2	28,6	1	14,3	
mais de 2 anos	3	30,0	5	50,0	2	20,0	
Tempo desde a cirurgia (anos)							0,21
até 5	13	36,1	20	55,6	3	8,3	
> 5 a 10	12	27,3	25	56,8	7	15,9	
> 10	16	53,3	11	36,7	3	10,0	

Teste Exato de Fisher