Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Fatores associados à disfunção sexual em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para o câncer de mama

Factors associated with sexual dysfunction in women after surgical treatment for breast cancer

Factores asociados a disfunción sexual en mujeres tras tratamiento quirúrgico por cáncer de mama

Julyanne de Morais Coutinho Neves Pereira[1], Francisco Stélio de Sousa[2], Nalva Kelly Gomes de Lima[1], Laura Xavier de Moraes[1], Adriana Gomes Nogueira Ferreira[3], Rosilene Santos Baptista[2], Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho[4], Felicialle Pereira da Silva[1], Jéssyka Chaves da Silva[1], Daniela Maria dos Santos[1].

RESUMO

Objetivo: Investigar os fatores associados à disfunção sexual em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para o câncer de mama. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, realizado no Hospital do Câncer de Pernambuco, entre agosto e novembro de 2020, com 120 mulheres submetidas à cirurgia mamária. Utilizou-se o questionário Female Sexual Function Index (FSFI) e um instrumento sociodemográfico e clínico. A análise estatística foi conduzida no SPSS v.21.0, com nível de significância de p≤0,05. **Resultados:** A prevalência de disfunção sexual foi de 75%. Houve associação significativa com a idade (p<0,001) e relacionamento estável (p=0,002). Mulheres submetidas a cirurgia radical apresentaram maior prevalência de disfunção (p=0,044), e 83,3% das que não realizaram reconstrução mamária apresentaram disfunção. Escores de desejo e excitação foram maiores entre aquelas submetidas a cirurgias não radicais, embora sem significância estatística. **Conclusão:** A disfunção sexual foi prevalente na amostra, associando-se a fatores como idade, tipo de cirurgia e ausência de reconstrução mamária. O estudo reforça a necessidade de estratégias em Enfermagem para o cuidado integral, incluindo a saúde sexual feminina, com potencial impacto na assistência e na formação profissional.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Mastectomia, Saúde sexual, Enfermagem, Disfunções sexuais fisiológicas.

ABSTRACT

Objective: To investigate factors associated with sexual dysfunction in women undergoing surgical treatment for breast cancer. **Method:** Observational, cross-sectional study conducted at the Pernambuco Cancer Hospital between August and November 2020, with 120 women undergoing breast surgery. The Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire and a sociodemographic and clinical instrument were used. Statistical analysis was performed using SPSS v.21.0, with a significance level of p≤0.05. **Results:** The prevalence of sexual dysfunction was 75%. Significant associations were found with age (p<0.001) and stable relationship status (p=0.002). Women undergoing radical surgery had a higher prevalence of dysfunction (p=0.044), and 83.3% of those who did not undergo breast reconstruction had dysfunction. Desire and arousal scores were higher among women who underwent non-radical surgeries, although not statistically significant. **Conclusion:** Sexual dysfunction was prevalent in the sample and was associated with factors such as age, type of surgery, and absence of breast reconstruction. The study highlights the need for nursing strategies focused on comprehensive care, including female sexual health, with potential impact on healthcare and professional training.

Keywords: Breast neoplasms, Mastectomy, Sexual health, Nursing, Physiological sexual dysfunctions.

[1] Universidade de Pernambuco (UPE), Recife – PE.
[2] Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande – PB.
[3] Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís – MA.
[4] Secretaria Municipal de Saúde do Recife, Recife – PE.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

RESUMEN

Objetivo: Investigar los factores asociados con la disfunción sexual en mujeres sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama. **Método:** Estudio observacional, transversal, realizado en el Hospital del Cáncer de Pernambuco, entre agosto y noviembre de 2020, con 120 mujeres sometidas a cirugía mamaria. Se utilizaron el cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI) y un instrumento sociodemográfico y clínico. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.21.0, con un nivel de significancia de p≤0,05. **Resultados:** La prevalencia de disfunción sexual fue del 75%. Se encontró asociación significativa con la edad (p<0,001) y el estado de relación estable (p=0,002). Las mujeres sometidas a cirugía radical presentaron mayor prevalencia de disfunción (p=0,044), y el 83,3% de las que no se sometieron a reconstrucción mamaria presentaron disfunción. Las puntuaciones de deseo y excitación fueron mayores entre las mujeres sometidas a cirugías no radicales, aunque sin significancia estadística. **Conclusión:** La disfunción sexual fue prevalente en la muestra y se asoció con factores como la edad, el tipo de cirugía y la ausencia de reconstrucción mamaria. El estudio destaca la necesidad de estrategias de enfermería para la atención integral, incluyendo la salud sexual femenina, con impacto potencial en la asistencia y formación profesional.

Palabras clave: Neoplasias de mama, Mastectomía, Salud sexual, Enfermería, Disfunciones sexuales fisiológicas.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a doença que mais atinge mulheres no mundo e é responsável pela maior mortalidade relacionada ao câncer neste grupo. Salienta-se que esta doença se apresenta em crescimento em quase todas as regiões do mundo (INCA 2019a; WHO 2019). Cirurgia, radiação ou medicamentos usados na quimioterapia e terapia hormonal, são opções de tratamento para o câncer de mama. Pode ser usada uma ou mais combinações, dependendo das características do câncer e do paciente (PEART O, 2015).

Em se tratando da abordagem cirúrgica, a técnica pioneira foi a mastectomia radical (MR), em que toda a mama é removida juntamente com os linfonodos axilares e os músculos peitorais. A partir da MR, houve aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, surgindo assim os seguintes subtipos: Mastectomia Radical com Reconstrução (MRR), Mastectomia Contralateral Profilática (MCP), Mastectomia Conservadora (MC) e Conservadora de Mamas ou Lumpectomia (MCM), Mastectomia Poupadora de Pele (MPP) e Poupadora de mamilo (MPM). Em relação à lateralidade podem ser divididas em Mastectomia Unilateral (MU) ou Bilateral (MB) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; PORTSCHY CL, et al., 2014; ROJAS KE, et al., 2017b).

A mastectomia pode causar impacto físico, emocional e psicossocial. Desse modo, um dos riscos aumentado é a disfunção sexual, em comparação com a população em geral. Disfunção sexual é conceituada como inibição ou bloqueio de qualquer fase da atividade sexual (ST-PIERRE A, et al., 2017; MAIORINO MI, et al., 2016).

A função sexual feminina é composta por diversos fatores físicos, psicossociais, hormonais e genéticos. É importante que os profissionais de saúde consigam identificar as alterações nessa função, bem como as causas da disfunção e a necessidade de intervenções e tratamento caso necessário, para que possa ser oferecido um melhor cuidado para mulheres com disfunção sexual (CLAYTON AH e JUAREZ E, 2019). Nesse sentido, objetivou-se investigar os fatores associados à disfunção sexual em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, realizado em um Hospital de referência no atendimento a pacientes com câncer no estado de Pernambucano, referência em oncologia no estado. A amostra foi composta por 120 mulheres com câncer de mama, com idade igual ou superior a 18 anos, submetidas a cirurgia para retirada do tumor e acompanhadas no hospital. O tamanho amostral foi calculado pelo software Epi Info, considerando uma prevalência estimada de 50%, precisão de 5% e nível de confiança de 95%. Os dados foram coletados entre agosto e novembro de 2020, por meio do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), validado para o português do Brasil, além de informações sociodemográficas e clínicas obtidas em prontuários. As entrevistas foram realizadas presencialmente, em ambiente reservado, seguindo protocolos de biossegurança devido à pandemia da COVID-19.

A variável dependente foi a função sexual, estabelecida através do somatório dos domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Avaliada pelo escore total do FSFI, com disfunção sexual definida por escore inferior a 26. As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, socioeconômicas e clínicas. Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS 21.0. Foram aplicados testes para verificação de normalidade (Shapiro-Wilk) e homogeneidade (Levene). A análise descritiva incluiu frequências, médias e desvios padrão, enquanto a inferencial aplicou testes Qui-Quadrado, Fisher, T de Student e Mann-Whitney, com nível de significância de $p \leq 0,05$. O estudo respeitou as normas éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCP (Parecer nº 3.969.220), CAAE: 30460720.5.0000.5205. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Atividade sexual

A amostra final do presente estudo incluiu 120 pacientes, sendo 72 delas (60%) inativas sexualmente. A **Tabela 1** apresenta as características sociodemográficas das participantes de acordo com a atividade sexual. Em geral, as mulheres tinham entre 29 e 85 anos, com cor da pele parda, ensino médio completo, renda familiar de ≤2 salários-mínimos, não estavam em relacionamento estável e de religião católica.

Foi possível observar que mulheres sexualmente ativas eram mais jovens (48±19 vs. 61±10; p<0.001) e tinham maior proporção de relacionamento estável (62,5% vs. 33,3%; p=0,002) em comparação as mulheres sexualmente inativas. Nenhuma diferença estatisticamente significante foi observada para as demais características sociodemográficas (p>0,05).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes em relação à atividade sexual.

Variáveis	Total (n=120)		Ativas sexualmente (n=48)		Inativas sexualmente (n=72)		Valor de p*
	Valores		Valores		Valores		
	N	%	N	%	n	%	
Idade (anos)	56±13		48±19		61±10		<0,001
Cor da pele							
Preta	17	14,2	8	11,1	9	18,8	
Parda	78	65,0	49	68,1	29	60,4	0,486
Branca	25	20,8	15	20,8	10	20,8	
Escolaridade							
Analfabeto/fund. incompleto	43	35,8	11	22,9	32	44,4	
Fundam/médio incompl.	15	12,5	5	10,4	10	13,9	0,057
Médio/superior incompl.	47	39,2	24	50,0	23	31,9	
Superior/pós-graduação	15	12,5	8	16,7	7	9,7	
Renda							
Até 2 salários mínimos	101	84,2	41	85,4	60	83,3	
≥2 salários mínimos	17	14,2	6	12,5	11	15,3	0,880
Não informado	2	1,7	1	2,1	1	1,4	
Relacionamento estável							
Não	66	55,0	18	37,5	48	66,7	0,002
Sim	54	45,0	30	62,5	24	33,3	
Religião							
Católica	67	55,8	23	47,9	44	61,1	
Evangélica	38	31,7	19	39,6	19	26,4	
Espírita	7	5,8	1	2,1	6	8,3	0,149
Não tem	7	5,8	4	8,3	3	4,2	
Outras	1	0,8	1	2,1	0	0,0	

Dados apresentados como média±desvio padrão ou frequência absoluta e relativa. * valor de *P* referente as comparações entre mulheres sexualmente ativas e inativas.
Fonte: Neves Pereira JMC, et al., 2026.

A **Tabela 2** apresenta a distribuição das participantes de acordo com as características da cirurgia e do tratamento. Em geral, o tempo de cirurgia da realização da cirurgia foi de 4,3 anos (variação de 0,4 a 29,5 anos), maioria delas realizou cirurgia radical (75,8%), do tipo mastectomia radical (50%), não realizou reconstrução mamária (81,7%), não realizou outras cirurgias (91,7%), realizou quimioterapia (90,8%), radioterapia (89,2%) ou fisioterapia (89,2%) e uma pequena proporção realizou algum outro tipo de tratamento (9,2%).

Na comparação entre as mulheres que eram sexualmente ativas versus inativas, nenhuma diferença estatisticamente significante foi observada para nenhuma das características da cirurgia ou tratamento (p>0,05).

Tabela 2 - Características da cirurgia e do tratamento das participantes em relação à atividade sexual.

Variáveis	Total (n=120) Valores		Ativas sexualmente (n=48) Valores		Inativas sexualmente (n=72) Valores		Valor de p*
	N	%	n	%	n	%	
Tempo de cirurgia (anos)	4,3±12,5		3,2±18,6		5,1±0,7		0,421
Tipo de cirurgia							
QD	23	19,2	9	18,8	14	19,4	0,172
MS	3	2,5	0	0,0	3	4,2	
MR	60	50,0	28	58,3	32	44,4	
MRM	30	25,0	8	16,7	22	30,6	
MB	1	0,8	1	2,1	0	0,0	
ELM	3	2,5	2	4,2	1	1,4	
Cirurgia radical?							
Não	29	24,2	11	22,9	18	25,0	0,794
Sim	91	75,8	37	77,1	54	75,0	
Reconstruiu a mama?							
Não	98	81,7	36	75,0	62	96,1	0,123
Sim	22	18,3	12	25,0	10	13,9	
Continua quimioterapia							
Não	11	9,2	5	10,4	6	8,3	0,753
Sim	109	90,8	43	89,6	66	91,7	
Radioterapia							
Não	17	10,8	10	20,8	5	9,7	0,133
Sim	103	89,2	38	79,2	65	90,3	
Fisioterapia							
Não	13	10,8	8	16,7	5	6,9	0,087
Sim	107	89,2	40	83,3	67	93,1	

Dados apresentados como média±desvio padrão ou frequência absoluta e relativa. * valor de *P* referente as comparações entre mulheres sexualmente ativas e inativas.
Fonte: Neves Pereira JMC, et al., 2026.

Disfunção sexual

A prevalência de disfunção sexual entre as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama foi de 75%, 36 mulheres das 48 que informaram ter atividade sexual ativa. A medida da disfunção sexual não se aplica as mulheres sexualmente inativas, pois um dos critérios do FSFI é que sejam incluídas apenas as pacientes com uma atividade sexual no último mês.

A **Tabela 3** apresenta os escores da função sexual e seus domínios de acordo com o tipo de cirurgia. Nenhuma diferença estatisticamente significante foi observada para nenhum dos indicadores (p>0,05), exceto para o escore de desejo (5,3±0,9 vs. 4,7±1,2; p=0.062) e excitação (4,9±1,2 vs. 4,3±1,2; p=0.096) que tenderam a ser maiores valores entre àquelas mulheres que realizaram cirurgia não radical. E a média de escore global de 28,1±3,8.

Tabela 3 - Comparação da função sexual e seus domínios de acordo com radicalidade da cirurgia realizada pelas participantes sexualmente ativas.

	Total (n=48)	Não radical (n=11)	Radical (n=37)	Valor de p
Desejo	4,8±1,2	5,3±0,9	4,7±1,2	0,062
Excitação	4,4±1,2	4,9±1,2	4,3±1,2	0,096
Lubrificação	5,0±0,7	5,1±0,5	5,0±0,7	0,576
Orgasmo	4,6±0,6	4,5±0,4	4,6±0,6	0,860
Satisfação	3,5±1,1	3,6±0,7	3,5±1,2	0,287
Dor	5,8±1,6	5,8±1,4	5,8±1,7	0,880
Escore global	28,1±3,8	29,4±2,4	27,8±4,1	0,122

Fonte: Neves Pereira JMC, et al., 2026.

A **Tabela 4** apresenta os escores de função sexual e seus domínios de acordo com o tipo de tratamento. Valores similares foram observados para todos os escores de função sexual entre àquelas mulheres que fizeram ou não fizeram quimioterapia, radioterapia ou fisioterapia (p>0,05).

Tabela 4 - Comparação da função sexual e seus domínios de acordo com o tipo de tratamento das participantes sexualmente ativas.

	Fez fisioterapia?		Fez quimioterapia?		Fez radioterapia?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Desejo	4,6±1,5	4,9±1,1	4,9±1,6	4,8±1,1	5,4±0,7	4,8±1,2
Excitação	4,4±1,3	4,4±1,2	4,4±1,4	4,4±1,1	4,6±0,5	4,4±1,3
Lubrificação	5,1±0,6	5,0±0,7	5,0±0,7	5,0±0,7	5,5±0,4	5,0±0,7
Orgasmo	4,3±0,6	4,6±0,6	4,6±0,5	4,5±0,6	4,4±0,4	4,6±0,6
Satisfação	3,6±1,6	3,5±1,0	3,6±1,2	3,5±1,1	3,8±0,4	3,5±1,2
Dor	5,7±1,5	5,8±1,7	6,1±1,2	5,7±1,7	6,1±1,7	5,8±1,6
Escore global	27,7±4,8	28,2±3,6	26,8±4,1	28,0±3,8	29,8±1,7	28,0±0,6

Dados apresentados como média ± desvio padrão. Nenhuma das comparações apresentaram diferenças estatisticamente significante.

Fonte: Neves Pereira JMC, et al., 2026.

A **Tabela 5** apresenta a análise dos fatores associados à disfunção sexual nas mulheres sexualmente ativas. A maioria das participantes com disfunção sexual em sua maioria apresentou renda menor que dois salários-mínimos, ensino médio completo, realizou cirurgia radical, não apresentou reconstrução mamária, não realizou cirurgias anteriores, realizou quimioterapia, radioterapia e fisioterapia. Nenhuma associação foi observada entre as características sociodemográficas, características da cirurgia e do tratamento com a

disfunção sexual, exceto para o tipo de cirurgia que apresentou uma associação estatisticamente significante indicando que mulheres que realizaram cirurgia radical têm maior prevalência de disfunção sexual em comparação àquelas que não realizaram cirurgia radical (p=0,044).

Tabela 5 - Associação entre fatores sociodemográficos, características da cirurgia e tratamento com a disfunção sexual nas participantes sexualmente ativas.

Variáveis independentes	Disfunção sexual:				Valor de p
	Ausente		Presente		
	N	%	N	%	
Idade					
≤ 50 anos	**19**	**52,8**	6	50,0	0,868
> 50 anos	17	47,2	6	50,0	
Relacionamento estável					
Não	12	33,3	6	50,0	0,302
Sim	24	66,7	6	50,0	
Renda					
<2 salários mínimos	30	85,7	11	91,7	0,999
≥2 salários mínimos	5	14,3	1	8,3	
Escolaridade					
Analfabeto/fundamental incompleto	9	25,0	2	16,2	
Fundamental/médio incompleto	5	13,9	0	0,0	0,419
Médio/superior incompleto	17	47,2	7	58,3	
Superior/pós-graduação	5	13,9	3	25,0	
Tipo de cirurgia					
Radical	25	69,4	12	100,0	0,044
Não radical	11	30,6	0	0,0	
Tempo de cirurgia					
Tercil 1 (≤2,02 anos)	12	34,3	5	41,7	0,312
Tercil 2 (2,02 – 5,04 anos)	9	25,7	5	41,7	
Tercil 3 (≥5,05 anos)	14	40,0	2	16,7	
Realizou reconstrução mamária					
Não	26	72,2	10	83,3	0,703
Sim	10	27,8	2	16,7	
Cirurgias anteriores					
Não	33	91,7	12	100,0	0,563
Sim	3	8,3	0	0,0	
Quimioterapia					
Não	5	13,9	0	0,0	0,173
Sim	31	86,1	12	100,0	
Radioterapia					
Não	7	19,4	3	25,0	0,695
Sim	29	80,6	9	75,0	
Fisioterapia					
Não	5	13,9	3	25,0	0,394
Sim	31	86,1	9	75,0	

Dados apresentados como média±desvio padrão ou frequência absoluta e relativa. *Valor de p derivado do teste de Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher.

Fonte: Neves Pereira JMC, et al., 2026.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi identificada uma porcentagem de 40% de mulheres com atividade sexual, resultado que se aproxima ao estudo de Santos DB, et al. (2016) em que 34% das mulheres com câncer de mama não interromperam a vida sexual durante os tratamentos. Angústia e estresse suscitados pelo diagnóstico do câncer de mama, a recuperação da cirurgia mamária e a indisposição física provocada pela quimioterapia são algumas motivações relatadas para interromper a vida sexual.

Segundo dados estatísticos brasileiros, a incidência do câncer de mama é relativamente rara antes dos 35 anos, porém acima desta idade, cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. No geral, a menopausa ocorre na faixa etária entre 45 e 55 anos, período em que a atividade sexual apresenta algumas alterações como baixo desejo sexual, lubrificação deficiente e dispareunia, devido diminuição da produção de estrógeno no corpo da mulher (BRASIL, 2020a; SCAVELLO RJ, et al., 2019).

Por sua vez, Archangelo EB, et al. (2019) ao comparar grupos de pacientes 18-47 e 48-63 anos de idade, demonstraram que mulheres mais jovens no grupo de mastectomia apresentaram os maiores escores do Inventário de Depressão de Beck (p = 0,04). O que podemos constatar que mesmo mais jovens, estas mulheres pós mastectomia, podem apresentar alterações na saúde sexual comparadas a mulheres com mais idade.

A escolaridade e atividade sexual foi relativamente significativa (0,057), de maneira semelhante ao estudo de Archangelo EB, et al. (2019), que também confirma uma frequência de disfunção sexual significativamente maior entre pacientes com um maior nível de educação no grupo de mulheres que realizaram mastectomia (frequência, 13/15; p = 0,03) do que nos outros grupos que realizaram reconstrução ou não tinham câncer de mama. O que sugere que mulheres com maior grau de instrução sejam mais sensíveis às alterações corporais ou busquem mais informações sobre essas alterações.

Quanto ao tipo de relacionamento, as pacientes ativas sexualmente tinham relacionamento estável. Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, verificou-se que pacientes com câncer de mama que não tinham relacionamento estável acreditavam que a saúde sexual era de baixa prioridade (REESE JB, et al., 2019).

Em relação a Religião, esta variável não foi significante (0,149). Mas vale destacar que 94,1% das participantes referem ter uma religião, o que é um dado interessante visto que alguns estudos demonstram que a espiritualidade tem influência positiva no enfrentamento do câncer (OLIVEIRA GS e QUELUZ M, 2016).

Neste estudo, foi observada alta prevalência (75%) de disfunção sexual entre as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama, resultado que se assemelha a meta-análise envolvendo 2.684 pacientes com câncer de mama realizada por Jing et al (2019) em que revelou prevalência de 73,4% de disfunção sexual feminina (intervalo de confiança de 95% (IC) 64,0%, 82,8%), e o escore total do FSFI foi 19,28 (IC 95% 17,39, 21,16).

No que tange aos escores dos domínios do FSFI, o presente estudo apresentou médias mais baixas no domínio satisfação (3,5±1,1), seguidas no domíno excitação (4,4±1,2), orgasmo (4,6±0,6), desejo (4,8±1,2), lubrificação (5,0±0,7), e dor (5,8±1,6). O estudo de Boquiren MT, et al. (2016), realizado com 127 mulheres submetidas a mastectomia no Canadá, com idade média de 49,0 anos (±7,9) e maioria das participantes tinha um relacionamento estável, obteve resultados mais baixos nas médias dos domínios do FSFI: desejo (2,60±1,26), satisfação (2,95±1,58) e dor (2,99±2,26). Os demais domínios excitação (3,11±1.41), lubrificação (3,45±1,66) e orgasmo (3,34±1,70) apresentaram médias mais altas.

Em um outro estudo de Gass JS, et al. (2017), realizado com 268 mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama, não houve diferença nas medianas das pontuações do FSFI e nos domínios FSFI, entre as modalidades cirúrgicas (FSFI mediana: tumorectomia 28,2, mastectomia com reconstrução 27,5 e mastectomia 25,9; p = 1,0). Ao definir o tipo de cirurgia a ser estabelecida, os profissionais de saúde devem considerar a importância da sensualidade específica do seio para a vida sexual da mulher e consequentemente mais qualidade de vida.

Dificuldades sexuais estão presentes durante o tratamento do câncer de mama e continuam ao longo do período de acompanhamento na maioria dos pacientes. O impacto da mastectomia afeta também o contexto social das mulheres, especialmente seus parceiros. Alguns podem apresentar depressão, disfunção sexual caracterizada por menor prazer, menor satisfação conjugal e sexual em comparação com parceiros de mulheres sem câncer de mama. A inclusão dos parceiros na tomada de decisões deve ser realizada no intuito de melhorar o enfrentamento desta doença (MIAJA MF, et al., 2017).

Em relação ao tipo de cirurgia, o presente estudo foi significante para a presença de disfunção (0,044) e 100% das mulheres que apresentaram disfunção sexual realizaram cirurgia radical. Resultados que corroboram com outros estudos realizados como o de Den Ouden MEM, et al. (2018) em que se evidenciou dois terços (n = 452) dos entrevistados com problemas relacionados a sexualidade decorrentes do câncer de mama, principalmente devido alterações físicas (49,6%) ou uma combinação de alterações físicas e psicológicas (27,9%).

Em relação à reconstrução mamária, o presente estudo identificou prevalência de 83,3% de disfunção sexual entre as mulheres que não realizaram reconstrução. Esse procedimento pode contribuir para uma melhor aceitação da imagem corporal feminina, que é multidimensional e composta por características associadas como expressão de emoções, identificação, beleza e aspectos sociais. (PATERSON CL, et al., 2016).

Num estudo realizado na Turquia (OZTURK D e AKYOLCU N, 2016) com 100 mulheres que realizaram cirurgia oncológica mamária, sendo 34 submetidas à reconstrução mamária pós-mastectomia, 33 submetidas à mastectomia e 33 submetidas a mastectomia conservadora da mama (MCM), foi evidenciado que a reconstrução mamária pós-mastectomia teve efeitos positivos na vida sexual de mulheres turcas com câncer de mama.

Quanto a presença de disfunção sexual feminina em relação a reconstrução mamária, o atual estudo não apresentou significância nesta variável (p=0,703), o que contradiz com o estudo de Archangelo EB, et al. (2019) em que foi verificada significância estatística (p = 0,007), e pontuação total do FSFI menor (mediana, 15,4) em mulheres submetidas a mastectomia em comparação a mulheres que foram submetidas a mastectomia combinada com reconstrução da mama (mediana, 21,9) e mulheres no grupo de controle (mediana, 23,6). Quanto menor os valores do FSFI, maior disfunção sexual feminina, o que indica que a mastectomia, sem a reconstrução mamária, tem efeitos negativos sobre a sexualidade de mulheres submetidas a diferentes procedimentos cirúrgicos para câncer de mama, enquanto, a reconstrução mamária pós-mastectomia produz resultados mais satisfatórios.

Os seios simbolizam feminilidade e sexualidade. Para as mulheres, estes são órgãos essenciais da identidade sexual, e ao ser realizada a mastectomia, a mulher apresenta uma deficiência física, mesmo que temporária em caso de aguardo da realização da reconstrução mamária. Essa deficiência física pode afetar a autoconfiança das mulheres sobre sua imagem corporal e desejo sexual, além de também afetar seus parceiros (JENG CJ, et al., 2020).

Ao relacionar a função sexual com o tipo de tratamento realizado como quimioterapia, radioterapia e fisioterapia nas pacientes após o tratamento cirúrgico, não foi observada significância estatística. Da mesma forma, pesquisa realizada no Canadá, com 248 mulheres com câncer de mama demonstrou não apresentar diferenças significativas nas taxas de atividade sexual de acordo com diferentes tratamentos adjuvantes como quimioterapia e/ou hormonioterapia (SOLDERA S.V, et al., 2018). Ao contrário de um outro estudo (FERREIRA M, et al., 2015), em que pacientes com diagnóstico de câncer de mama e que receberam quimioterapia adjuvante, apresentaram comprometimento nos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Domínios estes que impactam a vida sexual das mulheres, consequentemente sua qualidade de vida, o que torna importante esse diagnóstico para promoção de um cuidado integral ao paciente e sua família.

É fundamental que não seja deixada nenhuma lacuna de informações para estas pacientes. Todos os profissionais de saúde que participam do atendimento devem estar atentos e informá-las sobre os impactos da cirurgia relacionadas a sexualidade como possíveis perda e mudanças na sensibilidade, mudanças

estéticas, visto que a mama desempenha papel central na sexualidade. Além disso, é importante reforçar o diálogo entre o casal, enfatizar o papel da motivação para a atividade sexual e a importância da estimulação sexual adequada (SCAVELLO RJ, et al., 2019).

Por fim, o estudo se limita em função de ter sido realizado em um único centro de referência do estado de Pernambuco e durante o período de pandemia da COVID-19, em que os atendimentos no ambulatório estavam reduzidos e cirurgias eletivas suspensas no hospital e em todo país. Estudos como este devem ser testados em diferentes configurações, regiões, e / ou culturas, antes que generalizações possam ser realizadas. Ainda, este estudo excluiu pacientes com metástase, além de não ser questionado se as pacientes foram informadas sobre possíveis riscos da cirurgia na saúde sexual. Estudos futuros são necessários para incluir estas limitações.

CONCLUSÃO

Foi identificada disfunção sexual em grande parte da amostra do estudo. Fatores como idade e presença de relacionamento estável demonstraram significância quanto a saúde sexual das pacientes. Além disso, o domínio desejo do FSFI, instrumento utilizado no presente estudo, apresenta maiores pontuações para pacientes submetidas a cirurgia não radical comparada a radical. Variáveis como cor de pele, religião, tempo de cirurgia e outros tratamentos não apresentaram significância no presente estudo. Aquelas mulheres que realizaram cirurgias radicais apresentam mais disfunção que aquelas que realizaram cirurgias não radicais, o que sugere que quanto mais radical for a intervenção cirúrgica, maior nível de disfunção sexual das mulheres. Esses fatores confirmam a necessidade de estratégias eficazes na garantia da saúde sexual feminina. A realização de um atendimento de forma integral e completa antes e após a cirurgia permite a detecção da disfunção sexual e, consequentemente, encaminhamento para apoio psicológico e aconselhamento sexual para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. Types of mastectomy. 2017. Disponível em: https://www.cancer.org. Acesso em: 15 de dezembro de 2025.
2. ARCHANGELO EB, et al. Evaluation of sexual function in women submitted to different surgical approaches for breast cancer. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2019; 41(1): 9–15.
3. BOQUIREN MT, et al. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. Psycho-Oncology, 2016; 25(2): 173–181.
4. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020, 120p.
5. CLAYTON AH, JUAREZ E. Female sexual dysfunction. Psychiatric Clinics, 2019; 42(4): 593–607..
6. DEN OUDEN MEM, et al. Prevalence of sexual dysfunction in patients with cancer: A systematic review of 47 studies. Gynecologic Oncology, 2018; 148(3): 722–730.
7. FERREIRA M, et al. Quality of life and sexual function of women with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2015; 23(5): 889–896.
8. GASS JS, et al. Sexual functioning and quality of life after breast cancer surgery: A prospective study. Annals of Surgical Oncology, 2017; 24(10): 2760–2766.
9. INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2019: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.
10. JENG CJ, et al. Breast cancer surgery and sexual function: A prospective study. Psycho-Oncology, 2020; 29(6): 1083–1089.
11. JING Y, et al. Prevalence of sexual dysfunction in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer, 2019; 27(4): 1171–1180.
12. MAIORINO MI, et al. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review. Endocrine, 2016; 52(2): 339–345.

13. MIAJA MF, et al. The role of the partner in sexual satisfaction after treatment for breast cancer. Breast Cancer (Dove Medical Press), 2017; 9: 131–137.
14. OLIVEIRA GS, QUELUZ M. Espiritualidade e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Revista Brasileira de Enfermagem, 2016; 69(6): 1160–1165.
15. OZTURK D, AKYOLCU N. The effect of breast cancer surgery type on sexual function and body image. European Journal of Breast Health, 2016; 12(3): 145–150.
16. PATERSON CL, et al. What is the relationship between sexual problems and quality of life in breast cancer survivors? A systematic review of the literature. Sexual Medicine Reviews, 2016; 4(3): 304–313.
17. PEART O. Breast intervention and breast cancer treatment options. Radiologic Technology, 2015; 86(5): 535–558.
18. PORTSCHY PR, et al. Survival outcomes after contralateral prophylactic mastectomy: A decision analysis. Journal of the National Cancer Institute, 2014; 106(8): 1–9.
19. REESE JB, et al. Patient-reported outcomes and sexual health in women with breast cancer. Journal of Sexual Medicine, 2019; 16(5): 757–767.
20. ROJAS KE, et al. Postoperative sexual function in women undergoing breast cancer surgery. Journal of the American College of Surgeons, 2017b; 225(5): 812–817.
21. SANTOS DB, et al. Sexualidade e câncer de mama: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE, 2016; 10(10): 3861–3868.
22. SCAVELLO RJ, et al. Female sexual dysfunction. The Medical Clinics of North America, 2019; 103(4): 681–698.
23. SOLDERA SV, et al. Sexual function and quality of life in breast cancer survivors: A cross-sectional study. Supportive Care in Cancer, 2018; 26(12): 4091–4098.
24. ST-PIERRE A, et al. Prevalence of sexual dysfunctions in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Journal of Cancer Survivorship, 2017; 11(6): 712–725..
25. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Breast cancer: prevention and control. Genebra: WHO, 2019.