

**COMPARAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO SEXUAL E
OS TIPOS DE CÂNCERES DE MULHERES APÓS
TRATAMENTO EM ESTADIO INICIAL DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, TIREÓIDE E
MAMA**

SUE ELLEN FERREIRA MODESTO

**Tese apresentada à Fundação Antônio Prudente
para obtenção do Título de Doutor em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Célia Lídia da Costa

**São Paulo
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Modesto, Sue Ellen Ferreira

Comparação entre a função sexual e os tipos de cânceres de mulheres após tratamento em estadio inicial de câncer de colo de útero, tireóide e mama / Sue Ellen Ferreira Modesto – São Paulo, 2013.

63p.

Tese (Doutorado) - Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Célia Lúcia da Costa

Descritores: 1. SEXUALIDADE. 2. NEOPLASIAS DA MAMA. 3. NEOPLASIAS DO COLO DO ÚTERO. 4. NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Ivan Pires Modesto e Eliete Maria D. F. Modesto, pois além de me darem a vida, estiveram sempre presentes em todos os momentos dela. Sem eles não seria capaz de adquirir os conhecimentos que tenho hoje e também a motivação que me move a novas possibilidades.

À minha irmã, Darklê Ferreira Modesto, que percorreu este caminho ao meu lado sempre me apoiando nos obstáculos encontrados no percurso.

À minha irmã Evanete Maria D. Ferreira que sempre se preocupou comigo e aos meus sobrinhos Vinicius e Victória.

Ao meu marido, Gabriel Rey L. de Figueiredo que com muito amor e paciência conseguiu conter as minhas ansiedades e angústias referente a este trabalho e que também me esperou na distância e no tempo certo para ficarmos juntos para sempre.

À minha orientadora, Célia Lúcia da Costa, por tudo que fez por mim.

Aos meus amigos do Hospital das Clínicas, Niraldo de Oliveira Santos, Ana Luiza Zaninotto, Valeri Guajardo, Danyella Melo Santos, Maria Rita Gascon, Ana Luiza Dias, Bianca Nascimento, Danilo Mercadante, Leandro Verzignassi, Gláucia Benute, Marlene Monteiro e tantos outros que cruzaram o meu caminho e que por diversos momentos ouviram meus comentários a respeito do meu tão desejado doutorado.

Agradeço aos médicos do Departamento de Ginecologia, em especial ao Dr. Glauco Baiocchi Neto e a Dra. Elza Mieko Fukazawa, por me receberem de braços abertos no departamento e por compartilhar os seus conhecimentos comigo.

Aos médicos do Departamento de Mastologia e do Departamento de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia.

À Dra. Maria do Socorro Maciel pelas valiosas contribuições a respeito do meu trabalho.

À Dra. Carmita Helena Najjar Abdo, uma pessoa que sempre admirei pelos trabalhos realizados e que hoje tenho o orgulho em saber que fez contribuições consideráveis para o enriquecimento do meu trabalho.

À Dra Maria do Rosário Latorre pela disponibilidade e contribuições estatísticas.

A equipe do SAME, Luciano Feitosa, Paulo Passetti e Odirlei Oliveira pela paciência e competência no atendimento.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) pelo apoio financeiro.

A todas as pessoas que de alguma forma estiveram presentes em minha vida nesse momento tão importante da minha profissão.

RESUMO

Modesto SEF. **Comparação entre a função sexual e os tipos de cânceres de mulheres após tratamento em estadio inicial de câncer de colo de útero, tireóide e mama.** São Paulo; 2013. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

OBJETIVOS: Avaliar a função sexual de mulheres submetidas a tratamento de câncer de colo de útero, mama e tireóide. Comparar as médias dos domínios de função sexual e do escore total segundo o grupo de pacientes. Comparar a presença de disfunção segundo o grupo de pacientes. Verificar a associação entre presença de disfunção sexual e tipo de câncer, tratamento, características sócio-demográficas e estilo de vida apenas em pacientes submetidas a tratamento oncológico.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal, de coleta prospectiva. Foram convidadas a participar do estudo as pacientes que frequentavam o ambulatório de Ginecologia, Mastologia e Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A. C. Camargo e que tivessem entre 40 e 60 anos. Pacientes com câncer de colo de útero, mama ou tireóide, em estadios I ou II e pacientes de rotina ginecológica, neoplasia benigna da mama ou bócio, constituíram o grupo de estudo. Deveriam ter, no mínimo, três meses de término de tratamento durante as suas consultas médicas de seguimento. Foram excluídas as mulheres que não possuíam vida sexual ativa há mais de um mês, que apresentassem depressão avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck ou que estivessem fazendo uso de psicotrópicos, além daquelas que não tivessem capacidade de preencher questionários. Para a avaliação da função sexual foi utilizado o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).

RESULTADOS: Houve diferença estatisticamente significativa para a presença de disfunção sexual entre os grupos ($p=0,04$) sendo que rotina ginecológica foi maior que câncer de colo de útero ($74,06 \times 65,28$; $p=0,041$) e neoplasia benigna da mama maior que câncer de colo de útero ($74,76 \times 65,28$; $p=0,020$). O risco para disfunção sexual é maior na paciente com câncer de colo de útero quando comparada à da rotina ginecológica ($OR=2,3$; $p= 0,023$) e nas pacientes com câncer de mama ($OR=1,9$; $p=0,041$). No domínio de excitação pessoal e sintonia com o parceiro

observa-se que a média da rotina ginecológica foi superior à de câncer de colo de útero (8,0 x 6,5; $p=0,002$) e de câncer de mama (8,0 x 7,0; $p=0,058$). Também as médias de câncer de tireóide (7,7 x 6,5; $p=0,020$) e de neoplasia benigna da mama (7,7 x 6,5; $p=0,020$) foram superiores às de pacientes de câncer de colo de útero.

CONCLUSÕES: Mulheres que fizeram tratamento para câncer de colo de útero e ou de mama apresentam maior risco para desenvolver disfunção sexual do que as demais pacientes estudadas (câncer de tireóide, rotina ginecológica, bócio e neoplasia benigna da mama). Conclui-se que os tipos de cânceres mais prejudiciais à função sexual são aqueles diretamente ligados à sexualidade e feminilidade da mulher, sendo eles: câncer de colo de útero e câncer de mama.

SUMMARY

Modesto SEF. [Comparison of sexual and the types of cancers in women after treatment for early stage cancer of the cervix, breast and thyroid]. São Paulo; 2013. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

OBJECTIVES: To evaluate the sexual function in women undergoing treatment for cervical, breast and thyroid cancer. Compare the means of sexual function domains and the total score according to the patient group. Comparing the presence of sexual dysfunction according group of patients. Check the association between sexual dysfunction and cancer type, treatment, socio-demographic and lifestyle only in patients undergoing cancer treatment. **METHODS:** We conducted a cross-sectional study, prospective collection. We invited to participate of this study, patients who attended the outpatient clinic of Gynecology, Breast and Head and Neck Surgery and Otorhinolaryngology, at Hospital A. C. Camargo and had between 40 and 60 years. Were related to the study, patients with cervical, breast and thyroid cancer in stages I or II, and routine gynecological, benign breast and goiter. They should have at least three months end of treatment during their follow-up appointments. We excluded women who, did not have an active sex life for more than a month, to submit depression assessed using the Beck Depression Inventory, or were using psychotropic drugs, than those who did not have the ability to fill out questionnaires. For the assessment of sexual function was used Sexual Quotient - Female Version (QS-F). **RESULTS:** There was a statistically significant difference for the presence of sexual dysfunction between the groups ($p = 0.04$) and that routine gynecologic was higher than cervical cancer (74.06×65.28 , $p = 0.041$) and benign Breast tumor greater than cervical cancer (74.76×65.28 , $p = 0.020$). The risk for sexual dysfunction is higher in patients with cervical cancer when compared to routine gynecological (OR = 2.3, $p = 0.023$) and in patients with breast cancer (OR = 1.9, $p = 0.041$). In the field of personal excitement and harmony with your partner is observed that the average was superior to routine gynecological, cervical cancer (8.0×6.5 , $p = 0.002$) and breast cancer (8.0×7.0 , $p = 0.058$). Also the means of thyroid

cancer (7.7 x 6.5, p = 0.020) and benign breast tumor (7.7 x 6.5, p = 0.020) were higher than those of patients with cervical cancer. **CONCLUSIONS:** Women who underwent treatment for cervical cancer or breast cancer have a higher risk for developing sexual dysfunction than other patients studied (thyroid cancer, routine gynecological benign goiter and benign breast tumor). We conclude that the most harmful types of cancers to sexual function are those directly related to sexuality and femininity of the woman, namely: cervical cancer and breast cancer.

LISTA DE FIGURAS, QUADRO E TABELAS

| | | |
|-----------------|---|----|
| Figura 1 | Box Plot dos domínios do QS-F..... | 30 |
| Figura 2 | Porcentagem de pacientes segundo padrão de desempenho sexual..... | 34 |
| Quadro 1 | Estadiamento do Câncer do Colo do Útero – FIGO 2009..... | 3 |
| Tabela 1 | Número e porcentagem de mulheres segundo características sócio-demográficas..... | 27 |
| Tabela 2 | Número e porcentagem de pacientes segundo características do parceiro..... | 28 |
| Tabela 3 | Número e porcentagem de pacientes segundo características clínicas..... | 29 |
| Tabela 4 | Estatística descritiva dos domínios do QS-F e seu total..... | 30 |
| Tabela 5 | Comparação dos domínios do QS-F com cada grupo estudado... | 32 |
| Tabela 6 | Número e porcentagem de pacientes segundo padrão de desempenho sexual e grupo..... | 35 |
| Tabela 7 | Comparação dos grupos em relação à presença de disfunção sexual..... | 36 |
| Tabela 8 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto à idade e escolaridade..... | 37 |

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabela 9 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao estado civil atual e relacionamento afetivo estável..... | 38 |
| Tabela 10 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto aos anos de relacionamento e uso de preservativo..... | 38 |
| Tabela 11 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual, Tabagista e Etilista..... | 39 |
| Tabela 12 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao uso de medicamento, antecedentes psiquiátricos pessoais e antecedentes psiquiátricos familiar..... | 40 |
| Tabela 13 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao tempo de tratamento, ao tratamento a que foi submetida e ter tido outro câncer além daquele que a incluiu na pesquisa..... | 41 |
| Tabela 14 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao uso de tamoxifeno, ao fato de ter diabetes e ao fato de ter hipertensão..... | 42 |
| Tabela 15 | Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto a mudança pós-tratamento e disfunção sexual prévia..... | 43 |

ÍNDICE

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1.1 | Câncer de colo de útero..... | 1 |
| 1.2 | Câncer de Mama | 4 |
| 1.3 | Câncer de Tireóide..... | 5 |
| 1.4 | Sexualidade, Função Sexual, Disfunção Sexual..... | 6 |
| 1.5 | Sexualidade e Câncer..... | 10 |
| 1.6 | Instrumentos de avaliação da função sexual..... | 15 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 18 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 18 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 18 |
| 3 | PACIENTES E MÉTODO..... | 19 |
| 3.1 | Casuística | 19 |
| 3.2 | Método | 19 |
| 3.2.1 | Questionário sócio demográfico (Anexo 1)..... | 20 |
| 3.2.2 | Dados a serem coletados do prontuário das pacientes (Anexo 2)..... | 20 |
| 3.2.3 | Inventário de Depressão de Beck (Anexo 3) | 21 |
| 3.2.4 | Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) – (Anexo 4) | 21 |
| 3.3 | Variáveis de estudo | 22 |
| 3.4 | Análise estatística..... | 24 |
| 3.5 | Questões éticas..... | 25 |
| 4 | RESULTADOS | 26 |
| 4.1 | Caracterização da Amostra | 26 |
| 4.2 | Descrição dos domínios do QS-F..... | 39 |
| 4.3 | Comparação das médias dos domínios do QS-F segundo grupo de pacientes ... | 31 |
| 4.4 | Análise da associação entre o padrão de desempenho sexual e grupo de pacientes..... | 33 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.5 | Comparação da presença da disfunção sexual segundo grupo de paciente | 35 |
| 4.6 | Análise da associação entre presença de disfunção e as variáveis do estudo | 36 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 44 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 51 |
| 7 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 53 |

ANEXOS

- Anexo 1** Questionário Sócio Demográfico
- Anexo 2** Dados a serem coletados do prontuário das pacientes
- Anexo 3** Inventário de Depressão de Beck
- Anexo 4** Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)
- Anexo 5** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Os cânceres ginecológicos mais comuns são: o de endométrio, o de ovário e o de colo de útero respectivamente. Já os cânceres de vulva e vagina são raros. Os cânceres de colo de útero são mais frequentes na fase da pré-menopausa (American Cancer Society-ACS 2009). De acordo com o programa de vigilância epidemiológica norte-americana *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) da base norte americana de dados em câncer (National Cancer Data Base-NCDB), a média de idade para mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero entre 1999 e 2003 foi de 47 anos com incidência de 7,6/100.000 no mesmo período (HAYAT et al. 2007). No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer-INCA (Ministério da Saúde 2011) foi estimado que em 2012 a incidência para esse tipo de câncer será de 17/100.000; sendo na região Norte de 24/100.000; na região Sul de 14/100.000; na região Centro-Oeste de 28/100.000; na região Nordeste de 18/100.000 e na região Sudeste de 15/100.000.

Tumores de colo de útero apresentam fatores de risco conhecidos, sendo causados principalmente por infecções, estando hoje confirmada sua relação com o Papilomavirus Humano (HPV), com o início precoce da atividade sexual, com o número de parceiros sexuais, com a paridade e com o tabagismo. Porém, somente a infecção pelo HPV não é suficiente para desencadear o câncer de colo de útero, pois poucas pacientes infectadas por HPV de alto risco desenvolvem este câncer após

longo período de incubação, sugerindo, portanto, a influência de fatores adicionais ou eventos celulares para a progressão do câncer (SYRJÄNEN e SYRJÄNEN 2000; BIEWENGA et al. 2008).

O estadiamento utilizado para os tumores malignos do colo uterino é o proposto pela *International Federation of Gynecology and Obstetrics-FIGO* (PECORELLI et al. 2009) e encontra-se apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Estadiamento do Câncer do Colo do Útero – FIGO 2009

| |
|---|
| <p>ESTÁDIO I:</p> <p>Ia – O câncer invasor é identificado somente microscopicamente. Todas as lesões macroscópicas, ainda que com invasão superficial, são do estágio Ib.</p> <p>Ia1 – A invasão do estroma em profundidade não excede 3 mm e não é maior que 7 mm de extensão.</p> <p>Ia2 – A invasão do estroma mede acima de 3 e até 5 mm de profundidade e não excede os 7 mm de extensão.</p> <p>Ib – Lesões clínicas limitadas ao colo do útero ou lesões pré-clínicas maiores que o estágio clínico Ia.</p> <p>Ib1 – Lesões clínicas até 4 cm de tamanho.</p> <p>Ib2 – Lesões clínicas maiores que 4 cm de tamanho.</p> |
| <p>ESTÁDIO II:</p> <p>O tumor estende-se além do colo, mas não atinge a parede pélvica. A lesão pode envolver a vagina, mas não até o seu terço inferior.</p> <p>IIa – Envolvimento não evidente do paramétrio. Não invade terço inferior da vagina.</p> <p>IIa1 – Lesões clínicas até 4 cm de tamanho.</p> <p>IIa2 – Lesões clínicas maiores que 4 cm de tamanho.</p> <p>IIb – Envolvimento do paramétrio evidente, porém não atingindo a parede pélvica.</p> |
| <p>ESTÁDIO III:</p> <p>O tumor estende-se à parede pélvica. Ao toque retal não há espaço livre entre o tumor e a parede pélvica. O tumor pode envolver o terço inferior da vagina. Todos os carcinomas com hidronefrose ou exclusão renal se incluem nesse estágio.</p> <p>IIIa – Não há extensão à parede pélvica, porém envolve o terço inferior da vagina.</p> <p>IIIb – Extensão à parede pélvica e/ou hidronefrose ou exclusão renal.</p> <p>Obs.: Deve ser considerado IIIb se o paramétrio for nodular/tumoral até a parede pélvica ou se houver extensão direta tumoral.</p> |
| <p>ESTÁDIO IV:</p> <p>O tumor estende-se além da pelve verdadeira ou clinicamente envolve a mucosa da bexiga ou reto.</p> <p>O edema bolhoso (mucosa vesical) não permite classificar o caso como estágio IV.</p> <p>IVa – O tumor estende-se aos órgãos adjacentes (bexiga ou reto).</p> <p>IVb – Metástases à distância</p> |

Os tratamentos para câncer de colo de útero em estadios iniciais consistem na histerectomia radical exclusiva, a radioterapia ou a combinação de ambos, assim como a possibilidade de quimioterapia em algumas pacientes (JENSEN et al. 2003). Pacientes em estadios IB2 e IIA podem ser tratados com braquiterapia de alta dose. Porém, o tratamento de braquiterapia apresenta efeitos colaterais, assim como; fadiga, alterações na frequência urinária, ardência urinária e também problemas como diarreia. Quando os sobreviventes de câncer são comparados com pacientes sem câncer apresentam uma boa qualidade de vida, porém alguns sintomas como estresse psicológico e comprometimento sexual são presentes nos sobreviventes de câncer (CARLSSON et al. 2000; GRIGSBY e HERZOG 2001; GONÇALVES 2010).

1.2 CÂNCER DE MAMA

Segundo o programa de SEER, o câncer de mama apresentou uma média de idade no período de 1999 a 2003 de 61 anos e incidência de 134.1/100.000 (HAYAT et al. 2007). O câncer de mama apresenta uma estimativa da incidência de 52/100.000 no Brasil, sendo de 69/100.000 na região Sudeste; de 65/100.000 na região Sul; de 48/100.000 na região Centro-Oeste, de 32/100.000 na região Nordeste e de 19/100.000 na região Norte (Ministério da Saúde 2011).

Faz-se necessário um envolvimento multidisciplinar para a realização do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, assim como: diagnóstico por imagem, patologia, cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e outros. Recomenda-se o rastreamento para câncer de mama através da mamografia a partir dos 40 anos em

mulheres da população em geral que não apresentem um alto risco para o desenvolvimento do mesmo. Entretanto aquelas mulheres com alto risco de desenvolver câncer de mama, ou seja, aquelas que possuem história familiar ou síndromes hereditárias conhecidas devem começar o rastreamento mais cedo e se beneficiando de técnicas mais sensíveis como a ressonância magnética (MOULDER e HORTOBAGYI 2008).

Após a confirmação do câncer de mama, o tratamento dependerá do estadiamento da doença e de características patológicas. O estadiamento da doença segue os critérios estabelecidos pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) sendo determinado pelo tamanho do tumor, o número e a localização dos linfonodos envolvidos e a presença ou ausência de metástase à distância (SOBIN e WITTEKIND 2004; MOULDER e HORTOBAGYI 2008). Aproximadamente 70% dos casos, o tratamento para o câncer de mama em estadios iniciais (I e II) é preferencialmente cirurgia conservadora da mama, quase sempre seguida de radioterapia (LEVINE et al. 2001; MCEVOY et al. 2004; BRENNAN et al. 2005; PALMIERI e PEREZ 2007).

1.3 CÂNCER DE TIREÓIDE

O câncer de tireóide apresenta uma estimativa da incidência de 11/100.000 no Brasil, sendo de 15/100.000 na região Sudeste; de 10/100.000 na região Sul; de 6/100.000 na região Centro-Oeste, de 6/100.000 na região Nordeste e de 7/100.000 na região Norte (Ministério da Saúde 2011).

Nódulos tireoidianos são comuns, e cerca de 8% da população adulta

apresentam nódulos palpáveis. A preocupação em relação a esses nódulos é a possibilidade de tornarem-se malignos, o que ocorre em aproximadamente 5% destes (MORADI et al. 2008; WITT 2008; YEUNG e SERPELL 2008).

O câncer de tireóide é o mais comum do sistema endócrino, acometendo cerca de 1% da população, sendo classificado histologicamente como: carcinoma papilífero, folicular, indiferenciado (ou anaplásico) ou medular (MORADI et al. 2008; WITT 2008; YEUNG e SERPELL 2008). O câncer de tireóide durante o período de 1999 a 2003 foi relatado pelo SEER com uma média de idade no diagnóstico de 46 anos e com uma incidência de 12.2/100.000 (HAYAT et al. 2007).

1.4 SEXUALIDADE, FUNÇÃO SEXUAL, DISFUNÇÃO SEXUAL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da sua vida e engloba: sexo, identidade e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, funções e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todos estão sempre expressos, pois a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (World Health Organization-WHO 2004). Pode-se perceber que a sexualidade é um termo amplo e diante dos diversos fatores que a influenciam podemos dizer que o primeiro deles é a família, pois a mesma é responsável pela compreensão geral da sexualidade, assim como os valores, as convicções e as expectativas em relação às diversas formas de

expressão da mesma. A religião influencia passando convicções a respeito da sexualidade. A mídia se torna importante, pois apresenta padrões de beleza e cria expectativas para o sexo e a sexualidade. Uma influência significativa na sexualidade é a experiência pessoal, além de influências como depressão, uso de psicotrópicos e problemas físicos (BERNHARD 2002; BASSON et al. 2010).

O desenvolvimento biológico da mulher é marcado por várias etapas visíveis que denotam a mudança do corpo infantil ao corpo feminino adulto, sensual e harmônico em suas formas e contornos. A primeira mudança ocorre com o aparecimento das mamas, que precede a menarca, marco de entrada na vida adulta e fértil (BACON 2002).

A sexualidade passa por diversas mudanças, sendo influenciada por diversos fatores, e uma delas são as mudanças corporais das mulheres. O estrogênio torna as mulheres atrativas aos homens; e, os esteróides sexuais possuem importante papel na modulação da função sexual em mulheres. Receptores desses hormônios (androgênios, estrogênios e progesterona) são encontrados no cérebro e também em tecidos genitais, sugerindo sua importância no funcionamento sexual (desejo, excitação e outros) (WHO 1996; WILSON 2003; GOLDSTEIN et al. 2004).

Envelhecer significa, entre outras coisas, tornar visível a passagem do tempo, que é inexorável para homens e mulheres. A relação estabelecida entre mulher, beleza e juventude no imaginário da sociedade ocidental, está associada à saúde (Ministério da Saúde 2008). À medida que a mulher vai envelhecendo, ela passa por um período transicional, polêmico e crítico, pois ocorrem mudanças em relação ao seu organismo como a menopausa e o climatério que causam impacto nos domínios físicos, psicológicos e socioculturais. A menopausa ocorre entre os 45 e 55 anos. É

caracterizada pela parada permanente da menstruação em decorrência da perda definitiva da atividade ovariana. Clinicamente, é diagnosticada retrospectivamente depois de doze meses consecutivos de ausência de fluxo. Com o declínio dos níveis de estrógenos, podem ocorrer alterações físicas hormonais, metabólicas, somáticas, psíquicas e sociais, que se manifestam ou não por sinais e sintomas que caracterizam a síndrome climatérica (WHO 1996; WILSON 2003; GOLDSTEIN et al. 2004).

As mulheres no climatério, mais frequentemente após a menopausa, podem apresentar uma lubrificação vaginal menos intensa e mais demorada, sendo necessário, às vezes, um maior estímulo sexual. É possível ocorrer também um adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor nas relações sexuais, tornando a perspectiva do sexo com penetração, motivo de ansiedade e de falta de satisfação. Os sintomas da menopausa e as respostas sexuais não são os mesmos para todas as mulheres. É necessário compreender esses fatos de forma mais global, levando em consideração a integralidade da vida (Ministério da Saúde 2008).

Em relação à função sexual; ela está intimamente associada a uma qualidade de vida satisfatória. A atividade sexual tem impacto na satisfação sexual do paciente, em diversos aspectos da vida pessoal e em suas relações (ARAÚJO et al. 2010). Trata-se de uma dimensão da sexualidade que inclui aspectos referentes as respostas sexuais, ou seja, desejo e excitação sexual, lubrificação e orgasmo (GRUMANN et al. 2001; DONOVAN et al. 2007). O ciclo de resposta sexual é constituído por quatro fases, sendo elas: Desejo (inclui fantasias sexuais e interesses na atividade sexual); Excitação (prazer e mudanças fisiológicas associadas); Orgasmo (clímax do prazer) e Resolução (sensação de bem estar geral, relaxamento e retorno às condições fisiológicas anteriores ao início da atividade sexual). São alterações em uma ou mais

dessas fases que podem desencadear uma disfunção sexual (Associação Americana de Psiquiatria-APA 2003).

O mito de que o fim da menstruação significa o fim da sexualidade é totalmente falso. Ao contrário, a visão e a prática da sexualidade podem se tornar mais amplas e livres, entre outros motivos, pela ausência da possibilidade de uma gravidez indesejada. A libido é influenciada pela presença de outros hormônios, como os androgênios, que estão presentes durante toda a vida e nesta fase encontram menor contraposição estrogênica. Manter uma atividade sexual desejada e prazerosa é saudável e o orgasmo pode melhorar a irrigação pélvica e, conseqüentemente, colaborar para manter o trofismo da pélvis e da mucosa vaginal. O desejo sexual depende muito mais da natureza e da qualidade do relacionamento em si, do que das circunstâncias da idade (Ministério da Saúde 2008).

A disfunção sexual tem como referência na sua classificação, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV). A disfunção sexual de acordo com a CID-10 apresenta-se como os vários modos em que o indivíduo é incapaz de participar da relação sexual como gostaria, (OMS 1993) e segundo o DSM-IV as disfunções sexuais caracterizam-se por perturbação no desejo sexual e alterações fisiopatológicas que caracterizam o ciclo da resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal (APA 2003).

Sabe-se que a prevalência das disfunções sexuais entre as mulheres variam de 19% a 50% (BASSON et al. 2000; PHILLIPS 2000; LEWIS et al. 2004). No Brasil, um estudo realizado por ABDO et al. (2002) demonstrou que as principais disfunções femininas apresentadas foram ausência de orgasmo (29,3%) e falta de

desejo sexual (34,6%). Outro estudo com 206 mulheres pós-menopausa com idades entre 45 e 60 anos, demonstrou que cerca de 25,7% das mulheres negaram prazer ou satisfação sexual (LORENZI e SACIOTO 2006).

1.5 SEXUALIDADE E CÂNCER

A sexualidade é um aspecto importante e está relacionada com a qualidade de vida (MCKEE e SCHOVER 2001). O diagnóstico e o tratamento do câncer propiciam um impacto emocional em muitos aspectos da vida do paciente, assim como aspectos sociais, físicos e psicológicos, ou seja, apresenta efeitos adversos sobre a imagem corporal, resposta sexual, relacionamento e papel social e sexual. Esses processos causam sentimentos e situações que influenciarão na qualidade de vida do paciente de uma forma geral, e diante disso, a forma como se dará a sexualidade a partir desse momento também sofrerá influências (DEFRANK et al. 2007; SOUTHARD e KELLER 2009). Os tratamentos utilizados para o câncer (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) possuem efeitos colaterais que são causadores de disfunção sexual e se encontram diretamente ligados com a diminuição da qualidade de vida. Alguns desses efeitos colaterais influenciam em mudanças vaginais e em uma piora da função sexual (APA 2003; DONOVAN et al. 2007; LEON-PIZARRO et al. 2007).

Alguns dos efeitos colaterais da quimioterapia são: fadiga e queda de cabelo, os quais se associam respectivamente com a perda de desejo e com a imagem corporal e auto-estima, podendo afetar também a função gonadal causando menopausa (STRASSER et al. 2008). Com a alopecia devido à quimioterapia, há

uma diminuição da sensualidade e sexualidade. Mulheres submetidas a tratamento quimioterápico por câncer de mama, independente do tipo de cirurgia submetida, apresentaram prejuízos maiores na função sexual quando comparadas àquelas que não receberam quimioterapia. A quimioterapia, assim como o tamoxifeno (agente quimiopreventivo) podem causar sintomas menopausais mesmo em mulheres pré-menopausa (GANZ et al. 2004; HORMES et al. 2008).

Uma das desvantagens da radioterapia são os efeitos colaterais classificados como agudos ou tardios. Os efeitos agudos se referem àqueles ocorridos durante o tratamento ou entre os primeiros meses do final do tratamento, são eles em geral limitados ao tecido irradiado, com exceção da fadiga. O paciente pode apresentar eritema de pele agudo, hiperpigmentação ou mudanças de escamação, esofagite, laringite, e pode também apresentar mucosite, xerostomia e alopecia. Já os efeitos colaterais tardios ocorrem de meses a anos após o tratamento, o paciente tem um risco aumentado de descoloração de pele e sensibilidade permanente, baixo risco de necrose de pele, xerostomia crônica e alopecia permanente (STRASSER et al. 2008).

Os tipos de cânceres que estão diretamente ligados com o comprometimento da sexualidade em mulheres são os cânceres de mama e ginecológicos. Com a imagem corporal alterada e prejuízo na auto-estima podem ocorrer alterações com a feminilidade e fertilidade, que estão diretamente ligadas a esses tipos de cânceres (ANDERSON et al. 1997; HUGHES 2000). A imagem corporal é o conceito que cada pessoa tem de seu corpo e será influenciada pelas vivências de cada um. Ela é o foco nos sentimentos e atitudes dos pacientes direcionados para os resultados desenvolvidos no seu corpo diante do diagnóstico e tratamento de câncer. A auto-estima é a aceitação de si como pessoa e relacionada a sentimentos de valor pessoal e

de autoconfiança, além de constituir um dos determinantes mais importantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social (DEFRANK et al. 2007; SOUTHARD e KELLER 2009).

Com o advento dos problemas sexuais após o diagnóstico de câncer e o tratamento para o mesmo, vem crescendo o interesse em estudos sobre a função sexual em pacientes com câncer ginecológico (JENSEN et al. 2003). De acordo com estudos de diversos autores, mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico relataram alterações de humor, ideação suicida, depressão, sintomas menopausais e comprometimento da função sexual (LUTGENDORF et al. 2002; HAWIGHORST-KNAPSTEIN et al. 2004; ELL et al. 2005; FRUMOVITZ et al. 2005). Há divergências entre autores a respeito de diferentes procedimentos para o tratamento de câncer de colo de útero e a sexualidade. Alguns autores afirmam que com a realização da cirurgia de histerectomia, ocorrem mudanças vaginais (diminuição da lubrificação, dispareunia, redução do tamanho da vagina entre outros) tendo, portanto, impacto na função sexual (BERGMARK et al. 1999; JENSEN et al. 2004a). Outros, como GRUMANN et al. (2001) sugerem que essas pacientes não apresentam comprometimentos severos na função sexual após o tratamento de histerectomia radical apenas.

Resultados com maiores prejuízos para a função sexual em pacientes com câncer de colo de útero têm sido reportados por pacientes que são tratadas com radioterapia externa ou braquiterapia, pois ocasionam dificuldades quanto à atividade sexual e satisfação sexual após o tratamento. Ele tem como consequência o encurtamento do canal vaginal, diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia, perda de sensações e redução da libido. Outro fator que também foi relatado e que se

associa à deterioração da qualidade de vida, e conseqüentemente a prejuízos da função sexual, são sintomas como dor, complicações intestinais (diarréia, obstrução e outros) e complicações urinárias (incontinência urinária entre outras) após o tratamento com radioterapia. Além disso, a radioterapia ocasiona um aumento significativo em sintomas da menopausa como ondas de calor e ressecamento vaginal (BYE et al. 2000; JENSEN et al. 2003; JURASKOVA et al. 2003; FRUMOVITZ et al. 2005; DONOVAN et al. 2007).

Diante dessas diferenças em relação à sexualidade e o tratamento para câncer de colo de útero em estadio inicial através de cirurgia ou radioterapia, ou ambos, sabemos que sobreviventes de câncer de colo de útero tratadas com cirurgia têm menos relato de disfunção sexual que as tratadas com radioterapia. Essas mulheres podem apresentar prejuízos na função sexual até cinco anos ou mais da irradiação, portanto é recomendado um dilatador vaginal ou relações sexuais frequentes após a radioterapia como um esforço para manter o comprimento, a largura e a elasticidade do canal vaginal (JENSEN et al. 2003; FRUMOVITZ et al. 2005).

O diagnóstico de câncer de mama é algo que provoca reações diversas nas mulheres, entre essas reações estão; depressão, ansiedade, culpa, percepção negativa da auto-estima entre outros problemas psicológicos. Todas as modalidades terapêuticas para o câncer de mama em estadio inicial (mastectomia, radioterapia, quimioterapia entre outras) têm um impacto significativo na qualidade de vida e na função sexual feminina tanto a curto prazo quanto a longo prazo (HARBECK e HAIDINGER 2007; HORMES et al. 2008).

Com o ganho da sobrevida em pacientes com câncer de mama, percebe-se cada vez mais a importância de estudos que avaliem os efeitos do câncer e de seu

tratamento. As dificuldades com o funcionamento sexual estão entre os problemas mais comuns e angustiantes vividos pelas mulheres sobreviventes de câncer de mama (THORS et al. 2001). Em um estudo com mulheres sobreviventes de câncer de mama, KORNBLITH e LIGIBEL (2003) observaram que entre 20-30% das mulheres desenvolveram algum tipo de disfunção sexual.

Quanto às consequências dos diversos tipos de tratamento, mulheres que foram submetidas à mastectomia apresentaram efeitos negativos na imagem corporal e na sexualidade, ou seja, a mastectomia provoca um efeito negativo sobre a forma como as mulheres percebem a si mesma e ao seu corpo (AVIS et al. 2004). Comparando a diferença na prevalência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama e à mastectomia radical modificada, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Porém, mulheres submetidas à cirurgia reconstrutora imediatamente após a mastectomia apresentaram resposta significativamente melhor em relação à sexualidade e auto-imagem (YEO et al. 2004; MONTEIRO-GRILLO et al. 2005).

Em relação a esta influência nos diversos tipos de cânceres, observou-se que o câncer de pulmão apresenta prejuízos para a qualidade de vida, inclusive diminuição na função sexual, com ressecamento vaginal, diminuição da libido e comprometimento com a imagem corporal (GOODELL 2007; SHELL et al. 2008). Mulheres com leucemia também apresentaram prejuízos na função sexual com diminuição do interesse sexual e menos satisfação sexual (LEE et al. 2000). E mulheres com estomas relataram prejuízo na sexualidade, na auto-estima, imagem corporal, além de sintomas como dispareunia (dor genital durante o ato sexual), ressecamento vaginal e perda da sensação perineal (WEERAKON 2001;

WILLIAMS 2006).

O câncer de cabeça e pescoço apresenta uma relação quanto à imagem corporal quando esse se apresenta aumentado, o que pode influenciar na auto-estima, levando a paciente a ter sentimentos como o medo de ser rejeitado por outras pessoas assim como por seu parceiro (MONGA 2002). Porém, WOJEWODA et al. (2005) em seu estudo com 93 pessoas com diagnóstico de bócio nodular tratadas cirurgicamente, relataram que o tratamento não teve influência na sexualidade.

1.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL

Existem alguns instrumentos hoje disponíveis para a avaliação da função sexual e detecção de disfunções sexuais. A Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) foi traduzida e validada para a população brasileira com pacientes oncológicos. É auto-aplicável e possui cinco itens, levando aproximadamente 15 minutos para ser respondida, além de possuir perguntas consideradas pouco intrusivas. Os domínios medidos através dessa escala estão de acordo com os domínios da função sexual descritas pelo DSM-IV e CID-10 (desejo, excitação, lubrificação vaginal e orgasmo), além de demonstrar características desejáveis para a medida de resultados psicológicos, de fácil administração e de quantificação precisa dos elementos centrais da disfunção sexual (MCGAHUEY et al. 2000; MATHIAS et al. 2005).

O instrumento Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) avalia vários domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos) e foi elaborado e validado para a população

Brasileira. Esse questionário é composto de 10 questões, trata-se de uma escala tipo Likert com respostas variando de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão (ABDO 2006, 2009).

Outros instrumentos também avaliam a função sexual, assim como o Female Sexual *Function Index* (FSFI) que é muito utilizado. Trata-se de um inventário auto-aplicável de 19 itens criado para medir a função sexual feminina. Ele mede seis domínios incluindo: desejo sexual, excitação (subjetiva e fisiológica), lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (ROSEN et al. 2000). Esse instrumento foi validado para a população brasileira (HENTSCHEL et al. 2007). Há também um instrumento que avalia problemas sexuais e vaginais após o tratamento para câncer ginecológico. Esse instrumento é o *Sexual Function- Vaginal Changes Questionnaire* (SVQ), um questionário composto por 27 itens que foi desenvolvido e validado para ser um suplemento dos aspectos gerais da qualidade de vida acessada pelo European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Core-30 (EORTC-QL-C30). Ele contém itens relacionados com cinco áreas da disfunção sexual feminina, sendo eles: interesse sexual, lubrificação, orgasmo, dor e satisfação sexual, além de itens sobre problemas vaginais, problemas sexuais com o parceiro, intimidade e imagem corporal (JENSEN et al. 2004b). O *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (DSFI) é um instrumento de medida multidimensional da função sexual humana em dez áreas: informação, experiência, impulso, atitudes, definição do papel do gênero, sintomas psicológicos, humor, fantasia, imagem

corporal e satisfação sexual (DEROGATIS e MELISARATOS 1979).

Porém, apesar da diversidade de instrumentos, o que utilizamos no estudo em questão foi o QS-F para avaliar a função sexual de mulheres atendidas em Hospital Oncológico devido ao fato do QS-F avaliar o desempenho/satisfação sexual feminina de forma geral e também domínio por domínio desta atividade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a função sexual de mulheres submetidas a tratamento de câncer de colo de útero, mama e tireóide, comparando-as com pacientes que passaram por consulta de rotina ginecológica, com bócio e com neoplasia benigna da mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os domínios de função sexual, bem como o escore total;
- Comparar as médias dos domínios de função sexual e do escore total segundo o grupo de pacientes (rotina ginecológica, bócio, com neoplasia benigna da mama, câncer de mama, câncer de colo de útero e com câncer de tireóide);
- Descrever o padrão de desempenho sexual para a casuística total e verificar sua associação com grupo de pacientes (rotina ginecológica, bócio, com neoplasia benigna da mama, câncer de mama, câncer de colo de útero e com câncer de tireóide);
- Comparar a presença de disfunção sexual segundo o grupo de pacientes (rotina ginecológica, bócio, com neoplasia benigna da mama, câncer de mama, câncer de colo de útero e com câncer de tireóide).

3 PACIENTES E MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, de coleta prospectiva.

3.1 CASUÍSTICA

Foram convidadas a participar do estudo as pacientes que frequentavam o ambulatório de Ginecologia, Mastologia e Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo e que tivessem entre 40 e 60 anos. Pacientes com câncer de colo de útero, mama ou tireóide, em estádios I ou II, bem como pacientes de rotina ginecológica, neoplasia benigna da mama ou bócio, constituíram o grupo de estudo. A amostra deveria ter, no mínimo, três meses de término de tratamento durante as suas consultas médicas de seguimento. Foram excluídas as mulheres que não possuíam vida sexual ativa há mais de 30 dias, que apresentassem depressão avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck (BECK et al. 1961) ou que estivessem em uso de psicotrópicos, além daquelas que por algum motivo não conseguissem compreender o idioma Português.

3.2 MÉTODO

A pesquisadora em questão chegava ao departamento pela manhã e verificava todos os prontuários de atendimento do dia, localizando assim quais pacientes se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo. Permanecia o dia inteiro para

convidar a participar do estudo as pacientes que comparecessem às consultas médicas pré-agendadas. Foram treinados psicólogos para auxiliar na coleta de dados.

Após a abordagem da paciente, foi explicado o objetivo da pesquisa e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 5) e perguntado se a mesma aceitava participar. Após o consentimento, foram esclarecidas dúvidas a respeito de a paciente possuir vida sexual ativa e então solicitava-se a assinatura do TCLE. Em seguida a pesquisadora deixava a paciente à vontade para responder aos questionários (Sócio demográfico, Inventário de Depressão de Beck e QS-F) sozinha e ficava à disposição para auxiliar em qualquer dúvida que ela apresentasse.

Terminado o preenchimento de todo o questionário, a pesquisadora conferia se alguma pergunta havia ficado em branco, e se isso tivesse ocorrido, era solicitado à paciente que respondesse. Após o questionário estar completo, a pesquisadora agradecia à paciente e encerrava essa etapa da coleta de dados.

Em seguida a pesquisadora coletava informações do prontuário a respeito da doença e do tratamento da paciente.

3.2.1 Questionário sócio demográfico (Anexo 1)

Foi preenchido, pelas pacientes, o questionário com variáveis sócio demográficas para a caracterização da amostra.

3.2.2 Dados a serem coletados do prontuário das pacientes (Anexo 2)

Os dados referentes aos tipos de tratamentos aos quais as pacientes se submeteram foram coletados nos respectivos prontuários, pela pesquisadora.

3.2.3 Inventário de Depressão de Beck (Anexo 3)

Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BECK et al. 1988; GORENSTEIN e ANDRADE 2000), já validado para a população Brasileira, para a exclusão de pacientes com depressão.

3.2.4 Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) – (Anexo 4)

Foi aplicado o questionário Quociente Sexual – versão feminina (QS-F), elaborado e validado para a população brasileira, que avalia qualitativa e quantitativamente os domínios da sexualidade da mulher. O QS-F é composto por 10 questões autorresponsivas que abrangem os vários domínios da função sexual (fantasias, desejo/interesse, excitação, orgasmo, dor e satisfação sexual) nos últimos seis meses. Cada questão é respondida em uma escala tipo Likert, que varia de 0 a 5. O QS-F também pode ser interpretado em termos de escore total, avaliando a qualidade geral do desempenho/satisfação sexual da mulher. Escore total ≤ 60 é o ponto de corte sugestivo de disfunção sexual.

Por abranger todas as fases do ciclo de resposta sexual, além de domínios correlatos, o QS-F é também um instrumento que indica em quais aspectos dessa resposta situa(m)-se a(s) dificuldade(s) de cada paciente. Portanto, esse instrumento avalia todas as fases do ciclo de resposta sexual, contemplando ainda outros domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7) e orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Escores baixos (≤ 2) para as questões de números 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes

aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta às preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escores baixos (≤ 2) para estas questões significam pouca capacidade de envolvimento e resposta pobre ao estímulo sexual. Escore alto (≥ 2) para a pergunta 7 confirma presença de dor à relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos (≤ 2) para as questões 9 e 10.

O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. A pontuação total desempenho sexual deve ser aferida como descrito a seguir: 82 – 100 pontos (Bom a Excelente), de 62 – 80 pontos (Regular a Bom), de 42 – 60 pontos (Desfavorável a Regular), de 22 – 40 pontos (Ruim a Desfavorável) e de 0 – 20 pontos (Nulo a Ruim) (ABDO 2006, 2009).

3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO

a) Grupo de pacientes:

- Bócio;
- Câncer de Tireóide;
- Neoplasia Benigna da Mama;
- Câncer de Mama;
- Rotina Ginecológica;

- Câncer de Colo de Útero;

b) Características sociodemográficas:

- Idade;
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Fumante (tabagista);
- Consumo de Álcool (etilista);
- Uso de medicamento;
- Antecedente Psiquiátrico Pessoal;
- Antecedente Psiquiátrico Familiar;
- Diabetes;
- Hipertensão.

c) Característica do parceiro:

- Relacionamento afetivo estável;
- Anos de relacionamento;
- Uso de preservativo.

d) Características clínicas:

- Ano do diagnóstico;
- Tratamento a que foi submetida;
- Tempo de tratamento;
- Já teve outro câncer?;

- Uso de Tamoxifeno;
 - Alterações sexuais pós-tratamento;
 - Disfunção sexual prévia;
 - Estadiamento.
- e) Domínios do QS-F:**
- Desejo e interesse sexual (DIS);
 - Preliminares (PRE);
 - Excitação pessoal e sintonia com parceiro (EPSP);
 - Conforto (CONF);
 - Orgasmo e satisfação (OS).
- f) Disfunção sexual (QS-F):**
- Presente: escore total até 60;
 - Ausente: escore total de 61 ou mais.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A caracterização da amostra foi feita por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo). A consistência interna do QS-F total foi avaliada pelo alfa de Cronbach. Foi avaliada a aderência à distribuição Normal do QS-F Total pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e observou-se que este não possuía esta distribuição. Por isso optou-se por teste não paramétricos na comparação das médias.

A comparação das médias dos domínios do QS-F e do escore total do QS-F segundo grupo de pacientes foi feita pelo teste de Kruskal-Wallis. Caso houvesse diferença estatística, as comparações múltiplas foram feitas pelo teste de Tukey HSD.

A comparação entre a presença de disfunção sexual entre os grupos de pacientes foi feita pela análise de regressão logística univariada e a medida de risco foi o odds ratio (OR).

A análise da associação entre presença de disfunção e as características sócio-demográficas, clínicas e tipo de tumor foi realizada pelo teste de associação pelo qui-quadrado. Este teste também foi utilizado na análise entre o QS-F Total em categorias e o grupo de paciente.

Todas as análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS para Windows (versão 15) e considerou-se estatisticamente significativo quando $p < 0,050$.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital A.C. Camargo sob o nº 1159/08 sendo aprovado para sua realização no dia 03/02/2009 e todas as pacientes assinaram o TCLE. Não se realizou nenhum procedimento invasivo e os pesquisadores se comprometeram a manter sigilo do nome.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta de dados iniciou-se em março de 2009 sendo finalizada em fevereiro de 2011, totalizando 23 meses. Foram abordadas 962 pacientes que estavam em consulta nos departamentos de Ginecologia, Mastologia e Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo, destas, 24 recusaram-se a participar da pesquisa, 757 responderam aos questionários, sendo 519 válidos dentro dos critérios de inclusão (181 mulheres abordadas não possuíam vida sexual ativa, sendo que 38 eram de câncer de mama, 30 de neoplasia benigna da mama, 22 de rotina ginecológica, 60 de câncer de colo de útero, 26 de bócio e 31 de câncer de tireóide) e 238 excluídos por serem de pacientes com depressão ou em uso de psicotrópicos. O grupo de estudo foi composto de 519 mulheres: 100 com câncer de mama, 100 com neoplasia benigna da mama, 61 com câncer de colo de útero, 100 com rotina ginecológica, 100 com câncer de tireoide e 58 com bócio. A idade das pacientes variou de 40 a 60 anos, sendo a média e mediana de 50 anos (desvio padrão=5,8 anos). A duração do relacionamento com o parceiro atual variou de um a 45 anos, com média de 19,2 anos (desvio padrão=11,5 anos) e mediana de 21 anos.

É observado, na Tabela 1, que 53,9% das mulheres tinham idade entre 50 e 60 anos e que 64% possuíam o ensino superior (in) completo na data da entrevista. A maioria (77,5%) era casada/amasiada; 59,9% delas não fumavam, sendo as demais categorizadas como fumantes atuais ou ex-fumantes. O álcool não era ingerido por

64,9% das mulheres e 54,9% delas faziam uso de algum medicamento. Apenas 9,4% relataram antecedentes psiquiátricos pessoais e 19,5% relataram antecedentes psiquiátricos familiar. Ainda na Tabela 1, observa-se que a maioria não apresentava diabetes e nem hipertensão (96,5% e 87,7% respectivamente).

Tabela 1 - Número e porcentagem de mulheres segundo características sócio-demográficas

| Variável | Categoria | N | (%) |
|----------------------------|----------------------------|------------|--------------|
| Grupo | Rotina Ginecológica | 100 | (19,3) |
| | Bócio | 58 | (11,2) |
| | Neoplasia Benigna da mama | 100 | (19,3) |
| | Ca de mama | 100 | (19,3) |
| | Ca de colo de útero | 61 | (11,8) |
| | Ca de Tireóide | 100 | (19,3) |
| Idade | 40-49 anos | 239 | (46,1) |
| | 50-60 anos | 280 | (53,9) |
| Escolaridade | Até Ens. Fundamental | 76 | (14,6) |
| | Ens. Médio (In)Completo | 111 | (21,4) |
| | Ens. Superior (In)Completo | 332 | (64,0) |
| Estado Civil | Solteira | 47 | (9,1) |
| | Casada/Amasiada | 403 | (77,6) |
| | Separada/Divorciada | 52 | (10,0) |
| | Viúva | 17 | (3,3) |
| Tabagista | Não | 311 | (59,9) |
| | Ex-fumante | 153 | (29,5) |
| | Fumante atual | 55 | (10,6) |
| Etilista | Não | 337 | (64,9) |
| | Sim | 182 | (35,1) |
| Uso de medicamento | Não | 234 | (45,1) |
| | Sim | 285 | (54,9) |
| Antecedente Psiq. Pessoal | Não | 470 | (90,6) |
| | Sim | 49 | (9,4) |
| Antecedente Psiq. Familiar | Não | 418 | (80,5) |
| | Sim | 101 | (19,5) |
| Diabetes | Não | 501 | (96,5) |
| | Sim | 18 | (3,5) |
| Hipertensão | Não | 455 | (87,7) |
| | Sim | 64 | (12,3) |
| Total | | 519 | (100) |

Observa-se na Tabela 2 que 85,5% relataram manter um relacionamento afetivo estável, sendo que 36,6% estavam com o parceiro atual entre 25 e 45 anos. Das entrevistadas, apenas 27,4% usavam preservativo durante as relações sexuais.

Tabela 2 - Número e porcentagem de pacientes segundo características do parceiro

| Variável | Categoria | N | (%) |
|--------------------------------|------------------|------------|--------------|
| Relacionamento afetivo estável | Não | 75 | (14,5) |
| | Sim | 444 | (85,5) |
| Anos de relacionamento | 1-14 anos | 170 | (32,8) |
| | 15-24 anos | 159 | (30,6) |
| | 25-45 anos | 190 | (36,6) |
| Uso de Preservativo | Não | 377 | (72,6) |
| | Sim | 142 | (27,4) |
| Total | | 519 | (100) |

A Tabela 3 mostra que o período do diagnóstico se concentrou de 2006 a 2010 (35,8%) e a duração do tratamento foi de 4 a 13 meses, para 22,2% das pacientes. Apenas 3,1% das entrevistadas tiveram outro tipo de câncer além daquele que as incluíam na pesquisa e 9,8% faziam uso de tamoxifeno. Observa-se que 35,3% das pacientes com doença oncológica estavam no estadio I da doença. Quanto aos procedimentos a que foram submetidas, 35,3% passaram por cirurgia e quimioterapia e/ou radioterapia. A duração do tratamento variou de um mês a 13 meses, com média de três meses e meio. Sessenta pacientes relataram alterações na vida sexual após o tratamento, das quais para 9,4% as mudanças foram para a pior e 2,1%, para melhor. Apenas 1,9% das entrevistadas referiram disfunção sexual prévia.

Tabela 3 - Número e porcentagem de pacientes segundo características clínicas

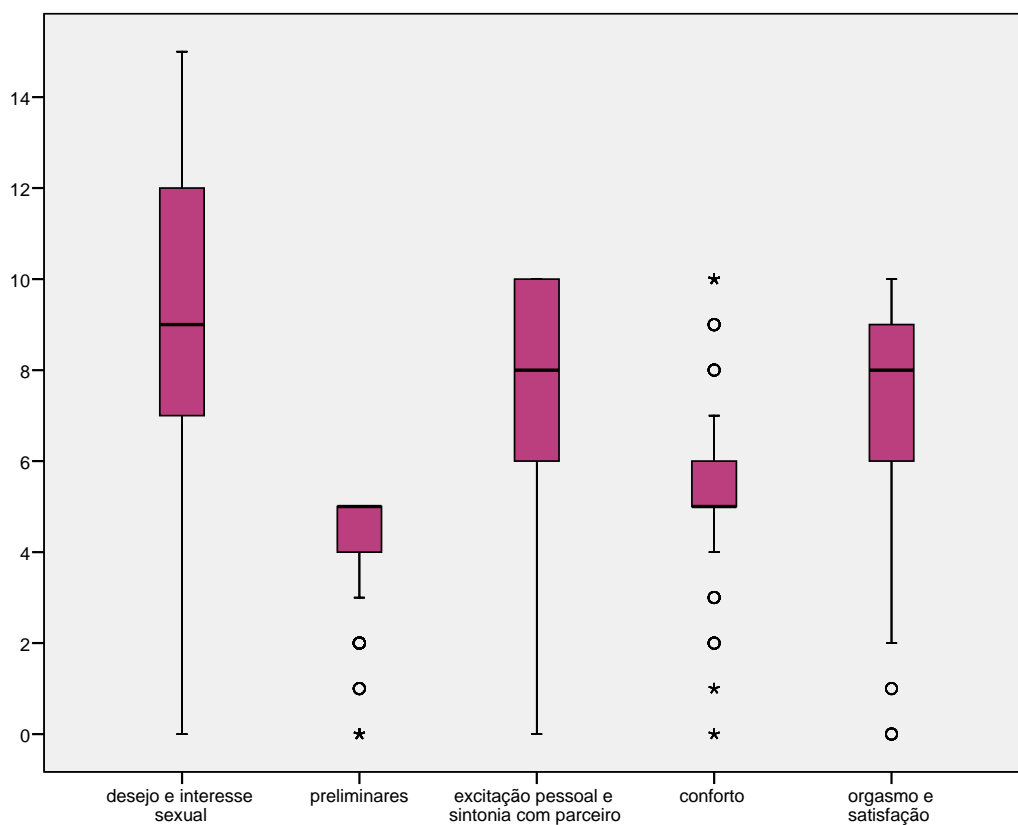
| Variável | Categoria | N | (%) |
|--|------------------------|------------|---------------|
| Ano de diagnóstico | 1981-1999 | 42 | (8,1) |
| | 2000-2005 | 91 | (17,5) |
| | 2006-2010 | 186 | (35,8) |
| Total | | 319 | (61,4) |
| Tempo tratamento (meses) | 1 mês | 84 | (16,2) |
| | 2-3 meses | 82 | (15,8) |
| | 4-13 meses | 115 | (22,2) |
| Total | | 281 | (54,2) |
| Estadiamento | I | 183 | (35,3) |
| | II | 78 | (15) |
| Total | | 261 | (50,3) |
| Procedimento a que foi submetido | Somente Cirurgia | 81 | (15,6) |
| | QT e/ou RxT | 19 | (3,7) |
| | Cirurgia e QT e/ou RxT | 183 | (35,3) |
| Total | | 283 | (54,6) |
| Observou alguma mudança sexual pós tratamento? | Não | 201 | (38,7) |
| | Sim, para pior | 49 | (9,4) |
| | Sim, para melhor | 11 | (2,1) |
| Total | | 261 | (50,2) |
| Uso de tamoxifeno | Não | 468 | (90,2) |
| | Sim | 51 | (9,8) |
| Disfunção prévia | Não | 509 | (98,1) |
| | Sim | 10 | (1,9) |
| Teve outro Câncer | Não | 503 | (96,9) |
| | Sim | 16 | (3,1) |
| Total | | 519 | (100) |

4.2 DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS DO QS-F

A Tabela 4 apresenta a descrição dos domínios do QS-F e de seu total. O escore total variou de 8 a 100 pontos, com média de 70,9 pontos e mediana de 74 pontos. O alfa de Chronbach foi de 0,82, demonstrando boa consistência interna no QS-F Total. Na Figura 1 pode-se observar o Box-Plot dos domínios.

Tabela 4 - Estatística descritiva dos domínios do QS-F e seu total.

| <i>Domínio</i> | <i>média(dp)</i> | <i>mediana</i> | valores mínimo- máximo |
|---|--------------------|----------------|-----------------------------------|
| Desejo e interesse sexual | 9,3 (3,4) | 9 | 0 - 15 |
| Preliminares | 4,1 (1,2) | 5 | 0 - 5 |
| Excitação pessoal e sintonia com parceiro | 7,4 (2,5) | 8 | 0 - 10 |
| Conforto | 5,6 (1,6) | 5 | 0 - 10 |
| Orgasmo e satisfação | 7,1 (2,4) | 8 | 0 - 10 |
| QSF-Total | 70,9 (18,7) | 74 | 8 - 100 |

**Figura 1** - Box Plot dos domínios do QS-F.

4.3 COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS DOMÍNIOS DO QS-F SEGUNDO GRUPO DE PACIENTES

De acordo com a Tabela 5, não houve diferença estatisticamente significativa nas médias dos domínios de desejo e interesse sexual ($p=0,077$), preliminares ($p=0,131$), conforto ($p=0,215$) e orgasmo e satisfação ($p=0,084$). Analisando o domínio de excitação pessoal e sintonia com o parceiro observa-se que a média da rotina ginecológica foi superior à de câncer de colo de útero ($8,0 \times 6,4$; $p=0,002$) e de câncer de mama ($8,0 \times 7,0$; $p=0,058$). Também as médias de câncer de tireóide ($7,7 \times 6,4$; $p=0,020$) e de neoplasia benigna da mama ($7,7 \times 6,4$; $p=0,020$) foram superiores às de pacientes de câncer de colo de útero. Os demais domínios comparados tiveram médias semelhantes ($p>0,05$).

Analisando o escore total do QS-F (QS-F-T), verifica-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,004$) sendo que rotina ginecológica foi maior que câncer de colo de útero ($74,06 \times 65,28$; $p=0,041$) e neoplasia benigna da mama maior que câncer de colo de útero ($74,76 \times 65,28$; $p=0,020$).

Tabela 5 - Comparação dos domínios do QS-F com cada grupo estudado

| Grupo | DIS | PRE | EPSP | CONF | OS | QS-F-Total |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Média (dp) | Média (dp) | Média (dp) | Média (dp) | Média (dp) | Média (dp) |
| Rotina Ginecológica | 9,7 (2,8) | 4,2 (1,0) | 8,0 (2,1) | 5,8 (1,2) | 7,3 (2,0) | 74,6 (15,3) |
| Bócio | 8,7 (2,9) | 3,8 (1,3) | 7,1 (2,7) | 5,7 (1,8) | 6,6 (2,4) | 67,2 (20,2) |
| Neo benigna mama | 9,8 (2,8) | 4,3 (1,0) | 7,7 (2,2) | 5,5 (1,4) | 7,4 (2,2) | 74,7 (16,6) |
| Ca de mama | 9,0 (3,3) | 3,9 (1,4) | 7,0 (2,8) | 5,4 (1,6) | 6,6 (2,5) | 68,0 (21,7) |
| Ca de colo de útero | 8,7 (3,3) | 3,8 (1,3) | 6,4 (2,5) | 5,3 (1,8) | 6,6 (2,6) | 65,3 (18,2) |
| Ca de Tireóide | 9,3 (3,2) | 4,1 (1,2) | 7,7 (2,2) | 5,3 (1,4) | 7,2 (2,4) | 72,4 (18,7) |
| p* | 0,077 | 0,131 | 0,003 | 0,215 | 0,084 | 0,004 |

Legenda: dp = desvio padrão; DIS = Desejo e interesse sexual; PRE = Preliminares; EPSP = Excitação pessoal e sintonia com parceiro; CONF = Conforto; OS = Orgasmo e satisfação
p*: Kruskal-Wallis

4.4 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O PADRÃO DE DESEMPENHO SEXUAL E GRUPO DE PACIENTES

A Figura 2 apresenta a porcentagem de pacientes segundo padrão de desempenho sexual. Verifica-se que mais da metade das mulheres apresentavam escores com valores superiores a 60 pontos, respectivamente, regular a bom (39,7%) e bom a excelente (33,5%). Devido ao pequeno número de casos na categoria com até 20 pontos (1,7%), optou-se por fazer a análise da associação (Tabela 6) agrupando as categorias com pontuação mais baixa, respectivamente, ruim a desfavorável (21-40 pontos) e nulo a ruim (0-20 pontos). Não houve associação estatisticamente significativa entre padrão de desempenho sexual e grupo de pacientes ($p=0,075$)

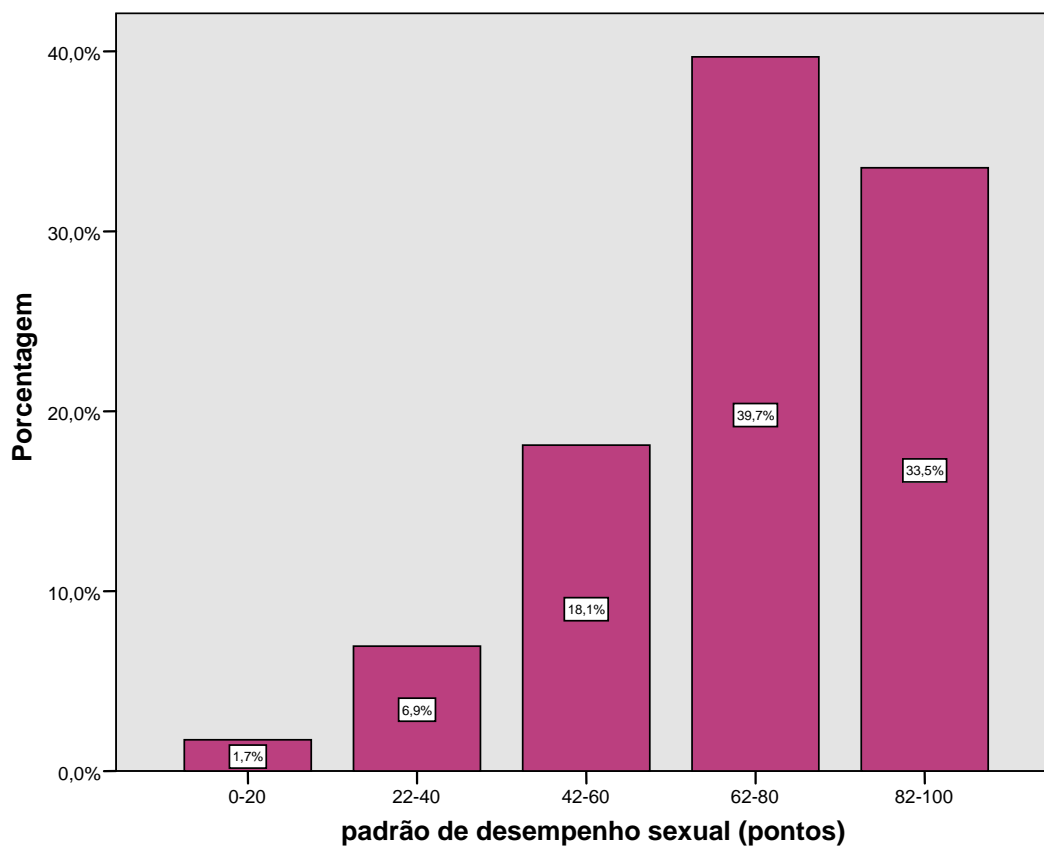


Figura 2 - Porcentagem de pacientes segundo padrão de desempenho sexual

Tabela 6 - Número e porcentagem de pacientes segundo padrão de desempenho sexual e grupo.

| <i>grupo</i> | <i>Padrão de desempenho sexual</i> | | | | Total |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| | nulo a desfavorável N(%) | desfavorável a regular N(%) | regular a bom N(%) | bom a excelente N(%) | |
| | Rotina ginecológica | 5 (5,0) | 16 (16,0) | 44 (44,0) | |
| Bócio | 7 (12,1) | 10 (17,2) | 26 (44,8) | 15 (25,9) | 58 (100,0) |
| Neo benigna Mama | 5 (5,0) | 15 (15,0) | 37 (37,0) | 43 (43,0) | 100 (100,0) |
| Ca de mama | 12 (12,0) | 22 (22,0) | 31 (31,0) | 35 (35,0) | 100 (100,0) |
| Ca de colo de útero | 9 (14,8) | 14 (23,0) | 28 (45,8) | 10 (16,4) | 61 (100,0) |
| Ca de tireóide | 7 (7,0) | 17 (17,0) | 40 (40,0) | 36 (36,0) | 100 (100,0) |
| Total | 45 (8,7) | 94 (18,1) | 206 (39,7) | 174 (33,5) | 519 (100,0) |

Legenda: 0 – 20 pontos = Nulo a Ruim; 22 – 40 pontos = Ruim a Desfavorável; 42 – 60 pontos = Desfavorável a Regular; 62 – 80 pontos = Regular a Bom; 80 – 100 pontos = Bom a Excelente
 p^* (teste de associação pelo qui-quadrado)= 0,075

4.5 COMPARAÇÃO DA PRESENÇA DA DISFUNÇÃO SEXUAL SEGUNDO GRUPO DE PACIENTE

O risco significativo para disfunção sexual é na paciente com câncer de colo de útero quando comparada com a paciente da rotina ginecológica (OR=2,3; $p=0,023$) e para as pacientes com câncer de mama (OR=1,9; $p=0,041$). Para os demais grupos, o risco é semelhante ($p>0,05$).

Tabela 7 - Comparação dos grupos em relação à presença de disfunção sexual

| Grupo | Disfunção sexual (QS-F) | | | OR | p* |
|---------------------|-------------------------|---------------------|-------------|-----|-------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | Total N (%) | | |
| Rotina Ginecológica | 79 (79) | 21 (21) | 100 (100) | 1,0 | |
| Bócio | 41 (70,7) | 17 (29,3) | 58 (100) | 1,6 | 0,241 |
| Neo benigna mama | 80 (80) | 20 (20) | 100 (100) | 0,9 | 0,861 |
| Ca de mama | 66 (66) | 34 (34) | 100 (100) | 1,9 | 0,041 |
| Ca de colo de útero | 38 (62,3) | 23 (37,7) | 61 (100) | 2,3 | 0,023 |
| Ca de tireoide | 76 (76) | 24 (24) | 100 (100) | 1,2 | 0,612 |

p*: regressão logística univariada

4.6 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESENÇA DE DISFUNÇÃO E AS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Quanto à presença de disfunção e as variáveis de estudo foram utilizados para as análises apenas o grupo de estudo de pacientes com câncer (colo de útero, tireoide e mama), excluindo assim, a partir deste momento, os pacientes do grupo controle (neoplasia benigna da mama, bócio e rotina ginecológica). Essa escolha se deu devido ao fato de observar se algumas das variáveis do estudo apresentaram influências na função sexual de acordo com o grupo de pacientes com câncer.

É possível observar na Tabela 8, que as mulheres do grupo de 50 a 60 anos apresentam mais disfunção sexual do que as do grupo de 40 a 49 anos (41,3% x 17,3%; $p < 0,001$). Verifica-se também que a porcentagem de mulheres com disfunção sexual é menor naquelas com escolaridade de nível superior (in)completo (20% x 41,5% x 50%; $p < 0,001$).

Tabela 8 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto à idade e escolaridade

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | p* |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|--------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | |
| Idade | | | |
| 40 a 49 anos | 92 (82,7) | 19 (17,3) | <0,001 |
| 50 a 60 anos | 88 (58,7) | 62 (41,3) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Escolaridade | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | p* |
| Até ens. Fundamental completo | 29 (50) | 29 (50) | <0,001 |
| Até ens. Médio (in)completo | 31 (58,5) | 22 (41,5) | |
| Ens. Superior (in)completo | 120 (80) | 30 (20) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

Não foi observada, na Tabela 9, significância estatística quando comparado o estado civil atual com a frequência da disfunção sexual ($p=0,467$). O mesmo é observado em relação à estabilidade do relacionamento ($p=0,111$).

Tabela 9 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao estado civil atual e relacionamento afetivo estável

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | p* |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | |
| Estado Civil Atual | | | |
| Solteira | 15 (62,5) | 9 (37,5) | |
| Casada/Amasiada | 137 (68) | 64 (32) | |
| Separada/Divorciada | 20 (74,1) | 7 (25,9) | 0,467 |
| Viúva | 8 (88,9) | 1 (11,1) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Relacionamento afetivo estável | | | |
| Não | 22 (57,9) | 16 (42,1) | |
| Sim | 158 (70,9) | 65 (29,1) | 0,111 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

A Tabela 10 mostra diferença estatisticamente significativa entre mulheres sem disfunção sexual e anos de relacionamento com o parceiro ($p < 0,0001$). Também é possível observar que não houve associação estatisticamente significativa entre as mulheres sem/com disfunção sexual e o uso de preservativo ($p = 0,230$).

Tabela 10 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto aos anos de relacionamento e uso de preservativo

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | p* |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|---------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | |
| Anos de relacionamento | | | |
| 1 a 14 anos | 58 (77,3) | 17 (22,7) | |
| 15 a 24 anos | 67 (80,7) | 16 (19,3) | |
| 25 a 45 anos | 55 (53,4) | 48 (46,6) | <0,0001 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Uso de preservativo | | | |
| Não | 132 (67) | 65 (33) | |
| Sim | 48 (75) | 16 (25) | 0,230 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

Na Tabela 11 não foi observada significância estatística quando comparado o tabagismo com a presença de disfunção sexual ($p=0,835$). O mesmo é observado quanto ao etilismo e a disfunção sexual ($p=0,711$).

Tabela 11 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual, Tabagista e Etilista

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | p* |
|------------------|-------------------------|------------------------|-------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | |
| Tabagista | | | |
| Não | 104 (67,5) | 50 (32,5) | 0,835 |
| Ex-fumante | 59 (71,1) | 24 (28,9) | |
| Fumante atual | 17 (70,8) | 7 (29,2) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Etilista | | | |
| Não | 118 (68,2) | 55 (31,8) | 0,711 |
| Sim | 62 (70,5) | 26 (29,5) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

Não foi observada, na Tabela 12, significância estatística quando comparado o uso de medicamento com a presença de disfunção sexual ($p=0,120$). O mesmo é observado quanto aos antecedentes psiquiátricos pessoais e a disfunção sexual ($p=0,476$), assim como quando comparado aos antecedentes psiquiátricos familiar e a disfunção sexual ($p=0,368$).

Tabela 12 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao uso de medicamento, antecedentes psiquiátricos pessoais e antecedentes psiquiátricos familiar

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | |
|--|--------------------------------|---------------|-------|
| Uso de medicamento | Sem disfunção | Com disfunção | p* |
| | N (%) | N (%) | |
| Não | 69 (75) | 23 (25) | |
| Sim | 111 (65,7) | 58 (34,3) | 0,120 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Antecedentes psiquiátricos pessoais | Sem disfunção | Com disfunção | p* |
| | N (%) | N (%) | |
| Não | 163 (69,7) | 71 (30,3) | |
| Sim | 17 (63) | 10 (37) | 0,476 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Antecedentes psiquiátricos familiar | Sem disfunção | Com disfunção | p* |
| | N (%) | N (%) | |
| Não | 145 (67,8) | 69 (32,2) | |
| Sim | 35 (74,5) | 12 (25,5) | 0,368 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

Na Tabela 13, quando comparado o tempo de tratamento com a presença de disfunção sexual, não é observada diferença estatisticamente significativa ($p=0,413$), assim como quando comparamos o tratamento a que foram submetidas e presença de disfunção sexual ($p=0,889$) e ter tido outro câncer além daquele que a incluiu na pesquisa ($p=0,178$).

Tabela 13 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao tempo de tratamento, ao tratamento a que foi submetida e ter tido outro câncer além daquele que a incluiu na pesquisa.

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | p* |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | |
| Tempo de tratamento | | | |
| 1 mês | 49 (67,1) | 23 (32,9) | 0,413 |
| 2 a 3 meses | 56 (74,7) | 19 (25,3) | |
| 4 a 13 meses | 75 (65,8) | 39 (34,2) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31,3) | |
| Tratamento a que foi submetido | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | p* |
| Só cirurgia | 40 (67,8) | 19 (32,2) | 0,889 |
| QT e/ou RxT | 14 (73,7) | 5 (26,3) | |
| Cirurgia e QT e/ou RxT | 126 (68,9) | 57 (31,1) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Teve outro câncer? | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | p* |
| Não | 172 (69,9) | 74 (30,1) | 0,178 |
| Sim | 8 (53,3) | 7 (46,7) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

É possível observar na Tabela 14, que não houve significância estatística quando comparado o uso de tamoxifeno com presença de disfunção sexual ($p=0,399$). O mesmo é observado em relação ao fato de ter hipertensão ($p=0,479$). Porém quando relacionamos o diabetes com a frequência da disfunção sexual, é possível observar que existe diferença estatisticamente significativa nesta relação ($p=0,019$).

Tabela 14 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto ao uso de tamoxifeno, ao fato de ter diabetes e ao fato de ter hipertensão.

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------|-------|
| Uso de tamoxifeno? | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | p* |
| Não | 148 (70,1) | 63 (29,9) | |
| Sim | 32 (64) | 18 (36) | 0,399 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Diabetes | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | p* |
| Não | 177 (70,2) | 75 (29,8) | |
| Sim | 3 (33,3) | 6 (66,7) | 0,019 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Hipertensão | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | p* |
| Não | 159 (69,7) | 69 (30,3) | |
| Sim | 21 (63,6) | 12 (36,4) | 0,479 |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

Na Tabela 15, verifica-se que em relação à percepção da própria mulher quanto à alteração na função sexual no pós-tratamento, e também o relato de disfunção sexual prévia ao câncer e ao tratamento encontram-se no limite da significância estatística ($p=0,052$ e $p=0,056$, respectivamente).

Tabela 15 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de disfunção sexual quanto a mudança pós-tratamento e disfunção sexual prévia

| Variável | Disfunção sexual (QS-F) | | p* |
|---|-------------------------|------------------------|-------|
| | Sem disfunção N (%) | Com disfunção N (%) | |
| Alterações sexuais no pós-tratamento | | | |
| Não | 144 (71,6) | 57 (28,4) | 0,052 |
| Sim, para pior | 27 (55,1) | 22 (44,9) | |
| Sim, para melhor | 9 (81,8) | 2 (18,2) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |
| Disfunção sexual prévia | | | |
| Não | 178 (69,8) | 77 (30,2) | 0,056 |
| Sim | 2 (33,3) | 4 (66,7) | |
| Total | 180 (69) | 81 (31) | |

p*: teste de associação pelo qui-quadrado

5 DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta uma amostra homogênea quanto ao número de mulheres entrevistadas e seu respectivo grupo de estudo. Apenas nos grupos de Bócio (58 mulheres) e de Câncer de colo de útero (61 mulheres) não foi possível atingir o número de 100 entrevistadas devido ao fato de esgotar as pacientes, que frequentavam o ambulatório em questão para o seu acompanhamento de rotina. Essa dificuldade se deu pelo fato de não encontrar mulheres que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão durante a realização da pesquisa (março de 2009 a fevereiro de 2011). Parcela significativa de mulheres (419) abordadas e entrevistadas correspondiam aos critérios de exclusão. Tal exclusão é importante, pois, de acordo com ABDO (2005), a depressão (prevalente no sexo feminino), o tratamento antidepressivo e outras comorbidades são fatores que conduzem e agravam a disfunção sexual, especialmente o desejo hipotativo. As chances de recuperação e a cronificação do curso da depressão e da disfunção sexual que a acompanha se dá devido ao fato das pacientes abandonarem o tratamento antidepressivo.

O estudo teve como critério de inclusão possuir a idade entre 40 a 60 anos, sendo que 46,1% de mulheres estavam entre 40 e 49 anos e 53,9% com idade entre 50 e 60 anos. Destas, 17,3% das mulheres entre 40 e 49 anos e 41,3% das mulheres entre 50 e 60 anos possuíam disfunção sexual. Esses dados demonstram que neste estudo, quanto maior a idade, maior o risco para desenvolver disfunção sexual. Outros autores que corroboram os resultados encontrados são FLEURY e ABDO (2009), que relatam que o aumento da idade provoca grande variabilidade nos parâ-

metros sexuais, confirmando que a atividade sexual da mulher menopáusicas e pós-menopáusicas depende progressivamente de condições básicas, como bem-estar, saúde física e mental, qualidade do relacionamento e circunstâncias de vida.

Em relação à escolaridade das entrevistadas é possível observar que o maior número (332 mulheres) se concentra em mulheres com ensino superior (in)completo. Quanto à disfunção sexual, mulheres com escolaridade de nível superior (in)completo apresentam menos disfunção sexual do que aquelas com menos anos de estudo, o que corrobora os dados de MANGANIELLO (2008). Na mesma direção, DONOVAN et al. (2007) encontraram que mulheres com menos escolaridade têm maior probabilidade de falta de interesse sexual.

A maioria das entrevistadas é Casada/Amasiada e não apresentou significância estatística, quando comparada quanto ao estado civil atual e a presença de disfunção sexual, assim como as que possuíam um relacionamento afetivo estável, porém, no estudo realizado por MANGANIELLO (2008), onde é relatado que mulheres com relacionamento estável tiveram escores maiores de qualidade de vida em ambos os componentes de sexualidade do que as que não possuíam relacionamento estável. No presente estudo, a diferença estatisticamente significativa estava presente na comparação da frequência de disfunção sexual e anos de relacionamento com o companheiro atual, no qual demonstra que quanto maior o tempo de relacionamento, maior o risco de disfunção sexual. Esse fato pode ser justificado pela afirmação de OLIVEIRA et al. (2008) quando relatam que as alterações sexuais possuem um entrelaçamento com a insatisfação do convívio com o parceiro, explicitado de forma singular na incompreensão e ausência de diálogo conjugal. Porém, é possível observar que o uso de preservativo não influencia nesses

resultados, pois não apresentou significância estatística quando comparamos o uso de preservativo com a frequência de disfunção.

Tratando-se da questão de saúde das participantes do estudo, 59,9% das entrevistadas relataram não fumar, não sendo observada nenhuma significância estatística quando comparado o tabagismo com a frequência da disfunção sexual. Resultado esse corroborado por LAUMANN et al. (2005), demonstra que o tabagismo, segundo estudo em 29 países, possui pouco impacto sobre a função sexual. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, a maioria das mulheres relataram não consumir, e quando comparado com a frequência de disfunção também não apresentou nenhuma significância estatística.

Das entrevistadas, apenas 45,1% relataram não fazer uso de nenhum medicamento, também não apresentando significância estatística quando comparado com a frequência da disfunção sexual, talvez essa diferença não tenha se dado devido ao fato de termos excluído pacientes que faziam uso de psicotrópicos, pois, de acordo com CAREY (2006), medicamentos também podem influenciar a função sexual, devido à ação no sistema nervoso central e periférico, no sistema cardiovascular ou pelos efeitos hormonais.

Quanto aos antecedentes psiquiátricos, apenas 9,4% relataram ter antecedentes psiquiátricos pessoais e 19,5% relataram antecedentes psiquiátricos familiar. Quando comparamos com a presença de disfunção sexual não apresenta nenhuma significância estatística. MEHNERT e KOCH (2008) pontuaram que em seu estudo com sobreviventes de câncer de mama 38% das pacientes apresentaram ansiedade moderada e 22% apresentaram depressão moderada e grave, sendo que a

comorbidade psicológica global foi de 43% e 26% para um provável transtorno psiquiátrico.

O tempo de tratamento, o tratamento a que foi submetido (Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia ou a combinação destes) e o fato de já ter tido outro câncer não apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparado à presença de disfunção sexual. De acordo com esses resultados, podemos observar que se trata de uma variável que vem sendo estudada há algum tempo e que apresenta discordâncias nos resultados encontrados em outros estudos. É possível observar na pesquisa de BROECKEL et al. (2002), que sobreviventes de câncer de mama que passaram por tratamento com quimioterapia apresentam disfunção sexual. As pacientes relataram um pior funcionamento sexual caracterizado por falta de interesse sexual, dificuldade na lubrificação e de atingir o orgasmo. Essa afirmação é contraditória quando comparado ao estudo de STEAD (2003) onde relata que quanto à quimioterapia, no estudo em questão não houve diferença estatística quando comparado o tipo de tratamento e a disfunção sexual. Já no estudo de GRUMANN et al. (2001), foi observado que, de acordo com as pessoas pesquisadas em seu estudo, a cirurgia em paciente com câncer de colo de útero em estágio inicial, não demonstrou prejuízo na função sexual das pacientes. No estudo realizado por SPEER et al. (2005) também não foram encontradas associações entre o tipo de tratamento de câncer e a disfunção sexual.

O fato de a paciente estar usando tamoxifeno também não apresentou diferença estatisticamente significativa neste estudo quando comparado à presença de disfunção sexual. Esse fato apresenta discordância do estudo realizado por MORTIMER et al. (1999), pois relatam que mulheres tratadas com tamoxifeno

apresentaram sintomas de disfunções sexuais. Porém, o estudo realizado por FALLOWFIELD et al. (2001) relata que não foi encontrada nenhuma evidencia de efeitos secundários relacionados com o tratamento do tamoxifeno que afetem o funcionamento sexual das mulheres.

Apenas 3,5% das entrevistadas apresentavam diabetes e 12,3% hipertensão arterial. Porém, quando comparadas as comorbidades à presença de disfunção sexual a diferença estatisticamente significativa estava presente apenas em mulheres com diabetes. Corroborando nossos achados, COPELAND et al. (2012) relata que as mulheres com diabetes estão mais propensas a relatar um nível de satisfação sexual mais baixo quando comparadas com as mulheres sem diabetes, enquanto que àquelas que fazem uso de insulina injetável apresentam problemas relacionados à lubrificação e ao orgasmo. Quanto à hipertensão arterial, nosso estudo difere do estudo realizado por OSHODI et al. (2010), pois relatam que tanto homens quanto mulheres com hipertensão arterial apresentam uma prevalência alta quanto à disfunção sexual.

É importante ressaltar que quando comparadas a presença de disfunção sexual com mudanças pós-tratamento e percepção da própria mulher quanto à disfunção sexual prévia a diferença encontra-se no limite da significância estatística ($p=0,052$ e $p=0,056$, respectivamente). LARA et al. (2012) relatam que mulheres apresentam um prejuízo na função sexual após o tratamento de câncer ginecológico, apresentando sintomas como dores durante a penetração. HAWKINS et al. (2009) observaram que os parceiros das mulheres sobreviventes de câncer apresentam razões positivas e negativas para as mudanças relacionadas à intimidade e sexualidade que ocorrem após o tratamento. Dentre as razões negativas estão o impacto dos tratamentos,

esgotamento devido ao cuidado, e a visão da pessoa como um paciente e não como um parceiro sexual, quanto às razões positivas foi possível verificar a maior proximidade e intimidade entre o casal.

Quanto aos domínios do QS-F e do seu escore total apresentaram boa consistência interna variando de 8 a 100 pontos. Comparando os grupos estudados, é possível observar que quando se trata do domínio de excitação pessoal e sintonia com o parceiro (avaliado por meio do QS-F) há uma diferença estatística que demonstra o fato de pacientes com câncer de colo de útero e pacientes com câncer de mama apresentam um prejuízo maior do que os demais grupos. De acordo com DONOVAN et al. (2007), os sobreviventes de câncer de colo de útero relataram significativamente menos interesse sexual e menor satisfação sexual, apresentando assim maior disfunção sexual. Outros autores que corroboram nossos achados são SHELL et al. (2008) relatando que as dificuldades no relacionamento podem surgir após o diagnóstico de câncer e seu tratamento, caso o(a) paciente oncológico(a) e sua(seu) parceira(o) deixarem de comunicar sentimentos e não compartilhem a mesma necessidade de intimidade

Em relação a análise da associação entre o padrão de desempenho sexual e os grupos de pacientes estudados, não houve associação estatisticamente significativa.

No estudo de MANGANIELLO (2008) realizado com pacientes mastectomizadas, obteve uma resposta de que a maior proporção das mulheres entrevistadas (64,3%) obtiveram desempenho sexual regular a ruim. O que vai contra os nossos achados, pois somente 26,8% das mulheres apresentaram um desempenho sexual de nulo a regular.

Assim como é observado no domínio isolado, também é possível perceber que pacientes com câncer de colo de útero ou de mama apresentam maiores prejuízos à função sexual quando comparadas com os demais grupos. De acordo com o escore total do QS-F, esses dois grupos apresentam disfunção sexual, com diferença estatisticamente significativa. MORREALE (2011) relata que tais cânceres resultam em maior prejuízo da função sexual pelo fato de estarem em áreas relacionadas com a função sexual, apesar de sabermos que todos os tipos de cânceres apresentam um prejuízo na função sexual (LEE et al. 2000; WEERAKON 2001; WILLIAMS 2006; GOODELL 2007; SHELL et al. 2008; MORREALE 2011). Várias fases da sexualidade são afetadas durante e após o tratamento de câncer, envolvendo assim os mecanismos biológicos e psicossociais nas dificuldades apresentadas após o tratamento. Diante disso percebemos que as análises da sexualidade no contexto do câncer de mama não podem conceituar o corpo físico separado do intrapsíquico das mulheres, do seu contexto social e relacional, e das construções discursivas de sexualidade e feminilidade (GILBERT et al. 2010).

Citamos como limitações ao estudo, o fato de que algumas mulheres abordadas já não possuíam vida sexual há mais de um ano. Isto enseja futura investigação, para conhecer o porquê dessas pacientes em pós-tratamento estarem em inatividade sexual e avaliar possível relação de causa e efeito. Outro fator limitante foi a não investigação de possível disfunção sexual do parceiro das entrevistadas.

6 CONCLUSÃO

No presente trabalho é apresentado todos os domínios do QS-F e é demonstrado boa consistência interna no QS-F Total por meio do alfa de Chronback. Há uma diferença estatística no domínio de excitação pessoal e sintonia com o parceiro quando avaliado por meio do QS-F e os grupos de pacientes estudadas. Esse instrumento possui os domínios da função sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos). Esse resultado apresentado demonstra que pacientes com câncer de colo de útero e pacientes com câncer de mama apresentam um prejuízo maior nesses domínios do que os demais grupos estudados.

Quanto ao padrão de desempenho sexual é possível observar que mais da metade das mulheres apresentavam escores com valores superiores a 60 pontos, ficando nos desempenhos de regular a bom e de bom a excelente. Porém, não houve associação estatisticamente significativa entre padrão de desempenho sexual e grupo de pacientes.

As mulheres que realizaram tratamento para câncer de colo de útero e para câncer de mama apresentam risco maior para desenvolver disfunção sexual do que as demais pacientes (câncer de tireóide, rotina ginecológica, bócio e neoplasia benigna da mama), sendo possível observar ao realizar a comparação dos grupos em relação à presença de disfunção sexual.

Idade, escolaridade, tempo de relacionamento e presença de diabetes mostraram ser as variáveis que exercem influência negativa sobre a função sexual.

Alterações na função sexual no pós-tratamento e presença de disfunção sexual prévia referida estão no limite da significância estatística para presença de disfunção sexual.

Conclui-se que os tipos de cânceres mais prejudiciais à função sexual são aqueles diretamente ligados à sexualidade e feminilidade da mulher, sendo eles: câncer de colo de útero e câncer de mama.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ACS] American Cancer Society. **Cancer facts and figure, 2009**. Atlanta: ACS; 2009. Selected cancer ovary; p.16-8.

[APA] Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. Perturbações sexuais e da identidade de gênero; p.535-8.

Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **RBM Rev Bras Med** 2002; 59:250-7.

Abdo CHN. **Depressão e sexualidade**. São Paulo: Lemos; 2005.

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual: versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **RBM Rev Bras Med** 2006; 63:477-82.

Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn Tratamento** 2009; 14:89-1.

Anderson BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual Self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. **J Consult Clin Psychol** 1997; 65:221-9.

Araújo DB, Borba EF, Abdo CHN, et al. Função sexual em doenças reumáticas. **Acta Reumatol Port** 2010; 35:16-23.

Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. **Psychooncology** 2004; 13:295-308.

Bacon SF. Sexo y género. In: Potts A, Short R, editors. **Historia de la sexualidad desde Adán y Eva**. Trad CM Gimeno. Madrid: Cambridge University Press; 2002. p.65-98.

Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **J Urol** 2000; 163:888-93.

Basson R, Ress P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. **J Sex Med** 2010; 7:374-88.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry** 1961; 4:561-71.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. **Clin Psychol Rev** 1988; 8:77-100.

Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. **N Engl J Med** 1999; 340:1383-9.

Bernhard LA. Sexuality and sexual health care for women. **Clin Obstet Gynecol** 2002; 45:1089-98.

Biewenga P, Buist MR, Moerland PD, et al. Gene expression in early stage cervical cancer. **Gynecol Oncol** 2008; 108:520-6.

Brennan M, Wilcken N, French J, Ung O, Boyages J. Management of early breast cancer--the current approach. **Aust Fam Physician** 2005; 34:755-60.

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.

Bye A, Tropé C, Loge JH, Hjermsstad M, Kaasa S. Health-related quality of life and occurrence of intestinal side effects after pelvic radiotherapy- evaluation of long-term effects of diagnosis and treatment. **Acta Oncol** 2000; 39:173-80.

Carey JC. Pharmacological effects on sexual function. **Obstet Gynecol Clin North Am** 2006; 33:599-620.

Carlsson M, Strang P, Bjurström C. Treatment modality affects long-term quality of life in gynaecological cancer. **Anticancer Res** 2000; 20:563-8.

Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. **Thyroid** 2006; 16:109-42.

Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. **Obstet Gynecol** 2012; 120:331-40.

DeFrank JT, Mehta CC, Stein KD, Baker F. Body image dissatisfaction in cancer survivors. **Oncol Nurs Forum** 2007; 34:E36-E41.

Delbridge L. Solitary thyroid nodule: current management. **ANZ J Surg** 2006; 76:381-6.

Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. **J Sex Marital Ther** 1979; 5:244-81.

Donovan KA, Taliaferro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Wenham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates. **Gynecol Oncol** 2007; 104:428-34.

Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. **J Clin Oncol** 2005; 23:3052-60.

Fallowfield L, Fleissig A, Edwards R, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: psychosocial impact on women participating in two randomized controlled trials. **J Clin Oncol** 2001; 19:1885-92.

Fleury HJ, Abdo CHN. Desejo sexual feminino. **Diagn Tratamento** 2009; 14:47-51.

Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. **J Clin Oncol** 2005; 23:7428-36.

Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. **J Natl CancerInst** 2004; 96:376-87.

Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. **Maturitas** 2010; 66:397-407.

Goldstein I, Traish A, Kim N, Munarriz R. The role of sex steroid hormones in female sexual function and dysfunction. **Clin Obstet Gynecol** 2004; 47:471-84.

Gonçalves V. Long term quality of life in gynecological cancer survivors. **Curr Opin Obstet Gynecol** 2010; 22:30-5.

Goodell TT. Sexuality in chronic lung disease. **Nurs Clin North Am** 2007; 42:631-8.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade L, Zuardi AW, editores. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos; 2000. p.89-95.

Grigsby PW, Herzog TJ. Current management of patients with invasive cervical carcinoma. **Clin Obstet Gynecol** 2001; 44:531-7.

Grumann M, Robertson R, Hacker NF, Sommer G. Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. **Int J Gynecol Cancer** 2001; 11:372-80.

Harbeck N, Haidinger R. The patient experience. **Breast Cancer Res Treat** 2007; 105 Suppl 1:91-103.

Hawighorst-Knapstein S, Fuschhoeller C, Franz C, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. **Gynecol Oncol** 2004; 94:398-403.

Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. **Cancer Nurs** 2009; 32:271-80.

Hayat MJ, Howlader N, Reichman ME, Edwards BK. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. **Oncologist** 2007; 12:20-37.

Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev HCPA** 2007; 27:10-4.

Hormes JM, Litle LA, Gross CR, Ahmed RL, Troxel AB, Schmitz KH. The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. **J Clin Oncol** 2008; 26:1269-74.

Hughes MK. Sexuality and the cancer survivor: a silent coexistence. **Cancer Nurs** 2000; 23:477-82.

Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Peterson MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2003; 56:937-49.

Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function: a longitudinal study. **Cancer** 2004a; 100:97-106.

Jensen PT, Klee MC, Thranov I, Groenvold M. Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. **Psychooncology** 2004b; 13:577-92.

Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. **Psychooncology** 2003; 12:267-79.

Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. **Semin Oncol** 2003; 30:799-813.

Lara LA, de Andrade JM, Consolo FD, Romão AP. Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment. **Clin J Oncol Nurs** 2012; 16:273-7.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **Int J Impot Res** 2005; 17:39-57.

Lee WL, Yuan CC, Chao HT, Chen PM, Lin HD, Wang PH. Vaginal obliteration after total body irradiation and chemotherapy as treatment for acute myeloid leukemia. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2000; 90:77-9.

Leon-Pizarro C, Gich I, Barthe E, et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. **Psychooncology** 2007; 16:971-9.

Levine M, Moutquin JM, Walton R, et al. Chemoprevention of breast cancer. A joint guideline from the Canadian Task Force on Preventive Health Care and the Canadian Breast Cancer Initiative's Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. **CMAJ** 2001; 164:1681-90.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. **J Sex Med** 2004; 1:35-9.

Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev Assoc Med Bras** 2006; 52:256-60.

Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, et al. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. **Cancer** 2002; 94:131-40.

Manganiello A. **Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida a mastectomia**. São Paulo; 2008. [Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Mathias C, Athanazio RA, Braghiroli MI, et al. Uso da escala de experiência sexual do Arizona (ASEX) na avaliação de disfunção sexual em pacientes oncológicos brasileiros. **J Bras Psiquiatr** 2005; 54:216-20.

Mazzaferri EL. Management of low-risk differentiated thyroid cancer. **Endocr Pract** 2007; 13:498-512.

McEvoy SP, Ingram DM, Byrne MJ, et al. Breast cancer in Western Australia: clinical practice and clinical guidelines. **Med J Aust** 2004; 181:305-9.

McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. **J Sex Marital Ther** 2000; 26:25-40.

McKee AL Jr, Schover LR. Sexuality rehabilitation. **Cancer** 2001; 92(4 Suppl):1008-12.

Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. **J Psychosom Res** 2008; 64:383-91.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília: MS; 2008.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2012 Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Monga U. Sexual functioning in câncer patients. **Sex Disabil** 2002; 20:277-95.

Monteiro-Grillo I, Marques-Vidal P, Jorge M. Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. **Clin Transl Oncol** 2005; 7:499-503.

Morreale MK. The impact of cancer on sexual function. **Adv Psychosom Med** 2011; 31:72-82.

Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH. Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. **J Clin Oncol** 1999; 17:1488-92.

Moradi T, Nordqvist T, Allebeck P, Galanti MR. Risk of thyroid cancer among Iranian immigrants in Sweden. **Cancer Causes Control** 2008; 19:221-6.

Moulder S, Hortobagyi GN. Advances in the treatment of breast cancer. **Clin Pharmacol Ther** 2008; 83:26-36.

[OMS] Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto & Contexto Enferm** 2008; 17:519-26.

Oshodi OY, Adeyemi JD, Oke DA, Seedat S. Sexual dysfunction among subjects with hypertension in a Nigerian teaching hospital. **Nig Q J Hosp Med** 2010; 20:197-204.

Palmieri FM, Perez EA. Managing the early and locally advanced breast cancer patient at high risk for recurrence: recent advances and nursing implications. **Semin Oncol Nurs** 2007; 23:29-36.

Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. **Int J Gynaecol Obstet** 2009; 105:107-8.

Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. **Am Fam Physician** 2000; 62:127-36.

Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther** 2000; 26:191-208.

Shell JA, Carolan M, Zhang Y, Meneses KD. The longitudinal effects of cancer treatment on sexuality in individuals with lung cancer. **Oncol Nurs Forum** 2008; 35:73-9.

Sobin LH, Wittekind Ch. **TNM Classificação dos tumores malignos**. Trad. de A L M Eisenberg. 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004. Tumores de mama; p.137-48.

Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. **Clin J Oncol Nurs** 2009; 13:213-7.

Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. **Breast J** 2005; 11:440-7.

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

Strasser JF, Raben A, Koprowski C. The role of radiation therapy in the management of thyroid cancer. **Surg Oncol Clin N Am** 2008; 17:219-32.

Syrjänen KJ, Syrjänen SM. **Papillomavirus infections in human pathology**. London: John Wiley & Sons LTD; 2000. Prognostic factors for progression of precursors to cancer; p.137-40.

Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. **Cancer Control** 2001; 8:442-8.

Tiltman AJ. The pathology of cervical tumours. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2005; 19:485-500.

Weerakon P. Sexuality and the patient with a stoma. **Sexuality Disabil** 2001; 19:121-9.

Williams J. Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. **Br J Nurs** 2006; 15:760-3.

Wilson MM. Menopause. **Clin Geriatr Med** 2003; 19:483-506.

Witt RL. Initial surgical management of thyroid cancer. **Surg Oncol Clin N Am** 2008; 17:71-91.

Wojewoda B, Juzwiszyn J, Rosinczuk-Tonderys J. Quality of life after surgical treatment of thyroid gland disease. **Rocz Akad Med Bialymst** 2005; 50(Suppl 1): 133-6.

[WHO] World Health Organization. Research on the menopause. **Prog Reprod Health Res** 1996, 40:1-8.

[WHO] World Health Organization. Sexual Health – a new focus for WHO. **Prog Reprod Health Res** 2004, 67:1-8.

Yeo W, Kwan WH, Teo PM, et al. Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. **Psychooncology** 2004; 13:132-9.

Yeung MJ, Serpell JW. Management of the solitary thyroid nodule. **Onologist** 2008; 13:105-12.

Anexo 1 - Questionário Sócio Demográfico

Nome: _____

RGH: _____ **Data da aplicação:** ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil:

- Solteiro (1) Casado/Amasiado (2)
 Separado/Divorciado (3) Viúvo (4)

Quantos Anos de Casado/União? _____

Nível de escolaridade:

- Analfabeto (1) Ensino Fundamental Incompleto (2)
 Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4)
 Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6)
 Ensino Superior Completo (7) Pós-Graduação Incompleto (8)
 Pós Graduação Completo (9)

Localização:

- Tireóide (1) Mama (2) Colo de útero (3)

Tipo:

- Normal (1) Benigna (2) Maligna (3)

Faz uso de Tamoxifeno? Não (0) Sim (1)

Faz uso de algum outro medicamento? Não (0) Sim (1)

Se sim, qual? _____

Fumante: Não (0) Sim (1)

Se sim, quantos cigarros por dia? _____

Ex-Fumante: Não (0) Sim (1)

Se sim, fumou durante quanto tempo? _____

Há quanto tempo está sem fumar? _____

Costuma consumir bebida alcoólica? Não (0) Sim (1)

Se sim, quantas vezes na semana? _____

Que tipo de bebida alcoólica costuma consumir? _____

Antecedentes Psiquiátricos Pessoais: Não (0) Sim (1)

Se sim, qual: _____

Antecedentes Psiquiátricos Familiar: Não (0) Sim (1)

Se sim, qual familiar e que tipo de antecedente psiquiátrico? _____

Já teve outro tipo de câncer? Não (0) Sim (1)

Se sim, que tipo de câncer e quando? _____

Uso de preservativo: Não (0) Sim (1)

Opinião sobre mudanças da vida afetiva e sexual após o diagnóstico: _____

Como era a Vida afetiva e Sexual antes do diagnóstico? _____

Anexo 2 - Dados a serem coletados do prontuário das pacientes

Estadiamento: _____ I (1) II (2) III (3)

Data do diagnóstico: ____/____/____

Procedimentos a que foi submetido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radioterapia (1) | <input type="checkbox"/> Quimioterapia Adjuvante (2) |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia (3) | <input type="checkbox"/> Quimioterapia Neo-Adjuvante (4) |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia + Quimioterapia (5) | <input type="checkbox"/> Cirurgia + Radioterapia (6) |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia + Radioterapia (7) | <input type="checkbox"/> Outras (8): _____ |

Tempo Total de tratamento: _____

Data da cirurgia: _____

Data de início e data final da quimioterapia: _____

Quantidade de Ciclos da Quimioterapia: _____

Data de início e data final da radioterapia: _____

Carga de Radioterapia: _____

Quantidade de Sessões de Radioterapia: _____

Exame físico (profundidade e aspecto da vagina): _____

Anexo 3 - Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que serei punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Agora, choro o tempo todo.
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.

12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.

1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Acredito que pareço feio.

15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

3 Não consigo mais fazer trabalho algum.

16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.

1 Perdi mais de dois quilos e meio.

2 Perdi mais de cinco quilos.

3 Perdi mais de sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.

2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Gorenstein, C., & Andrade, L. (2000). Inventário de Depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. In C. Gorenstein, L. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia (pp. 89-95). São Paulo, SP: Lemos.

Anexo 4 - Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de sua vida sexual e considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca 1 = raramente 2 = às vezes 3 = aproximadamente metade das vezes

4 = a maioria das vezes 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

0 1 2 3 4 5

Resultado = padrão de desempenho sexual: Como somar os pontos:

| | | |
|-----------------|------------------------|--|
| 82 – 100 pontos | Bom a Excelente | $2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5$ |
| 62 – 80 pontos | Regular a Bom | $+ Q_6 + [5-Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$ |
| 42 – 60 pontos | Desfavorável a Regular | (Q = questão) |
| 22 – 40 pontos | Ruim a Desfavorável | [5-Q ₇] = a questão 7 requer que |
| 0 – 20 pontos | Nulo a Ruim | se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões. |

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **RBM Rev Bras Med** 2006; 63:477-82.

Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nome da paciente: _____

Documento de Identidade (RG): _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Título do Projeto: Comparação entre a função sexual de mulheres com câncer em estadio inicial de colo de útero, tireóide e mama.

Departamento de Psiquiatria e Psicologia

Pesquisadora responsável: Dra Célia Lídia da Costa

Cargo: Diretora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia

Fui informada sobre o estudo em questão que tem como objetivo avaliar a função sexual de mulheres submetidas a tratamento oncológico por câncer de colo de útero, mama ou tireóide. Para a realização e participação no mesmo, as pacientes responderão a questionários que remeterão informações importantes a respeito da vida e sexualidade da paciente. Sendo um questionário sócio-demográfico para caracterização da amostra; um inventário que avalia depressão e duas escalas sobre sexualidade. Os questionários serão realizados durante as consultas médicas de acompanhamento no respectivo departamento após dois a cinco anos do término do tratamento.

A participação no estudo é voluntária, por isso é garantido à paciente o direito da sua recusa em participar ou da retirada de seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe proporcione qualquer prejuízo ao seu tratamento ou seguimento em nossa instituição. Sabendo que as informações obtidas serão analisadas e que a identidade dos pacientes será preservada. Os dados coletados serão utilizados somente para pesquisa e os resultados deverão ser vinculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas ou em encontro científicos, mantendo sempre o sigilo das pacientes.

O presente estudo não apresenta nenhum risco físico ou psicológico para a paciente que dele participar. Esse estudo tem como expectativa uma melhor compreensão das pacientes quanto às influências do tratamento oncológico na sexualidade, podendo assim melhorar a assistência a essas possíveis dificuldades.

A paciente tem a garantia de acesso sobre qualquer esclarecimento de dúvida sobre o estudo em qualquer etapa, podendo entrar em contato com a Dra Célia Lúcia da Costa através do telefone 2189-5119. Se o pesquisador não fornecer os esclarecimentos necessários, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital A.C. Camargo pelo telefone 2189-5020.

Declaro que fui devidamente informada e esclarecida quanto às dúvidas por mim apresentadas e sobre os procedimentos do estudo. Que não haverá remuneração financeira para este estudo, que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso traga prejuízo ao meu tratamento ou seguimento e que minha identidade será preservada. Diante disso, declaro que concordo em participar do estudo.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura da paciente ou responsável legal

Assinatura e carimbo da pesquisadora