

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JULIANE DA SILVEIRA ORTIZ DE CAMARGO LOPES**

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

**GOIÂNIA, 2015**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:       Dissertação       Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):			
E-mail:			
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:			Sigla:
País:		UF:	CNPJ:
Título:			
Palavras-chave:			
Título em outra língua:			
Palavras-chave em outra língua:			
Área de concentração:			
Data defesa: (dd/mm/aaaa)			
Programa de Pós-Graduação:			
Orientador (a):			
E-mail:			
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

\*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do (a) autor (a)

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**JULIANE DA SILVEIRA ORTIZ DE CAMARGO LOPES**

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado  
apresentado ao Programa de Pós-  
Graduação da Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Goiás para obtenção do título de mestre em  
Enfermagem.

**Área de concentração:** A Enfermagem no cuidado à saúde humana

**Linha de Pesquisa:** Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o  
cuidar em saúde e enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Janaína Valadares Guimarães

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Flaviana Vieira

GOIÂNIA, 2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Lopes, Juliane da Silveira Ortiz de Camargo  
Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama [manuscrito] /  
Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes. - 2015.  
LXXXVI, 86 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Janaina Valadares Guimarães; co-orientadora  
Dra. Flaviana Vieira.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade  
de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.  
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de  
tabelas.

1. Câncer de mama. 2. Disfunção sexual. 3. Sexualidade. 4.  
Ansiedade. 5. Depressão. I. Guimarães, Janaina Valadares, orient. II.  
Vieira, Flaviana, co-orient. III. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANE DA SILVEIRA ORTIZ DE CAMARGO LOPES

DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação da Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal  
de Goiás para obtenção do título de  
mestre em Enfermagem

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Janaína Valadares Guimarães – Presidente da Banca e Orientadora  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Karina Machado Siqueira– Membro Efetivo Externo ao Programa  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota – Membro Efetivo  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida – Membro Suplente Externo ao  
Programa  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Marinésia Aparecida do Prado– Membro Suplente  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

## **DEDICATÓRIA**

Ao final desta longa jornada, tenho que dedicar este trabalho às pessoas mais importantes de minha vida, pois sem elas nada disso seria possível. Deus, pelo seu infinito e misericordioso amor. Aos meus pais, por todo amor, carinho, incentivo e dedicação. Meu irmão, pelos momentos de descontração em meio a tanto trabalho. Minha sogra, por seu carinho incondicional e por sempre estar presente nos momentos em que precisei. Minha cunhada, pelo incentivo e compreensão. Meu grande amor, Glicéjo, por permanecer ao meu lado em todos os momentos e por apoiar incondicionalmente este meu grande sonho. E minha princesa, Júliah, meu maior amor, por simplesmente existir em vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por sempre me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior e sabedoria para não desistir e superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas, me suprir em todas as necessidades e por ter colocado pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente eu não conseguiria percorrer esta jornada.

A meus pais, Silvia e Carlos, que sempre me impulsionaram em direção às vitórias dos meus desafios, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional e por sempre acreditarem em minha capacidade.

A meu irmão, Carlos Junior, por sempre estar ao meu lado, me apoiar e incentivar à sua maneira.

A minha sogra, Vilma, e minha cunhada, Taína, que abriram as portas de suas vidas e me acolheram como parte de sua família. Só tenho a agradecer por todo carinho e amor que recebo todos os dias.

A meu querido esposo, Glicéjo, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Isso só me fortaleceu e me fez tentar fazer o melhor de mim. E graças ao seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado.

A minha princesa, Júlia, que desde o primeiro mês de vida está comigo na vida acadêmica, e que é minha inspiração para me tornar mais do que sou até hoje.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Janaína Valadares Guimarães, por acreditar que eu era capaz, por me mostrar o caminho da ciência, pela indiscutível amizade e compreensão em momentos difíceis, por ser um exemplo de profissional e de mulher, e por contribuir para o meu crescimento profissional. Terei sempre orgulho de dizer que fui sua orientanda!

E por último, a FAPEG pelo incentivo, suporte financeiro e por acreditar no potencial desse estudo.

“Peça a Deus que abençoe os  
seus planos, e eles darão certo”

Provérbios 16:3



## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	13
RESUMO.....	14
ABSTRACT.....	15
RESUMEN.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Câncer de mama.....	17
1.2 Fatores emocionais e sexuais na vivência do câncer de mama.....	19
1.3 Disfunção Sexual Feminina.....	21
1.4 Revisão da literatura.....	23
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo geral.....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3 MÉTODOS.....	25
3.1 Desenho do estudo.....	25
3.2 Local da pesquisa.....	26
3.3 Sujeitos do estudo.....	26
3.4 Amostra.....	26
3.5 Critérios de elegibilidade.....	26
3.6 Critérios de exclusão.....	27
3.7 Variáveis exploratórias do estudo.....	27
3.8 Coleta de dados.....	29
3.9 Instrumentos de coleta de dados.....	30
3.10 Operacionalização/Análise dos dados.....	32
3.11 Procedimentos éticos-legais.....	32
3.12 Conflitos de interesse.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
4.1 Artigo 1.....	34
4.2 Artigo 2.....	50

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE 1 .....	69
APÊNDICE 2.....	71
ANEXOS.....	77

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Apresentação das variáveis analisadas durante a pesquisa, segundo modo de avaliação/mensuração. Goiânia-GO, 2015.....	27
Quadro 2: Escores de avaliação do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) de acordo com o fator multiplicação. Goiânia-GO, 2015.....	31
Figura 1.1: Prevalência de disfunção sexual em mulheres com câncer de mama e sua relação com o tipo de tratamento. Goiânia-GO, 2015.....	40
Figura 1.2: Distribuição da média dos escores dos domínios de função sexual conforme presença ou ausência de disfunção, nas mulheres com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015 .....	40
Figura 1.3: Distribuição da média dos escores dos domínios do IFSF, conforme tratamento para o câncer de mama em mulheres com disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	41
Figura 2.1: Ansiedade em função da excitação sexual em mulheres disfuncionais com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	57
Figura 2.2: Depressão em função do desejo sexual em mulheres disfuncionais com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1: Distribuição da disfunção sexual feminina, segundo o tratamento para o câncer de mama em mulheres atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	41
Tabela 1.2: Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos de acordo com a presença ou ausência de disfunção sexual das mulheres com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	42
Tabela 1.3: Distribuição dos aspectos ginecológicos de mulheres com câncer de mama, com ou sem disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	43
Tabela 1.4: Distribuição dos antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama, com ou sem disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	44
Tabela 2.1: Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos de mulheres com câncer de mama atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	55
Tabela 2.2: Distribuição da média dos domínios do IFSF conforme disfunção sexual nas mulheres com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	56
Tabela 2.3: Distribuição da disfunção sexual conforme presença ou ausência de ansiedade e depressão nas mulheres com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	56
Tabela 2.4: Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da sexualidade e a ansiedade e depressão das mulheres com disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015.....	57

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACCG – Associação de Combate ao Câncer de Goiás

CA – Câncer

CEP – Comitê de ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CGESP - Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação

DS – Disfunções Sexuais

DSF – Disfunções Sexuais Femininas

ECOS – Estudo do Comportamento Sexual

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HAI – Hospital Araújo Jorge

HC – Hospital das Clínicas

IFSF – Índice da Função Sexual Feminina

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina

PAG – Punção por Agulha Grossa

RCPGO – Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNM – Tumor, Nódulo, Metástase

UICC – União Internacional contra o Câncer

UFG – Universidade Federal de Goiás

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As disfunções sexuais são alterações que frequentemente acometem mulheres com câncer de mama em decorrência de múltiplos fatores, em especial modificações físicas, tratamento e percurso da doença, mas também pode associar-se a quadros de ansiedade e depressão. **OBJETIVO:** Avaliar a disfunção sexual em mulheres com câncer de mama e seus fatores associados. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado com 167 mulheres, em tratamento para o câncer de mama, em um hospital referência em oncologia em Goiânia-GO, no período de agosto a novembro de 2014. Os fatores associados à disfunção sexual nesse grupo foram avaliados utilizando um roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora, os domínios da sexualidade: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto foram analisados aplicando o “Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)” e a ansiedade e depressão verificadas utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e pela Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Para análise dos dados foram utilizados os testes do qui-quadrado, teste t de Student e correlação de Pearson, considerando o nível de significância para  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** Verificou-se que 79,0% da amostra apresentou disfunção sexual e destas, 86,8% e 86,3% apresentou ansiedade e depressão, respectivamente. Houve uma associação entre diversos tratamentos para o câncer de mama, como mastectomia, quadrantectomia, quimioterapia, quimio/radioterapia ( $p < 0,05$ ) e o declínio nos escores em todos os domínios da sexualidade (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto) nas mulheres com disfunção sexual. Outros fatores como comorbidades ( $p = 0,042$ ) e ciclo menstrual inexistente ( $p = 0,014$ ) demonstraram associação significativa com a disfunção sexual nesse grupo. Houve uma associação significativa entre a presença de disfunção sexual e ansiedade nas mulheres com câncer de mama ( $p = 0,038$ ). Em relação aos domínios da sexualidade verificou-se que mulheres com disfunção sexual apresentaram uma correlação positiva e significativa entre ansiedade e excitação sexual e uma correlação significativa, mas inversamente proporcional, entre depressão e desejo sexual. **CONCLUSÃO:** A disfunção sexual afetou 79% das mulheres com câncer de mama, causando declínio nos escores em todos os domínios da sexualidade. Fatores como comorbidade, ciclo menstrual inexistente e ansiedade foram significativamente associados à disfunção sexual. A depressão apresenta uma correlação inversamente proporcional ao domínio desejo nesse grupo.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Sexualidade; Disfunção sexual; Ansiedade; Depressão.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Sexual dysfunctions are changes that often affect women with breast cancer as a result of multiple factors, particularly physical changes, treatment and course of the disease, but they can also be associated with cases of anxiety and depression. **PURPOSE:** Evaluate sexual dysfunction in women with breast cancer and associated factors. **METHODS:** Cross-sectional study with 167 women being treated for breast cancer at an oncology reference hospital in Goiânia-GO, from August to November 2014. Factors associated with sexual dysfunction in this group were assessed using a semi-structured script prepared by the researcher, the field of sexuality: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain / discomfort were analyzed by applying the "Female Sexual Function Index (FSFI)" and anxiety and depression were checked using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ). The project was approved by the ethics committee of Hospital das Clínicas of research at the Federal University of Goiás and the Association Against Cancer in Goiás. Data analysis was performed using the chi-square test, Student's t test and Pearson's correlation considering the significance level of  $p < 0.05$ . **RESULTS:** It was found that 79.0% of the sample had sexual dysfunction and of these, 86.8% and 86.3% had anxiety and depression, respectively. There was an association between various treatments for breast cancer as mastectomy, quadrantectomy, chemotherapy, chemo / radiotherapy ( $p < 0.05$ ) and the decline in scores in all areas of sexuality (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain / discomfort) in women with sexual dysfunction. Other factors such as comorbidities ( $p = 0.042$ ) and non-existent menstrual cycle ( $p = 0.014$ ) showed a significant association with sexual dysfunction in this group. There was a significant association between the presence of sexual dysfunction and anxiety in women with breast cancer ( $p = 0.038$ ). Regarding the fields of sexuality it found that women with sexual dysfunction had a positive and significant correlation between anxiety and sexual arousal and a significant correlation, but inversely, between depression and sexual desire. **CONCLUSION:** Sexual dysfunction has affected 79% of women with breast cancer, causing decline in scores in all areas of sexuality. Factors such as comorbidity, non-existent menstrual cycle and anxiety were significantly associated with sexual dysfunction. Depression has an inverse correlation to the domain desire in this group.

**Keywords:** Breast cancer; Sexuality; Sexual dysfunction; Anxiety; Depression

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las disfunciones sexuales son a menudo cambios que afectan a las mujeres con cáncer de mama como resultado de múltiples factores, en particular los cambios físicos, el tratamiento y curso de la enfermedad, pero también pueden estar asociados con casos de ansiedad y depresión. **META:** Evaluar la disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama y factores asociados. **MÉTODOS:** Estudio transversal con 167 mujeres que reciben tratamiento para el cáncer de mama en un hospital de referencia en oncología en Goiânia-GO de agosto a noviembre de 2014. Los factores asociados con la disfunción sexual en este grupo se evaluaron utilizando un guión semiestructurado preparado por investigador, el campo de la sexualidad: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor / malestar se analizaron mediante la aplicación de la "Mujer Índice de Función Sexual (IFSFS)" y de la ansiedad y la depresión checked utilizando el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ). El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas de la investigación en la Universidad Federal de Goiás y de la Asociación contra el Cáncer en Goiás. El análisis de datos se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado, t de Student y la correlación de Pearson teniendo en cuenta el nivel de significación de  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** Se encontró que 79,0% de la muestra tenía disfunción sexual y de éstos, 86.8% y 86.3% tienen a la ansiedad y la depresión, respectivamente. Hubo una asociación entre diversos tratamientos para el cáncer de mama como la mastectomía, cuantrectomía, la quimioterapia, la quimioterapia / radioterapia ( $p < 0,05$ ) y la disminución en las puntuaciones en todas las áreas de la sexualidad (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y el dolor / malestar) en mujeres con disfunción sexual. Otros factores tales como las comorbilidades ( $p = 0,042$ ) y el ciclo menstrual no existente ( $p = 0,014$ ) mostraron una asociación significativa con la disfunción sexual en este grupo. Hubo una asociación significativa entre la presencia de disfunción sexual y la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama ( $p = 0,038$ ). En cuanto a los ámbitos de la sexualidad se encontró que las mujeres con disfunción sexual tenían una correlación positiva y significativa entre la ansiedad y la excitación sexual y una correlación significativa, pero a la inversa, entre la depresión y el deseo sexual. **CONCLUSIÓN:** La disfunción sexual ha afectado a 79% de las mujeres con cáncer de mama, causando disminución en las puntuaciones en todas las áreas de la sexualidad. Factores como la comorbilidad, el ciclo menstrual inexistente y la ansiedad se asociaron significativamente con la disfunción sexual. La depresión tiene una correlación inversa con el deseo de dominio en este grupo.

Palabras clave: Cáncer de mama; Sexualidad; Disfunción sexual; Ansiedad; Depresión.



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Câncer de mama

O câncer de mama é uma neoplasia maligna que surge em função de alterações genéticas, hereditárias ou adquiridas, por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Resulta de multiplicações celulares desordenadas, desencadeando alterações neoplásicas. Surge sob a forma de nódulos, podendo apresentar crescimento lento ou rápido, infiltrar tecidos vizinhos e provocar metástases (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No mundo, o câncer de mama, tanto em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, é o segundo mais frequente em mulheres e acomete cerca 1,67 milhões de pessoas a cada ano, com 521 mil óbitos. No Brasil, a estimativa em 2014 foi de 57.120 casos novos de câncer de mama, 56,09 casos a cada 100mil mulheres, o que representa 20,82% de todos os tipos de câncer diagnosticados entre o sexo feminino. No Estado de Goiás, a estimativa para o ano de 2014 foi de 47,5 casos para cada 100 mil habitantes (INCA, 2014).

Dentre os fatores de risco relacionados ao câncer de mama, além dos não modificáveis inseridos na história familiar e genética, outros estão envolvidos como envelhecimento, vida reprodutiva, consumo de álcool, nunca ter amamentado, uso de contraceptivos orais, sedentarismo, sobrepeso e/ou reposição hormonal na pós menopausa (NELSON et al., 2012).

Este tipo de câncer é raro antes dos 40 anos (ADAMI; HUNTER; TRICHOPOULOS, 2008) e é mais frequente em mulheres com mais de 50 anos, mas o seu diagnóstico está se tornando cada vez mais comum em mulheres jovens, devido à tecnologia de diagnóstico atualmente disponível e da maior conscientização em busca dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Apesar de ser considerado um câncer de relativo bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, isso se deve ao fato da doença ainda ser diagnosticada em estádios avançados, levando à necessidade de mutilação física e distúrbios psicológicos na mulher e em toda a sua família (INCA, 2011).

As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico desse câncer baseiam-se no “Controle do câncer de mama: documento de consenso”, de 2004, que considera, como principais estratégias

de rastreamento, o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e a mamografia bianual para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer da mama, recomenda-se o exame clínico e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade (INCA, 2004).

O tratamento para o câncer de mama deve ser individualizado e orientado, não apenas pela extensão da doença, mas também por suas características biológicas, e condições da paciente. Atualmente, o estadiamento do câncer de mama é um dos parâmetros para a determinação do tipo de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As opções terapêuticas mais utilizadas para o tratamento loco-regional do câncer de mama são a cirurgia e a radioterapia e, para o sistêmico, a quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. A indicação de diferentes tipos de tratamento depende do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor (INCA, 2004; INCA, 2009).

Alguns estudos têm demonstrado uma relação entre as terapêuticas utilizadas para o tratamento do câncer de mama, comorbidades e transtornos do humor com a ocorrência de disfunção sexual. Os tratamentos, como a mastectomia (CESNIK; SANTOS, 2012; MANGANIELLO et al., 2011; EMILEE; USSHER; PERZ, 2010; HUGUET et al., 2009), hormonioterapia, radioterapia, quimioterapia (SAFARINEJAD, SHAFIEI, SAFARINEJAD, 2013) e as comorbidades associadas podem ser fatores que geram alterações sexuais, ligadas às disfunções sexuais (VALADARES et al., 2008; ASLAN et al., 2008; DE FRANCISCIS et al., 2013; SHI et al., 2012).

A menopausa pode ser quimicamente induzida pela hormonioterapia, prejudicando ainda mais a sexualidade (EMILEE; USSHER; PERZ, 2010) e a quimioterapia causa um aumento de 5-10% na proporção de mulheres que relatam problemas sexuais, sendo as queixas mais frequentes em relação a lubrificação vaginal e a excitação (WEBBER et al., 2011).

Além disso, as diferentes formas de tratamento para o câncer de mama podem gerar sentimentos contraditórios, onde há a esperança da cura, mas há também o medo de enfrentar o corpo mutilado, e contribuem para preocupações com a feminilidade que afetam as relações com o parceiro, podendo levar a baixa autoestima (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

## **1.2 Fatores emocionais e sexuais na vivência do câncer de mama**

As alterações psicológicas que acompanham o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama se iniciam a partir do momento em que a mulher suspeita de que o nódulo existe. A dinâmica familiar é alterada por ocasião da doença e vários medos começam a fazer parte do cotidiano (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

A ansiedade é um sintoma bastante comum nas pacientes após o diagnóstico e durante o tratamento, tornando-se mais prevalente em mulheres que precisam se submeter à cirurgia (OLYMPIO, 2008). Sintomas depressivos também são comuns em mulheres com câncer de mama, e os principais fatores associados são o tratamento quimioterápico, a dor e a limitação do movimento do membro superior (CANGUSSU et al., 2010).

A mastectomia e a quimioterapia são um fator de risco para a depressão (CALEGARI; FELDENS; SAKAE, 2011), sendo sua intensidade de leve a moderada (PANOBIANCO et al., 2012). Avelar et al. (2006) demonstraram que no pré-operatório de cirurgia para o tratamento do câncer de mama, cerca de 40% das mulheres apresentaram ansiedade e 27% depressão, e no pós-operatório, este percentual diminuiu para 25% e 14%, respectivamente, sendo que mulheres com maior grau de ansiedade se apresentam também mais deprimidas.

A mulher com câncer de mama enfrenta uma situação através da qual presencia gradualmente a perda das suas possibilidades como pessoa produtiva, especialmente em relação à maternidade e ao seu papel de esposa e mulher (SANTOS et al., 2010). Causa repercussões emocionais importantes que prejudicam não somente a integridade física, como, também, a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma e de sua sexualidade. Os outros efeitos secundários do tratamento como, alteração na produção de hormônios sexuais e menopausa precoce, também contribuem para a diminuição da libido, interferindo nas relações afetivas (SILVA, 2008).

O apoio dos parceiros/cônjuges parece ter um peso importante na sexualidade da mulher. O advento do câncer de mama pode fortalecer alguns relacionamentos e ter efeitos negativos em outros, muitas vezes pela dificuldade em se discutir sentimentos ou mesmo pela percepção da mulher de perda da feminilidade (HUGUET et al., 2009).

Devido a essa visão de distanciamento dos parceiros que, às vezes, é equivocada, as mulheres incorporam um sentimento de que há desinteresse e repulsa dos mesmos e acabam se afastando emocional e sexualmente. Isso tende a dificultar a retomada da atividade sexual pela mulher que tem a necessidade básica de intimidade, o qual inclui mutualismo, respeito e comunicação (FERREIRA et al., 2013).

A maneira de lidar com os problemas decorrentes da doença pode ser relacionada à forma como as mulheres percebem seu vínculo com o parceiro sexual. Mulheres que percebem a relação com o parceiro como segura e afetuosa apresentam menos problemas em lidar com a sexualidade do que aquelas que relatam sentir seu relacionamento amoroso fragilizado (CESNIK; SANTOS, 2012).

O apoio do parceiro é importante para a recuperação da mulher durante todas as fases do tratamento, sendo imprescindível a interação entre paciente e seu companheiro, durante a reestruturação de sua integridade (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

Torna-se evidente a necessidade de um olhar mais ampliado à essa problemática de modo que as vivências, os significados e as experiências vividas por essas mulheres possam ser contempladas nas práticas assistenciais de enfermagem (FERREIRA et al., 2013). Uma assistência de qualidade à mulher com câncer de mama envolve profissionais de saúde atentos para reconhecer estes problemas, levando em consideração a relação entre os aspectos culturais, relacionais e subjetivos da mulher que interferem na vida sexual. Assim, será possível contribuir para que a relação enfermeiro-paciente possa ser realmente uma relação de ajuda (SILVA et al., 2010).

Ao se descobrir com câncer de mama, a mulher vivencia diversos sentimentos tais como o medo da morte, insegurança em relação ao apoio do parceiro (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008), ansiedade e depressão em relação aos tratamentos (AVELAR et al. 2006), além disso, pode apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida, e uma delas é em relação à sexualidade que se modifica consideravelmente durante o decorrer da doença e do tratamento, podendo causar repercussões negativas na vida conjugal desta mulher, o que a deixa mais fragilizada física e emocionalmente (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

### 1.3 Disfunção Sexual Feminina

As disfunções sexuais (DS) são problemas que ocorrem em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas, se manifestando de forma persistente ou recorrente. Geralmente está relacionada a problemas psicológicos ou no relacionamento, mas também podem ser resultado de problemas orgânicos ou do uso de certas substâncias, como drogas e remédios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (1993) define as disfunções sexuais como “incapacidade frequente, há pelo menos seis meses, de o indivíduo manter uma relação sexual como desejaria”. Abdo et al. (2002), através do seu estudo do comportamento sexual do brasileiro (ECOS), constataram que 30% das mulheres apresentam alguma dificuldade sexual, onde as principais queixas femininas foram falta de desejo (34,6%) e dificuldades para obter o orgasmo (29,3%). Porém, destas 30%, apenas 5% procuram tratamento para as queixas no âmbito sexual.

As disfunções sexuais femininas (DSF) alcançam alta incidência em qualquer faixa etária e são sub diagnosticadas, ou porque as pacientes não se queixam, devido à inibição ou porque o médico não investiga por constrangimento ou por desconhecimento da resposta sexual humana (LARA et al., 2008).

As suas causas são múltiplas, desde as relacionadas com o estado fisiológico da mulher (gravidez, amamentação, menopausa) e com comorbilidades associadas (diabetes mellitus, doença cardiovascular, doença da tireóide, cirurgia abdominopélvica, depressão, esclerose múltipla, endometriose), às associadas ao abuso de substâncias (álcool e outras drogas) e ao uso de determinados fármacos (anti-hipertensores, anti-depressivos, benzodiazepinas, anti-histamínicos e anti-psicóticos) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

De acordo com o “Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais” (2002) da Associação Psiquiátrica Americana, a resposta sexual saudável é definida como um conjunto de quatro etapas sucessivas: 1) Fase de desejo sexual: vivido pela pessoa como sensações específicas que a fazem procurar ou ser receptiva à experiência sexual; 2) Fase de excitação: fase de

preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Junto com sensações de prazer, surgem alterações corporais que são representadas basicamente, no homem, pela ereção, e na mulher, pela vasocongestão da vagina e da vulva e pela lubrificação vaginal; 3) Fase de orgasmo: é o clímax de prazer sexual. No homem, se caracteriza pela ejaculação e na mulher, ocorrem contrações musculares rítmicas em volta da entrada da vagina; e 4) Fase de resolução: é o período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais.

Porém, algumas pesquisas constataram que este modelo de resposta sexual não corresponde ao que de fato ocorre à grande parcela das mulheres. Há aquelas que não têm desejo espontâneo ou que, ao tê-lo, nem sempre dão sequência ao ato sexual e há algumas que iniciam a atividade para acompanhar seus parceiros, não motivadas por estímulos próprios (LEIBLUM, 2000).

Assim, Basson (2001) apresenta uma nova proposta para o ciclo feminino de resposta sexual, enfatizando o valor da intimidade como motivação feminina para o sexo, pois, segundo ele, muitas mulheres iniciam o ato sexual desejando aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva. O novo modelo proposto por Basson et al. (2004) é circular e dividido em cinco fases, onde a ausência de desejo sexual espontâneo, no início do ciclo, não significa disfunção sexual: 1) Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo; 2) Excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico; 3) Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo; 4) Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não o alívio orgástico; 5) Satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos.

Quanto mais precoce é a fase do ciclo de resposta sexual atingida mais o tratamento se torna difícil. Comparativamente com os recursos já existentes para as disfunções sexuais do homem, as mulheres disfuncionais contam com menor número deles e menos critérios terapêuticos estabelecidos para fazer frente à saúde sexual de seus parceiros (ABDO; FLEURY, 2006).

A expressão da sexualidade masculina geralmente é centrada na conquista e na posse e o ato sexual visa o orgasmo, enquanto que a expressão da sexualidade feminina se caracteriza pela sedução e entrega, sendo o desejo o ponto principal da resposta sexual. Isto significa que mesmo mulheres que têm

orgasmo durante a relação se queixam de disfunção sexual quando não sentem desejo, e mulheres mesmo não atingindo o orgasmo em uma relação sexual, podem se sentir totalmente satisfeitas (NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2008).

Para a mulher, a sexualidade é uma questão de qualidade de vida, onde o desejo de alcançar a intimidade é a força que move o ciclo de resposta sexual, que começa na necessidade básica de intimidade e, se há envolvimento emocional positivo e interação física, a intimidade é alcançada e o ciclo se fortalece (HUGUET et al., 2009). Assim, podemos reconhecer que a saúde sexual é importante para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e do bem-estar do indivíduo (MULHALL et al., 2008).

#### **1.4 Revisão da literatura**

Com base no exposto, elaboramos uma revisão integrativa em que os aspectos relacionados à sexualidade em mulheres com câncer de mama foram verificados na literatura.

A questão que norteou a investigação foi: “Qual a interferência do tratamento para o câncer de mama na sexualidade das mulheres? ”. A partir desse raciocínio, foi realizado o levantamento bibliográfico, nas seguintes bases de dados: MedLine (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), PubMed (*U.S. National Library of Medicine*) e LILACS (*Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde*) e na biblioteca SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Utilizou-se o cruzamento do descritor padronizado “*Sexuality*” e o não padronizado “*Breast cancer*”.

Os critérios de inclusão foram artigos científicos que retratam a sexualidade nas mulheres em tratamento para o câncer de mama, publicados nos últimos cinco anos (2009 a 2014), nos idiomas inglês, português e espanhol e publicados na íntegra (disponível online ou por comutação). O período de publicação foi delimitado como meio de atualizar os dados sobre a temática.

Foram excluídos os relatos de casos informais, revisões de literatura, revisão integrativa, estudos qualitativos, consensos, *guidelines*, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais e textos não científicos.

A seleção dos artigos ocorreu em duas fases distintas. Na primeira fase, foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos e resumos de todas as publicações

localizadas, a fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão. Nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para definir a sua primeira seleção, foram buscados na íntegra *Online* ou por comutação. A avaliação dos estudos durante a segunda fase foi realizada concomitante e independente por dois pesquisadores. Nesta fase foi realizada a leitura na íntegra de cada estudo pré-selecionado, e a exclusão dos estudos repetidos. Um terceiro pesquisador foi acionado quando houve divergência na decisão de inclusão ou não do estudo.

Foram localizados 1.178 artigos. Destes, 772 (65,5%) foram encontrados na PubMed, 359 (30,5%) na MedLine, 27 (2,3%) na LILACS e 20 (1,7%) na Scielo. A partir dos estudos encontrados, 1.082 foram excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão. Dos 96 artigos pré-selecionados, 58 (60,4%) foram excluídos por não retratar as interferências do tratamento do câncer de mama na sexualidade da mulher e, 17 (17,6%) por se tratar de artigos repetidos.

A busca às bases de dados resultou em um total de 21 artigos científicos, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para a presente revisão integrativa, sendo 09 artigos científicos na PubMed, 08 na MedLine, 02 na SciELO, 02 na LILACS.

Os estudos demonstraram que muitas mulheres cessam ou diminuem a frequência das relações sexuais após o diagnóstico de câncer de mama (CAVALHEIRO et al., 2012; VIEIRA et al., 2013). Além disso, relatam diminuição do interesse e da energia para o sexo (USSHER; PERZ; GILBERT, 2012). As mulheres sexualmente ativas referem diminuição do prazer e desconforto sexual associados ao sentimento de separação emocional do casal (BRÉDART et al., 2011), mas apenas a percepção de que há recursos disponíveis para enfrentar a doença causa uma influência positiva sobre o funcionamento sexual (QUINTARD et al., 2014).

Através da avaliação da sexualidade com o Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) observamos que a maioria das mulheres com câncer de mama foram classificadas com disfunção sexual (RAGGIO et al., 2014), e que a porcentagem de mulheres que apresentam disfunções sexuais aumenta de acordo com o decorrer do tratamento (HARIRCHI et al., 2012), sendo que há uma deterioração da sexualidade até seis anos após o diagnóstico (LAM et al., 2012).



Os domínios da sexualidade mais afetados com o tratamento são: desejo, lubrificação e orgasmo (CAVALHEIRO et al., 2012), mas as mulheres com câncer de mama também apresentam distúrbios de satisfação e excitação, além de problemas relacionados a dor durante as relações sexuais (SAFARINEJAD; SHAFIEI; SAFARINEJAD, 2013; VAIDAKIS et al., 2014), sendo que a satisfação sexual é o domínio que apresenta maior diminuição ao longo do tempo (WEBBER et al., 2011).

Diante do exposto, e tendo em vista a escassez de estudos nacionais que abordem as alterações da sexualidade em mulheres com câncer de mama, se torna relevante a realização desse estudo para melhor embasar a prática clínica e instigar pesquisas clínicas futuras.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Avaliar a disfunção sexual em mulheres com câncer de mama e seus fatores associados.

### **2.2. Objetivos específicos**

- 1- Estimar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com câncer de mama;
- 2- Verificar a relação entre disfunção sexual e as características socioeconômicas, demográficas, antecedentes clínicos, ginecológicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama;
- 3- Avaliar os domínios da sexualidade afetados pelo câncer de mama;
- 4- Verificar a relação entre ansiedade, depressão e disfunção sexual nas mulheres com câncer de mama.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Desenho do Estudo**

Estudo analítico do tipo transversal.

### **3.2 Local da pesquisa**

O estudo foi realizado no ambulatório de mastologia e de quimioterapia de um hospital referência em oncologia, situado no município de Goiânia-GO. Esta

instituição é uma unidade de saúde privada e filantrópica, que atende em média 80% dos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo tratamento para todos os tipos de câncer. É considerado referência no tratamento do câncer no Centro-Oeste, mas também atende pacientes de outras regiões brasileiras (ACCG, 2010).

### **3.3 Sujeitos do estudo**

A população do estudo foi constituída por mulheres na faixa etária de 35 a 59 anos, diagnosticadas com câncer de mama, submetidas ou não a tratamentos cirúrgicos. A delimitação da faixa etária seguiu as recomendações do Ministério da Saúde do manual “Controle do câncer de mama: documento de consenso”, de 2004, onde, para as mulheres de grupos populacionais consideradas de risco elevado para câncer da mama, recomenda-se a realização do exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade (INCA, 2004). E as mulheres idosas, ou seja, acima de 60 anos de idade, foram excluídas pois a disfunção sexual já é um problema frequente nesta faixa etária (VALADARES et al., 2008).

### **3.4 Amostra**

De acordo com o Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia (RCBPGO), nos anos de 2005-2009 foram diagnosticados aproximadamente 250 casos novos de câncer de mama por ano, em mulheres de 35-59 anos de idade. Fazendo o cálculo amostral utilizando um nível de confiança de 95%, e um erro  $\alpha$  aceitável de 5%, o cálculo da amostra foi de 152 mulheres com câncer de mama. Foi acrescentado um percentual de perdas de 10%, o que gerou uma amostra final de 167 mulheres com câncer de mama. A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não-probabilística, de conveniência.

### **3.5 Critérios de elegibilidade**

- Mulheres entre 35 e 59 anos de idade;
- Estar em tratamento ambulatorial para o câncer de mama.

### **3.6 Critérios de exclusão**

- Ser incapaz de responder as perguntas do questionário;

- Ter diagnóstico de transtornos mentais registrado em prontuário;

### 3.7 Variáveis do estudo

O Quadro 1 demonstra as variáveis exploratórias que foram analisadas durante pesquisa e o seu modo de avaliação ou mensuração.

Quadro 1: Apresentação das variáveis analisadas durante a pesquisa, segundo modo de avaliação/mensuração. Goiânia-GO, 2015

VARIÁVEL		MODO DE AVALIAÇÃO/MENSURAÇÃO
<b>Dependente</b>		
Disfunção sexual		- Sim - Não
<b>Independente</b>		
Biológicas	Idade	- Expressa em anos até a data da entrevista
	Cor da pele ou raça declarada	- Branca - Parda - Negra - Indígena - Amarela (chinês/japonês)
Socioeconômicas e demográficas	Escolaridade	- Ensino fundamental completo - Ensino fundamental incompleto - Ensino médio completo - Ensino médio incompleto - Ensino superior completo - Ensino superior incompleto - Não estudou
	Estado marital	- Solteira - União Estável - Casada - Viúva - Separada - Divorciada
	Número de filhos	- Expresso em número arábicos
	Profissão	- Estudante - Desempregada - Do lar - Autônoma - Pensionista - Aposentada - Trabalhadora com carteira assinada - Outra
	Renda familiar mensal per capita	- Até 600 reais - De 600 a 1200 reais - De 1200 a 2000 reais - Mais de 2000 reais
	Situação da moradia	- Casa própria - Casa alugada - Casa do cônjuge

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa dos filhos</li> <li>- Vive em espaço cedido</li> <li>- Vive com familiar</li> <li>- Outro</li> </ul>
Hábitos de vida	Etilismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> <li>- Ex-etilista</li> </ul>
	Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> <li>- Parou por causa da doença</li> </ul>
Antecedentes ginecológicos	Ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular</li> <li>- Irregular</li> <li>- Inexistente</li> </ul>
	Método anticoncepcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nenhum</li> <li>- Método do calendário</li> <li>- Coito interrompido</li> <li>- Preservativo</li> <li>- Anticoncepcionais hormonais</li> <li>- Dispositivo intra-uterino (DIU)</li> <li>- Laqueadura das trompas</li> <li>- Adesivo transdérmico</li> <li>- Outro</li> </ul>
	Menopausa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
	Reposição hormonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
Antecedentes clínicos e cirúrgicos	Cirurgia prévia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
	Comorbidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
	Antecedente de outro tipo de câncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
Antecedentes familiar	De câncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
	De outro tipo de câncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
Aspectos da doença	Ano do diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresso em ano</li> </ul>
	Tratamento recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radioterapia e quimioterapia</li> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Hormonioterapia</li> <li>- Mastectomia</li> <li>- Quadrantectomia</li> <li>- Tumorectomia</li> <li>- Outro</li> </ul>
	Reconstrução mamária	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim</li> <li>- Não</li> </ul>
	Complicações do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não</li> <li>- Supressão temporária da menstruação</li> <li>- Menopausa precoce</li> <li>- Outro</li> </ul>
Sexualidade	Domínios da sexualidade feminina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desejo</li> <li>- Excitação</li> </ul>

		- Lubrificação - Orgasmo - Satisfação - Dor/desconforto
Alterações de humor	Ansiedade	- Presente - Ausente
	Depressão	- Presente - Ausente

### 3.8 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2014. Foram coletados por uma aluna do Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Oncologia no Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação (CGESP) e pela pesquisadora responsável.

No ambulatório de mastologia, a seleção das mulheres foi realizada através de lista emitida por sistema de agendamento diário contendo nomes das pacientes e o respectivo tratamento. Depois de confirmado em prontuário o diagnóstico de câncer de mama, a pesquisadora se dirigia às pacientes, que aguardavam em sala de espera, para consulta ou entrega da medicação, e então realizava periodicamente chamada verbal dos nomes completos das selecionadas, momento em que havia a autoidentificação das mulheres. No ambulatório de quimioterapia eram chamadas apenas as mulheres que se apresentaram previamente à equipe de enfermagem e cujo diagnóstico havia sido confirmado pelo pesquisador em prontuário.

Após a autoidentificação da mulher selecionada, a pesquisadora explicava os objetivos da pesquisa e realizava convite para participação da mesma. Era enfatizado o caráter voluntário da pesquisa e que a não participação não influenciaria no atendimento e tratamentos realizados pelo Hospital.

Após o aceite para participação, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), as mulheres eram entrevistadas, utilizando um roteiro de entrevista (Apêndice 2), com tempo estimado de aplicação que variou de dez a vinte minutos. As entrevistas aconteceram na sala de espera do ambulatório de mastologia, ou durante as sessões de quimioterapia, respeitando-se sempre a privacidade da participante, por isso, a presença do acompanhante não foi permitida.

O roteiro de entrevista foi composto por três questionários: 1) Um questionário básico para coleta de dados referentes às variáveis independentes;

2) o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF); e também a 3) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS).

A aluna do Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* em Oncologia, inserida na pesquisa, recebeu treinamento por parte da pesquisadora responsável, para que houvesse aplicação do instrumento de coleta de dados de forma uniformizada, garantindo a coleta adequada das informações, por esse motivo não houve “missing” de dados. O instrumento para entrevista foi aplicado aos participantes em sua forma impressa.

### **3.9 Instrumentos de Coleta**

O questionário básico foi construído pela própria pesquisadora, de forma a abranger as variáveis independentes do estudo. A coleta dos dados socioeconômicos e demográficos contou com seis questões fechadas e duas questões abertas. Os dados de hábitos de vida, com duas questões fechadas. Os dados referentes aos aspectos ginecológicos e clínicos, apresentou quatro questões fechadas. Para a coleta dos dados relacionados aos antecedentes cirúrgicos e familiares, utilizou-se cinco questões fechadas. Já, em relação aos aspectos relacionados à doença e ao tratamento, foram utilizadas cinco questões fechadas e duas abertas.

O IFSF foi construído e validado primeiramente na língua inglesa (ROSEN et al., 2000), e após consulta aos bancos de dados, se localizou quatro artigos que validaram este instrumento para o português. Um deles utilizou uma amostra de mulheres grávidas (LEITE et al., 2007), outro utilizou uma população de mulheres inférteis ou casal infértil (HENTSCHEL et al., 2007), e outro uma amostra de apenas dez pacientes (PACAGNELLA et al., 2008), e visto que, a gravidez ou infertilidade representam vieses na avaliação da sexualidade, devido às alterações que ocorrem nestas condições (SHINDEL et al., 2008), foi utilizado como referência neste trabalho a tradução e validação para o português feita por Thiel et al. (2008). Este estudo foi desenvolvido com uma amostra de cem mulheres, que possuíam parceiro, e estavam sendo atendidas em um serviço de urologia. Esta validação apresentou consistência interna, medida através do coeficiente alfa de Cronbach, com índice geral de 0,95 e maior que 0,80 para cada domínio (THIEL et al., 2008).

Este instrumento é composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada, sendo que apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. O escore final pode variar de 2 a 36, sendo que um escore mais alto indica um grau melhor de função sexual. Mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (HENTSCHEL et al., 2007; LEITE et al., 2007; PACAGNELLA et al., 2008; THIEL et al., 2008).

O Quadro 2 ilustra os escores máximo e mínimo de cada domínio do IFSF, de acordo com a variação do escore por questão e seu respectivo fator de multiplicação.

Quadro 2: Escores de avaliação do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) de acordo com o fator multiplicação. Goiânia-GO, 2015

<b>Domínio</b>	<b>Questões</b>	<b>Variação do escore</b>	<b>Fator de multiplicação</b>	<b>Escore mínimo</b>	<b>Escore máximo</b>
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0,0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0,0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0-5	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0,0	6,0

A HADS foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), e foi validada para o português por Botega et al. (1995). A HADS consiste em duas sub escalas, uma que mede a ansiedade (HADS-A) e outra a depressão (HADS-D), cada uma com sete itens, apresentando um coeficiente alfa de Cronbach de 0,68 para a escala de ansiedade e 0,77 para a de depressão (BOTEGA et al., 1995). As duas escalas são classificadas separadamente, e cada um dos seus itens pode ser

pontuado de 0 a 3, compondo pontuação máxima de 21 para cada escala (TELLES-CORREA; BARBOSA, 2009). Foram adotados os pontos de corte apontados por Zigmond e Snaith (1983) e recomendados para ambas as sub escalas: 1) HAD-A: sem ansiedade: 0 a 8; com ansiedade:  $\geq 9$ ; 2) HAD-D: sem depressão: 0 a 8; com depressão:  $\geq 9$ .

### **3.10 Operacionalização/análise dos dados**

A análise dos dados foi precedida pela elaboração de uma planilha eletrônica em que os dados foram analisados através do programa eletrônico Sigma stat 3,5. As variáveis categóricas foram analisadas mediante frequências absolutas e relativas. Para verificar a associação entre a disfunção sexual e fatores relacionados como tratamentos para o câncer de mama, ansiedade, depressão, perfis socioeconômico e demográfico, aspectos ginecológicos, antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama utilizou-se o teste do qui-quadrado. As diferenças dos escores de domínios da sexualidade, entre as mulheres com ou sem disfunção sexual, relacionadas aos tipos de tratamento foram comparadas através do teste t de Student. Para verificar a correlação entre os domínios da sexualidade e os índices de ansiedade e depressão, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

### **3.11 Procedimentos éticos-legais**

Este estudo atendeu as condições estabelecidas pela resolução MS/CNS 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas (CEP/HC/UFG), sob o parecer nº 650.110/2014 (Anexo 1) e pelo Comitê de Ética da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (CEP/ACCG), sob o parecer nº 660.827/2014 (Anexo 2). Todas as coletas foram realizadas após a consentimento/acordo/autorização das mulheres, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



### **3.12 Conflitos de interesse**

Os pesquisadores envolvidos neste estudo não tiveram envolvimento financeiro ou empregatício com alguma organização ou entidade com interesse financeiro sobre o assunto estudado ou materiais utilizados.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados gerados nessa investigação foram organizados para divulgação nos meios acadêmicos, na forma de dois artigos científicos:

Artigo 1: Fatores associados à disfunção sexual em mulheres com câncer de mama

Autores: Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes, Flaviana Vieira, Janaina Valadares Guimarães.

Situação: “Em elaboração”

Artigo 2: Disfunção sexual, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama.

Autores: Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes, Ana Karina Marques Salge, Janaina Valadares Guimarães e Flaviana Vieira.

Situação: “Em elaboração”

#### 4.1 Artigo 1

### FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

### FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

### FACTORES ASOCIADOS CON DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes<sup>1</sup>, Flaviana Vieira<sup>2</sup>, Janaina Valadares Guimaraes<sup>3</sup>

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [julianelopes@hotmail.com](mailto:julianelopes@hotmail.com)

2 Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [flavianamori@gmail.com](mailto:flavianamori@gmail.com)

3 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [valadaresjanaina@gmail.com](mailto:valadaresjanaina@gmail.com)

**Resumo:** São multifatoriais as causas que levam as mulheres com câncer de mama a desenvolverem disfunções sexuais. Este estudo teve como objetivo verificar a relação entre os fatores associados à disfunção sexual e os domínios da sexualidade afetados em mulheres em tratamento para o câncer de mama. Trata-se de um estudo transversal realizado com 167 mulheres em tratamento para o câncer de mama, em um hospital referência em oncologia em Goiânia-GO, no período de agosto a novembro de 2014. Os domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto foram analisados aplicando o “Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)”. Verificou-se que 79,0% da amostra apresentou disfunção sexual. Houve uma associação entre os diversos tratamentos para o câncer de mama: mastectomia, quadrantectomia, quimioterapia, quimio/radioterapia ( $p < 0,05$ ) e o declínio nos escores em todos os domínios da sexualidade (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto), nas mulheres com disfunção sexual. Outros fatores como comorbidades ( $p = 0,042$ ) e ciclo menstrual inexistente ( $p = 0,014$ ) demonstraram associação significativa com a disfunção sexual nesse grupo. Constatou-se que dentre os fatores relacionados à disfunção sexual, a comorbidade e o ciclo menstrual inexistente apresentaram associação significativa, e que

independentemente do tipo de tratamento, as mulheres com disfunção sexual exibiram uma diferença significativa em relação às sem disfunção sexual em todos os domínios da sexualidade, exceto no domínio de dor/desconforto.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Disfunção sexual

**Abstract:** There are multifactorial causes that lead women with breast cancer to develop sexual dysfunctions. This study aimed to investigate the relationship between the factors associated with sexual dysfunction and sexuality domains affected in women undergoing to treatment for breast cancer. It is a cross-sectional study of 167 women undergoing to treatment for breast cancer in a hospital reference in oncology in Goiânia-GO, from August to November 2014. The domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain / discomfort were analyzed by applying the "Female Sexual Function Index (FSFI)". It was found that 79.0% of the sample had sexual dysfunction. There was an association between various treatments for breast cancer: mastectomy, quadrantectomy, chemotherapy, chemo / radiotherapy ( $p < 0.05$ ) and the decline in scores in all areas of sexuality (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain / discomfort) in women with sexual dysfunction. Other factors such as comorbidities ( $p = 0.042$ ) and non-existent menstrual cycle ( $p = 0.014$ ) showed a significant association with sexual dysfunction in this group. It was found that among the factors related to sexual dysfunction comorbidity and the non-existent menstrual cycle showed a significant association and regardless the type of treatment, women with sexual dysfunction exhibited a significant difference from no sexual dysfunction in all areas of sexuality except in pain/discomfort.

**Keywords:** Breast cancer; Sexual dysfunction.

**Resumen:** Son causas multifactoriales que llevan a las mujeres con cáncer de mama desarrollan disfunciones sexuales. Este estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre los factores asociados a los dominios de la disfunción sexual y la sexualidad afectadas en mujeres sometidas a tratamiento para el cáncer de mama. Se trata de un estudio transversal de 167 mujeres sometidas a tratamiento para el cáncer de mama en un hospital de referencia en oncología en Goiânia-GO, en el período de agosto a noviembre de 2014. El dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y el dolor / malestar se

analizaron mediante la aplicación de la "Mujer Índice de Función Sexual (IFSF)". Se encontró que 79,0% de la muestra tenía disfunción sexual. Hubo una asociación entre los diversos tratamientos para el cáncer de mama: la mastectomía, cuadrantectomía, la quimioterapia, la quimioterapia / radioterapia ( $p < 0,05$ ) y la disminución en las puntuaciones en todas las áreas de la sexualidad (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y el dolor / malestar) en mujeres con disfunción sexual. Otros factores tales como las comorbilidades ( $p = 0,042$ ) y el ciclo menstrual no existente ( $p = 0,014$ ) mostraron una asociación significativa con la disfunción sexual en este grupo. Se encontró que algunos de los factores relacionados con comorbilidad disfunción sexual y el ciclo menstrual inexistente mostró una asociación significativa e independientemente del tipo de tratamiento, las mujeres con disfunción sexual mostró una diferencia significativa de la disfunción sexual no en todas las áreas de la sexualidad excepto en el campo del dolor/incomodidad.

**Palabras clave:** Cáncer de mama; Disfunción sexual.

### **Introdução**

A saúde sexual é importante para a longevidade das relações afetivas e como parte do bem-estar (MULHALL et al., 2008) e da qualidade de vida da mulher, onde a intimidade e o desejo são a força do ciclo de resposta sexual (HUGUET et al., 2009). Quando este ciclo é alterado, seja por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento de uma das fases, surgem as disfunções sexuais, que podem se manifestar de forma persistente ou recorrente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As disfunções sexuais femininas alcançam alta incidência em qualquer faixa etária e são sub diagnosticadas (LARA et al., 2008). Em um estudo que investigou o comportamento sexual do brasileiro se constatou que 30% das mulheres apresentam alguma dificuldade sexual, onde as principais queixas são falta de desejo (34,6%) e dificuldades para obter o orgasmo (29,3%) (ABDO et al. 2002).

Geralmente, estas disfunções estão relacionadas à problemas psicológicos ou no relacionamento, mas também podem ser decorrentes de problemas orgânicos ou do uso de certas substâncias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). As doenças crônicas e as alterações hormonais, comuns entre as

mulheres, também comprometem a função sexual, pois a mulher pode apresentar secura e atrofia vaginal, causando dor ou desconforto durante a penetração e diminuição do desejo sexual (WIERMAN et al., 2010; AVIS et al., 2009).

Têm-se que os tratamentos para o câncer de mama também podem gerar alterações importantes na autoimagem da mulher, prejudicando a vivência da sexualidade e a satisfação conjugal (LOTTI et al., 2008).

A radioterapia pode provocar alterações no funcionamento do sistema digestivo e mudanças na mama afetada como, alterações de tamanho, endurecimento e irritações da pele. A quimioterapia pode provocar úlceras na boca, alopecia, amenorreia entre outros que afetam ainda mais o sentimento de identidade feminina. As modalidades cirúrgicas são extremamente dolorosas para a mulher e causam repercussões psicológicas importantes, pois a mama é um órgão que tem fortes representações na sexualidade, feminilidade e maternidade (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Entre os efeitos adversos do tratamento que alteram a sexualidade da mulher, podemos citar: atrofia vulvovaginal, dispareunia, irritação e secura vaginal, inibição do desejo e da excitação, anorgasmia e menopausa prematura, que podem impedir o funcionamento sexual satisfatório. Esses efeitos tendem a diminuir com o tempo, entretanto o dano à função sexual pode persistir por anos em sobreviventes do câncer de mama (FLEURY; PANTAROTO; ABDO, 2011).

Em função da significativa prevalência do câncer mama, seja no cenário mundial ou brasileiro, destaca-se a necessidade de conhecer as mulheres afetadas por essa doença, e assim, propor intervenções capazes de promover a melhora na função sexual, o que é fundamental para a qualidade de vida, a qual pode ficar comprometida pela doença ou pelo tratamento (BARTON-BURKE; GUSTASON, 2007).

Cabe aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, esclarecer à mulher com câncer de mama a respeito das diversas vertentes da sexualidade, uma vez que as disfunções sexuais podem comprometer o percurso da doença. Tendo em vista a escassez de discussões sobre a associação entre disfunção sexual e o câncer de mama, optou-se por realizar este estudo que teve como objetivo verificar a relação entre os fatores associados a disfunção sexual e os

domínios da sexualidade afetados em mulheres em tratamento para o câncer de mama.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo do tipo transversal analítico, realizado no ambulatório de mastologia e de quimioterapia de um hospital referência em oncologia, situado no município de Goiânia-GO.

De acordo com o Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia (RCBPGO), nos anos de 2005-2009 foram diagnosticados aproximadamente 250 casos novos de câncer de mama por ano, em mulheres de 35-59 anos de idade. Fazendo o cálculo amostral utilizando um nível de confiança de 95%, e um erro  $\alpha$  aceitável de 5%, o cálculo da amostra foi de 152 mulheres com câncer de mama. Foi acrescentado 10% na amostra final para maior confiabilidade da pesquisa, o que gerou uma amostra final de 167 mulheres com câncer de mama.

Foram incluídas no estudo mulheres na faixa etária de 35 a 59 anos, diagnosticadas com câncer de mama, atendidas no ambulatório de mastologia e/ou de quimioterapia do hospital referência em oncologia em Goiânia-GO e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A faixa etária foi determinada de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde no manual “Controle do câncer de mama: documento de consenso”, de 2004, onde se refere que nas mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para o câncer de mama recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade (INCA, 2004). E as mulheres acima de 60 anos de idade foram excluídas pois, a disfunção sexual já é um problema frequente em mulheres nessa faixa etária (VALADARES et al., 2008).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2014. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, de maneira aleatória no ambulatório do referido hospital. A entrevista foi realizada utilizando dois questionários. Um questionário para coleta de dados referentes aos aspectos socioeconômicos, demográficos, antecedentes clínicos, ginecológicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama e o “Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)” (THIEL et al., 2008).

Este instrumento é composto por 19 questões que avaliam a função sexual em relação a seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5, de forma crescente em relação à presença da função questionada, sendo que apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. O escore final pode variar de 2 a 36, sendo que mulheres com escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (THIEL et al., 2008).

As variáveis categóricas foram analisadas mediante frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre a disfunção sexual e tratamento para o câncer de mama, perfis socioeconômico e demográfico, aspectos ginecológicos, antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama. As diferenças dos escores de domínios da sexualidade entre as mulheres com ou sem disfunção sexual relacionadas aos tipos de tratamento foram comparadas através do teste t de Student. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital da Clinicas (CEP/HC/UFG), sob o parecer nº 650.110/2014 e pelo Comitê de Ética da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (CEP/ACCG), sob o parecer nº 660.827/2014, respeitando os princípios éticos vigentes.

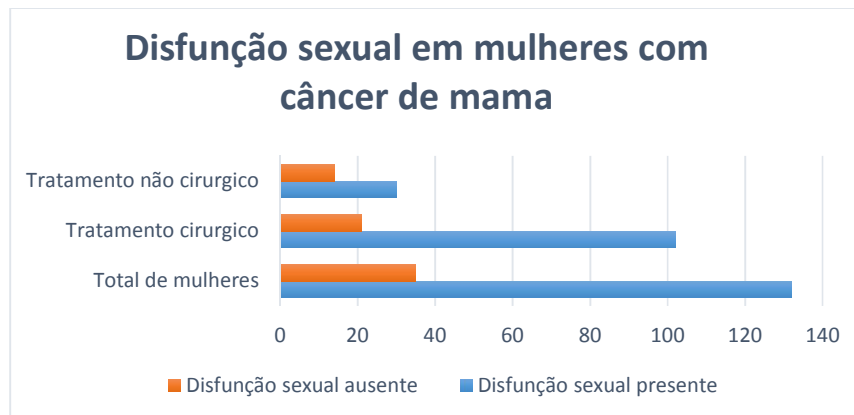
## **Resultados**

Os fatores associados à disfunção sexual foram apresentados da seguinte forma: prevalência de disfunção sexual, tratamento, perfis socioeconômico e demográfico, aspectos clinico-ginecológicos, antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares. A média de idade das mulheres entrevistadas foi de  $48,8 \pm 7,1$  anos. No momento do diagnóstico, 20,4% das mulheres estavam na faixa etária entre 35 e 39 anos, 41,9% na faixa etária de 40 e 49 anos, e 37,7% entre 50 e 59 anos.

A análise dos dados referentes a entrevista com o IFSF demonstrou que 79,0% das mulheres entrevistadas apresentaram disfunção sexual e destas, 77,2% realizaram tratamento cirúrgico e 22,8% tratamento não cirúrgico para o

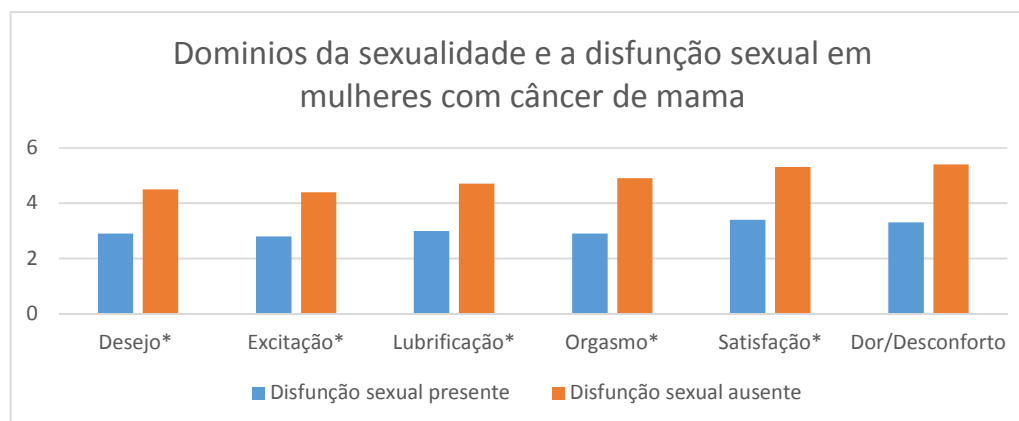
câncer de mama. Das mulheres que não apresentaram disfunção sexual, 60,0% realizaram tratamento cirúrgico para o câncer de mama e 40,0% tratamento não cirúrgico (Figura 1.1).

Figura 1.1: Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama e sua relação com o tipo de tratamento. Goiânia-GO, 2015



Na figura 1.2 verifica-se que houve uma diferença significativa entre os escores nos domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação independentemente do tipo de tratamento nas mulheres com disfunção sexual ( $p < 0,05$ ).

Figura 1.2: Distribuição da média dos escores dos domínios de função sexual, conforme presença ou ausência de disfunção sexual, nas mulheres com câncer de mama atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015



Teste t de Student; \* $P < 0,05$

A mastectomia (29,9%), a quadrantectomia (41,9%) e a tumorectomia (1,8%) foram os tratamentos cirúrgicos realizados pelas mulheres do estudo, e



a quimioterapia (19,8%) ou quimioterapia/radioterapia (6,6%) os tratamentos não cirúrgicos. Na Tabela 1.1 foram reunidos os dados dos tipos de tratamento e sua associação com a ocorrência ou não de disfunção sexual. As mulheres que realizaram quadrantectomia e quimioterapia exibiram maior prevalência de disfunção sexual que as demais.

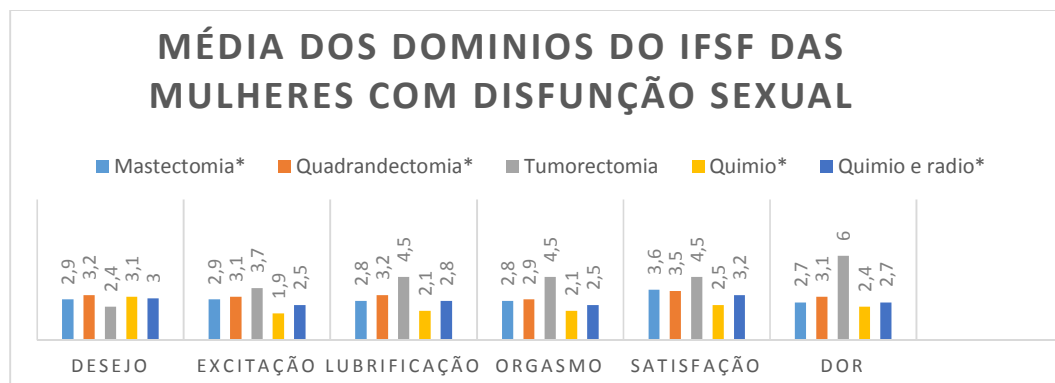
Tabela 1.1: Distribuição da disfunção sexual feminina, segundo o tratamento para o câncer de mama em mulheres atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

VARIÁVEL	DISFUNÇÃO SEXUAL					P
	Total	Sim (132)		Não (35)		
		n	%	n	%	
<b>Tratamento cirúrgico</b>	<b>123</b>					
Mastectomia	50	41	40,2	09	42,8	0,934
Quadrantectomia	70	59	57,8	11	52,4	
Tumorectomia	03	02	1,9	01	4,3	
<b>Tratamento não cirúrgico</b>	<b>44</b>					
Quimioterapia	33	20	66,6	13	92,8	0,076
Quimio/radioterapia	11	10	33,4	01	7,2	

Teste do Qui-quadrado=  $\chi^2$

A figura 1.3 exibe para cada tratamento o domínio da sexualidade mais afetado, sendo que a tumorectomia exibiu mais efeitos negativos no domínio “desejo”, a mastectomia afetou principalmente o domínio de “Dor/desconforto”, quadrantectomia o “orgasmo”, quimioterapia a “excitação” e quimioterapia/radioterapia os domínios de “excitação” e “orgasmo”. De uma maneira geral, a quimioterapia foi o tratamento que mais comprometeu a função sexual.

Figura 1.3: Distribuição da média dos escores dos domínios do IFSF, conforme tratamento para o câncer de mama em mulheres com disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015



Teste t de Student; \*P<0,05

Na tabela 1.2 foram reunidas as variáveis socioeconômicas e demográficas das mulheres do estudo e demonstrado sua associação com a disfunção sexual.

Tabela 1.2: Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos de, acordo com a presença ou ausência de disfunção sexual das mulheres com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

VARIÁVEL	Disfunção sexual				P
	Sim (132)		Não (35)		
	n	%	n	%	
<b>Raça/cor (autorreferida)</b>					
Branca	68	51,5	17	48,5	0,905
Não Branca	64	48,5	18	51,5	
<b>Escolaridade</b>					
Ensino fundamental	29	21,9	11	31,4	0,346
Ensino médio	83	62,9	18	51,4	0,979
Ensino superior	20	15,2	06	17,2	0,300
<b>Estado civil</b>					
Com companheiro	85	64,4	27	77,2	0,221
Sem companheiro	47	35,6	8	22,8	
<b>Número de filhos</b>					
Com filhos	125	94,7	32	91,4	0,746
Sem filhos	7	5,3	3	8,6	
<b>Profissão</b>					
Empregada	27	20,5	13	37,2	0,067
Desempregada	105	79,5	22	62,8	
<b>Renda familiar</b>					
Até 1200 reais	94	71,2	23	65,7	0,672
Mais de 1200 reais	38	28,8	12	34,3	
<b>Situação da moradia</b>					
Casa própria	82	62,2	28	80,0	0,075
Outras	50	37,8	7	20,0	

Teste do Qui-quadrado=  $\chi^2$

A raça/cor da pele autorreferida mais prevalente foi a branca com 50,8%. Em relação à escolaridade verificou-se que 60,5% das mulheres possuíam apenas o ensino médio. Houve maior prevalência no estudo de mulheres que possuíam parceiro/companheiro (67,1%), tinham filhos (94,0%), estavam desempregadas (76,0%), com renda familiar de até 1200 reais mensais (70,0%) e possuíam casa própria (65,8%). Não foi verificada associação significativa entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e disfunção sexual.

A Tabela 1.3 exhibe os dados que associam a disfunção sexual com os aspectos ginecológicos das mulheres com câncer de mama que participaram do estudo.

Tabela 1.3: Distribuição dos aspectos ginecológicos das mulheres com câncer de mama com ou sem disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

VARIÁVEL	DISFUNÇÃO SEXUAL				P
	Sim (132)		Não (35)		
	n	%	n	%	
<b>Ciclo menstrual</b>					
Regular					
Sim	21	15,9	09	25,7	0,273
Não	111	84,1	26	74,3	
Irregular					
Sim	22	16,6	11	31,5	0,087
Não	110	83,4	24	68,5	
Inexistente					
Sim	89	67,5	15	42,8	0,014 *
Não	43	32,5	20	57,2	
<b>Método anticoncepcional</b>					
Nenhum					
Sim	78	59,1	22	62,8	0,834
Não	54	40,9	13	37,2	
Preservativo					
Sim	09	6,8	03	8,5	0,991
Não	123	93,2	32	91,5	
Anticoncepcionais hormonais					
Sim	03	2,3	0	0	0,854
Não	129	97,7	35	100	
Laqueadura das trompas					
Sim	42	31,8	10	28,5	0,870
Não	90	68,2	25	71,5	

Teste do Qui-quadrado-  $\chi^2$ ; \*P<0,05

Em relação à menopausa (ciclo menstrual inexistente), 62,2% das mulheres referiram estar neste período, e destas, 21,5% relacionaram a menopausa ao tratamento para o câncer de mama e, apenas 5,3% realizaram reposição hormonal. As mulheres com ciclo menstrual inexistente exibiram mais disfunção sexual que as demais, sendo esta associação significativa ( $p=0,014$ ). Não houve associação entre a disfunção sexual e o método anticoncepcional utilizado pelas mulheres.

A Tabela 1.4 exibe a prevalência dos dados sobre os antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares das mulheres entrevistadas e os relaciona à ocorrência ou não de disfunção sexual. Do grupo estudado 70,0% realizou algum tipo de procedimento cirúrgico, como cesárea (35,0%), laqueadura das trompas (31,6%), histerectomia (10,1%), colecistectomia (6,8%), ooforectomia (4,4%), apendicectomia (3,4%), artrodese de coluna (2,5%), perineoplastia (1,8%), esofagoplastia (0,8%), mamoplastia redutora (0,8%), abdominoplastia (0,8%), correção de fratura em membros (0,8%) e cirurgia cardíaca (0,8%).

Tabela 1.4: Distribuição dos antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama, com ou sem disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

VARIÁVEL	DISFUNÇÃO SEXUAL				P
	Sim (132)		Não (35)		
	n	%	n	%	
<b>Cirurgia previa</b>					
Sim	95	71,9	22	62,8	0,402
Não	37	28,1	13	37,2	
<b>Comorbidades</b>					
Sim	49	37,2	06	17,2	0,042 *
Não	83	62,8	29	82,8	
<b>Outro câncer, antes do CA de mama</b>					
Sim	0	0	01	2,8	0,474
Não	132	100	34	97,2	
<b>Antecedente familiar de CA de mama</b>					
Sim	38	28,7	09	25,7	0,882
Não	94	71,3	26	74,3	
<b>Antecedente familiar de outro tipo de câncer</b>					
Sim	63	47,7	15	42,8	0,747
Não	69	52,3	20	57,2	

Teste do Qui-quadrado-  $\chi^2$ ; \*P<0,05

As mulheres do estudo (32,9%), que relataram possuir outras comorbidades, exibiram mais frequentemente: hipertensão arterial sistêmica (69,0%), diabetes mellitus (18,1%), hiperlipidemia (7,2%), hipotireoidismo (1,9%), hipertireoidismo (1,9%) e osteoporose (1,9%). Houve uma associação significativa entre a presença de comorbidades e a disfunção sexual (p=0,042).

Apenas uma (2,8%) mulher teve outro tipo de câncer (linfoma) antes de ser diagnosticada com o câncer de mama. Em relação aos antecedentes familiares de câncer, apenas 28,2% das mulheres relataram história de câncer de mama na família, dentre o parentesco podemos citar: mãe (17,0%), irmã (19,2%), avó (19,2%), tia (23,4%) e prima (21,2%).

### Discussão

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil socioeconômico, demográfico, sexual, clínico-ginecológico e os antecedentes clínicos, cirúrgicos e familiares das mulheres com câncer de mama, que frequentaram o ambulatório de mastologia e quimioterapia do centro de referência em oncologia, em Goiânia-GO.

Este estudo demonstrou altos índices de disfunção sexual entre as mulheres com câncer de mama, assim como demonstrado em outros estudos (RAGGIO et al., 2014; KEDDE et al., 2013; WANG et al., 2013; WEBBER et al., 2011; VAIDAKIS et al., 2014).

Verificou-se que vários tipos de tratamento, tais como: mastectomia, quadrantectomia, quimioterapia, quimioterapia/radioterapia alteraram significativamente os domínios da sexualidade nas mulheres com câncer de mama. De acordo com Fleury, Pantaroto e Abdo (2011) e Krychman e Katz (2012), a disfunção sexual pode vir concomitante às alterações fisiológicas, cirúrgicas e da autoimagem, uso de medicamentos/tratamentos que inibem a libido ou que causam secura e atrofia vaginal, sendo que esses fatores podem coexistir com o curso da doença e no pós-tratamento, podendo ser essa a razão das disfunções sexuais serem tão frequentes em pacientes oncológicos.

Associada à estas questões, temos que mulheres com câncer de mama apresentam menos fantasias sexuais, mais estresse sexual, se masturbam com menos frequência e estão menos satisfeitas com suas vidas sexuais (KEDDE et al., 2013).

Observou-se uma maior prevalência de disfunção sexual entre as mulheres que realizaram quadrantectomia e quimioterapia. Silva, Albuquerque e Leite (2010) demonstraram que mulheres em tratamento quimioterápico, independente de já ter realizado cirurgia ou não, apresentam impactos na função sexual.

Ao analisarmos os tratamentos, observamos que a tumorectomia foi o único tratamento que não demonstrou uma associação com as alterações nos domínios da sexualidade. Este fato provavelmente é multifatorial, e se deve principalmente à sua indicação para os casos mais brandos, ao caráter conservador da cirurgia, a preservação da mama e a um melhor prognóstico.

A quimioterapia, neste estudo, foi o tratamento que mais comprometeu os domínios da função sexual, e segundo Webber et al. (2011), após a quimioterapia a proporção de mulheres que relatam problemas sexuais aumenta de 5 a 10%.

Os domínios da sexualidade mais afetados nas mulheres do estudo, com disfunção sexual variaram de acordo com o tratamento instituído, sendo que a tumorectomia afetou principalmente o domínio “Desejo”.

As mulheres com câncer de mama sentem menos desejo sexual (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012) e diminuem a frequência de relações sexuais com o avançar da doença (VIEIRA et al. 2013), necessitando de um estímulo para o ato sexual entre o casal, seja por meio de estímulo corporal direto pelo parceiro ou através de fantasias sexuais (LARA et al., 2008).

Neste estudo, a quadrantectomia influenciou principalmente o domínio “orgasmo”. Kedde et al. (2013), demonstra que a perturbação do orgasmo é uma das disfunções sexuais mais frequentes em mulheres em tratamento para o câncer de mama.

A quimioterapia causou declínios no domínio “excitação” e a quimioterapia/radioterapia nos domínios “excitação” e “orgasmo”. Santos et al. (2008), verificaram que inapetência sexual, dor durante as relações sexuais e dificuldades para excitar-se e alcançar o orgasmo são as principais disfunções relatadas decorrentes da doença e dos tratamentos.

As mulheres com câncer de mama também podem apresentar dificuldades com os domínios de excitação, lubrificação e orgasmo, e relatam insatisfação com a função sexual (VIEIRA et al. 2013; SAFARINEJAD; SHAFIEI; SAFARINEJAD, 2013).

Somente o domínio de “Dor” não demonstrou diferença significativa entre as mulheres do estudo com ou sem disfunção sexual. Dado que se contradiz ao encontrado na literatura, pois uma das principais queixas relacionada às mudanças no bem-estar sexual é o sexo doloroso (WANG et al., 2013; KEDDE et al., 2013).

Neste estudo, verificou-se uma associação entre ciclo menstrual inexistente com a ocorrência de disfunção sexual em mulheres com câncer de mama. Teles et al. (2012) referem que o climatério/menopausa interfere na sexualidade feminina, pois, desencadeia queda dos níveis de hormônios, diminuição da lubrificação dos tecidos genitais, mudanças na configuração corporal, além de outras sintomatologias.

Em relação as comorbidades, encontrou-se uma associação significativa entre câncer de mama e disfunção sexual, mostrando que essas doenças estariam relacionadas aos piores escores de sexualidade, assim como já

descrito por outros autores (VALADARES et al, 2008; ASLAN et al., 2008; DE FRANCISCIS et al., 2013; SHI et al., 2012).

Acredita-se que o presente estudo traz avanços importantes no conhecimento da saúde sexual de mulheres com câncer de mama, e os achados sugerem que discussões sobre questões relacionadas à saúde sexual de mulheres, que vivenciam o câncer de mama devem ser inseridas na formação do enfermeiro, para que se desenvolvam diferentes modos de comunicação, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado em enfermagem à mulher acometida por câncer de mama, já que esta é uma competência que deve ser desenvolvida ao longo do tempo.

### **Conclusão**

Este estudo demonstrou que mulheres com câncer de mama exibem uma alta prevalência de disfunção sexual.

Todos os domínios da sexualidade foram alterados significativamente pelos tratamentos.

Os domínios da função sexual sofrem influência de acordo com o tipo de tratamento instituído.

Existe uma associação entre comorbidade e ciclo menstrual inexistente e disfunção sexual em mulheres com câncer de mama.

### **Referências**

Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil Sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. Rev Bras Med. 2002; 59(4): 250-7.

Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. J Sex Med. 2008; 5(9):2044-52.

Avis NE, Brockwell S, Randolph Junior JF, Shen S, Cain VS, Ory M, et al.. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. Menopause. 2009;16(3):442-52.

Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. Nurs Clin North Am. 2007; 42(4):531-54.

De Franciscis P, Mainini G, Messalli EM, Trotta C, Luisi A, Laudando E, et al. Arterial hypertension and female sexual dysfunction in postmenopausal women. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013; 40(1):58-60.

Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em Oncologia. *Diagn Tratamento*. 2011;16(2):86-90.

Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(2): 61-7.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

Kedde H, Van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijzen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013; 21(1):271-80.

Krychman ML, Katz A. Breast Cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med*. 2012; 9(1):5-13.

Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(6): 312-21.

Lotti RCB, Barra AA, Dias RC, Makluf ASD. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54(4):367-71.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010.

Mulhall J, King R, Gline S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med*. 2008; 5(4): 788-95.

Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*. 2014;29(6):632-50.

Remondes-Costa S; Jimenez F; Pais-Ribeiro JL. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psic., Saúde & Doenças*. 2012; 13(2):327-339.

Safarinejad MR<sup>1</sup>, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology*. 2013; 22(6):1242-8.

Santos LN, Dias CA, Lacerda GL, Barreto WWP, Santos TR et al. Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. *Psicol. Hosp*. 2008; 6(2):02-19.



Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5): 2511-22.

Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol*. 2010a; 56(2): 227-36.

Shi YF, Shao XY, Lou QQ, Chen YJ, Zhou HJ, Zou JY. Study on female sexual dysfunction in type 2 diabetic Chinese women. *Biomed Environ Sci*. 2012; 25(5): 557-61.

Teles TO, Pereira KF, Souza VR, Paranaíba JS, Teixeira CS. Consequências do climatério e menopausa na sexualidade: um estudo no centro de atendimento integrado à saúde de Rio Verde-Goiás. *SaBios: Rev. Saúde e Biol*. 2012; 7(3):45-51.

Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(10): 504-10.

Vaidakis D, Panoskaltsis T, Poulakaki N, Kouloura A, Kassanos D, Papadimitriou G, et al. Female sexuality after female cancer treatment: a clinical issue. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2014;35(6):635-40.

Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*. 2008; 15(2):264-9.

Vieira EM; Yoshinari Júnior GH; Souza HCC; Mancini MPM; Perdoná GSC. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. bras. ginecol. obstet*. 2013; 35(2):78-83.

Wang F, Chen F, Huo X, Xu R, Wu L, Wang J, et al. A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among Chinese women. *PLoS One*. 2013; 8(9): e74473.

Webber K, Mok K, Bennett B, Lloyd AR, Friedlander M, Juraskova I, et al. If I am in the mood, I enjoy it: an exploration of cancer-related fatigue and sexual functioning in women with breast cancer. *Oncologist*. 2011; 16(9):1333-44.

Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis SR, Labrie F, Rosner W, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):561-85.

## 4.2 Artigo 2

### DISFUNÇÃO SEXUAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

### SEXUAL DYSFUNCTION, ANXIETY AND DEPRESSION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

### DISFUNCIÓN SEXUAL, LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes<sup>1</sup>, Ana Karina Marques Salge<sup>2</sup>,  
Janaina Valadares Guimarães<sup>3</sup> e Flaviana Vieira<sup>4</sup>.

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [julianelopes@hotmail.com](mailto:julianelopes@hotmail.com)

2 Doutora em enfermagem. Professora Adjunto IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [anakarina@fen.ufg.br](mailto:anakarina@fen.ufg.br)

3 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [valadaresjanaina@gmail.com](mailto:valadaresjanaina@gmail.com)

4 Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [flavianamori@gmail.com](mailto:flavianamori@gmail.com)

**Resumo:** O câncer de mama causa repercussões emocionais importantes decorrentes do diagnóstico e do tratamento, interferindo na integridade física e na imagem corporal, podendo desencadear disfunções sexuais e alterações do humor, como ansiedade e depressão. Objetivo: Verificar a associação entre a disfunção sexual e a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama. Método: Estudo transversal realizado com 167 mulheres em tratamento para o câncer de mama, em um hospital referência em oncologia em Goiânia-GO, no período de agosto a novembro de 2014. As variáveis estudadas foram identificadas por meio de um roteiro semiestruturado, os domínios da sexualidade: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto foram analisados aplicando o “Índice de Função Sexual Feminina (IFSFF)” e a ansiedade e depressão verificadas utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e do Hospital Araújo Jorge. Resultados: Verificou-se que 79,0% das mulheres do estudo apresentaram disfunção sexual, destas, 86,8% apresentaram ansiedade e 86,3% depressão. Houve uma associação significativa entre a presença de disfunção sexual e ansiedade nas mulheres com câncer de mama ( $p=0,038$ ). Houve uma correlação inversamente proporcional entre o domínio desejo e depressão. Conclusão: Este estudo demonstrou uma alta prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama, uma associação significativa entre ansiedade e disfunção sexual e que a depressão diminui o desejo sexual.

**Palavras-chave:** Disfunção sexual; Ansiedade; Depressão; Câncer de mama

**Abstract:** Breast cancer causes significant emotional repercussions from diagnosis and treatment, interfering with limb and body image can trigger sexual dysfunction and mood changes such as anxiety and depression. Objective: To investigate the association between sexual dysfunction and the prevalence of anxiety and depression in women with breast cancer. Methods: Cross-sectional study with 167 women being treated for breast cancer at a hospital reference in oncology in Goiânia-GO from August to November 2014. The variables studied were identified through a semi-structured form, areas of sexuality: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain / discomfort were analyzed by applying the "Female Sexual Function Index (FSFI)" and anxiety and depression were checked using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The project was approved by the ethics committee of Hospital das Clínicas of research at the Federal University of Goiás and the Hospital Araújo Jorge. Results: It was found that 79.0% of women in the study reported sexual dysfunction, of these, 86.8% were 86.3% anxiety and depression. There was a significant association between the presence of sexual dysfunction and anxiety in women with breast cancer ( $p = 0.038$ ). There was an inverse correlation between the desire domain and depression. Conclusion: This study demonstrated a high prevalence of anxiety and depression in women with breast cancer, a significant association between anxiety and sexual dysfunction and depression decreases sexual desire.

**Keywords:** Sexual dysfunction; Anxiety; Depression; Breast cancer

**Resumen:** El cáncer de mama provoca repercusiones emocionales importantes de diagnóstico y tratamiento, lo que interfiere con la imagen corporal de las extremidades y puede desencadenar la disfunción y cambios de humor sexual como la ansiedad y la depresión. Objetivo: Investigar la asociación entre la disfunción sexual y la prevalencia de la ansiedad y la depresión en las mujeres con cáncer de mama. Métodos: Estudio transversal con 167 mujeres que reciben tratamiento para el cáncer de mama en un hospital de referencia en oncología en Goiânia-GO, de agosto a noviembre de 2014. Las variables estudiadas fueron identificados a través de un semi-estructurados, áreas de la sexualidad: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor / malestar se analizaron mediante la aplicación del "Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)" y de la ansiedad y la depresión controlen mediante el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas de la investigación en la Universidad Federal de Goiás y el Hospital Araújo Jorge. Resultados: Se encontró que 79,0% de las mujeres en el estudio informó la disfunción sexual, de éstos, el 86,8% eran 86,3% de ansiedad y depresión. Hubo una asociación significativa entre la presencia de disfunción sexual y la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama ( $p = 0,038$ ). Hubo una correlación inversa entre el dominio deseo y la depresión. Conclusión: Este estudio demostró una alta prevalencia de la ansiedad y la depresión en las mujeres con cáncer de mama, una asociación significativa entre la ansiedad y la disfunción sexual y la depresión disminuye el deseo.

**Palabras clave:** Disfunción sexual; Ansiedad; Depresión; Cáncer de mama

## **Introdução**

O câncer de mama se apresenta como um grave problema de saúde pública, pois é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro na população feminina, e no Brasil é a primeira causa de mortalidade e a segunda doença de maior incidência entre as mulheres (INCA, 2014).

A mulher com câncer de mama pode enfrentar a perda gradual das suas possibilidades produtivas, especialmente em relação à maternidade e ao seu papel de esposa e mulher (SANTOS et al., 2010). As alterações psicológicas que acompanham o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama se iniciam a partir do momento que a mulher suspeita de que o nódulo existe (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

As repercussões emocionais decorrentes do câncer de mama podem afetar a integridade física, como, também, a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma e de sua sexualidade. Os outros efeitos secundários do tratamento como, alteração na produção de hormônios sexuais e menopausa precoce, também contribuem para a diminuição da libido, interferindo nas relações afetivas (SILVA, 2008), o que pode desencadear disfunções sexuais, as quais são definidas como alterações em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O significado que as mulheres atribuem à sexualidade é geralmente expresso por um conceito reduzido ao ato sexual em si, assim, algumas mulheres com câncer de mama acreditam que são inadequadas sexualmente para seus companheiros, temendo ser abandonadas por eles (FERREIRA et al., 2013).

Sabe-se que o câncer de mama pode causar distúrbios do humor, como ansiedade e depressão, sendo particularmente acentuados após o diagnóstico e durante a fase de tratamento ativo, e o sofrimento decorrente da doença pode durar até anos após o diagnóstico (PINTO, 2013). Esse diagnóstico pode gerar alterações na sexualidade (CESNIK; SANTOS, 2012), além de ansiedade (PINTO, 2013) e depressão, sendo a ocorrência média desse distúrbio de 22-29% para as pacientes em fase inicial da doença, e mais de 40% para as mulheres com doença avançada (ANDERSEN, 2009).

Mulheres com câncer de mama vivenciam sentimentos tais como: tristeza, depressão, estado de choque e pânico em relação aos tratamentos cirúrgicos

(ALVES et al., 2010) e embora, ao longo do tempo, ocorra a redução da ansiedade, os sintomas depressivos, nos anos seguintes ao início do tratamento para o câncer de mama, tendem a se manter ou até mesmo aumentar (MOREIRA; CANAVARRO, 2010).

É necessário que a mulher e sua família sejam esclarecidas sobre as consequências físicas e psicológicas dos tratamentos desde o seu início, inclusive sobre as possíveis alterações em sua vida sexual (VIEIRA et al., 2014). Diante deste contexto, em que o câncer de mama pode gerar significados distintos e afetar a vida social, familiar e conjugal da mulher, optamos por realizar este estudo que teve como objetivo verificar a associação entre a disfunção sexual e a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo tipo transversal analítico. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2014, no ambulatório de mastologia e de quimioterapia de um hospital referência em oncologia, situado no município de Goiânia-GO, após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas (CEP/HC/UFG), sob o parecer nº 650.110/2014 e pelo Comitê de Ética da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (CEP/ACCG), sob o parecer nº 660.827/2014, respeitando os princípios éticos vigentes.

Com base no Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia (RCBPGO), nos anos de 2005-2009 foram diagnosticados aproximadamente 250 casos novos de câncer de mama por ano, em mulheres de 35-59 anos de idade. Fazendo o cálculo amostral utilizando um nível de confiança de 95%, e um erro  $\alpha$  aceitável de 5%, o cálculo da amostra foi de 152 mulheres com câncer de mama. Foi acrescentado 10% na amostra final para maior confiabilidade da pesquisa. A amostra final foi de 167 mulheres com câncer de mama, que estavam sendo atendidas no ambulatório de mastologia e/ou de quimioterapia do referido hospital e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A delimitação da faixa etária entre 35 e 59 anos ocorreu, pois, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, no manual “Controle do câncer de mama: documento de consenso”, de 2004, nas mulheres de grupos

populacionais considerados de risco elevado para o câncer de mama recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade (INCA, 2004). E as mulheres idosas, ou seja, acima de 60 anos de idade foram excluídas pois, a disfunção sexual já é um problema frequente em mulheres mais velhas (VALADARES et al., 2008).

Como critérios de exclusão foram estabelecidos: ser incapaz de responder as perguntas do questionário e ter diagnóstico de transtornos mentais registrado em prontuário. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, de maneira aleatória, enquanto estavam no ambulatório do referido hospital. A entrevista foi realizada utilizando três questionários. Um questionário básico para coleta de dados referentes a dados socioeconômicos, demográficos e clínicos, um questionário, já validado, o “Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)” (THIEL et al., 2008) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) (BOTEGA et al., 1995).

O IFSF é composto por 19 questões que avaliam seis domínios da sexualidade: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente, em relação à presença da função questionada. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. O escore final pode variar de 2 a 36, sendo que mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (THIEL et al., 2008).

A HADS consiste em duas sub escalas, uma que mede a ansiedade (HADS-A) e outra, a depressão (HADS-D), as quais são classificadas separadamente compondo pontuação máxima de 21 para cada escala (BOTEGA et al., 1995). Foram adotados os pontos de corte apontados por Zigmond e Snaithe (1983), e recomendados para ambas as sub escalas: 1) HAD-A: sem ansiedade: 0 a 8; com ansiedade:  $\geq 9$ ; 2) HAD-D: sem depressão: 0 a 8; com depressão:  $\geq 9$ .

As variáveis categóricas foram analisadas mediante frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste do  $\chi^2$  para verificar a associação entre a disfunção sexual e ansiedade e/ou depressão em mulheres com câncer de mama. As diferenças dos escores de domínios da sexualidade, entre as

mulheres com ou sem disfunção sexual relacionadas aos tipos de tratamento, foram comparadas através do teste t de Student. Utilizou-se o teste de correlação de Pearson para comparar diferenças entre os domínios da sexualidade e os índices de ansiedade e depressão. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Foram entrevistadas 167 mulheres, e a média de idade foi de  $48,8 \pm 7,1$  anos. No momento do diagnóstico, 20,4% das mulheres estavam na faixa etária entre 35 e 39, 41,9% na faixa etária de 40 e 49, e 37,7% entre 50 e 59 anos de idade. A Tabela 2.1 exibe os dados referentes aos perfis socioeconômico e demográfico da população estudada. Houve prevalência no estudo de mulheres da raça branca (50,8%), que estudaram até o ensino médio (60,5%), possuíam parceiro (67,1%), tinham filhos (94,0%), estavam desempregadas (76,0%), possuíam renda familiar de até 1200 reais mensais (70,0%) e casa própria (65,8%).

Tabela 2.1: Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos de mulheres com câncer de mama atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

VARIÁVEL	n	%
<b>Raça/cor (autorreferida)</b>		
Branca	85	50,8
Não branca	82	49,2
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	40	23,9
Médio	101	60,5
Superior	26	15,6
<b>Estado civil</b>		
Com parceiro	112	67,1
Sem parceiro	55	32,9
<b>Número de filhos</b>		
Com filhos	157	94,0
Sem filhos	10	6,0
<b>Profissão</b>		
Empregada	40	24,0
Desempregada	127	76,0
<b>Renda familiar</b>		
Até 1200 reais	117	70,0
Mais de 1200 reais	50	30,0
<b>Situação da moradia</b>		
Casa própria	110	65,8
Outras	57	34,2

Através do IFSF verificou-se que 79,0% das mulheres do estudo apresentaram disfunção sexual. Uma diferença significativa foi verificada entre as médias dos escores dos domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação (Tabela 2.2).

Tabela 2.2: Distribuição da média dos domínios do IFSF, conforme disfunção sexual nas mulheres com câncer de mama atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

DOMÍNIOS	DISFUNÇÃO SEXUAL		P
	Sim (132)	Não (35)	
Desejo	2,9	4,5	0,001*
Excitação	2,8	4,4	0,005*
Lubrificação	3,0	4,7	0,005*
Orgasmo	2,9	4,9	0,003*
Satisfação	3,4	5,3	0,002*
Dor/desconforto	3,3	5,4	0,095

Teste t de Student; \*P<0,05

Com base na análise dos dados referentes à HADS, constatou-se que das mulheres com disfunção sexual, 86,8% apresentaram ansiedade e 86,3%, depressão (Tabela 2.3). Verificou-se uma associação significativa entre a presença de disfunção sexual e ansiedade nas mulheres do grupo estudado (p=0,038).

Tabela 2.3: Distribuição da disfunção sexual, conforme presença ou ausência de ansiedade e depressão nas mulheres com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

DISFUNÇÃO SEXUAL	ANSIEDADE				P	DEPRESSÃO				P
	Sim (76)		Não (91)			Sim (73)		Não (94)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Sim	66	86,8	66	72,5	0,038*	63	86,3	69	73,4	0,066
Não	10	13,2	25	27,5		10	13,7	25	26,6	

Teste do qui-quadrado-  $\chi^2$

Foram verificados os coeficientes de correlação de Pearson, para os domínios da sexualidade das mulheres que apresentaram disfunção sexual em relação à ansiedade e depressão (Tabela 2.4). Houve uma correlação positiva e significativa entre ansiedade e excitação sexual (p=0,0419), e uma correlação



significativa e inversamente proporcional, entre depressão e desejo sexual ( $p=0,0191$ ).

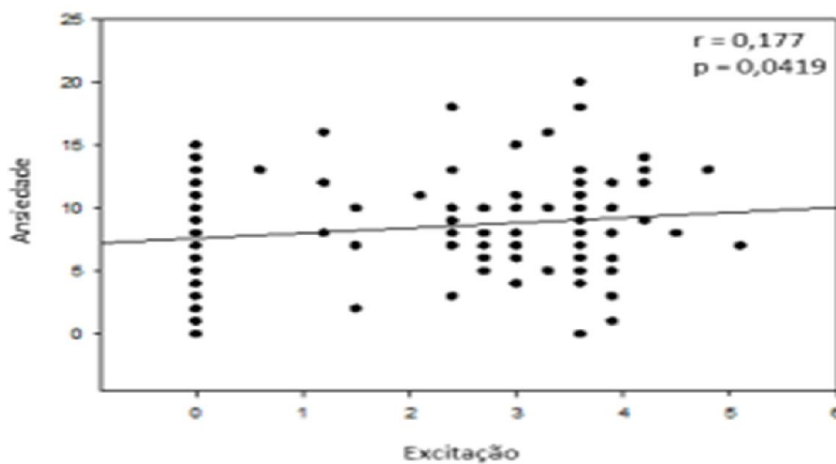
Tabela 2.4: Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da sexualidade e a ansiedade e depressão das mulheres com disfunção sexual, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015

DOMÍNIOS DA SEXUALIDADE	ANSIEDADE		DEPRESSÃO	
	r	P	r	P
Desejo	-0,0656	0,456	-0,205	*0,0191
Excitação	0,177	*0,0419	0,120	0,172
Lubrificação	0,103	0,240	0,128	0,144
Orgasmo	0,0850	0,333	0,0801	0,361
Satisfação	0,0767	0,382	0,105	0,229
Dor/desconforto	0,134	0,125	0,0947	0,280

Teste de correlação de Pearson (r); \* $P<0,05$

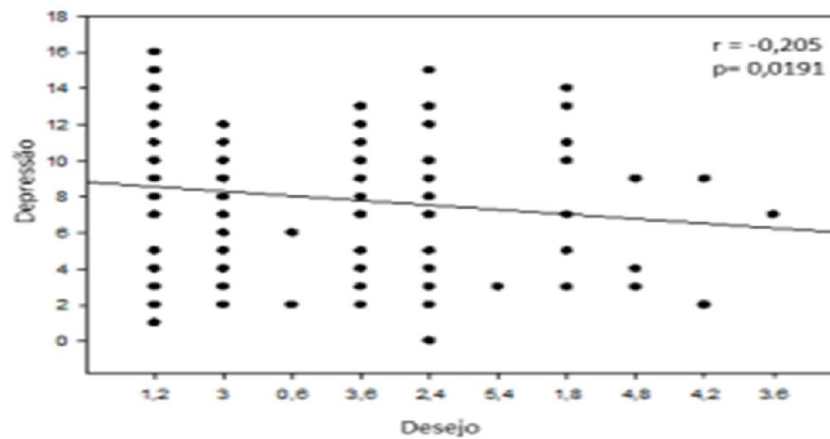
A figura 2.1 demonstra o comportamento de ansiedade em relação à excitação sexual, e a figura 2.2 o comportamento da depressão em relação ao desejo sexual.

Figura 2.1: Ansiedade em função da excitação sexual em mulheres disfuncionais com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015



Observa-se que houve um crescimento linear em relação a ansiedade e excitação sexual, ou seja, quanto maior é a excitação sexual, maior o nível de ansiedade das mulheres com câncer de mama e disfunção sexual.

Figura 2.2: Depressão em função do desejo sexual em mulheres disfuncionais com câncer de mama, atendidas no hospital referência em oncologia. Goiânia-GO, 2015



Em relação à depressão e desejo sexual, o crescimento se mostrou inversamente proporcional, assim, quanto menor é o desejo sexual, maiores são os níveis de depressão nas mulheres disfuncionais com câncer de mama.

### Discussão

O presente estudo buscou avaliar a sexualidade e os indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama. Destaca-se a importância de altas prevalências de ansiedade e depressão associadas à disfunção sexual, estimadas nesse grupo. Em concordância com os nossos resultados, outros estudos demonstraram que os principais problemas psicológicos apresentados por estas pacientes são depressão e ansiedade (PINTO, 2013; ALVES et al., 2010; ANDERSEN, 2009; MOREIRA; CANAVARRO, 2010).

Segundo Maluf (2008), o comportamento sexual é afetado pela depressão e ansiedade nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, em decorrência de alterações na imagem corporal, gerando uma incapacidade de relaxar e desfrutar da relação sexual. Lopes, Santos e Lopes (2008) referem que avaliar sintomas de depressão em pacientes com câncer e tratar a ansiedade decorrente da doença e do tratamento é necessário, uma vez que podem afetar o prognóstico dessas pacientes.

O câncer de mama é um evento traumático que pode cursar com medo da morte e insegurança quanto ao tratamento e prognóstico, além disso, gera

conflitos pessoais devido à dificuldade de aceitação da doença, medo de discriminação social e de enfrentar a mutilação decorrente da retirada da mama, com isso, o câncer de mama pode se refletir como distúrbios de humor, autoestima e sexualidade (CARVALHO et al., 2015).

Um outro destaque verificado em nosso estudo foi a associação significativa entre disfunção sexual e ansiedade. A ansiedade é bastante comum em mulheres com câncer de mama e pode provocar percepções negativas quanto às habilidades motoras e intelectuais do indivíduo (OLYMPIO, 2008). Além disso, mulheres com câncer de mama criam uma antipatia à sua aparência sem roupa, evitam se olhar no espelho para não se sentirem constrangidas e feias e, com isso, embora a dor física do tratamento do câncer de mama diminua com o tempo, as alterações emocionais podem persistir durante um longo período (EMILEE, USSHER; PERZ, 2010).

Verificou-se que a maioria das mulheres com câncer de mama apresentou disfunção sexual e os domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação foram os que apresentaram diferença significativa em relação aos domínios sexuais das mulheres sem disfunção sexual, assim como demonstrado por outros autores (SAFARINEJAD; SHAFIEI; SAFARINEJAD, 2013; CAVALHEIRO et al., 2012).

Alguns estudos já haviam avaliado a ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama (CARVALHO et al., 2015; CANGUSSU et al., 2010; PRIMO et al., 2012), e outros observaram a relação do câncer de mama com as alterações na sexualidade (FERREIRA et al., 2013; EMILEE; USSHER; PERZ, 2010). No entanto, através dos resultados deste estudo, foi possível supor que mulheres com câncer de mama que sofrem alterações em sua função sexual apresentam maiores índices de ansiedade e depressão em relação às mulheres com câncer de mama sem disfunção sexual.

Percebeu-se que quanto maior é a excitação sexual, maior o nível de ansiedade, e quanto menor é o desejo sexual, maiores são os níveis de depressão nas mulheres disfuncionais com câncer de mama. As correlações significativas entre os domínios da sexualidade com os indicadores de ansiedade e depressão são dados que demonstram que o câncer de mama altera não só a dimensão psicológica, mas também a sexualidade das mulheres com câncer de mama. Segundo Vaidakis (2014), os domínios da sexualidade que sofrem maior

redução ao longo do tratamento para o câncer de mama são: "desejo sexual", "excitação sexual" e "orgasmo".

O enfermeiro tem fundamental importância no controle do bem-estar da mulher com câncer de mama, através da implementação de estratégias psicossociais, individuais ou em grupo, voltadas para otimização do tratamento (SOUZA et al., 2014), mas para que os enfermeiros possam prestar um cuidado holístico, com detecção precoce e prevenção desses problemas, se torna necessária uma formação adequada (FERREIRA et al., 2013). Instrumentos como o IFSF e a HADS, aplicados por um enfermeiro ou outro profissional de saúde, devem ser incluídos nas consultas e avaliação de mulheres acometidas com câncer de mama, visando otimizar a detecção precoce e a intervenção nos casos de disfunção sexual, ansiedade e depressão, ampliando a qualidade da assistência prestada.

### **Conclusão**

Este estudo demonstrou que mulheres com câncer de mama apresentam alta prevalência de disfunção sexual, e que ela está relacionada aos altos índices de ansiedade e depressão nessas mulheres.

A ansiedade foi associada significativamente com a disfunção sexual, e mostrou uma correlação proporcional com o domínio de "excitação sexual". A depressão demonstrou uma correlação inversamente proporcional com o domínio de "desejo sexual".

Estes dados reforçam a importância da detecção e do tratamento das disfunções sexuais nas mulheres com câncer de mama, visto que a prevalência de ansiedade e depressão é alta nesta população, e pode influenciar a evolução do tratamento e causar prejuízos nas relações sociais e afetivas.

### **Referências**

Alves PC, Silva APS, Santos MCL, Fernandes AFC. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4): 989-95.

Andersen BL. In sickness and in health: maintaining intimacy after breast cancer recurrence. Cancer J. 2009; 15(1):70-3.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(5): 359-363.

Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(2):106-110.

Carvalho SMF, Bezerra IMP, Freitas TH, Rodrigues RCS, Carvalho IOC, Brasil AQ, et al. Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama. *Journal of Human Growth and Development*, 2015; 25(1): 68-74.

Cavalheiro JA, Bittelbrunn A, Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cericatto R, et al. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Womens Health*. 2012; 11:12-28.

Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicol. Reflex. Crit*. 2012; 25(2): 339-349.

Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after Breast Cancer: A review. *Maturitas*. 2010; 66(4): 397–407.

Ferreira CB, Almeida AM, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008; 12(27): 863-871.

Ferreira SMA, Panobianco MS, Gozzo TO, Almeida AM. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2013; 22(3): 835-42.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2014.

Lopes RFF, Santos MR, Lopes EJ. Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2008; 10(1): 39-49.

Maluf MFM. O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama [dissertação]. São Paulo: Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo; 2008. 212 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010.

Moreira H, Canavarro MC. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology nursing*, Edinburgh. 2010; 14(4):263-70.

Olympio PCAP. Níveis de imunoglobulina A salivar, ansiedade, estresse e depressão de mulheres mastectomizadas em uso de tamoxifeno [Dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo/ Centro de Ciências à Saúde; 2008. 122p.

Pinto AC. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis*. 2013; 5 (Suppl 1):S81-6.

Primo CC, Gonçalves LRN, Olympio PCAP, Leite FMC, Amorim MHC. Ansiedade em mulheres com câncer de mama. *Enfermería Global*. 2012; 28: 63-73.

Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology*. 2013; 22(6):1242-8.

Santos MCL, Sousa FS, Alves PC, Bonfim IM, Fernandes AFC. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4): 675-678.

Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psic em Estudo*. 2008; 13(2): 231-237.

Souza BF, Moraes JÁ, Inocenti A, Santos MA, Silva AEBC, Miasso AI. Mulheres com câncer de mama em uso de quimioterápicos: sintomas depressivos e adesão ao tratamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(5): 866-73.

Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(10): 504-10.

Vaidakis D, Panoskaltis T, Poulakaki N, Kouloura A, Kassanos D, Papadimitriou G, et al. Female sexuality after female cancer treatment: a clinical issue. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2014;35(6):635-40.

Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*. 2008; 15(2) 264-269.

Vieira EM, Santos DB, Santos MA, Giami A. Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22(3):408-14.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983; 67:361-370.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar o perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, atendidas no ambulatório de mastologia e de quimioterapia de um hospital referência em oncologia de Goiânia-GO, o que pode auxiliar no direcionamento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde para as mulheres da região.

Esta pesquisa mostrou que as mulheres com câncer de mama, principalmente aquelas em tratamento cirúrgico, apresentam alta prevalência de disfunção sexual, e que os domínios da sexualidade feminina são altamente afetados pelo tratamento.

As mulheres disfuncionais com câncer de mama apresentam uma maior frequência de ansiedade e depressão, sendo demonstrado uma correlação entre ansiedade e excitação sexual e entre depressão e desejo sexual.

A utilização de instrumentos como o IFSF e a HADS se mostrou adequada para a detecção de disfunção sexual, ansiedade e depressão em mulheres acometidas por câncer de mama, por isso, indica-se o seu uso nas consultas de enfermagem para estas mulheres, visando melhorar a qualidade da assistência prestada, para que através da detecção precoce destas alterações se possa implementar estratégias que promovam o aumento da qualidade de vida destas mulheres.

A limitação do estudo se refere ao fato da amostra ser constituída de mulheres em diversas fases do tratamento e ao tempo de diagnóstico que foi altamente diversificado entre as mulheres do estudo. Com isso, não foi possível identificar se há uma diferença entre a prevalência de disfunção sexual, ansiedade e depressão, em relação ao tempo de diagnóstico e a fase de tratamento instituído.

Estudos futuros se fazem necessários para identificar presença de disfunção sexual, durante as diferentes fases do tratamento, além de relacionar esta presença com o surgimento de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama, afim de que o profissional de saúde saiba especificamente em qual fase da doença intervir ou prevenir as disfunções sexuais, para que ocorra um planejamento minucioso das ações em saúde e intervenções de enfermagem, que possam minimizar estas alterações e para que a mulher afetada por esta doença receba uma assistência integral e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil Sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. Rev Bras Med. 2002; 59(4): 250-7.

Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Rev. Psiqu. Clín. 2006; 33(3): 162-167.

Adami H, Hunter D, Trichopoulos D. (editores) Testbook of Cancer Epidemiology. 2nd ed.: Oxford University Press, 2008.

ACCG - Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Hospital Araújo Jorge [Internet]. Goiânia: Update or Die; 2010 set 09 [cited 2015 jul 01]. Available from: <http://www.accg.org.br/unidades/hospital-araujo-jorge/sobre-o-hospital-araujo-jorge>

American psychiatric association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Avelar AMA, Derchain SFM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LOZ, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama ante e após a cirurgia. Rev Cienc Med. 2006; 15(1): 11-20.

Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. J Sex Med. 2008; 5(9):2044-52.

Basson R. Human sex response cycles. J Sex Marital Ther. 2001; 27(1): 33-43.

Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on women's sexual dysfunctions. J Sex Med. 2004;1(1):24-34.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública. 1995; 29(5): 359-363.

Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Giami A, et al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. Psychooncology. 2011; 20(8):841-50.

Calegari EG, Feldens VP, Sakae TM. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/ SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2011; 40(3): 49-55.

Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(2):106-110.



Cavalheiro JA, Bittelbrunn A, Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cericatto R, et al. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Womens Health*. 2012; 11:12-28.

Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicol. Reflex. Crit*. 2012; 25(2): 339-349.

De Franciscis P, Mainini G, Messalli EM, Trotta C, Luisi A, Laudando E, et al. Arterial hypertension and female sexual dysfunction in postmenopausal women. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013; 40(1):58-60.

Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after Breast Cancer: A review. *Maturitas*. 2010; 66(4): 397–407.

Fabbro MRC, Montrone AVG, Santos S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. *Rev. Enfermagem UERJ*. 2008.; 16(4): 532-7.

Ferreira CB, Almeida AM, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008; 12(27): 863-871.

Ferreira SMA, Panobianco MS, Gozzo TO, Almeida AM. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2013; 22(3): 835-42.

Harirchi I, Montazeri A, Zamani Bidokhti F, Mamishi N, Zندهدل K. i Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *J Exp Clin Cancer Res*. 2012; 9: 31-20.

Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim Junior JR, Passos EP. Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA*. 2007; 27(1):10-4.

Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(2): 61-7.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva,

Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2014.

Lam WW, Li WW, Bonanno GA, Mancini AD, Chan M, Or A, et al. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Res Treat.* 2012; 131(3):957-67.

Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(6): 312-21.

Leiblum SR. Redefining female sexual response. *Contemp Ob Gyn.* 2000; 45:120-126.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(8):396-401.

Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs.* 2011; 15(2):167-72.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>. Acessado em 12 de dezembro de 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med.* 2008; 5(4): 788-95.

Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, O'Meara ES. Risk Factors for Breast Cancer for Women Age 40 to 49: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012; 156: 635-648.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther.* 2008; 34(4): 325-42.

Olympio PCAP. Níveis de imunoglobulina A salivar, ansiedade, estresse e depressão de mulheres mastectomizadas em uso de tamoxifeno [Dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo/ Centro de Ciências à Saúde; 2008. 122p.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2):416-26.

Panobianco MS, Magalhães PAP, Soares CR, Sampaio BAL, Almeida AM, Gozzo TO. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2012;14(3):532-40.

Quintard B, Constant A, Lakdja F, Labeyrie-Lagardère H. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18(1):41-5.

Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health.* 2014;29(6):632-50.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, 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(2):191-208.

Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology.* 2013; 22(6):1242-8.

Santos MCL, Sousa FS, Alves PC, Bomfim IM, Fernandes AFC. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4): 675-678.

Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psic em Estudo.* 2008; 13(2): 231-237.

Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV, Santos LMS, et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(5): 727-34.

Shi YF, Shao XY, Lou QQ, Chen YJ, Zhou HJ, Zou JY. Study on female sexual dysfunction in type 2 diabetic Chinese women. *Biomed Environ Sci.* 2012; 25(5): 557-61.

Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *J Urol.* 2008; 179(3):1056-9.

Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde.* 2007; 14(1):17-22.

Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port.* 2009; 22: 89-98.

Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(10): 504-10.

Vaidakis D, Panoskaltis T, Poulakaki N, Kouloura A, Kassanos D, Papadimitriou G, et al. Female sexuality after female cancer treatment: a clinical issue. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2014;35(6):635-40.

Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause.* 2008; 15(2):264-9.

Vieira EM; Yoshinari Júnior GH; Souza HCC; Mancini MPM; Perdoná GSC. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2013; 35(2):78-83.

Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Changes to sexual well-being and intimacy after breast câncer. *Cancer Nurs.* 2012; 35(6):456-65.

Webber K, Mok K, Bennett B, Lloyd AR, Friedlander M, Juraskova I, et al. If I am in the mood, I enjoy it: an exploration of cancer-related fatigue and sexual functioning in women with breast cancer. *Oncologist.* 2011; 16(9):1333-44.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67:361-370.

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Meu nome é Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é em Saúde da Mulher.

Após ler com atenção este documento, ser esclarecida sobre as informações a seguir e aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias. Este documento também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes ou Dra. Janaína Valadares Guimarães, nos telefones: (62) 3209-6280 ramal 217; FAX: (62) 3521-1807 ou e-mail: julianelopes@hotmail.com.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, nos telefones: 3243-7050 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar – Edifício Albergue Filhinha Nogueira – Setor Leste Universitário.

O projeto intitulado “**Associação entre mastectomia e disfunção sexual em mulheres em tratamento do câncer de mama**”, tem como objetivo investigar as disfunções (problemas) sexuais, em um grupo de mulheres submetidas à mastectomia, atendidas em um Hospital de Referência em Oncologia de grande porte em Goiânia-GO.

Você será entrevistada uma única vez, assim seu tempo de participação na pesquisa é o tempo de responder às perguntas que serão feitas.

Essa pesquisa poderá propiciar (causar) riscos às entrevistadas relacionados a problemas emocionais ou psicológicos, visto que serão abordadas questões relativas ao processo de doença vivida no passado, por isso foi solicitado à psicóloga do setor, a permissão para que a pesquisa seja realizada, deste modo, ela poderá auxiliar as participantes quanto a este risco e, também, no fortalecimento do relacionamento que será estabelecido entre as pesquisadoras e as participantes, se necessário.

Esclarecemos que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, mas você poderá pleitear (buscar) indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa. Será garantido o sigilo absoluto sobre a identidade dos sujeitos da pesquisa. E sua participação na pesquisa não irá interferir em seu tratamento.

Seus dados serão importantes para elaboração de melhores estratégias a serem utilizadas durante a consulta de enfermagem, com orientações direcionadas às mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Garantimos a você, a liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistada: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo “Associação entre mastectomia e disfunção sexual em mulheres em tratamento do câncer de mama”, sob a responsabilidade de Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes, como sujeito voluntário. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento e o sigilo absoluto sobre a minha identidade.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura da entrevistada ou responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura Dactiloscópica:



Nome e assinatura do pesquisador:

\_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

• Observações complementares:

## APÊNDICE 2

<b>ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	
<b>DADOS SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS</b>	
Local da entrevista: <input type="checkbox"/> Amb Med <input type="checkbox"/> QT	Iniciais nome: _____
RG: _____ Nº prontuário: _____	Telefone: _____
Data da entrevista: ____/____/____	Coletador de dados: _____

### **A) DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Cor da pele ou raça declarada**

- a) ( ) Branca
- b) ( ) Parda
- c) ( ) Negra
- d) ( ) Amarela (chinês/japonês)
- e) ( ) Indígena

**3. Escolaridade**

- a) ( ) Ensino fundamental incompleto
- b) ( ) Ensino fundamental completo
- c) ( ) Ensino médio incompleto
- d) ( ) Ensino médio completo
- e) ( ) Ensino superior incompleto
- f) ( ) Ensino superior completo
- g) ( ) Não estudou. Sabe ler e escrever? \_\_\_\_\_

**4. Estado civil**

- a) ( ) Solteira
  - I-( ) Com parceiro. Quanto tempo?: \_\_\_\_\_
- b) ( ) União estável. Quanto tempo?: \_\_\_\_\_
- c) ( ) Casada. Quanto tempo?: \_\_\_\_\_
- d) ( ) Viúva
  - I-( ) Com parceiro. Quanto tempo?: \_\_\_\_\_
- e) ( ) Separada
  - I-( ) Com parceiro. Quanto tempo?: \_\_\_\_\_
- f) ( ) Divorciada
  - I-( ) Com parceiro. Quanto tempo?: \_\_\_\_\_

**5. Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**6. Profissão**

- a) ( ) Estudante
- b) ( ) Desempregada
- c) ( ) Do lar
- d) ( ) Autônoma
- e) ( ) Pensionista
- f) ( ) Aposentada
- g) ( ) Trabalhadora com carteira assinada
- i) ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**7. Renda familiar mensal per capita**

- a) ( ) até 600 reais
- b) ( ) de 600 até 1200 reais
- c) ( ) de 1200 até 2000 reais
- d) ( ) Mais de 2000 reais

**8. Situação da moradia**

- a) ( ) Casa própria
- b) ( ) Casa alugada
- c) ( ) Casa do cônjuge
- d) ( ) Casa dos filhos
- e) ( ) Vive em espaço cedido
- f) ( ) Vive com familiar
- g) Outro: \_\_\_\_\_

### **B) DADOS COMPORTAMENTAIS**

**1. Hábitos de vida**

**1.1 Etilismo:**

- a) ( ) Não
- b) ( ) Sim. Frequência semanal: \_\_\_\_\_
- c) ( ) Ex-etilista. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Interrompeu o hábito há \_\_\_\_\_ anos

**2.3 Atividade física:**

- a) ( ) Não  
 b) ( ) Sim Frequência semanal: \_\_\_\_\_  
 c) ( ) Parou por causa da doença.

### **C) DADOS GINECOLÓGICOS E CLÍNICOS**

1. Ciclos menstruais: ( ) regulares ( ) irregulares  
 ( ) inexistente

#### **2. Método Anticoncepcional**

- a) ( ) Nenhum  
 b) ( ) Método do calendário  
 c) ( ) Coito interrompido  
 d) ( ) Preservativo  
 e) ( ) Uso de anticoncepcionais hormonais:  
 I- ( ) Sim. Durante quanto tempo (*média*): \_\_\_\_\_  
 II- ( ) Não. Parou há quanto tempo (*média*): \_\_\_\_\_  
 f) ( ) DIU (*dispositivo intra-uterino*)  
 g) ( ) Laqueadura das trompas  
 h) ( ) Adesivo transdérmico  
 i) ( ) Outro. Qual?: \_\_\_\_\_

#### **3. Menopausa (12 meses após último ciclo menstrual)**

- a) ( ) Não  
 b) ( ) Sim. Idade: \_\_\_\_\_  
 I- ( ) Fisiológico  
 II- ( ) Devido à medicação. Qual?: \_\_\_\_\_  
 III- ( ) Devido à cirurgia. Qual?: \_\_\_\_\_

#### **4. Reposição hormonal ( ) Não ( ) Sim**

- a) Mês/Ano de início: \_\_\_\_\_  
 b) Mês/Ano de término: \_\_\_\_\_

### **D) ANTECEDENTES CIRÚRGICOS E FAMILIARES**

#### **1. Cirurgia prévia:**

- ( ) Não ( ) Sim. Qual?: \_\_\_\_\_

#### **2. Outra comorbidade não relacionada ao câncer:**

- ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

#### **3. Câncer (antes do câncer de mama):**

- a) ( ) Não b) ( ) Sim. Local: \_\_\_\_\_  
 Tratamento: \_\_\_\_\_

#### **4. Antecedentes familiares de câncer**

##### **a) Câncer de mama:**

- ( ) Não ( ) Sim. Parentesco: \_\_\_\_\_

##### **b) Outro câncer**

- ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### **E) ASPECTOS RELACIONADOS À DOENÇA**

#### **1. Data do diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

- ( ) Não sabe. (buscar em prontuário)

#### **2. Idade no momento do diagnóstico: \_\_\_\_\_**

#### **3. Qual foi o tratamento recomendado:**

- a) ( ) Radio e quimioterapia  
 b) ( ) Quimioterapia  
 c) ( ) Radioterapia  
 d) ( ) Mastectomia  
 I- ( ) Unilateral D( ) E ( )  
 II- ( ) Bilateral  
 e) ( ) Hormonioterapia  
 f) ( ) Tumorectomia (*retirada apenas do nódulo*)  
 g) ( ) Quadrantectomia D( ) E ( )  
 h) ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### **4. Complicações relacionadas à doença ou tratamento a)**

- ( ) Não  
 b) ( ) Sim.  
 I- ( ) Supressão temporária da menstruação  
 II- ( ) Menopausa precoce  
 III- ( ) Outra: \_\_\_\_\_

#### **c) Fez tratamento para essas complicações?**

- ( ) Sim ( ) Não

#### **6. Qual tratamento esta em andamento hoje?**

- a) ( ) Radio e quimioterapia  
 b) ( ) Quimioterapia  
 c) ( ) Radioterapia  
 d) ( ) Hormonioterapia  
 e) ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### **7. Realizou reconstrução mamária?**

- a) ( ) Sim  
 b) ( ) Não

#### **8. Exames que realizou para o diagnóstico:**

- a) ( ) USG mamária  
 b) ( ) Mamografia  
 c) ( ) Biopsia  
 d) ( ) PAAF  
 e) ( ) outro: \_\_\_\_\_



### **ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)**

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Para responder as questões, use as seguintes definições: Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual. Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina. Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos). Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares

#### **ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA**

**1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?**

- Sempre ou quase sempre    Muitas vezes (mais da metade do tempo)    Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)  
 Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)    Nunca ou quase nunca

**2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?**

- Muito alto    Alto    Moderado    Baixo    Muito baixo ou nenhum

**3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Sempre ou quase sempre    Muitas vezes (mais da metade do tempo)  
 Algumas vezes (metade das vezes)    Poucas vezes (menos da metade do tempo)    Nunca ou quase nunca

**4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Muito alto    Alto    Moderado    Baixo    Muito baixo ou nenhum

**5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Altíssima confiança    Alta confiança    Moderada confiança    Baixa confiança    Baixíssima ou nenhuma confiança

**6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Sempre ou quase sempre    Muitas vezes (mais da metade do tempo)    Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)    Poucas vezes (menos da metade do tempo)    Nunca ou quase nunca

**7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Sempre ou quase sempre    Muitas vezes (mais da metade do tempo)    Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)    Poucas vezes (menos da metade do tempo)    Nunca ou quase nunca

**8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Extremamente difícil ou impossível    Muito difícil    Difícil    Pouco difícil    Nada difícil

**9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Sempre ou quase sempre    Muitas vezes (mais da metade do tempo)    Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)    Poucas vezes (menos da metade do tempo)    Nunca ou quase nunca

**10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual    Extremamente difícil ou impossível    Muito difícil    Difícil    Pouco Difícil    Nada Difícil

**11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax/ “gozou”)?**

( )Sem atividade sexual ( )Sempre ou quase sempre ( )Muitas vezes (mais da metade do tempo) ( )Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) ( )Poucas vezes (menos da metade do tempo) ( )Nunca ou quase nunca

**12. Durante as últimas 4 semanas, , na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax/ “gozou”)?**

( )Sem atividade sexual ( )Extremamente difícil ou impossível ( )Muito difícil ( )Difícil ( )Pouco Difícil ( )Nada Difícil

**13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax/ “gozou”) durante a atividade sexual?**

( )Sem atividade sexual ( )Muito satisfeita ( )Moderadamente satisfeita ( )Indiferente ( )Moderadamente insatisfeita ( )Muito insatisfeita

**14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?**

( )Sem atividade sexual ( )Muito satisfeita ( )Moderadamente satisfeita ( )Indiferente ( )Moderadamente insatisfeita ( )Muito insatisfeita

**15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?**

( )Sem atividade sexual ( )Muito satisfeita ( )Moderadamente satisfeita ( )Indiferente ( )Moderadamente insatisfeita ( )Muito insatisfeita

**16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?**

( )Sem atividade sexual ( )Muito satisfeita ( )Moderadamente satisfeita ( )Indiferente ( )Moderadamente insatisfeita ( )Muito insatisfeita

**17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?**

( )Não houve tentativa de penetração ( )Sempre ou quase sempre ( )Muitas vezes (mais da metade do tempo) ( )Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) ( )Poucas vezes (menos da metade do tempo) ( )Nunca ou quase nunca

**18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?**

( )Não houve tentativa de penetração ( )Sempre ou quase sempre ( )Muitas vezes (mais da metade do tempo) ( )Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) ( )Poucas vezes (menos da metade do tempo) ( )Nunca ou quase nunca

**19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?**

( )Não houve tentativa de penetração ( )Altíssimo ( )Alto ( )Moderado ( )Baixo ( )Baixíssimo ou nenhum

**ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)**

**1) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Nunca

**2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

- Sim, do mesmo jeito que antes
- Não tanto quanto antes
- Só um pouco
- Já não sinto mais prazer em nada

**3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- Sim, e de um jeito muito forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não sinto nada disso

**4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- Do mesmo jeito que antes
- Atualmente um pouco menos
- Atualmente bem menos
- Não consigo mais

**5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Raramente

**6) Eu me sinto alegre:**

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

**7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes
- Nunca

**8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

**9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

**10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

- Completamente
- Não estou mais me cuidando como deveria
- Talvez não tanto quanto antes
- Me cuido do mesmo jeito que antes

**11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**

- Sim, demais
- Bastante
- Um pouco
- Não me sinto assim

**12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**

- Do mesmo jeito que antes
- Um pouco menos do que antes
- Bem menos do que antes
- Quase nunca

**13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

- A quase todo momento
- Várias vezes
- De vez em quando
- Não sinto isso

**14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**

- Quase sempre
- Várias vezes
- Poucas vezes
- Quase nunca

**ANEXOS**

Parecer do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e do Comitê de Ética da Associação e Combate ao Câncer em Goiás

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSOCIAÇÃO ENTRE MASTECTOMIA E DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES EM TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.

**Pesquisador:** Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31023914.7.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 650.110

**Data da Relatoria:** 20/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Segundo o projeto, "a mastectomia ainda é um dos tratamentos a que a maioria das mulheres com câncer é submetida. É uma intervenção temida e que, por fazer parte do tratamento, interfere no estado físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo que desperta libido e desejo sexual. Esse processo interfere na sexualidade, na autoimagem e na estética feminina, hoje em dia muito valorizada e ressaltada pela mulher (PINHO, 2007). [...] Assim, é importante saber como as mulheres reagem à mastectomia, o que depende da vulnerabilidade específica de cada uma, da sua história de vida e do seu modo de agir e vivenciar a situação, que lhe é peculiar e único (ALMEIDA, 2004)". Para tanto, segundo a pesquisadora, o "projeto visa aprimorar o conhecimento na área de Enfermagem da saúde da mulher, como uma maneira de fornecer subsídios para a consulta de enfermagem através de orientações voltadas às disfunções sexuais presentes em mulheres mastectomizadas".

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da pesquisa é investigar a relação entre a disfunção sexual e a mastectomia em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. São também objetivos da pesquisa: determinar a frequência de disfunção sexual nessas mulheres; descrever as principais disfunções sexuais

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8338

**Fax:** (62)3269-8426

**E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 650.110

identificadas em cada grupo; verificar a possível associação de risco entre a disfunção sexual em mulheres após o pareamento para as variáveis: idade, estabilidade, conjugal, estadiamento para o câncer de mama e ou uma desvinculação afetiva-emocional da mulher-companheira que é idealizada.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Diz-se que os riscos da pesquisa são de natureza psicológica e social. Afirma-se no projeto que o primeiro se deve ao fato de poder gerar estresse emocional relacionado a experiências com a doença, caracterizando-se por modificações nas emoções, stress, culpa e perda da autoestima. O segundo, pode ser decorrente do possível estigma gerado como resultado da invasão de privacidade.

Como benefício desta pesquisa pode-se citar a elevada possibilidade de gerar e aprofundar o conhecimento na área de Enfermagem da saúde da mulher. Com os resultados espera-se entender, prevenir, aliviar os danos causados pelas disfunções sexuais e fornecer subsídios para a consulta de enfermagem através de orientações voltadas às mulheres mastectomizadas.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto de mestrado que se trata de "um estudo tipo caso-controle de base retrospectiva que abrangerá o período entre janeiro a dezembro de 2012, para comparar a prevalência da disfunção sexual em mulheres submetidas à mastectomia (grupo casos) em comparação com um grupo de mulheres diagnosticadas com câncer de mama (grupo controle)". Nesta pesquisa as disfunções sexuais serão classificadas com base na classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde e na Classificação Internacional de Doenças. O estudo será realizado em um hospital de Referência em Oncologia de grande porte em Goiânia-GO. De acordo com o projeto, no levantamento realizado nessa instituição, em 2011, foram diagnosticados 666 novos casos de câncer mama. Serão incluídos: mulheres que realizaram mastectomia total/radical uni ou bilateral em 2012; ter realizado ou não cirurgia para reconstrução da mama; mulheres diagnosticada com câncer de mama em 2012; não ter se submetido a nenhuma outra cirurgia para o tratamento de câncer; estar em tratamento ambulatorial para o câncer de mama; ter idade entre 35 e 59 anos completos; ter vida sexual ativa; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Serão excluídos: aqueles casos em que não constarem informações suficientes no prontuário; aquelas mulheres incapazes de responder as perguntas do questionário; e aquelas com algum diagnóstico de transtornos mentais.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8338

**Fax:** (62)3269-8426

**E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 650.110

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão devidamente anexados e adequados e todos atendem as recomendações da resolução CNS 466/12.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Este estudo foi avaliado pelo CEP/HC/UFG em 2013 com Parecer Consubstanciado de aprovação emitido no dia 17/02/2014. Devido o mesmo ter sido reprovado pela Instituição coparticipante a pesquisadora submeteu o mesmo estudo novamente para apreciação da Instituição coparticipante.

Após análise do projeto de pesquisa proposto concluímos que o mesmo atende as regulamentações da Resolução CNS 466/12, entendemos que do ponto de vista ético esta pesquisa pode ser realizada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** St. Leste Universitario

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8338

**Fax:** (62)3269-8426

**E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 650.110

GOIANIA, 16 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8338

**Fax:** (62)3269-8426

**E-mail:** cepcufg@yahoo.com.br

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSOCIAÇÃO ENTRE MASTECTOMIA E DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES EM TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.

**Pesquisador:** Juliane da Silveira Ortiz de Camargo Lopes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31023914.7.3001.0031

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 660.827

**Data da Relatoria:** 23/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Em sua introdução a pesquisadora faz um estudo detalhado sobre as dificuldades vividas pelas mulheres que fazem tratamento e também as que passam pela mastectomia na pagina 5 ela cita o seguinte: É uma intervenção temida e que, por fazer parte do tratamento, interfere no estado físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo que desperta libido e desejo sexual (não cita a questão espiritual, que é de extrema importância no contexto do estudo). Ela faz também uma descrição sobre a vida sexual da mulher, suas fases e as disfunções as quais as mulheres passam, descreve a importância da mama na sexualidade e aparência física da mulher. O estudo pretende através da coleta de dados e do questionário detectar a qual a associação entre mastectomia e disfunção sexual em mulheres em tratamento do câncer de mama, com isso se pretende contribuir para a evolução na área de saúde da mulher, promovendo assim mais subsídios para a consulta de enfermagem e melhorar as orientações com relação à sexualidade das mulheres mastectomizadas quanto as disfunções que normalmente surgem.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral – Investigar a relação entre a disfunção sexual e a mastectomia em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Objetivos específicos – Determinar a frequência de disfunção sexual em mulheres diagnósticas

**Endereço:** 239

**Bairro:** SETOR LESTE UNIVERSITARIO

**CEP:** 74.605-070

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3243-7050

**Fax:** (62)3243-7050

**E-mail:** cepaccg@accg.org.br

# ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS -



Continuação do Parecer: 660.827

com câncer de mama submetidas ou não à mastectomia; Descrever as principais disfunções sexuais identificadas em cada grupo; Verificar a possível associação de risco entre a disfunção sexual em mulheres após o pareamento para as variáveis: idade; estabilidade conjugal; estadiamento para o câncer de mama; e o tempo de tratamento clínico e cirúrgico para o câncer de mama; Comparar o nível de satisfação sexual entre as mulheres dos grupos estudados; Identificar as causas das disfunções sexuais e dos seus subtipos em cada grupo; Verificar se existe uma associação entre a disfunção sexual e os fatores socioeconômicos e clínicos; Verificar a frequência em que a mulher procura ajuda profissional com queixas de âmbito sexual; Conhecer as estratégias de enfrentamento frente às alterações sexuais percebidas.

## **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa traz como riscos o psicológico e o social. O primeiro se deve ao fato de poder gerar estresse emocional relacionado a experiências com a doença, caracterizando-se por modificações nas emoções, stress, culpa e perda da autoestima. A probabilidade deste dano ou desconforto pode ser previsto antecipadamente uma vez que já são vivenciados no cotidiano da pessoa desde o diagnóstico do câncer de mama. Para minimização deste risco será solicitado à psicóloga do setor a permissão para que a pesquisa seja realizada, deste modo, ela poderá auxiliar os pesquisadores quanto a este risco e, também, no fortalecimento do relacionamento que será estabelecido entre os pesquisadores e as participantes, se necessário. O risco social que esta pesquisa pode gerar é o estigma como resultado da invasão de privacidade, o que pode ser minimizado através da confidencialidade da pesquisa pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como benefício desta pesquisa pode-se citar a elevada possibilidade de gerar e aprofundar o conhecimento na área de Enfermagem da saúde da mulher. Com os resultados espera-se entender, prevenir, aliviar os danos causados pelas disfunções sexuais e fornecer subsídios para a consulta de enfermagem através de orientações voltadas às mulheres mastectomizadas.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo tipo caso-controle de base retrospectiva que abrangerá o período entre janeiro a dezembro de 2012, para comparar a prevalência da disfunção sexual em mulheres submetidas à mastectomia (grupo casos) em comparação com um grupo de mulheres diagnosticadas com câncer de mama (grupo controle). População alvo: A população constituir-se-á de mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas ou não à mastectomia no período de janeiro a dezembro de 2012, e que são atendidas no ambulatório de mastologia e/ou de

**Endereço:** 239

**Bairro:** SETOR LESTE UNIVERSITARIO

**CEP:** 74.605-070

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3243-7050

**Fax:** (62)3243-7050

**E-mail:** cepaccg@accg.org.br

# ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS -



Continuação do Parecer: 660.827

quimioterapia de um hospital de referência em oncologia em Goiânia-GO. Amostra e amostragem: A amostra será composta por todas as mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama submetidas ou não à mastectomia, em um hospital de referência em oncologia em Goiânia-GO em 2012, e que atendam aos critérios de inclusão. Será feita a exclusão das mulheres cujos prontuários estiverem insuficientemente preenchidos. Nesse estudo caso-controle, será considerado caso, a mulher com diagnóstico de câncer de mama submetida à mastectomia entre janeiro a dezembro de 2012, e controles, serão mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre janeiro a dezembro de 2012, mas que não foram submetidas à mastectomia. Coleta de dados: A coleta de dados será realizada no período entre novembro de 2013 a janeiro de 2014, por meio de entrevista, utilizando-se um roteiro semiestruturado. Para melhor confiabilidade da pesquisa, o instrumento será previamente apreciado por especialistas da área a ser pesquisada para se conhecer as limitações do instrumento, a fim de que este seja aprimorado. Primeiramente, será realizado um levantamento dos prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas ou não à mastectomia no período entre janeiro e dezembro de 2012. Em seguida, será realizada a seleção dos prontuários das mulheres que atendam aos critérios de inclusão. Serão excluídas do estudo as mulheres cujos prontuários estiverem insuficientemente preenchidos, pois, adicionalmente serão coletados dados dos prontuários relacionados às variáveis de estudo. Serão identificadas quais as próximas consultas ou o dia marcado para entrega da medicação no referido ambulatório para que se programe o dia da entrevista. Caso alguma mulher dentre os prontuários selecionados não for realizar uma consulta dentro do período programado para coleta de dados, a pesquisadora entrará em contato para agendar uma entrevista. Análise dos dados: Para a análise estatística será elaborada uma planilha eletrônica. Os dados serão analisados através do programa eletrônico Sigma stat 2,0. Os dados quantitativos serão descritos através de distribuição de frequências, médias e desvio padrão.

## **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os documentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, tudo esta em acordo e respeitando os princípios éticos da resolução MS/CNS 466/2012. O projeto não necessita do parecer da CONEP. O numero de participantes consta de seiscentos e sessenta e seis sujeitos. Quanto ao orçamento, será com recursos do pesquisador. O cronograma está sendo observado. Metodologia: Trata-se de um estudo tipo caso-controle de base retrospectiva que abrangerá o período entre janeiro a dezembro de 2012, para comparar a prevalência da disfunção sexual em mulheres submetidas à mastectomia (grupo casos) em comparação com um grupo de mulheres diagnosticadas com câncer de mama (grupo controle). Nesta pesquisa as disfunções

**Endereço:** 239

**Bairro:** SETOR LESTE UNIVERSITARIO

**CEP:** 74.605-070

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3243-7050

**Fax:** (62)3243-7050

**E-mail:** cepaccg@accg.org.br

# ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS -



Continuação do Parecer: 660.827

sexuais serão classificadas com base na classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (1993) no capítulo Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos (F50-F59), da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). E será utilizada a definição apresentada no manual do Ministério da Saúde, Saúde sexual e saúde reprodutiva (2010): Disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente. Critério de inclusão Grupo 1 (caso) Mulheres que realizaram mastectomia total/radical uni ou bilateral em 2012; Não ter se submetido a nenhuma outra cirurgia para o tratamento de câncer; Ter realizado ou não cirurgia para reconstrução da mama; Estar em tratamento ambulatorial para o câncer de mama; Ter vida sexual ativa; Ter idade entre 35 e 59 anos completos; Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Grupo 2 (controle) Mulheres diagnosticada com câncer de mama em 2012; Não ter se submetido a nenhuma cirurgia para o tratamento de câncer; Estar em tratamento ambulatorial para o câncer de mama; Ter idade entre 35 e 59 anos completos; Ter vida sexual ativa; Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Critérios de exclusão: Ser incapaz de responder as perguntas do questionário; Ter diagnóstico de transtornos mentais.

## **Recomendações:**

## **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram contempladas todas as mudanças solicitadas.

Bom trabalho e sucesso.

## **Situação do Parecer:**

Aprovado

## **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## **Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** 239

**Bairro:** SETOR LESTE UNIVERSITARIO

**CEP:** 74.605-070

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3243-7050

**Fax:** (62)3243-7050

**E-mail:** cepaccg@accg.org.br

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE  
AO CÂNCER EM GOIÁS -



Continuação do Parecer: 660.827

GOIANIA, 26 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**Elismauro Francisco de Mendonça**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** 239

**Bairro:** SETOR LESTE UNIVERSITARIO

**CEP:** 74.605-070

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3243-7050

**Fax:** (62)3243-7050

**E-mail:** cepaccg@accg.org.br