

Mestrado em Educação para a Saúde

**Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama
submetidas a hormonoterapia adjuvante**

Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

M

2021



Universidade do Porto

Faculdade de Medicina

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Instituto de Saúde Pública

Mestrado em Educação para a Saúde | Ano Letivo: 2021/2022

Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante

Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

Setembro, 2022

Dissertação apresentada no Mestrado de
Educação para a Saúde, no Instituto de Saúde
Pública da Universidade do Porto, Orientada
pela Professora Doutora Bárbara Peleteiro.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Bárbara Peleteiro, pelo acompanhamento, orientação, partilha de conhecimento e paciência para os dias bons e maus deste percurso. Serei sempre grata por ser sua orientada.

Agradeço a todo o corpo clínico do Centro de Mama do Hospital de São João pela disponibilidade e entusiasmo em acolher o meu projeto.

Agradeço à psicóloga Raquel Guimarães pelo acompanhamento na definição dos critérios de escolha dos doentes e ajuda na aplicação dos questionários.

Agradeço à enfermeira Luísa por todo o apoio na logística da aplicação dos questionários e da gestão dos doentes.

A todos os funcionários do Centro de Mama pelo apoio na aplicação dos questionários e pela simpatia sempre presente.

À minha colega, Ana Catarina Sousa, pela imprescindível ajuda na aplicação dos questionários.

Aos meus pais e irmãos pelo amor, apoio, compreensão e por, nunca, em momento algum, me deixarem desistir.

Ao meu bebé Vicente, que me acompanhou, dentro e fora da barriga ao longo destes dois anos, a quem em alguns dias roubei momentos de atenção.

Ao meu companheiro de vida, Marcelo, que tem seguido comigo de mão dada em todos os momentos da nossa história, sem a sua paciência e compreensão não seria possível a concretização deste projeto.

Por fim, agradeço a todas as doentes que colaboraram e se disponibilizaram para partilhar a sua experiência, sem elas este projeto não teria sido possível, nem faria sentido.

Resumo

Introdução: No final de 2020, existiam cerca de 7,8 milhões de sobreviventes com diagnóstico de cancro da mama nos últimos cinco anos. Este elevado número de sobreviventes é essencialmente devido ao rastreio, diagnóstico precoce e sucesso do tratamento, permitindo uma maior sobrevivência destas mulheres. A panóplia de tratamentos de um cancro da mama é diversa e como consequência é inevitável a existência de efeitos secundários, muitos físicos, que são indissociáveis dos efeitos psicológicos, sociais e emocionais produzidos por um diagnóstico de cancro.

Objetivos: O presente estudo tem por objetivo quantificar a prevalência da disfunção sexual em mulheres com cancro da mama sob hormonoterapia adjuvante. Pretende-se ainda identificar os principais sintomas reportados, bem como conhecer a dimensão do problema na população portuguesa, através de um questionário de avaliação do funcionamento sexual feminino.

Metodologia: Para a realização deste trabalho foi aplicado um questionário estruturado, constituído por perguntas de natureza sociodemográfica e comportamental, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* 30 e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino 6. A amostra foi constituída por 42 doentes a realizarem tratamento de hormonoterapia adjuvante no Centro de Mama do Hospital de São João. Foi considerada a disfunção sexual num ponto de corte de 6,7 para o *score* total dos domínios da função sexual.

Resultados: A análise dos dados revelou uma prevalência de disfunção sexual de 42,8% na população avaliada. Concluiu-se que o domínio da função sexual mais afetado nas participantes com disfunção sexual foi o do desejo e o domínio menos afetado foi o da excitação. Verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas no consumo de tabaco entre os grupos, com e sem disfunção sexual, havendo uma maior proporção de fumadoras no grupo das doentes com disfunção sexual. O grupo de doentes sem disfunção sexual reportou um melhor funcionamento físico, emocional e cognitivo, enquanto que o grupo com disfunção sexual reportou mais dispneia e fadiga. No que se refere ao estado global da saúde verificamos diferenças estatisticamente significativas, com as doentes com disfunção sexual a reportarem menor qualidade de vida. No entanto, observamos que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem disfunção sexual, no que se refere ao tempo de exposição e tipo de hormonoterapia administrada, assim como todas as outras variáveis sociodemográficas e comportamentais.

Conclusão: A qualidade de vida associada a doentes oncológicos é, na atualidade, tema central, não só pelo aumento da sobrevida como pela melhoria dos cuidados prestados. Alterar a perceção do tema sexualidade permite também uma sensibilização para o mesmo e uma abordagem mais multidisciplinar. É importante despertar para a intervenção neste tema, não só pela sua prevenção, mas também pelo seu acompanhamento como promoção da saúde e da qualidade de vida destes doentes.

Palavras-chave: cancro da mama; hormonoterapia; disfunção sexual

Abstract

Introduction: At the end of 2020, there were about 7.8 million survivors diagnosed with breast cancer in the last five years. This high number of survivors is essentially due to screening, early diagnosis and successful treatment, allowing these women to survive longer. The range of treatments for breast cancer is diverse and as a consequence it is inevitable that there will be side effects, many of them physical, which are inseparable from the psychological, social and emotional effects produced by a cancer diagnosis.

Aims: The present study aims to quantify the prevalence of sexual dysfunction in women with breast cancer under adjuvant hormone therapy. It is also intended to identify the main symptoms reported, as well as to know the dimension of the problem in the Portuguese population, through an assessment of female sexual function.

Methodology: To carry out this work, a structured questionnaire was applied, consisting of questions of a sociodemographic nature, the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30 and the Female Sexual Functioning Index 6. The sample consisted of 42 patients undergoing adjuvant hormone therapy at the Centro de Mama do Hospital de São João. Sexual dysfunction was assessed at a cut-off point of 6.7 for the total score of sexual dysfunction domains.

Results: Data analysis revealed a prevalence of sexual dysfunction of 42.8% in the population evaluated. The domain of sexual function most affected in participants with sexual dysfunction was desire and the domain least affected was arousal. There were statistically significant differences in tobacco consumption between the groups, with and without sexual dysfunction, with a higher proportion of smokers in the group of patients with sexual dysfunction. The group of patients without sexual dysfunction reported better physical, emotional and cognitive functioning, while the group with sexual dysfunction reported more dyspnea and fatigue. With regard to global health status, we found statistically significant differences, with patients with sexual dysfunction reporting a lower quality of life. However, we observed that there were no statistically significant differences between the groups with and without sexual dysfunction in terms of exposure time and type of hormone therapy administered, as well as all other sociodemographic and behavioral variables.

Conclusion: The quality of life associated with cancer patients is currently a central issue, not only because of the increase in survival but also because of the improvement in the care provided. Changing the perception of the topic sexuality also allows for an awareness of it and a more multidisciplinary approach. It is important to highlight to an intervention on this topic, not only for its prevention, but also for its follow-up as a promotion of health and quality of life for patients.

Key-words: breast cancer; hormone therapy; sexual dysfunction

Índice Geral

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Lista de siglas e acrónimos.....	viii
1.Introdução	1
1.1 Epidemiologia do Cancro da Mama.....	1
1.2 Cancro da Mama	2
1.2.1 Tratamento	2
1.2.2 Alterações psicossociais.....	4
1.3Hormonoterapia e disfunção sexual	6
2. Metodologia	8
2.1 Delineação da investigação	8
2.2 Participantes	9
2.3 Materiais.....	10
2.4 Procedimento de recolha de dados	13
3. Resultados	14
4. Discussão.....	20
5. Conclusões	23
6. Referências bibliográficas	24
7. Anexos.....	29
7.1 Taxas de incidência e mortalidade por cancro	29
7.2 Autorizações.....	31
7.2.1 Autorização_Comissão de Ética.....	31
7.2.2 Autorização_EORTC QL-Q-C30.....	39
7.2.3 Autorização_ FSFI 6	40
7.3 Informação ao doente	41
7.4 Consentimento Informado.....	44
7.5 Questionário (sóciodemográfico, EORTC QL-Q-C30, FSFI 6)	45

Lista de siglas e acrónimos

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário São João

EORTC QLQ - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

FSFI - Índice de Funcionamento Sexual Feminino

FSFI-6 - Índice de Funcionamento Sexual Feminino 6

GBCI - *WHO Global Breast Cancer Initiative*

HT – Hormonoterapia

IA – Inibidores de aromatase

IARC – *International Agency for Research on Cancer*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *odds ratio*

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

WHO – *World Health Organization*

1.Introdução

O cancro é a segunda principal causa de morte em todo o mundo, representando cerca de 9,6 milhões de mortes, ou seja, uma em cada seis mortes no mundo é resultante de um tipo de cancro. (World Health Organization, 2022) É uma doença crónica que pode afetar diversos órgãos e apresenta-se não só com uma disseminação local como à distância, atingindo tanto tecidos na sua proximidade como órgãos à distância. Os cancros mais prevalentes no sexo masculino são o cancro do pulmão, próstata, colorretal e estômago, enquanto o cancro da mama, pulmão, colo do útero e colorretal são os mais prevalentes no sexo feminino.(IARC, 2022)(Anexos – Figura 1,2) A doença acarreta consigo uma carga emocional, física e financeira para os doentes e, também para as famílias, comunidade e próprios sistemas de saúde. A importância da prevenção e deteção precoce, bem como o eficaz diagnóstico e tratamento permitem aumentar a sobrevivência destes doentes e melhorar a sua qualidade de vida.(World Health Organization, 2022)

1.1 Epidemiologia do Cancro da Mama

O cancro da mama apresenta-se como o cancro mais prevalente em todo o mundo. Segundo a OMS, em 2020, existiram 2,3 milhões de mulheres diagnosticadas com cancro da mama e cerca de 685 mil mortes no mundo, sendo assim o segundo cancro com maior taxa de mortalidade geral.(IARC, 2021) Em Portugal o cancro da mama ocupa o primeiro lugar no que se refere à incidência e também como primeira causa de morte por cancro no sexo feminino. (IARC, 2022)(Anexos – Figura 3)

No final de 2020, existiam cerca de 7,8 milhões de sobreviventes com diagnóstico de cancro de mama nos últimos cinco anos. Este elevado número de sobreviventes é essencialmente devido ao rastreio, diagnóstico precoce e sucesso do tratamento, permitindo uma maior sobrevivência destas mulheres. Apesar da taxa de mortalidade por cancro ter diminuído em cerca de 40% entre 1980 e 2020 em alguns países desenvolvidos, ainda assim, são observadas desigualdades a nível mundial. Valores de 90% de sobrevivência ao fim de cinco anos após cancro em países desenvolvidos contrastam com taxas de sobrevivência de 66% e 40%, respetivamente, em países como Índia e África do Sul.(WHO, 2022) Neste sentido, a OMS estabeleceu o objetivo de diminuir a mortalidade por cancro de mama em 2,5% por ano, o que representaria a diminuição de 2,5 milhões de mortes por cancro da mama entre 2020 e 2040 (GBCI). Para este objetivo contribuem três pilares importantes: promoção de rastreios, diagnóstico precoce e tratamento de maior número de casos detetados. De salientar a importância de promover estratégias de educação da população, não só na deteção de sintomas, como de realização de auto-exame e de

exames de diagnóstico. A sensibilização deve ser realizada, também nas famílias, comunidade e entidades de saúde, no sentido do diagnóstico precoce e tratamento eficaz.(WHO, 2022)

1.2 Cancro da Mama

O diagnóstico de cancro da mama feminino desencadeia na mulher uma incerteza que acarreta consigo sentimentos de medo e a necessidade de um trabalho emocional constante ao longo de toda a terapêutica. Este representa um conjunto de alterações comportamentais, quer a nível psicológico, emocional, social, bem como alterações no meio que envolve a pessoa com doença, que inclui a família, parceiros, amigos, meio laboral.(Kaptein, 2021) Aceitar um diagnóstico de cancro da mama, entender o prognóstico, realizar tratamentos e lidar com efeitos adversos, enfrentar possíveis recaídas e suportar um futuro incerto, são algumas das etapas que podem constituir um motivo de *stress*, e sobretudo momentos de instabilidade psicológica que podem desencadear em momentos de angústia, ansiedade e depressão.(Dinapoli, Colloca, Di Capua, & Valentini, 2021)

Embora a literatura não seja capaz de esclarecer totalmente a diferença entre as alterações psicossociais de acordo com a faixa etária de cada mulher, percebe-se que existem dinâmicas diferentes ao longo da vida. Mulheres mais jovens sofrem mais alterações comportamentais, sejam elas psicológicas ou emocionais, do que mulheres mais velhas. Muitas vezes explicado com uma maior preocupação destas mulheres com a carreira profissional e pessoal, bem como a perceção que têm da sua qualidade de vida e a importância que lhe dão. Por este motivo, mulheres mais velhas têm a capacidade de reconhecer a doença e enfrentá-la de forma mais pragmática. Ao tentar compreender estas alterações, a maioria das mulheres mostra-se, sobretudo preocupada com sentimentos de alteração da sua identidade. Mulheres mais novas consideram, mesmo o diagnóstico de cancro como chocante e como o primeiro contato com a possibilidade da morte. (Campbell-Enns & Woodgate, 2015)

1.2.1 Tratamento

Na atualidade o tratamento de cancro da mama pode ser considerado altamente eficaz, com probabilidade de sobrevivência em cerca de 90% dos casos, mais ainda, quando detetado precocemente.(WHO, 2022) O tratamento pode consistir numa abordagem mais local por meio de cirurgia ou radioterapia, com intuito de controlar a doença na mama, nódulos linfáticos e áreas adjacentes, numa tentativa de controlo loco-regional. Por outro lado, o tratamento pode constituir uma abordagem de terapêutica sistémica, isto é, numa administração medicamentosa, quer por via oral, quer via intravenosa, que permite tratar ou reduzir o risco de disseminação do

cancro para outros órgãos à distância. Nesta situação falamos no tratamento adjuvante do tumor de origem primária na mama.(Moo, Sanford, Dang, & Morrow, 2018) Algumas das intenções terapêuticas sistêmicas podem ser administradas através de quimioterapia (QT), terapia endócrina (também designada de hormonoterapia (HT)) e, em casos específicos, já assistimos ao recurso a uma terapia biológica, através de anticorpos.(Moo et al., 2018)

Em relação à cirurgia, a evolução tem sido no sentido de preservar o tecido mamário de forma concertada. Neste sentido podemos ter dois tipos de cirurgias: a mastectomia que comporta a remoção completa da mama e a cirurgia conservadora em que apenas é retirado o tumor (tumorectomia) com uma margem, havendo a preservação da mama.(Moo et al., 2018) Apesar da mastectomia ser menos utilizada na atualidade, ainda é necessária quando os tumores são de grande dimensão e/ou apresentam multifocalidade. Importante referir que os gânglios linfáticos são também importantes aliados na deteção da disseminação do tumor. Como tal, nos dias de hoje procede-se à biopsia do gânglio sentinela usando um marcador tipo corante que permite encontrar os nódulos para os quais existe disseminação a partir da mama. Era recorrente fazer um esvaziamento axilar, pensando-se que seria a forma mais eficaz de eliminar a disseminação. Por uma questão de efeitos adversos, como a prevenção do linfedema, hoje tenta-se a vertente da pesquisa do gânglio sentinela.(Dengel et al., 2014)

Como forma de minimizar recorrências surge a radioterapia (RT) administrada na mama ou no leito tumoral e na região axilar em caso de disseminação do tumor para os gânglios, permitindo uma diminuição da recorrência local/regional. O tratamento pode ser administrado antes ou após a realização da cirurgia conforme protocolo e *guidelines*, tendo em consideração o estadió da doença. É um tratamento de administração focalizada e direcionado à mama, tumor ou leito tumoral, permitindo a irradiação controlada dos tecidos, uma vez que permite a proteção dos órgãos sãos adjacentes à mama, como é o caso do coração e pulmões.(Lipsett, Barrett, Haruna, Mustian, & O'Donovan, 2017) Numa valência da RT, podemos também administrar braquiterapia, um tratamento local administrado em doentes selecionadas com estádios iniciais e que permite a colocação de fontes radioativas no interior do tumor através de técnicas especializadas que permitem um tratamento mais individualizado.(Rivard, Venselaar, & Beaulieu, 2009)

Importante salientar que estes tratamentos complementares podem ser administrados antes – neoadjuvante - ou depois da cirurgia – adjuvante, isto baseado, no estadió da doença e sua biologia. Os tumores que expressam os recetores de estrogénio ou de progesterona por norma respondem mais eficazmente à terapêutica com tamoxifeno ou inibidores de aromatase. Medicamentos estes capazes de reduzir a probabilidade de recorrência da doença. (Abraúl, Raimundo, & Frutuoso, 2010) Por sua vez, tumores que expressem o oncogene HER2 são

tratados por norma com agentes biológicos, como o trastuzumabe; muitas vezes estas terapêuticas são associadas a ciclos de QT concomitantes, que pretendem interferir na regressão do tumor.(Lowery, Kell, Glynn, Kerin, & Sweeney, 2012)

A importância da avaliação e estadiamento dos tumores permite, não só, uma correta administração do tratamento, bem como a necessidade de percepção no que se refere ao estado geral do doente. Uma vez que a administração de um tratamento depende de fatores concretos da doença, estadiamento, localização, disseminação, mas também do *performance status* do doente, não menos importante para o sucesso da terapêutica.(Higgins & Master, 2021)

1.2.2 Alterações psicossociais

A panóplia de tratamentos de um cancro de mama é diversa e como consequência é inevitável a existência de efeitos secundários, muitos físicos, que são indissociáveis dos efeitos psicológicos, sociais e emocionais produzidos por um diagnóstico de cancro.

No caso do diagnóstico e tratamento do cancro da mama as alterações psicossociais associadas prendem-se com diversos focos da vida de uma mulher. Além dos mencionados anteriormente, surge como primordial a relação com a imagem corporal. A “imagem corporal” é uma representação complexa do próprio corpo que resulta de uma integração de múltiplos *inputs*, alguns deles provenientes do próprio corpo, outros da representação cognitiva que é influenciada pelo meio envolvente. Muitas vezes estas percepções geram uma deserção da percepção sobre si mesmo, gerando notável angústia e insatisfação. Além desta imagem corporal estar intimamente ligada à identidade, auto-estima, relações sociais e mesmo dinâmica do relacionamento sexual.(Triberti, Savioni, Sebri, & Pravettoni, 2019)

Esta insatisfação do corpo faz-se, muitas vezes, acompanhar de uma possível afetação da vivência da sexualidade. A sexualidade que no seu sentido lato, diz-se da qualidade do que é sexual, refere-se aos conjuntos dos comportamentos que levam a obtenção de satisfação da necessidade e desejo sexual.(Portuguesa, 2019) Se pensarmos no início do século passado e se admitirmos que sexualidade se referia a pouco mais que sexo, estaríamos em linha com a sua definição. As profundas alterações na sociedade ao longo das últimas décadas que transformaram o modo como a sexualidade é vista levantaram o surgimento de algumas questões: “como é vivida a sexualidade”; “como é preparada”; “ em que medida altera a percepção do ser sobre si”; “que formas de sexualidade existem”... Todas estas questões vieram assolar ainda mais esta reflexão com o aparecimento de movimentos feministas, com o despertar de consciências para relações homossexuais, transexuais, etc., além de todos os processos evolutivos a nível da conceção. Todas estas transformações vieram alterar a percepção de formas

de viver e de construir identidades de gênero e sexuais.(Louro, 2018) Alguns autores consideram que a sexualidade é algo de cada um de “nós”, homens, mulheres, como se fosse algo intimamente natural. Nesse caso estaríamos a esquecer-nos do ser humano como um ser completo, a sexualidade não passaria de algo natural, inato. Pelo contrário ela engloba um conjunto de processos culturais e plurais, que incluem rituais, linguagens, fantasias, símbolos, representações, convenções... ou seja, o corpo ganha sentido social, somos resultado de interações sociais, de vivências, de estímulos. É um processo que não sendo isolado depende da realização de cada um consigo e com o meio que o envolve.(Thornhill & Gangestad, 1996) Atualmente a OMS engloba o conceito de “Saúde Sexual” que define por “um completo estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade” não se considerando a “mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades”.

Neste sentido, mulheres com diagnóstico de cancro da mama sob tratamento podem vivenciar sentimentos de alterações de identidade sexual, alterações da percepção da sua feminilidade, maternidade, erotismo, da função sexual, alterações hormonais consequentes dos tratamentos e mesmo do próprio relacionamento sexual, uma vez em determinadas circunstâncias se sentem constrangidas com o próprio corpo junto dos parceiros.(Rowland et al., 2009) Além dos aspetos médicos inerentes e referidos, efeitos adversos que influenciam a vida sexual, como secura vaginal, sudoreses excessivas e distúrbios do sono, bem como alterações morfológicas decorrentes do tratamento mensuradas na visualização da mama e do próprio corpo, aumento de peso, perda de cabelo. (Triberti et al., 2019)

Estudos revelam que, após o diagnóstico de cancro da mama, mulheres menos satisfeitas com a sua imagem corporal tem até 2,5 vezes mais probabilidade de vivenciar problemas na sua vida sexual. Por isso a importância de compreender os efeitos dos tratamentos na imagem corporal destas mulheres em concomitância com a relação da vivência da sexualidade. (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip, & Tofthagen, 2016) A possível disfunção sexual inclui diversos espectros da vivência humana, tanto psicológico, como físico, relacional e fisiológico, e todos e cada um deles, pode ser afetado após um diagnóstico de cancro da mama. Estima-se que 90% das mulheres tratadas a um cancro da mama apresentam uma qualquer queixa do foro sexual. (Dizon, 2009) Apesar deste facto, menos de um terço das doentes com cancro da mama relatam ter tido uma avaliação sexual ou acompanhamento, não havendo relato destas insatisfações, muito por relutância do tema sexualidade. (Bartula & Sherman, 2013) Neste sentido e considerando as barreiras ao tema, é de especial importância a criação de instrumentos que permitam avaliar e quantificar de forma válida e fiável a possibilidade de medir o funcionamento sexual e os efeitos adversos. Poucas escalas ainda existem e nenhuma direcionada ao cancro de mama. Incluir dimensões como atividade sexual, excitação, dor, disfunção seriam de crucial importância.(Bartula & Sherman, 2013) A sensibilização dos

profissionais de saúde e cooperação na identificação destes problemas também são um ponto fundamental na desmitificação deste tema e no redirecionar destas mulheres para acompanhamento quer psicológico, quer clínico. (Dai et al., 2020)

1.3 Hormonoterapia e disfunção sexual

O recurso a uma terapêutica hormonal, quer seja neoadjuvante, quer seja adjuvante, permite prevenir a recorrência ou metastatização, bem como a supressão da evolução da doença. Este tratamento pretende diminuir os níveis de estrogénio no corpo ou bloquear a combinação destes com recetores hormonais, o que possibilita a diminuição da proliferação de células malignas. No caso do cancro da mama, de modo mais expressivo uma vez que este depende em grande parte dos estrogénios. (Qi et al., 2021) Alguns destes recetores hormonais permitem a tal privação de estrogénios, são exemplos o tamoxifeno e os inibidores de aromatase (IA). Ainda assim, como qualquer terapêutica tem efeitos adversos associados, tais como perda da densidade óssea, menopausa precoce, ganho de peso, disfunção cognitiva, fadiga e disfunção sexual. (Franzoi et al., 2021)

A maioria das mulheres que sobrevive a um cancro da mama não só anseia por prolongar o seu tempo de vida, como por melhorar a sua qualidade de vida. A disfunção sexual no tratamento do cancro da mama é uma razão de total importância no declínio da qualidade de vida das mulheres, existindo uma prevalência de cerca de 73% das mulheres que relatam este mesmo declínio. Através da análise de seis tópicos: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor, um estudo avaliou o índice de função sexual em mulheres jovens diagnosticadas com cancro da mama. Este índice é uma escala utilizada com frequência para fazer uma autoavaliação da função sexual das mulheres. Observaram que a HT como tratamento adjuvante estava fortemente associada, independentemente da idade, tipo de cirurgia e tratamento com QT, uma vez que 80% das mulheres sujeitas a esta terapêutica referiu algum tipo de disfunção sexual. (Qi et al., 2021)

Os resultados desta disfunção sexual relacionam-se, sobretudo com os efeitos secundários desta terapêutica, como alterações físicas e vulvovaginais, secura vaginal e dispareunia e efeitos psicossociais, alterações da imagem corporal, diminuição da libido e auto-estima – muitas vezes barreiras ao relacionamento sexual –, sudoreses excessivas, secura e atrofia vaginal. (Franzoi et al., 2021)

Um estudo com mulheres em pré-menopausa com cancro da mama em estádios iniciais, submetidas a terapêutica hormonal adjuvante com e sem QT revelou que: as que não realizaram QT sofriam de um aumento da secura vaginal em detrimento das que realizaram QT, as quais

apresentavam distúrbios de sono como o principal precursor da disfunção sexual.(Ribi et al., 2020)

Dispareunia foi relatada por mais de metade das mulheres que receberam IA e por cerca de um terço das que receberam tamoxifeno. Foi ainda observado que os IA causam mais secura vaginal do que o tamoxifeno, provavelmente devido ao efeito pró-estrogénico do tamoxifeno na vagina e no endométrio. Além disso, relatos de dispareunia e secura vaginal foram associados a longos períodos de uso do IA.(Taylor & Meisel, 2017)

Num estudo realizado sobre efeitos adversos da terapêutica hormonal, investigadores observaram que mulheres submetidas a tratamento com IA tiveram um interesse sexual significativamente menor e reportaram dispareunia em maior proporção. As mulheres com administração de IA também apresentaram em maior proporção outros aspetos da disfunção sexual, como lubrificação insuficiente (74%) e relataram insatisfação geral com suas vidas sexuais (42%), com diferenças estatisticamente significativas. Para mulheres tratadas com tamoxifeno, os números correspondentes foram 40% e 18%, respetivamente. Em relação à percepção de diminuição de prazer, esta não foi estatisticamente diferente entre as mulheres em regime de IA ou tamoxifeno (50% vs. 42%).(Baumgart, Nilsson, Evers, Kallak, & Poromaa, 2013)

Resultados semelhantes surgiram numa investigação com 129 mulheres que questionou a saúde sexual de mulheres que tomaram um IA durante os primeiros dois anos de terapêutica: cerca de 93% preencheram os critérios para disfunção sexual e 75% relataram sofrimento como resultado. Preocupante é o facto de quase um quarto das mulheres que eram sexualmente ativas no início da terapêutica, acabaram por parar de ter relações sexuais com seus parceiros.(Schover, Baum, Fuson, Brewster, & Melhem-Bertrandt, 2014)

Num estudo, que permitia avaliar as principais preocupações das doentes submetidas a tratamentos de cancro de mama com terapêutica endócrina, foram relatadas com destaque as físicas coincidentes com disfunção cognitiva, fadiga e disfunção sexual (54%, 52% e 46%, respetivamente).(van Londen et al., 2014)

Um outro estudo composto por 136 mulheres divididas em quatro grupos com diferentes administrações terapêuticas, entre elas HT (tamoxifeno ou IA), em que foi utilizado o índice de disfunção sexual para avaliar a função sexual revelou que 67% das mulheres que realizaram HT referiam disfunção sexual. A utilização do índice de disfunção sexual foi considerado um teste que demonstrou validade, confiabilidade e alto grau de consistência na medição do sofrimento relacionado com os aspetos sexuais. (Gambardella et al., 2018)

Através de uma revisão sistemática, autores quiseram analisar a disfunção sexual feminina em qualquer tratamento de cancro. Os estudos basearam-se no índice de disfunção sexual feminina e deram a conhecer as diferentes avaliações de disfunção sexual em diferentes cancros. Apesar disso, percebeu-se ser difícil avaliar temas como a sexualidade pelo seu teor subjetivo, pelo reduzido número de escalas existentes e validadas e pela supremacia que alguns destes critérios dão à avaliação da qualidade de vida. No caso do cancro da mama foram referidas como principais escalas de avaliação o *European Organization for Research and Treatment Breast Cancer – specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ BR-23), e claro o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), havendo já uma versão mais sintetizada, Índice de Funcionamento Sexual Feminino 6 (FSFI-6). (Maiorino, Chiodini, Bellastella, Giugliano, & Esposito, 2016)

2. Metodologia

2.1 Delineação da investigação

A principal motivação da investigação proposta, com base na literatura sobre o tema, reside na suposição empírica de existir uma relação entre o uso da hormonoterapia no tratamento de cancro da mama feminino e a existência de efeitos adversos da terapêutica, nomeadamente a nível da função sexual, reconhecendo a importância das medidas de prevenção e acompanhamento ao longo de todo o tratamento, bem como o despertar de consciência sobre o tema no âmbito da promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida de doentes com cancro da mama.

Face ao exposto, delineou-se a seguinte questão de investigação:

Mulheres com cancro da mama que realizem hormonoterapia adjuvante revelam algum tipo de disfunção sexual?

A investigação consistiu num estudo transversal, compreendendo o seu objetivo principal na estimativa da prevalência de disfunção sexual em doentes que são submetidas a hormonoterapia adjuvante.

Neste sentido como objetivos secundários compreenderam-se a identificação de componentes do funcionamento sexual feminino que são afetados e a determinação da influência do tempo de exposição e tipo de hormonoterapia administrada na disfunção sexual.

2.2 Participantes

A população alvo foi constituída por doentes diagnosticadas com cancro da mama, entre o ano de 2017 e 2021, a realizar tratamento de hormonoterapia adjuvante no Centro de Mama do Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ).

Assumindo a pesquisa bibliográfica por base e tendo por consideração valores de prevalência de disfunção sexual que variam entre 18% e 93%, assumiu-se para definição do cálculo amostral para o estudo 50% das doentes a serem classificadas como tendo disfunção sexual. Para uma variação de $\pm 10\%$, seria necessária uma amostra de 97 doentes, assumindo um nível de confiança de 95%.

Foram incluídas no estudo doentes com os seguintes critérios:

- ✚ Submetidas a cirurgia conservadora da mama e sem nova cirurgia à mama por diversos motivos (por ex.: margens positivas);
- ✚ Submetidas a biópsia de gânglio sentinela e sem posterior esvaziamento axilar;
- ✚ Submetidas a RT apenas à mama sem *boost* e sem RT na zona axilar;
- ✚ Submetidas unicamente a HT, excluindo-se outros tratamentos sistémicos neo e/ou adjuvantes (por ex.: análogos da hormona libertadora de gonadotrofina, QT, terapia antiHER2);
- ✚ Tumores invasores pT1 (*very early stage*) de acordo com a análise anatomo-patológica da peça cirúrgica;
- ✚ Sem metastização regional ou à distância, através do estadiamento clínico ou patológico;
- ✚ Sem recidiva local, regional ou à distância desde o diagnóstico e tratamento inicial até ao momento de avaliação.

Os critérios definidos possibilitaram restringir ao máximo a amostra relativamente à doença e ao seu prognóstico, permitindo que fosse avaliada uma amostra o mais homogénea possível, na tentativa de que apenas houvesse variação na idade das doentes, tipo de hormonoterapia e tempo de exposição à terapêutica.

Através de consulta à base de dados do Centro de Mama (construída no âmbito do processo de certificação EUSOMA) (Biganzoli et al., 2020) e após aplicação dos critérios definidos clinicamente, foi constituída uma amostra de 195 doentes elegíveis.

Tendo em conta o *outcome*, foram ainda excluídas as doentes que tivessem idade superior a 75 anos no momento do estudo. Através da revisão dos processos clínicos pela psicóloga assistente do Centro de Mama, foram ainda excluídas doentes que tivessem história prévia de

outros tumores assim como patologias que implicassem a toma de medicamentos que interferissem com a função sexual.

Aplicando os critérios anteriormente mencionados, a amostra foi reduzida a 134 doentes, a serem convidadas a participar no estudo aquando da consulta de seguimento agendada no Centro de Mama. No entanto, nem todas foram abordadas por não terem comparecido à consulta que tinham agendada (n=28). Além disso, 51 recusaram participar no estudo.

Assim, aceitaram participar no estudo 55 doentes. No entanto, devido à falha de informação relevante no questionário que foi aplicado, a amostra final foi constituída por 42 doentes.

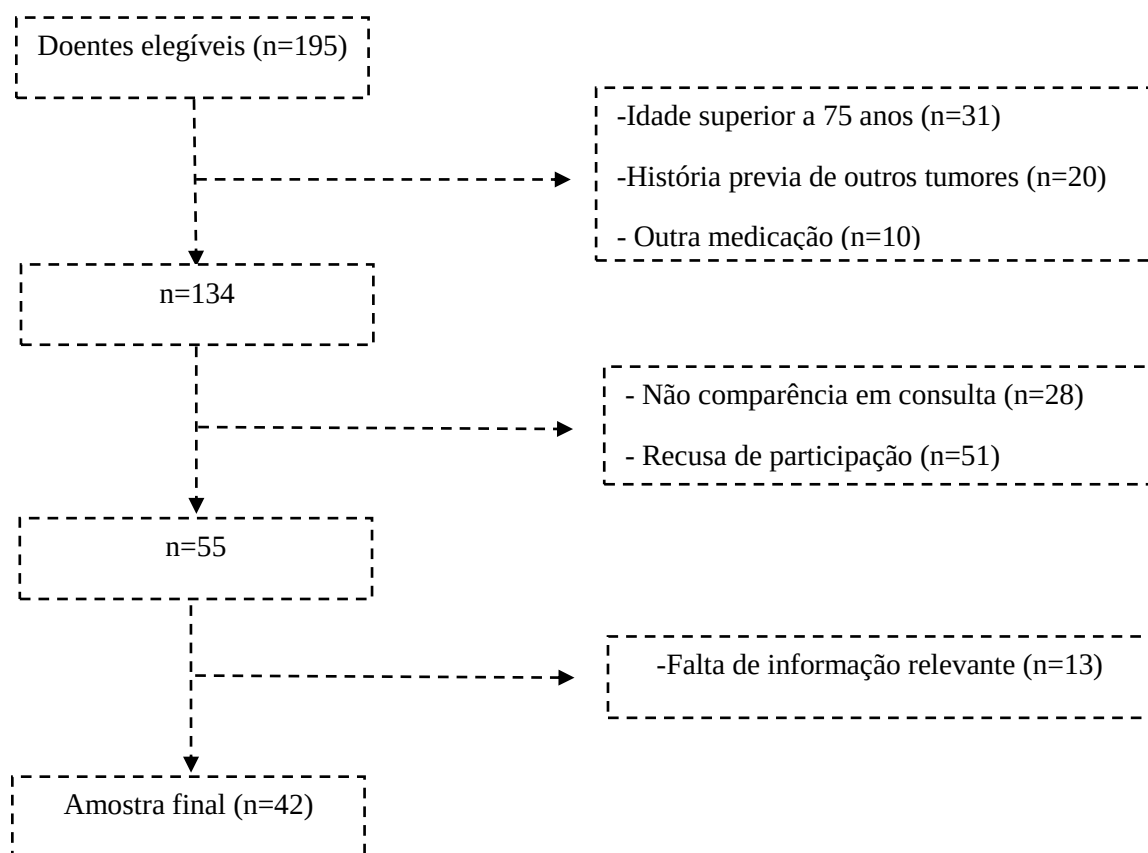


Figura 4 - Fluxograma dos participantes da amostra.

2.3 Materiais

Para a realização do presente estudo foi recolhida informação clínica relevante de cada doente, tal como as características do tumor, os antecedentes pessoais, as comorbilidades e outros tratamentos realizados. Foi também retirada dos processos clínicos informação relativa a administração da hormonoterapia, que se relacionou com exposição à terapêutica, ao fármaco

administrado e possível alteração do mesmo ao longo da terapêutica. Verificou-se uma alteração de fármaco em três doentes e, por isso, assumiu-se como fármaco de eleição aquele que à data do questionário teria maior tempo de exposição.

A recolha de dados foi feita através de um questionário estruturado. Este incluiu um primeiro questionário introdutório onde se obtiveram dados relativos a fatores sociodemográficos (idade, profissão, estado civil/marital, existência de filhos e idade dos filhos); prática de atividade física; consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool), medicação regular, hábitos alimentares, horas de repouso.

O estudo incluiu também o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer 30 - Item Quality of Life Questionnaire* (EORTC QL-Q-C30), versão 3.0, em português, sendo que a sua utilização foi autorizada pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC). O questionário consta de uma análise de qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com cancro, traduzido e validado em português. A versão EORTC QL-Q-C30 inclui trinta perguntas distribuídas em três grupos que correspondem a três escalas distintas, escalas de funcionalidade, escalas de sintomas físicos e escala global sobre o estado de saúde e qualidade de vida, sendo a sua avaliação feita por um número de itens diferentes. (Tabela1) (Aaronson et al., 1993) As respostas a cada um dos itens são dadas através de uma escala de *likert* com quatro alternativas: “Não”; “Um pouco”; “Bastante”; “Muito”. As duas últimas perguntas correspondem a dois itens de saúde global e qualidade de vida, tendo uma escala de 1-7, em que as respostas variam entre o “péssimo” e o “ótimo”

Tabela 1 – Descrição dos domínios da qualidade de vida.

	Abreviatura	Total item	Número item	Item Range
Escalas Funcionais				
Funcionamento físico	PF2	5	1 a 5	3
Funcionamento ocupacional	RF2	2	6,7	3
Funcionamento emocional	EF	4	21 a 24	3
Funcionamento cognitivo	CF	2	20,25	3
Funcionamento social	SF	2	26,27	3
Escalas de Sintomas Físicos				
Fadiga	FA	3	10,12,18	3
Náusea e vômito	NV	2	14,15	3
Dor	PA	2	9,19	3
Dispneia	DY	1	8	3
Insónia	SL	1	11	3
Perda de apetite	AP	1	13	3
Obstipação	CO	1	16	3

Diarreia	DI	1	17	3
Dificuldades financeiras	FI	1	28	3
Estado Global de Saúde	QL2	2	29,30	6

Para todas as escalas existe o *RawScore*, definido pela média de todos os itens: $RawScore=RS=(I_1+I_2+\dots+I_n)/n$, que permite calcular o *score* de cada item da respetiva escala, através das funções:

$$\text{Escalas funcionais: } Score = \left[1 - \frac{(RS-1)}{range} \right] \times 100$$

$$\text{Escalas de sintomas e escalada do estado global da saúde: } Score = [(RS - 1/range) \times 100]$$

A pontuação varia numa escala de 0-100, valores mais altos representam níveis de resposta mais altos. Assim, para as escalas funcionais, pontuações mais altas representam um funcionamento mais saudável, tal como uma pontuação mais alta na escala da saúde global representa melhor qualidade de vida. Por outro lado, uma pontuação mais alta na escala de sintomas representa um nível mais alto de sintomas.

O instrumento de recolha incluiu ainda a versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), na sua forma simplificada – FSFI 6.

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino é um questionário auto-aplicado que permite avaliar a função sexual em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor, com 19 questões que avaliam a atividade sexual nas últimas quatro semanas.

O instrumento utilizado no presente estudo - FSFI 6 - apresenta-se numa forma mais breve sendo suportado por seis questões e permitindo de igual modo avaliar o funcionamento sexual feminino. Encontra-se assegurada a validade e consistência do instrumento em causa e este permite uma maior facilidade de resposta por parte das doentes, uma vez que o formato é mais curto. (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009) Ao contrário do formato alargado em que se verificou que parte da população exposta não era capaz de responder a todas as questões ou mesmo compreender pela complexidade e morosidade do processo. (Santos Pechorro et al., 2017) O questionário aplicado inclui uma pergunta de cada domínio (perguntas 2,4,7,11,16 e 17) e a respetiva avaliação, a soma permite inferir que quanto mais elevado for o valor obtido, melhor o nível de funcionamento sexual. As questões relativas ao domínio do desejo e satisfação variam entre 1-5 pontos, enquanto que a excitação, lubrificação, orgasmo e dor variam entre 0-5. A questão da dor encontra-se formulada no sentido inverso às restantes, por

forma a que valores mais elevados representem ausência de dor ou desconforto na relação sexual.

Tabela 2 – Descrição dos domínios da sexualidade

Domínios da sexualidade	Questões	Variação score	Fator de multiplicação	Score mínimo	Score máximo
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0(ou1)-5	0,4	0,8	6
Dor/Desconforto	17,18,19	0-5	0,4	0	6

2.4 Procedimento de recolha de dados

As doentes foram recrutadas uma vez no tempo, aquando da consulta de seguimento no Centro de Mama do CHUSJ, consulta esta previamente agendada de acordo com o seguimento habitual. Foram abordadas em consulta pelo médico que as segue e posteriormente acompanhadas pelo investigador em colaboração com a orientadora e psicóloga responsável, na explicação do objetivo do estudo, bem como assinado o consentimento informado. O questionário teve a duração de cerca de 20 minutos cada, numa sala restrita e adequada à confidencialidade de toda a informação transmitida.

A recolha dos questionários teve uma duração de aproximadamente cinco meses no tempo, decorrendo entre Dezembro de 2021 e Maio de 2022.

Procedeu-se à análise dos dados recolhidos no questionário dirigido, através do programa *IBM SPSS Statistics* versão 27. Recorreu-se à estatística descritiva para sumariar as principais características relativas à amostra. Variáveis quantitativas foram sumariadas por medidas de tendência central (média ou mediana, consoante aplicável) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo, consoante aplicável) e as variáveis qualitativas sumariadas por frequência absoluta (n) e relativa (%). Os testes de qui-quadrado ou exato de *Fisher*, consoante apropriado, foram utilizados para a comparação de proporções, enquanto os testes *t de Student* ou *Mann-Whitney* foram usados para a comparação de médias ou medianas, respetivamente. Em todas as análises, um valor de $p < 0,050$ foi considerado estatisticamente significativo.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Toda a recolha de dados pedida aos participantes foi de natureza anónima e confidencial, havendo sempre o uso responsável e racional dos recursos para a investigação, não obstante que

todos os direitos dos participantes foram salvaguardados e única e exclusivamente destinados a efeitos do estudo.

3. Resultados

Na tabela 3 é apresentada a caracterização sociodemográfica e comportamental da amostra do presente estudo.

A amostra do estudo incluiu um total de 42 mulheres, diagnosticadas com cancro da mama, em tratamento adjuvante de hormonoterapia, com idades compreendidas entre os 44 e 74 anos, com uma média de idade de 57,5 anos. A grande maioria das participantes era casada ou vivia em união de facto (81%) em contraste com 19% das mulheres que eram não casadas; este grupo incluía mulheres solteiras, viúvas, divorciadas e separadas. Relativamente ao nível de escolaridade das participantes, 14 delas (33,3%) tinham o primeiro ciclo, 17 (40,5%) tinham o segundo ciclo, terceiro ciclo ou nível secundário de ensino e 11 (22,6%) participantes tinham o ensino superior. Quanto à situação profissional, 16 (38,1%) eram empregadas, 16 (38,1%) desempregadas e 10 (23,8%) reformadas ou em pré-reforma. A nível dos rendimentos, 11 (22,6%) ganhavam menos de 500€, 13 (31,0%) auferiam entre 501-1000€, 12 (28,6%) mais de 1001€ e 6 (14,3%) preferiram não responder. Em relação ao número de filhos que tinham, 19 (45,2%) participantes responderam não ter filhos ou ter apenas um filho e 23 (54,8%) ter dois ou três filhos.

Em termos de hábitos tabágicos, 33 (78,6%) das participantes não fumavam e 9 (21,4%) eram fumadoras. No que toca ao consumo de sopa e vegetais tinham igual percentagem, 50% das mulheres a consumir menos de uma vez ao dia ou pelo menos uma vez ao dia enquanto que o consumo de fruta foi reportado por 11 (26,2%) das participantes como sendo menos de uma vez por dia e em 31 (73,8%) das participantes como sendo pelo menos de uma vez por dia.

Na avaliação das horas de sono encontramos uma mediana de 7 horas com intervalo entre 5-9 horas e uma mediana de tempo sentada de 60 minutos com intervalo entre 0-720 minutos. Em relação à prática de atividade física, 14 (33,3%) das participantes referiram praticar algum tipo de atividade física (caminhada, passeira, dança, pilates, natação, hidroginástica), em contraste com 28 (66,7%) das participantes que responderam não praticar atividade física.

Uma percentagem de 26,2% (11 participantes) responderam não fazer medicação habitual além da hormonoterapia, enquanto que 31 (73,8%) das participantes responderam que faziam outra medicação habitual que não hormonoterapia. Relativamente à terapêutica da hormonoterapia, 14 (33,3%) das mulheres questionadas tomavam Anastrozol e 28 (66,7%) Tamoxifeno. Em relação ao tempo de exposição à hormonoterapia, 11 (26,2%) das participantes encontravam-se no

primeiro ou segundo ano da terapêutica, 14 (33,3%) no terceiro ano e 17 (40,5%) no quarto ou quinto ano de administração do fármaco.

Nos domínios da sexualidade as respostas obtiveram valores de medianas e respetivo intervalo de 1,2 (0,6-2,4) no domínio do desejo, 0,6 (0-1,2) no domínio da excitação, 0,6 (0-1,5) no domínio da lubrificação, 1,2 (0-2) no domínio do orgasmo, 1,6 (0-2) no domínio da satisfação e 1,6 (0-2) no domínio da dor/desconforto.

A nível dos domínios da qualidade de vida, no que se refere às escalas funcionais obtiveram-se medianas e respetivos intervalos de 80 (33-100) no funcionamento físico, 83 (0-100) no funcionamento ocupacional, 67 (0-100) no funcionamento emocional, 83 (33-100) no funcionamento cognitivo e 100 (33-100) no funcionamento social. Nas escalas de sintomas, obtiveram-se valores de medianas e respetivos intervalos de 28 (0-67) para a fadiga, 0 (0-33) para náusea e vômito, 17 (0-83) para dor, 0 (0-100) para dispneia, 33 (0-100) para insónia, 0 (0-67) para perda de apetite, 0 (0-100) para a obstipação, 0 (0-33) para a diarreia e 0 (33-100) para dificuldades financeiras. Relativamente ao estado global de saúde o valor de mediana foi de 58 num intervalo que variou entre 0 e 100.

Tabela 3 – Características da amostra

Variável	Total	
	n	%
Idade		
Média±σ	57,5±7,9	
Estado marital		
Casadas	34	81,0
Não Casadas	8	19,0
Escolaridade		
1ºciclo	14	33,3
2º, 3º ciclo, Secundário	17	40,5
Ensino superior	11	26,2
Situação profissional		
Empregada	16	38,1
Desempregada	16	38,1
Reformada	10	23,8
Rendimento		
<500€	11	26,2
501-1000€	13	31,0
>1001€	12	28,6
Não responde	6	14,3
Número de filhos		
0/1	19	45,2
2/3	23	54,8
Hábitos tabágicos		
Não	33	78,6
Sim	9	21,4
Consumo de sopa		

Menos de uma vez por dia	21	50,0
Pelo menos uma vez por dia	21	50,0
Consumo de fruta		
Menos de uma vez por dia	11	26,2
Pelo menos uma vez por dia	31	73,8
Consumo de vegetais		
Menos de uma vez por dia	21	50,0
Pelo menos uma vez por dia	21	50,0
Número de horas de sono		
Mediana (intervalo)	7 (5-9)	
Número de minutos sentada		
Mediana (intervalo)	60 (0-720)	
Atividade física		
Não	28	66,7
Sim	14	33,3
Medicação habitual		
Não	11	26,2
Sim	31	73,8
Hormonoterapia		
Anastrozol	14	33,3
Tamoxifeno	28	66,7
Tempo de exposição à hormonoterapia		
1º/2º ano	11	26,2
3º ano	14	33,3
4º/5º ano	17	40,5
Domínios da sexualidade		
	Mediana (intervalo)	
Desejo	1,2 (0,6-2,4)	
Excitação	0,6 (0-1,2)	
Lubrificação	0,6 (0-1,5)	
Orgasmo	1,2 (0-2)	
Satisfação	1,6 (0-2)	
Dor/Desconforto	1,6 (0-2)	
Domínios da qualidade de vida		
	Mediana (intervalo)	
Escala Funcionais		
Funcionamento físico	80 (33-100)	
Funcionamento ocupacional	83 (0-100)	
Funcionamento emocional	67 (0-100)	
Funcionamento cognitivo	83 (33-100)	
Funcionamento social	100 (33-100)	
Escala de Sintomas		
Fadiga	28 (0-67)	
Náusea e vômito	0 (0-33)	
Dor	17 (0-83)	
Dispneia	0 (0-100)	
Insônia	33 (0-100)	
Perda de apetite	0 (0-67)	
Obstipação	0 (0-100)	
Diarreia	0 (0-33)	
Dificuldades financeiras	0 (33-100)	
Estado Global de Saúde	58 (0-100)	

De acordo com o encontrado na literatura para o FSFI-6 não existe um ponto de corte que defina disfunção sexual, mas sabemos que a soma do *score* total permite inferir que quanto mais elevado for o valor obtido, melhor o nível de funcionamento sexual. Tendo em conta a distribuição do *score* total optamos pela escolha da média para análise da função sexual.

Assim, a análise da amostra permitiu obter um ponto de corte de 6,7 dado pela média do *score* total dos valores retirados dos domínios da função sexual. Como tal, admitiu-se que valores inferiores ou iguais a 6,7 seriam indicadores de disfunção sexual e valores superiores a 6,7 indicariam ausência de disfunção sexual. Deste modo chegamos a uma prevalência de disfunção sexual de 42,8% na população estudada, uma vez que 18 das 42 participantes no estudo apresentavam uma média de *score* total igual ou inferior a 6,7.

Assumindo este ponto de corte, observamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos valores dos domínios entre as participantes com disfunção e sem disfunção sexual.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 4, podemos verificar que o domínio mais afetado nas participantes com disfunção sexual foi o do desejo, uma vez que a diferença entre a mediana das participantes sem disfunção e com disfunção sexual é a mais elevada. Enquanto que o domínio menos afetado foi o da excitação, visto que a diferença da mediana das participantes sem disfunção e com disfunção sexual é a menor.

Tabela 4– Domínios da sexualidade, de acordo com a presença de disfunção sexual.

Domínios da sexualidade	Disfunção Sexual		p
	Não (24)	Sim (18)	
	Mediana (intervalo)	Mediana (intervalo)	
Desejo	1,8 (0,6-2,4)	0,6 (0,6-1,8)	<0,001
Excitação	0,9 (0,6-1,2)	0,5 (0-0,9)	<0,001
Lubrificação	1,2 (0,3-1,5)	0,6 (0-1,5)	<0,001
Orgasmo	1,6 (0,4-2)	0,6 (0-1,2)	<0,001
Satisfação	1,6 (0,8-2)	0,8 (0-2)	<0,001
Dor/Desconforto	1,8 (0,4-2)	1(0-2)	0,004

Em ambos os grupos, o tamoxifeno era a terapêutica hormonal mais utilizada. Enquanto no grupo das mulheres sem disfunção sexual se observa uma distribuição similar de tempo de exposição à hormonoterapia, no grupo das mulheres com disfunção sexual há uma maior proporção no 4º/5º ano de terapêutica e uma menor proporção no 1º/2º ano. Na tabela 5 encontram-se os resultados referentes ao tipo e tempo de exposição à hormonoterapia. Podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem

disfunção sexual, no que se refere ao tempo de exposição e tipo de hormonoterapia administrada.

Tabela 5 – Tipo e tempo de exposição à hormonoterapia, de acordo com a presença de disfunção sexual.

Variável	Disfunção Sexual				p
	Não (24)		Sim (18)		
	n	%	n	%	
Hormonoterapia					0,742
Anastrozol	9	37,5	5	27,8	
Tamoxifeno	15	62,5	13	72,2	
Tempo de exposição à hormonoterapia					0,456
1º/2º ano	8	33,3	3	26,2	
3º ano	8	33,3	6	33,3	
4º/5º ano	8	33,3	9	40,5	

Através da análise da tabela 6 que inclui todas as variáveis sociodemográficas e comportamentais, podemos inferir que não existem diferenças estaticamente significativas entre os dois grupos. Temos como exceção os hábitos tabágicos, havendo uma maior proporção de fumadoras no grupo das doentes com disfunção sexual (38,9% vs 8,3%, $p=0,025$).

Tabela 6 – Características sociodemográficas e comportamentais, de acordo com a presença de disfunção sexual.

Variável	Disfunção Sexual				p
	Não (24)		Sim (18)		
	n	%	n	%	
Idade					
Média±σ	58±8,9		56±6,5		0,136
Estado marital					0,256
Casadas	21	87,5	13	72,2	
Não Casadas	3	12,5	5	27,8	
Escolaridade					0,256
1ºciclo	10	41,7	4	22,2	
2º, 3º ciclo, Secundário	10	41,7	7	38,9	
Ensino superior	4	16,7	7	38,9	
Situação profissional					0,451
Empregada	10	41,7	6	33,3	
Desempregada	7	29,2	9	50,0	
Reformada	7	29,2	3	16,7	
Rendimento					0,504
<500€	8	33,3	3	16,7	

501-1000€	8	33,3	5	27,8	
>1001€	5	20,4	7	38,8	
Não responde	3	12,5	3	16,7	
Número de filhos					0,745
0/1	10	41,7	9	50,0	
2/3	14	58,3	9	50,0	
Hábitos tabágicos					0,025
Não	22	91,7	11	61,1	
Sim	2	8,3	7	38,9	
Consumo de sopa					0,756
Menos de uma vez por dia	13	54,2	8	44,4	
Pelo menos uma vez por dia	11	45,8	10	55,6	
Consumo de fruta					0,557
Menos de uma vez por dia	6	25,0	5	27,8	
Pelo menos uma vez por dia	18	75,0	13	72,2	
Consumo de vegetais					
Menos de uma vez por dia	13	54,2	8	44,4	0,756
Pelo menos uma vez por dia	11	45,8	10	55,6	
Número de horas de sono					0,227
Mediana (intervalo)	7 (5-9)		7 (5-8)		
Número de minutos sentada					0,562
Mediana (intervalo)	70 (0-300)		60 (0-720)		
Atividade física					0,742
Não	15	62,5	13	72,2	
Sim	9	37,5	5	27,8	
Medicação habitual					0,299
Não	8	33,3	3	16,7	
Sim	16	66,7	15	83,3	

A tabela 7 sintetiza todos os domínios da qualidade de vida, dividido nas suas três escalas *major*, de acordo com a presença de disfunção sexual.

Relativamente aos itens das escalas funcionais encontramos diferenças significativas no funcionamento físico, ainda que seja um resultado *borderline* (mediana de 77 nas doentes com disfunção sexual vs 87 nas doentes sem disfunção sexual, $p=0,050$). Consideramos também que as doentes sem disfunção sexual apresentam melhor funcionamento emocional (mediana de 79 nas doentes com disfunção sexual vs 63 nas doentes sem disfunção sexual, $p<0,001$) e cognitivo (mediana de 83 nas doentes com disfunção sexual vs 83 nas doentes sem disfunção sexual, $p=0,020$), verificando-se valores de mediana e intervalos mais altos neste grupo de doentes comparativamente às doentes com disfunção sexual.

Em relação aos itens da escala dos sintomas verificamos que doentes com disfunção sexual reportam mais dispneia (mediana de 0 nas doentes com disfunção sexual vs 0 nas doentes sem disfunção sexual, $p=0,034$) e fadiga (mediana de 22 nas doentes com disfunção sexual vs 39 nas doentes sem disfunção sexual, $p=0,022$), uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem disfunção sexual.

Por fim, no que se refere ao estado global da saúde verificamos diferenças estaticamente significativas, com as doentes com disfunção sexual a reportarem menor qualidade de vida (mediana de 67 nas doentes sem disfunção sexual vs 50 nas doentes com disfunção sexual, $p=0,009$).

Tabela 7 – Domínios da qualidade de vida, de acordo com a presença de disfunção sexual.

Domínios da qualidade de vida	Disfunção Sexual		p
	Não (24)	Sim (18)	
	Mediana (intervalo)	Mediana (intervalo)	
Escalas Funcionais			
Funcionamento físico	87 (60-100)	77 (33-100)	0,050
Funcionamento ocupacional	92 (0-100)	75 (33-100)	0,839
Funcionamento emocional	79 (42-100)	63 (0-100)	<0,001
Funcionamento cognitivo	83 (33-100)	83 (33-100)	0,020
Funcionamento social	100 (66-100)	100 (33-100)	0,026
Escalas de Sintomas			
Fadiga	22 (0-67)	39 (0-67)	0,022
Náusea e vômito	0 (0-33)	0 (0-33)	0,765
Dor	17 (0-83)	33 (0-83)	0,138
Dispneia	0 (0-33)	0 (0-100)	0,034
Insónia	33 (0-100)	33 (0-100)	0,260
Perda de apetite	0 (0-67)	0 (0-33)	0,455
Obstipação	0 (0-67)	17 (0-100)	0,127
Diarreia	0 (0-33)	0 (0-33)	0,393
Dificuldades financeiras	0 (33-67)	0 (0-100)	0,528
Estado Global de Saúde	67 (33-100)	50 (0-83)	0,009

4. Discussão

Para o presente estudo definiu-se como objetivo primordial quantificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres submetidas a hormonoterapia adjuvante, obtendo-se na amostra uma prevalência de 42,8%. É possível ver descrito na literatura que a disfunção sexual em doentes com cancro da mama pode ascender a 64,5%, podendo os problemas sexuais ser reportados por médio e longo prazo. (Maiorino et al., 2016) Estudos recentes relatam que o tratamento do cancro da mama com recurso a hormonoterapia, recorrendo a supressores da ação dos estrogénios, permite que haja um bloqueio não só das células tumorais, como a nível sistémico, o que desencadeia um conjunto de situações de privação hormonal. (Kołodziejczyk & Pawłowski, 2019) Motivo pelo qual se desencadeiam sintomas vasomotores, irritabilidade e

sintomas depressivos, em grande parte relacionados com impacto negativo na sexualidade. (Pinto, 2013)

De acordo com a aplicação do questionário FSFI-6 percebeu-se que as mulheres com disfunção sexual apresentam menores valores de *score* nos domínios da disfunção sexual, sendo até mais representativo no domínio do desejo. Estes resultados corroboram os efeitos descritos na literatura. A administração terapêutica da hormonoterapia relaciona-se com a diminuição do desejo e interesse sexual, não só pelos sintomas associados como pela diminuição da libido. (Frechette et al., 2013; Pinto, 2013) Alguns autores referem que mulheres que atravessam tratamentos de cancro de mama apresentam mais dificuldade em ficarem lubrificadas, havendo uma associação à dificuldade de penetração e, conseqüentemente maior dor/desconforto. (Krebs, 2012)

A amostra demonstrou não haver diferenças relacionadas com o fármaco administrado, nem com tempo de exposição à terapêutica. Apesar disso, estima-se que 47,5% das doentes que foram tratadas com tamoxifeno apresentaram sintomas vasomotores, maioritariamente presentes nos primeiros meses de terapêutica, responsáveis por suores noturnos e dispneia. (Reese, Keefe, Somers, & Abernethy, 2010) A dispneia foi relatada no presente estudo com significância. Estes sintomas apresentam relação direta com dificuldades sexuais em cerca de 77% dessas mulheres. (Reese et al., 2010) A administração de terapêuticas para o tratamento do cancro de mama acarreta consigo, muitas vezes problemas e alterações de imagem corporal que se relacionam não só com a vivência da sexualidade, mas com experiências sexuais, comportamentos de evitação sexual e comportamentos de risco. (Woertman & van den Brink, 2012)

No presente estudo não foi possível avaliar o estado de menopausa, uma vez que a informação era ausente em alguns processos clínicos, e portanto difícil de avaliar. Apesar do tipo de hormonoterapia poder ser indicativo do estado de menopausa, também não existe uma correlação direta. Ainda assim, a impossibilidade de recolher esta informação revelou-se um ponto de melhoria uma vez que a literatura sugere que o estado de pré ou pós-menopausa surge como importante definição de sintomas de disfunção sexual, visto que a disfunção sexual parece estar intimamente relacionada com sintomas de menopausa e com conseqüentes alterações na lubrificação e desejo sexual das doentes. (Ornat et al., 2013; Pinto, 2013)

O presente estudo verificou relação entre a disfunção sexual e o consumo de tabaco. De antemão sabemos que o consumo de tabaco é um fator de risco para cancro de mama, uma vez que se pode verificar um aumento do risco por efeito tóxico. (Mollaioli et al., 2020) Os resultados que relacionam a disfunção sexual e o consumo de tabaco são, ainda pouco consistentes. Estudos apontam para a não existência de relação. (Amidu et al., 2010;

Christensen, Grønbaek, Pedersen, Graugaard, & Frisch, 2011; Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012; Weiss & Brody, 2009) Apesar disso, alguns resultados referem que o consumo de tabaco em si não se relaciona com a disfunção sexual, mas sim a dependência da nicotina como uma possível associação à diminuição da libido. Assim, sugerem uma relação inversa entre o tabagismo e a libido, sendo o consumo mais moderado de tabaco associado a um maior desejo sexual.(Costa & Peres, 2015)

A análise dos dados mostrou haver significância nos resultados para a qualidade de vida. Reportando uma relação entre disfunção sexual e qualidade de vida, maior disfunção, menor qualidade de vida. Esta relação pode também ser causa-efeito, uma vez que melhor qualidade de vida pode estar associada a maior satisfação sexual, e consequente menor disfunção sexual. Estes resultados estão de acordo com a literatura que relaciona uma maior qualidade de vida e estado geral de saúde com menor disfunção sexual.(Buijs, de Vries, Mourits, & Willemse, 2008; Mayer et al., 2019)

Após a análise do questionário, não foi considerada a informação relativa às atividades domésticas, uma vez que todas as participantes responderam realizar algum tipo de atividade doméstica, não havendo uma clara discriminação entre os grupos de doentes estudados.

Algumas variáveis teriam sido passíveis de estudo, por exemplo considera-se uma limitação não ter questionado o índice de massa corporal que poderia ser tido em consideração como influenciador, apesar disso não foi possível retirar dados atualizados sobre o peso das doentes, nem houve disponibilidade de recursos materiais que permitissem obter o peso e a respetiva altura das doentes. Também a medicação crónica, foi avaliada como sim/não, e apesar de terem sido excluídas *a priori* as doentes que tomassem medicações que interferissem com o funcionamento sexual, não existe total perceção de todas as interações medicamentosas.

Apesar de ser claro no preenchimento do questionário que as alterações reportadas para disfunção sexual deviam ser decorrentes da terapêutica, temos de prever a possibilidade do impacto de uma disfunção sexual pré-tratamento.

Por outro lado, é importante referir o tamanho amostral. A escolha de critérios apertados contribuiu para a homogeneidade da amostra mas fez com que a possibilidade da redução amostral fosse maior, uma vez que a tentativa de homogeneizar o grupo acabou por restringir o grupo de doentes elegíveis.

Por fim, os questionários foram aplicados presencialmente aquando da consulta de seguimento no Centro de Mama. Por força da quinta vaga da pandemia Covid-19 muitas consultas foram em formato *online*/teleconsulta o que impossibilitou o preenchimento do questionário, ainda que as doentes fossem elegíveis. É importante referir que o estudo esteve estreitamente dependente da

colaboração das doentes, num tema do foro pessoal e por vezes de difícil abordagem, o que poderá ter sido responsável pelo elevado número de recusas.

5. Conclusões

É possível perceber que a saúde sexual é um importante fator de qualidade de vida. Os avanços no diagnóstico e tratamento do cancro da mama permitem um aumento da sobrevivência que se estima que ultrapasse os 90% em estádios iniciais de cancro da mama. É, por isso, de fundamental interesse dar ênfase aos cuidados de saúde no pós tratamento e à qualidade de vida destas doentes.

A disfunção sexual encontra-se presente nas mulheres que atravessam tratamentos de cancro da mama, não só pelo impacto psicológico e emocional que o diagnóstico possa ter, como pelo impacto físico e de relação com a imagem corporal durante o decurso do tratamento.

Apesar das limitações referidas, o estudo oferece um conhecimento sobre estas doentes em tratamento adjuvante de hormonoterapia, que revela a importância de acompanhar e sensibilizar para o tema da sexualidade quer durante o tratamento, quer após, no controlo de efeitos secundários tardios.

A qualidade de vida associada a doentes oncológicos é, na atualidade, tema central, não só pelo aumento da sobrevida como pela melhoria dos cuidados prestados. Alterar a perceção do tema sexualidade permite também uma sensibilização para o mesmo e uma abordagem mais multidisciplinar, uma vez que pode ser reportada pela comunidade médica, enfermagem e psicólogos. É importante educar os doentes, mas também sensibilizar os profissionais.

A complexidade e evolução dos tratamentos oncológicos trazem consigo muitas vezes tempos difíceis de coordenar e alterações difíceis de mensurar. É importante despertar para a intervenção neste tema, não só pela sua prevenção, mas também pelo seu acompanhamento como promoção da saúde e da qualidade de vida dos doentes. A evolução das terapêuticas permite a estas doentes viverem mais tempo e é de fundamental interesse que esse tempo seja detentor de qualidade de vida.

6. Referências bibliográficas

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., . . . et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-376. doi:10.1093/jnci/85.5.365
- Abraúl, E., Raimundo, D., & Frutuoso, C. (2010). Tratamento médico no cancro da mama. *capítulo, 38*, p289-304.
- Amidu, N., Owiredun, W. K., Woode, E., Addai-Mensah, O., Quaye, L., Alhassan, A., & Tagoe, E. A. (2010). Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reprod Biol Endocrinol*, 8, 106. doi:10.1186/1477-7827-8-106
- Bartula, I., & Sherman, K. A. (2013). Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. *Breast Cancer Res Treat*, 141(2), 173-185. doi:10.1007/s10549-013-2685-9
- Baumgart, J., Nilsson, K., Evers, A. S., Kallak, T. K., & Poromaa, I. S. (2013). Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause*, 20(2), 162-168. doi:10.1097/gme.0b013e31826560da
- Biganzoli, L., Cardoso, F., Beishon, M., Cameron, D., Cataliotti, L., Coles, C. E., . . . Poortmans, P. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *Breast*, 51, 65-84. doi:10.1016/j.breast.2020.02.003
- Buijs, C., de Vries, E. G., Mourits, M. J., & Willemse, P. H. (2008). The influence of endocrine treatments for breast cancer on health-related quality of life. *Cancer Treat Rev*, 34(7), 640-655. doi:10.1016/j.ctrv.2008.04.001
- Campbell-Enns, H., & Woodgate, R. (2015). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 13(1), 112-121. doi:10.11124/jbisrir-2015-1795
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *J Sex Med*, 8(7), 1903-1916. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02291.x
- Costa, R. M., & Peres, L. (2015). Smoking is unrelated to female sexual function. *Subst Use Misuse*, 50(2), 189-194. doi:10.3109/10826084.2014.962054

- Dai, Y., Cook, O. Y., Yeganeh, L., Huang, C., Ding, J., & Johnson, C. E. (2020). Patient-Reported Barriers and Facilitators to Seeking and Accessing Support in Gynecologic and Breast Cancer Survivors With Sexual Problems: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(7), 1326-1358.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.03.004>
- Dengel, L. T., Van Zee, K. J., King, T. A., Stempel, M., Cody, H. S., El-Tamer, M., . . . Morrow, M. (2014). Axillary dissection can be avoided in the majority of clinically node-negative patients undergoing breast-conserving therapy. *Ann Surg Oncol*, 21(1), 22-27.
doi:10.1245/s10434-013-3200-6
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep*, 23(3), 38.
doi:10.1007/s11912-021-01049-3
- Dizon, D. S. (2009). Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. *Breast J*, 15(5), 500-504. doi:10.1111/j.1524-4741.2009.00766.x
- Franzoi, M. A., Agostinetti, E., Perachino, M., Del Mastro, L., de Azambuja, E., Vaz-Luis, I., . . . Lambertini, M. (2021). Evidence-based approaches for the management of side-effects of adjuvant endocrine therapy in patients with breast cancer. *Lancet Oncol*.
doi:10.1016/s1470-2045(20)30666-5
- Frechette, D., Paquet, L., Verma, S., Clemons, M., Wheatley-Price, P., Gertler, S. Z., . . . Dent, S. (2013). The impact of endocrine therapy on sexual dysfunction in postmenopausal women with early stage breast cancer: encouraging results from a prospective study. *Breast Cancer Res Treat*, 141(1), 111-117. doi:10.1007/s10549-013-2659-y
- Gambardella, A., Esposito, D., Accardo, G., Taddeo, M., Letizia, A., Tagliafierro, R., . . . Pasquali, D. (2018). Sexual function and sex hormones in breast cancer patients. *Endocrine*, 60(3), 510-515. doi:10.1007/s12020-017-1470-7
- Higgins, M. I., & Master, V. A. (2021). Who really knows the performance status: The physician or the patient? *Cancer*, 127(3), 339-341. doi:10.1002/cncr.33236
- IARC. (2021). *Cancer Today*. Retrieved from https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&
- IARC. (2022). *Cancer Today*. Retrieved from https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&

- Kaptein, A. A. (2021). Writing cancer. *Supportive Care in Cancer*. doi:10.1007/s00520-020-05920-0
- Kołodziejczyk, A., & Pawłowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Adv Clin Exp Med*, 28(8), 1137-1142. doi:10.17219/acem/103626
- Krebs, L. U. (2012). Sexual health during cancer treatment. *Adv Exp Med Biol*, 732, 61-76. doi:10.1007/978-94-007-2492-1_5
- Lipsett, A., Barrett, S., Haruna, F., Mustian, K., & O'Donovan, A. (2017). The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 32, 144-155. doi:<https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.02.002>
- Louro, G. L. (2018). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade: Autêntica*.
- Lowery, A. J., Kell, M. R., Glynn, R. W., Kerin, M. J., & Sweeney, K. J. (2012). Locoregional recurrence after breast cancer surgery: a systematic review by receptor phenotype. *Breast Cancer Res Treat*, 133(3), 831-841. doi:10.1007/s10549-011-1891-6
- Maiorino, M. I., Chiodini, P., Bellastella, G., Giugliano, D., & Esposito, K. (2016). Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine*, 54(2), 329-341. doi:10.1007/s12020-015-0812-6
- Mayer, S., Iborra, S., Grimm, D., Steinsiek, L., Mahner, S., Bossart, M., . . . Hasenburg, A. (2019). Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. *Arch Gynecol Obstet*, 299(1), 191-201. doi:10.1007/s00404-018-4922-2
- Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., Di Sante, S., Gravina, G. L., Carosa, E., . . . Jannini, E. A. F. (2020). Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reprod Biol Endocrinol*, 18(1), 10. doi:10.1186/s12958-019-0557-9
- Moo, T. A., Sanford, R., Dang, C., & Morrow, M. (2018). Overview of Breast Cancer Therapy. *PET Clin*, 13(3), 339-354. doi:10.1016/j.cpet.2018.02.006
- Ornat, L., Martínez-Dearth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M., & Pérez-López, F. R. (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, 75(3), 261-269. doi:10.1016/j.maturitas.2013.04.007
- Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Toftagen, C. S. (2016). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs*, 39(1), E39-58. doi:10.1097/ncc.0000000000000251
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual (ISS) / Validation of a female version of the Index of Sexual Satisfaction (ISS). *Laboratório de Psicologia*, 7. doi:10.14417/lp.685

- Pinto, A. C. (2013). Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis*, 5 Suppl 1(Suppl 1), S81-86. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2013.05.23
- Portuguesa, D. d. L. (Ed.) (2019). Porto.
- Qi, A., Li, Y., Sun, H., Jiao, H., Liu, Y., & Chen, Y. (2021). Incidence and risk factors of sexual dysfunction in young breast cancer survivors. *Ann Palliat Med*, 10(4), 4428-4434. doi:10.21037/apm-21-352
- Reese, J. B., Keefe, F. J., Somers, T. J., & Abernethy, A. P. (2010). Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer*, 18(7), 785-800. doi:10.1007/s00520-010-0819-8
- Ribi, K., Luo, W., Walley, B. A., Burstein, H. J., Chirgwin, J., Ansari, R. H., . . . Bernhard, J. (2020). Treatment-induced symptoms, depression and age as predictors of sexual problems in premenopausal women with early breast cancer receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Res Treat*, 181(2), 347-359. doi:10.1007/s10549-020-05622-5
- Rivard, M. J., Venselaar, J. L., & Beaulieu, L. (2009). The evolution of brachytherapy treatment planning. *Med Phys*, 36(6), 2136-2153. doi:10.1118/1.3125136
- Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crespi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R., & Ganz, P. A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*, 118(1), 99-111. doi:10.1007/s10549-009-0398-x
- Santos Pechorro, P., Pascoal, P. M., Monteiro Pereira, N., Poiars, C., Neves Jesus, S., & Vieira, R. X. (2017). Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6. *Revista Internacional de Andrología*, 15(1), 8-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.06.001>
- Schover, L. R., Baum, G. P., Fuson, L. A., Brewster, A., & Melhem-Bertrandt, A. (2014). Sexual problems during the first 2 years of adjuvant treatment with aromatase inhibitors. *J Sex Med*, 11(12), 3102-3111. doi:10.1111/jsm.12684
- Shaeer, O., Shaeer, K., & Shaeer, E. (2012). The Global Online Sexuality Survey (GOSS): female sexual dysfunction among Internet users in the reproductive age group in the Middle East. *J Sex Med*, 9(2), 411-424. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02552.x
- Taylor, C. E., & Meisel, J. L. (2017). Management of Breast Cancer Therapy-Related Sexual Dysfunction. *Oncology (Williston Park)*, 31(10), 726-729.
- Thornhill, R., & Gangestad, S. W. (1996). The evolution of human sexuality. *Trends in Ecology & Evolution*, 11(2), 98-102. doi:[https://doi.org/10.1016/0169-5347\(96\)81051-2](https://doi.org/10.1016/0169-5347(96)81051-2)

- Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2019). eHealth for improving quality of life in breast cancer patients: A systematic review. *Cancer Treat Rev*, 74, 1-14.
doi:10.1016/j.ctrv.2019.01.003
- van Londen, G. J., Beckjord, E. B., Dew, M. A., Cooper, K. L., Davidson, N. E., Bovbjerg, D. H., . . . Rechis, R. (2014). Associations between adjuvant endocrine therapy and onset of physical and emotional concerns among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 22(4), 937-945. doi:10.1007/s00520-013-2041-y
- Weiss, P., & Brody, S. (2009). Female sexual arousal disorder with and without a distress criterion: prevalence and correlates in a representative Czech sample. *J Sex Med*, 6(12), 3385-3394. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01498.x
- WHO. (2022). *Breast Cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- WHO. (2022). *Breast Cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- WHO. (2022). *Breast Cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Woertman, L., & van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res*, 49(2-3), 184-211. doi:10.1080/00224499.2012.658586
- World Health Organization. (2022). *Cancer*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

7. Anexos

7.1 Taxas de incidência e mortalidade por cancro

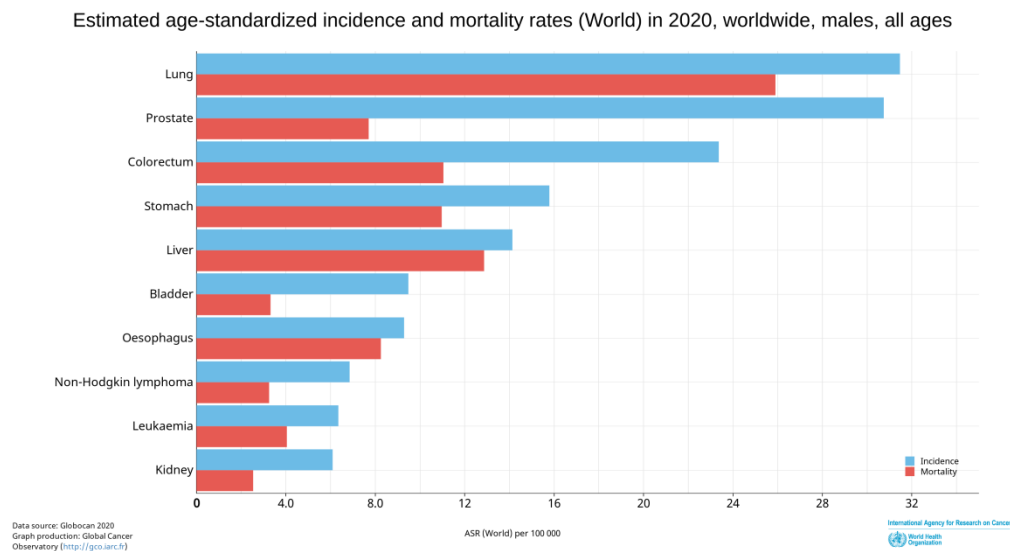


Figura 1 - Taxa de incidência e mortalidade de cancro no mundo, em homens.(IARC, 2022)

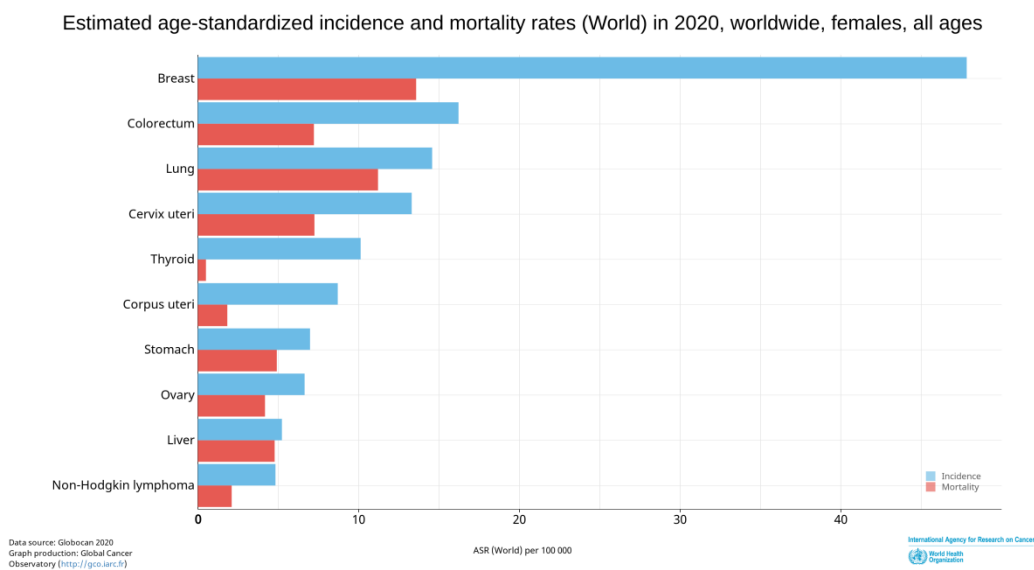


Figura 2 - Taxa de incidência e mortalidade de cancro no mundo, em mulheres.(IARC, 2022)

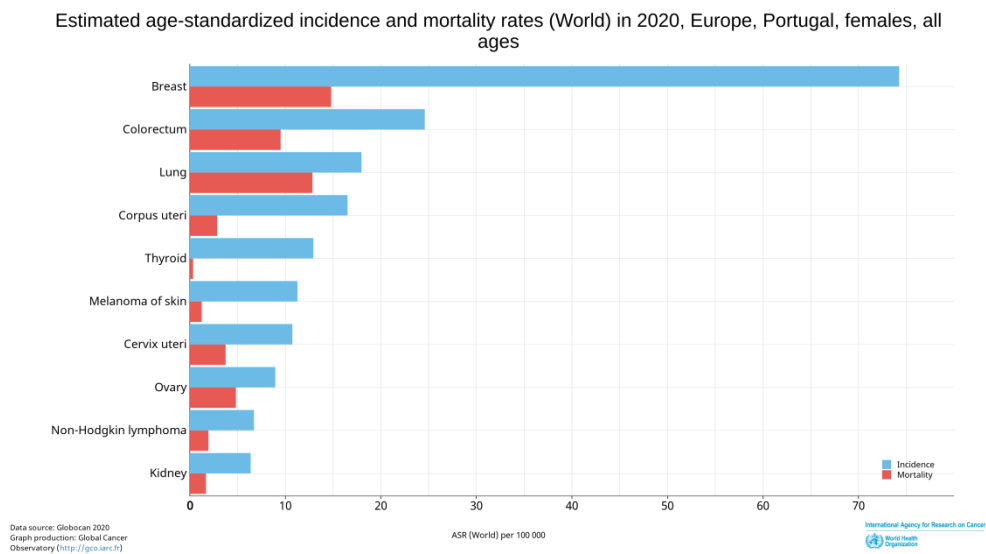


Figura 3 - Taxa de incidência e mortalidade de cancros em Portugal, em mulheres.(IARC, 2022)

7.2 Autorizações

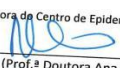
7.2.1 Autorização_Comissão de Ética

Centro de Epidemiologia Hospitalar

Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.

11 de Julho de 2022

A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar



(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIREÇÃO CLÍNICA



SÃO JOÃO

n.º 267/21

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE
Presidente do Conselho de Administração

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

Diretora Clínica: 
Diretora de Enfermagem: 
Vogal Executiva: 
Vogal Executiva: 

(Prof.ª Doutora Maria João Rodrigues) (Enf.ª Plurimed. Cardíaca) (Dr. Luís Paulo Gomes) (Dr.ª Rita Leitão)

Nome do Investigador Principal:
Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

Título da Investigação:
Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a
hormonoterapia adjuvante

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:
Centro Hospitalar Universitário de São João - Centro de Mama
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

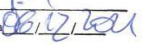
Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

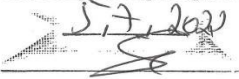
Porto, 12 de JULHO de 2022. 


SÃO JOÃO

Encarregado de Proteção de Dados
Data Protection Officer

Entrada 

«Centro Hospitalar São João»
Centro de Epidemiologia Hospitalar



CEH-IM025-0

Parecer da Comissão de Ética do

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante

Nome da Investigadora Principal: Dra. Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

Onde decorre o Estudo: No Centro de Mama do CHUSJ. Apresentou declaração do Prof. Doutor José Luís Fougho. A Doutora Bárbara Neves Peleteiro será a profissional de ligação ('Data Manager' no Centro de Mama).

Objetivos do Estudo:

Quantificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante.

Objetivos secundários: identificar os componentes do funcionamento sexual feminino que são afetados; comparar a ocorrência de disfunção sexual de acordo com a terapêutica farmacológica administrada; determinar a influência do tempo de exposição à hormonoterapia na disfunção sexual; avaliar a frequência de disfunção sexual em mulheres em pré e pós menopáusicas.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde da FMUP, sob orientação da Prof.^a Doutora Bárbara Neves Peleteiro.

No questionário para submissão de Investigação, está referido tratar-se de um estudo "Sem intervenção". No entanto, pela revisão do protocolo de estudo, constata-se que serão realizados questionários às participantes, pelo que este documento deve ser alterado retificando o tipo de investigação para "Com intervenção".

Conceção e Pertinência do estudo:

Pretende-se com o presente estudo um aumento do conhecimento sobre a disfunção sexual como efeito adverso da realização da hormonoterapia adjuvante em mulheres com cancro da mama.

Benefício/risco:

Não existem riscos associados. Apenas o incómodo do tempo disponibilizado para responder aos questionários (cerca de 20 minutos).

Confidencialidade dos dados:

O questionário enviado é anonimizado e os dados recolhidos não permitem, de certa forma, identificar a pessoa. *No entanto, a colocação da data de nascimento, fragiliza a confidencialidade, pelo que este dado deve ser alterado para a idade da participante à data do seu preenchimento.*

Apresentou um pedido de reutilização de registos clínicos para Investigação e Desenvolvimento ao RAI.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Apresentou uma adequada informação ao participante e modelo de CI do CHUSJ.

Questionários: *Prevê a utilização de questionários, mas apenas foi entregue o exemplar de um deles. Deve ser entregue um exemplar dos restantes a utilizar.*

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: março de 2022

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo, após resposta às questões em itálico.

Porto, 27 de julho de 2021

O Relator da CE, Dr. John Preto



30.11.2021

De acordo c/ os
esclarecimentos prestados,
proponho aprovação pela CE.





Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante

Nome do investigador: Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

Endereço eletrónico: up202002538@up.pt

Contacto telefónico: 938934303

Caracterização da investigação:

☐ Estudo retrospectivo

☒ Estudo observacional

☐ Estudo prospetivo

☐ Inquérito

☐ Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

☐ Com intervenção

☒ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): ☐ Sim ☒ Não

Promotor (se aplicável): _____

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Bárbara Neves Peleteiro

Endereço eletrónico: barbara.peleteiro@chs.j.min-saude.pt

Local/locais onde se realiza a investigação: Centro Hospitalar Universitário de São João - Centro de Mama

Data prevista para início: 01 / 11 / 2021

Data prevista para o término: 31 / 03 / 2022

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

Objetivo principal: Quantificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com cancro da mama sob hormonoterapia adjuvante;

Objetivos secundários: Identificar os componentes do funcionamento sexual feminino que são afetados; Comparar a ocorrência de disfunção sexual de acordo com a terapêutica farmacológica administrada; Determinar a influência do tempo de exposição à hormonoterapia na disfunção sexual; Avaliar a frequência de disfunção sexual em mulheres em pré e pós menopausas.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/ riscos):

Tendo em conta o objetivo do presente estudo, não se esperam benefícios diretos para os participantes. Os benefícios, ainda que indiretos, irão advir do aumento do conhecimento sobre a disfunção sexual como efeito adverso da realização da hormonoterapia adjuvante em mulheres com cancro da mama.

Não se prevêem riscos acrescidos para as doentes como consequência da sua participação neste estudo, apenas o tempo dispendido para responder aos questionários de avaliação poderá ser considerado um incómodo. No entanto, todas as avaliações decorrerão no dia de marcação de uma consulta de seguimento habitual, pelo que não haverá deslocações adicionais das doentes ao Centro de Mama. Além disso, é expectável que a duração de preenchimento dos questionários não ultrapasse 20 minutos.

Todos os dados clínicos necessários à execução deste projeto serão recolhidos através do elo de ligação entre a estudante de mestrado e o Centro Hospitalar Universitário de São João. Sendo este elo de ligação uma profissional de saúde que se encontra abrangida pela necessidade de sigilo profissional. Além disso, a estudante de mestrado irá assinar um documento de compromisso de confidencialidade antes do início da recolha de dados.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

O questionário elaborado é anonimizado e os dados recolhidos não permitem identificar a pessoa, além de serem apenas utilizados no âmbito deste projeto.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? ☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? ☐ Sim ☐ Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☒ Sim ☐ Não Voluntários saudáveis: ☐ Sim ☒ Não

Menores de 18 anos: ☐ Sim ☒ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: ☐ Sim ☒ Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: ☒ Sim ☐ Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: ☒ Sim ☐ Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☒ Investigador ☐ Promotor ☐ Ambos ☐ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável

Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Tendo em conta o objetivo do presente estudo, não se esperam benefícios diretos para os participantes. Os benefícios, ainda que não diretos, irão advir do aumento do conhecimento sobre a disfunção sexual como efeito adverso da realização da hormonoterapia adjuvante em mulheres com cancro da mama.

Riscos/incómodos previsíveis:

Não se prevêem riscos acrescidos para as doentes como consequência da sua participação neste estudo, apenas o tempo dispendido para responder aos questionários de avaliação poderá ser considerado um incómodo.

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

· pelas deslocações ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

· pelas faltas ao emprego ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

· por outras perdas e danos ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço onde é realizado

☒ Não aplicável

Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☒ Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☒ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- ☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- ☒ Protocolo do estudo
- ☒ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☒ Profissional de ligação
- ☒ Informação dos orientadores
- ☒ Informação ao participante
- ☒ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): Questionário
- ☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 12 de julho de 2021
Nome legível: Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

Cátia Marisa Sampaio Gonçalves
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 27 / 07 / 21

Agostinho Silva
Prof. Doutor Agostinho Silva
Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João

Centro Hospitalar São João.

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS
ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A)
INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O
PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À
REALIZAÇÃO DESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

30/11/2021
Prof. Doutor Agostinho Silva
Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João

3/3



**ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD)
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO, EPE**

Paulo Alexandre Mota da Silva
Encarregado de Proteção de Dados do CHUSJ
epd@chsi.min-saude.pt

Ref.º CES CH-USJ: 267 / 2021

Título do Projeto	Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante		
Responsável pelo tratamento	Cátia Marisa Sampaio Gonçalves		
Instituição	Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)		
Investigador	☐ Interno ☒ Externo		
Contacto telefónico	938934303	Endereço Electrónico	up20200253@up.pt
Profissional de Ligação	Barbára Neves Peleteiro (Técnica Superior)		
Amostra	100		
Análise de Risco	☐ Tolerável ☒ Baixo ☐ Elevado ☐ Muito Elevado		

Parecer do EPD:

Data: 01/07/2022

Finalidade: quantificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com cancro da mama sob hormonoterapia adjuvante.

Licitude: fundamento previsto no artigo 6(1)(a) e 9(2)(a) do RGPD.

Categorias de dados pessoais: variáveis identificadas com detalhe na AIPD, datada de 06/12/2021, ponto 13 e protocolo de investigação, tendo presente o princípio da minimização dos dados.

Conservação: os dados serão alvo de **pseudonimização**, armazenados em **local seguro**, em área restrita ao Investigador Principal, com acesso a ficheiros **protegido por palavra-passe**, efetuando-se a conservação até à conclusão da investigação, durante o prazo máximo de **oito (8) meses**. Os dados recolhidos **serão destruídos** após a finalização do estudo.

Comunicação de Dados: **há partilha** de dados pessoais pseudonimizados.

Face ao exposto, e observadas as recomendações, entende-se que a presente AIPD apresenta os elementos necessários para assegurar que o **tratamento é realizado em conformidade com o RGPD**.

Recomendações:

- Sempre que o consentimento do titular for o fundamento de legitimidade adequado para o tratamento de dados, dever-se-á assegurar que o mesmo é válido nas condições legalmente exigíveis: **uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca**. Neste contexto, o consentimento deverá ser objeto de reflexão por parte do participante fora do ambiente hospitalar, devendo para tal, existir a possibilidade de o mesmo remeter o consentimento por correio em envelope F.S.F.
1. Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em formato de papel que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido;
 2. Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos electrónicos de armazenamento (Laptop, Disco Externo), nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação;
 3. Garantir as medidas técnicas e organizativas para assegurar que o acesso ao sistema de informação é efetuado apenas por utilizadores devidamente autorizados, em razão da necessidade de conhecer e da segregação de funções (privilégios de acesso por função).
 4. Em caso de necessidade de extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos atinentes ao presente parecer o Investigador Principal deverá solicitar a reapreciação do projeto de investigação junto do EPD.

Revisão AIPD:

☐ Data da próxima revisão: ____ / ____ / ____

☒ Não carece de revisão.

1 de 2

Anexos:

1. Processo CES n.º 267/2021
2. Parecer CES (30/11/2021)
3. AIPD (06/12/2021)
4. Consentimento Informado e Informação ao Participante
5. Questionários
6. Protocolo de Investigação

Encarregado de Proteção de Dados

Assinado por: **PAULO ALEXANDRE MOTA DA SILVA**

Data: 2022.07.01 17:44:49+01'00'

Localização: CHUSJ



CARTÃO DE CIDADÃO
e e e e

7.2.2 Autorização_EORTC QL-Q-C30

30/08/22, 15:05

Correio – Cátia Gonçalves – Outlook

Fwd: Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 77708

Bárbara Peleteiro <barbarap@med.up.pt>

qui, 09/09/2021 11:31

Para: Cátia Gonçalves <up202002538@edu.med.up.pt>

----- Forwarded message -----

De: <no-reply@eortc.be>

Date: quinta, 9/09/2021, 12:09

Subject: Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 77708

To: <barbarap@med.up.pt>

Dear Bárbara Peleteiro,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[Breast Module \(BR23\) - Portuguese \(Portugal\)](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Portugal\)](#)

Scoring Manuals:

[BR23 Scoring Manual](#)

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

 http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg

Disclaimer  http://www.eortc.be/signatures/twitterOn_16x12_2016.png  http://www.eortc.be/signatures/facebookOn_7x12_2016.png  http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg

<https://outlook.office.com/mail/inbox/fid/AAQkAGYwNzY1NmFmLTl2MjQINGVmNS04NTEwLWY5MjQ2OTEwZTIyYwAQAPRdwdU8oxNBhUTm%2BoEJBK...> 1/1

7.2.3 Autorização_ FSFI 6

30/08/22, 15:15

Correio – Cátia Gonçalves – Outlook

Re: Autorização para uso de escala

Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com>

ter, 14/09/2021 14:20

Para: Cátia Gonçalves <up202002538@edu.med.up.pt>

Boa tarde

Pode utilizar na sua investigação o Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6.

Cumprimentos

Pedro Pechorro

Cátia Gonçalves <up202002538@edu.med.up.pt> escreveu no dia terça, 14/09/2021 à(s) 09:46:

Caro Prof. Dr. Pedro Santos Pechorro

O meu nome é Cátia Gonçalves e sou aluna do Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No âmbito do meu trabalho de tese sob orientação da Prof. Dra. Bárbara Peleteiro, irei realizar um estudo no Centro de Mama do Centro Hospitalar Universitário de São João. Neste estudo pretendo avaliar a disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante. Para tal, planeei utilizar o Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6, validada para a população Portuguesa pelo seu grupo de investigação. Assim sendo, venho por este meio pedir autorização para o uso da escala neste projeto de investigação.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Desde já agradecida pela atenção dispensada.

Cátia Gonçalves

<https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkAGYwNzY1NmFmLTl2MjQlNGVmNS04NTEwLWY5MjQ2OTewZTIyYwAQAK8J8c6Q1JFKrbnEqpzlvGM%3D> 1/1

7.3 Informação ao doente

INFORMAÇÃO AO DOENTE

ESTUDO: Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante

O cancro da mama é o tumor mais frequente nas mulheres a nível mundial.

Nos últimos anos assistimos a avanços no diagnóstico e tratamento do cancro da mama. No entanto alguns efeitos secundários podem advir do seu tratamento, quer sejam a nível físico, psicológico ou emocional.

O meu nome é Cátia Marisa Sampaio Gonçalves e no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estou a realizar um estudo sobre a disfunção sexual em mulheres com cancro de mama submetidas a hormonoterapia adjuvante, sob orientação da Professora Doutora Bárbara Neves Peleteiro, Investigadora Doutorada do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Temos como objectivo: Quantificar a frequência da disfunção sexual em mulheres com cancro da mama a realizar hormonoterapia adjuvante.

Pedimos a sua colaboração para participar no estudo da seguinte forma: colaboração na recolha de dados através de um questionário que englobará os seguintes fatores: fatores sociodemográficos (idade, número de filhos, estado civil, situação profissional, antecedentes psiquiátricos, hábitos tabágicos, alcoólicos,

alimentares e atividade física), fatores clínicos (características da doença, efeitos secundários a nível sexual resultantes da hormonoterapia e qualidade de vida).

O estudo irá decorrer no Centro Hospitalar Universitário São João – Centro de Mama sob a orientação da Professora Doutora Bárbara Peleteiro, elo de ligação à instituição, com e-mail barbara.peleteiro@chsj.min-saude.pt.

Terá a colaboração de todos os profissionais do Centro de Mama.

Não fará análises ou exames adicionais.

A sua colaboração no estudo não tem qualquer contrapartida e encargos.

O questionário elaborado é anonimizado e os dados recolhidos não permitem identificar a pessoa, além de serem apenas utilizados no âmbito deste estudo e o seu preenchimento terá uma duração de aproximadamente 20 minutos.

O estudo cumpre todos os requisitos legais, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e os dados serão utilizados apenas para fins clínicos e de investigação.

Caso tenha dúvidas sobre a forma como os seus dados pessoais são tratados, para saber mais sobre os seus direitos no âmbito da proteção de dados, pode entrar em contacto com o Encarregado de Proteção de Dados do CHUSJ através do endereço de email: epd@chsj.min-saude.pt.

Caso considere que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo, pode, a todo o momento, apresentar uma reclamação junto da autoridade competente, a Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

A sua participação é totalmente voluntária. Tem toda a liberdade e direito de não querer participar, sem que daí resulte alguma diferença na forma como será tratada no Centro Hospitalar Universitário de São João.
A qualquer momento pode desistir da participação no estudo através do envio de um e-mail para o investigador.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Para qualquer dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo:

Cátia Gonçalves – investigadora do projeto. *Email:* up202002538@up.pt

Telefone: 938934303

7.4 Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

Designação do Estudo *(em português)*

Disfunção sexual em mulheres com cancro da mama submetidas a hormonoterapia adjuvante

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☒ Sim (Nº de páginas 3)

O Investigador responsável

Nome: Cátia Marisa Sampaio Gonçalves

legível

assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____/____/____

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ____/____/____

assinatura

△ N.º CES-IM04-0

7.5 Questionário (sóciodemográfico, EORTC QL-Q-C30, FSFI 6)

Disfunção sexual em mulheres com cancro de mama submetidas a hormonoterapia adjuvante

Nº de identificação no estudo:

Data: __/__/__

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Idade: _____ anos

2- ESTADO MARITAL

☐ Solteira

☐ Viúva

☐ Casada

☐ Divorciada

☐ União de facto

☐ Separada

3- HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

☐ 1º ciclo ou ensino primário

☐ Licenciatura

☐ 2º ciclo ou ensino preparatório

☐ Pós-graduação

☐ 3º ciclo ou 9º ano de escolaridade

☐ Mestrado

☐ Ensino secundário

☐ Doutoramento

☐ Bacharelato

☐ Outro, qual? _____

4- SITUAÇÃO PROFISSIONAL

4.1. Situação profissional (se tem mais que um emprego considere a atividade principal)

☐ Empregada a tempo inteiro

☐ Empregada a tempo parcial

☐ Trabalhadora familiar não remunerada

☐ Desempregada. Há quanto tempo? _____ (meses)

- ☐ Estudante
- ☐ Reformada ou pré-reformada
- ☐ Doméstica
- ☐ Outra situação. Qual? _____

4.2. A sua atividade profissional mudou desde o diagnóstico de cancro?

- ☐ Não ☐ Sim, qual era antes? _____

4.3. Sector empregador (se desempregada/ reformada, refira-se à atividade anterior)

- ☐ Estado (Administração Pública central e local/entidades públicas autónomas)
- ☐ Empresa pública (ou empresas de capital maioritariamente público)
- ☐ Trabalhadora por conta de outrem no sector privado
- ☐ Trabalhadora por conta própria
- ☐ Não aplicável

4.4. Rendimento mensal total líquido (incluindo vencimentos e outras fontes de rendimento como subsídios, rendas, ajudas monetárias, pensões de alimentos) **da doente.**

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ <250 € | ☐ 1501- 2000 € |
| ☐ 251- 500 € | ☐ >2000 € |
| ☐ 501- 1000 € | ☐ Prefere não dizer |
| ☐ 1001- 1500 € | |

5- HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OSBTÉTRICA

5.1 Quantas vezes esteve grávida?

5.2 Quantos filhos vivos teve?

5.2.1 Atualmente, que idade têm? _____

5.3. Ainda é menstruada?

- ☐ Não, deixou de o ser há mais de 12 meses
- ☐ Não, deixou de ser no mínimo há 3 meses e no máximo 12 meses

☐ Sim

5.3.1 Se não,

a) Com que idade deixou de ser menstruada? anos

b) Foi: ☐ espontânea ☐ cirúrgica

c) Se cirurgia, retirou ovários? ☐ não ☐ sim

6- MEDICAÇÃO

6.1. Toma alguma medicação habitual? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, qual? _____

7- HÁBITOS TABÁGICOS

7.1. Fuma ou alguma vez fumou?

☐ Não (*passar para a questão 8*) ☐ Sim

7.1.1. Se sim:

☐ Fumadora

☐ Ex-fumadora

Quantidade Cigarros/dia

Há quanto tempo? anos

8- HÁBITOS ALCÓOLICOS

8.1. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?

☐ Não (*passar para questão 9*) ☐ Sim

8.1.1. Se sim:

☐ Bebedora

☐ Ex-bebedora

Quantidade Copos/dia

Há quanto tempo? anos

....Que tipo bebe, mais frequentemente?

- ☐ Vinho
☐ Cerveja
☐ Bebidas brancas
☐ Bebidas espirituosas

9- HÁBITOS ALIMENTARES

	Frequência							
	Nunca ou <1/mês	1-3 /mês	1 /sem	2-3 /sem	4-6 /sem	1 /dia	2-3 /dia	+4 /dia
Sopa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vegetais no prato	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fruta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10- ATIVIDADE FÍSICA

Deitada em repouso,

10.1. Quantas horas dorme em média por dia?

|_|_|_| horas

Nos tempos livres,

10.2. Quanto tempo passa por dia sentada, a ler, a escrever, jogar cartas, etc.?

|_|_|_| min/dia

10.3. Costuma praticar algum desporto ou atividade física?

☐ Não ☐ Sim.

Se sim, qual? _____

Quanto tempo |_|_|_| min/sem

10.4. Costuma fazer trabalhos domésticos?

☐ Não ☐ Sim

10.4.1. Se sim, de que tipo e quanto tempo?

- | | |
|--|--|
| ☐ Cozinhar, lavar a louça, passar a ferro | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> min/dia |
| ☐ Limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> min/dia |
| ☐ Polir o chão, bricolage, agricultura | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> min/dia |
| ☐ Outro (especifique) _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> min/dia |

QUALIDADE DE VIDA

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesma a todas as perguntas fazendo uma cruz (X) no espaço que corresponde melhor à forma como se sente. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	☐	☐	☐	☐
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	☐	☐	☐	☐
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	☐	☐	☐	☐
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	☐	☐	☐	☐
5. Precisa que a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou ir à casa de banho?	☐	☐	☐	☐

Durante a última semana:	Não	Um	Bastante	Muito
---------------------------------	------------	-----------	-----------------	--------------

pouco

6. Sentiu-se limitada no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	☐	☐	☐	☐
7. Sentiu-se limitada na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	☐	☐	☐	☐
8. Teve falta de ar?	☐	☐	☐	☐
9. Teve dores?	☐	☐	☐	☐
10. Precisou de descansar?	☐	☐	☐	☐
11. Teve dificuldades em dormir?	☐	☐	☐	☐
12. Sentiu-se fraca?	☐	☐	☐	☐
13. Teve falta de apetite?	☐	☐	☐	☐
14. Teve enjoos?	☐	☐	☐	☐
15. Vomitou?	☐	☐	☐	☐

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	☐	☐	☐	☐
17. Teve diarreia?	☐	☐	☐	☐
18. Sentiu-se cansada?	☐	☐	☐	☐
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	☐	☐	☐	☐
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler jornal ou ver televisão?	☐	☐	☐	☐
21. Sentiu-se tensa?	☐	☐	☐	☐

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Teve preocupações? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. Sentiu-se irritável? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. Sentiu-se deprimida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25. Teve dificuldades em lembrar-se das coisas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividades <u>social</u> ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | | | | | | 7 |
| | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | Péssima | | | | | | Ótima |
| 29. Como classificaria a sua <u>saúde</u> em geral durante a última semana? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30. Como classificaria a sua <u>qualidade de vida</u> global durante a última semana? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

FUNÇÃO SEXUAL

As seguintes questões referem-se à sua vida sexual nas **últimas 4 semanas**. Pedimos que seja o mais honesta e sincera possível, através da colocação de uma cruz (X) na resposta que considera mais correta.

1. Como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito alto

- ☐Alto
- ☐Moderado
- ☐Baixo
- ☐Muito baixo ou nenhum

2. Como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

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

3. Com que frequência ficou lubrificada («molhada») durante a atividade sexual ou relação sexual?

- ☐Sem atividade sexual
- ☐Quase sempre ou sempre
- ☐A maioria das vezes (mais do que metade do tempo)
- ☐Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐Quase nunca ou nunca

4. Quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐Sem atividade sexual
- ☐Quase sempre ou sempre
- ☐A maioria das vezes (mais do que metade do tempo)
- ☐Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐Quase nunca ou nunca

5. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

6. Com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

SEDE ADMINISTRATIVA

FACULDADE DE MEDICINA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

