



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

IARLLA SILVA FERREIRA

**ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE
MAMA EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

FORTALEZA

2018

IARLLA SILVA FERREIRA

ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Andrea Bezerra Rodrigues.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

S58a Silva Ferreira, Iarlla.

Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico / Iarlla Silva Ferreira. – 2018.

82 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes. Coorientação: Profa. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues.

1. Disfunções Sexuais Fisiológicas. 2. Câncer de Mama. 3. Sexualidade. 4. Diagnóstico de enfermagem. 5. Acurácia dos dados. I. Título.

CDD 610.73

IARLLA SILVA FERREIRA

ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Promoção da saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Emille Carvalho de Sousa
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A Deus.

Aos meus pais, Soraya e Sidney.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por me permitir realizar os meus sonhos e me agradecer com até mais do que eu poderia imaginar.

Aos meus pais, Soraya Costa Silva Ferreira e Antônio Sidney Ferreira de Oliveira, especialmente, por toda a educação, amor, zelo, apoio e estímulo dispensados a mim e por terem me proporcionado por todos esses anos as condições necessárias para que eu galgasse os meus caminhos.

Aos meus irmãos, Allyson Silva Ferreira e Luiz Sérgio Silva Ferreira, por todo o amor e carinho de sempre.

Aos meus avós, Sérgio Vieira da Silva, Raimunda Ferreira e Albertina Costa e Silva pelo cuidado e amorosidade.

Ao meu namorado, Vinicius Carlos Zaranza, por compreender os momentos de ausência e pelo apoio absoluto aos meus sonhos.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

À Universidade Federal do Ceará e ao Departamento de Enfermagem por me acolher em mais uma jornada e pela excelência no ensino compartilhado.

À Prof^ª. Dr^ª. Ana Fátima Carvalho Fernandes por todas as orientações e aprendizados ao longo desses cinco anos de convivência.

À Prof^ª. Dr^ª. Andrea Bezerra Rodrigues por ter aceitado me coorientar e por todas as contribuições enriquecedoras para esse estudo.

Às professoras participantes da banca examinadora Prof^ª. Dr^ª. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago e Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Emille Carvalho de Sousa pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos colegas da turma de mestrado, por tornarem essa caminhada mais leve.

Ao Jefferson Honorávyo Barbosa da Silva, Ana Paula de Jesus Araújo e Biatriz Bezerra pela ajuda na coleta de dados, vocês foram fundamentais para a concretização desse estudo.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein.

RESUMO

O bem estar sexual configura-se um dos domínios prejudicados na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, sendo afetado diretamente pelo impacto do diagnóstico e efeitos adversos das modalidades terapêuticas. Assim, as mulheres com câncer de mama têm necessidade de diagnósticos e intervenções voltadas diretamente para as suas necessidades. Objetiva-se analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico. Foi desenvolvido um estudo de acurácia dos indicadores clínicos (características definidoras) do diagnóstico de enfermagem em questão, com amostragem não-probabilística consecutiva, esse desenho tem como objetivo mensurar o quanto um indicador clínico é realmente útil para determinar a presença ou não de um diagnóstico. A pesquisa foi realizada no ambulatório de quimioterapia de dois hospitais de referência do Estado do Ceará, localizados no município de Fortaleza, com uma amostra de 120 pacientes em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica. Os dados foram coletados de maio a outubro de 2017, por meio de um instrumento construído a partir das características definidoras do referido diagnóstico e indicadores clínicos identificados em uma revisão integrativa, além de dados sociodemográficos e clínicos. Para verificar a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos (positivo e negativo) de cada indicador foi utilizado o método de Análise de Classes Latentes. A incidência da Disfunção sexual nas mulheres que participaram do estudo foi de 80,8%. O indicador clínico com maior valor de sensibilidade foi a redução no desejo sexual (75%), enquanto mudança indesejada na função sexual (es=96%; vpp=98%), alteração no orgasmo (es=96%; vpp=98%), mudança no papel sexual (es=91%; vpp=94%), redução do desejo sexual (es=91%; vpp=97%) e vaginismo (es=91%; vpp=95%) foram os indicadores clínicos com maior especificidade. Conclui-se que o presente estudo propiciou a mensuração da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica. Os resultados do estudo poderão contribuir para uma melhor compreensão da sua manifestação, diagnosticá-lo precocemente, identificar os sinais e sintomas mais frequentes, bem como os mais acurados para identificar e confirmar o diagnóstico em questão.

Palavras-chave: Disfunções Sexuais Fisiológicas. Câncer de Mama. Sexualidade. Diagnóstico de enfermagem. Acurácia dos dados.

ABSTRACT

Sexual well-being is one of the impaired domains in the quality of life of women diagnosed with breast neoplasm and it is directly affected by the impact of the diagnosis and the adverse effects of the therapeutic modalities. Thus, women with breast cancer need diagnoses and interventions directly aimed at their needs. The objective of this study is to analyze the accuracy measures of the clinical indicators of the nursing diagnosis "Sexual Dysfunction" in women with breast cancer under pharmacological treatment. The researchers developed a study of the accuracy of clinical indicators (defining characteristics) concerning this nursing diagnosis using a consecutive non-probabilistic sampling. This research design aims to measure how much a clinical indicator is useful to determine the presence or not of a diagnosis. The study was conducted at the chemotherapy outpatient clinic of two reference hospitals in the state of Ceará, located in the city of Fortaleza, with a sample of 120 patients undergoing pharmacological treatment with chemotherapy, hormonal therapy or biological therapy. The data were collected from May to October 2017 with an instrument constructed based on the defining characteristics of the said diagnosis and on clinical indicators identified in an integrative review, as well as sociodemographic and clinical data. To verify the sensitivity, specificity and predictive values (positive and negative) of each indicator, the Latent Class Analysis method was used. The incidence of Sexual Dysfunction in women who participated in the study was 80.8%. The clinical indicator with the highest sensitivity was the reduction in sexual desire (75%), while undesirable change in sexual function (specificity = 96%, positive predictive value = 98%), orgasm change (specificity = 96%, positive predictive value = 98%), change in sexual role (specificity = 91%, positive predictive value = 94%), reduction of sexual desire (specificity = 91%, positive predictive value = 97%) and vaginismus (specificity = 91%, positive predictive value = 95%) were the clinical indicators with greater specificity. It is concluded that the present study allowed the measurement of the clinical indicators accuracy of Sexual Dysfunction in women with breast cancer undergoing pharmacological treatment with chemotherapy, hormonal therapy or biological therapy. The results of this study may contribute to a better understanding of its manifestation, to diagnose it early, to identify the most frequent and the most accurate signs and symptoms, as well as to confirm this diagnosis.

Keywords: Physiological Sexual Dysfunction. Breast Neoplasms. Sexuality. Nursing Diagnosis. Data Accuracy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorização das variáveis sociodemográficas.....	28
Quadro 2 – Categorização das variáveis referentes ao diagnóstico de câncer e tratamento.....	28
Quadro 3 – Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual e suas definições conceituais e operacionais.....	29
Quadro 4 – Modelo tabela 2x2.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de mulheres com câncer de mama quanto ao uso de fármacos por classe.....	37
Gráfico 2 – Incidência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico em dois hospitais de referência.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Caracterização sociodemográfica de mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico.....	34
Tabela 2	– Caracterização diagnóstica de mulheres com câncer de mama em em tratamento farmacológico.....	35
Tabela 3	– Caracterização do tratamento de mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico.....	36
Tabela 4	– Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico.....	38
Tabela 5	– Medidas de acurácia dos indicadores clínicos presentes nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.....	41
Tabela 6	– Associação entre variáveis sociodemográficas e os indicadores clínicos de disfunção sexual presentes nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.....	43
Tabela 7	– Associação entre variáveis clínicas e indicadores clínicos de disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica.....	44
Tabela 8	– Associação entre variáveis de tratamento e indicadores clínicos da disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.....	46
Tabela 9	– Associação entre variáveis sociodemográficas e o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.....	49
Tabela 10	– Associação entre variáveis clínicas e o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.....	50
Tabela 11	– Associação entre variáveis de tratamento e diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.....	50

Tabela 12 – Associação entre as classes de fármacos e o diagnóstico de enfermagem
disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
CM	Câncer de Mama
INCA	Instituto Nacional do Câncer
QT	Quimioterapia
HT	Hormonioterapia
RE	Receptores Celulares para Estrogênio
RP	Receptores Celulares para Progesterona
IgG	Imunoglobulina G
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
NANDA-I	NANDA Internacional
FR	Fatores Relacionados
IC	Indicadores Clínicos
CD	Características Definidoras
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
CRIO	Centro Integrado de Oncologia
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
GEPAM	Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência a Mulher Mastectomizada
SM	Salário Mínimo
POP	Procedimento Operacional Padrão
<i>PubMed</i>	<i>National Library of Medicine and National Institute of Health</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
T1 a T4	Classificação quanto ao Tamanho do tumor primário
N0 a N3	Classificação quanto ao Comprometimento por metástases de linfonodos regionais
M0 a MX	Classificação quanto a Presença de metástases em outras áreas do organismo
SE	Sensibilidade
ES	Especificidade
VPP	Valor Preditivo Positivo

VPN	Valor Preditivo Negativo
RVP	Razão de Verossimilhança Positivo
RVN	Razão de Verossimilhança Negativo
IC	Intervalo de Confiança
ORD	Odds Ratio Diagnóstica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	MATERIAL E MÉTODOS	24
3.1	Desenho do estudo	24
3.2	Local do estudo	24
3.3	População e amostra	25
3.4	Coleta de dados	26
3.5	Instrumento para coleta de dados	27
3.6	Organização e análise dos dados	32
3.7	Aspectos éticos	33
4	RESULTADOS	34
5	DISCUSSÃO	60
6	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	69
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO (TCLE)	72
	APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) ..	74
	ANEXO A – ESCALA DE KARNOFSKY	78
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE	
	ÉTICA EM PESQUISAS	79

1 INTRODUÇÃO

A disfunção sexual consiste em diversas alterações que provocam problemas clínicos significativos que interferem diretamente na capacidade de resposta sexual e de sentir prazer do indivíduo (ARAÚJO, LATUFO NETO, 2014). Portanto, ter saúde sexual significa desfrutar da atividade sexual sem problemas emocionais ou físicos (BAKEWELL; VOLKER, 2017).

A maioria das interpretações do termo sexualidade humana inclui a atividade sexual e o modo como o indivíduo se vê, vê o seu corpo e suas relações sexuais (HORDERN, 2000). Logo, além dos processos fisiológicos a sexualidade admite também um caráter subjetivo e multidimensional que envolve não apenas aspectos físicos, mas psicológicos e sociais (KEDDE et al, 2013).

A atividade sexual como as demais funções biológicas ocorre mediante processos bioquímicos e fisiológicos, logo, o seu funcionamento é viável apenas com um mínimo funcional, ou seja, os indivíduos não conseguem pensar em sexo quando há uma ameaça a sua integridade, como fome, sono, etc. (HENTSCHEL et al, 2007).

O ciclo de resposta sexual é formado por quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Cada uma das etapas apresentam características e funcionamento próprios e quaisquer alterações em uma dessas fases é considerada uma disfunção sexual, principalmente se não houver a concretização da relação sexual ou se para uma das partes envolvidas a relação for insatisfatória (PEREIRA; SILVA; NARDI, 2010).

A disfunção sexual provoca, então, mudanças fisiológicas relacionadas à perda de desejo e excitação sexual, diminuição ou ausência do prazer sexual, dificuldade em atingir o orgasmo, ansios sobre o desempenho sexual e dispareunia (GREENDALE; HOGAN; SHUMAKER, 1996; LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1994; LAUMAN; GAGNON; MICHAEL, 1999; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

A excitação sexual baseia-se nas experiências prazerosas dos relacionamentos que ocorreram nos primeiros meses de vida, logo, a intensidade da excitação sexual do adulto vai depender da sua vivência de ser cuidado durante a infância. O desejo sexual não está relacionado apenas ao nível hormonal adequado, mas às fantasias, recordações e aos estímulos externos. No entanto, esse aspecto irá depender da orientação sexual do indivíduo. Logo, o desejo sexual se concretiza por meio da escolha por determinada pessoa, enquanto que a excitação sexual se traduz em desejo erótico, tendo como base o amor sexual maduro que além do prazer, implica em compartilhar ansios e disposições nos planos afetivo e social

(SANTOS et al, 2013).

Na terceira fase, na qual ocorre o orgasmo, que consiste na presença do reflexo orgásmico, relacionando-se diretamente com o estímulo sexual, onde há uma contração rítmica e reflexa dos músculos perineais e perivaginais que circundam a região externa da vagina, concomitante a contração do esfíncter anal e do útero (SALLES, 1984). Alguns problemas podem acontecer nessa fase, como a não ocorrência do orgasmo (anorgasmia), levar mais tempo do que o esperado para ocorrer ou alcançá-lo rapidamente, denominado orgasmo precoce (MASTERS; JOHNSON, 1970, 1966).

A resolução é o período onde o corpo retorna às condições iniciais. Na mulher, por exemplo, o útero volta para dentro da vagina, e esta perde tônus muscular. Enquanto, nos homens, há um período a mais denominado refratário, que consiste no tempo mínimo necessário para iniciar uma nova resposta sexual após o término de uma relação (MASTERS; JOHNSON, 1984).

É importante destacar que o gênero feminino é o mais acometido por problemas relacionados à sexualidade, em que em torno de 30% das mulheres se queixam de alterações no comportamento sexual (ABDO et al, 2002).

Uma das situações em que problemas relacionados à sexualidade podem surgir é no acometimento pelo câncer. Em mulheres, este risco pode estar relacionado ao câncer de mama, por exemplo.

O câncer de mama (CM) apresenta a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. O Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2015), apresentou uma perspectiva de 57.960 casos novos de câncer de mama para o biênio 2016-2017, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. As regiões brasileiras nas quais o câncer de mama é mais frequente são: Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil), Nordeste (38,74/100 mil), e Norte (22,26/100 mil)(*International Agency for Research on Cancer – IARC, 2017*),

O tratamento do CM é determinado por meio do estadiamento da doença e de aspectos da paciente, como idade, *status* menopausal, comorbidades e preferências. As formas de tratamento podem ser locais, como a cirurgia e a radioterapia; e também sistêmicas, como a quimioterapia (QT), a hormonioterapia (HT) e a terapia biológica (COSTA; CHAGAS, 2013; SMELTZER, 2012; RODRIGUES; MARTIN, 2016).

O prognóstico da doença depende do estadiamento, bem como das características do tumor. Então, quando o CM é diagnosticado precocemente, o tratamento

apresenta um potencial de cura maior. No entanto, quando há metástase, o tratamento tem como finalidade aumentar a sobrevivência e a qualidade de vida da paciente. Para que as mulheres com CM apresentem uma taxa de sobrevivência maior, recomenda-se que o tratamento inicial ocorra, no máximo, em três meses a partir do início dos sinais e sintomas da doença, que o tratamento adjuvante com QT e HT inicie em até 60 dias após a cirurgia e a adjuvância com a radioterapia em até 120 dias (BRASIL, 2017).

A quimioterapia antineoplásica consiste em um tratamento que utiliza substâncias químicas para combater o câncer. Pode ser administrada via endovenosa, como ocorre na maioria dos casos, ou pelas vias oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal. Quando a droga chega à corrente sanguínea dissemina-se a todas as partes do corpo, destruindo as células afetadas e impedindo que elas se disseminem pelo organismo (BRASIL, 2017). No entanto, a maioria dos quimioterápicos antineoplásicos age de forma inespecífica, atuando tanto em células cancerígenas como em células normais (RODRIGUES; MARTIN, 2016).

A hormonioterapia antineoplásica, segundo o INCA (2017), é uma manipulação do sistema endócrino utilizado para o tratamento de algumas neoplasias malignas hormoniossensíveis, sendo subsidiado pela determinação da dosagem dos receptores celulares para estrogênio (RE) e progesterona (RP) em amostras tumorais, o qual há uma clara relação entre a positividade do receptor e a resposta terapêutica. A finalidade deste tratamento pode ser curativa ou paliativa, e a sua aplicação pode ser isolada ou combinada e agir de forma supressiva ou aditiva. A posologia e as vias de administração da HT variam de acordo com a indicação, a idade da paciente e os protocolos de esquemas terapêuticos.

A terapia biológica, bioterapia ou modificadores da resposta biológica são fármacos que atuam no sistema imunológico, ajudando-o a combater o câncer. Apesar de a base do tratamento de neoplasias ser a cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, esse tratamento está revolucionando o tratamento para o câncer. Anticorpo monoclonal é um exemplo de droga dessa modalidade terapêutica, em que comumente utiliza-se o isótipo de imunoglobulina G (IgG). A sua atuação concentra-se em determinadas partes do sistema imune do paciente com a finalidade de atacar as células cancerígenas e estratégias para modificar a tradução do sinal que propiciam a progressão do tumor (OLIVEIRA, 2016).

O diagnóstico e os tratamentos para o câncer de mama afetam de diversas formas a qualidade de vida das mulheres (NICOLUSSI; SAWADA, 2011). A diminuição da qualidade de vida das mulheres portadoras de CM ocorre, pois prejudica várias funções biológicas, dentre elas, a sexual (SILVA, 2008). E, Huguet et al (2009), destacam que a sexualidade é um aspecto importante para a mulher com CM e que está diretamente

relacionada à qualidade de vida delas (INCA, 2017).

A disfunção sexual pode ocorrer durante e após o diagnóstico do câncer de mama e está relacionada principalmente às repercussões do diagnóstico e tratamento sobre o relacionamento, o qual inclui a diminuição da intimidade (DOW; SHELDON, 2015). Taylor et al (2016) também afirma que uma grande proporção de mulheres com câncer de mama é acometida por problemas relacionados à sexualidade e intimidade.

Verenhitach et al (2014) relatam que pacientes diagnosticadas com câncer de mama podem referir alteração na sexualidade em qualquer etapa do processo de adoecimento, do diagnóstico ao pós-tratamento. De modo que, essas alterações podem ser resultados dos efeitos colaterais do tratamento ou decorrentes de alterações psicossociais interligadas. A QT, por exemplo, é um fator crucial para a predição da disfunção sexual, em que as pacientes relatam redução da frequência de relações sexuais, menor satisfação sexual e incapacidade de atingir o orgasmo, elencando alguns fatores etiológicos, como fadiga, dor, estressores psicossociais, prejuízos na autoestima e na imagem corporal. E, apesar de a HT comumente ser um tratamento bem tolerado, as mulheres que utilizam o Tamoxifeno costumam referir queixas, como fogachos, ressecamento vaginal, leucorreia, entre outros.

Estudos mostram que mulheres submetidas ao tratamento com quimioterapia e hormonioterapia apresentam um risco maior de desenvolver disfunção sexual quando comparadas às que não receberam esses tratamentos devido à diminuição da função ovariana que ocorre durante a QT e HT (ALDER et al, 2008; CANTINELLI; CAMACHO; SMALETZ, 2006; GILBERT; USSHER; PERZ, 2010).

Quanto às alterações psicossociais interligadas, destacam-se o medo da morte e as preocupações com a recuperação, relacionamentos familiares, repercussões na feminilidade e estética, as quais implicam em alterações na imagem corporal e no relacionamento com o companheiro e, conseqüentemente, em problemas na sexualidade e vida sexual (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

É importante destacar que nem todas as mulheres com CM referem problemas sexuais, como também a sexualidade não é uma prioridade para todas as pacientes, pois elas se preocupam com questões que dizem respeito à recuperação e cura, por exemplo (FANGEL et al, 2013). Por outro lado, outras mulheres dão mais importância a questões de gênero e feminilidade do que a sexualidade (KLAESON; SANDELL; BERTERO, 2011).

Contudo, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para o momento em que a paciente desejar expor aspectos relacionados a sua sexualidade, para

orientá-la e oferecer o suporte necessário visando à melhoria da sua qualidade de vida, com o apoio de uma equipe multidisciplinar (TAYLOR et al, 2013).

Dentre esses profissionais está o enfermeiro, que pode oferecer suporte durante sua assistência por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Conforme a Resolução Nº 358 de 2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem é responsável pela organização do trabalho de enfermagem por meio da regulamentação de um método, pessoal e material, de modo que propicia a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) e este, por sua vez, é uma ferramenta metodológica que instrui o cuidado de enfermagem, bem como a documentação profissional. Nesse contexto de organização da assistência de enfermagem, torna-se mais evidente a contribuição do enfermeiro para com a atenção a saúde da população e, conseqüentemente, ganha mais visibilidade e reconhecimento (HORTA, 2011; SANTOS, 2014).

A mesma Resolução regulamenta o PE, que deve ocorrer de forma deliberada, sistemática e em todos os ambientes de saúde, sendo eles públicos ou privados, composto por cinco etapas, que são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

O diagnóstico de enfermagem (DE) representa a segunda etapa do PE e sua determinação correta é imprescindível, pois resulta em um plano assistencial preciso e relevante (CHAVES; SOLAI, 2013). O DE pode ser considerado uma fonte inicial de conhecimento específico para a profissão sendo, assim, necessário para o planejamento da assistência ao cliente. Essa etapa é considerada válida a partir do momento em que realmente representa o problema percebido pelo enfermeiro (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Neste aspecto, pode-se abordar o DE como o resultado de um julgamento clínico que leva em consideração habilidades, conhecimento técnico-científico, perspectiva atual, raciocínio lógico e experiência clínica do profissional de enfermagem (BITTENCOURT; CROSSETI, 2013).

É importante destacar que o DE consiste em um julgamento clínico sobre respostas humanas holísticas a determinadas condições de saúde ou processos de vida, que pode ser abordado no contexto individual, familiar ou de uma comunidade. Essa consiste sumariamente na diferença do diagnóstico médico, que tem como objetivo investigar e determinar a patologia que acomete o indivíduo e posteriormente prescrever o tratamento adequado (HERDMAN, 2013).

As primeiras reuniões norte-americanas para discussão dos diagnósticos de enfermagem ocorreram em 1973, então, com a continuidade desses encontros em 1980, os

diagnósticos foram gerados, refinados e classificados e em 1982 surgiu uma das classificações mais utilizadas para diagnósticos de enfermagem, a NANDA Internacional (NANDA-I), que até o ano 2000 classificava os diagnósticos de acordo com a Taxonomia I, a qual era dividida em nove categorias a partir do marco conceitual de Padrão de Respostas Humanas (BARROS, 2009).

Em 2001 surgiu a Taxonomia II, com 13 domínios, 106 classes e 155 DE com vistas ao desenvolvimento de uma taxonomia comum que estabelecesse uma relação clara com as intervenções e os resultados de enfermagem. A partir de então, a taxonomia da NANDA-I vem sendo aperfeiçoada com a inclusão, exclusão e revisão de diagnósticos (HERDMAN, 2013).

A sexualidade é um dos domínios desta nova taxonomia e é entendida como uma das necessidades humanas básicas. A NANDA-I (2015-2017) retrata o diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual, conceituando-o como o “estado em que o indivíduo passa por mudanças na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada”, sendo apresentado na classe 2, representada pela função sexual, da Taxonomia II da NANDA-I, no qual foi proposto em 1980 por Melo, Carvalho e Pelá e revisado uma única vez em 2006 (HERDMAN, 2013; HERDMAN; KAMITSURU, 2014).

O DE Disfunção Sexual apresenta onze fatores relacionados (FR): abuso psicossocial, alteração na estrutura do corpo, alteração na função do corpo, ausência de privacidade, conflito de valores, conhecimento insuficiente da função sexual, falta de pessoa significativa, informações erradas sobre a função sexual, modelo inadequado de papel, presença de abuso e vulnerabilidade. Dentre os indicadores clínicos (IC) ou características definidoras (CD) deste diagnóstico, a NANDA-I apresenta dez: alteração na atividade sexual, alteração na excitação sexual, alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, limitação sexual percebida, mudança do interesse por outras pessoas, mudança indesejada na função sexual, mudança no interesse por si mesmo, mudanças no papel sexual e redução do desejo sexual (HERDMAN; KATMISURU, 2015).

É importante refletir sobre a possibilidade de imprecisão dos indicadores clínicos retratados pela NANDA-I para Disfunção sexual, porque quando esta taxonomia utiliza o termo “alteração” não fica claro se há um aumento ou diminuição dessa característica, como “alteração na atividade sexual”, “alteração na excitação sexual” e “alteração na satisfação sexual”. Os termos “fatores etiológicos” e “características definidoras” propostos por esta taxonomia parecem confusos e, muitas vezes, inadequados. Pode-se citar um deles –

“mudança no papel sexual” – que é mais compreensível como um fator etiológico deste diagnóstico e não como um IC.

Por isso, Lopes, Silva e Araújo (2013) relatam que há diversas dificuldades para determinar a presença ou a ausência de um DE a partir dos seus indicadores clínicos (características definidoras), que por sua vez são fundamentais para a indicação de um limiar clínico adequado. Em muitas situações, os indicadores clínicos não são determinantes para definição de um diagnóstico. Mas, é importante ressaltar que estes têm como finalidade indicar graduações clínicas dos diagnósticos, que são denominadas espectro clínico e que representam o grau de comprometimento do respectivo diagnóstico apresentado.

Lunney (2010) diz que há uma necessidade de se aumentar a precisão dos DE e de se considerar alternativas que possibilitem isso, pois percebe-se que as interpretações variam entre os profissionais, e a maioria apresenta baixa precisão, gerando implementação de intervenções ineficazes, com desperdício de tempo, aumento de custos financeiros, acarretando, assim, resultados negativos para o paciente e para a família.

Estudos de acurácia diagnóstica avaliam se determinada avaliação é eficaz em representar o rastreamento de um fator de risco e de um diagnóstico, bem como em estimar o prognóstico de um paciente. Para realizar essa avaliação são utilizados parâmetros que irão detalhar o desempenho desse teste, como sensibilidade, especificidade, razões de verossimilhança e valores preditivos (HULLEY et al, 2015). A sensibilidade, especificidade e o valor preditivo dos indicadores clínicos são importantes a grupos capazes de vivenciar uma resposta específica a um problema de saúde ou processo de vida (HERDMAN, 2013).

Assim, estudos de acurácia permitem mensurar a precisão dos indicadores clínicos dos diagnósticos em populações variadas, fornecendo evidências que permitem determinar o quanto um indicador clínico é útil para que o enfermeiro possa diferenciar o cliente com ou sem o DE em questão (GUEDES et al, 2014).

A compreensão da relação que existe entre a disfunção sexual e a terapia farmacológica para o CM (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) e que esta, por sua vez, pode comprometer a qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer de mama revelam a importância deste estudo. Desse modo, por meio da realização de um estudo de acurácia dos indicadores clínicos será possível a determinação de um DE mais preciso, com IC que são mais factíveis na prática clínica dos profissionais.

A minha inquietação sobre esse assunto surgiu a partir da minha vivência com mulheres com câncer de mama no ambulatório de quimioterapia, onde percebi o quanto as

pacientes tinham interesse em compreender alterações na sua sexualidade e estratégias para melhorá-la e a dificuldade de abordar esses assuntos com os profissionais de saúde.

Este estudo propõe responder os seguintes questionamentos: “Qual a incidência do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica?”, “Há associação entre indicadores clínicos e variáveis sociodemográficas e clínicas dessas pacientes?”, “Quais os indicadores clínicos apresentam melhor acurácia diagnóstica para identificação desse diagnóstico?”, “Há influência das variáveis clínicas ou sociodemográficas sobre as medidas de acurácia dos indicadores clínicos de Disfunção Sexual em mulher com CM em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica?”. Responder a esses questionamentos fundamenta a realização desse estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico.

2.2 Objetivos específicos

- Mensurar a incidência do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com CM em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica;

- Determinar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos, razões de verossimilhança e *Odds ratio* diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com CM em tratamento farmacológico;

- Identificar a frequência dos indicadores clínicos de Disfunção Sexual e verificar a associação entre esses e as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento em mulheres com CM em tratamento farmacológico;

- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, de tratamento e classe de fármacos e o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual, em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica.

Um estudo de acurácia tem como finalidade avaliar a qualidade de um teste diagnóstico, o qual apresenta relevância clínica e epidemiológica, portanto significa dizer que verificar a acurácia de um teste é determinar o quanto este é frutuoso para diagnosticar ou prever um evento (ANDRADE; ZICKER, 2017).

Dentro desse contexto, compreende-se teste diagnóstico como os indicadores clínicos ou características definidoras, que correspondem aos sinais e sintomas observáveis, indicando a manifestação de um diagnóstico de enfermagem. A precisão dos diagnósticos é recomendada atualmente pela prática baseada em evidências, a qual avalia os indicadores clínicos ou características definidoras (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; GARCIA, 1998; GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008).

Assim, é imprescindível para a realização de uma prática baseada em evidência, o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem de acordo com indicadores clínicos que apresentam verdadeiramente a capacidade de estimar a presença do diagnóstico a que se propõe (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Desse modo, algumas medidas são adotadas para realizar a análise de testes diagnósticos, como a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo, a eficiência, a razão de verossimilhança e a *Odds ratio* de diagnóstico (HULLEY et al, 2015).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e do Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), que são duas instituições de referência do estado do Ceará, localizados no município de Fortaleza.

O HUWC é um centro de referência para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha papel importante na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde.

Atualmente caracteriza-se como uma unidade de alta complexidade à saúde, realizando desde

transplantes, de forma rotineira, até pesquisas clínicas.

O CRIO é um centro completo que atua desde a prevenção até o tratamento do câncer, apresentando como base uma equipe interdisciplinar e é habilitado pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), onde são realizados mais de 7.500 atendimentos por mês e dispõe de ambulatórios de consultas clínicas e prevenção, serviço de radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, imagem, leitos hospitalares, intervenções cirúrgicas e UTIs para pacientes de convênios, particulares e provenientes do Sistema Único de Saúde.

É importante ressaltar que os referidos ambulatórios de quimioterapia não dispõem de um processo de enfermagem ou sistematização da assistência de enfermagem instituído. A consulta de enfermagem é realizada apenas na primeira vez que o paciente chega ao serviço e as orientações em relação aos efeitos colaterais da terapia farmacológica ocorrem conforme demanda.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas em um dos dois serviços em que essa pesquisa foi desenvolvida e que estavam em uso de tratamento farmacológico: quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: ter acima de 18 anos de idade, estar realizando tratamento farmacológico (quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica), ter vida sexualmente ativa e apresentar condição clínica para participar do estudo, a qual foi avaliada a partir da Escala de Karnofsky (Anexo A).

A escala de Karnofsky é bastante utilizada para avaliar a capacidade funcional de pessoas acometidas por quaisquer patologias, contudo, inicialmente, ela foi desenvolvida para ser aplicada a uma população com diagnóstico de câncer. É composta por uma escala que varia de 0 (morte) a 100 (completa independência funcional). Foi adotado um percentual mínimo de 60% para incluir a paciente no estudo, o qual demonstra que a paciente apresenta capacidade de realizar a maioria das necessidades diárias (KARNOFSKY; BURCHENAL, 1949).

As pacientes foram consideradas sexualmente ativas quando afirmavam que tinha tido relações sexuais regulares pelo menos uma vez por mês durante os últimos seis meses (LEE; KIM; JEON, 2015).

Foram excluídas da pesquisa pacientes que apresentassem alteração na função

respiratória, avaliada mediante presença de dispneia, frequência respiratória maior que 20irpm, diâmetro anteroposterior do tórax igual ou acima do diâmetro transversal e presença de alterações na ausculta pulmonar (crepitações, roncos, sibilos ou redução de murmúrios vesiculares). Esses parâmetros foram considerados, uma vez que essas alterações poderiam comprometer alguns indicadores clínicos do DE em questão (JARVIS, 2012).

De acordo com Swanson et al (2012) o tamanho da amostra em estudos que utilizam o Modelo de Classe Latente deve ser estimada conforme a quantidade de indicadores clínicos a serem estudados, em uma proporção de 5 a 30 sujeitos por IC. Dessa forma, como no presente estudo foram incluídas as dez características definidoras que a NANDA-I traz para o DE em questão, juntamente com os cinco IC evidenciados pela revisão integrativa, totalizando quinze IC, foi adotado o valor de 13 indivíduos por característica definidora, atingindo o tamanho amostral de 195 sujeitos (15x13).

A amostra do presente estudo foi composta por 120 pacientes, devido à disponibilidade de participantes, em que cerca de 50 mulheres com câncer de mama foram excluídas por não apresentarem o critério de inclusão: ter vida sexual ativa. O perfil etário da maioria das mulheres era superior a 65 anos, dado este que corrobora com a faixa etária com maior incidência do câncer de mama (BRASIL, 2017).

Neto et al (2015) relatam em sua pesquisa a mesma adversidade: dificuldade em recrutar pacientes com vida sexual ativa, devido a idade avançada das mulheres.

Assim, teve-se um processo de amostragem não probabilística por conveniência consecutiva, no qual as pacientes foram convidadas a participar da pesquisa conforme compareciam à instituição para realização de tratamento farmacológico e/ou recebimento de medicamento.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de maio a outubro de 2017, a partir da aplicação de um instrumento do tipo formulário, baseado nas características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual.

O procedimento de coleta de dados foi realizado por uma equipe composta por dois enfermeiros e dois acadêmicos de enfermagem participantes do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência a Mulher Mastectomizada/GEPAM. Para diminuir a probabilidade de vieses foi realizado um treinamento com os integrantes da equipe visando a padronização da coleta de dados e esclarecimento de eventuais dúvidas acerca do instrumento, como também foi ofertado um Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE C), em que constava o

passo a passo para realização do procedimento de coleta de dados, e as Definições Operacionais dos indicadores clínicos do DE estudado, para propiciar avaliação da presença ou não dos mesmos.

3.5 Instrumento para coleta de dados

Para construção do instrumento de coleta de dados realizou-se uma revisão integrativa da literatura de acordo com os seis passos preconizados por Galvão, Mendes e Silveira (2010), com o intuito de identificar indicadores clínicos que a literatura traz acerca das alterações da sexualidade de mulheres diagnosticadas com CM em tratamento farmacológico que não são contemplados na taxonomia II da NANDA-I.

A revisão integrativa foi guiada pela seguinte questão norteadora: “Quais são os indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento farmacológico?”. A busca foi realizada em quatro bases de dados: *National Library of Medicine and National Institute of Health (PubMed)*, *Scopus*, *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs)* e *Web of Science* nos meses de setembro e outubro de 2016, utilizando os descritores controlados “Sexualidade” e “Neoplasias da Mama” nos idiomas inglês, português e espanhol e para cruzar os descritores utilizou-se o operador booleano “AND”.

A amostra inicial foi de 662 artigos, sendo 208 identificados na base *Pubmed*, 12 na *Web of Science*, 416 na *Scopus* e 26 na *Lilacs*. Os artigos foram pré-selecionados a partir da leitura do título e do resumo e, em seguida, aplicou-se os critérios estabelecidos para a inclusão na amostra final: trabalhos originais que respondessem à pergunta norteadora do estudo e que apresentassem uma descrição metodológica detalhada e apresentação consistente dos resultados. A amostra final foi composta por quatro artigos: um proveniente da base de dados *Lilacs* e três da *Scopus*. Assim, foram identificados sete indicadores clínicos, dos quais cinco não eram contemplados pela NANDA-I: aversão sexual, frigidez, dispareunia, alteração no orgasmo e vaginismo.

Posteriormente, foi realizada uma revisão das definições operacionais das quinze características definidoras do DE disfunção sexual, cinco levantadas pela revisão integrativa e dez da taxonomia da NANDA-I, a partir de uma revisão de literatura.

O conteúdo do instrumento foi validado por cinco enfermeiros docentes, especialistas em Oncologia, Câncer de Mama e Diagnóstico de Enfermagem. Em seguida, foi realizado um pré-teste com aproximadamente 10% da amostra a ser pesquisada, onde foram verificadas as lacunas existentes e realizadas as alterações necessárias. As participantes do

estudo piloto não entraram na amostra final do estudo.

O formulário para coleta de dados foi subdividido em três partes: dados sociodemográficos, clínicos e referentes aos sinais e sintomas subjetivos que caracterizam a disfunção sexual. Na primeira parte, referente aos dados sociodemográficos, foram abordadas as seguintes variáveis: idade, cor autorreferida, escolaridade, estado civil, situação ocupacional, procedência, renda familiar, religião e quantidade de filhos. A categorização das variáveis está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização das variáveis sociodemográficas

Variável	Categorização
Idade	29 a 50 anos ou 51 a 65 anos
Cor autorreferida	Branca ou Não branca
Escolaridade	Analfabeta, Até 8 anos de estudo ou Mais de 8 anos de estudo
Estado civil	Com companheiro ou Sem companheiro
Situação ocupacional	Empregada, Desempregada, Aposentada, Do lar ou Autônoma
Procedência	Interior do estado, Capital ou Outro estado
Renda familiar	Menor ou igual a um salário mínimo (SM), Entre dois e três SM ou Maior ou igual a 4SM
Religião	Católica, Evangélica ou Nenhuma
Número de filhos	Nenhum, 1 a 3 filhos ou 4 ou mais

A segunda parte é referente à caracterização quanto ao diagnóstico e tratamento das mulheres com câncer de mama, a saber: tipo de diagnóstico, tempo de diagnóstico, estadiamento para tumor primário, estadiamento para linfonodo, estadiamento para metástase, cirurgia, prótese mamária, tratamento atual, tratamento anterior, ciclo de quimioterapia ou terapia biológica, tempo de tratamento. A categorização das variáveis está apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização das variáveis referentes ao diagnóstico de câncer e tratamento

Variável	Categorização
Tipo de diagnóstico	Primário ou Recidiva
Tempo de diagnóstico	Até 6 meses, 7 meses a 2 anos ou Acima de 2 anos
Tamanho do tumor primário (T)	T1, T2, T3 ou T4
Comprometimento por metástases de linfonodos regionais (N)	N0, N1, N2 ou N3
Presença de metástases em outras áreas do organismo (M)	M0, M1 ou MX.
Cirurgia	Não, Quadrantectomia, Mastectomia parcial ou Mastectomia Total

Prótese mamária	Sim, Não ou Não se aplica
Tratamento	Quimioterapia, Hormonioterapia ou Terapia Biológica
Tipo de tratamento	Adjuvante, Neoadjuvante ou Paliativo
Tipo de tratamento anterior	Não realizou, Quimioterapia, Hormonioterapia e Radioterapia ou Quimioterapia e Radioterapia
Ciclo	0 a 6 ciclos, 7 a 12 ciclos ou Mais de 12 ciclos
Tempo de tratamento	0 a 6 meses, 7 a 12 meses e Mais de 12 meses

A classificação de T é acompanhada por números crescentes que variam de 0 a 4, indicando o tamanho do neoplasma primário. Quanto a letra N, o zero significa ausência de metástase em linfonodo regional, e a partir do número um o grau de comprometimento do linfonodo regional por metástases. E a letra M quando classificada em X é por não ser possível avaliar a presença de metástase, M0 significa ausência e M1 presença de metástase a distância (JUVENALE, 2016).

Na terceira parte do instrumento foram inseridas as 15 características definidoras referentes ao DE Disfunção Sexual (apresentados pela taxonomia II da NANDA-I e os identificados pela revisão integrativa): alteração na atividade sexual, alteração na excitação sexual, alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, limitação sexual percebida, mudança do interesse por outras pessoas, mudança indesejada na função sexual, mudança no interesse por si mesmo, mudanças no papel sexual e redução do desejo sexual, aversão sexual, frigidez, dispareunia, alteração no orgasmo e vaginismo.

É importante ressaltar que foi considerado com o DE Disfunção Sexual, mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico que apresentassem três ou mais características definidoras presentes, pois de acordo com a taxonomia da NANDA-I (2014) para alguns diagnósticos uma única característica definidora é necessária para determinar a presença de um DE, outros, entretanto, demandam três ou quatro, para que haja acurácia.

Quadro 3 – Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual e suas definições conceituais e operacionais

Alteração na atividade sexual (IC1)	Ocorre quando um indivíduo que conduz um padrão sexual, considerado por ele e pelo parceiro normal, começa a mudar, seja por valores, atitudes, crenças, comportamentos ou limitações (MELO, 2004). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
-------------------------------------	--

Alteração na excitação sexual (IC2)	Corresponde à segunda fase do ciclo sexual, sendo perceptível a partir de alterações subjetivas em que há mudanças na excitação, a qual pode estar ausente, com baixa intensidade ou com curta duração. Além de outros sinais, como problemas com a lubrificação, em que a vagina não está suficientemente úmida durante as relações sexuais (KEDDE et al., 2013). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Alteração na satisfação sexual (IC3)	Insatisfação ou preocupação da manifestação de sua sexualidade, caracterizando um problema (MELO, 2004). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável (IC4)	Prática que surge a partir do sentimento de não ser sexualmente atraente ou de perda da feminilidade, no contexto do impacto gerado no parceiro e no relacionamento conjugal, que gera ansiedade sobre o desempenho sexual (VERENHITACH; MEDEIROS; ELIAS; NAZÁRIO, 2014; FOBAIR et al, 2005). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Limitação sexual percebida (IC5)	Presença de efeitos colaterais ao tratamento, a fadiga ou dor que se caracterizam como uma barreira na vida sexual da paciente (BARNI; MONDIM, 1997). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Mudança do interesse por outras pessoas (IC6)	É a diminuição ou perda no interesse para com o parceiro (BARNI et al., 1997). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Mudança indesejada na função sexual (IC7)	Ter problemas sexuais, que inclui alterações fisiológicas, no desejo, excitação sexual, redução do prazer sexual, dor e não encontrar prazer sexual (LAUMANN et al, 1994, 1999, American Psychiatric Association, 1994; GREENDALE et al, 1996). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.

Mudança no interesse por si mesmo (IC8)	Percepção negativa da imagem corporal, que inclui insatisfação com a aparência, com a perda da feminilidade e da integridade do corpo, dificuldade de se olhar no espelho nu e se sentir menos atraente sexualmente (FOBAIR et al, 2005) A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Mudanças no papel sexual (IC9)	Papel sexual é definido pela exteriorização da sua identidade de gênero aos outros indivíduos ou a si mesmo, portanto alterações no papel sexual tratam da percepção subjetiva de mudança do comportamento do indivíduo frente aos demais e à sociedade (COSTA, 1994). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Redução do desejo sexual (IC10)	É definida por pouco interesse em sexo (BARNI et al, 1997). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Aversão sexual (IC11)	Constitui-se em uma intensa aversão ao sexo ou medo do sexo, sendo um dos problemas que pode ocorrer na primeira fase do ciclo sexual (American Cancer Society, 2002). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Frigidez (IC12)	Caracterizada pela indiferença ou insensibilidade ao sexo (BARNI et al, 1997). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Dispareunia (IC13)	É definida pela constante ou recorrente dor genital que esteja associada à relação sexual, podendo ocorrer antes, durante ou após as atividades sexuais e frequentemente está associada a uma excessiva tensão muscular reativa da musculatura do assoalho pélvico (KEDDE, 2013). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
Alteração no orgasmo (IC14)	Corresponde a problemas referentes ao orgasmo, como a não ocorrência do orgasmo, levar mais tempo do que o esperado para ocorrer ou alcançá-lo rapidamente (MASTERS; JOHNSON, 1970, 1966). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.

Vaginismo (IC15)	Representa a contração involuntária dos músculos que rodeiam a entrada da vagina, na tentativa de penetração (BARNI; MONDIM, 1997). A característica será considerada presente quando o relato da paciente for positivo para esse sintoma.
------------------	--

3.6 Organização e análise dos dados

As informações coletadas foram compiladas e organizadas em uma planilha do software Excel (2010) e analisadas com auxílio do pacote estatístico IBM SPSS Statistics 23.0.

Serão analisadas as seguintes medidas de acurácia: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, razão de verossimilhança positivo e negativo e Odds ratio diagnóstica.

A sensibilidade (SE) corresponde à probabilidade de um teste diagnóstico dar positivo quando o paciente realmente está doente, enquanto a especificidade (ES) é a probabilidade do teste diagnóstico dar negativo quando o sujeito não está doente. Essas medidas não são influenciadas pela prevalência do agravo estudado e podem ser utilizadas em diferentes populações e para contrapor a capacidade diagnóstica de outros testes (MOREIRA, 2011).

Para verificar a SE e a ES de cada indicador foi utilizado o método de análise de classes latentes, a qual é utilizada quando não há um modelo de referência considerado perfeito. Baseando-se na ideia de que uma variável não-observada (latente) pode determinar ligações entre variáveis observáveis (características definidoras).

O valor preditivo pode ser classificado como positivo (VPP), que é a probabilidade de um paciente estar doente quando o teste é positivo, e negativo (VPN) que corresponde à probabilidade de o indivíduo não estar doente quando o teste diagnóstico é negativo. Estas medidas contemplam informações referentes ao poder do teste – SE e ES, prevalência do diagnóstico e consiste em uma medida de maior utilidade clínica, contudo não podem ser generalizados para pacientes que apresentam um perfil diferente e nem permitem a comparação entre distintos testes diagnósticos (MOREIRA, 2011).

Então, foram formadas duas classes latentes de efeitos randômicos, o qual permitiu a determinação da incidência do diagnóstico em questão, com os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo de cada CD estudada (Quadro 4).

Quadro 4 – Modelo tabela 2x2

CONDIÇÃO DO PACIENTE	DOENTES	NÃO - DOENTES	TOTAL
RESULTADO DO TESTE			
POSITIVO	a	b	a + b
NEGATIVO	c	d	c + d
TOTAL	a + c	b + d	a + b + c + d

Fonte: Moreira (2011). SE: $a/a+c$. ES: $b/b+d$. VPP: $a/a+b$. VPN: $c/c+d$. RVP: $a/a+c/ b/b+d$. RVN: $c/a+c/ d/b+d$. ORD: $a.d/b.c$. Acurácia: $a+d/N$.

Outro parâmetro utilizado foi a Razão de Verossimilhança (RV) ou Razões de Probabilidades Diagnósticas, a qual possibilita o aproveitamento de todas as informações acessíveis em um teste diagnóstico. Para cada resultado, a RV é a divisão da probabilidade de se identificar o resultado em alguém com a doença pelas chances de encontrar alguém sem a doença (HULLEY et al, 2015).

É importante destacar que um teste ideal forneceria sempre a resposta correta, ou seja, um resultado positivo nos sujeitos com a doença e negativo para os sem a doença. Contudo, na prática, raramente existe, pois na tentativa de melhorar a sensibilidade frequentemente temos o efeito de diminuir a especificidade (ANDRADE; ZICKER, 2017).

3.7 Aspectos éticos

O projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob número CAAE 65416717.4.0000.5054 obtendo número do parecer: 2.024.851 (ANEXO B), e seguindo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente às pesquisas com seres humanos.

Cada paciente foi orientada de forma ampla e clara sobre a participação no estudo, a qual era livre e que a não participação no estudo não lhe causaria nenhuma restrição de atendimento posteriormente. A todas as pacientes foi garantido o sigilo, confidencialidade dos dados e o anonimato. As pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), como um modo de formalizar a sua participação.

4 RESULTADOS

Os dados foram compilados em doze tabelas e dois gráficos, contemplando as informações sociodemográficas, diagnósticas e de tratamento, além de dados relacionados ao diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual, com as respectivas análises estatísticas. A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018 (n=120)

Variáveis	f	%
Faixa etária		
29 a 50 anos	90	75,6
51 a 65 anos	29	24,4
Escolaridade		
Mais de oito anos de estudo	63	52,5
Até oito anos de estudo	52	43,3
Analfabeto	05	4,2
Cor autorreferida		
Não branca	94	79,0
Branca	25	21,0
Estado Civil		
Com companheiro	108	90,0
Sem companheiro	12	10,0
Ocupação		
Empregada	36	30,0
Do lar	29	24,2
Desempregada	25	20,8
Autônoma	23	19,2
Aposentada	07	5,8
Procedência		
Interior do estado	77	64,2
Capital	42	35,0
Outro Estado	01	0,8
Renda familiar		
Menor ou igual a 1SM*	87	72,5
Entre dois e 3SM	24	20,0
Maior ou igual a 4SM	09	7,5
Religião		
Católica	81	67,5
Evangélica	36	30,0
Nenhuma	03	2,5
Nº de filhos		
1 a 3 filhos	99	83,2
4 ou mais	15	12,6

Nenhum 05 4,2

*Salário mínimo do ano vigente equivalente a R\$ 937,00.

A maioria das participantes encontrava-se na faixa etária entre 29 e 50 anos de idade (75,6%), possuíam mais de 8 anos de estudo (52,5%), cor não-branca (79%), com companheiro (90%), empregadas (30%), provenientes do interior do estado do Ceará (64,2%), com renda familiar menor ou igual a um salário (72,5%), católicas (67,5%) e tinham entre 1 e 3 filhos (83,2%).

Na tabela 2 estão apresentadas as características diagnósticas da clientela em estudo.

Tabela 2 - Caracterização diagnóstica de mulheres com câncer de mama em em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018 (n=120)

Variáveis	f	%
Tipo de diagnóstico de CM		
Primário	109	92,4
Recidiva	9	7,6
Tempo de diagnóstico		
Até 6 meses	61	50,8
7 meses a 2 anos	44	36,7
Acima de 2 anos	15	12,5
Estadiamento para tumor primário		
T2	47	40,2
T4	31	26,5
T3	29	24,8
T1	10	8,5
Estadiamento para linfonodo		
N1	53	44,9
N0	38	32,2
N2	22	18,6
N3	5	4,2
Estadiamento para metástase		
M0	72	60,5
MX	39	32,8
M1	8	6,7

O tipo de diagnóstico mais frequente foi o CM primário (92,4%), com um tempo de diagnóstico de 0 a 6 meses (50,8%), estadiamento para tumor primário T2 (40,2%), N1 (44,9%) e M0 (60,5%) (Tabela 2).

Na tabela 3 foram expostos as características do tratamento das mulheres com CM.

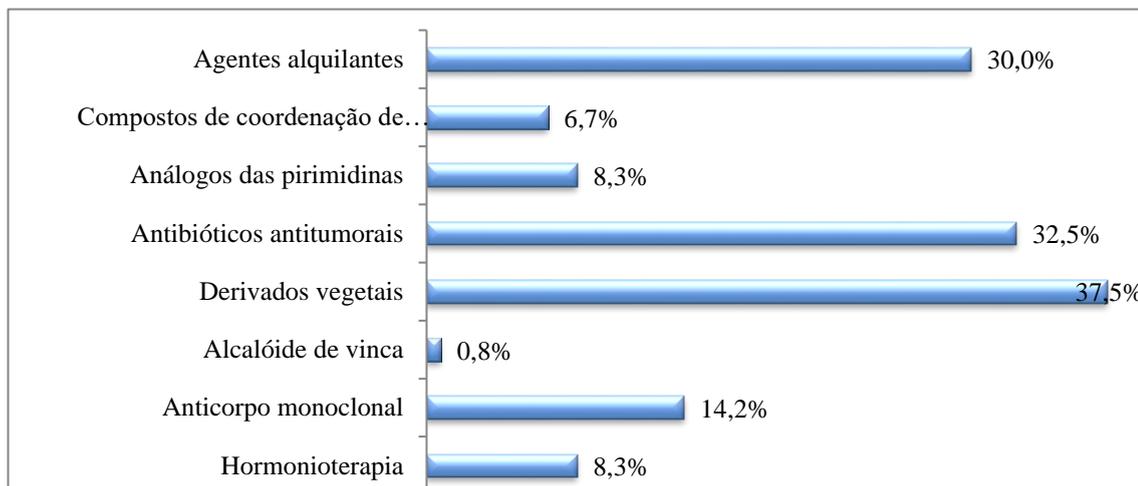
Tabela 3 - Caracterização do tratamento de mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018 (n=120)

Variáveis	f	%
Cirurgia		
Não	61	50,8
Mastectomia total	34	28,3
Quadrantectomia	22	18,3
Mastectomia parcial	03	2,5
Prótese mamária		
Não se aplica	80	67,8
Não	25	21,2
Sim	13	11,0
Tratamento		
QT	101	84,2
HT	10	8,3
Terapia biológica	9	7,5
Tipo de tratamento		
Neoadjuvante	60	50,0
Adjuvante	46	38,3
Paliativa	14	11,7
Tipo de tratamento anterior		
Não realizou	89	75,4
HT E RT	11	9,3
QT E RT	09	7,6
QT	06	5,1
RT	03	2,5
Ciclo		
0 a 6 ciclos	105	90,5
7 a 12 ciclos	06	5,2
Mais de 12 ciclos	05	4,3
Tempo de tratamento		
0 a 6 meses	100	88,5
Mais de 12 meses	07	6,2
7 a 12 meses	06	5,3

Das pacientes coletadas, 61 (50,8%) não haviam realizado nenhuma cirurgia mamária e 80 (67,8%) foram classificadas como “não se aplica” em prótese mamária, pois não tinham a necessidade de inserir prótese. Mais da metade das participantes encontrava-se em tratamento quimioterápico (84,2%) e em modalidade neoadjuvante (50%), ou seja, a QT era a primeira modalidade terapêutica utilizada, não tendo utilizado nenhum tratamento anterior (75,4%). No que se refere ao ciclo de QT, a maioria encontrava-se entre 0 e 6 ciclos (90,5%) e 0 e 6 meses de tratamento (88,5%).

O gráfico 1 mostra a distribuição das participantes quanto à classe farmacológica que utilizavam. Uma mulher poderia fazer uso de mais de um medicamento, com distintas classes.

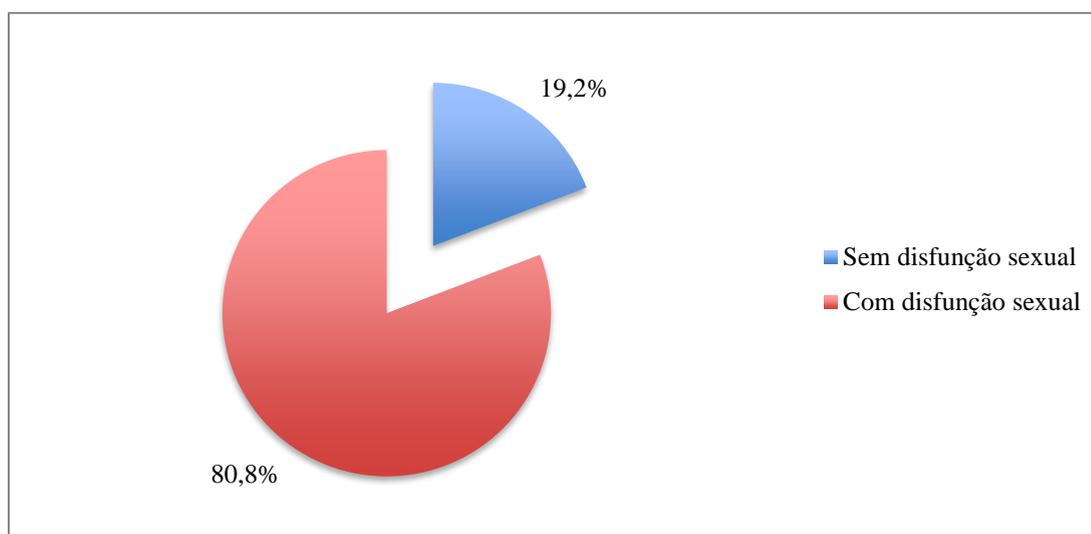
Gráfico 1 - Distribuição de mulheres com câncer de mama quanto ao uso de fármacos por classe



A classe de fármacos derivados de vegetais era utilizada por 45 (37,5%) mulheres, enquanto os antibióticos antitumorais por 39 (32,5%), e agentes alquilantes 36 (30%) participantes (Gráfico 1).

A taxa de incidência do DE pesquisado, na amostra do estudo, é ilustrada no Gráfico 2, em que a Disfunção sexual apresentou uma incidência de 80,8%.

Gráfico 2 - Incidência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico em dois hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017 (n=120)



A tabela 4 apresenta a distribuição das 120 pacientes quanto às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual. Ressalta-se que é possível uma paciente apresentar mais de uma CD.

Tabela 4 - Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Indicadores clínicos		f	%
IC4	Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	78	65,0
IC10	Redução do desejo sexual	75	62,5
IC2	Alteração na excitação sexual	67	55,8
IC14	Alteração no orgasmo	63	52,5
IC6	Mudança no interesse por outras pessoas	59	49,2
IC12	Frigidez	51	42,5
IC7	Mudança indesejada na função sexual	48	40,0
IC1	Alteração na atividade sexual	47	39,2
IC15	Vaginismo	42	35,0
IC8	Mudança no interesse por si mesmo	40	33,3
IC3	Alteração na satisfação sexual	39	32,5
IC5	Limitação sexual percebida	38	31,7
IC9	Mudanças no papel sexual	36	30,0
IC13	Dispareunia	29	24,2
IC11	Aversão sexual	27	22,5

O indicador clínico busca de confirmação da qualidade de ser desejável esteve presente em 78 (65%) participantes e a redução do desejo sexual em 75 (62,5%) destas. Alteração na excitação sexual foi afirmada por 67 (55,8%) mulheres e alteração no orgasmo por 63 (52,5%). Enquanto os IC mudança no interesse por outras pessoas, frigidez e mudança indesejada na função sexual estiverem presentes em 49,2%, 42,5% e 40%, das participantes, respectivamente. Apenas 29 (24,2%) apresentaram dispareunia e 27 (22,5%) aversão sexual (Tabela 4).

A tabela 5 apresenta o modelo de classe latente ajustado para cálculo das medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual.

Tabela 5 - Medidas de acurácia dos indicadores clínicos presentes nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Indicadores clínicos		Disfunção sexual		P-valor	Se	Es	VPP	VPN	Medidas de acurácia		
		Sim	Não						RVP (IC95%)	RVN (IC95%)	ORD (IC95%)
Alteração na atividade sexual	Presente	47	0	0,000	0,48	1,00	1,00	0,32	-	0,52 (0,43; 0,63)	-
	Ausente	50	23								
Alteração na excitação sexual	Presente	67	0	0,000	0,69	1,00	1,00	0,43	-	0,31 (0,23; 0,42)	-
	Ausente	30	23								
Alteração na satisfação sexual	Presente	39	0	0,000	0,40	1,00	1,00	0,28	-	0,60 (0,51; 0,71)	-
	Ausente	58	23								
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	Presente	65	13	0,343	0,67	0,43	0,83	0,24	1,19 (0,81; 1,74)	0,76 (0,44; 1,31)	1,56 (0,62; 3,95)
	Ausente	32	10								
Limitação sexual percebida	Presente	38	0	0,000	0,39	1,00	1,00	0,28	-	0,61 (0,52; 0,71)	-
	Ausente	59	23								
Mudança no interesse por outras pessoas	Presente	59	0	0,000	0,61	1,00	1,00	0,38	-	0,39 (0,31; 0,50)	-
	Ausente	38	23								
Mudança indesejada na função sexual	Presente	47	1	0,000	0,48	0,96	0,98	0,31	11,14 (1,62; 76,61)	0,54 (0,44; 0,67)	20,68 (2,68; 159,55)
	Ausente	50	22								
Mudança no interesse por si mesmo	Presente	36	4	0,071	0,37	0,83	0,90	0,24	2,13 (0,84; 5,40)	0,76 (0,60; 0,97)	2,80 (0,88; 8,89)
	Ausente	61	19								
Mudanças no papel sexual	Presente	34	2	0,013	0,35	0,91	0,94	0,25	4,03 (1,04; 15,58)	0,71 (0,59; 0,86)	5,67 (1,25; 25,63)
	Ausente	63	21								
Redução do desejo sexual	Presente	73	2	0,000	0,75	0,91	0,97	0,47	8,65 (2,29; 32,70)	0,27 (0,19; 0,39)	31,94 (6,97; 146,31)
	Ausente	24	21								
Aversão sexual	Presente	27	0	0,004	0,28	1,00	1,00	0,25	-	0,72 (0,64; 0,82)	-
	Ausente	70	23								
Frigidez	Presente	51	0	0,000	0,53	1,00	1,00	0,33	-	0,47 (0,39; 0,59)	-
	Ausente	46	23								
Dispaurenia	Presente	28	1	0,014	0,29	0,96	0,97	0,24	6,64 (0,95; 46,30)	0,74 (0,64; 0,87)	8,93 (1,15; 64,46)
	Ausente	69	22								
Alteração no orgasmo	Presente	62	1	0,000	0,64	0,96	0,98	0,39	14,70 (2,15; 100,55)	0,38 (0,29; 0,50)	38,97 (5,04; 301,64)
	Ausente	35	22								
Vaginismo	Presente	40	2	0,004	0,41	0,91	0,95	0,26	4,54 (1,19; 17,37)	0,65 (0,53; 0,80)	7,02 (1,55; 31,73)
	Ausente	57	20								

P-valor: significância do teste qui-quadrado de Pearson. Se: sensibilidade. Es: especificidade. VPP: Valor preditivo positivo. VPN: Valor preditivo negativo. RVP: Razão de verossimilhança positiva. RVN: Razão de verossimilhança negativa. IC95%: Intervalo de confiança 95%. ORD: Odds ratio diagnóstica.

As características definidoras redução do desejo sexual, alteração na excitação sexual e busca de confirmação da qualidade de ser desejável obtiveram os valores de sensibilidade mais elevados (75%, 69% e 67%, respectivamente) no modelo ajustado. No entanto, destas, apenas a redução do desejo sexual apresentou valores de verossimilhança e ORD estatisticamente significantes, indicando que essa CD apresenta a melhor medida de acurácia para deprender os estágios iniciais do DE estudado.

As características definidoras alteração na atividade sexual, alteração na excitação sexual, alteração na satisfação sexual, limitação sexual percebida, mudança no interesse por outras pessoas e aversão sexual, apesar de apresentarem valor de especificidade e valor preditivo positivo de 100%, devem ser analisadas com cautela na indeterminação dos valores de verossimilhança positiva e negativa e ORD e quando apresentar o valor “1” nos intervalos de confiança.

Entretanto, as características definidoras mudança indesejada na função sexual e alteração no orgasmo que apresentaram especificidade de 96% e valor preditivo positivo de 98% obtiveram significância estatística, bem como as CD mudança no papel sexual (es=91%; vpp=94%), redução do desejo sexual (es=91%; vpp=97%) e vaginismo (es=91%; vpp=95%), que também apresentaram valores de verossimilhança e ORD estatisticamente significantes. Logo, são bons indicadores para confirmarem a presença do diagnóstico disfunção sexual.

A tabela 5 mostra também a associação das características definidoras com o diagnóstico estudado através do qui-quadrado. Com a utilização desse teste, apenas as características definidoras “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” e “mudança no interesse por si mesmo” não apresentaram associação estatisticamente significativa com a disfunção sexual.

A tabela 6 mostra a análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e os indicadores clínicos da disfunção sexual.

Tabela 6 - Associação entre variáveis sociodemográficas e os indicadores clínicos de disfunção sexual presentes nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Características sociodemográficas	IC1	IC2	IC3	ICD4	IC5	IC6	IC7	IC8	IC9	IC10	IC11	IC12	IC13	IC14	IC15
	f (%)														
Faixa etária															
29 a 50 anos	37 (78,7)	53 (79,1)	32 (82,1)	61 (78,2)	29 (76,3)	43 (72,9)	35 (74,5)	30 (76,9)	29 (80,6)	56 (74,7)	17 (63,0)	40 (78,4)	20 (69,0)	53 (84,1)	21 (73,8)
51 anos a 65 anos	10 (21,3)	14 (20,9)	7 (17,9)	17 (21,8)	9 (23,7)	16 (27,1)	12 (25,5)	9 (23,1)	7 (19,4)	19 (25,3)	10 (37,0)	11 (21,6)	9 (31,0)	10 (15,9)	11 (26,2)
<i>P</i> -valor	0,525	0,316	0,255	0,367	0,905	0,489	0,811	0,819	0,410	0,749	0,081	0,538	0,336	0,022	0,762
Escolaridade															
Analfabeto	1 (2,1)	2 (3,0)	1 (2,6)	3 (3,8)	2 (5,3)	4 (6,8)	1 (2,1)	1 (2,5)	1 (2,8)	4 (5,3)	-	2 (3,9)	1 (3,4)	2 (3,2)	3 (7,1)
Até 8 anos de estudo	17 (36,2)	25 (37,3)	18 (46,2)	38 (48,7)	13 (34,2)	22 (37,3)	18 (37,5)	17 (42,5)	16 (44,4)	29 (38,7)	15 (55,6)	22 (43,1)	13 (44,8)	27 (42,9)	14 (33,3)
Mais de 8 anos de estudo	29 (61,7)	40 (59,7)	20 (51,3)	37 (47,4)	23 (60,5)	33 (55,9)	29 (60,4)	22 (55,0)	19 (52,8)	42 (56,0)	12 (44,4)	27 (52,9)	15 (51,7)	34 (54,0)	25 (59,5)
<i>P</i> -valor	0,222*	0,194	0,775*	0,263*	0,380*	0,195*	0,299	0,772*	0,873*	0,337*	0,127*	0,992	0,964*	0,829*	0,165*
Cor autorreferida															
Branca	6 (12,8)	15 (22,4)	2 (5,1)	12 (15,6)	6 (15,8)	12 (20,3)	8 (16,7)	6 (15,0)	6 (16,7)	12 (16,0)	5 (18,5)	6 (11,8)	6 (20,7)	10 (15,9)	8 (19,0)
Não branca	41 (87,2)	52 (77,6)	37 (94,9)	65 (84,4)	32 (84,2)	47 (79,74)	40 (83,3)	34 (85,0)	30 (83,3)	63 (84,0)	22 (81,5)	45 (88,2)	23 (79,3)	53 (84,1)	34 (81,0)
<i>P</i> -valor	0,075	0,675	0,003	0,049	0,338	0,859	0,339	0,252	0,444	0,080	0,718	0,032	0,961	0,145	0,673
Estado civil															
Sem companheiro	3 (6,4)	4 (6,0)	1 (2,6)	11 (14,1)	2 (5,3)	2 (3,4)	2 (4,2)	4 (10,0)	4 (11,1)	1 (1,3)	1 (3,7)	2 (3,9)	2 (6,9)	4 (6,3)	4 (9,5)
Com companheiro	44 (93,6)	63 (94,0)	38 (97,4)	67 (85,9)	36 (94,7)	57 (96,6)	46 (95,8)	36 (90,0)	32 (88,9)	74 (98,7)	26 (96,3)	49 (96,1)	27 (93,1)	59 (93,7)	38 (90,5)
<i>P</i> -valor	0,289	0,098	0,060	0,041	0,239	0,018	0,082	1,000	0,791	0,000	0,215	0,056	0,522	0,161	0,938
Renda familiar															
Menor ou igual a 1SM	28 (59,6)	40 (59,7)	28 (71,8)	56 (71,8)	26 (68,4)	40 (67,8)	33 (68,8)	27 (67,5)	28 (77,8)	53 (70,7)	22 (81,5)	39 (76,5)	18 (62,1)	41 (65,1)	28 (66,7)
Entre 2 e 3SM	15 (31,9)	22 (32,8)	10 (25,6)	16 (20,5)	8 (21,1)	14 (23,7)	12 (25,0)	11 (27,5)	6 (16,7)	26 (21,3)	4 (14,8)	8 (15,7)	10 (34,5)	18 (28,6)	11 (26,2)
Maior ou igual a 4SM	4 (8,5)	5 (7,5)	1 (2,6)	6 (7,7)	4 (10,5)	5 (6,5)	3 (6,3)	2 (5,0)	2 (5,6)	6 (8,0)	1 (3,7)	4 (7,8)	1(3,4)	4 (6,3)	3 (7,1)
<i>P</i> -valor	0,025	0,000	0,247	0,973	0,658	0,520	0,516	0,302	0,690	0,845	0,466	0,597	0,066	0,047	0,481
Religião															
Católica	34 (72,3)	45 (67,2)	22 (56,4)	52 (66,7)	22 (57,9)	39 (66,1)	32 (66,7)	32 (80,0)	21 (58,3)	49 (65,3)	21 (77,8)	32 (62,7)	22 (75,9)	41 (65,1)	28 (66,7)
Evangélica	13 (27,7)	21 (31,3)	16 (41,0)	23 (29,5)	15 (39,5)	19 (32,2)	16 (33,3)	6 (15,0)	15 (41,7)	25 (33,3)	6 (22,2)	18 (35,3)	6 (20,7)	20 (31,7)	12 (28,6)
Nenhuma	-	1 (1,5)	1 (2,6)	3 (3,8)	1 (2,6)	1 (1,7)	-	2 (5,0)	-	1 (1,3)	-	1 (2,0)	1 (3,4)	2 (3,2)	2 (4,8)
<i>P</i> -valor	0,184*	0,701*	0,191*	0,269*	0,305*	0,768*	0,186*	0,020*	0,082*	0,378*	0,245*	0,542*	0,425*	0,780*	0,535*
Nº de filhos															
Nenhum	4 (8,5)	4 (6,0)	3 (7,7)	4 (5,2)	2 (5,3)	5 (8,5)	4 (8,3)	1 (2,5)	-	5 (6,7)	-	2 (3,9)	2 (6,9)	2 (3,2)	4 (9,5)
1 a 3 filhos	38 (80,9)	55 (82,1)	30 (76,9)	61 (79,2)	31 (81,6)	48 (81,4)	36 (75,0)	34 (85,0)	30 (83,3)	62 (82,7)	19 (70,4)	43 (84,3)	24 (82,8)	53 (84,1)	32 (76,2)
4 ou mais filhos	5 (10,6)	8 (11,9)	6 (15,4)	12 (15,6)	5 (13,2)	6 (10,2)	8 (16,7)	5 (12,5)	6 (16,7)	8 (10,7)	8 (29,6)	6 (11,8)	3 (10,3)	8 (12,7)	6 (14,3)
<i>P</i> -valor	0,155*	0,544	0,337*	0,265*	0,916*	0,058	0,083	0,787*	0,120*	0,074*	0,007*	0,961*	0,685*	0,839	0,098*

P-valor: significância do teste de associação qui-quadrado. *Razão de verossimilhança.

Verifica-se que o IC14, alteração no orgasmo, associou-se significativamente com a faixa etária ($p=0,002$), enquanto alteração na satisfação sexual (IC3), busca de confirmação da qualidade de ser desejável (IC4) e frigidez (IC12) associaram-se com a cor autorreferida ($p<0,05$). Busca de confirmação da qualidade de ser desejável (IC4), mudança no interesse por outras pessoas (IC6) e redução no desejo sexual (IC10) apresentaram relação estatisticamente significativamente com o estado civil ($p<0,05$). Alteração na atividade sexual (IC1), alteração na excitação sexual (IC2) e alteração no orgasmo (IC14) tiveram associação significativa com a renda familiar ($p<0,05$). Averiguou-se associação significativa de mudança no interesse por si mesmo (IC8) com religião e do indicador aversão sexual (IC11) com o número de filhos ($p=0,007$) (Tabela 6).

Na tabela 7 há o resultado da associação das variáveis clínicas com as características definidoras das pacientes com o diagnóstico de CM.

Tabela 7 - Associação entre variáveis clínicas e indicadores clínicos de disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Características diagnósticas	IC1 f (%)	IC2 f (%)	IC3 f (%)	IC4 f (%)	IC5 f (%)	IC6 f (%)	IC7 f (%)	IC8 f (%)	IC9 f (%)	IC10 f (%)	IC11 f (%)	IC12 f (%)	IC13 f (%)	IC14 f (%)	IC15 f (%)
Diagnóstico															
Primário	42 (91,3)	60 (89,6)	35 (92,1)	72 (94,7)	34 (91,9)	53 (89,8)	42 (89,4)	35 (89,7)	34 (97,1)	67 (90,5)	26 (96,3)	49 (98,0)	26 (89,7)	58 (93,5)	37 (90,2)
Recidiva	4 (8,7)	7 (10,4)	3 (7,9)	4 (5,3)	3 (8,1)	6 (10,2)	5 (10,6)	4 (10,3)	1 (2,9)	7 (9,5)	1 (3,7)	1 (2,0)	3 (10,3)	4 (6,5)	4 (9,8)
<i>P-valor</i>	0,727	0,186	0,940	0,193	0,894	0,298	0,316	0,450	0,205	0,331	0,382	0,048	0,526	0,613	0,538
Tempo de diagnóstico															
Até 6 meses	30 (63,8)	35 (52,2)	20 (51,3)	43 (55,1)	24 (63,2)	32 (54,2)	23 (47,9)	20 (50,0)	17 (47,2)	40 (53,3)	15 (55,6)	33 (64,7)	14 (48,3)	37 (58,7)	21 (50,0)
7 meses a 2 anos	8 (17,0)	21 (31,3)	13 (33,3)	27 (34,6)	9 (23,7)	18 (30,5)	17 (35,4)	15 (37,5)	14 (38,9)	24 (32,0)	12 (44,4)	14 (27,5)	11 (37,9)	16 (25,4)	16 (38,1)
Mais de 2 anos	9 (19,1)	11 (16,4)	6 (15,4)	8 (10,3)	5 (13,2)	9 (15,3)	8 (16,7)	5 (12,5)	5 (13,9)	11 (14,7)	-	4 (7,8)	4 (13,8)	10 (15,9)	5 (11,9)
<i>P-valor</i>	0,001	0,213	0,755	0,375	0,120	0,338	0,528	0,900	0,869	0,335	0,079	0,031	0,943	0,024	0,976
Estadiamento para tumor primário															
T1	6 (13,3)	6 (9,2)	6 (16,2)	7 (9,1)	7 (19,4)	5 (8,5)	7 (14,9)	6 (15,8)	5 (14,7)	8 (10,8)	2 (7,4)	5 (10,2)	3 (10,7)	7 (11,5)	5 (12,2)
T2	16 (35,6)	24 (36,9)	9 (24,3)	31 (40,3)	11 (30,6)	19 (32,2)	15 (31,9)	18 (47,4)	10 (29,4)	21 (28,4)	8 (29,6)	14 (28,6)	12 (42,9)	20 (32,8)	17 (41,5)
T3	11 (24,4)	15 (23,1)	12 (32,4)	17 (22,1)	11 (30,6)	17 (28,8)	13 (27,7)	7 (18,4)	10 (29,4)	20 (27,0)	8 (29,6)	15 (30,6)	8 (28,6)	15 (24,6)	8 (19,5)
T4	12 (26,7)	20 (30,8)	10 (27,0)	22 (28,6)	7 (19,4)	18 (30,5)	12 (25,5)	7 (18,4)	9 (26,5)	25 (33,8)	9 (33,4)	15 (30,6)	5 (17,9)	19 (31,1)	11 (26,8)
<i>P-valor</i>	0,519*	0,770*	0,043*	0,666*	0,026*	0,110*	0,253*	0,101*	0,235*	0,007*	0,470*	0,231*	0,786*	0,359*	0,827*
Estadiamento para linfonodo															
N0	10 (21,7)	18 (27,3)	14 (36,8)	24 (30,8)	12 (32,4)	19 (32,8)	15 (31,3)	14 (36,8)	9 (26,5)	22 (29,7)	10 (37,0)	12 (24,0)	11 (40,7)	17 (27,4)	12 (29,3)
N1	24 (52,2)	33 (50,0)	16 (42,1)	36 (46,2)	18 (48,6)	28 (48,3)	23 (47,9)	15 (39,5)	18 (52,9)	36 (48,6)	9 (33,4)	24 (48,0)	10 (37,0)	30 (48,4)	19 (46,3)
N2	9 (19,6)	11 (16,7)	7 (18,4)	14 (17,9)	5 (13,5)	8 (13,8)	9 (18,8)	7 (18,4)	6 (17,6)	12 (16,2)	8 (29,6)	11 (22,0)	4 (14,8)	11 (17,7)	8 (19,5)
N3	3 (6,5)	4 (6,1)	1 (2,6)	4 (5,1)	2 (5,4)	3 (5,2)	1 (2,1)	2 (5,3)	1 (2,9)	4 (5,4)	-	3 (6,0)	2 (7,4)	4 (6,5)	2 (4,9)
<i>P-valor</i>	0,330*	0,460*	0,894*	0,286*	0,838*	0,737*	0,521*	0,254*	0,178*	0,654*	0,135*	0,518*	0,089*	0,562*	0,973*
Estadiamento para metástase															
M0	29 (61,7)	40 (60,6)	22 (57,9)	46 (59,7)	18 (48,6)	35 (59,3)	25 (52,1)	19 (47,5)	22 (61,1)	42 (56,8)	14 (51,9)	27 (52,9)	14 (48,3)	39 (62,9)	25 (59,5)
M1	3 (6,4)	4 (6,1)	6 (15,8)	7 (9,1)	5 (13,5)	6 (10,2)	5 (10,4)	4 (10,0)	3 (8,3)	7 (9,5)	4 (14,8)	6 (11,8)	4 (13,8)	6 (9,7)	4 (9,5)
MX	15 (31,9)	22 (33,3)	10 (26,3)	24 (31,2)	14 (37,8)	18 (30,5)	18 (37,5)	17 (42,5)	11 (30,6)	25 (33,8)	9 (33,3)	18 (35,3)	11 (37,9)	17 (27,4)	13 (31,0)
<i>P-valor</i>	0,789*	0,733*	0,025*	0,361	0,061*	0,292*	0,249*	0,161*	0,804	0,259	0,284*	0,136	0,232*	0,229	0,646*

P-valor: significância do teste de associação qui-quadrado. *Razão de verossimilhança.

O IC12, frigidez, associou-se significativamente ao diagnóstico ($p=0,048$). Alteração na atividade sexual (IC1), frigidez (IC12) e alteração no orgasmo (IC14) associaram-se ao tempo de diagnóstico ($p<0,05$). Alteração na satisfação sexual (IC3), limitação sexual percebida (IC5) e redução no desejo sexual (IC10) tiveram relação estatisticamente significativa com o estadiamento para tumor primário ($p<0,05$). E, alteração na satisfação sexual (IC3), associou-se ao estadiamento para metástase ($p=0,025$) (Tabela 7).

Na tabela 8 consta a associação das variáveis de tratamento e os indicadores clínicos da Disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico.

Tabela 8 - Associação entre variáveis de tratamento e indicadores clínicos da disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Características do tratamento	IC1 f (%)	IC2 f (%)	IC3 f (%)	IC4 f (%)	IC5 f (%)	IC6 f (%)	IC7 f (%)	IC8 f (%)	IC9 f (%)	IC10 f (%)	IC11 f (%)	IC12 f (%)	IC13 f (%)	IC14 f (%)	IC15 f (%)
Cirurgia															
Sim	19 (40,4)	31 (46,3)	19 (48,7)	35 (44,9)	15 (39,5)	25 (42,4)	24 (50,0)	19 (47,5)	17 (47,2)	34 (45,3)	6 (22,2)	16 (31,4)	14 (48,3)	28 (44,4)	19 (45,2)
Não	28 (59,6)	36 (53,7)	20 (51,3)	43 (55,1)	23 (60,5)	34 (57,6)	24 (50,0)	21 (52,5)	19 (52,8)	41 (54,7)	21 (77,8)	35 (50,8)	15 (51,7)	35 (55,6)	23 (54,8)
<i>P-valor</i>	0,124	0,475	0,946	0,200	0,148	0,143	0,881	0,796	0,780	0,278	0,001	0,001	0,912	0,277	0,484
Prótese															
Não se aplica	35 (76,1)	47 (71,2)	27 (69,2)	55 (72,4)	30 (78,9)	42 (72,4)	35 (74,5)	30 (76,9)	23 (65,7)	51 (68,9)	25 (92,6)	41 (82,0)	23 (79,3)	47 (74,6)	35 (83,3)
Sim	4 (8,7)	7 (10,6)	5 (12,8)	10 (13,2)	6 (15,8)	4 (6,9)	4 (8,5)	3 (7,7)	4 (11,4)	7 (9,5)	1 (3,7)	5 (10,0)	2 (6,9)	7 (11,1)	3 (7,1)
Não	7 (15,2)	12 (18,2)	7 (17,9)	11 (14,5)	2 (5,3)	12 (20,7)	8 (17,0)	6 (15,4)	8 (22,9)	16 (21,6)	1 (3,7)	4 (8,0)	4 (13,8)	9 (14,3)	4 (9,5)
<i>P-valor</i>	0,301	0,632	0,787	0,048	0,012	0,345	0,450	0,329	0,949	0,782	0,007	0,008	0,311	0,138	0,022
Tratamento															
QT	40 (85,1)	56 (83,6)	32 (82,1)	69 (88,5)	31 (81,6)	49 (83,1)	39 (81,3)	35 (87,5)	29 (80,6)	62 (82,7)	23 (85,2)	45 (88,2)	22 (75,9)	52 (82,5)	33 (78,6)
HT	5 (10,6)	9 (13,4)	4 (10,3)	6 (7,7)	4 (10,5)	6 (10,2)	6 (12,5)	3 (7,5)	2 (5,6)	9 (12,0)	1 (3,7)	3 (5,9)	5 (17,2)	6 (9,5)	4 (9,5)
Terapia biológica	2 (4,3)	2 (3,0)	3 (7,7)	3 (3,8)	3 (7,9)	4 (6,8)	3 (6,3)	2 (5,0)	5 (13,9)	4 (5,3)	3 (11,1)	3 (5,9)	2 (6,9)	5 (7,9)	5 (11,9)
<i>P-valor</i>	0,436*	0,012	0,865	0,102	0,834	0,753	0,384	0,730	0,187	0,104	0,471	0,570	0,137	0,859	0,378
Tipo de tratamento															
Adjuvante	12 (25,5)	23 (34,3)	15 (38,5)	28 (35,9)	10 (26,3)	20 (33,9)	17 (35,4)	13 (32,5)	15 (41,7)	27 (36,0)	6 (22,2)	12 (23,5)	10 (34,5)	20 (31,7)	14 (33,3)
Neoadjuvante	26 (55,3)	33 (49,3)	18 (46,2)	41 (52,6)	22 (57,9)	30 (50,8)	24 (50,0)	21 (52,5)	16 (44,4)	37 (49,3)	19 (70,4)	33 (64,7)	16 (55,2)	34 (54,0)	22 (52,4)
Paliativa	9 (19,1)	11 (16,4)	6 (15,4)	9 (11,5)	6 (15,8)	9 (15,3)	7 (14,6)	6 (15,0)	5 (13,9)	11 (14,7)	2 (7,4)	6 (11,8)	3 (10,3)	9 (14,3)	6 (14,3)
<i>P-valor</i>	0,024	0,166	0,652	0,726	0,165	0,388	0,684	0,555	0,71	0,398	0,055	0,012	0,815	0,259	0,628
Qual tratamento anterior															
Não se aplica	33 (70,2)	45 (67,2)	26 (68,4)	63 (81,8)	28 (73,7)	41 (69,5)	33 (68,8)	31 (79,4)	27 (79,4)	52 (70,3)	24 (92,3)	43 (84,3)	20 (69,0)	46 (73,0)	31 (73,8)
QT	4 (8,5)	5 (7,5)	5 (13,2)	5 (6,5)	5 (13,2)	5 (8,5)	4 (8,3)	1 (2,6)	2 (5,9)	5 (6,8)	2 (7,7)	3 (5,9)	3 (10,3)	4 (6,3)	5 (11,9)
RT	3 (6,4)	3 (4,5)	3 (7,9)	1 (1,3)	1 (2,6)	2 (3,4)	3 (6,3)	1 (2,6)	1 (2,9)	2 (2,7)	-	1 (2,0)	2 (6,9)	3 (4,8)	2 (4,8)
HT e RT	4 (8,5)	8 (11,9)	4 (10,5)	6 (7,8)	2 (5,3)	7 (11,9)	4 (8,3)	3 (7,7)	2 (5,9)	9 (12,2)	-	2 (3,9)	1 (3,4)	5 (7,9)	2 (4,8)
QT e RT	3 (6,4)	6 (9,0)	-	2 (2,6)	2 (5,3)	4 (6,8)	4 (8,3)	3 (7,7)	2 (5,9)	6 (8,1)	-	2 (3,9)	3 (10,3)	5 (7,9)	2 (4,8)
<i>P-valor</i>	0,100*	0,082*	0,000*	0,027*	0,082*	0,315*	0,105*	0,891*	0,902*	0,417*	0,011*	0,197*	0,167*	0,331*	0,052*
Ciclo															
0 a 6 ciclos	45 (97,8)	61 (92,4)	37 (97,4)	71 (93,4)	34 (89,5)	52 (88,1)	41 (87,2)	34 (91,9)	28 (87,5)	67 (90,5)	23 (92,0)	46 (92,0)	26 (89,7)	59 (95,2)	38 (92,7)
7 a 12 ciclos	-	3 (4,5)	1 (2,6)	2 (2,6)	3 (7,9)	4 (6,8)	3 (6,4)	-	2 (6,3)	4 (5,4)	2 (8,0)	2 (4,0)	2 (6,9)	2 (3,2)	3 (7,3)
Mais de 12 ciclos	1 (2,2)	2 (3,0)	-	3 (3,9)	1 (2,6)	3 (5,1)	3 (6,4)	3 (8,1)	2 (6,3)	3 (4,1)	-	2 (4,0)	1 (3,4)	1 (1,6)	-
<i>P-valor</i>	0,025*	0,687*	0,080*	0,241*	0,557*	0,652*	0,582*	0,043*	0,780*	0,974*	0,237*	0,869*	0,869*	0,160*	0,084*
Tempo de tratamento															
0 a 6 meses	44 (95,7)	55 (85,9)	34 (94,4)	68 (93,2)	35 (94,6)	51 (87,9)	44 (91,7)	35 (89,7)	30 (88,2)	63 (87,5)	24 (92,3)	47 (95,9)	24 (85,8)	56 (93,3)	37 (90,2)
7 a 12 meses	1 (2,2)	4 (6,3)	2 (5,6)	3 (4,1)	1 (2,7)	2 (3,4)	1 (2,1)	4 (10,3)	1 (2,9)	3 (4,2)	1 (3,8)	-	2 (7,1)	1 (1,7)	2 (4,9)
Mais de 12 meses	1 (2,2)	5 (7,8)	-	2 (2,7)	1 (2,7)	5 (8,6)	3 (6,3)	-	3 (8,8)	6 (8,3)	1 (3,8)	2 (4,1)	2 (7,1)	3 (5,0)	2 (4,9)
<i>P-valor</i>	0,111*	0,603*	0,061*	0,091*	0,321*	0,374*	0,381*	0,014*	0,582*	0,335*	0,765*	0,018*	0,858*	0,131*	0,880*

P-valor: significância do teste de associação qui-quadrado. *Razão de verossimilhança.

Verificou-se associação significativa da aversão sexual (IC11) e frigidez (IC12) com realização de cirurgia para tratamento ($p < 0,05$). Busca de confirmação da qualidade de ser desejável (IC4), limitação sexual percebida (IC5), aversão sexual (IC11), frigidez (IC12) e vaginismo (IC15) associaram-se com prótese mamária ($p < 0,05$). Apurou-se uma relação estatisticamente significativa entre alteração na excitação sexual (IC2) com o tratamento ($p = 0,012$). Alteração na atividade sexual (IC1) e frigidez (IC12) associaram-se com o tipo de tratamento ($p < 0,05$). Alteração na satisfação sexual (IC3), busca de confirmação da qualidade de ser desejável (IC4) e aversão sexual (IC11) associaram-se significativamente ao tratamento anterior realizado pela paciente ($p < 0,05$). Identificou-se relação significativa entre alteração na atividade sexual (IC1) e mudança no interesse por si mesmo (IC8) com o ciclo de tratamento ($p < 0,05$). Mudança no interesse por si mesmo (IC8) e frigidez (IC12) associaram-se ao tempo de tratamento (Tabela 8).

Quando analisadas as características sociodemográficas e o DE Disfunção sexual, apenas o estado civil obteve significância estatística, em que 92,8% das participantes que foram diagnosticadas com Disfunção sexual tinham companheiro (Tabela 9).

Tabela 9 - Associação entre variáveis sociodemográficas e o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Características sociodemográficas	Disfunção sexual		P-valor
	Não f (%)	Sim f (%)	
Faixa etária			
29 a 50 anos	17 (77,3)	73 (75,3)	0,842**
51 anos ou mais	5 (22,7)	24 (24,7)	
Escolaridade			
Analfabeto	1 (4,3)	4 (4,1)	0,621*
Até 8 anos de estudo	12 (52,2)	40 (41,2)	
Mais de 8 anos de estudo	10 (43,5)	53 (54,7)	
Cor autorreferida			
Branca	7 (31,8)	18 (18,6)	0,168**
Não branca	15 (68,2)	79 (81,4)	
Estado civil			
Sem companheiro	5 (21,7)	7 (7,2)	0,037**
Com companheiro	18 (78,2)	90 (92,8)	
Renda familiar			
Menor ou igual a 1SM	20 (87,0)	67 (69,1)	0,060*
Entre 2 e 3SM	1 (4,3)	23 (23,7)	
Maior ou igual a 4SM	2 (8,7)	7 (7,2)	
Religião			

Católica	15 (65,2)	66 (68,0)	0,835*
Evangélica	7 (30,4)	29 (29,9)	
Nenhuma	1 (4,3)	2 (2,1)	
Nº de filhos			
Nenhum	-	5 (5,2)	0,265*
1 a 3 filhos	18 (81,8)	81 (83,5)	
4 ou mais filhos	4 (18,2)	11 (11,3)	

*Razão de verossimilhança; **Teste qui-quadrado.

Quando cruzadas as variáveis clínicas e o DE disfunção sexual nenhuma variável apresentou significância estatística (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação entre variáveis clínicas e o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Características clínicas	Disfunção sexual		P-valor
	Não f (%)	Sim f (%)	
Diagnóstico			
Primário	20 (90,9)	89 (92,7)	0,774**
Recidiva	2 (9,1)	7 (7,3)	
Tempo de diagnóstico			
Até 6 meses	8 (34,8)	53 (54,6)	0,191**
7 meses a 2 anos	12 (52,2)	32 (33,0)	
Mais de 2 anos	3 (13,0)	12 (12,4)	
Estadiamento para tumor primário			
T1	-	10 (10,6)	0,150*
T2	12 (52,2)	35 (37,2)	
T3	5 (21,7)	24 (25,5)	
T4	6 (26,1)	25 (26,6)	
Estadiamento para linfonodo			
N0	8 (34,8)	30 (31,6)	0,664*
N1	8 (34,8)	45 (47,4)	
N2	6 (26,1)	16 (16,8)	
N3	1 (4,3)	4 (4,2)	
Estadiamento para metástase			
M0	17 (73,9)	55 (57,3)	0,166*
M1	-	8 (8,3)	
MX	6 (26,1)	33 (34,4)	

*Razão de verossimilhança; **Teste qui-quadrado.

Entretanto verificou-se que daquelas que apresentaram Disfunção sexual 92,7% tinham diagnóstico primário, de até 6 meses (54,6%), com estadiamento para tumor primário

T2 (37,2%), para linfonodo N1 (47,4%) e para metástase M0 (57,3%) (Tabela 10).

A tabela 11 evidencia a análise da associação entre as variáveis de tratamento e o DE estudado, onde nenhuma das variáveis apresentou significância estatística com o diagnóstico disfunção sexual.

Tabela 11 - Associação entre variáveis de tratamento e diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Características de tratamento	Disfunção sexual		P-valor
	Não f (%)	Sim f (%)	
Cirurgia			
Sim	13 (56,5)	46 (47,4)	0,433**
Não	10 (43,5)	51 (52,6)	
Prótese			
Não se aplica	11 (50,0)	69 (71,9)	0,112**
Sim	3 (13,6)	10 (10,4)	
Não	8 (36,4)	17 (17,7)	
Tratamento			
QT	20 (87,0)	81 (83,5)	0,071**
HT	-	10 (10,3)	
Terapia biológica	3 (13,0)	6 (6,2)	
Tipo de tratamento			
Adjuvante	10 (43,5)	36 (37,1)	0,803**
Neoadjuvante	11 (47,8)	49 (50,5)	
Paliativa	2 (8,7)	12 (12,4)	
Qual o tratamento anterior			
Não se aplica	18 (81,8)	71 (74,0)	0,415*
QT	-	6 (6,3)	
RT	-	3 (3,1)	
HT e RT	2 (9,1)	9 (9,4)	
QT e RT	2 (9,1)	7 (7,3)	
Ciclo			
0 a 6 ciclos	20 (90,9)	85 (90,4)	0,988*
7 a 12 ciclos	1 (4,5)	5 (5,3)	
Mais de 12 ciclos	1 (4,5)	4 (4,3)	
Tempo de tratamento			
0 a 6 meses	19 (90,5)	81 (88,0)	0,946*
7 a 12 meses	1 (4,8)	5 (5,4)	
Mais de 12 meses	1 (4,8)	6 (6,5)	

*Razão de verossimilhança; **Teste qui-quadrado.

Todavia, identificou-se que das pacientes que apresentaram Disfunção sexual 52,6% não realizaram cirurgia, 71,9% não tiveram necessidade de inserir prótese mamária,

83,5% estavam realizando quimioterapia, 50,5% estavam em tratamento neoadjuvante, 90,4% estavam entre o ciclo 0 e 6 e 88% tinham até seis meses de tratamento (Tabela 11).

Percebe-se, por exemplo, que o tratamento não deu significativo com o DE em questão ($p < 0,05$), mas deu muito próximo disso ($p = 0,071$). A limitação talvez seja o tamanho da amostra (Tabela 11).

Da mesma forma, na tabela 12 verifica-se que não foi identificada nenhuma associação com significância estatística entre o DE em questão com a classe de fármacos.

Tabela 12 - Associação entre as classes de fármacos e o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Classe de fármacos	Disfunção sexual		p-valor
	Não f(%)	Sim f(%)	
Agentes Alquilantes	9 (39,1)	27 (27,8)	0,288
Compostos de Coordenação de Platina	2 (8,7)	6 (6,2)	0,664
Análogos das Pirimidinas	2 (8,7)	8 (8,2)	0,944
Antibióticos Antitumorais	11 (47,8)	28 (28,9)	0,081
Derivados Vegetais	7 (30,4)	38 (39,2)	0,436
Alcalóide de Vinca	-	1 (1,0)	0,513*
Anticorpo Monoclonal	3 (13,0)	14 (14,4)	0,864
Hormonioterapia	-	10 (10,3)	0,108

*Razão de verossimilhança; P-valor: **significância do teste qui-quadrado de Pearson.

Entretanto, daquelas com Disfunção sexual os fármacos mais utilizados foram derivados vegetais (39,2%), antibióticos antitumorais (28,9%) e agentes alquilantes (27,8%) (Tabela 12).

5 DISCUSSÃO

A incidência do DE Disfunção Sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica foi de 80,8% na amostra estudada. Este dado corrobora com os achados de outra pesquisa realizada, em que constatou que cerca de 68% das mulheres sobreviventes de CM apresentam Disfunção sexual quando comparadas às mulheres que não tiveram essa doença e nas mulheres que realizaram quimioterapia essa porcentagem sobe para 90% (DOW; SHELDON, 2015).

Outros autores (KEDDE; VAN DE WIEL; SCHULTZ; WIJSEN, 2013) afirmam que 64% das mulheres com CM que ainda estão em tratamento tem o DE em questão, e quando concluem o tratamento, esse número reduz para 45%, indicando, assim, que as pacientes que estão recebendo o tratamento para câncer de mama apresentam diferença significativa nos aspectos de bem estar sexual em relação a população sem essa doença.

No que se refere a frequência dos indicadores clínicos da Disfunção sexual, destacam-se os que obtiveram frequência acima de 50% na população estudada: busca de confirmação da qualidade de ser desejável, redução do desejo sexual, alteração na excitação sexual e alteração no orgasmo. O IC busca de confirmação da qualidade de ser desejável reflete um problema retratado por muitos pesquisadores em mulheres com CM, que diz respeito as alterações na imagem corporal e compreende-se que esse tipo de problema pode culminar em um pobre relacionamento sexual (FANG; LIN; CHEN; LIN, 2015; LAM; LI, 2012; KLAESON; SANDEL; BERTERO, 2011; EMILEE; USHER; PERZ, 2010).

As percepções negativas da imagem corporal incluem: desagrado com a aparência, perda da feminilidade, da percepção da integridade corporal, dificuldade de olhar para si mesma, sentir-se menos atraente sexualmente, alteração na autoconsciência sobre a aparência e descontentamento com as cicatrizes cirúrgicas (FOBAIR et al, 2005).

De acordo com Varela et al (2017), as mudanças que ocorrem na imagem corporal geram retração nas mulheres com CM durante o ato sexual, concomitante aos sentimentos de angústia, vergonha e constrangimento. Sendo importante destacar, que uma menor atratividade sexual foi identificada como o fator preditor mais forte de problemas sexuais (GILBERT; USHER; PERZ, 2010). Entretanto, é importante ressaltar que outros autores, como Fang et al (2015), consideram a alteração na imagem corporal como uma das causas dos problemas sexuais e não como um sinal ou sintoma.

Uma revisão de literatura realizada com o intuito de assinalar a identidade sexual após o câncer de mama mostrou que entre 39 a 71% das pacientes com CM apresentam um

declínio no seu interesse em sexo e 35% ausência de interesse em sexo, enquanto 15 a 74% problemas com excitação sexual e cerca de 42% alterações no orgasmo, além de problemas na lubrificação, prazer sexual, dispareunia e diminuição geral da satisfação sexual (MALE; FERGUS; CULLEN, 2016). Esses indicadores clínicos são semelhantes aos encontrados nesse estudo. Contudo, na pesquisa realizada por Tee et al (2014), a disfunção do orgasmo sexual foi um dos indicadores menos prevalente juntamente com a dor sexual em pacientes com câncer ginecológico.

Lee, Kim e Jeon (2015) observaram que 88,5% das mulheres que permaneceram sexualmente ativas após o câncer de mama, 31,6% apresentaram Disfunção sexual evidenciada por uma redução no desejo sexual (27,5%), baixa excitação (15,2%), lubrificação (8,6%), orgasmo (13,8%) e satisfação sexual (9,7%), além da dor sexual (11,2%), destacando que todas essas frequências foram estatisticamente significantes quando comparadas aos valores antes do diagnóstico.

Quanto às medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica o indicador clínico redução do desejo sexual além de ser um dos sintomas com maior índice de frequência representa o IC mais sensível para a ocorrência do diagnóstico Disfunção sexual (75%) e um dos mais específicos (91%). O desejo representa uma resposta específica de um estímulo no sistema neurológico, que ocorre por meio de uma cadeia complexa de processos do sistema nervoso de forma consciente e inconsciente. A região sexual localiza-se no hipotálamo, onde se fazem presentes os neurotransmissores que ativam ou inibem o prazer, denominados de centros póstero-laterais e centros ventro-mediais, respectivamente. Esses, por sua vez, relacionam-se a dor e ao prazer e, portanto, são antagonistas (COSTA, 2008; GUYTON; HALL, 2017).

Então, provavelmente a sensibilidade e especificidade do indicador clínico redução do desejo sexual para identificar a Disfunção sexual se justifique porque o estrógeno e a progesterona agem nos centros sexuais no hipotálamo durante a fase do desejo na mulher, e a produção desses hormônios são diretamente prejudicadas pela realização da QT, em virtude de uma supressão da função ovariana, o que provoca uma menopausa quimicamente induzida, a qual foi identificada como o único fator de risco independente para a disfunção sexual (LEE; KIM; JEON, 2015; DOW; SHELDON, 2015). Assim, esse indicador propicia a detecção precoce e confirmação do DE em questão, como descarta os casos que realmente não tem o diagnóstico.

Os indicadores mudança indesejada na função sexual e alteração no orgasmo, foram considerados específicos (96%) ao diagnóstico estudado, portanto, caracterizam-se por serem bons indicadores para confirmar a presença da Disfunção sexual. A mudança indesejada na função sexual consiste em uma alteração subjetiva observada pela paciente, em que encontra-se insatisfeita com alguma mudança ocorrida ao longo do ciclo sexual que, anteriormente, não acontecia, logo a especificidade desse indicador pode ser justificada por a mulher não participar da decisão em relação ao tipo de tratamento, cirurgia, etc.; bem como, por não ser orientada quanto aos impactos na sexualidade provocados pelos efeitos colaterais. Enquanto a alteração no orgasmo evidencia a presença de problemas em uma ou mais etapas do ciclo sexual o que dificulta, assim, o ápice do prazer sexual (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

Boswell e Dizon (2014) afirmam que um dos principais desafios da prática clínica é a barreira de comunicação sobre questões relacionadas à sexualidade envolvendo os profissionais de saúde e as pacientes. Corroborando com essas afirmações, em um estudo realizado por Taylor et al (2013), os profissionais de saúde relataram se sentir incapazes de discutir problemas sexuais com as pacientes, pois não tinham experiência e nem referências para realizar as orientações necessárias.

Por isso, quando as mulheres e os seus companheiros são questionados se procuram alguém para orientar sobre os problemas sexuais, apenas 10% dizem que sim, porém os principais consultados são os amigos. E, em uma outra pesquisa, dos 30% que havia discutido sobre as questões sexuais com um profissional de saúde, a maioria classificou as orientações como insatisfatórias (USSHER; PERZ; GILBERT, 2012).

A mudança no papel sexual e vaginismo também se mostraram indicadores específicos (91%) para o diagnóstico pesquisado. Em relação a mudança no papel sexual, Male, Fergus e Cullen (2016) identificaram em sua pesquisa que o tratamento para o CM além de alterar o funcionamento sexual e reprodutivo de uma mulher e a integridade do seu corpo, interfere também na maneira como ela se autoidentifica como um ser sexual. O vaginismo caracteriza-se pela presença de dor durante a relação sexual e está, comumente, associado a realização da atividade sexual com medo e dor (HENTSCHEL, ALBERTON, CAPP, GOLDIM, PASSOS, 2007). Fangel et al (2013), relatam que uma das alterações sexuais referidas pelas pacientes era o medo de agravar a atual condição (CM), além disso, outros estudos apontam o medo da morte, preocupações com os relacionamentos e imagem corporal, por exemplo (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014). Como também, a literatura indica a presença do ressecamento e atrofia vaginal, como efeitos colaterais comuns dos tratamentos,

que provocam um desconforto durante atividade sexual (DOW; SHELDON, 2015).

Em relação a associação entre variáveis sociodemográficas e os indicadores clínicos de disfunção sexual presentes nas mulheres com CM em tratamento farmacológico, percebeu-se que mulheres com menos de 50 anos idade apresentam significativamente mais alteração no orgasmo quando comparadas a pacientes com idade superior a 50 anos. Corroborando com esse achado, Bakewell e Volker (2017) afirmam que as mulheres mais jovens com CM são mais vulneráveis a problemas relacionados a sexualidade, visto que essas não experienciaram a menopausa natural em suas vidas e são mais susceptíveis a ter a menopausa prematura relacionada à quimioterapia, a qual pode implicar em diversos problemas emocionais e físicos que podem culminar em uma disfunção sexual.

Quanto a cor não branca, as participantes apresentaram associação significativa com alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável e frigidez, contudo, Manganiello et al (2011) afirmam que todas as pacientes com CM têm risco de desenvolver problemas relacionados à sexualidade e imagem corporal independentemente, da etnia. Contudo, Fobair et al (2005) dizem que a atividade sexual, imagem corporal e problemas sexuais são comuns em mulheres jovens logo após o tratamento e que algumas diferenças são observadas entre as raças ou etnias.

Das mulheres com companheiro, a maior parte apresentou relação com significância com as características: busca de confirmação da qualidade de ser desejável, mudança do interesse por outras pessoas e redução do desejo sexual. Provavelmente, as mulheres com companheiro estejam mais propensas a desenvolver esses sintomas pois, majoritariamente, os companheiros ou maridos são despreparados para lidar com o processo de adoecer e o tratamento do câncer de mama juntamente com as suas companheiras (VARELA; ROSA; SEBOLD; LAVERDE; MAÇANEIRO; ERDMANN, 2017). O CM é considerado uma doença de casal, pois ambos são submetidos a um alto nível de estresse e não apenas a mulher (FANG; FANG; LIN; CHEN; LIN, 2015). Por isso, Vieira et al (2014) propõe como uma das estratégias para a promoção da saúde sexual em mulher com CM uma boa comunicação entre os cônjuges, bem como entre eles e os profissionais de saúde.

Em contra partida, Lam e Li (2012) afirmam que as mulheres solteiras apresentam mais risco de desenvolver problemas relacionados a sexualidade e a imagem corporal, pois essas mulheres não têm um relacionamento íntimo que lhes ofereçam o suporte necessário, sendo um desafio para elas encontrar um novo parceiro, compartilhar o diagnóstico e saber lidar com a rejeição, que pode acontecer (TAKAHSHI, 2014).

No presente estudo não se identificou associação significativa da variável

escolaridade com nenhum indicador clínico. Este dado corrobora com o de outras pesquisas, em que também não foram encontradas associações entre nível educacional com mudanças na atividade sexual (MALE; FERGUS; CULLEN, 2016; LEE; KIM; JEON, 2015). Porém, no estudo desenvolvido por Cavalheiro et al (2012), mulheres com uma menor escolaridade apresentaram pior nível de funcionamento sexual e no desenvolvido por Manganiello et al (2011), mulheres com mais anos de estudo tiveram maior satisfação sexual, provavelmente por apresentarem mais satisfatoriamente percepção da imagem corporal e função física e emocional.

Foi identificada relação significativa da renda familiar das mulheres com alteração na atividade sexual, excitação sexual e no orgasmo. A quantidade de filhos apresentou relação com o sintoma aversão sexual. Além disso, a religião teve associação com o indicador clínico mudança no interesse por si mesmo. Corroborando com esses achados, Cantinelli et al (2006) afirmam que fatores não hormonais, como problemas financeiros e responsabilidades familiares podem prejudicar o desejo e o orgasmo. Quanto à religião não foram identificados na literatura estudos que abordam a relação dessa variável independente com alterações na sexualidade da mulher com CM.

Na associação das variáveis clínicas com os indicadores clínicos das pacientes com o diagnóstico de CM, verificou-se significância estatística entre mulheres com CM primário e tempo de diagnóstico de até 6 meses com o sintoma frigidez. Essa associação justifica-se por, inicialmente, a maioria da mulheres apresentarem preocupações referentes a recuperação da doença e, apenas, depois com a percepção do CM como uma doença crônica é que a sexualidade voltar a ser vivida ou sentida (FERREIRA et al, 2013).

Quanto às pacientes com tempo de diagnóstico de até 6 meses que apresentaram associação significativa com a característica alteração na atividade sexual e alteração no orgasmo, de acordo com uma revisão sistemática, realizada por Verenhitach et al (2014), nos primeiros seis meses após o tratamento, a função sexual é pior para as pacientes que receberam quimioterápicos, independente do tipo de cirurgia que realizaram, corroborando com o achado desse estudo, visto que a maior parte das mulheres foram submetidas a quimioterapia. Entretanto, outra referência estende esse período para o primeiro ano após o diagnóstico, afirmando que é o mais susceptível para alterações na imagem corporal e na função sexual. As diversas modalidades terapêuticas (quimioterapia, terapia biológica e radioterapia) provocam efeitos colaterais, incluindo alteração no orgasmo (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

O estadiamento para tumor primário (T2, T3 e T4) apresentou associação

significante com alteração na satisfação sexual, limitação sexual percebida e redução do desejo sexual. O estadiamento para metástase (M0) mostrou significância com alteração na satisfação sexual. Essa relação justifica-se, provavelmente, por estadiamentos mais avançados necessitarem da combinação de duas ou mais modalidades terapêuticas, tornando-as mais agressivas e, conseqüentemente, acentuando os efeitos colaterais dos tratamentos (MORAES; CUNHA, 2016).

No estudo realizado por Cavalheiro et al (2012), identificou-se pontuações significativamente menores nos elementos dor, satisfação, orgasmo, lubrificação, desejo e excitação em pacientes com CM mais avançado. Aspectos estes que estão relacionados com os indicadores clínicos alteração na satisfação sexual, limitação sexual percebida e redução do desejo sexual. No que se refere as pacientes classificadas em M0, deve-se analisar essa informação com cautela, visto que muitas pacientes foram tidos como MX, quando na verdade poderiam ter metástase.

A variável de tratamento que se refere a realização de cirurgia de tratamento, teve associação significativa com aversão sexual e frigidez, enquanto que as mulheres submetidas à cirurgia para colocação de prótese mamária apresentaram relação com a característica busca de confirmação da qualidade de ser desejável, limitação sexual percebida, aversão sexual, frigidez e vaginismo. De acordo com Fang et al (2015), cirurgias de tratamento agressivas impactam negativamente na imagem corporal da paciente com CM, e mulheres com alterações na autoestima adotam estratégias negativas de enfrentamento conjugal, podendo culminar em um pobre relacionamento sexual. A inserção da prótese mamária nesses casos pode colaborar em ganhos significativamente maiores na percepção da imagem corporal.

É importante destacar que ainda há um contexto sociocultural forte em que a mulher tem a obrigação de satisfazer a vontade do companheiro, como mostra uma pesquisa realizada por Takahashi et al (2008), em que 60% da amostra afirmaram diminuição da frequência de sexo após a cirurgia, e das mulheres que mantiveram relações sexuais, uma parte relatou que apesar de o desejo sexual ter diminuído, se forçaram a ter atividade sexual para satisfazer o desejo dos parceiros.

As mulheres em tratamento quimioterápico apresentaram alteração na excitação sexual e as que estavam na modalidade neoadjuvante relataram alteração na atividade sexual e frigidez. Logo, a maioria das mulheres não havia realizado nenhum tratamento anteriormente, e essas apresentaram alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável e aversão sexual. Os problemas ocasionados pela QT incidem principalmente sob pacientes jovens que ainda não eram menopausadas, pois essas mulheres ficam submetidas a

uma insuficiência ovariana induzida por quimioterapia e, conseqüentemente, a um início de menopausa precoce (BOSWELL; DIZON, 2014).

As pacientes que se encontravam entre o ciclo 0 e 6 de QT apresentaram alteração na atividade sexual e mudança no interesse por si mesmo, enquanto mulheres com tempo de tratamento entre zero e seis meses tinham os indicadores: mudança no interesse por si mesmo e frigidez. Aspectos relacionados ao bem estar sexual e ao comportamento sexual declinam ao longo do período de realização do tratamento e mesmo após o seu término a paciente pode continuar a ter problemas por um período relativamente longo, principalmente no que se refere a sentimentos de culpa sobre sexo, estresse sexual e satisfação sexual (KEDDE et al, 2013). E, particularmente, no início do diagnóstico e do tratamento as pacientes se atentam mais para questões relacionadas aos papéis de gênero e sentimentos de feminilidade (KLAESON; SANDELL; BERTERO, 2011).

Quando analisadas as características sociodemográficas e o DE Disfunção sexual, apenas o estado civil obteve significância estatística. Gilbert, Ussher e Perz (2010) corroboram com esse achado, colocando que a qualidade do relacionamento da mulher com CM é um preditor mais forte da satisfação sexual, funcionamento sexual e do desejo sexual, do que as sequelas físicas ou químicas no corpo após a doença.

No cruzamento das variáveis clínicas, de tratamento e de classe de fármacos com o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nas mulheres com CM em tratamento farmacológico, não houve nenhuma associação estatisticamente significativa.

Em concordância aos aspectos clínicos, realmente não há um consenso na literatura quanto ao período em que a mulher com CM apresenta mais predisposição para a ocorrência da Disfunção sexual, que, de acordo com os estudos, pode ocorrer desde quando o casal toma conhecimento da mutação dos genes BRCA1 e BRCA2 até quando as pacientes são tidas como sobreviventes do CM (TAKAHASHI, 2014; MAUER et al, 2016; TAKAHASHI et al, 2008). Quanto ao tamanho do tumor, Cavalheiro et al (2012) afirmam que há uma maior incidência de inatividade sexual em estágios avançados do CM, apesar de o presente estudo não ter identificado associação significativa.

Em relação as variáveis de tratamento, especificamente a cirurgia de tratamento, sabe-se que há uma associação do tipo de cirurgia com a imagem corporal, e, conseqüentemente, da imagem corporal com a Disfunção sexual, porém essa conexão ainda é inconsistente (FOBAIR et al, 2005). Quanto à modalidade terapêutica, apesar desse estudo não ter identificado uma associação estatisticamente significativa, a maioria dos estudos evidenciou associação entre a quimioterapia e a Disfunção sexual, essas pesquisas afirmam

que isso ocorre pois a QT induz a menopausa precoce, portanto essas alterações ocorrem de forma mais intensa em pacientes jovens, que ainda não experienciaram o processo da menopausa fisiológica (VANLEMMENS et al 2012; LEE; KIM; JEON, 2015; MALE; FERGUS; CULLEN, 2016; BAKEWELL; VOLKER, 2017; VERENHITACH et al, 2014).

Quanto à classe de fármacos, dos estudos identificados na literatura apenas o de Cavalheira et al (2012) investiga o funcionamento sexual em mulheres com CM que façam uso de um protocolo específico, em que avaliaram as pacientes antes de ser administrado o segundo ciclo, de 21 dias, de Ciclofosfamida e Doxorrubicina (AC). Foi evidenciado que, apenas após um ciclo de AC houve uma redução de 46,5% na função sexual. Essas classes farmacológicas foram umas das mais frequentes no presente estudo entre as pacientes com Disfunção sexual, todavia não houve associação significante.

6 CONCLUSÃO

Concluimos que a incidência do diagnóstico Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico com quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica foi de 80,8%. Este estudo possibilitou também a obtenção de medidas de acurácia dos indicadores clínicos de Disfunção sexual em mulheres em tratamento de câncer de mama, o indicador redução do desejo sexual apresentou o maior valor de sensibilidade com valores de verossimilhança e ORD estatisticamente significantes. Enquanto mudança indesejada na função sexual, alteração no orgasmo, mudança no papel sexual, redução do desejo sexual e vaginismo apresentaram a maior especificidade e valor preditivo positivo com significância estatística e também os IC. Estes resultados indicam que esses indicadores clínicos estão mais intimamente relacionados à Disfunção sexual que outros, e conseqüentemente, requerem mais atenção do enfermeiro.

Os indicadores clínicos mais frequentes foram: busca de confirmação da qualidade de ser desejável, redução do desejo sexual, alteração na excitação sexual e alteração no orgasmo, todos apresentaram frequência superior a 50%. Os indicadores menos frequentes foram: dispareunia e aversão sexual.

Verificamos a associação entre alguns indicadores clínicos e as variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico. Alteração no orgasmo, associou-se significativamente com a faixa etária. Alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável e frigidez associaram-se com a cor autorreferida. Busca de confirmação da qualidade de ser desejável, mudança no interesse por outras pessoas e redução no desejo sexual apresentaram relação estatisticamente significativamente com o estado civil. Alteração na atividade sexual, alteração na excitação sexual e alteração no orgasmo tiveram associação significativa com a renda familiar. Mudança no interesse por si mesmo teve relação com religião e aversão sexual com o número de filhos.

O indicador clínico frigidez associou-se ao diagnóstico; alteração na atividade sexual, frigidez e alteração no orgasmo associaram-se ao tempo de diagnóstico; alteração na satisfação sexual, limitação sexual percebida e redução no desejo sexual tiveram relação significativa com o estadiamento para tumor primário e alteração na satisfação sexual com o estadiamento para metástase. A aversão sexual e frigidez associaram-se a realização de cirurgia para tratamento; busca de confirmação da qualidade de ser desejável, limitação sexual percebida, aversão sexual, frigidez e vaginismo associaram-se com prótese mamária; alteração na excitação sexual com o tratamento realizado; alteração na atividade sexual e frigidez

associaram-se com o tipo de tratamento; alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável e aversão sexual associaram-se significativamente ao tratamento anterior realizado pela paciente. Como também, identificamos relação significativa entre alteração na atividade sexual e mudança no interesse por si mesmo com o ciclo de tratamento e mudança no interesse por si mesmo e frigidez ao tempo de tratamento.

O diagnóstico Disfunção sexual quando associado às variáveis sociodemográficas, clínicas, de tratamento e classe de fármacos apresentou associação significativa apenas com o estado civil da paciente.

Todavia, os resultados devem ser vistos com ponderação devido à especificidade e ao tamanho da amostra, havendo a necessidade da realização de novas pesquisas com o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em diferentes populações, para que, assim, se possa futuramente comparar os indicadores clínicos mais importantes para cada circunstância específica.

Percebemos que uma grande parte da amostra apresentou Disfunção sexual, porém essas alterações na sexualidade ainda são bastante negligenciadas pelos profissionais de saúde. Esse estudo pode viabilizar o diagnóstico precoce ou a confirmação da Disfunção sexual por meio de indicadores clínicos mais acurados, colaborando com os enfermeiros na sua prática clínica, visto que quando se traça diagnósticos de enfermagem que realmente contemplem as necessidades do paciente, da família e da comunidade as intervenções tendem a ser mais direcionadas para o bem-estar do indivíduo.

Verificamos também que dois dos indicadores clínicos com maior especificidade nesse estudo não são contemplados na NANDA-I, logo percebe-se que há a necessidade de uma atualização desse diagnóstico, para a inclusão de novos indicadores clínicos e revisão dos componentes já existentes, objetivando torná-los mais precisos. Além disso, o indicador clínico, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, que confunde-se com fator etiológico. Desse modo, como sugestão de estudos futuros, indicamos a realização de uma validação clínica ou de conteúdo do diagnóstico Disfunção sexual.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H.; OLIVEIRA JUNIOR, W. M.; MOREIRA JUNIOR, E. D.; FITTIPALDI, J. A. Sexual profile of brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB). **Rev Bras Med**, v. 59, n. 4, p. 250-7, 2002.
- ALDER, J.; ZANETTI, R.; WIGHT, E.; URECH, C.; FINK, N.; BITZER, J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? **J. Sex. Med.**, v. 5, n. 8, p. 1898-1906, 2008.
- ANDRADE, A. L. S. S.; ZICKER, F. **Métodos de Investigação Epidemiológica em Doenças Transmissíveis**. Volume I. Organização Pan-americana da Saúde. Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia, 2017.
- American Cancer Society. **Cancer Facts & Figures**. Atlanta: American Cancer Society, 2002.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th edn. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- ARAÚJO, A. C.; LATUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, vol. XVI, n. 1, p. 67 – 82, 2014.
- BAKEWELL, R. T.; VOLKER, D. L.; Sexual Dysfunction Related to the Treatment of Young Women With Breast Cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 9, n. 6, p. 697, 2017.
- BARNI, S.; MONDIN, R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. **Annals of oncology**, n. 8, p. 149-153, 1997.
- BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. especial – 70 anos, p. 864-867, 2009.
- BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347, 2013.
- BONASSA, E. M. A.; MOTA, M. L. S.; GATO, M. I. R. Terapia Antineoplásica. In BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012, p. 17-24.
- BOSWELL, E. N.; DIZON, D. S. Breast cancer and sexual function. **Translational Andrology and Urology**, v. 4, n. 2, p. 160-168, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Quimioterapia**. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8e973c004eb686f794f896f11fae00ee/perguntas qt.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8e973c004eb686f794f896f11fae00ee>. Acesso em 18 set. 2016.
-
- . **Tratamento do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>. Acesso em 18 set. 2016.

_____. **Estimativas 2016: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em 20 de set. 2016.

_____. **Hormonioterapia**. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=103>. Acesso em 02 jan. 2017.

CANTINELLI, F. S.; CAMACHO, R. S.; SMALETZ, O. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiquiatr. Clín**, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.

CAVALHEIRO, J. A. C.; BITTELBRUNN, A. C. C.; MENKE, C. H.; BIAZÚS, J. V.; XAVIER, N. L.; CERICATTO, R.; et al. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. **BMC Women's Health**, v. 12, n. 28, p. 2-8, 2012.

CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. S. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2013.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Nº 358 de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

COSTA, M. A. B. D. L.; CHAGAS, S. R. P. Quimioterapia neoadjuvante no câncer de mama operável: revisão da literatura. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 261-269, 2013.

COSTA, R. P. **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Gente, 1994.

COSTA, V. C. I. **Fisiologia do adulto e idoso**. Nutrição clínica: da gestação ao envelhecimento. Ribeirão Preto, 2008.

COSTA, M. A. D. L.; CHAGAS, S. R. P. Neoadjuvant Chemotherapy in Operable Breast Cancer: Literature Review. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 261-269, 2013.

DOW, J.; SHELDON, L. K. Breast cancer survivors and Sexuality: a review of the literature concerning sexual functioning, assessment tools, and evidence-based interventions. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 19, n. 4, p. 456-461, 2015.

GILBERT, E.; USSHER, J. M.; PERZ, J. Sexuality after breast cancer: a review. **Maturitas**, v. 66, n. 4, p. 397-407, 2010.

FANG, S.; LIN, Y; CHEN, T.; LIN, C. Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. **Support Care Cancer**, v. 23, p. 2551-2559, 2015.

FANGEL, L. M. V.; PANOBIANCO, M. S.; KEBBE, L. M.; ALMEIDA, A. M.; GOZZO, T.

O. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013.

FOBAIR, P.; STEWART, S. S.; CHANG, S.; D'ONOFRIO, C.; BANKS, P. J.; BLOOM, J. R. Body image and sexual problems in young with breast cancer. **Psycho-oncology**, v. 15, p. 579-594, 2005.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PELEGRINO, F. M. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 21, n.4, p. 549-555, 2008.

GALVÃO, C. M. G.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **TCC – Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. São Paulo: Iátria, 2010, cap. 4, p. 105-125.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GREENDALE, G.; HOGAN, P.; SHUMAKER, S. Sexual functioning in postmenopausal women: the postmenopausal estrogen/progestin interventions (PEPI) trial. **J. Women's Health**, v. 5, p. 445-448, 1996.

GUEDES, N. G.; MARTINS, L. C. G.; LOPES, M. V. O.; TEIXEIRA, I. X.; SOUSA, V. E. C.; MONTORIL, M. H. Nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: an analysis of accuracy. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.804-10, 2014.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed; 2013.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (Eds.), **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & classification. 2015-2017**, Wiley-Blackwell, Oxford, 2014.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HORDERN, A. Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. **Cancer Nurs.**, v. 23, p. 230-236, 2000.

HENTSCHERL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP, E.; GOLDIM, J. R.; PASSOS, E. P.; Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v. 27, n. 1, p. 10-14, 2007.

HUGUET, P. R.; et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2015.

JUVENALE, M. Nomeclaturas e estadiamento. In: RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. N. **Oncologia para enfermagem**. Barueri: Manole; 2016.

JARVIS, C. **Guia de exame físico para enfermagem**. 6a edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In MCCLEOD, C. M. **The clinical evaluation of chemotherapeutic agents**. New York: Columbia University Press, p. 191-205, 1949.

KEDDE, H.; VAN DE WIEL, H. B. M.; SCHULTZ, W. C. M.; WISEN, C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. **Support Care Cancer**, v. 21, p. 271-280, 2013.

KLAESON, K.; SANDELL, K.; BERTERO, C. M. To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. **European Journal of Care Cancer**, v. 20, p. 728-737, 2011.

LAM, W. W. T.; LI, W. W. Y.; BONANNO, G. A.; MANCINI, A. D.; CHAN, M.; OR, A.; FIELDING, R. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship^[11] to 6 years psychosocial outcomes. **Breast Cancer Res. Treat.**, v. 131, p. 957-967, 2012.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. **J. Am. Med. Assoc.**, v. 81, p. 537-544, 1999.

LAUMANN, E. E.; GAGNON, J. H.; MICHAEL, R. T.; et al. **The social organization of sexuality: sexual practices in the United States**. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.

LEE, M.; KIM, Y. H.; JEON, M. J. Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 24, p. 1097-1103, 2015.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 21, p.82-88, 2010.

MALE, D. A.; FERGUS, K. D.; CULLEN, K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. **Curr. Opin Support Palliat Care**, v. 10, p. 66-74, 2016.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual response**. Boston: Brown, 1966.

- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual inadequacy**. Boston: Brown, 1970.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca; 1984.
- MANGANIELLO, A.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M.; MIRANDA, C. M.; ROCHA, C. A. M. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 15, p. 167e172, 2011.
- MAUER, C.; SPENCER, S.; DUNGAN, J.; HURLEY, K. Exploration of Male Attitudes on Partnerships and Sexuality with Female BRCA1/2 Mutation Carriers. **J. Genet. Counsel.**, v. 25, 290–297, 2016.
- MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. 2004. 251f. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MOREIRA, W. B. **Leitura Crítica de Artigos Científicos**. Belo Horizonte – MG: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 2012.
- MORAES, M. W; CUNHA, M. L. R. Câncer de mama. In: RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. N. **Oncologia para enfermagem**. Barueri: Manole; 2016.
- NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 759-766, 2011.
- OLIVEIRA, F. N. G. Modificadores da resposta biológica. In: RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. N. **Oncologia para enfermagem**. Barueri: Manole; 2016.
- POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.
- PEREIRA, V. M.; SILVA, A. C. O.; NARDI, A. E. Persistent genital arousal disorder: a literature review. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 223-232, 2010.
- RODRIGUES, A. B.; MARTIN, L. G. R. Quimioterapia antineoplásica. In: RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. N. **Oncologia para enfermagem**. Barueri: Manole; 2016.
- SABINO NETO, M.; MENEZES, M. V. A.; MOREIRA, J. R.; GARCIA, E. B.; ABLA, L. E. F.; FERREIRA, L. M. Sexuality After Breast Reconstruction Post Mastectomy. **Aesth Plast Surg**, v. 37, 643–647, 2013.
- SALLES, J. M. **Tratado de ginecologia: anatomofisiologia da resposta sexual humana**. São Paulo: Roca; 1984.
- SANTOS, M. A.; et al. A (in) sustentável leveza dos vínculos afetivos: investigando a sexualidade em mulheres que enfrentam o tratamento do câncer de mama. **Rev. do NESME**, v. 10, n.1, p. 1-8, 2013.
- SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o

processo e obstáculos da implantação. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

SANTOS, D. B.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Sexuality and breast cancer: a systematic literature review. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n.4, p.1342-1355, 2014.

SMELTZER, C. S. et al. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara/Koogan, 2012.

SWANSON, S. A. et al. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: Na application to eating disorder research. **Internacional Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012.

SILVA, L. C. Câncer de mama e o sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008.

TAKAHASHI, M. Psychosocial distress among young breast cancer survivors: implications for healthcare providers. **Breast Cancer**, v. 21, p. 664–669, 2014.

TAKAHASHI, M.; OHNO, S.; INOUE, H.; KATAOKA, A.; YAMAGUCHI, H.; UCHIDA, Y.; et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. **Psycho-Oncology**^[1], v. 17, p. 901-907, 2008.

TAYLOR, S.; HARLEY, C.; TAKEUCHI, E.; BROWN, J.; VELIKOVA, G. Detecting and Discussing Sexual Problems during Chemotherapy for Breast Cancer. **The Breast Journal**, v. 19, n. 5, p. 566–567, 2013.

TEE, B. C; AHMAD RASIDI, M. S.; MOHD RUSHDAN, M. N.; ISMAIL, A.; SIDI, H. The Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Gynaecological Cancer Patients. **Med & Health**, v. 9, n. 1, p. 53-61, 2014.

USSHER, J. M.; PERZ, J.; GILBERT, E. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 2, p. 327-337.

VANLEMMENS, L.; CHRISTOPHE, V.; FOURNIER, E.; DAUCHY, S.; BOINON, S.; TOUDIC-EMILY, F.; DUFFOUR, B.; MACHAVOINE, J. The Quality of Life of Young Women with Nonmetastatic Breast Cancer and their Partners': Specific Needs Require Development of Specific Questionnaires for Each of them. **The Breast Journal**, v. 18, n. 2, 182–184, 2012.

VARELA, A. I. S.; ROSA, L. M.; SEBOLD, N.; LAVERDE, A. G.; MAÇANEIRO, A.; ERDMANN, A. L. Comprometimento da sexualidade de mulheres com câncer de mama. **Enferm. Foco**, v. 8, n. 1, p. 67-71, 2017.

VERENHITACH, B. D.; MEDEIROS, J. N.; ELIAS, S.; NAZÁRIO, A. C. P. Breast cancer and its effects on sexuality: a systematic review on the evaluation and treatment. **FEMINA**, v. 42, n. 1, p. 3-10, 2014.

VIEIRA, E. M.; SANTOS, D. B.; SANTOS, M. A.; GIAMI, A. Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 408-414, 2014.

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. **Cancer today**. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/home>>. Acesso em 20 nov. 2017.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<i>PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	
1) Nome:	2) Prontuário:
3) Idade (Anos Completos):	4) Escolaridade (Em Anos De Estudos):
5) Raça (auto referida): 1.Branca () 2.Parda () 3.Negra () 4.Amarela () 5. Indígena ()	
6) Estado Civil: 1. Solteira () 2.União Estável () 3. Casada () 4.Divorciada () 5.Viúva ()	
7) Situação Ocupacional: 1. Empregada () 2. Desempregada () 3.Aposentada ()	
8) Procedência: 1. Interior Do Estado () 2. Capital () 3. Outro Estado () Qual? _____	
9) Renda Familiar: 1. Menor ou igual a 1 salário mínimo () 2. Entre 2 e 3 salários mínimos () 4. Maior ou igual a 4 salários mínimos ()	
10) Religião: 1. Católica () 2. Evangélica () 3. Espírita () 4. Nenhuma () Outra:	12) Tem filhos? 1.SIM () 2.NÃO() Quantidade De Filhos:

<i>PARTE II – DADOS CLÍNICOS</i>
13) Tempo Do Diagnóstico (em meses):
14) Estadiamento para Tumor Primário: 1. T1 () 2. T2 () 3. T3 () 4. T4 ()
15) Estadiamento para Linfonodo: 1.N0 () 2.N1 () 3.N2 () 4.N3 ()
16) Estadiamento para Metástase: 1. M0 () 2.M1 ()
17) Fez Cirurgia? 1.SIM () 2.NÃO ()
18) Se SIM, Qual? 1. Setorectomia () 2. Quadrantectomia () 3. Mastectomia Parcial () 4. Mastectomia Total ()
20) Está realizando Hormonioterapia? 1. SIM () 2.NÃO ()
21) Se respondeu sim ao item anterior: Qual o medicamento? E dose? Há quanto tempo?
21) Tratamento com quimioterapia (sessão que se encontra no momento da entrevista):
22) Data de início da quimioterapia (DD/MM/AAAA):
23) Quimioterápicos (substância e a respectiva dose):

<i>PARTE III – DADOS SUBJETIVOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL</i>
1)Você percebe alteração na sua vida sexual? (IC1) 1.1 Sim () 1.2 Não ()
2)Você percebeu alguma alteração na sua excitação sexual, como ausência, diminuição ou curta duração? (IC2) 2.1 Sim () 2.2 Não ()
3)Você se sente insatisfeita ou preocupada com a sua vida sexual? (IC3) 3.1 Sim () 3.2 Não ()
4)Você busca confirmar de alguma forma que é desejada pelo seu companheiro? (IC4) 4.1 Sim () 4.2 Não ()
5)Você percebe alguma dificuldade durante a relação sexual? (IC5) 5.1 Sim () 5.2 Não ()
6)Você percebe ausência ou diminuição do seu interesse sexual pelo seu parceiro? (IC6) 6.1 Sim () 6.2 Não ()
7)Você sente alguma mudança não desejada na sua função sexual? (IC7) 7.1 Sim () 7.2 Não ()
8)Você está insatisfeita com a sua aparência ou feminilidade? Tem dificuldade de se olhar no espelho? (IC8) 8.1 Sim () 8.2 Não ()
9)Você percebe mudança no seu comportamento sexual frente aos demais e à sociedade? (IC9) 9.1 Sim () 9.2 Não ()
10)Você sente que o seu desejo sexual diminuiu? (IC10) 10.1 Sim () 10.2 Não ()
11) Você sente nojo, repugnância ou medo de sexo? (IC11) 11.1 Sim () 11.2 Não ()
12)Você sente indiferença ou insensibilidade ao sexo? (IC12) 12.1 Sim () 12.2 Não ()
13)Você sente dor ou desconforto antes, durante ou após o ato sexual? (IC13) 13.1 Sim () 13.2 Não ()
14)Você percebe mudanças como a não ocorrência do orgasmo, levar mais tempo do que o esperado para ocorrer ou alcançá-lo rapidamente ? (IC14) 14.1 Sim () 14.2 Não ()

15) Você percebe alguma contração na vagina durante a penetração? (IC15)

15.1 Sim () 15.2 Não ()

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Iarlla Silva Ferreira como participante da pesquisa intitulada “ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO COM TERAPIA ADJUVANTE” Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a precisão dos sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” em mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento (quimioterapia ou hormonioterapia). A importância da pesquisa destaca-se pelas consequências que as alterações na sexualidade dessas pacientes provocam na qualidade de vida das mesmas, por isso pretendemos contribuir para que vocês recebam uma assistência mais qualificada sejam e orientadas em relação a estes aspectos pelos enfermeiros. Você participará de uma entrevista e responderá perguntas sobre a sua idade, escolaridade, estado civil, renda etc.; nessa entrevista também serão feitas perguntas sobre a sua vida sexual, totalizando no geral 38 perguntas. Sabemos que você pode se sentir desconfortável e que existe um risco de você ficar triste ou incomodada ao responder essas perguntas. Por isso, esclarecemos que você pode se recusar a responder qualquer pergunta durante a entrevista ou recusar-se a continuar participando da entrevista sem que haja nenhum prejuízo. Garanto que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, sua identidade será resguardada e em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. É importante destacar que a sua participação nesta pesquisa ocorrerá de forma voluntária, ou seja você não receberá nenhum pagamento por participar do estudo. O termo será disponibilizado em duas vias originais, as quais deverão ser assinadas pelo pesquisador e por você, uma das vias será entregue para você e a outra pertencerá ao pesquisador.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Iarlla Silva Ferreira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Francisca Clotilde, 486, Rodolfo Teófilo.

Telefones para contato: (85)9.9652-0509

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___ / ___ / ___

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

Atividades (Descrição Técnica do procedimento)

- 1. Apresentar-se à enfermeira responsável pelo plantão no ambulatório;**
- 2. Realizar levantamento das pacientes que estão sendo atendidas no ambulatório que apresentam o diagnóstico de câncer de mama e separar os respectivos prontuários;**
- 3. A partir do prontuário:**
 - ✓ Averiguar idade da paciente (é necessário ter maior que 18 anos de idade);
- 4. Individualmente se dirigir a cada paciente, apresentar-se, explicar a pesquisa e o seu objetivo; e convidar a paciente a participar do estudo caso a mesma possua vida sexualmente ativa;**
- 5. Se a paciente aceitar:**
 - ✓ Aplicar a Escala de Karnofsky, mediante a qual será adotado um percentual mínimo de 60% para incluir a paciente no estudo;
 - ✓ Realizar avaliação pulmonar através da verificação da frequência respiratória (FR), avaliando se o paciente apresenta dispneia (frequência respiratória maior que 20irpm); medir diâmetro anteroposterior do tórax e transverso e observar se há alguma alteração (diâmetro anteroposterior igual ou acima do transverso); e por último realizar a ausculta pulmonar e avaliar a presença de crepitações, roncos, sibilos ou redução de murmúrios vesiculares.
- 6. Caso a paciente se enquadre nos critérios de inclusão/exclusão supracitados, solicitar que a mesma leia (ou você poderá ler) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e assine as duas vias, deixando claro que a mesma poderá desistir a qualquer momento.**
- 7. Assinar as duas vias do TCLE, entregar uma para a paciente e guardar a outra.**
- 8. Durante a entrevista seguir os seguintes princípios:**
 - ✓ Conduzir a paciente a sala privativa no sentido de manter o sigilo das informações, no momento em que mais se apropriar;
 - ✓ Ler para o entrevistado as perguntas contidas nos instrumentos;
 - ✓ Ler em um tom de voz adequado e de forma clara, para facilitar a compreensão do paciente;
 - ✓ Registrar as respostas fornecidas pelo entrevistado, de acordo com as opções

que ele tem;

✓ Demonstrar atenção e respeito durante a entrevista.

9. Iniciar pela PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, registrando:

- a) Iniciais da paciente;
- b) Número do prontuário;
- c) Idade (em anos completos);
- d) Escolaridade (mensurada através dos anos de estudo).
- e) Raça, que será autodeclarada (branca, preta, parda, indígena ou amarela);
- f) Estado civil (solteira, casada, em união estável, divorciada ou viúva);
- g) Situação ocupacional (empregado, desempregado ou aposentado);
- h) Procedência (local em que reside: interior do estado, capital ou outro Estado);
- i) Renda familiar mensal (menor ou igual a um salário mínimo, entre 2 e 3 salários mínimos, maior ou igual a 4 salários mínimos);
- j) Religião (católica, evangélica, espírita, nenhuma ou outra, informando o nome correspondente)
- k) Se a paciente tem filhos, se sim a quantidade.

10. Prosseguir para PARTE II – DADOS CLÍNICOS:

- a) Tempo de diagnóstico, em meses;
- b) Estadiamento para tumor primário: T1, T2, T3 ou T4;
- c) Estadiamento para linfonodo: N0, N1, N2 ou N3;
- d) Estadiamento para metástase: M0, M1 ou MX;
- e) Se realizou procedimento cirúrgico, sendo a resposta positiva existirá as opções: setorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial e mastectomia total;
- f) Qual tratamento farmacológico realiza no momento da entrevista;
- g) Qual o fármaco que utiliza, a dose e há quanto tempo utiliza;
- h) A sessão do tratamento farmacológico que se encontra no momento da entrevista;
- i) Data de início da do tratamento farmacológico;

** Estas informações devem ser coletadas do prontuário da paciente, se houver quaisquer dúvidas questionar a mesma sobre estes dados.

11. Para finalizar, aplique a PARTE III – DADOS SUBJETIVOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL:

✓ Na terceira parte do instrumento questionar sobre os dez indicadores clínicos referentes ao DE Disfunção Sexual que são apresentados pela taxonomia II da

NANDA-I: alteração na atividade sexual, alteração na excitação sexual, alteração na satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, limitação sexual percebida, mudança do interesse por outras pessoas, mudança indesejada na função sexual, mudança no interesse por si mesmo, mudanças no papel sexual e redução do desejo sexual;

✓ Como também, os cinco indicadores clínicos levantados pela revisão integrativa da literatura: aversão sexual, frigidez, dispareunia, alteração no orgasmo e vaginismo.

➤ Após execução do procedimento:

10. Conferir os instrumentos para verificar se todos os itens foram respondidos;

11. Certificar-se que o TCLE está assinado pela entrevistada;

12. Perguntar se a paciente tem alguma dúvida ou questionamento;

13. E, por fim, agradecer.

ANEXO A – ESCALA DE KARNOSKY

Escala de Performance: Karnofsky	
100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita suporte
10%	Moribundo, morte iminente

Fonte: Karnofsky e Burchenal (1949).

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO ADJUVANTE

Pesquisador: IARLLA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65416717.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.024.851

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de uma dissertação de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O tema investigado é sobre diagnósticos de enfermagem com ênfase na acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de Enfermagem disfunção sexual em mulheres com câncer de mama. Apresenta escrita clara, coerente e objetivo com contextualização do problema de pesquisa e processo metodológico viável e adequado aos objetivos propostos. Referências pertinentes ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento adjuvante.

Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com CM em tratamento adjuvante;
- Identificar a frequência dos indicadores clínicos de Disfunção Sexual em mulheres

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.024.851

com Câncer de Mama em tratamento adjuvante;

- Verificar a associação entre os indicadores clínicos e as variáveis sociodemográficas e clínicas em mulheres com Câncer de Mama em tratamento adjuvante;

- Determinar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com Câncer de Mama em tratamento adjuvante;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como a pesquisa aborda a sexualidade das mulheres, a mesma poderá causar risco psicológico e moral para as participantes, em virtude do pudor e do estigma que algumas mulheres podem apresentar ao falar neste assunto. Contudo, para minimizar estes riscos será explicado de forma clara e sucinta os objetivos do estudo, será garantido que os dados coletados serão apresentados unicamente para fins científicos, sempre mantendo o anonimato das participantes e também será informado que a participante poderá desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Além disso, a aplicação do instrumento acontecerá de forma reservada e individualmente.

Os benefícios do estudos poderão ser percebidos quando, da realização de busca da acurácia dos indicadores clínicos, pois tornará possível a determinação de um Diagnóstico de Enfermagem mais preciso, com Indicadores Clínicos que serão mais factíveis na prática clínica dos profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento adjuvante, com amostragem não-probabilística consecutiva. Será realizado no ambulatório de quimioterapia e hormonioterapia de dois hospitais de referência do estado do Ceará, localizados no município de Fortaleza. A população do estudo será constituída por mulheres diagnosticadas com câncer de mama e que tenham iniciado tratamento adjuvante (QT e/ou HT) nas instituições lócus da pesquisa. Critérios de inclusão e exclusão bem delineados. Ressalta-se que para avaliar a condição clínica do participante se usará a Escala de Karnofsky. O tamanho da amostra será definido conforme a quantidade de indicadores clínicos a serem estudados, numa proporção de 5 a 30 sujeitos por Indicadores Clínicos. Dessa forma, como no presente estudo serão incluídas as dez características definidoras que a NANDA-I traz para o Diagnóstico de Enfermagem em questão será adotado o valor de 13 indivíduos por IC, atingindo assim o tamanho amostral de 195 sujeitos. Os dados serão coletados no período de abril a junho de 2017, por meio de entrevista com as pacientes e consultas aos prontuários para complementar as informações. O formulário para coleta de dados é subdividido em três partes: dados sociodemográficos, dados clínicos e dados

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.024.851

referentes aos sinais e sintomas subjetivos que caracterizam a disfunção sexual. Análise dos dados descritos com base na estatística descritiva, e também será analisada a especificidade e sensibilidade por meio do método de análise classe latente. Aspectos éticos contidos no texto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram entregues Folha de rosto, carta de envio ao CEP, cronograma da pesquisa, orçamento, declaração de concordância dos pesquisadores, termo de compromisso para utilização de dados, autorização das duas instituições onde ocorrerão a coleta de dados, TCLE e currículo do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_867135.pdf	06/03/2017 20:55:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/03/2017 20:54:59	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IARLLASILVAFERREIRA.docx	06/03/2017 20:49:02	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOINSTITUCIONAL_.pdf	20/02/2017 23:25:26	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOINSTITUCIONAL_IARLLASILVAFERREIRA.pdf	20/02/2017 23:24:48	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	CARTASOLICITACAO_IARLLASILVAFERREIRA.pdf	20/02/2017 23:14:04	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO_IARLLASILVAFERREIRA.pdf	20/02/2017 23:13:20	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_IARLLASILVAFERREIRA.pdf	20/02/2017 23:11:20	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_IARLLASILVAFERREIRA.pdf	20/02/2017 23:09:15	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_IARLLASILVAFERREIRA.pdf	20/02/2017 23:08:40	IARLLA SILVA FERREIRA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

