



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**IARLLA SILVA FERREIRA**

**ACONSELHAMENTO POR TELENFERMAGEM NA FUNÇÃO SEXUAL DE  
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

**FORTALEZA**

**2022**

IARLLA SILVA FERREIRA

ACONSELHAMENTO POR TELENFERMAGEM NA FUNÇÃO SEXUAL DE  
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Fátima Carvalho Fernandes.

FORTALEZA

2022

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)

---

- F441a Ferreira, Iarlla Silva.  
Aconselhamento por telenfermagem na função sexual de mulheres com câncer de mama : ensaio clínico randomizado / Iarlla Silva Ferreira. – 2022.  
97 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2022.  
Orientação: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.
1. Sexualidade. 2. Neoplasias da mama. 3. Ensaio clínico. 4. Telefone. 5. Enfermagem. I. Título.  
CDD 610.73
-

IARLLA SILVA FERREIRA

ACONSELHAMENTO POR TELENFERMAGEM NA FUNÇÃO SEXUAL DE  
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eveline Beserra Pinheiro (1º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro (2º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andrea Bezerra Rodrigues (3º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Manuela de Mendonça Figueiredo Coelho (4º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me guiado e me iluminado durante todo esse processo, por ter me dado coragem e resiliência para seguir em frente apesar das dificuldades e obstáculos que surgiram ao longo do caminho. Sem Ele, nada disso seria possível.

Aos meus pais, Antônio Sidney Ferreira de Oliveira e Soraya Costa Silva Ferreira, pela educação que me proporcionaram e pelos valores que passaram durante o meu crescimento, por sempre estarem ao meu lado, por terem acreditado e confiado em mim e principalmente, por terem abdicado de tantos sonhos e planos pessoais por nós, seus filhos. Sem vocês, eu não teria conseguido conquistar mais esse sonho!

Aos meus irmãos, Luiz Sérgio Silva Ferreira e Allyson Silva Ferreira, pelo apoio, amor e companheirismo. Por sempre terem cuidado tão bem de mim e por todo o carinho. Vocês são presentes de Deus para mim, amo vocês.

Aos meus avós paternos e maternos, Raimunda Oliveira Lima, Luiz Ferreira Lima (*in memoriam*), Albertina Costa e Silva e Sérgio Vieira da Silva (*in memoriam*), por serem exemplos de amor, doação e pilares da nossa família.

Ao meu namorado, familiares e amigos que se fizeram presente não só dia da defesa, mas também ao longo desses 4 anos, pelas palavras de incentivo, apoio e estímulo. Sou muito grata a cada um de vocês.

A minha orientadora e mentora, Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes, por esses 10 anos juntas, por todo suporte, apoio e estímulo ao longo desses anos. Como também pelo exemplo de mulher e profissional que é e que me incentiva a ser. Não há palavras que descrevam a minha gratidão pela senhora.

A minha banca de doutorado, Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eveline Beserra Pinheiro, Régia Christina Moura Barbosa Castro, Andrea Bezerra Rodrigues e Manuela de Mendonça Figueiredo Coelho não só por terem aceitado o convite para compor a banca, mas pelo zelo e cuidado que tiveram com o meu trabalho, por todas as contribuições que realizaram para melhorá-lo ainda mais.

A Universidade Federal do Ceará, em especial, ao Departamento de Enfermagem, incluindo os professores e funcionários de uma forma geral, pelo trabalho que realizam com tanto esmero e dedicação.

## RESUMO

Mulheres com câncer de mama (CM) apresentam diversos problemas relacionados ao funcionamento sexual, como também a imagem corporal e no relacionamento conjugal, decorrentes dos tratamentos para CM, porém, ainda possuem pouco acesso a informações ou esclarecimentos relacionados à sua função sexual. Desse modo, objetivou-se avaliar o efeito do aconselhamento por telenfermagem na função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo. Tratar-se de um ensaio clínico randomizado, o qual seguiu os preceitos do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), no qual foram comparados dois grupos: Grupo Controle - GC (sem intervenção) e Grupo Intervenção - GI (aconselhamento por telenfermagem), que ocorreu por meio de três aconselhamentos por telefone durante oito semanas, com intervalo de aproximadamente 15 dias. Este estudo captou pacientes que estavam em tratamento curativo em duas instituições públicas localizadas na Cidade de Fortaleza-CE entre agosto de 2021 e janeiro de 2022; e foi desenvolvido em quatro etapas: 1) Linha de Base; 2) Randomização; 3) Intervenção e 4) Avaliação do desfecho: logo após a intervenção (8 semanas) e com 12 semanas. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um que contemplava as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama e o Índice da Função Sexual Feminina (FSFI). Os dados foram compilados e analisados no JASP, versão 0.15 para Mac. O estudo foi submetido nos Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das respectivas instituições com número de parecer 4.742.687 e 4.742.687; e registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-1056fgjk). Foram analisadas 59 participantes, das quais 30 eram do Grupo Intervenção e 29 do Grupo Controle. A análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas evidenciou que não houve diferença nos escores da função sexual entre o Grupo Intervenção e Grupo Controle em nenhum dos três momentos avaliados (T0, T1 e T2) ( $F(2) = 1,555, p = 0,216$ ). Como também não houve diferença nos escores dos domínios sexuais: desejo ( $p=0,223$ ), lubrificação ( $p=0,216$ ), excitação ( $p=0,228$ ), satisfação ( $p=0,138$ ), orgasmo ( $p=0,392$ ) e dor ( $0,231$ ). Foi realizado uma Regressão Linear Múltipla incluindo as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama que apresentaram correlação significativa positiva ou negativa (número de relações sexuais/mês, refere problemas sexuais, presença de comorbidades, ter realizado tratamento anterior, idade, tempo de união, filhos em idade escolar, status da menstruação e tempo de diagnóstico) com a função sexual. A Regressão demonstrou haver uma influência significativa da quantidade de relações sexuais/mês ( $p<0,001$ ) na predição dos níveis de função sexual [ $F(3,83) = 14,291, p<0,001, Durbin-$

*Watson 1,990*], em que a cada desvio-padrão que sobe na quantidade de relações sexuais sobe 0,44 escores nos níveis de função sexual. Concluiu-se que não houve diferença entre os níveis de função sexual ou domínios sexuais de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo que realizaram o aconselhamento por telenfermagem com as que não realizaram. E a quantidade de relações sexuais é um fator preditor para alterações nos níveis de função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo.

**Palavras-chave:** Sexualidade; Neoplasias da mama; Ensaio clínico; Telefone; Enfermagem.

## ABSTRACT

Women with breast cancer (BC) have several problems related to sexual functioning, as well as body image and marital relationship, resulting from treatments for information or clarifications related to their sexual function. Thus, the objective of this study was to evaluate the effect of telenfermation counseling on the sexual function of women with breast cancer undergoing curative treatment. This was a randomized clinical trial, which followed the precepts of the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT), in which two groups were compared: Control Group - CG (without intervention) and Intervention Group - IG (telenferming counseling) which occurred through three telephone counseling during eight weeks, with an interval of approximately 15 days. This study captured patients who were undergoing curative treatment in two public institutions located in the city of Fortaleza-CE between August 2021 and January 2022; and was developed in four stages: 1) Baseline; 2) Randomization; 3) Intervention and 4) Evaluation of the outcome: soon after the intervention (8 weeks) and at 12 weeks. Two instruments were used for data collection: one that included sociodemographic, clinical and breast cancer-related variables and the Female Sexual Function Index (FSFI). The data were compiled and analyzed in JASP, version 0.15 for Mac. The study was submitted to the Ethics Committee in Research with Human Beings of the respective institutions with opinion number 4,742,687 and 4,742,687; and registered in the Brazilian Registry of Clinical Trials (RBR-1056fgjk). 59 participants were analyzed, of which 30 were from the Intervention Group and 29 from the Control Group. The analysis of variance (ANOVA) of repeated measures showed that there was no difference in sexual function scores between the Intervention and Control Groups in any of the three evaluated moments (T0, T1 and T2) ( $F(2) = 1.555, p = 0.216$ ). There was also no difference in the scores of the sexual domains: desire ( $p=0.223$ ), lubrication ( $p=0.216$ ), excitement ( $p=0.228$ ), satisfaction ( $p=0.138$ ), orgasm ( $p=0.392$ ) and pain ( $p=0.231$ ). Multiple Linear Regression was performed including sociodemographic, clinical and breast cancer-related variables that showed significant positive or negative correlation (number of sexual intercourse/month, reports sexual problems, presence of comorbidities, previous treatment, age, time of marriage, school age children, menstruation status and time of diagnosis) with sexual function. Regression showed a significant influence of the amount of sexual intercourse/month ( $p<0.001$ ) in the prediction of levels of sexual function [ $F(3.83) = 14.291, p<0.001, \text{Durbin-Watson } 1.990$ ], in which each standard deviation that increases in the amount of sexual relations rises 0,44 scores on sexual function levels. It was concluded that there was no difference between the

levels of sexual function or sexual domains of women with breast cancer undergoing curative treatment who underwent telenfermation counseling with those who did not. And the amount of sexual intercourse is a predictive factor for changes in sexual function levels in women with breast cancer on curative treatment.

**Keywords:** Sexuality; Breast neoplasms; Clinical trial; Telephone; Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 – Representação gráfica da coleta de dados. Fortaleza-CE, 2022.....</b>	<b>44</b>
<b>Figura 2 – Estrutura e cargas fatoriais do FSFI.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 3 – Fluxograma dos participantes em cada etapa do processo de coleta de dados. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 1 – Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) de acordo com alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle] nos três períodos de avaliação. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>68</b>
<b>Quadro 1 – Estruturação da estratégia de busca no idioma inglês. Fortaleza-CE, 2020.....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 2 – Estruturação da estratégia de busca no idioma português. Fortaleza-CE, 2020.....</b>	<b>28</b>
<b>Quadro 3 – Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2020.....</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 4 – Efeitos das intervenções educativas no funcionamento sexual. Fortaleza-CE, 2020.....</b>	<b>36</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Índices de ajuste do modelo dimensional do FSFI.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres aleatorizadas de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Fortaleza, 2022.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, de acordo com a alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle]. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabela 4 – Valores do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) de acordo com alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle] nos três períodos de avaliação). Fortaleza, 2022.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 5 – Diferença das médias do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) entre os grupos intervenção e controle nos três períodos de avaliação. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 6 – Tabela 10 – Valores dos seis domínios do Índice da Função Sexual Feminina de acordo com alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle] nos três períodos de avaliação. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 7 – Inferência estatística dos domínios do Índice da Função Sexual Feminina entre os grupos (grupo controle e intervenção) nos períodos analisados (T0, T1 e T2). Fortaleza, 2022.....</b>	<b>70</b>
<b>Tabela 8 – Correlação dos níveis de função sexual com as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabela 9 – Variáveis preditoras da função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo de acordo com o Modelo de Regressão Logística. Fortaleza, 2022.....</b>	<b>72</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	21
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	21
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	22
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA: O ESTADO DA ARTE</b> .....	23
<b>4.1</b>	<b>Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa</b> .....	31
<b>4.2</b>	<b>Avaliação dos efeitos das intervenções educativas</b> .....	36
<b>4.3</b>	<b>Considerações finais da revisão</b> .....	39
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	40
<b>5.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	40
<b>5.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	40
<b>5.3</b>	<b>População e amostra</b> .....	41
<b>5.4</b>	<b>Cálculo da amostra</b> .....	42
<b>5.5</b>	<b>Operacionalização da coleta de dados</b> .....	43
<b>5.5.1</b>	<i>Etapa I – Recrutamento</i> .....	43
<b>5.5.2</b>	<i>Etapa II – Randomização</i> .....	45
<b>5.5.3</b>	<i>Etapa III – Intervenções</i> .....	46
<b>5.5.4</b>	<i>Etapa IV – Avaliações da variável desfecho</i> .....	48
<b>5.6</b>	<b>Cegamento</b> .....	48
<b>5.7</b>	<b>Definições operacionais das variáveis</b> .....	49
<b>5.7.1</b>	<i>Variável dependente (desfecho)</i> .....	49
<b>5.7.2</b>	<i>Variáveis independentes (explanatórias)</i> .....	49
<b>5.8</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	50
<b>5.9</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	51
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	53
<b>6.1</b>	<b>Avaliação da estrutura fatorial do instrumento</b> .....	53
<b>6.2</b>	<b>Fluxograma dos participantes</b> .....	54
<b>6.3</b>	<b>Aconselhamento por telenfermagem</b> .....	55

---

6.4	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e das saídas ou perdas.....	56
6.5	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.....	61
6.6	Desfecho .....	67
6.6.1	<i>Função sexual</i> .....	67
6.6.2	<i>Domínios da função sexual</i> .....	69
6.7	Associação do desfecho (função sexual) com as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama.....	70
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	73
7.1	Limitações do estudo .....	77
7.2	Implicações para a prática e para a pesquisa .....	78
8	<b>CONCLUSÃO</b> .....	81
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	89
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	91
	<b>APÊNDICE C – TESTE DO SUSSURRO (AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA)</b> .....	93
	<b>ANEXO A – ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)</b> .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

A sexualidade e a intimidade são fatores significativos da qualidade de vida e fundamentais para determinar o bem-estar do indivíduo, e ambas são bastante afetadas pelo câncer de mama (CM) e pelos efeitos colaterais do seu tratamento (KANG *et al.*, 2018). De acordo com a *American Cancer Society* (2020), sexo, sexualidade e intimidade são aspectos importantes tanto para as pessoas que têm câncer quanto para as que não têm; e, foi comprovado que a intimidade e a sexualidade colaboram no processo de enfrentamento ao câncer, visto que ajudam as pessoas a lidar com sentimentos de angústia durante o seu tratamento. Porém, a realidade é que o câncer e o seu tratamento afetam diretamente os órgãos sexuais, o desejo sexual, a função sexual, o bem-estar e a imagem corporal dos portadores desta enfermidade.

Um estudo apontou que cerca de 60 a 70% das mulheres sobreviventes do câncer de mama experenciam problemas sexuais resultantes dos tratamentos (DEN OUDEN *et al.*, 2019). E, corroborando com esta afirmação outra pesquisa mostrou que saúde sexual é a principal preocupação de mulheres que vivenciam o câncer de mama, que relatam que esses sintomas persistem por um longo período, mesmo após o tratamento e que afetam a sua qualidade de vida e o seu relacionamento (REESE *et al.*, 2019).

A sexualidade é intrínseca a todo ser humano, e compreende as relações afetivas, eróticas e relacionais dos e entre os indivíduos (ORLANDI; GARCIA, 2017). Uma atividade sexual normal depende de uma interrelação complexa entre múltiplos sistemas, como fisiológico, bioquímico, neurológico e psicológico. Além disso, há vários aspectos associados ao diagnóstico e ao tratamento do câncer que tem impacto na sexualidade das mulheres, incluindo uma complexa carga psicológica e de sintomas da doença, e especialmente os efeitos colaterais associados aos seus tratamentos (STREB *et al.*, 2019).

A função sexual é composta pelo ciclo de resposta sexual, que é formado por quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Cada uma dessas etapas apresenta aspectos e funcionamento particulares e quaisquer alterações em uma dessas fases são consideradas disfunção sexual, como também se não for concretizada a relação sexual. (PEREIRA; SILVA; NARDI, 2010; GLASIER *et al.*, 2006). Desse modo, a saúde sexual ou bem-estar sexual é definido como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade. Portanto, não se restringe apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade (GLASIER *et al.*, 2006).

Os tratamentos para câncer de mama (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia endócrina ou hormonal) causam principalmente alterações físicas, como perda do cabelo ou da mama, ou desconfiguração desta, linfedema, mudança na textura da pele, ganho ou perda de peso etc. (HOYLE; KILBREATH; DYLKE, 2022; KUFEL-GRABOWSKA, 2022). Como o câncer de mama em mulheres pré-menopausadas tende a ser mais agressivo, mulheres jovens sofrem disfunções mais severas na imagem corporal, ansiedade, distúrbios do sono, insatisfações no relacionamento e medo de reincidência do câncer. Desse modo, essas mulheres são mais propensas a uma pior vivência da saúde sexual do que mulheres com idade mais avançada (AVIS; CRAWFORD; MANUEL, 2004; BURWELL; CASE; KAELIN; AVIS, 2006).

As terapias sistêmicas, quimioterapia e terapia hormonal, provocam elevado risco de amenorreia transitória ou permanente nas mulheres em tratamento para o câncer de mama, e, mesmo para aquelas que continuam menstruando ou recuperam seu ciclo, há risco adicional de falência ovariana prematura em longo prazo (BORDELEAU *et al.*, 2007; PARTRIDGE *et al.*; 2007). Quando a menopausa ocorre de maneira abrupta, em decorrência do tratamento do câncer, os sintomas, que incluem ondas de calor, distúrbios no sono, ressecamento vaginal e dispareunia são mais frequentes e mais severos do que os que ocorrem na menopausa fisiológica (GUPTA *et al.*, 2006; BIGLIA *et al.*, 2003). Consequentemente, associado a menopausa precoce e a disfunção sexual, há a infertilidade, que é o fator mais angustiantes da experiência do câncer para mulheres jovens (GREANEY *et al.*, 2015).

Essas alterações físicas ocasionadas pelos tratamentos desencadeiam problemas sexuais, como distúrbios no desejo sexual, excitação, orgasmo, dispareunia e aversão sexual, que são causados principalmente pela diminuição dos hormônios sexuais (estrógeno e andrógenos) em decorrência da falência ovariana (HUMMEL *et al.*, 2017). Além destas, destacam-se também alterações de cunho psicológico, como a perda no interesse sexual e preocupações relacionadas à imagem corporal, que são bastante comuns e estão associadas a um funcionamento sexual ruim e a interrupção de relações íntimas; bem como, os problemas interpessoais, como a mudança na rotina sexual do casal, e a diminuição da atividade sexual (REESE *et al.*, 2019).

Problema no relacionamento, como dificuldade de resolver problemas, falta de apoio emocional e preocupação de modo geral com o relacionamento e o parceiro, é um dos principais preditores para problemas sexuais em mulheres com câncer de mama, os quais se evidenciam por meio de alterações na lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor. Desse modo, observa-se, que as causas das disfunções sexuais em mulheres com câncer de mama

são multifatoriais, o que requer múltiplas intervenções. Assim, o desconhecimento da causa, pode resultar em intervenções ineficazes (SPEER *et al.*, 2005).

Apesar de grande parte das mulheres com câncer de mama ou sobreviventes apresentar disfunção sexual, um estudo mostrou que apenas cerca de 40% consultam um profissional de saúde (FENNELL; GRANT, 2019). Isso ocorre, principalmente, porque há barreiras na comunicação do paciente, como crenças negativas sobre as discussões de problemas sexuais ou desconforto emocional, e parte das mulheres não tem a consciência das preocupações sexuais em potencial (REESE *et al.*, 2019).

Todavia, observa-se que os profissionais de saúde de modo geral também apresentam dificuldades ao abordar ou iniciar essa discussão com os seus pacientes. Uma pesquisa apontou que poucos profissionais se sentem confortáveis e confiantes para discutir sexualidade com as pacientes. Os provedores de saúde alegam que não dispõem de conhecimento, tempo suficiente ou que os seus pacientes não estão interessados em falar sobre sexo, como também que essa discussão pode ser considerada desrespeitosa e inapropriada por estes pacientes. Além disso, fatores pessoais também podem influenciar no comportamento dos profissionais em evitar conversar sobre intimidade e sexualidade, como idade, gênero, religião, cultura e fatores socioeconômicos (NIMBI *et al.*, 2022; GUNN JR; SCHERMER-SELLERS, 2018).

Embora a comunicação sobre saúde sexual para pacientes com câncer de mama seja fundamental, não apenas porque pode levar as mulheres com problemas sexuais a tratamentos adequados, mas também por que enfatiza uma relação de confiança entre profissional e paciente; dificilmente os profissionais de saúde argumentam o tópico de sexualidade com os pacientes, e, conseqüentemente, cerca de menos da metade das pacientes com câncer de mama recebem qualquer informação sobre saúde sexual (NIMBI *et al.*, 2022).

Uma pesquisa realizada com 667 mulheres com câncer de mama, das quais 67,8% referiram problemas sexuais, 40% gostariam de ter recebido informação acerca de intimidade e sexualidade relacionada ao câncer de mama, porém não recebeu; 45,1% referiram que gostaria de receber informações após seis meses do início do tratamento e 38,6% antes do tratamento; 66,4% afirmaram que gostariam de receber essas informações do enfermeiro, e 51,6% preferiria que essas informações fossem transmitidas pessoalmente e na presença do parceiro (DEN OUDEN *et al.*, 2018).

Contudo, uma revisão sistemática evidenciou que apesar de haver enfermeiros em todos os níveis de assistência, como também em diversos setores, que podem iniciar a discussão com os pacientes, os cuidados relacionados à saúde sexual eram frequentemente

negligenciados nos cuidados e educação de enfermagem, principalmente em decorrência da falta de conhecimento e habilidades desses profissionais em abordar esta temática (FENNELL; GRANT, 2019; BROBIE *et al.*, 2022).

Os enfermeiros desempenham um papel significativo na educação dos pacientes e comumente discutem assuntos delicados, como incontinência e constipação. Assim, o enfermeiro pode nesses casos de problemas sexuais em mulheres com câncer de mama orientar acerca dos efeitos comuns associados ao tratamento e estratégias de gerenciamento desses problemas: discutindo com as pacientes sobre a perda do cabelo, fadiga, ganho de peso, ondas de calor, ressecamento vaginal, dor durante a relação e perda da libido, por exemplo. E, posteriormente, realizar as devidas orientações e encorajar a paciente a realizar perguntas sobre o assunto e esclarecer dúvidas (SMITH, 2015).

Ressaltando que inicialmente é imprescindível que ocorra uma avaliação da saúde sexual, para ser determinado o diagnóstico e as intervenções terapêuticas apropriadas para a paciente, e este processo é fundamental para a realização de um cuidado holístico de enfermagem. Uma avaliação abrangente da saúde sexual fornece uma base para os cuidados de enfermagem e orienta também os aspectos que devem ser abordados em um diálogo aberto sobre sexualidade. Quando o enfermeiro evita discussões sobre saúde sexual, acaba omitindo uma oportunidade para educar e fornecer um atendimento integral para esses pacientes, tendo em vista que a prática de enfermagem é traduzida em uma avaliação de saúde sexual na admissão do paciente e na integração desse conceito nos cuidados de enfermagem de rotina (JULIEN; THOM; KLINE, 2010).

Além disso, os enfermeiros atuam em diferentes níveis de saúde, como na atenção primária, secundária, terciária, especializada etc., sendo importante que eles tenham conhecimentos, habilidades e atitudes para cuidar e educar os pacientes acerca da sua saúde sexual de forma apropriada e confortável. Isso também é algo que os pacientes esperam dos enfermeiros, que tenham conhecimento para iniciar diálogos sobre cuidados sexuais (FENNELL; GRANT, 2019).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias educativas para realizar a promoção da saúde sexual de mulheres com câncer de mama. De acordo com o Glossário Temático Promoção da Saúde (2013), promoção da saúde é uma das maneiras de produzir saúde, por meio de estratégias e políticas ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que colabora para a elaboração de ações transversais que viabilizam o atendimento às necessidades sociais em saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) dá ênfase a importância de se utilizar a promoção da saúde como um instrumento que reconhece os aspectos que determinam o processo saúde-doença no nosso País, e estimulam maneiras mais amplas de intervir em saúde, tendo como objetivo principal promover a qualidade de vida e minimizar riscos e vulnerabilidades à saúde. A qualidade de vida é compreendida como o grau de satisfação da vida humana, que tem como base o entendimento subjetivo de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (BRASIL, 2013). Algumas das maneiras de viabilizar esse objetivo, é por meio da ampliação e corresponsabilização de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde, estímulo a alternativas inovadoras e socialmente inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde, dentre outros (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, ressalta-se que a Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015 lançou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que consiste em um plano de ação desenvolvido líderes mundiais, tendo como finalidade a erradicação da pobreza, a proteção do planeta, e a garantia de que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade. A Agenda 2030 contém 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), e o terceiro objetivo consiste em: saúde e bem-estar. E, este objetivo apresenta como uma de suas metas (3.7): Assegurar, até o ano de 2030, o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, como também a integração da saúde reprodutiva, em estratégias e programas de cunho nacional.

Desse modo, enfatiza-se a necessidade de proporcionar o acesso de mulheres com câncer de mama, em tratamento ou sobreviventes, a uma educação sexual; de modo que, elas compreendam o impacto do diagnóstico e do tratamento no seu funcionamento sexual e na sua saúde reprodutiva e tenham a garantia da integralidade, ou seja, um atendimento que visa todas as suas necessidades, e não apenas as contempladas pelo modelo de saúde centrado na doença (biomédico).

As mulheres com câncer de mama e seus parceiros podem se beneficiar de informações e orientações acerca de saúde sexual, principalmente de forma precoce, no início do tratamento, assim, estratégias educativas podem ser ferramentas adequadas para possibilitar a condução e resolução de problemas relacionadas à sexualidade pela mulher e pelo companheiro, por meio do conhecimento. Ou seja, realizar educação em saúde por meio de tecnologias educativas, como aplicativos, manuais, cartilhas etc.

Nesse contexto, pesquisas mostraram que a utilização do telefone para o fornecimento de educação e aconselhamento é um método eficaz para tratamentos de saúde (GREENBERG, 2000; RIDSDALE *et al.*, 2001). No Brasil, a Portaria Nº 2.546 de 27 de

outubro de 2011, redefine e amplia o Programa de Telessaúde Brasil, o qual tem como finalidade fornecer aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção a Saúde no SUS os serviços de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. A teleconsultoria consiste em um atendimento formalizado entre profissionais, trabalhadores e gestores da saúde, através de uma ferramenta de telecomunicação bidirecional, tendo como finalidade o esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. O telediagnóstico é um serviço independente, que faz uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) para efetivar serviços de apoio ao diagnóstico, por meio de distâncias geográficas e temporais. Por fim, a tele-educação compreende as conferências, aulas e cursos fornecidos através do emprego de tecnologias da educação ou comunicação (BRASIL, 2011). Dessa maneira, concluiu-se que o telessaúde incluiu diversas atividades fundamentadas em bioinformação, as quais são entregues por meio de telecomunicações em todas as áreas relacionadas à saúde, e isto engloba disciplinas como a Farmacologia, Radiologia, Psicologia, Medicina e Enfermagem (BALENTON; CHIAPPELLI, 2017).

Telenfermagem consiste na utilização de tecnologias para fornecer cuidado de enfermagem e direcionar a prática de enfermagem (SCHLACHTA; SPARKS, 1998). E, desde 2008, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) considera a telenfermagem um serviço que propicia aos enfermeiros a administração de cuidados a pacientes que moram em áreas rurais ou remotas, como também possibilita a manutenção de uma comunicação eficaz com clientes que possuem doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de propiciar uma intervenção efetiva na promoção e educação para uma vida saudável e autocuidado (ICN, 2019).

A telenfermagem foi uma prática regulamentada recentemente pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do Brasil por meio da Resolução N° 696 no dia 25 de maio de 2022, a qual foi estimulada em decorrência da Pandemia da COVID-19, que aumentou a necessidade do desenvolvimento de mecanismos de avaliação, acompanhamento e implementação de intervenções por profissionais de saúde suprimindo o contato, visando manter o isolamento e diminuir o risco de contágio. Ressalta-se que o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Telessaúde desde 2007, tendo o redefinido e ampliado em 2011. Apesar de a Telenfermagem ser algo regulamentado recentemente, já é vista como uma prática revolucionária e com capacidade de democratizar o acesso à saúde no Brasil. Além disso, é considerada uma ferramenta que propicia o desenvolvimento da prática profissional de enfermagem com autonomia e responsabilidade, dentro de local seguro e controlado, com

competência para garantir ao paciente um atendimento eficiente e resolutivo (COFEN, 2022; BRASIL, 2011).

No que se refere às DCNT com ênfase na telenfermagem, as pesquisas mostram que as TIC, como também sistemas de acompanhamento e monitoramento melhoram os resultados de saúde e autocuidado de pessoas com uma ou mais doenças crônicas. Além disso, a telenfermagem é vista como recurso para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, como também de reduzir internações, e, conseqüentemente, os custos do sistema de saúde. Ressalta-se que este instrumento também é utilizado para a realização de educação, tanto para a educação de pacientes, quanto de profissionais de saúde (TOFFOLETTO; TELLO, 2020).

A intervenção por via telefônica suprime o contato visual da comunicação, o que propicia maior anonimato aos pacientes, conseqüentemente possibilita a interação dos pacientes com os profissionais de saúde, de modo que aqueles não se preocupem com a sua imagem visual. Além disso, o telefone também pode possibilitar maior inclusão de pacientes que residem em áreas rurais ou de difícil acesso, por exemplo, que não tem tanta facilidade para as intervenções ou tratamentos realizados de forma presencial; como também, é um método econômico de realizar intervenções (BADGER *et al.*, 2005).

A maioria dos aconselhamentos realizados com pacientes com câncer ocorre de modo individual ou em grupo, e requer que o paciente busque o serviço de aconselhamento; apesar de terem a sua eficácia comprovada, a maioria ocorre em um ambiente clínico, o qual exige muitos recursos e nem sempre é acessível a pacientes com câncer. Desse modo, o aconselhamento por telefone para paciente com câncer torna-se uma alternativa viável e econômica, quando comparada as intervenções realizadas de forma presencial. Ressalta-se, ainda, que as ligações que utilizam a estratégia *outcall*, que consiste em o serviço de aconselhamento ligar para o paciente em dias e horários previamente estabelecidos, se apresentam viáveis e com uma boa aceitabilidade por pacientes com câncer (MARCUS *et al.*, 1993).

Destaca-se que alguns estudos já foram desenvolvidos dentro dessa proposta. Donnelly *et al.* (2000), por exemplo, realizaram um estudo piloto que avaliou a viabilidade da realização de uma psicoterapia interpessoal (IPT), por telefone para reduzir o sofrimento psicológico e melhorar o enfrentamento em pacientes com câncer de mama. Badger *et al.* (2005) realizaram um aconselhamento interpessoal por telefone com mulheres com câncer de mama, e avaliaram a sua eficácia no controle de sintomas, como depressão, fadiga e qualidade de vida.

Mkanta *et al.* (2007), em um estudo piloto, avaliaram a eficácia de interações diárias em telessaúde entre pacientes com câncer recém-diagnosticados e um coordenador de cuidados para o tratamento de sintomas comuns, relacionados à quimioterapia, em casa; e o impacto disso na qualidade de vida desses pacientes. E, Zhou *et al.* (2020) desenvolveram um programa de cuidados de enfermagem multimodal baseados no *WeChat*, que consiste em um *software* de bate-papo, para a reabilitação precoce de mulheres nos pós-operatório de cirurgia por câncer de mama. Essas pesquisas obtiveram resultados positivos nas variáveis desfechos que avaliaram.

Já na perspectiva de tentar melhorar o funcionamento sexual, Marcus *et al.* (2010) avaliaram um programa de aconselhamento por telefone para melhorar os resultados psicossociais no pós-tratamento de mulheres com câncer de mama, as variáveis desfechos incluíram: angústia, depressão, disfunção sexual e crescimento pessoal. Eles obtiveram melhora significativa da função sexual aos 12 e 18 meses. E, Reese *et al.* (2019), realizaram uma intervenção por telefone, baseada em casais, abordando questões sexuais para sobreviventes de câncer de mama. Os resultados mostraram que intervenções por telefone são viáveis para pacientes com câncer de mama e próstata, porém não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos.

Ressalta-se que também foram identificadas outras pesquisas que apresentaram a função sexual como variável desfecho, todavia fizeram uso do telefone como uma alternativa a participantes que estavam impossibilitados, por algum motivo, de realizar a intervenção presencialmente, ou então, como um serviço complementar, que o participante poderia utilizar caso sentisse a necessidade (SCHOVER *et al.*, 2011; DECKER *et al.*, 2012).

Desse modo, o uso da telessaúde aumentou consideravelmente entre os profissionais de saúde, seja por telefone ou vídeo, todavia observa-se que houve mudança nas práticas dos profissionais de saúde em virtude da COVID-19, principalmente com os pacientes oncológicos, o que pode ter contribuído para aumentar ainda mais os desafios já existentes em se discutir sobre saúde sexual com as pacientes com câncer de mama (REESE *et al.*, 2022).

De um modo geral, percebe-se que as intervenções que utilizaram o telefone como instrumento para realizar aconselhamento ou educação em saúde apresenta resultados positivos, na maioria das vezes. Todavia, ainda é necessário testar outros tipos de intervenções envolvendo o telefone, principalmente, para avaliar a sua eficácia no funcionamento sexual, visto que há poucos estudos. Observa-se que apesar de ter tido um avanço no desenvolvimento de ensaios clínicos randomizados (ECR) envolvendo o suporte

telefônico, há uma predominância de pesquisas internacionais, fazendo com que, nacionalmente, a pesquisa careça de investigação. Logo, este estudo pretende responder ao seguinte questionamento: Quais os efeitos de um aconselhamento realizado por telenfermagem na função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo?

Assim, pretendeu-se defender a seguinte tese: o aconselhamento por telenfermagem durante o tratamento do câncer de mama é capaz de melhorar a função sexual dessas pacientes.

Logo, acredita-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros que acompanham pacientes em tratamento de câncer de mama nos ambulatórios de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou outros, poderão utilizar essa estratégia para a promoção do bem-estar sexual de pacientes com câncer de mama, visto que se trata de um método de baixo custo, acessível e que pode impactar positivamente na qualidade de vida dessa paciente.

Estudos assim são relevantes na medida em que buscam propor e avaliar o desenvolvimento de intervenções que tem como finalidade melhorar o funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama, e, conseqüentemente, a qualidade de vida delas. Além disso, acredita-se que esse estudo propõe um campo de atuação para enfermeiros, pouco explorado, que é a telenfermagem, o qual possibilita um trabalho mais independente e que pode ser realizado fora da instituição, para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos.

E, enfatiza-se que na revisão integrativa realizada não foi identificado nenhuma pesquisa que trabalhasse a promoção da saúde sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento curativo, apenas em sobreviventes do câncer de mama, ou seja, pacientes que já haviam concluído o tratamento há alguns anos, exceto pela terapia hormonal (FERREIRA *et al.*, 2019).

Logo, no âmbito do desenvolvimento científico da Enfermagem, este estudo propôs realizar uma pesquisa de alto nível de evidência em relação ao telenfermagem, que, até o momento, são inéditas no contexto brasileiro frente à problemática de disfunções sexuais em mulheres com câncer de mama em tratamento curativo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o efeito do aconselhamento por telenfermagem na função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo.

### **2.2 Específicos**

- a) Identificar os fatores relacionados à disfunção sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo;
- b) comparar os escores da avaliação da função sexual entre as mulheres do grupo controle e intervenção na linha de base, com 8 e 12 semanas;
- c) comparar os domínios de avaliação da função sexual entre as mulheres do grupo controle e intervenção na linha de base, com 8 e 12 semanas;
- d) verificar associação entre os escores de avaliação da função sexual com as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama.

### **3 HIPÓTESES**

#### **HIPÓTESE NULA**

Não haverá diferença nos níveis de função sexual das mulheres com câncer de mama em tratamento curativo que participaram do aconselhamento por telenfermagem (grupo intervenção) das que não participaram (grupo controle).

#### **HIPÓTESE ALTERNATIVA**

Os níveis de função sexual das mulheres com câncer de mama em tratamento curativo que participaram do aconselhamento por telenfermagem (grupo intervenção) serão maiores do que das que não participaram (grupo controle).

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA: O ESTADO DA ARTE

Foi realizada uma revisão integrativa nos meses de junho e julho de 2020 com objetivo de responder à pergunta norteadora: “Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?” Tendo em vista a necessidade de maior aprofundamento e domínio do objeto de estudo pela pesquisadora. Ressalta-se que a pergunta norteadora não incluiu o telefone, pois a quantidade de artigos pesquisados ficaria bastante restrito, por isso optou-se por uma pergunta mais ampla.

A seleção dos estudos foi realizada mediante acesso *on-line* nas bases de dados importantes no contexto da saúde: Pubmed, MEDLINE, LILACS, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores controlados e não controlados: “*Breast Neoplasms*”, “*Health Education*”, “*Placebos*” e “*Sexuality*” por meio do operador booleano “AND”. Foi utilizada a estratégia de busca conforme quadros abaixo, nos idiomas inglês e português (Quadro 1 e 2).

**Quadro 1 – Estruturação da estratégia de busca no idioma inglês. Fortaleza-CE, 2020**

(continua)

<b>OBJETIVO/PROBLEMA</b>	Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?			
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>EXTRAÇÃO</b>	Mulheres com câncer de mama	Intervenções educativas	Cuidado usual	Funcionamento sexual
<b>CONVERSÃO</b>	Breast Neoplasms	Health Education	Placebos	Sexuality
<b>COMBINAÇÃO</b>	Breast Neoplasm Neoplasm, Breast Breast Tumors Breast Tumor Tumor, Breast Tumors, Breast Neoplasms, Breast Breast Cancer Cancer, Breast Mammary Cancer Cancer, Mammary Cancers, Mammary Mammary Cancers Malignant Neoplasm of Breast Breast Malignant Neoplasm Breast Malignant Neoplasms Malignant Tumor of Breast Breast Malignant Tumor Breast Malignant Tumors Cancer of Breast Cancer of the Breast	Education, Health Community Health Education Education, Community Health Health Education, Community	Sham Treatment	Psychosexual Development Sex Behavior (1974-1996)

**Quadro 1 – Estruturação da estratégia de busca no idioma inglês. Fortaleza-CE, 2020**

(continuação)

<b>OBJETIVO/PROBLEMA</b>	Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?			
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>EXTRAÇÃO</b>	Mulheres com câncer de mama	Intervenções educativas	Cuidado usual	Funcionamento sexual
<b>CONVERSÃO</b>	Breast Neoplasms	Health Education	Placebos	Sexuality
<b>COMBINAÇÃO</b>	Mammary Carcinoma, Human Carcinoma, Human Mammary Carcinomas, Human Mammary Human Mammary Carcinomas Mammary Carcinomas, Human Human Mammary Carcinoma Mammary Neoplasms, Human Human Mammary Neoplasm Human Mammary Neoplasms Neoplasm, Human Mammary Neoplasms, Human Mammary Mammary Neoplasm, Human Breast Carcinoma Breast Carcinomas Carcinoma, Breast Carcinomas, Breast			

**Quadro 1 – Estruturação da estratégia de busca no idioma inglês. Fortaleza-CE, 2020**

(continuação)

<b>OBJETIVO/PROBLEMA</b>	Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?			
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>EXTRAÇÃO</b>	Mulheres com câncer de mama	Intervenções educativas	Cuidado usual	Funcionamento sexual
<b>CONVERSÃO</b>	Breast Neoplasms	Health Education	Placebos	Sexuality
<b>CONSTRUÇÃO</b>	(“Breast Neoplasms” OR Breast Neoplasm “Neoplasm, Breast” OR “Breast Tumors” OR “Breast Tumor” OR “Tumor, Breast” OR “Tumors, Breast” OR “Neoplasms, Breast” OR “Breast Cancer” OR “Cancer, Breast” OR “Mammary Cancer” OR “Cancer, Mammary” OR “Cancers, Mammary” OR “Mammary Cancers” OR “Malignant Neoplasm of Breast” OR “Breast Malignant Neoplasm” OR “Breast Malignant Neoplasms” OR “Malignant Tumor of Breast” OR “Breast Malignant Tumor” OR “Breast Malignant Tumors” OR “Cancer of Breast”)	(“Health Educacion” OR “Education, Health” OR “Community Health”OR “Education”OR “Education, Community” OR “Health Health” OR “Education, Community”)	(Placebos OR “Sham Treatment”)	(Sexuality OR “Psychosexual Development” OR “Sex Behavior”)

**Quadro 1 – Estruturação da estratégia de busca no idioma inglês. Fortaleza-CE, 2020**

(conclusão)

<b>OBJETIVO/PROBLEMA</b>	Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?			
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>EXTRAÇÃO</b>	Mulheres com câncer de mama	Intervenções educativas	Cuidado usual	Funcionamento sexual
<b>CONVERSÃO</b>	Breast Neoplasms	Health Education	Placebos	Sexuality
<b>USO</b>	(“Breast Neoplasms” OR Breast Neoplasm “Neoplasm, Breast” OR “Breast Tumors” OR “Breast Tumor” OR “Tumor, Breast” OR “Tumors, Breast” OR “Neoplasms, Breast” OR “Breast Cancer” OR “Cancer, Breast” OR “Mammary Cancer” OR “Cancer, Mammary” OR “Cancers, Mammary” OR “Mammary Cancers” OR “Malignant Neoplasm of Breast” OR “Breast Malignant Neoplasm” OR “Breast Malignant Neoplasms” OR “Malignant Tumor of Breast” OR “Breast Malignant Tumor” OR “Breast Malignant Tumors” OR “Cancer of Breast”) AND (“Health Educacion” OR “Education, Health” OR “Community Health” OR “Education” OR “Education, Community” OR Health OR “Health Education” OR Community) AND (Placebos OR “Sham Treatment”) AND			

Fonte: elaborada pela autora.

**Quadro 2 – Estruturação da estratégia de busca no idioma português. Fortaleza-CE, 2020**

(continua)

<b>OBJETIVO/PROBLEMA</b>	Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?			
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>EXTRAÇÃO</b>	Mulheres com câncer de mama	Intervenções educativas	Cuidado usual	Funcionamento sexual
<b>CONVERSÃO</b>	Neoplasias da Mama	Educação em Saúde	Placebos	Sexualidade
<b>COMBINAÇÃO</b>	Carcinoma Mamário Humano	Educar para a Saúde	Placebo	
	Carcinoma de Mama	Educação Sanitária		
	Carcinomas Mamários Humanos	Educação para a Saúde		
	Carcinomas da Mama	Educação para a Saúde		
	Câncer Mamário	Comunitária		
	Câncer da Mama			
	Câncer de Mama			
	Câncer de Seio			
	Câncer do Seio			
	Cânceres de Mama			
	Neoplasia Maligna da Mama			
	Neoplasia Maligna de Mama			
	Neoplasia Mamária			
	Neoplasia Mamária Humana			
	Neoplasia da Mama			
	Neoplasias Malignas de Mama			
	Neoplasias Mamárias			
	Neoplasias Mamárias Humanas			
	Neoplasias de Mama			
	Tumor Maligno da Mama			
	Tumor da Mama			
	Tumor de Mama			
	Tumor de Seio			
	Tumores Malignos da Mama			
	Tumores Mamários			

**Quadro 2 – Estruturação da estratégia de busca no idioma português. Fortaleza-CE, 2020**

(conclusão)				
<b>OBJETIVO/PROBLEMA</b>	Qual a eficácia das intervenções educativas no funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama?			
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>EXTRAÇÃO</b>	Mulheres com câncer de mama	Intervenções educativas	Cuidado usual	Funcionamento sexual
<b>CONVERSÃO</b>	Neoplasias da Mama	Educação em Saúde	Placebos	Sexualidade
<b>CONSTRUÇÃO</b>	Tumores da Mama Tumores de Mama Tumores de Seio ("Neoplasias da Mama" OR "Carcinoma Mamário Humano" OR "Carcinoma de Mama" OR "Carcinomas Mamários Humanos" OR "Carcinomas da Mama" OR "Câncer Mamário" OR "Câncer da Mama" OR "Câncer de Mama")	("Educação em Saúde" OR "Educar para a Saúde" OR "Educação Sanitária" OR "Educação para a Saúde" OR "Educação para a Saúde" OR Comunitária)	(Placebos Placebo)	OR (Sexualidade)
<b>USO</b>	("Neoplasias da Mama" OR "Carcinoma Mamário Humano" OR "Carcinoma de Mama" OR "Carcinomas Mamários Humanos" OR "Carcinomas da Mama" OR "Câncer Mamário" OR "Câncer da Mama" OR "Câncer de Mama") AND (Sexualidade)			

Fonte: elaborada pela autora.

Para seleção da amostra estabeleceu-se como critério de inclusão: estar publicado em inglês, espanhol ou português; ter nível de evidência 1 ou 2; ter utilizada uma estratégia ou atividade educativa como intervenção e ter como desfecho a função/funcionamento sexual em mulheres com câncer de mama. E, como critérios de exclusão: estudos que não respondiam à pergunta norteadora, a partir da leitura do resumo ou do artigo na íntegra.

Considerou-se nível de evidência 1 as revisões sistemáticas ou meta-análises de ECR controlados ou provenientes de protocolos clínicos baseados em revisões sistemáticas de ECR controlados; e nível 2, as evidências que foram originadas de um ECR controlado com um bom delineamento (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Para obter os dados dos artigos selecionados, foi desenvolvido um instrumento para garantir que todas as informações relevantes seriam extraídas, diminuindo os erros de transcrição e garantindo mais precisão na checagem das prescrições. Foram contemplados os seguintes aspectos nesse instrumento: título, objetivo, método, população, critérios de elegibilidade, tamanho da amostra, momentos da avaliação, variáveis desfechos analisadas, instrumentos, intervenção, resultados, conclusão e limitações.

Com base nas publicações selecionadas durante a busca e obedecendo de forma judiciosa os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, em que foi realizada a leitura do título e resumo de cada artigo para a obtenção da amostra final, resultando em uma amostra total de 10 artigos.

Ressalta-se que durante o processo de busca foi identificado uma grande quantidade de artigos fora da temática (n=24), sendo estudos voltados para os sintomas da menopausa em mulheres com CM; ou para o tratamento da disfunção sexual de pacientes com câncer de uma forma geral; ou avaliando intervenções farmacológicas para o tratamento da disfunção sexual em mulheres com CM; ou então, trabalhos desenvolvidos para a capacitação de profissionais de saúde acerca da educação sexual com mulheres com CM.

Além disso, não foram incluídos artigos que não apresentarem o nível de evidência 1 ou 2 (n=25), os mesmos se caracterizavam por serem estudos transversais, qualitativos ou opinião de especialistas.

#### **4.1 Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa**

Para a análise das pesquisas incluídas nessa revisão é necessário caracterizar os procedimentos metodológicos utilizados nos ECR: o tipo de intervenção, duração da intervenção, perdas amostras e técnicas de randomização.

**Quadro 3 – Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2020**

(continua)

<b>Autor</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Duração da intervenção</b>	<b>Amostra inicial/final (Perdas %)</b>	<b>Técnica de randomização</b>
Decker et al (2012)	Sessões que aconteciam presencialmente ou por telefone, baseada em um manual desenvolvida pelos pesquisadores	3 sessões com duração de 60 minutos e com 2 ou 3 semanas de intervalo	40 casais/ 39 casais (2,5%)	Os grupos não foram randomizados
Kalaitzi et al (2007)	Intervenção psicossocial breve (terapia de casal associada a terapia sexual)	6 sessões, em intervalos quinzenais	40 / 40 (0%)	Não é descrita
Schover et al (2006)	Intervenção entre pares em questões reprodutivas após o tratamento	3 sessões, com duração entre 60 e 90 minutos	60 / 48 (20%)	Não é descrita
Rowland et al (2009)	Intervenção psicoeducativa (fornecer informações, aprimorar habilidades de comunicação, e reduzir a ansiedade em situações íntimas)	6 reuniões com intervalo semanal e duração de 2 horas	83 / 72 (13,2%)	Randomização estratificada (idade e status do parceiro), por meio de um escritório de estatística

**Quadro 3 – Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2020**

(continuação)

<b>Autor</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Duração da intervenção</b>	<b>Amostra inicial/final (Perdas %)</b>	<b>Técnica de randomização</b>
Jun et al (2011)	Programa de ressignificação da vida sexual com ênfase nos aspectos físicos, psicológicos e relacionais de elementos da saúde sexual	6 sessões semanais com 2 horas de duração	70 / 55 (21,4%)	Randomização um por um através de uma tabela de números aleatórios com números consecutivos
Reese et al (2019)	Intervenção de aumento da intimidade por telefone, baseada no casal, abordando as preocupações sexuais	4 sessões semanais com duração entre 60 a 75 minutos	29 / 28 (3,4%)	Randomização em blocos e estratificada (por idade no momento do diagnóstico).
Marcus et al (2010)	Programa de aconselhamento por telefone (psicoeducacionais)	16 sessões (pré-agendadas) com duração de 45 minutos durante 12 meses acrescidos de materiais impresso	304 / 243 (20%)	Randomização sequencial
Schover et al (2011)	Programa de intervenção culturalmente sensível que combinava um livro de exercícios escrito e aconselhamento de pares	3 sessões presenciais com um conselheiro de pares treinado, com duração de 60 a 90 minutos ou a apostila e mais 30 minutos de aconselhamento por telefone, a ser iniciada pela participante	300 / 185 (38,3%)	Randomização adaptativa.

**Quadro 3 – Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2020**

					(conclusão)
Schover et al (2013)	O uso de um site para intervenção educativa: Programa “ <i>Tendrils: Sexual Renewal for Women After Cancer</i> ”	A utilização do site por um período de 12 semanas (site com autoajuda) ou 3 sessões de aconselhamento	72 / 48 (33,3%)		Minimização
Hummel et al (2017)	Terapia cognitiva-comportamental (TCC) baseada na internet	A TCC consistia em sessões semanais guiadas pelo terapeuta, com duração máxima de 24 semanas	169 / 151 (10,6%)		Minimização

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação ao tipo de intervenção, observa-se que duas pesquisas utilizaram estratégias educativas empregando como ferramenta principal a *internet* (SCHOVER *et al.*, 2013; HUMMEL *et al.*, 2017), e o restante foram intervenções psicossociais de forma presencial associadas a educação sexual e destas, duas eram voltadas para o casal (REESE *et al.*, 2019; KALAITZI *et al.*, 2007). E, ressalta-se ainda que quatro estudos utilizaram o contato via telefone para viabilizar as sessões (DECKER *et al.*, 2012; REESE *et al.*; 2019, SCHOVER *et al.*, 2011; MARCUS *et al.*, 2010). Na pesquisa de Decker *et al.* (2012) o telefone foi utilizado como uma alternativa aos casais impossibilitados de participar da intervenção de forma presencial; enquanto Schover *et al.* (2011) utilizaram o telefone como um serviço a mais, o qual o participante poderia recorrer caso sentisse necessidade.

Quanto a quantidade de sessões, observa-se que variou entre 3 e 24 sessões, embora as que mais predominaram foram de 3 e 6 sessões; em relação a duração, a média foi entre 30 a 120 minutos, com intervalos semanais ou quinzenais, em que aquele predominou.

Outro aspecto a ser analisados nos ECR é a perda amostral ao longo do acompanhamento dos estudos, visto que esse fator pode interferir na análise do impacto da intervenção sobre a variável desfecho, bem como na comparação entre os grupos. Os estudos incluídos tiveram uma perda amostra que variaram de 0 a 38,3% da amostra. De acordo com Nobre *et al.* (2004), ECR que apresentam uma perda amostral superior a 20% não são confiáveis, por isso é importante considerar a perda amostral dos estudos, principalmente pois a maioria apresenta um período longo de seguimento, o que favoreceu uma maior perda amostra.

Quanto a randomização, que consiste na distribuição aleatória dos participantes para os grupos intervenção e controle (HULLEY *et al.*, 2015), também é um fator importante para avaliar a qualidade do ECR e considerar a presença de vieses. Nos estudos analisados, percebeu-se que a maioria descreveu a técnica de randomização empregada (sequencial, estratificada, minimização, adaptativa e em blocos), porém dois estudos não referiram a técnica utilizada (KALAITZI *et al.*, 2007; SCHOVER *et al.*, 2006), e em um os sujeitos não foram randomizados (DECKER *et al.*, 2012).

Em relação ao provedor da intervenção, a maioria (8) foi conduzida por psicólogos, e os demais (SCHOVER *et al.*, 2006; SCHOVER *et al.*, 2011) foi realizada entre pares, que eram mulheres com câncer de mama e com experiência em problemas sexuais.

Quanto ao público-alvo das intervenções, a maior parte dos estudos (9) foi voltada para mulheres sobreviventes do câncer de mama, ou seja, que foram diagnosticadas há algum tempo (entre 6 meses e 7 anos), e não estavam mais realizando tratamento de forma ativa, exceto terapia hormonal. O estudo de Rowland *et al.* (2009) foi direcionado para mulheres

com CM que realizaram mastectomia simples e com receptores hormonais negativos, especificamente. Ressalta-se que nenhum dos estudos abordou mulheres com câncer de mama em tratamento ativo. Logo, percebe-se a necessidade de direcionar também estratégias educativas, visando o bem-estar sexual, para essas pacientes.

#### 4.2 Avaliação dos efeitos das intervenções educativas

Nesta seção foram abordados os instrumentos utilizados para mensurar o funcionamento sexual e a eficácia das intervenções educativas nesta variável, para responder à questão norteadora que direcionou essa intervenção. Os estudos incluídos nessa revisão utilizaram a Escala de Funcionamento Sexual de Watts, Questionário de sexualidade e imagem corporal, Escala de oito itens em Escala Likert para medir os desfechos sexuais, Subescalas do CARES (interesse sexual, disfunção sexual e satisfação sexual), Escala de Disfunção sexual e o FSFI. Este, foi o mais frequente nesta revisão, o qual foi utilizado por 50% (n=5) dos artigos.

#### Quadro 4 – Efeitos das intervenções educativas no funcionamento sexual.

Fortaleza-CE, 2020

(continua)

Autor	Instrumento	Resultado
Decker <i>et al.</i> (2012)	Escala de Funcionamento Sexual de Watts	de Não foi encontrado diferenças estatisticamente significantes entre o GC e GI no funcionamento sexual.
Kalaitzi <i>et al.</i> (2007)	Questionário de sexualidade e imagem corporal	de Foram identificadas diferenças significantes na frequência de orgasmo (p=0,027), iniciativa para sexo (p=0,001), satisfação com o relacionamento (p=0,012), satisfação com a imagem corporal quando está nua (p=0,001), satisfação com a imagem corporal quando vestida (p=0,035) e se sentindo atraente (p<0,001).

**Quadro 4 – Efeitos das intervenções educativas no funcionamento sexual.**

**Fortaleza-CE, 2020**

(conclusão)		
<b>Autor</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Resultado</b>
Schover <i>et al.</i> (2006)	FSFI	Ocorreu uma melhora estatisticamente significativa no FSFI entre as avaliações pós-tratamento e no acompanhamento de 3 meses (p=0,0230).
Rowland <i>et al.</i> (2009)	Escala de oito itens em Escala Likert para medir os desfechos sexuais	Não houve diferença significativa após os múltiplos testes.
Jun <i>et al.</i> (2011)	Subescalas do CARES (interesse sexual, disfunção sexual e satisfação sexual)	Não houve diferença estatisticamente significativa no interesse sexual e disfunção sexual entre os grupos, apenas na satisfação sexual (p<0,001).
Reese <i>et al.</i> (2019)	FSFI	A intervenção se mostrou promissora na melhora da função sexual, satisfação e autoeficácia dos parceiros.
Marcus <i>et al.</i> (2010)	Escala de Disfunção sexual	O GI apresentou diferença estatisticamente significativa aos 12 meses (p=0,03) e 18 meses (=0,04) de acompanhamento.
Schover <i>et al.</i> (2011)	FSFI	Nenhuma mudança significativa foi observada ao longo do tempo na pontuação total ou na subescalas do FSFI.
Schover <i>et al.</i> (2013)	FSFI	No pós-tratamento a pontuação total do FSFI melhorou significativamente para o grupo aconselhado (p<0,001).
Hummel <i>et al.</i> (2017)	FSFI	63,2% do GI apresentou mudança estatisticamente significativa no funcionamento sexual contra 32% do GC (p<0,001)

Fonte: Elaborada pela autora.

Dentre os estudos incluídos nesta revisão, a metade apresentou influência na melhora do funcionamento sexual, e outros 50% não apresentaram diferença estatisticamente neste. Quanto ao instrumento de avaliação da função sexual, cinco estudos mensuraram esta variável com o FSFI (SCHOVER *et al.*, 2006; REESE *et al.*, 2019; SCHOVER *et al.*, 2011; SCHOVER *et al.*, 2013; HUMMEL *et al.*, 2017).

Kalaitzi *et al.* (2007) realizaram seis intervenções psicossociais presenciais voltadas para o casal, com intervalo quinzenal, conduzidas por um médico e um terapeuta; esta intervenção melhorou a frequência de orgasmo ( $p=0,027$ ), iniciativa para sexo ( $p=0,001$ ), satisfação com o relacionamento ( $p=0,012$ ), satisfação com a imagem corporal quando está nua ( $p=0,001$ ), satisfação com a imagem corporal quando vestida ( $p=0,035$ ) e em se sentir atraente ( $p<.001$ ). Contudo, na pesquisa não ficou claro qual a técnica empregada para randomizar os participantes.

Schover *et al.* (2006) realizaram três intervenções educativas presenciais, entre pares, para discutir questões reprodutivas; e, ocorreu uma melhora estatisticamente significativa no funcionamento sexual entre as avaliações pós-tratamento e no acompanhamento de três meses ( $p=0,0230$ ). Porém, ressalta-se que neste estudo não foi descrito como os grupos foram randomizados.

Marcus *et al.* (2010) realizaram 16 sessões de aconselhamento por telefone, que foram previamente agendadas, durante um período de 12 meses, em que em média tinham uma duração de 45 minutos. O GI apresentou mudança significativa na função sexual aos 12 ( $p=0,03$ ) e 18 meses ( $p=0,04$ ) de seguimento.

No trabalho desenvolvido por Schover *et al.* (2013) foi utilizado um *site* como uma autoajuda intitulado “*Tendrils: Sexual Renewal for Women After Cancer*”, e no outro grupo as participantes tiveram acesso ao mesmo *site* durante 12 semanas, e além disso receberam três sessões de aconselhamento pessoal por profissionais de saúde mental. Observou-se que no pós-tratamento a pontuação total do FSFI melhorou significativamente para o grupo aconselhado ( $p<.001$ ), com uma tendência no grupo de autoajuda ( $p=0,054$ ) e com diferença entre os grupos ( $p=0,024$ ). Embora os ganhos permanecessem significativos no acompanhamento de seis meses, a maioria das mulheres não atingiu a nota de corte para marcar função sexual normal. Esses resultados precisam ser analisados com cautela, visto que neste estudo houve uma perda amostral maior que 20%, o que compromete a verificação de associação de causa e efeito (HULLEY *et al.*, 2015).

Hummel *et al.* (2017) também utilizaram a *internet* como uma ferramenta para realizar a terapia cognitiva comportamental (TCC) realizada por psicólogos, durante o período de até 24 semanas; e, também obtiveram melhora no funcionamento sexual do GI ( $p < .001$ ).

### 4.3 Considerações finais da revisão

Percebeu-se por meio da análise dos artigos selecionados que a maior parte dos estudos que tiveram efeito significativo na função sexual no grupo intervenção foram ensaios clínicos randomizados que apresentaram limitações metodológicas (elevada perda amostral ou ausência de clareza na técnica de randomização empregada), fatores, estes, que comprometem a qualidade dos estudos e podem indicar a presença de vieses.

Observa-se também que apesar da maioria das intervenções foi conduzida por profissionais capacitados, como médicos, terapeutas, assistentes sociais ou profissionais especialistas em saúde mental, nenhum deles contou com a participação de enfermeiros.

E, por meio desta revisão, percebeu-se que dos quatro estudos (DECKER *et al.*, 2012; REESE *et al.*; 2019, SCHOVER *et al.*, 2011; MARCUS *et al.*, 2010) que fizeram uso do telefone para realizar a estratégia educativa, apenas dois o utilizou de forma exclusiva (MARCUS *et al.*, 2010; REESE *et al.*, 2019) e, ambos, obtiveram uma melhora significativa no funcionamento sexual.

Diante desse número reduzido de pesquisas, as evidências não são suficientes para tirar conclusões acerca desse tipo desse tipo de intervenção. Desse modo, surge a necessidade de desenvolver um ECR bem delineado e com uma amostra representativa, para investigar melhor o efeito de uma intervenção educativa por telefone em mulheres com câncer de mama para melhorar o seu funcionamento sexual. As características dos estudos incluídos nesta revisão, bem como as suas limitações irão colaborar para nortear o desenvolvimento desta pesquisa.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo experimental, do tipo Ensaio Clínico Randomizado, que apresenta como vantagem em relação aos demais estudos a sua capacidade de evidenciar causalidade. Nesse tipo de estudo se aplica uma intervenção em um determinado grupo (GI), enquanto há um grupo que recebe um tratamento não ativo ou de comparação, o qual é denominado de controle (CG). Além disso, os sujeitos são distribuídos de maneira aleatória (randomização) entre os GI e GC, em que cada participante tem chances iguais de ser incluído nos grupos, reduzindo a influência de variáveis confundidoras (HULLEY *et al.*, 2015).

Ressalta-se que, nesse tipo de estudo, os pesquisadores alteram uma variável independente (VI) e, posteriormente, observam o efeito disso sobre a variável dependente (VD). A variável independente é modificada por meio da condução de um tratamento experimental (ou intervenção) a alguns participantes e outros não (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo seguiu as recomendações propostas pelo CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) e pelo SPIRIT (*Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials*) os quais abordam um conjunto de padrões para descrição metodológica orientado para ensaios clínicos e protocolos de ensaios clínicos, respectivamente. Destaca-se, que foi seguida uma extensão do CONSORT (“intervenções não farmacológicas”), por causa das especificidades desse tipo de estudo e de suas questões metodológicas, como a complexidade da intervenção, a influência dos prestadores de cuidado, a experiência do centro e a dificuldade de cegamento. Pretendeu-se, assim, evitar possíveis erros sistemáticos ou metodológicos que comprometam a confiabilidade e a validade do estudo (CONSORT, 2018).

### 5.2 Local do estudo

O recrutamento das pacientes com câncer de mama ocorreu em duas instituições públicas localizadas na Cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Uma foi fundada em 1975 e tem como missão promover um atendimento oncológico humanizado e integral, por meio de uma equipe interdisciplinar qualificada proporcionando, assim, melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares. Possui dos serviços de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e ambulatório, dispondo de

profissionais nas áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e serviço social. O corpo clínico é formado por quase 50 médicos, que fazem mais de 20.000 atendimentos por mês.

A outra é vinculada à Universidade Federal do Ceará, tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido e dispõe de 24 ambulatórios que prestam atendimento à população nas especialidades médicas de obstetrícia, ginecologia, mastologia, acupuntura, anestesiologia, oncologia e clínica médica. Atendimentos de outras profissões, também, são realizados, destacando-se os da Psicologia, Enfermagem, Terapia ocupacional, Psiquiatria e Serviço social. A unidade ambulatorial destaca-se pela diversidade de atendimento à mulher, desde a fase adolescente até o climatério, contribuindo com estratégias de promoção da saúde, favorecendo melhor qualidade de vida à cliente que busca este serviço, com uma média de 730 atendimentos por mês.

### 5.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres com câncer de mama em tratamento curativo. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- a) mulheres com câncer de mama nos estádios de I, II, III ou IV.
- b) em tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia), tendo em vista que a literatura aponta que todos os tratamentos interferem direta ou indiretamente no funcionamento sexual das pacientes com câncer de mama, e que esses efeitos se iniciam ainda durante o tratamento e podem se postergar na sobrevivência, em longo prazo, da doença (PELSTER *et al.*, 2022; KUFEL-GRABOWSKA *et al.*, 2022);
- c) ter pelo menos um contato telefônico próprio, ou seja, que fosse particular da paciente, para receber a intervenção;
- d) ter companheiro/parceiro.

E, como critérios de exclusão:

- e) tratamento de outro tipo de câncer;
- f) possuir deficiência auditiva, pois impossibilita a comunicação via contato telefônico, o qual será avaliado por meio do Teste do Sussurro (LABANCA *et al.*, 2017);

- g) participar de alguma intervenção para o tratamento de disfunção sexual ou sintomas do climatério, visto que a comparação entre o GC e o GI ocorre da melhor maneira quando não há cointervenções (medicamentos, terapias ou comportamentos) que alteram o risco de desenvolver/alterar o desfecho de interesse (HULLEY *et al.*, 2015). A qual foi avaliada mediante autodeclaração das pacientes.
- h) mulheres com restrições mentais, comprovada por diagnóstico médico, que impossibilite a compreensão dos instrumentos.

Como critérios de descontinuidade, foram considerados:

- i) desistência da paciente em participar da pesquisa após o início da coleta de dados;
- j) falecimento da paciente no decorrer do estudo;
- k) mudança de telefone após o acompanhamento;
- l) não atender as ligações telefônicas após cinco tentativas em dias e horários diferentes. Foi estipulado esse quantitativo tendo como referência estudo anterior e a tentativa de minimizar as perdas durante o seguimento (CHAVES, 2016).

#### 5.4 Cálculo da amostra

Foi utilizado o *software G\*power* Versão 3.1.9.6 para calcular o tamanho amostral, selecionado o “Teste F” como família do teste, por se utilizar o teste estatístico Análise de Variância (ANOVA), de medidas repetidas com interação inter e intragrupo (FAUL *et al.*, 2007).

Para detectar um efeito de 0,085 (que representa um tamanho de efeito de 0,30) com 95% de Poder em uma ANOVA de medidas repetidas (dois grupos, alfa = 0,05, correção de não esfericidade = 0,5), *G\*power* sugeriu que precisava de 45 participantes em cada grupo, somando 90 participantes. Todavia, devido ao risco de perdas, acrescentou-se 20% a esse valor, finalizando com 108 participantes, 54 em cada grupo.

Esse tamanho de efeito foi estipulado por estudo anterior, que identificou um tamanho de efeito intermediário (aproximadamente 30%) (SERDAR; CIHAN; YÜCEL; SERDAR, 2021) na função sexual entre os grupos (controle e intervenção) (HUMMEL *et al.*, 2017). A esfericidade corresponde a um dos pressupostos que os dados devem atender para

que esse teste estatístico (ANOVA) possa ser utilizado, este parâmetro pode variar de 0,5 a 1, sendo este o mais rigoroso (FAUL *et al.*, 2007).

Destaca-se que não foi possível se obter o N necessário em decorrência da pandemia do COVID-19, pois ambas as instituições em que estavam sendo recrutadas as pacientes interoperam o processo de coleta de dados por conta do aumento do número de casos do COVID-19 e do potencial de risco para pacientes oncológicos. Assim, a amostra final consistiu em 59 participantes, destes 30 no Grupo Intervenção e 29 no Grupo Controle.

## **5.5 Operacionalização da coleta de dados**

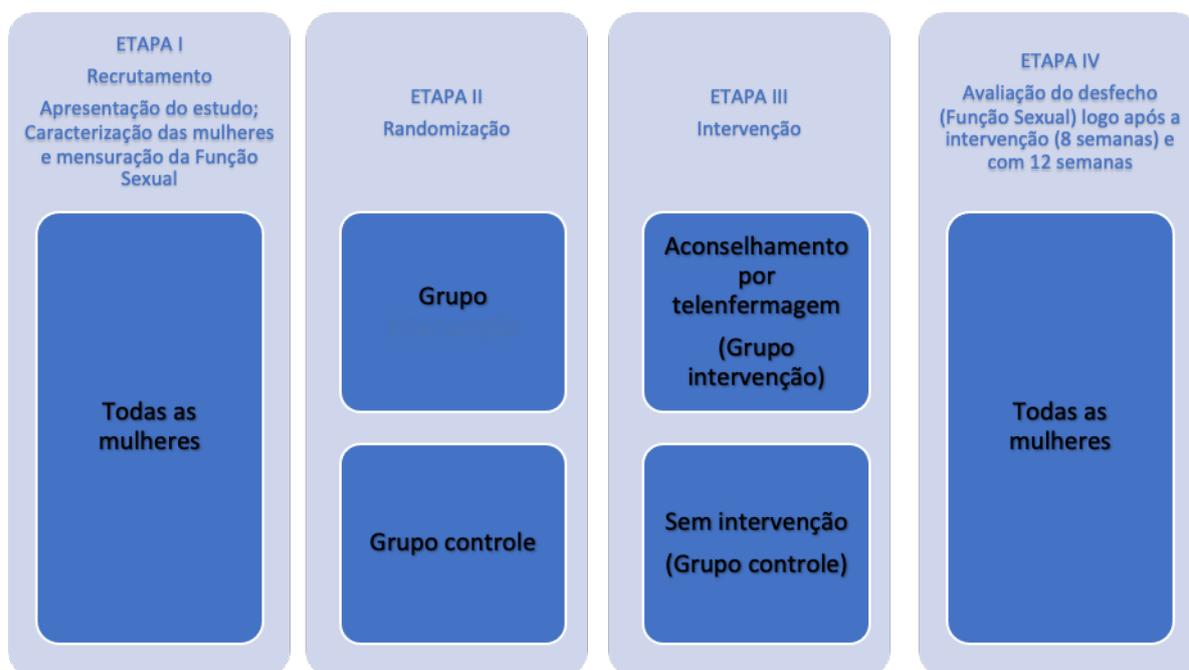
### **5.5.1 Etapa I - Recrutamento**

As participantes foram abordadas nos locais de coleta de dados entre os meses de agosto de 2021 a janeiro de 2022, após a aprovação do projeto desta tese pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Nesta etapa, as pacientes receberam breve explicação acerca dos objetivos da pesquisa, benefícios e riscos; verificou-se se a paciente atendia aos critérios de inclusão e exclusão, e, se ela concordasse em participar do estudo, solicitava-se a sua assinatura nas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) (Figura 1).

Neste momento as pacientes também foram avaliadas quanto a adequação da sua acuidade auditiva, por meio do Teste do Sussurro (APÊNDICE C), em que o avaliador se posicionava atrás e fora do alcance visual da paciente, com uma distância de aproximadamente 33cm, e, posteriormente, sussurrava em cada ouvido, uma questão breve e simples, como “Qual o seu nome”. Assim, o avaliador considerou se a paciente conseguia perceber o contato verbal e responder à pergunta adequadamente (LABANCA *et al.*, 2017). Como também, foram aplicados os dois instrumentos de coleta de dados do estudo.

Essa etapa foi realizada por duas bolsistas do Programa de Iniciação Científica a Pesquisa (PIBIC) do Grupo de Estudos em Câncer de Mama (GECAM) da Universidade Federal do Ceará, as quais receberam um treinamento no modelo de uma aula expositiva-dialogada de aproximadamente 120 minutos, onde foram apresentadas informações a respeito do estudo, como objetivos, método e instrumentos de coleta de dados, e realizado uma simulação da aplicação destes. Além disso, as bolsistas estavam constantemente em contato com a pesquisadora principal ao longo do período de coleta de dados, para esclarecer eventuais dúvidas ou problemas.

**Figura 1 – Representação gráfica da coleta de dados. Fortaleza-CE, 2022**



Fonte: elaborada pela autora.

### *Instrumentos de coleta de dados*

Aplicou-se dois questionários com as participantes deste estudo. O primeiro, adaptado de Ferreira (2018), que contém características sociodemográficas (idade, escolaridade, raça, estado civil, situação ocupacional, procedência, renda familiar, religião e filhos), clínicas (peso, altura, status da menstruação, presença de comorbidades, fatores de risco para CM) e variáveis relacionadas ao câncer de mama (tempo de diagnóstico, estadiamento para tumor primário, linfonodo e metástase, se já havia realizado cirurgia anteriormente, qual modalidade terapêutica realiza atualmente e qual(is) já realizou).

O outro instrumento utilizado foi o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (ANEXO A), o qual consiste em uma escala de autorrelato específica e multidimensional para avaliar a função sexual feminina, com mais de 20 anos de uso e já foi aplicado em diferentes grupos de pacientes, como pessoas com incontinência urinária, fibromialgia, câncer de mama etc.; além disso, apresenta uma linguagem clara e aplicação, relativamente, fácil e rápida (MESTON *et al.*, 2019).

O FSFI foi um instrumento construído e validado na língua inglesa por Rosen *et al.* (2000) e atualmente dispõe de pelo menos 20 traduções em diferentes idiomas. A validação inicial do FSFI obteve um Alfa de Cronbach  $> 0,90$ , coeficiente de confiabilidade no teste re-teste geral alto para todos os domínios que compõe a escala ( $r = 0,79$  a  $0,86$ ), demonstrando boa validação de constructo com uma diferença estatisticamente significativa entre as médias do grupo com desordem do desejo sexual feminino e o controle ( $p < 0,001$ ). Esses dados conferem suporte a confiabilidade e validade psicométrica, bem como clínica do *Female Sexual Function Index*. Em 2007, o FSFI foi traduzido e validado para a língua portuguesa (Brasil) por Hentschel *et al.* (2007), obtendo um Alfa de Cronbach de  $0,92$  (IC 95%:  $0,90-0,93$ ), evidenciando uma consistência interna adequada do instrumento.

O FSFI é um questionário composto por 19 questões, que utilizam uma escala *Likert* que varia de 0 a 5 pontos e compõem subescalas, as quais retratam os seis domínios da resposta sexual: 1) desejo, 2) excitação, 3) lubrificação, 4) orgasmo, 5) satisfação e 6) dor (dispareunia). Os itens abordam questionamentos acerca da experiência sexual das pacientes, na perspectiva de cada domínio, nas últimas quatro semanas. Cada subescala dispõe de uma pontuação individual, a qual é obtida por meio da soma dos escores de cada item que a compõe, esta, por sua vez, é multiplicada pelo fator do respectivo domínio (subescala), fornecendo, assim, uma pontuação ponderada.

A pontuação final da escala é obtida por meio da soma dos escores ponderados de cada domínio, a qual pode ter como valor máximo 36 e mínimo dois. Os escores mais elevados refletem um grau melhor da função sexual (ROSEN *et al.*, 2000). Wiegel *et al.* (2005) realizaram um estudo com uma amostra grande e heterogênea e estabeleceram uma nota de corte ideal (26,55) para diferenciar mulheres com e sem disfunção sexual. O domínio desejo tem como escore mínimo 1,2 e máximo 6,0, os domínios excitação, lubrificação, orgasmo e dor tem como escore mínimo zero e máximo 6,0 e, por fim, satisfação com mínimo de 0,8 e máximo 6,0.

### **5.5.2 Etapa II - Randomização**

A randomização que consiste na alocação aleatória dos participantes nos grupos intervenção ou controle, para reduzir a influência de variáveis confundidoras, é à base de um ensaio clínico; e, apresenta duas características imprescindíveis: que os tratamentos necessitam realmente ser alocados de maneira aleatória e que as alocações precisam ser invioláveis. Antes da randomização é importante que o participante complete a coleta de

dados da linha de base, seja considerado elegível de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e consinta em ingressar ao estudo (HULLEY *et al.*, 2015).

Os participantes elegíveis foram alocados aleatoriamente no grupo intervenção ou controle, com uma razão de alocação de 1:1, por meio de uma randomização simples (HULLEY *et al.*, 2015). Após completar as avaliações da linha de base, um membro do grupo de pesquisa que não estava vinculado ao estudo atribuiu uma numeração aleatória para cada participante elegível, e, posteriormente, por meio de um *software*, realizou um sorteio para determinar a randomização das participantes. Logo, informou a pesquisadora principal, que realizou a intervenção, as participantes do GI.

### **5.5.3 Etapa III - Intervenções**

#### *Grupo Intervenção*

Este presente estudo realizou três sessões de aconselhamento, por meio da telenfermagem, ao longo de oito semanas, no grupo intervenção. Optou-se por esse período por se considerar o tempo necessário para abordar os assuntos planejados com as pacientes, como, também, para estabelecer um vínculo e uma relação de confiança com essas. Além disso, ressalta-se que a maioria das intervenções educativas realizada voltada para o funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama variou em média entre três e 24 semanas (SCHOVER *et al.*, 2006; REESE *et al.*, 2019; SCHOVER *et al.*, 2013; HUMMEL *et al.*, 2017).

As sessões ocorreram com intervalos de no mínimo 15 dias, por se considerar um período não tão curto, que pudesse inviabilizar o contato com todas as participantes, e, nem tão longo, que possibilitasse o esquecimento das informações fornecidas em cada contato (CHAVES, 2016).

As ligações foram realizadas em horários e dias combinados com as participantes e a pesquisadora na primeira sessão, e tiveram uma duração média de 20 minutos. O aconselhamento foi realizado apenas pela pesquisadora principal, para minimizar os riscos de divergência na abordagem entre as participantes. A pesquisadora principal tem graduação e mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, e trabalha com disfunção sexual com mulheres com câncer de mama desde 2016.

As ligações foram realizadas de um aparelho telefônico comprado para este fim e gravadas por meio de um aplicativo chamado *Automatic Call Recorder*, que se encontra disponível para *download*, gratuitamente.

Na primeira sessão de aconselhamento a pesquisadora principal se apresentou e recordou brevemente como a intervenção iria ocorrer, além disso, agendou as datas e os horários, de preferência da paciente, para as sessões seguintes. Além disso também foi orientado que a paciente buscasse atender as ligações em um local mais reservado, para se sentir mais à vontade para dialogar sobre sexualidade. Durante as sessões a pesquisadora principal utilizou técnicas de comunicação verbal, como clarificação, silêncio, verbalização de interesse, validação de informação etc., com a finalidade de estabelecer comunicação mais aberta, empática e acessível, criando um vínculo com a paciente e adquirindo sua confiança.

O conteúdo das sessões de aconselhamentos foi baseado nas diretrizes da *American Cancer Society* (2020) para gerenciamento de problemas sexuais femininos relacionados ao câncer, os quais nortearam a construção de um roteiro, que foi avaliado por quatro juízes especialistas, com título de doutor e que apresentam ampla experiência na área de enfermagem oncológica. Os conteúdos foram organizados em três principais tópicos: (1) Câncer, sexo e corpo feminino; (2) Como os tratamentos podem interferir na vida sexual? e (3) Gerenciamento de problemas sexuais femininos relacionados ao câncer, os quais foram abordados ao longo das 3 sessões de aconselhamento.

### *Grupo Controle*

O grupo controle corresponde ao grupamento de sujeitos cuja performance em relação a variável desfecho é utilizado como parâmetro para avaliar o desempenho do GI, em relação a essa mesma variável (POLIT; BECK, 2011).

Como este estudo tem como objetivo avaliar o efeito do aconselhamento por telenfermagem na função sexual de mulheres com câncer de mama, o grupo controle recebeu a intervenção padrão dos serviços, em que estavam realizando o tratamento. Logo, o GC foi submetido apenas a orientações acerca da sexualidade realizada por profissionais do serviço, como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos ou médicos (oncologistas, mastologistas ou ginecologistas), que podem eventualmente ocorrer, tendo em vista que nenhuma das instituições onde foi desenvolvida essa pesquisa apresenta protocolos ou rotinas específicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das pacientes com câncer de mama.

#### **5.5.4 Etapa IV – Avaliações da variável desfecho**

A avaliação da variável desfecho (função sexual) ocorreu em três momentos diferentes ao longo da pesquisa: na fase de recrutamento (T0), com oito semanas, ou seja, logo após a finalização do aconselhamento por telenfermagem (T1) e com 12 semanas (T2), para ambos os grupos, esse contato foi realizado pelas bolsistas PIBIC que realizaram o recrutamento.

Em outros estudos que realizaram intervenção para melhorar o funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama, o desfecho foi avaliado entre quatro semanas, que correspondia ao final da intervenção, até 12 meses após (REESE *et al.*, 2019; SCHOVER *et al.*, 2011).

#### **5.6 Cegamento**

O cegamento consiste em, sempre que possível, as intervenções serem planejadas de modo que os participantes da pesquisa, os membros da equipe, os responsáveis pela aferição e aqueles que avaliam os desfechos não saibam para qual dos grupos cada participante foi alocado; isto é importante para manter a comparabilidade entre os grupos ao longo do ECR, como também para assegurar uma avaliação dos desfechos livre de viés. Porém, em alguns casos, o cegamento é difícil ou até mesmo impossível, como, por exemplo, nos casos de estudos que avaliam intervenções educativas (HULLEY *et al.*, 2015).

Com efeito, neste estudo, não houve cegamento das participantes, haja vista que não é possível fazê-lo em intervenções educativas. Como também não houve cegamento do avaliador, em virtude de a pesquisa dispor de um número reduzido de colaboradores para as diversas etapas que compõe o ensaio clínico. Todavia, a influência do avaliador e o viés de resposta podem ser considerados baixos, pois as respostas aos itens dos instrumentos foram relatadas pelas participantes.

## 5.7 Definições operacionais das variáveis

### 5.7.1 Variável dependente (*desfecho*)

A variável dependente foi a função sexual.

1. Função sexual: foi avaliada por meio do FSFI (ANEXO A), o qual é composto por 19 itens relacionados ao ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), tendo como padrão de respostas uma escala do tipo Likert, que varia de zero a cinco, em que zero é quando a paciente responde nenhuma atividade sexual. Os escores totais da escala variam de dois a 36, sendo classificados, como:

- a) Mulheres com disfunção sexual: 2 a 26,55;
- b) Mulheres sem disfunção sexual: acima de 26,55. (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

### 5.7.2 Variáveis independentes (*explanatórias*)

Considerou-se as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao CM. No tocante às variáveis sociodemográficas concebeu-se: idade (em anos completos), escolaridade (em anos de estudo), cor (branca, parda, amarela, negra e indígena), estado civil (solteira, casada/em união estável, divorciada/separada, viúva), se tem parceiro fixo (sim ou não), tempo de união com o parceiro, se tem relação sexual (sim ou não), estimativa de relações sexuais/mês, situação ocupacional (empregada, desempregada, aposentada), procedência (interior do Estado, capital, outro Estado), renda familiar (em reais), número de moradores no domicílio, religião (católica, espírita, evangélica e ateu), se tem filhos (sim ou não) e se os filhos estão em idade escolar (sim ou não) (APÊNDICE A).

Nas variáveis clínicas considerou-se: o peso (em kg), a altura (em cm), que proporcionou subsídios para o cálculo do Índice de Massa Corpórea - IMC (o qual pode variar de magreza (<18,5) a obesidade grave (>40,0)), *status* da menstruação (normal, climatério (com início antes do tratamento) e climatério induzida pelo tratamento), se possui doença crônica, se possui fator de risco para desenvolver CM (menarca precoce, climatério tardio, obesidade, terapia de reposição hormonal, nuliparidade e primeira gestação após os 30 anos).

As variáveis relacionadas ao câncer de mama foram: tempo de diagnóstico (em meses), tempo de tratamento atual (em meses), tempo de tratamento anterior (em meses), tempo de inserção de prótese mamária (em meses), estadiamento para tumor primário (Tx a

T4), estadiamento para linfonodo (Nx a N3), estadiamento para metástase (M0 e M1), se já realizou cirurgia como uma modalidade terapêutica para câncer de mama (sim ou não), se sim, qual (Setorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou mastectomia total), se inseriu prótese mamária (sim, não ou não se aplica), qual(is) tratamento realiza atualmente (quimioterapia radioterapia, hormonioterapia) qual(is) tratamentos já realizou (quimioterapia radioterapia, hormonioterapia) (APÊNDICE A).

## 5.8 Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *JASP* da *University of Amsterdam*, versão 0.15 para Mac, para, posteriormente serem expostos em tabelas, gráficos e figuras, com discussão subsidiada por evidências científicas da literatura.

As variáveis contínuas (idade, anos de estudo, tempo de relacionamento, número de relações sexuais/mês, renda mensal familiar, número de moradores no domicílio, Índice de Massa Corpórea, tempo de diagnóstico do câncer de mama, tempo de cirurgia, tempo de inserção de prótese mamária, tempo de tratamento atual e tempo de tratamento anterior) foram expressas como médias, desvio-padrão, valores máximos e mínimos. As categóricas (cor, estado civil, situação ocupacional, procedência, religião, status da menstruação, se possui alguma doença crônica, se possui fator de risco para desenvolver CM, se recebeu algum cuidado/orientação sobre saúde sexual, estadiamento para tumor primário, linfonodo e metástase, se já realizou cirurgia como uma modalidade terapêutica para câncer de mama, se inseriu prótese mamária, qual(is) tratamento realiza atualmente e qual(is) já realizou) em frequências relativa e absoluta.

Para avaliar se havia diferença estatística entre as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama entre os grupos (mulheres incluídas vs. não-incluídas na pesquisa e grupo intervenção vs. grupo controle) foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis numéricas, pois não atenderam o pressuposto de normalidade dos dados; e Teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas.

Efetou-se análise fatorial confirmatória com o objetivo de avaliar a plausibilidade da estrutura dimensional de seis fatores da escala *Female Sexual Function Index* (FSFI). A análise foi implementada utilizando-se o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adequado para dados categóricos (DISTEFANO; MORGAN, 2014; LI, 2016).

Os índices de ajuste utilizados foram:  $\chi^2$ ;  $\chi^2/df$ ; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Valores de  $\chi^2$  não devem ser significativos; a razão  $\chi^2/df$  deve ser  $\leq$  que 5 ou, preferencialmente,  $\leq$  que 3; valores de CFI e TLI devem ser  $\geq$  que 0,90 e, preferencialmente acima de 0,95; valores de SRMR devem ser  $\leq$  0,08; e valores de RMSEA devem ser  $\leq$  que 0,08 ou, preferencialmente  $\leq$  que 0,06, com intervalo de confiança (limite superior)  $\leq$  0,10 (BROWN, 2015).

Para comparar os escores do FSFI e dos seus seis domínios sexuais (desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor) entre o GI e o GC nos três períodos avaliados (T0, T1 e T2) utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA) de Medidas Repetidas, nos quais foram verificados os pressupostos de esfericidade, por intermédio do Teste de Esfericidade de *Mauchly*, em que se espera um  $p > 0,005$ . Quanto esse não foi satisfatório, utilizou-se as correções de *Greenhouse-Geisser* (para valores de  $p < 0,75$ ) ou *Huynh-Feldt* (para valores de  $p > 0,75$ ) (GOSS-SAMPSON, 2020). Foi verificado também o pressuposto de homogeneidade dos resíduos, o qual foi acatado em todas as análises.

Para avaliar se as características sociodemográficas, clínicas ou relacionadas ao câncer de mama estavam correlacionadas a função sexual foi realizado uma Correlação de Spearman Kendall, pois as variáveis contínuas não apresentaram uma distribuição normal dos dados. Posteriormente, para avaliar se havia também além da correlação uma relação de causalidade ou predição, foi realizado uma Regressão Linear Múltipla, adotando como método de entrada *backward*. As estatísticas de colinearidade, tolerância e VIF (*Variance Inflation Factor*) verificaram o pressuposto de multicolinearidade. Como regra geral, se  $VIF > 10$  e tolerância  $< 0,1$ , os pressupostos foram violados. Avaliou-se, também, a independência dos resíduos por meio do Coeficiente de *Durbin-Watson*, que precisa ficar entre 1,5 e 2,5, e quanto mais próximo de 2,0 melhor (GOSS-SAMPSON, 2020). Considerou-se como estatisticamente significativa as análises inferenciais com valores de  $p < 0,05$ .

## 5.9 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos, por meio da Plataforma Brasil, de duas instituições, com número de parecer 4.613.609 e CAAE: 43072721.9.0000.5054 e número do parecer 4.742.687 e CAAE 43072721.9.3002.5050, respectivamente; bem como ao setor de Pesquisa Clínica de uma das instituições em que não dispunha de CEP.

A pesquisa foi registrada na base de dados de Registros Brasileiros de Ensaio Clínicos Randomizados (ReBEC) no dia 08 de novembro de 2021 com número de registro RBR-1056fgjk.

As participantes foram orientadas quanto aos objetivos e benefícios da pesquisa, e quando concordaram em participar da mesma foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que foi garantido o anonimato das informações fornecidas, bem como a liberdade de participar ou não do estudo; e, ressalta-se que foram respeitados e garantidos os princípios da autonomia, beneficência, justiça, e equidade para as participantes conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Estima-se que o presente ECR tenha apresentado riscos mínimos as pacientes, visto que se trata da aplicação de uma intervenção educativa, todavia, por abordar um assunto que está associado diretamente a intimidade, a paciente pode apresentar constrangimento, ou desconforto de ordem moral, mas, destaca-se que o intuito da realização desta intervenção via contato telefônico foi justamente para tentar amenizar essas situações, de modo que a paciente se sentisse mais confortável em conversar ou discutir sobre essa temática. Além disso, foi orientado que a paciente procurasse um local reservado para as sessões telefônicas.

Os dados pessoais das pacientes, que incluem nome, telefone e e-mail, foram coletados durante a primeira abordagem com as mesmas, e ficaram armazenados no banco de dados em um arquivo do *Excel* que está sob responsabilidade da pesquisadora principal, e descartados após análise estatística dos dados; estando, assim, de acordo com a Lei Nº 13.709 de 2018 de Proteção de Dados Pessoais.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Avaliação da estrutura fatorial do instrumento

A estrutura dimensional de seis fatores do FSFI apresentou resultados de ajuste satisfatórios. Os valores de qui-quadrado foram não significativos, porém a razão qui-quadrado por graus de liberdade foi elevado (1.070). Os índices de CFI, TLI, SRMR, RMSEA e o limite superior do intervalo de confiança dos índices de RMSEA suportaram o modelo.

Observou-se, portanto, que a estrutura fatorial do instrumento na presente amostra está em consonância com a literatura.

**Tabela 1 – Índices de ajuste do modelo dimensional do FSFI**

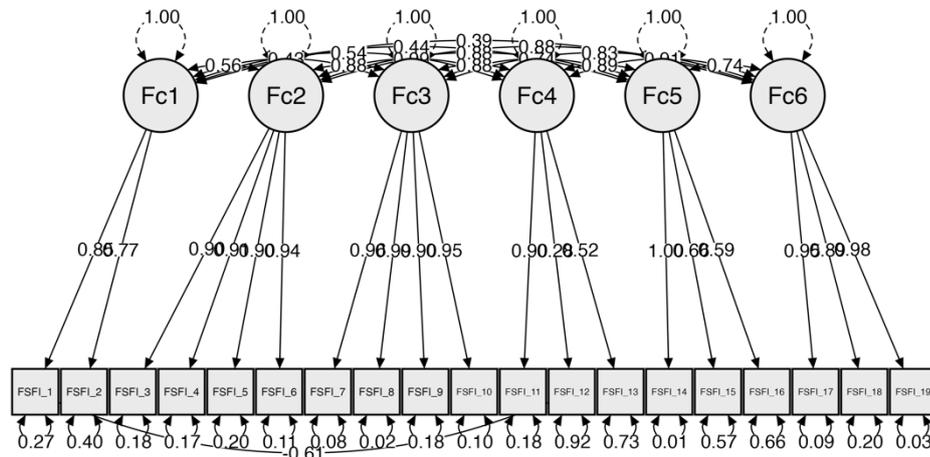
	$\chi^2$ (gl)	$\chi^2$ /gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90% IC)
Original	146.716* (137)	1.070	0,999	0,999	0,061	0,019 (0,000 – 0,040)

Fonte: elaborada pela autora.

Nota:  $\chi^2$  = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; \* $p = 0,270$ ; \*\* $p = 0,731$ .

Na AFC realizada observou-se que os fatores excitação e orgasmo se correlacionaram fortemente (0,988). Além disso, dos 19 itens do instrumento apenas três apresentaram cargas fatoriais baixas ( $\leq 0,60$ ): o item 12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou relação sexual? (0,272); item 13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou relação sexual? (0,521); e, o item 16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo? (0,586). Isto significa que nesta amostra esses itens foram pouco relevantes.

**Figura 2 – Estrutura e cargas fatoriais do FSFI**



Fonte: JASP, 2021.

## 6.2 Fluxograma dos participantes

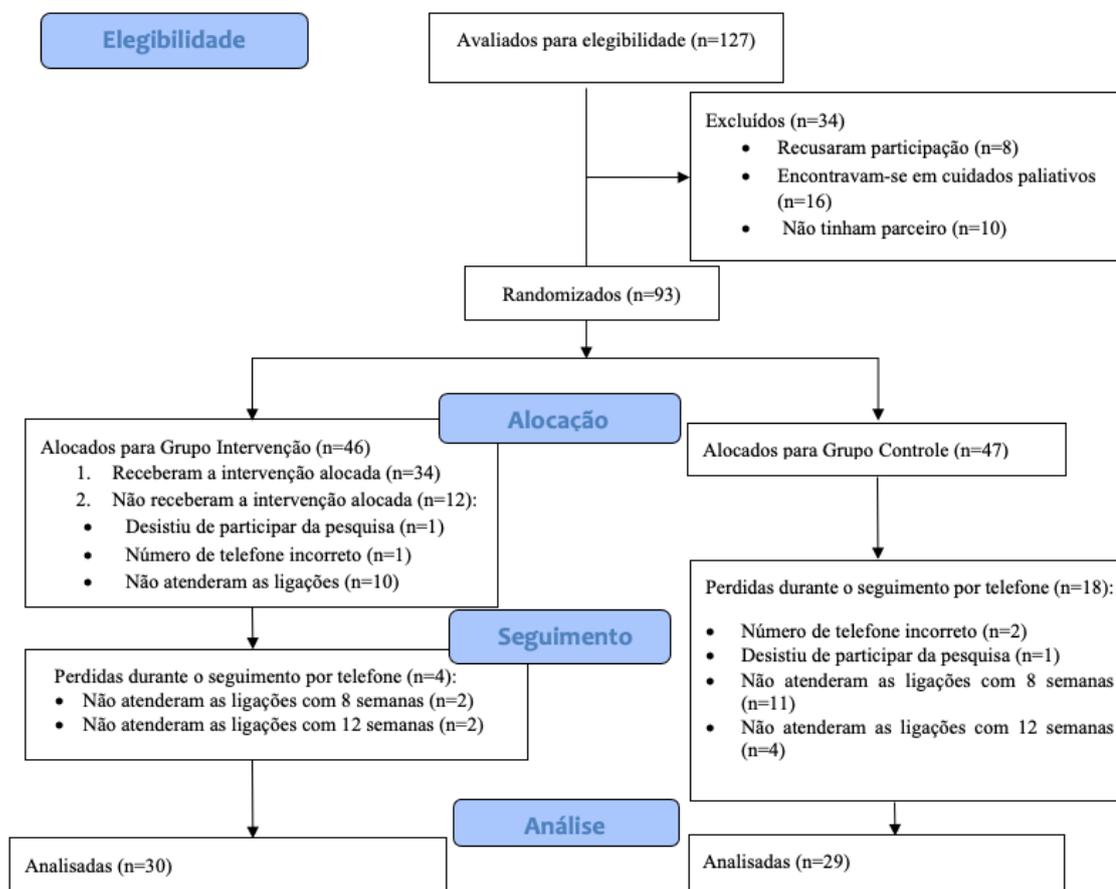
O fluxo dos participantes, em cada etapa do estudo, está representado na Figura 3. Durante o período de coleta de dados foram abordadas 127 mulheres com câncer de mama. Dessas, oito se recusaram a participar do estudo, e 26 foram excluídas, 16 por estarem no estadiamento IV para CM e dez por não possuírem parceiro/companheiro.

Noventa e três pacientes foram aleatorizadas, sendo 46 alocados para o grupo intervenção e 47 para o grupo controle. Houve 16 perdas e saídas no GI e 18 no GC. As razões para perdas e saídas dos participantes foram: desistência em participar do estudo, ter fornecido um número de telefone incorreto ou ter ocorrido a perda durante o seguimento por telefone.

Quatorze contatos telefônicos das participantes do grupo intervenção foram perdidos durante o acompanhamento por telefone, nove não foram encontrados na ligação da primeira sessão de aconselhamento, uma não foi encontrada a partir da segunda sessão, duas não foram encontradas na avaliação do desfecho com oito semanas (T1) e duas na avaliação do desfecho com 12 semanas (T2). No GC, dos 15 participantes que foram perdidos ao longo do acompanhamento por telefone, nove não foram encontrados na avaliação do desfecho em T1 e seis participantes não foram encontrados na avaliação do desfecho em T2. Nesses casos não foi possível o contato por telefone em decorrência de não ser possível completar a ligação e não haver outro número telefônico além daquele informado pela participante.

Assim, 59 mulheres (30 do GI e 29 do GC) participaram de todas as etapas da pesquisa e foram consideradas na fase de análise estatística.

**Figura 3 – Fluxograma dos participantes em cada etapa do processo de coleta de dados. Fortaleza, 2022**



Fonte: CONSORT, 2010.

### 6.3 Aconselhamento por telenfermagem

O programa de aconselhamento por meio da telenfermagem, com a utilização do roteiro, durou cerca de uma hora (Média = 61,5 minutos, DP = 18,0).

As ligações telefônicas foram utilizadas como uma maneira de orientar as mulheres com câncer de mama acerca das alterações ocasionadas pelo diagnóstico e tratamento oncológico na sua saúde sexual e reprodutiva; e motivá-las na realização do autocuidado necessário para a manutenção da sua vida sexual ativa. A primeira sessão durou em média 24,5 minutos (DP = 7,1), a segunda sessão 19,9 minutos (DP= 6,7) e a terceira sessão 18,2 minutos (DP= 5,8).

Quando questionadas acerca da satisfação acerca da quantidade, duração e conteúdo das sessões, a maioria das participantes referiram estar satisfeitas, e o quanto havia

sido importante para elas aquela intervenção. Algumas, inclusive, referiram estarem discutindo sobre o assunto com o companheiro/parceiro.

Além disso, ressalta-se que foi utilizado o WhatsApp® como uma ferramenta de aumento de adesão das participantes à intervenção e que foi tida como útil. Pois, por meio desse *software* eram enviadas mensagens as participantes lembrando da data e horário das sessões agendadas, além disso, também foi válido para aumentar o canal de comunicação da pesquisadora principal com as mulheres, visto que as mesmas, enviavam mensagens com dúvidas ou questionamentos.

#### **6.4 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e das saídas ou perdas**

A caracterização sociodemográfica e clínica das 93 pacientes aleatorizadas encontram-se na Tabela 2. Cinquenta e nove mulheres participaram de todas as etapas da pesquisa, enquanto 34 saíram ou foram não foram localizadas após a aleatorização.

Quando comparado o grupo que permaneceu no estudo com o grupo perdido, observou-se que são bastante homogêneos, e que nenhuma variável foi estatisticamente diferente entre os dois grupos, com valor de  $p \geq 0,06$  para todas as variáveis.

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres aleatorizadas de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Fortaleza, 2022**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	PARTICIPANTES DO ESTUDO (N = 59)			SAÍDAS OU PERDAS (N = 34)			Valor de p**
	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	
<b>Idade</b>	45,9 (7,2)	29	62	44,4 (7,9)	29	58	0,42
<b>Anos de Estudo</b>	12,4 (3,0)	5	22	12,2 (3,0)	5	15	0,74
<b>Tempo de Relacionamento (Anos)</b>	19,2 (11,2)	0,16	42	19,4 (9,6)	0,7	35	0,83
<b>Número de Relações Sexuais/mês</b>	4,4 (5,0)	0	30	5,6 (6,5)	0	30	0,90
<b>Renda Mensal Familiar, em Reais</b>	1.956,6 (1.293,0)	0	6.600,0	1.926,5 (1.340,4)	0	5.500,0	0,99
<b>Número de Moradores no Domicílio</b>	3,8 (1,2)	2	8	3,4 (1,1)	1	6	0,12
<b>Índice de Massa Corpórea (IMC)</b>	30,0 (5,5)	21,8	44,7	28,7 (5,46)	20	39,5	0,32
<b>Tempo de Diagnóstico do Câncer de Mama (Meses)</b>	9,5 (12,5)	1	84	7,9 (6,6)	2	36	0,91
<b>Tempo de Cirurgia (Meses)</b>	4,3 (3,0)	1	15	7,5 (7,8)	1	24	0,47
<b>Tempo de Inserção de Prótese Mamária (Meses)</b>	3,4 (2,0)	1	7	9,5 (8,2)	2	24	0,19
<b>Tempo de Tratamento Atual (Meses)</b>	3 (2,3)	0	10	4,5 (4,5)	0	24	0,13
<b>Tempo de Tratamento Anterior (Meses)</b>	10,6 (11,0)	0,6	36	4,0 (1,6)	2	6	0,06
<b>Escore FSFI</b>	22,5 (8,4)	2	33,2	21,3 (9,0)	2,4	32,5	0,48
	<b>N (%)</b>			<b>N (%)</b>			<b>Valor de p***</b>
<b>Cor</b>							0,29
Branca	12 (20,3)			6 (17,6)			
Parda	37 (62,7)			25 (73,5)			
Negra	6 (10,1)			2 (5,8)			
Amarela	4 (6,7)			-			
Indígena	-			1 (2,9)			
<b>Estado civil</b>							0,25
Solteira	13 (22,0)			5 (14,7)			
União Estável/Casada	46 (77,9)			27 (79,4)			
Separada/Divorciada	-			1 (2,9)			
Viúva	-			1 (2,9)			

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres aleatorizadas de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Fortaleza, 2022**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	PARTICIPANTES DO ESTUDO (N = 59)			SAÍDAS OU PERDAS (N = 34)			Valor de p***
	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	
<b>Refere Problemas sexuais</b>							0,17
Sim	9 (15,2)			2 (5,8)			
Não	50 (84,7)			32 (94,1)			
<b>Ocupação</b>							0,99
Empregada	16 (27,1)			9 (26,4)			
Desempregada	30 (50,8)			18 (52,9)			
Aposentada	2 (3,3)			1 (2,9)			
Autônoma	11 (18,6)			4 (17,6)			
<b>Procedência</b>							0,58
Interior	33 (55,9)			17 (50,0)			
Capital	6 (44,0)			17 (50,0)			
<b>Religião</b>							0,94
Católica	33 (55,9)			18 (52,9)			
Evangélica	22 (37,2)			13 (38,2)			
Ateu/ Não tem religião	2 (3,3)			1 (2,9)			
Outros	2 (3,3)			2 (5,8)			
<b>Filhos em Idade Escolar, % SIM</b>							0,90
Sim	34 (60,7)			19 (59,4)			
Não	22 (39,3)			13 (40,6)			
<b>Status da Menstruação</b>							0,54
Normal	18 (30,5)			11 (32,3)			
Climatério com início antes do tratamento	20 (33,8)			8 (23,5)			
Climatério induzido pelo tratamento	21 (35,5)			15 (44,1)			

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres aleatorizadas de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Fortaleza, 2022**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	PARTICIPANTES DO ESTUDO (N = 59)			SAÍDAS OU PERDAS (N = 34)			Valor de p***
	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	
<b>Comorbidades, % SIM</b>							0,61
Hipertensão Arterial Sistêmica	17 (70,8)			8 (66,6)			
Diabetes Mellitus	4 (16,6)			2 (16,6)			
Dislipidemia	1 (4,1)			1 (8,3)			
Psiquiátricas	-			1 (8,3)			
Asma	2 (8,3)			-			
<b>Fator de Risco para CM, % SIM</b>							0,80
Menarca Precoce (<12 anos)	10 (19,6)			11 (36,7)			
Climatério tardio (>55anos)	3 (5,8)			-			
Obesidade	13 (25,4)			3 (10)			
Nuliparidade	1 (1,9)			-			
1ª Gestação após os 30 anos	4 (7,8)			-			
História familiar de câncer de mama	20 (39,2)			16 (53,3)			
<b>Recebeu algum cuidado acerca da saúde sexual</b>							0,35
Sim	5 (8,4)			5 (14,7)			
Não	54 (91,5)			29 (85,2)			
<b>Estadiamento para Tumor Primário</b>							0,89
T1	5 (8,4)			4 (11,7)			
T2	24 (40,6)			12 (35,2)			
T3	15 (25,4)			10 (29,4)			
T4	9 (15,2)			6 (17,6)			
<b>Estadiamento para Linfonodo</b>							0,14
N0	3 (5,0)			2 (5,8)			
N1	11 (18,6)			7 (20,5)			
N2	31 (52,5)			13 (38,2)			
N3	6 (10,1)			10 (29,4)			

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres aleatorizadas de acordo com participação no estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas da coleta de dados ou sujeitos que saíram ou foram perdidos durante o estudo). Fortaleza, 2022**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	PARTICIPANTES DO ESTUDO (N = 59)			SAÍDAS OU PERDAS (N = 34)			Valor de p***
	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	
<b>Estadiamento para Metástase</b>							0,71
M0	3 (5,0)			2 (5,8)			
M1	46 (77,9)			29 (85,2)			
MX	2 (3,3)			1 (2,9)			
<b>Tipo de Cirurgia, % SIM</b>							0,68
Setorectomia	1 (3,4)			-			
Quadrantectomia	16 (55,2)			7 (69,2)			
Mastectomia Parcial	6 (20,7)			2 (16,6)			
Mastectomia Total	6 (20,7)			3 (23,0)			
<b>Inseriu Prótese Mamária, % Mastectomizadas</b>							0,74
Sim	7 (58,3)			5 (100)			
Não	5 (41,6)			-			
<b>Tratamento atual</b>							0,35
Quimioterapia	43 (72,8)			29 (85,2)			
Radioterapia	6 (10,1)			-			
Hormonioterapia	5 (8,4)			3 (8,8)			
Anticorpo Monoclonal	5 (8,4)			2 (5,8)			
Cirurgia	3 (5,0)			-			
<b>Tratamento anterior realizado, % SIM</b>							0,71
Quimioterapia	14 (82,3)			5 (83,3)			
Radioterapia	5 (29,4)			2 (33,3)			
Hormonioterapia	1 (5,9)			-			

Fonte: elaborada pela autora.

\*Desvio-padrão. \*\*Valor de p associado ao teste de Mann-Whitney U. \*\*\*Valor de p associado ao teste do Qui-quadrado.

## 6.5 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

A caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes da pesquisa, de acordo com a alocação no GI ou no GC, encontra-se na Tabela 3.

As participantes do grupo intervenção apresentaram uma média de idade de 45,0 anos (D.P.= 6,7), com 11,6 (D.P.= 3,0) anos de estudo completo e uma média de 20,1 (D.P.=10,7) anos de relacionamento com o parceiro/companheiro, referindo uma estimativa de 4,3 (D.P.=4,2) relações sexuais por mês. A renda familiar desse grupo em reais foi de 1.619,6 (D.P.=1.213,7), que corresponde a um pouco mais que um salário-mínimo do período que os dados foram coletados, com 3,8 pessoas (D.P.= 1,0) residindo no mesmo domicílio. A média do Índice de Massa Corpórea das pacientes (IMC) foi de 30,2 (D.P.=5,9) que indica que a maioria das pacientes estava com obesidade. Quanto aos tempos, o GI apresentou uma média de 7,4 (D.P.= 4,1) meses de diagnóstico, 4,8 (D.P.= 3,8) meses de realização da cirurgia, 3,0 (D.P.= 1,6) meses de inserção de prótese mamária após a realização de mastectomia parcial ou total, 2,8 (D.P.= 2,2) meses de realização de tratamento atual e 7,1 (D.P. = 4,7) de realização de tratamento anterior.

No que concerne ao grupo controle, a média de idade foi de 46,8 (D.P.= 46,8), com 13,1 (D.P.= 3,0) anos completos de estudo, 18,3 (D.P.= 11,7) anos de relacionamento com o parceiro e referindo aproximadamente 4,6 (D.P.= 5,7) relações sexuais por mês. A renda familiar desse grupo foi superior ao GI, com uma média de 2.305,2 (D.P.=1.299,7), que equivale há um pouco mais do que o dobro do salário-mínimo do período. A média de pessoas que reside no domicílio foi praticamente equivalente entre os grupos, GC apresentou uma estimativa de 3,7 (D.P.= 1,3). A média do IMC desse grupo foi de 29,7 (D.P.= 5,1), correspondente a classificação de “pré-obeso”, conforme o índice. Quanto aos tempos, o GC apresentou uma média de 11,7 (D.P.= 17,2) meses de diagnóstico, 3,7 (D.P.= 1,8) meses de realização da cirurgia, 4,0 (D.P.= 2,6) meses de inserção de prótese mamária após a realização de mastectomia parcial ou total, 3,1 (D.P.= 2,3) meses de realização de tratamento atual e 21,0 (D.P. = 21,2) de realização de tratamento anterior.

Para as variáveis categóricas, os dados foram apresentados em ordem decrescente, de acordo com o grupo predominante em cada uma das variáveis. Houve predomínio de pessoas da cor parda em ambos os grupos (56,6% no GI e 62,8% no GC), bem como em uma união estável ou casadas (80% no GI e 75,8% no GC), que não referiam problemas/dificuldades sexuais (76,6% no GI e 93,1% no GC), com procedência do interior do Estado (60% no GI e 51,7% no GC), de religião católica (56,1% no GI e 55,1% no GC) e

com filhos e que ainda se encontravam em idade escolar (65,5% no GI e 55,5% no GC). No GI a maioria das mulheres estava desempregada (66,6%), enquanto no GC 37,9% referiu estar empregada. No GC houve predomínio de mulheres que havia entrado na menopausa antes do tratamento oncológico (44,8%), já no GI a maioria entrou no processo de menopausa induzida pelo tratamento (55,3%). A maioria das mulheres de ambos os grupos referiu não ter comorbidades (63,3% no GI e 51,7% no GC), todavia das que tinha doenças crônicas a mais frequente foi a HAS (72,7% no GI e 69,2% no GC).

O fator de risco para câncer de mama mais comum no GI foi casos de CM na família (44,4%), enquanto no GC foi a presença de obesidade (37,5%). Ambos os grupos referiram não ter recebido cuidados ou orientações acerca da saúde sexual (93,3% no GI e 89,6% no GC) por profissionais de saúde nos locais de realização do tratamento oncológico. Quanto ao estadiamento do tumor, houve predomínio entre os grupos da classificação T2 (43,3% no GI e 37,9% no GC), N2 (50% no GI e 55,1% no GC) e M1 (76,6% no GI e 79,3% no GC). A maioria das mulheres entre os grupos realizou cirurgia mais conservadora da mama, que é a quadrantectomia (46,6% no GI e 64,2% no GC); todavia, das que realizou mastectomia parcial ou total, todas realizaram reconstrução com inserção de prótese mamária em ambos os grupos.

A maioria das mulheres se encontrava em quimioterapia (63,3% no GI e 82,7% no GC), tendo realizado a radioterapia anteriormente (60% no GI e 82,7% no GC).

Ratifica-se que os grupos, intervenção e controle, apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas seguintes características: anos de estudo ( $p=0,033$ ), renda familiar ( $p=0,032$ ), cor ( $p<0,001$ ), ocupação ( $p=0,054$ ), status da menstruação ( $p=0,015$ ), e tratamento anterior realizado ( $p=0,054$ ).

**Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, de acordo com a alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle]. Fortaleza, 2022**

(continua)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	GRUPO INTERVENÇÃO (N=30)			GRUPO CONTROLE (N=29)			Valor de p**
	Média (D.P.*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	
<b>Idade</b>	45,0 (6,7)	29	57	46,8 (7,7)	34	62	0,347
<b>Anos de Estudo</b>	11,6 (3,0)	5	15	13,1 (3,0)	7	22	0,033
<b>Tempo de Relacionamento (Anos)</b>	20,1 (10,7)	0,16	42	18,3 (11,7)	0,33	39	0,580
<b>Número de Relações Sexuais/mês</b>	4,3 (4,2)	0	20	4,6 (5,7)	0	30	0,956
<b>Renda Mensal Familiar, em Reais</b>	1.619,6 (1.213,7)	0	6.600,0	2.305,2 (1.299,7)	1.000,0	5.500,0	0,032
<b>Número de Moradores no Domicílio</b>	3,8 (1,0)	2	6	3,7 (1,3)	2	8	0,435
<b>Índice de Massa Corpórea</b>	30,2 (5,9)	21,8	44,7	29,7 (5,1)	22,7	44,1	0,739
<b>Tempo de Diagnóstico do Câncer de Mama (Meses)</b>	7,4 (4,1)	2	17	11,7 (17,2)	1	84	0,921
<b>Tempo de Cirurgia (Meses)</b>	4,8 (3,8)	1	15	3,7 (1,8)	1	7	0,670
<b>Tempo de Inserção de Prótese Mamária (Meses)</b>	3,0 (1,6)	1	5	4,0 (2,6)	2	7	0,854
<b>Tempo de Tratamento Atual (Meses)</b>	2,8 (2,2)	0	7	3,1 (2,3)	0	10	0,687
<b>Tempo de Tratamento Anterior (Meses)</b>	7,1 (4,7)	0,6	15	21,0 (21,2)	6	36	0,478
	<b>N (%)</b>			<b>N (%)</b>			<b>Valor de p***</b>
<b>Cor</b>							p<0,001
Parda	17 (56,6)			20 (68,9)			
Branca	9 (30,0)			3 (10,3)			
Negra	2 (6,6)			4 (13,7)			
Amarela	2 (6,6)			2 (6,8)			
<b>Estado civil</b>							0,701
União Estável/Casada	24 (80,0)			22 (75,8)			
Solteira	6 (20,0)			7 (24,1)			
Sim	7 (23,3)			2 (6,8)			

**Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, de acordo com a alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle]. Fortaleza, 2022**

(continuação)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	GRUPO INTERVENÇÃO (N=30)			GRUPO CONTROLE (N=29)			Valor de p***
	Média (D.P.*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P.*)	Mínimo	Máximo	
<b>Apresenta Problemas sexuais</b>							0,079
Não	23 (76,6)			27 (93,1)			
<b>Ocupação</b>							0,054
Desempregada	20 (66,6)			10 (34,4)			
Empregada	5 (16,6)			11 (37,9)			
Aposentada	-			2 (6,8)			
Autônoma	5 (16,6)			6 (20,6)			
<b>Procedência</b>							0,522
Interior	18 (60,0)			15 (51,7)			
Capital	12 (40,0)			14 (48,2)			
<b>Religião</b>							0,533
Católica	17 (56,6)			16 (55,1)			
Evangélica	10 (33,3)			12 (41,3)			
Ateu/ Não tem religião	1 (3,3)			1 (3,4)			
Outras	2 (6,6)			-			
<b>Filhos em Idade Escolar, % SIM</b>							0,446
Sim	19 (65,5)			15 (55,5)			
Não	10 (34,5)			12 (44,5)			
<b>Status da Menstruação</b>							0,015
Climatério induzido pelo tratamento	16 (53,3)			5 (17,2)			
Climatério com início antes do tratamento	7 (23,3)			13 (44,8)			
Normal	7 (23,3)			11 (37,9)			
<b>Comorbidades, % SIM</b>							0,524
Hipertensão Arterial Sistêmica	8 (72,7)			9 (69,2)			
Diabetes Mellitus	1 (9)			3 (23,0)			
Dislipidemia	1 (9)			1 (7,6)			
Asma	1 (9)			1 (7,6)			

**Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, de acordo com a alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle]. Fortaleza, 2022**

(continuação)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	GRUPO INTERVENÇÃO (N=30)			GRUPO CONTROLE (N=29)			Valor de p***
	Média (D.P.*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P.*)	Mínimo	Máximo	
<b>Fator de Risco para CM, % SIM</b>							0,417
História familiar de câncer de mama	12 (44,4)			8 (33,3)			
Obesidade	4 (14,8)			9 (37,5)			
Menarca Precoce (<12 anos)	7 (25,9)			3 (12,5)			
Climatério tardio (>55anos)	2 (7,4)			1 (4,1)			
Nuliparidade	-			1 (4,1)			
1ª Gestação após os 30 anos	2 (7,4)			2 (8,3)			
<b>Recebeu algum cuidado acerca da saúde sexual</b>							0,612
Não	28 (93,3)			26 (89,6)			
Sim	2 (6,6)			3 (10,3)			
<b>Estadiamento para Tumor Primário</b>							0,504
T2	13 (43,3)			11 (37,9)			
T3	6 (20,0)			9 (31,0)			
T4	5 (16,6)			4 (13,7)			
T1	4 (13,3)			1 (3,4)			0,287
<b>Estadiamento para Linfonodo</b>							
N2	15 (50,0)			16 (55,1)			
N1	7 (23,3)			4 (13,7)			
N0	3 (10,0)			-			
N3	2 (6,6)			4 (13,7)			0,323
<b>Estadiamento para Metástase</b>							
M1	23 (76,6)			23 (79,3)			
M0	3 (10,0)			-			
MX	1 (3,3)			1 (3,4)			

**Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, de acordo com a alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle]. Fortaleza, 2022**

(conclusão)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	GRUPO INTERVENÇÃO (N=30)			GRUPO CONTROLE (N=29)			Valor de p***
	Média (D.P.*)	Mínimo	Máximo	Média (D.P*)	Mínimo	Máximo	
<b>Tipo de Cirurgia, % SIM</b>							0,597
Quadrantectomia	7 (46,6)			9 (64,2)			
Mastectomia Parcial	3 (20,0)			3 (21,4)			
Mastectomia Total	4 (26,6)			2 (14,2)			
Setorectomia	1 (6,6)			-			
<b>Inseriu Prótese Mamária, % Mastectomizadas</b>							0,650
Sim	7 (100)			5 (100)			
Não	-			-			
<b>Tratamento atual</b>							0,557
Quimioterapia	19 (63,3)			24 (82,7)			
Radioterapia	3 (10,0)			3 (10,3)			
Hormonioterapia	4 (13,3)			2 (6,8)			
Anticorpo Monoclonal	4 (13,3)			2 (6,8)			
Cirurgia	2 (6,6)			1 (3,4)			
<b>Tratamento anterior realizado, % SIM</b>							0,054
Radioterapia	18 (60,0)			24 (82,7)			
Quimioterapia	12 (40,0)			5 (17,3)			

Fonte: elaborada pela autora.

\*Desvio-padrão. \*\*Valor de p associado ao teste de Mann-Whitney U. \*\*\*Valor de p associado ao teste do Qui-quadrado.

## 6.6 Desfecho

O desfecho avaliado foi a função sexual e os seus seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

### 6.6.1 Função sexual

As médias e os desvios-padrões obtidos da avaliação da função sexual (usando o FSFI) das mulheres de acordo com a alocação para GI ou GC nos três períodos de avaliação estão apresentados na Tabela 8 e 9.

Foi realizada uma ANOVA de Medidas Repetidas para investigar se houve diferença entre os níveis de função sexual das mulheres com câncer de mama em tratamento curativo alocadas no grupo intervenção e no controle. Os resultados não foram estatisticamente significativos ( $F(2) = 1,555$ ,  $p = 0,216$ ), demonstrando que não houve diferença nos níveis de função sexual entre as participantes do GI e do GC nos períodos avaliados (linha de base, com 8 e 12 semanas) (Gráfico 1).

**Tabela 4 – Valores do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) de acordo com alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle] nos três períodos de avaliação). Fortaleza, 2022**

	Linha de Base		8 Semanas (T1)		12 Semanas (T2)	
	Média	D.P.*	Média	D.P.*	Média	D.P.*
Grupo Intervenção	21,82	8,58	20,39	9,39	19,73	11,16
Grupo Controle	23,20	8,22	16,57	11,31	19,45	10,82

Fonte: elaborada pela autora.

\*Desvio-padrão.

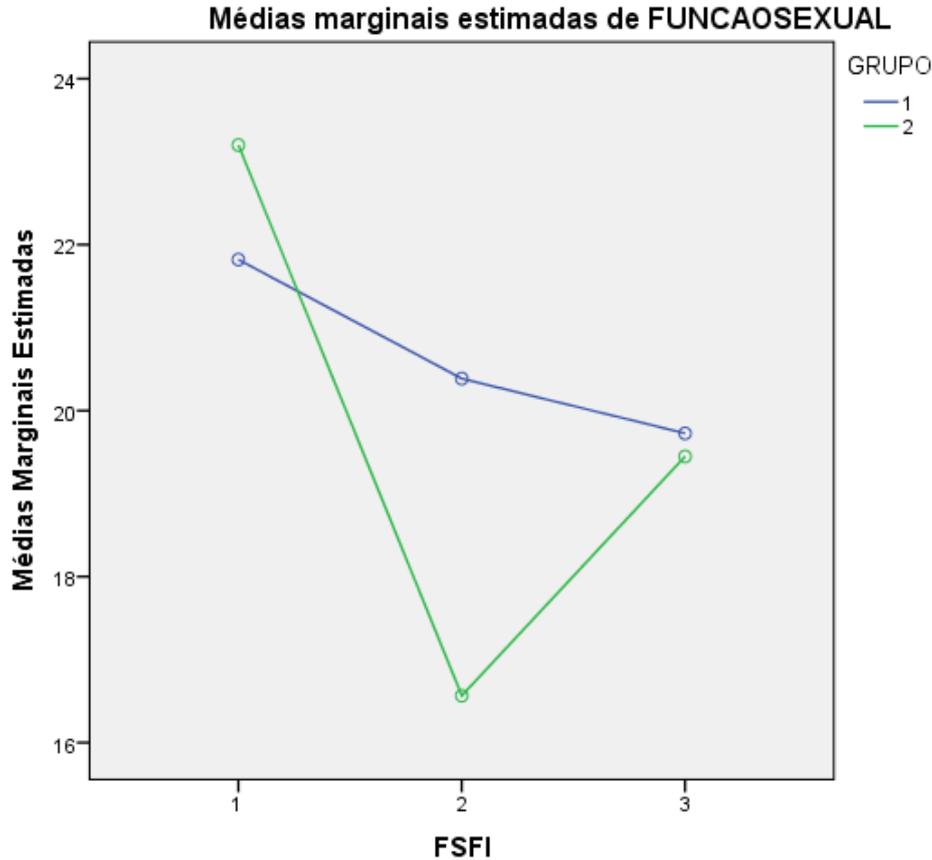
**Tabela 5 – Diferença das médias do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) entre os grupos intervenção e controle nos três períodos de avaliação. Fortaleza, 2022**

		Diferença das médias	Valor de p	Intervalo de Confiança (95%)	
				Limite Inferior	Limite Superior
Linha de Base	GI - GC	-1,38	0,564	-0,368	0,205
8 semanas	GI - GC	3,82	0,282	-0,131	0,433
12 semanas	GI - GC	0,28	0,879	-0,311	0,266
Geral	GI - GC	0,90			

Fonte: elaborada pela autora.

\*Desvio-padrão.

**Gráfico 1 – Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) de acordo com alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle] nos três períodos de avaliação. Fortaleza, 2022**



Fonte: JASP, 2021.

### 6.6.2 Domínios da função sexual

Na Tabela 6 estão apresentados as médias e os desvios-padrões obtidos dos seis domínios (desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor) da função sexual contemplados no FSFI, de acordo com a alocação das participantes para GI ou GC, nos três períodos de avaliação.

**Tabela 6 – Valores dos seis domínios do Índice da Função Sexual Feminina de acordo com alocação aleatória (aconselhamento por telenfermagem [grupo intervenção] ou grupo sem intervenção [grupo controle] nos três períodos de avaliação. Fortaleza, 2022**

Domínios		Média (D.P.*)		
		Linha de Base	8 Semanas (T1)	12 Semanas (T2)
<b>Desejo</b>	GI	2,8 (1,3)	2,9 (1,1)	2,9 (1,3)
	GC	3,1 (1,4)	2,8 (1,1)	2,6 (1,1)
<b>Excitação</b>	GI	3,4 (1,8)	3,2 (1,9)	2,8 (2,1)
	GC	3,3 (1,7)	2,3 (2,2)	2,8 (2,1)
<b>Lubrificação</b>	GI	3,7 (2,0)	3,1 (2,3)	3,0 (2,4)
	GC	4,0 (2,1)	2,4 (2,5)	3,4 (2,6)
<b>Orgasmo</b>	GI	3,2 (1,5)	3,0 (1,7)	3,3 (3,6)
	GC	3,3 (1,3)	2,1 (2,0)	2,6 (1,9)
<b>Satisfação</b>	GI	4,0 (1,6)	4,3 (1,7)	4,1 (2,0)
	GC	4,4 (1,5)	3,7 (1,8)	4,1 (1,6)
<b>Dor</b>	GI	4,4 (2,1)	3,7 (2,3)	3,4 (2,4)
	GC	4,9 (2,0)	3,0 (2,8)	3,6 (2,7)

Fonte: elaborada pela autora.

\*Desvio-padrão.

Foi realizada uma ANOVA de Medidas Repetidas para avaliar se havia diferença nos escores dos domínios sexuais entre o GI e o GC nos períodos analisados (Tabela 7). Nenhum domínio apresentou diferença estatisticamente significativa, inferindo que não houve distinção entre os escores de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação ou dor entre os grupos nos períodos avaliados.

**Tabela 7 – Inferência estatística dos domínios do Índice da Função Sexual Feminina entre os grupos (grupo controle e intervenção) nos períodos analisados (T0, T1 e T2).**

**Fortaleza, 2022**

	<b>df*</b>	<b>F</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Desejo</b>	1,84	1,527	0,223**
<b>Lubrificação</b>	2,00	1,551	0,216
<b>Excitação</b>	2,00	1,499	0,228
<b>Satisfação</b>	2,00	2,017	0,138
<b>Orgasmo</b>	1,83	0,926	0,392**
<b>Dor</b>	2,00	1,483	0,231

Fonte: elaborada pela autora.

\*Graus de liberdade. \*\*Adotado Correção de esfericidade Huynh-Feldt (Teste de Mauchly's <0,005 e Greenhouse-Geisser e Huynh-Feldt >0,75).

### **6.7 Associação do desfecho (função sexual) com as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama**

A Tabela 8 mostra o resultado da correlação ponto bisserial realizada, a qual evidenciou uma correlação estatisticamente significativa e positiva, ou seja, que correspondem a grandezas diretamente proporcionais, com as variáveis: número de relações sexuais/mês, apresenta problemas sexuais, presença de comorbidades e ter realizado tratamento anterior, com uma variância compartilhada de 38,4%, 6,0%, 5,6% e 5,9%, respectivamente. Observa-se, assim, uma correlação de magnitude moderada com a variável número de relações sexuais/mês.

Houve também associação significativa e negativa, ou seja, correspondendo a grandezas inversamente proporcionais, com as variáveis idade, tempo de união, filhos em idade escolar, status da menstruação e tempo de diagnóstico, com variância compartilhada de 4,5%, 7,5%, 6,3%, 12,2% e 6,3%, respectivamente. Conclui-se que houve uma correlação de magnitude fraca dos níveis de função sexual com o status da menstruação.

**Tabela 8 – Correlação dos níveis de função sexual com as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama. Fortaleza, 2022**

Variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao câncer de mama	Spearman's rho	Função sexual		Variância compartilhada
		Valor de p	R(squared)	
Idade	-0,211	0,042	0,045	4,5%
Anos de Estudo	0,183	0,080		
Cor	0,079	0,453		
Estado Civil	0,048	0,648		
Tempo de União	-0,274	0,008	0,075	7,5%
Nº de relações sexuais/mês	0,620	<0,001	0,384	38,4%
Apresenta problemas sexuais	0,244	0,019	0,06	6,0%
Ocupação	-0,014	0,891		
Procedência	0,178	0,087		
Renda Familiar	0,111	0,290		
Nº de moradores no domicílio	0,163	0,118		
Religião	-0,012	0,909		
Tem filhos	-0,005	0,960		
Filhos em Idade Escolar	-0,251	0,018	0,063	6,3%
Peso	0,048	0,649		
Altura	0,029	0,781		
IMC	0,024	0,822		
Classificação IMC	0,044	0,674		
Status da Menstruação	-0,349	<0,001	0,122	12,2%
Presença de Comorbidades	0,237	0,022	0,056	5,6%
Fatores de Risco para CM	0,197	0,058		
Recebeu algum cuidado acerca da saúde sexual	0,100	0,339		
Tempo de Diagnóstico	-0,251	0,015	0,063	6,3%
Estadiamento para Tumor Primário	7,36E-04	0,994		
Estadiamento para Linfonodo	-0,128	0,222		
Estadiamento para Metástase	-0,057	0,587		
Realizou Cirurgia	0,074	0,478		
Tipo de Cirurgia	-0,068	0,669		
Tempo de Cirurgia	0,047	0,814		
Inseriu Prótese Mamária	0,068	0,522		
Tempo de prótese	-0,099	0,748		
Tratamento Atual	-0,195	0,061		
Tempo de Tratamento Atual	-0,203	0,067		
Realizou Tratamento Anterior	0,243	0,019	0,059	5,9%
Tipo de Tratamento Anterior	0,024	0,913		
Tempo de Tratamento Anterior	0,124	0,686		

Fonte: elaborada pela autora

Para uma melhor compreensão da relação dessas variáveis com o desfecho, foi realizado uma Regressão Linear Múltipla, para avaliar se alguma dessas variáveis que apresentaram correlação estatisticamente significativa poderia prever o desfecho, ou seja, poderia ser estabelecido uma relação de causalidade, além da associação, com a função sexual.

A Regressão Linear Múltipla incluiu no modelo apenas três variáveis: número de relações sexuais/mês, status da menstruação e realização de tratamento anterior, demonstrando haver uma influência significativa desses fatores sociodemográficos na predição dos níveis de função sexual [ $F(3,83) = 14,291$ ,  $p < 0,001$ , *Durbin-Watson* 1,990]. A Tabela 9 apresenta todas as variáveis incluídas no modelo, o qual explica 31,7% do desfecho.

De todos os preditores incluídos no modelo, apenas dois foram estatisticamente significativos: quantidade de relações sexuais/mês ( $p < 0,001$ ) e realização de tratamento anterior ( $p = 0,033$ ). Porém, realização de tratamento anterior deve ser analisado com cautela, pois o seu intervalo de confiança passou pelo zero. Em relação a quantidade de relações por mês, observa-se que a cada desvio-padrão que sobe nesta variável, sobe 0,44 nos níveis de função sexual.

**Tabela 9 – Variáveis preditoras da função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo de acordo com o Modelo de Regressão Logística. Fortaleza, 2022**

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficiente padronizado		IC* 95%		Coeficientes de Colinearidade	
	B	Erro padrão	$\beta$	p	Inferior	Superior	Tolerance	VIF**
(Intercept)	15,387	4,604		0,001	6,229	24,545		
Relações Sexuais/mês	0,665	0,141	0,441	< ,001	0,385	0,946	0,910	1,099
Status da Menstruação	-1,697	1,007	-0,166	0,096	-3,699	0,306	0,817	1,224
Realizou Tratamento Anterior	3,993	1,846	0,204	0,033	0,322	7,665	0,893	1,120

Fonte: elaborada pela autora.

\*IC: Intervalo de Confiança. \*\*VIF: *Variance Inflation Factor*.

## 7 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico deste estudo foi semelhante ao de outros, levando em consideração variáveis como idade, estado civil, cor, escolaridade, ocupação, ter filhos etc. Todavia, uma característica clínica peculiar desse ECR foi incluir pacientes em tratamento ativo para câncer de mama, seja em quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia, que apresentaram uma média de tempo de diagnóstico menor do que um ano, e de tratamento menor do que três meses, tendo em vista que a maior parte das pesquisas que avaliou o efeito de intervenções para melhorar a função sexual de pacientes com câncer de mama realizou com mulheres sobreviventes de CM, que não estavam mais em tratamento ativo há anos, exceto terapia hormonal (DECKER *et al.*, 2012; REESE *et al.*; 2019, SCHOVER *et al.*, 2011; MARCUS *et al.*, 2010; SCHOVER *et al.*, 2006; SCHOVER *et al.*, 2013; HUMMEL *et al.*, 2017).

Em relação ao relato de problemas sexuais, observou-se que apesar de a maioria das mulheres, tanto do GC quanto do GI, ter relatado que não tinha dificuldades relacionadas a sexualidade, em ambas, os níveis de FSFI foram abaixo da nota de corte, sugerindo disfunção sexual. Além disso, a maior parte da amostra também relatou que não recebeu nenhum cuidado ou orientação sobre saúde sexual dos profissionais de saúde. Esse fato pode ter ocorrido pelas pacientes apresentarem constrangimento ou dificuldade de iniciar diálogos sobre sua sexualidade, como também fica evidenciado que a maioria dos profissionais de saúde ainda não tem rotina de abordar esse assunto com as suas pacientes. Achados semelhantes foram mostrados por outras pesquisas (FENNELL; GRANT, 2019; REESE *et al.*, 2019).

Enfatiza-se, assim, a necessidade de orientação e esclarecimento de dúvidas acerca da saúde sexual das mulheres com câncer de mama em tratamento curativo pelos enfermeiros que as acompanham, seja nos ambulatórios de quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal. Observa-se que de fato é um domínio da qualidade de vida bastante prejudicado pelo tratamento oncológico, o que fica evidenciado pela tendência de redução dos níveis de função sexual das pacientes tanto do GI como do GC ao longo do estudo, e que é uma queixa frequente e relevante para as pacientes. Desse modo, os enfermeiros são profissionais com conhecimentos e habilidades necessários para avaliar, orientar e tratar problemas sexuais em mulheres com câncer de mama em tratamento curativo, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida dessas pacientes.

Percebeu-se também que apesar de mais de 70% da amostra apresentar como fator de risco casos de câncer de mama na família, indicando que essas mulheres precisavam ser acompanhadas a partir dos 35 anos de idade e de maneira mais rotineira, a maioria das pacientes apresentou um estadiamento tido como mais avançado (T2N2M1), o que sugere que possivelmente essas pacientes não vêm sendo acompanhadas da forma preconizada pelos serviços de saúde e conseqüentemente o diagnóstico precoce não foi realizado de forma oportuna. Assim, levanta-se a necessidade de discussão a respeito dos papéis e da efetividade da Atenção Primária e Secundária a Saúde no que diz respeito ao diagnóstico precoce e rastreamento do CM (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Neste estudo, a avaliação da função sexual, por meio do FSFI, na participação no aconselhamento por telenfermagem não resultou em melhores níveis no índice geral e nos domínios do FSFI (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Embora não ter sido identificado significância estatística, observou-se que o GI apresentou uma média superior, nos níveis de função sexual, ao do GC após o aconselhamento (com 8 e 12 semanas), apesar deste ter iniciado a pesquisa (linha de base) com uma média maior da função sexual.

Em relação aos domínios, e ainda que não tenha sido identificada relevância estatística, observa-se que o domínio “desejo” apresentou uma tendência de melhora ao longo dos períodos avaliados no GI.

Destaca-se que nesse estudo as participantes do GI apresentaram um percentual estatisticamente maior de mulheres que entraram na menopausa por indução do tratamento, quando comparado ao GC, em que a maioria havia entrado no climatério antes de iniciar o tratamento. A quimioterapia ou hormonioterapia podem ocasionar uma falência ovariana, que induz a paciente a entrar na menopausa de forma precoce, fazendo com que esta apresente os sintomas, na maioria das vezes, de maneira mais exacerbada, como os fogachos, ressecamento vaginal, diminuição da libido e instabilidades emocionais. Isto pode tornar a sua experiência com o tratamento oncológico diferente e até mais difícil quando comparado a mulheres que já passaram por esse processo, como também em relação a sua sexualidade (HUMMEL *et al.*, 2017; REESE *et al.*, 2019).

Esses resultados nos permitem levantar a hipótese de que apesar de a sexualidade ser um aspecto complexo, do ponto de vista biopsicossocial, e principalmente em um contexto em que as mulheres receberam recentemente o diagnóstico para câncer de mama e estão iniciando o tratamento, o aconselhamento por telenfermagem por ser uma intervenção

benéfica, a qual pode não ter sido evidenciada neste estudo por um alto percentual de perda amostral (36,5%).

Como também, levanta-se a hipótese de que o aconselhamento por telenfermagem não tenha sido significativo em decorrência das próprias limitações da tecnologia, como a ausência da interação pessoal profissional-paciente e a restrição ou dificuldade da utilização de modelos anatômicos para propiciar uma melhor compreensão das estruturas do próprio corpo da mulher e conseqüentemente mais compreensão acerca da temática. Ou seja, acredita-se que se a intervenção educativa tivesse sido de forma presencial, talvez o impacto tivesse sido maior, pois possibilitaria mais afetividade e proximidade entre a enfermeira e as pacientes. Logo, apesar de o telefone ser visto como uma tecnologia positiva no sentido de suprimir o contato visual das pacientes e reduzir o constrangimento de discutir assuntos íntimos, ela apresenta desvantagens como a redução ou anulação da possibilidade da realização de uma consulta de enfermagem com uma anamnese e avaliação física mais completa e aprofundada que propicia intervenções e cuidados de enfermagem mais direcionados.

Nesta pesquisa, o aconselhamento por telenfermagem teve como objetivo informar as pacientes acerca das alterações ocorridas na sua saúde sexual e reprodutiva ao longo do diagnóstico e tratamento para CM, além de esclarecer dúvidas e motivar as pacientes na realização do autocuidado no que concerne a sua sexualidade. O acompanhamento por telenfermagem foi um modo de estabelecer vinculação com as pacientes, fornecer apoio social e emocional, e acredita-se que essa maneira de acompanhamento colaborou no processo de enfrentamento e resistência as adversidades neste período.

Os ensaios clínicos randomizados encontrados que buscaram avaliar o efeito de intervenções para melhorar a função sexual de mulheres com câncer de mama, utilizaram diferentes estratégias como aconselhamento entre pares, intervenções psicossociais ou psicoeducativas, as quais foram implementadas por diferentes categorias profissionais como terapeutas, médicos e assistentes sociais, e de diferentes formas, como por intermédio de websites, telefone ou pessoalmente (SCHOVER *et al.*, 2006; KALAITZI *et al.*, 2007; ROWLAND *et al.*, 2009; JUN *et al.*, 2011; DECKER *et al.*, 2012; JALAMBADANI *et al.*, 2017; REESE *et al.*, 2019). Este estudo foi desenvolvido por uma enfermeira, especificamente, utilizando como instrumento de comunicação o telefone, o qual foi considerado válido, tendo em vista a ampla utilização pelas pacientes, o baixo custo e uma maneira de comunicação que facilita a abordagem de uma temática tão delicada e íntima suprimindo o contato visual (BADGER *et al.*, 2005).

Outra diferença entre os estudos identificados foi o tempo de duração das intervenções, que variaram bastante, entre três semanas e 12 meses, mas majoritariamente os que tiveram maior duração apresentaram resultados mais positivos (MARCUS *et al.*, 2010; SCHOVER *et al.*, 2013; HUMMEL *et al.*, 2017). Este estudo, comparado a outras pesquisas, apresentou um tempo de duração intermediário, de oito semanas, um pouco mais do que dois meses, nem curto demais que inviabiliza a formação de vínculo com as pacientes e nem tão longo, o qual pode propiciar o aumento do percentual de perdas.

Em relação ao tempo de duração das sessões, a primeira sessão apresentou um tempo superior aos demais, por ter sido realizado a apresentação da pesquisadora principal, o agendamento das demais sessões e a abordagem do primeiro tópico do roteiro. Apesar de Academia Americana de Cuidados Ambulatoriais de Enfermagem recomendar que os atendimentos por telenfermagem tenham uma duração de no máximo 20 minutos (AACN, 2018), acredita-se que isto não tenha tido impacto para o elevado percentual de perdas, visto que das perdas que ocorreram apenas uma foi após a primeira sessão de telenfermagem.

Em relação ao público-alvo, como foram mencionados anteriormente, todos eles foram realizados com pacientes no pós-tratamento para câncer de mama. Contudo, a maioria também apresentou problemas metodológicos como falta de clareza a respeito da técnica de randomização utilizada e elevada perda amostral, que chegou a quase 40% (SCHOVER *et al.*, 2011). Nesta pesquisa foi descrito de maneira clara e objetiva a técnica de randomização empregada, porém também apresentamos um percentual alto de perda amostral.

Outras pesquisas avaliaram o uso de produtos como antidepressivos, géis vaginais com pH balanceado, suplementação vitamínica, lubrificantes a base de água e silicone e cremes vaginais de testosterona para melhorar o funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama, todavia nenhum deles apresentou diferença estatisticamente significativa. Exceto um, que realizou um ECR com três braços comparando o uso de hidratante vaginal contendo ácido hialurônico, com hidratante vaginal prebiótico e cuidado usuais, evidenciando uma melhora significativa no funcionamento sexual aos seis meses, mas sem diferença entre os grupos em longo prazo (aos 12 meses) (FERREIRA *et al.*, 2019).

Na avaliação da predição do desfecho pelas características sociodemográficas, houve significância estatística na quantidade de relações sexuais, o qual foi considerado um forte preditor. Compreende-se que a quantidade de relações sexuais seja um preditor forte, tendo em vista que se a paciente já inicia o tratamento com um desempenho sexual satisfatório, subentende-se que a mesma apresenta um bom relacionamento conjugal, o que pode tornar mais fácil o processo de enfretamento do casal diante das adversidades nesse

sentido ao longo do tratamento. Em contrapartida se a mulher já apresenta um relacionamento com problemas sexuais, compreende-se que tende a ser mais difícil ainda durante o tratamento oncológico, em decorrência das alterações que são inerentes a este (VARELA *et al.*, 2017; MALE *et al.*, 2016). Outro estudo também apontou a qualidade do relacionamento de uma mulher como o preditor mais forte na satisfação sexual, funcionamento sexual e desejo sexual após o câncer de mama (GILBERT *et al.*, 2010)

### 7.1 Limitações do estudo

Houve muitas perdas ou saídas das pacientes que foram aleatorizadas. As perdas podem ser consideradas um viés, porque os pacientes que não participaram de todas as etapas do estudo como os demais, eventualmente podem possuir diferentes prognósticos, quando comparado àqueles que foram incluídos na pesquisa. Assim, o viés ocorrerá principalmente se as saídas ou perdas possuírem características diferentes dos participantes considerados para a análise. Do mesmo modo não há garantias que os resultados de um estudo com perda amostral inferior a 20% possuem um menor risco de viés (DICENSO; GUYATT; CILISKA, 2005; HIGGINS *et al.*, 2011). Neste estudo, das 93 pacientes randomizadas, houve 34 saídas ou perdas, correspondendo a 36,5% dos do que foram aleatorizados. As razões para saídas ou perdas foram equivalentes entre os grupos. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes e das saídas ou perdas foram equivalentes entre os grupos e não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p \geq 0,06$  para todas as variáveis).

O tamanho amostral também possui relação com a precisão do estudo, ou seja, com o poder do estudo, de modo que uma amostra pequena aumenta os riscos do Erro Tipo II (erro aleatório), quando se acata a hipótese nula sendo falsa (HULLEY *et al.*, 2015). O tamanho amostral desse estudo, com 59 participantes (30 do GI e 29 do GC) pode ter influência na precisão dos resultados. Assim, esse estudo pode ser considerado um estudo-piloto, que pode ser implementado em uma amostra maior, podendo os seus resultados servir para o cálculo amostral de estudos futuros, por exemplo.

Outro critério realizado na avaliação de qualidade metodológica de ECR é o cegamento. Diversos sujeitos podem inserir o viés em um ensaio clínico por meio do conhecimento acerca da alocação dos participantes, bem como das intervenções atribuídas a eles. Do mesmo modo que a ausência de cegamento dos participantes pode influenciar em suas respostas e, conseqüentemente, na avaliação das variáveis desfecho. A falta de

cegamento dos profissionais pode levar a uma mudança na assistência aos pacientes e não cegamento do estatístico pode influenciar nos resultados, por meio da retirada de algum participante da amostra ou se for realizada uma análise diferente da proposta inicialmente (HULLEY *et al.*, 2015).

Neste estudo, por se tratar da avaliação do efeito de uma intervenção de cunho educativo comparado a não-intervenção, não tinha como cegar as participantes da pesquisa. Em relação ao não cegamento dos avaliadores, neste estudo se considera que houve uma influência mínima ou inexistente, pois, as respostas foram relatadas pelas próprias participantes. Como também não houve influência na análise de dados, pois todas as mulheres que participaram de todas as etapas do estudo foram incluídas na análise e as análises estatísticas previamente estabelecidas foram realizadas.

## **7.2 Implicações para a prática e para a pesquisa**

Os resultados desse estudo mostram o quanto tratar/abordar sexualidade com mulheres com câncer de mama é complexo, em decorrência de esta sofrer influência de diversos fatores, dentre eles, qualidade do relacionamento, refletido na quantidade de relações sexuais.

Além disso, observa-se que os níveis de função sexual das pacientes em tratamento curativo apresentaram uma tendência de diminuição ao longo da coleta de dados, apesar da realização do aconselhamento por telenfermagem, o que pode ser resultado do impacto do tratamento ao longo dessas semanas. Além disso, ressalta-se o fato de a maior parte das pacientes não ter recebido nenhuma orientação ou cuidado acerca da sua sexualidade.

Desse modo, ressalta-se o papel fundamental do enfermeiro como promotor de saúde, em que existe uma demanda de orientar, informar, esclarecer dúvidas e questionamentos acerca da saúde sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo. Assim, é imprescindível a realização do cuidado de enfermagem nesse contexto, em que é necessário abordar essas queixas com as pacientes, realizar um exame físico direcionado e, posteriormente, traçar um plano de cuidados, de forma que as queixas sexuais dessas pacientes sejam amenizadas ou sanadas. Além disso, também é importante envolver o parceiro/companheiro nesse processo e compreender o contexto social em que essa mulher está inserida, tendo em vista, que todos esses fatores podem interferir na sua saúde sexual e reprodutiva. Como também, pode haver a necessidade de um acompanhamento

multiprofissional, pois esta mulher pode ter desenvolvido um quadro de ansiedade, depressão, baixa autoestima, problemas sociais etc., sendo necessário, assim, uma avaliação conjunta com a psicologia e serviço social, por exemplo.

Defende-se aqui, então, o papel central que o enfermeiro pode ter nesse processo. No sentido de identificar os problemas/queixas sexuais dessas pacientes e dar resolutividade a eles, ampliando, assim, a integralidade do cuidado e melhorando a experiência dessas pacientes durante o tratamento oncológico.

Desse modo, sugere-se também a realização de novos estudos, com amostras maiores ou com a utilização de estratégias educativas de modo presencial, com o uso de tecnologias como cartilhas e manuais, por exemplo, de forma individual ou em grupo, realizadas por um enfermeiro para melhorar desfechos como função sexual, ansiedade ou alterações na imagem corporal de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo.

## 8 CONCLUSÃO

Este estudo foi conduzido com a hipótese de que a função sexual das mulheres com câncer de mama em tratamento curativo que participaram do aconselhamento por telenfermagem (grupo intervenção) seria melhor do que das que não participaram (grupo controle).

Com a realização desse estudo, pode-se concluir que:

- a) Não houve diferença nos níveis de função sexual entre as pacientes com câncer de mama em tratamento curativo que participaram do aconselhamento por telenfermagem das que não participaram;
- b) não houve diferença nos escores dos domínios sexuais (desejo, excitação, satisfação, orgasmo e dor) entre as mulheres que participaram do aconselhamento por telenfermagem das que não participaram;
- c) a quantidade de relações sexuais é um fator preditor para alterações nos níveis de função sexual de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Treatment & support**: sex and the adult female with cancer. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/sexuality-for-women-with-cancer/problems.html>. Acesso em: 30 jun. 2020.

AMERICAN ACADEMY OF AMBULATORY CARE NURSING (AAACN). **Scope and Standards of Practice for Professional Telehealth Nursing**. 6<sup>th</sup> Edition, 2018.

AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Psychosocial problems among young women with breast cancer. **Psychooncology**, v. 13, n. 5, p. 295-308, 2004.

BADGER, T.; SEGRIN, C.; MEEK, P.; LOPEZ, A. M.; BONHAM, E.; SIEGER, A. Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life. **Oncology Nursing Forum**, v. 32, n. 2, p. 273-279, 2005.

BALENTON, N.; CHIAPPELLI, F. Telenursing: bioinformation cornerstone in healthcare for the 21st Century. **Bioinformation**, v. 13, n. 12, p. 412-414, 2017.

BASTIANELLO, M. R.; PACICO, J. C.; HUTZ, C. S. Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian version of the revised life orientation test (LOT-R). **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 523-531, 2014.

BERRY, M. D.; BERRY, P. D. Contemporary Treatment of Sexual Dysfunction: Reexamining the Biopsychosocial Model. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 10, n. 11, p. 2627-2643, 2013.

BIGLIA, N.; COZZARELLA, M.; CACCIARI, F.; PONZONE, R.; ROAGNA, R.; MAGGIOROTTO, F.; SISMONDI, P. Menopause after breast cancer: a survey on breast cancer survivors. **Maturitas**, v. 30, n. 45, p. 29-38, 2003.

BORDELEAU, L.; PRITCHARD, K.; GOODWIN, P.; LOPRINZI, C. Therapeutic options for the management of hot flashes in breast cancer survivors: an evidence-based review. **Clin Ther**, v. 29, n. 2, p. 230-41, 2007.

BOSWELL, E. N.; DIZON, D. S. Breast cancer and sexual function. **Translational Andrology and Urology**, v. 4, n. 2, p. 160-168, 2015.

BOUFRON, I.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; SCHULZ, K. F.; RAVAUD, P.; CONSORT NPT Group. CONSORT Statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. **Ann Intern Med**, v. 167, n. 1, p. 40-47, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático promoção da saúde** – Projeto de terminologia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.546, de 27 de outubro de 2011. Brasília: DF, 2011.

BROWN, T. **Confirmatory factor analysis for applied research**. 2. ed. Guilford Press, 2015.

BURWELL, S. R.; CASE, L. D.; KAELIN, C.; AVIS, N. E. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. **J. Clin. Oncol**, v. 24, n. 18, p. 2815-2821, 2006.

CHAVES, A. F. L. **Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: ensaio clínico randomizado controlado**. 2016. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

CLINICAL PRACTICE. St. Louis, MO. Elsevier Mosby Publishing, 2005.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). **Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la Atención Primaria de Salud**. Ginebra, Suiza: CIE, 2008. Disponível em: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/internacional/cie/send/25-cie/342-02-4-da-internacional-de-la-enfermera-2008-servir-a-la-comunidad-y-garantizar-la-calidadLd5928>, 2011. Acesso em: 14 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 696 de 2022 do dia 25 de maio de 2022**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/telenfermagem-e-regulamentada-no-brasil\\_99227.html](http://www.cofen.gov.br/telenfermagem-e-regulamentada-no-brasil_99227.html)

DECKER, C. L.; PAIS, S.; MILLER, K. D.; GOULET, R.; FIFEA, B. L. A brief intervention to minimize psychosexual morbidity in dyads coping with breast cancer. **Oncol Nurs Forum**, v. 39, n. 2, p. 176-85, 2012.

DEN OUDEN, M. E. M. D.; PELGRUM-KEURHORST, M. N; UITDEHAAG, M. J.; DE VOCHT, H. M. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. **Breast Cancer**, v. 26, n. 3, p. 326-332, 2018.

DICENSO, A.; GUYATT, G.; CILISKA, D. Evidence-based nursing: a guide to distefano, c., morgan, g. b. a comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. **Structural Equation Modeling**, v. 21, n. 3, p. 425-438, 2014.

DONNELLY, J. M.; KORNBLITH, A. B.; FLEISHMAN, S.; ZUCKERMAN, E.; RAPTIS, G.; HUDIS, C. A.; et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. **Psychooncology**, v. 9, n. 1, p. 44-56, 2000.

FAUL, F.; ERDFELDER, E.; LANG, A. G.; BUCHNER, A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v. 39, p. 175-191, 2007.

FENNELL, R.; GRANT, B. Discussing sexuality in health care: a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, p. 3065-3076, 2019.

FERREIRA, I. S. **Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico**. 2018. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

FERREIRA, I. S.; NEGREIROS, F. D. S.; ARAÚJO, T. L.; LIMA, F. E. T.; FERNANDES, A. F. C. Interventions for sexual dysfunction in women with breast cancer: a systematic review. **International Journal of Development Research**, v. 9, n. 11, p. 31685-31691, 2019.

FERREIRA, I. S.; NEGREIROS, F. D. S.; ARAÚJO, T. L.; LIMA, F. E. T.; FERNANDES, A. F. C. Interventions for sexual dysfunction in women with breast cancer: a systematic review. **International Journal of Development Research**, v. 9, n. 11, p. 31685-31691, 2019.

FERREIRA, S. M. A.; GOZZO, T. O.; PANOBIANCO, M. S.; SANTOS, M. A.; ALMEIDA, A. M. Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: perspectiva das profissionais<sup>1</sup>. **Revista Latino-Americana**, v. 23, n. 1, p. 82-9, 2015.

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

GLASIER, A.; GULMEZOGLU, A. M.; SCHMID, G. P.; MORENO, C. G.; VAN LOOK, P. F. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. **Lancet**, v. 368, n. 9547, p. 1595-607, 2006.

GOSS-SAMPSON, M. Statistical analysis in JASP: a students guide. 4. ed. 2020. Disponível em: [http://static.jasp-stats.org/Manuals/Statistical\\_Analysis\\_in\\_JASP\\_-\\_A\\_Students\\_Guide\\_v0.12.pdf](http://static.jasp-stats.org/Manuals/Statistical_Analysis_in_JASP_-_A_Students_Guide_v0.12.pdf). Acesso em: 22 out. 2021.

GREANEY, M. L.; SPRUNCK-HARRILD, K.; RUDDY, K. J.; LIGIBEL, J.; BARRY, W. T.; BAKER, E. Study protocol for young & strong: a cluster randomized design to increase attention to unique issues faced by young women with newly diagnosed breast cancer. **BMC Public Health**, v. 15, n. 37, p. 1-11, 2015.

GREENBERG, M. E. Telephone nursing: evidence of client and organizational benefits. **Nursing Economics**, v. 18, p. 117-123, 2000.

GROUP. The cochrane collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized. **BMJ**, v. 343, p. 1-9, 2011.

GUNN Jr, W. B.; SCHERMER-SELLERS, T. Reflections on Clinician Barriers to Sexual Health Conversations: The Need for Education and Encouragement. **Families, Systems, & Health**, v. 36, n. 1, p. 29–31, 2018.

GUPTA, P.; STURDEE, D. W.; PALIN, S. L.; MAJUMDER, K.; FEAR, R.; MARSHALL, T.; PATERSON, I. Menopausal symptoms in women treated for breast cancer: the prevalence and severity of symptoms and their perceived effects on quality of life. **Climacteric**, v. 9, n. 1, p. 49-58, 2006.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D. L.; CAPP, E.; GOLDIM, J. R.; PASSOS, E. P. Validation of the female sexual function index (FSFI) for portuguese language. **Rev HCPA**, v. 27, n. 1, p. 10-14, 2007.

HIGGINS, J. P. et al. Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods

HOYLE, E.; KILBREATH, S.; DYLKE, E. Imagem corporal e preocupações com a sexualidade em mulheres com linfedema relacionado ao câncer de mama: um estudo transversal. *Support Care Cancer*, v. 30, p. 3917-3924, 2022.

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

HUMMEL, S. B.; HAHN, D. E. E.; VAN LANKVELD J. J. D. M.; OLDENBURG, H. S. A.; BROOMANS, E.; AARONSON, N. K. Factors Associated With Specific Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Sexual Dysfunctions in Breast Cancer Survivors: A Study of Patients and Their Partners. **The Journal of Sexual Medicine**, p. 1-17, 2017.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Definiciones**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>. Acesso em: 12 mar. 2021.

JALAMBADANI Z, GARMAROUDI G, TAVOUSI M. Education based on theory of planned behavior over sexual function of women with breast cancer in Iran. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v. 5, p. 201-7, 2018.

JULIEN, J. O.; THOM, B.; KLINE, N. E. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. **Oncology Nursing Forum**, v. 37, n. 3, e186-e190, 2010.

JUN, E. Y.; KIM, S.; CHANG, S. B.; OH, K.; KANG, H. S.; KANG, S. S. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. **Cancer Nurs**, v. 34. n. 2, p. 142-9, 2011.

KALAITZI, C.; PAPADOPOULOS, V. P.; MICHAS, K.; VLASIS, K.; SKANDALAKIS, P.; FILIPPOU, D. Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on

sexuality, body image, and psychological well-being. **J Surg Oncol**, v. 96, n. 3, p. 235-40, 2007.

KANG, H. S.; KIM, H. K.; PARK, S. M.; KIM, J. H. Online-based interventions for sexual health among individuals with cancer: a systematic review. **Health Services Research**, v. 18, n. 167, p. 1-10, 2018.

KEDDE, H.; VAN DE WIEL, H. B. M.; SCHULTZ, W. W.; WIJSEN, C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. **Support Care Cancer**, v. 21, n. 1, p. 271-180, 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.

KUFEL-GRABOWSKA, J.; MILENA LACHOWICZ, M.; BARTOSZKIEWICZ, M.; RAMLAU, R.; MALISZEWSKI, D.; ŁUKASZUK, K. Sexual Health in breast cancer patients in Poland. **Journal of Oncology**, v. 72, n. 2, p. 74-79, 2022.

LABANCA, L.; GUIMARÃES, F. S.; COSTA-GUARISCO, L. P.; COUTO, E. A. B.; GONÇALVES, D. U. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. **Ciênc saúde coletiva**, v. 22, n. 1, p. 3589-3598, 2017.

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.

LI, C. H. Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. **Behavioral Research Methods**, v. 48, n. 3, p. 936-949, 2016.

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.

MANGANIELLO, A.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M.; MIRANDA, C. M.;

MARCUS, A. C.; CELLA, D.; SEDLACEK, S.; CRAWFORD, D.; CRANE, L. A.; GARRET, K.; et al. Psychosocial counseling of cancer patients by telephone: a brief note on patient acceptance of an outcall strategy. **Psycho-oncology**, v. 2, p. 209-214, 1993.

MARCUS, A. C.; GARRETT, K. M.; CELLA, D.; WENZEL, L.; BRADY, M. J.; FAIRCLOUGH, D.; et al. Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? **Psycho-oncology**, v. 19, n. 9, p. 923-932, 2010.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MESTON, C. M.; FREIHART, B. K.; HANDY, A. B.; KILIMNIK, C. D.; ROSEN, R. C. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*, v. 17, n. 1, 17-25, p. 9-1, 2019.

MKANTA, W. N.; CHUMBLER, N. R.; RICHARDSON, L. C.; KOBBS, R. F. Age-related differences in quality of life in cancer patients: a pilot study of a cancer care coordination/home-telehealth program. *Cancer Nurs*, v. 30, n. 6, p. 434-40, 2007.

NIMBI, F. M.; MAGNO, S.; AGOSTINI, L.; Di MICCO A.; MAGGIORE, C.; CESARIS, B. M.; et al. Sexuality in breast cancer survivors: sexual experiences, emotions, and cognitions in a group of women under hormonal therapy. *Breast Cancer*, v. 29, p. 419–428, 2022.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte III – Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 2, p. 221-8, 2004.

OLIVEIRA, R. D. P.; FERREIRA, I. S.; CASTRO, R. C. M. B.; FERNANDES, A. F. Association between sociodemographic characteristics and adherence to early detection of breast cancer. *Rev Rene*, v. 23, e71920, 2022.

PARTRIDGE, A.; GELBER, S.; GELBER, R. D.; CASTIGLIONE-GERTSCH, M.; GOLDHIRSCH, A.; WINER, E. Age of menopause among women who remain premenopausal following treatment for early breast cancer: long-term results from International Breast Cancer Study Group Trials V and VI. *Eur J Cancer*, v. 43, n. 11, p. 1646-1653, 2007.

PELSTER, A. D. K.; COLEMAN, J. D.; JAWED-WESSEL, S.; IRWIN, J. A.; HEERTEN-RODRIGUEZ, L.; FISHER, C. M. Sexuality, breast cancer survivorship, and script theory. *Sex Res Soc Policy*, 2022.

RAYKOV, T. Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, v. 21, n. 2, 173-184, 1997.

REESE, J. B.; EL-JAWAHRI, A.; SORICE, K.; CRUZ, C.; BOBER, S. L.; DALY, M. B. I Investigating the impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer clinicians' communication about sexual health. *Support Care Cancer* (2022).

REESE, J. B.; SMITH, K. C.; HANDORF, E.; SORICE, K.; BOBER, S. L.; BANTUG, E. T.; SCHWARTZ, S.; PORTER, L. S. A randomized pilot trial of a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*, v. 37, n. 2, p. 242–263, 2019.

REESE, J. B.; SORICE, K.; LEPORE, S. J.; DALY, M. B.; TULSKY, J. A.; BEACH, M. C. Patient-Clinician Communication about Sexual Health in Breast Cancer: A Mixed-Methods Analysis of Clinic Dialogue. *Patient Educ Couns*, v. 102, n. 3, p. 436-442, 2019.

RIDSDALE, L.; GODFREY, E.; CHALDER, T.; SEED, P.; KING, M.; WALLACE, P. Chronic fatigue in general practice: Is counseling as good as cognitive behavior therapy? A UK randomized trial. **British Journal of General Practice**, v. 51, p. 19-24, 2001

ROCHA, C. A. M. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 15, p. 167-172, 2011.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

ROWLAND, J. H.; MEYEROWITZ, B. E.; CRESPI, C. M.; LEEDHAM, B.; DESMOND, K.; BELIN, T. R.; GANZ, P. A. Abordando a intimidade e a comunicação com o parceiro após o câncer de mama: uma intervenção em grupo controlado randomizado. **Breast Cancer Res Treat**, v. 118, n. 1, p. 99-111, 2009.

SCHLACHTA, L.; SPARKS, S. Definitions of telenursing, telemedicine. In: Fitzpatrick J, editor. **Encyclopedia of Nursing Research**. New York: Springer Publishing Inc, 1998. p. 558-559.

SCHOVER, L. R.; JENKINS, R.; SUI, D.; ADAMS, J. H.; MARION, M. S.; JACKSON, K. E. Estudo randomizado de aconselhamento de pares sobre saúde reprodutiva em sobreviventes de câncer de mama afro-americanos. **J Clin Oncol**, v. 24, n. 10, p. 1620-6, 2006. .

SCHOVER, L. R.; RHODES, M. M.; BAUM, G.; ADAMS, J. H.; JENKINS, R.; LEWIS, P.; JACKSON, K. E. Sisters peer counseling in reproductive issues after treatment (SPIRIT): a peer counseling program to improve reproductive health among African American breast cancer survivors. **Cancer**, v. 117, n. 21, p. 4983'-4992, 2011.

SCHOVER, L. R.; YUAN, Y.; FELLMAN, B. M.; ODENSKY, E.; LEWIS, P. E.; MARTINETTI, P. Efficacy trial of an internet-based intervention for cancer-related female sexual dysfunction. **J Natl Compr Canc Network**, v. 11, n. 11, p. 1389-1397, 2013.

SERDAR, C. C.; CIHAN, M.; YÜCEL, D.; SERDAR, M. A. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. **Biochemia Medical**, v. 31, n. 1, 010502, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11613/BM.2021.010502>

SMITH, A.; BARON, R. H. A workshop for educating nurses to address sexual health in patients with breast cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 19, n. 3, p. 248-250, 2015.

SPEER, J. J.; HILLENBERG, B.; SUGRUE, D. P.; BLACKER, C.; KRESGE, C. L.; DECKER, V. B. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. **Breast J**, v. 11, n. 6, p. 440-447, 2005.

STREB, J.; JABŁOŃSKI, M. J.; SŁOWIK, A.; BABCZYK, D.; JACH, R. Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 26, n. 2, p. 380-384, 2019.

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

TOFFOLETTO, M. C.; TELLO, J. D. A. Telenfermagem na atenção, educação e gestão na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 73, n. 5, e20190317, 2020.

TRIALS. BMJ: **British Medical Journal / British Medical Association**, v. 343, p.

United Nations. **The millennium development goals report**. New York, 2015. Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

VALENTINI, F., & DAMÁSIO, B. F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 2, 2016.

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.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A cross-validation and development of clinical cutoff scores. **J Sex Marital Ther**, v. 31, n. 1-20, 2005.

YAORLANDI, R.; GARCIA, R. A. G. Educação sexual e deficiência intelectual: desafios educacionais na efetivação dos direitos sexuais. In: Fórum Permanente Internacional de Inovação Educacional, 11., Anais.

ZHOU, K.; WANG, W.; ZHAO, W.; LI, L.; ZHANG, M.; GUO, P.. Benefits of a WeChat-based multimodal nursing program on early rehabilitation in postoperative women with breast cancer: a clinical randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud**, v. 106, p. 103565, 2020..

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<i>PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	
1)Nome:	3)Telefones para contato:
2)E-mail:	
4)Idade: _____ (em anos)	5)Escolaridade _____ Série OU _____ Anos
6) Raça (auto referida): (1) Branca (2) Parda (3) Negra (4) Amarela (5) Indígena	
7)Estado civil: (1) Solteira (2) União Estável/ Casada (3) Separada/Divorciada (4) Viúva	
7.1) Tem parceiro/companheiro fixo: ( )Sim ( )Não	
7.2) Se sim, quanto tempo de união? _____ Anos	
7.3) Tem relação sexual? ( )Sim ( )Não	
7.4) Quantas vezes no mês? _____	
8) Já tinha alguma disfunção/problema sexual antes do diagnóstico do câncer de mama? ( )Sim ( )Não	
9)Situação ocupacional: (1) Empregada (2) Desempregada (3) Aposentada (4)Autônoma	
10)Procedência: (1) Interior Do Estado (2) Capital (3) Outro Estado	
11)Renda familiar: _____ (em reais) OU _____ salários-mínimos	
12)Número de moradores no domicílio: _____ pessoas	
13)Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Ateu (5)Não tem	
14)Tem filhos? ( )Sim ( )Não	
14.1) SE SIM, eles estão em idade escolar (4 a 17 anos)? ( )Sim ( )Não	

<i>PARTE II – DADOS CLÍNICOS</i>	
14) Peso _____ kg	16) IMC _____ (1)<18,5 magreza (2) Entre 18,5 e 24,9 normal
15)Altura _____ cm	(3)Entre 25,0 e 29,9 sobrepeso (4)Entre 30,0 e 39,9 obesidade (5)>40,0 obesidade grave
17) Status da menstruação (1) Normal (2) Climatério (com início antes do tratamento) (3) Climatério induzida pelo tratamento	
18) Se resposta anterior (2) ou (3): Faz uso de algum medicamento/tratamento para os sintomas do climatério? (1)Sim (2)Não Se sim, há quanto tempo utiliza?	
19)Tem alguma doença crônica? (1) Sim (2) Não	
19.1)Se sim, qual(is)?	
20) Possuía fator de risco para desenvolver câncer de mama? (1) Menarca precoce (<12 anos) (2) Climatério tardio (>55 anos) (3) Obesidade (4) TRH (5) Nuliparidade (6)1ª gestação após os 30 anos (7)História familiar de câncer de mama	
21) Você recebeu algum cuidado ou orientação relacionado a sua sexualidade da sua equipe de saúde? ( )Sim ( )Não	
21.1) Se sim, qual?	
22)Tempo do diagnóstico: _____ meses OU _____ anos	
23)Estadiamento para Tumor Primário: (1)T1 (2)T2 (3)T3 (4)T4 (5)TX	
24)Estadiamento para Linfonodo: (1)N0 (2)N1 (3) N2 (4)N3 (5)NX	
25)Estadiamento para Metástase: (1)M0 (2)M1	

<p><b>26) Já realizou cirurgia como uma modalidade terapêutica para o câncer de mama?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p><b>26.1) SE SIM, qual?</b> (1) Setorectomia (2) Quadrantectomia (3) Mastectomia Parcial (4) Mastectomia Total</p> <p><b>26.2) Há quanto tempo?</b></p>
<p><b>27.1.1) Se resposta (4), inseriu prótese mamária?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p><b>27.1.2) SE SIM, há quanto tempo?</b></p> <p><b>27.1.3) SE NÃO, por quê?</b></p>
<p><b>28) Qual(is) tratamento(s) está realizando atualmente?</b> (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Hormonioterapia</p> <p><b>28.1) Há quanto tempo?</b></p>
<p><b>29) Já realizou anteriormente algum tratamento?</b> (1) Sim (2) Não Se sim, qual(is)? (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Hormonioterapia</p> <p><b>29.1) Durante quanto tempo?</b></p>

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

Prezada Senhora,

Você sendo convidada por Iarlla Silva Ferreira, orientanda da Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “Efeito de uma intervenção educativa por telefone na função sexual de mulheres com câncer de mama: ensaio clínico randomizado controlado”. 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.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito de uma intervenção educativa por telefone para a melhoria do bem-estar sexual de mulheres com câncer de mama. Destacamos que sua participação e colaboração poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria do funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama, o que impacta diretamente na qualidade de vida destas.

Assim, a sua colaboração, caso concorde em participar, será por meio de respostas a um formulário, que contém perguntas relacionadas às condições sociodemográficas, clínicas e oncológicas. Posteriormente, você e outras pacientes serão sorteadas através de uma sequência de distribuição para ficar em um dos dois grupos. Caso você participe do grupo intervenção, você participará de um acompanhamento telefônico para melhoria do funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama, através de 4 ligações, que irão ocorrer com intervalo quinzenal. Depois, você irá receber uma ligação com 6 e 12 semanas para saber sobre a sua função sexual. Caso participe do grupo controle, será realizada somente uma ligação com 6 e 12 semanas, interrogando sobre a sua função sexual.

Sua participação deverá ser de livre e espontânea vontade, portanto, você não será obrigada ou forçada a participar ou receberá qualquer tipo de pagamento pela mesma. Informo, ainda, que você tem o direito de não participar, se assim desejar, ou se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, você resolver desistir, terá a liberdade de sair, sem nenhum prejuízo no atendimento no serviço de saúde. Ressalto que será garantido o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgaremos nenhuma informação que possa identificar você.

Estima-se que esta pesquisa apresente riscos como constrangimento, desconforto psicológico, demanda de tempo e estresse; visto que se trata da aplicação de uma intervenção educativa que aborda um assunto que está diretamente associado à sua intimidade, mas, destaca-se que o objetivo da realização desta intervenção via contato telefônico é justamente para tentar amenizar essas situações, de modo que você se sinta mais confortável em conversar ou discutir sobre a temática. Por isso, que também se orientada que você procure um local mais reservado para as sessões telefônicas, para ficar mais à vontade.

Dessa forma, para participar desse estudo é necessário que você possua um contato telefônico e disponibilidade (tempo) para que possamos entrar em contato com você e realizar a intervenção. Serão realizados quatro contatos, estimando-se que cada um terá uma duração média de 40 a 60 minutos, a cada 15 dias, e serão abordados os seguintes assuntos: “Câncer, sexo e o corpo feminino”; “Como os tratamentos podem interferir na vida sexual?” e “Gerenciamento de problemas sexuais femininos relacionados ao câncer”.

Este documento será emitido duas vezes, sendo uma delas deixada com você e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Iarlla Silva Ferreira

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448 ou (85) 99652-0509  
E-mail: [iarlla@live.com](mailto:iarlla@live.com)

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, localizada na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344/46. (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.

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

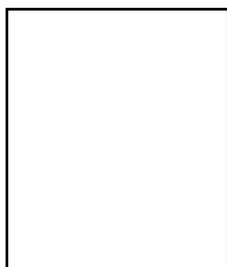
Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa. Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

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

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
coletou os dados

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem



Digital

## **APÊNDICE C – TESTE DO SUSSURRO (AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA)**

### **1. INSTRUÇÕES**

- A paciente deverá ser orientada sobre o teste para que esteja atento ao comando;
- Posicionamento do avaliador no momento da aplicação do teste: deverá estar atrás e fora do alcance visual da paciente, a uma distância de aproximadamente 33 centímetros;
- Deve-se “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “Qual o seu nome?” e checar se a paciente consegue perceber o contato verbal e responde adequadamente.

### **2. INTERPRETAÇÃO**

Ao sussurrar a pergunta a paciente, a mesma deverá dar uma resposta correspondente ao que lhe foi perguntado. Também se pode avaliar:

- 1 – Compreende as situações sociais?
- 2 – Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
- 3 – Tem necessidade de que as pessoas repitam o que lhe é falado?
- 4 – Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
- 5 – Fala alto demais?
- 6 – Evita conversar? Prefere ficar só?

**OBSERVAÇÃO:** Se a paciente fizer uso de aparelho auditivo, aplicar o teste com o aparelho certificando-se de que o aparelho esteja ligado.

## ANEXO A – ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)

**INSTRUÇÕES:** essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo.

Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

**Atividade sexual** – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;

**Relação sexual** – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;

**Estimulação sexual** – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual.

### MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

<p>1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?</p>	<p>(5) Sempre ou quase sempre (4) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (1) Quase nunca ou nunca</p>
<p>2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?</p>	<p>(5) Muito alto (4) Alto (3) Moderado (2) Baixo (1) Muito baixo ou nenhum</p>
<p>3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?</p> <p>Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigando nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.</p>	<p>(0) Nenhuma atividade sexual (5) Sempre ou quase sempre (4) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (1) Quase nunca ou nunca</p>
<p>4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?</p>	<p>(0) Nenhuma atividade sexual (5) Muito alto (4) Alto (3) Moderado (2) Baixo (1) Muito baixo ou nenhum</p>
<p>5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?</p>	<p>(0) Nenhuma atividade sexual (5) Confiança muito alta (4) Confiança alta (3) Confiança moderada (2) Baixa confiança (1) Muito baixa ou nenhuma confiança</p>

6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Sempre ou quase sempre (4) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (1) Quase nunca ou nunca
7) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Sempre ou quase sempre (4) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (1) Quase nunca ou nunca
8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (1) Extremamente difícil ou impossível (2) Muito difícil (3) Difícil (4) Ligeiramente difícil (5) Não foi difícil
9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Sempre ou quase sempre (4) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo) (1) Quase nunca ou nunca
10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (1) Extremamente difícil ou impossível (2) Muito difícil (3) Difícil (4) Ligeiramente difícil (5) Não foi difícil
11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Sempre ou quase sempre (4) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (1) Quase nunca ou nunca
12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Extremamente difícil ou impossível (4) Muito difícil (3) Difícil (2) Ligeiramente difícil (1) Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Muito satisfeita (4) Moderadamente satisfeita (3) Igualmente satisfeita e insatisfeita (2) Moderadamente insatisfeita (1) Muito insatisfeita
14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?	(0) Nenhuma atividade sexual (5) Muito satisfeita (4) Moderadamente satisfeita (3) Igualmente satisfeita e insatisfeita (2) Moderadamente insatisfeita (1) Muito insatisfeita
15) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com seu parceiro?	(5) Muito satisfeita (4) Moderadamente satisfeita (3) igualmente satisfeita e insatisfeita (2) Moderadamente insatisfeita (1) Muito insatisfeita
16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?	(5) Muito satisfeita (4) Moderadamente satisfeita (3) Igualmente satisfeita e insatisfeita (2) Moderadamente insatisfeita (1) Muito insatisfeita
17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?	(0) Nenhuma tentativa de relação sexual (1) Sempre ou quase sempre (2) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (4) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (5) Quase nunca ou nunca
18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?	(0) Nenhuma tentativa de relação sexual (1) Sempre ou quase sempre (2) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) (4) Poucas vezes (menos que a metade do tempo) (5) Quase nunca ou nunca
19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	(0) Nenhuma tentativa de relação sexual (1) Muito grande (2) Grande (3) Moderado (4) Pequeno (5) Muito pequeno ou nenhum

<b>DOMÍNIO</b>	<b>QUESTÃO</b>	<b>ESCORE</b>	<b>FATOR</b>	<b>ESCORE MÍNIMO</b>	<b>ESCORE MÁXIMO</b>	<b>ESCORE OBTIDO</b>
<b>DESEJO</b>	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0	
<b>EXCITAÇÃO</b>	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0	
<b>LUBRIFICAÇÃO</b>	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0	
<b>ORGASMO</b>	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0	
<b>SATISFAÇÃO</b>	14, 15, 16	0-5	0,4	0,8	6,0	
<b>DOR</b>	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL DA ESCALA</b>				2,0	36,0	