



Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero

Sexual dysfunction after cervical cancer treatment

Disfunción sexual después del tratamiento del cáncer cervical

Como citar este artigo:

Correia RA, Bomfim CV, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DKS, Santos SL. Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03636. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029903636>

-  **Rafaella Araújo Correia¹**
-  **Cristine Vieira do Bonfim¹**
-  **Kéllida Moreira Alves Feitosa²**
-  **Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado³**
-  **Daniela Karina da Silva Ferreira⁴**
-  **Solange Laurentino dos Santos¹**

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Recife, PE, Brasil.

² Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Recife, PE, Brasil.

³ Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Recife, PE, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Educação Física, Recife, PE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics and those related to the sexual life, and to identify sexual dysfunction in women after cervical cancer treatment. **Method:** Cross-sectional study including women aged ≥ 18 years and completion of the three-month treatment. Two instruments were used: form with sociodemographic, clinical and sexual life-related information; and the Female Sexual Function Index to assess the sexual function of sexually active participants, with score values ≤ 26 classified as sexual dysfunction. Descriptive statistics was used to check associations through the Mann-Whitney test and Pearson's chi-square test or Fisher's exact test. **Results:** Out of a total of 46 women, 15 (32.61%) had sexual intercourse after treatment and eight had an indication of sexual dysfunction (score 21.66; standard deviation=7.06). The types of treatment ($p=0.03$) and of radiotherapy ($p=0.01$), in addition to the staging of the disease ($p=0.02$) interfered with the sexual function. The most affected domains of the Female Sexual Function Index were lubrication ($p=0.03$) and pain ($p=0.04$). **Conclusion:** Sexual dysfunction was present in women studied and had a negative impact on quality of life.

DESCRIPTORS

Uterine Cervical Neoplasms; Women's Health; Sexual Behavior; Antineoplastic Protocols; Oncology Nursing.

Autor correspondente:

Cristine Bonfim
Diretoria de Pesquisas Sociais;
Fundação Joaquim Nabuco
Rua Dois Irmãos, 92 – Ed. Renato
Carneiro Campos, Apipucos
CEP 52071-440 – Recife, PE, Brasil
cristine.bonfim@uol.com.br

Recebido: 18/09/2019
Aprovado: 19/12/2019

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é o quarto tipo de câncer mais incidente no mundo e a quarta principal causa de morte por essa doença entre as mulheres⁽¹⁾. De acordo com o Globocan, o número estimado de casos novos de câncer de colo do útero em 2018 foi de 569.847 e 311.365 óbitos⁽¹⁾. No Brasil, estimativas para o biênio 2018-2019 apontam mais de 16.000 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição no *ranking* nacional das neoplasias e 6.385 óbitos⁽²⁾. Entre as regiões do Brasil, as regiões Nordeste e Sudeste tem a maior incidência projetada (6.030 e 4.420, respectivamente)⁽²⁾.

O principal fator de risco para o câncer do colo uterino é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), adquirido essencialmente por via sexual⁽³⁾. O HPV é causa necessária, mas não suficiente, para a ocorrência do câncer do colo uterino⁽³⁾. Além do HPV, outros fatores também estão associados: tabagismo, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos orais, história de doença sexualmente transmissível, uso de contraceptivos orais, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, imunossupressão, higiene íntima inadequada e baixo *status* socioeconômico⁽⁴⁻⁵⁾.

Considerada neoplasia prevenível, este câncer é curável quando diagnosticado precocemente, já que a evolução das lesões precursoras até um processo invasivo (o câncer propriamente dito) acontece em um período entre 10 a 20 anos. Quando já evoluído para o câncer, as opções de tratamento são a cirurgia e a radioterapia, associada ou não à quimioterapia. Porém, os efeitos secundários e morbidade causadas por essas terapias frequentemente afetam a vida sexual das mulheres, mesmo após vários anos de tratamento⁽⁶⁻⁸⁾.

É comum mulheres acometidas pelo câncer do colo do útero vivenciarem, depois do tratamento, sintomas como desejo sexual hipotativo, baixa excitação sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e dispareunia (dor nas relações sexuais), que caracterizam a disfunção sexual⁽⁹⁾. Esta é conceituada como bloqueio ou inibição de qualquer fase do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução)⁽¹⁰⁾ e tem prevalência em torno de 70% em mulheres que foram tratadas contra o câncer do colo uterino⁽⁷⁾.

Os efeitos secundários ao tratamento prejudicam a função sexual e podem ter efeitos sobre a qualidade de vida da mulher afetada pelo câncer⁽¹¹⁾. Em geral, a função sexual em sobreviventes de câncer de colo uterino diminui significativamente após o tratamento⁽⁷⁾. A disfunção sexual é um dos sintomas mais angustiantes entre as sobreviventes de câncer cervical. O tratamento de câncer, incluindo a radioterapia, resulta em um alto grau de morbidade vaginal e disfunção sexual persistente⁽¹²⁾.

Nessa perspectiva, é necessário desenvolver estudos examinando a sexualidade das sobreviventes de câncer do colo do útero e a forma como ela é afetada pelos efeitos da doença e pelas toxicidades do tratamento. Conhecer os efeitos desses tratamentos pode trazer melhorias para a qualidade de vida dessas mulheres, além de fornecer subsídios para a prática

clínica dos serviços de saúde, com vistas a um tratamento mais integral. Este estudo teve o objetivo de descrever as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas à vida sexual, e identificar a disfunção sexual em mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, transversal, quantitativo.

CENÁRIO

Foi realizado no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), localizado na cidade do Recife. O HCPE é um hospital de referência para tratamento do câncer, habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) com serviço de hematologia.

POPULAÇÃO

Participaram do estudo todas as mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico para o câncer de colo do útero que atenderam aos critérios de inclusão, acompanhadas nos ambulatórios de oncologia e/ou ginecologia do HCPE entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016. Inicialmente, o recrutamento dos casos foi realizado através dos resultados de biópsias positivas para câncer do colo uterino. Além das biópsias, com o propósito de abranger todos os casos diagnosticados no hospital, foi feito levantamento nos seguintes setores: ambulatório de oncologia, colposcopia e ambulatório de cirurgia oncológica. No total, 113 mulheres foram diagnosticadas com câncer do colo do útero em 2015-2016 no HCPE. Dos 113 casos, 20 não tinham qualquer informação no sistema de marcação de consultas do hospital. Foi conduzida uma busca ativa para o resgate desses 20 casos e obteve-se o seguinte resultado: três mulheres falecidas, dez em seguimento em outro serviço e sete não localizadas. Dos 93 casos restantes, cinco só tinham realizado biópsia no HCPE, 14 aguardavam tratamento para 2017, seis mulheres foram excluídas seguindo os critérios de elegibilidade e 22 foram óbitos. A população final do estudo foi composta por 46 mulheres.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para inclusão, as mulheres deveriam atender aos seguintes critérios: idade maior ou igual a 18 anos, semelhante ao *survey* realizado com sobreviventes de câncer do colo do útero para avaliar qualidade de vida e função sexual⁽⁷⁾; tempo de término de tratamento de no mínimo três meses (tempo esperado para início de efeitos secundários de médio e longo prazo). Esse tempo foi definido como critério de elegibilidade em função do início da braquiterapia há no mínimo 91 dias, conforme previsto pelo National Cancer Institute e Cancer Therapy Evaluation Program para o princípio dos efeitos adversos em radioterapia⁽¹³⁾; possuir habilidade para ler, escrever e falar e estar disposta a assinar o termo de consentimento livre esclarecido. Foram excluídas aquelas com história prévia ou atual de outros cânceres e as que estavam

em tratamento de recidiva da doença, pacientes analfabetas, com déficit cognitivo e/ou neurológico, e limitações físicas que pudessem interferir na função sexual.

COLETA DE DADOS

A coleta dos dados aconteceu entre julho de 2016 e março de 2017, com a utilização de dois instrumentos. O primeiro foi elaborado pelas próprias autoras, para a caracterização dos dados sociodemográficos (idade, renda familiar, anos de estudo, situação conjugal antes e após o tratamento, situação de trabalho antes e após o tratamento), clínicos (tipo histológico do tumor, estadiamento da doença, tipo de tratamento realizado, tempo transcorrido entre o término do tratamento e a pesquisa) e relacionados à vida sexual (início da atividade sexual, número de parceiros, atividade sexual antes e após o tratamento, frequência de relações sexuais antes e após o tratamento). O segundo instrumento foi o *Female Sexual Function Index* (FSFI) – em português Índice de Função Sexual Feminina – “usado para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas”. As participantes foram abordadas enquanto aguardavam atendimento na unidade de ginecologia ou oncologia do hospital e convidadas a participar do estudo.

O FSFI é um questionário de autorresposta que deve ser aplicado a mulheres que tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas. É composto de 19 itens que analisam seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor⁽¹⁴⁾. Para cada uma das questões do FSFI, existe um padrão de respostas, que “recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada”. “Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida”⁽¹⁴⁾. “Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio, multiplicada por um fator que torna homogênea a influência de cada domínio no escore total”⁽¹⁴⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0.

Na análise descritiva, as variáveis numéricas foram representadas por medidas de tendência central e dispersão e as variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e relativas. O teste Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificar normalidade das variáveis. Para verificar associações entre duas variáveis (análise bivariada), utilizou-se o teste de Mann Whitney caso o desfecho fosse quantitativo e a variável explicativa qualitativa e o qui-quadrado de Pearson (χ^2) (exato de Fisher quando possível) quando ambas as variáveis fossem qualitativas.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob Parecer n. 1.401.726, aprovado em 2016. Após esclarecimentos sobre o estudo, obteve-se consentimento para início da coleta por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A população do estudo foi de 46 mulheres. Os traços predominantes foram a faixa etária de 30-49 anos (n=28, 60,87%), renda de até um salário mínimo (n=37, 80,43%), desemprego (n=20, 43,48%) e até dez anos de estudo (n=33, 71,74%). Além disso, verificou-se que: iniciaram a atividade sexual antes dos 18 anos (n=39, 84,78%), tiveram mais de cinco parceiros sexuais (n=19, 41,30%), 31 (67,39%) delas tinham atividade sexual antes do tratamento e, destas, quase 90% tinham mais de quatro relações sexuais por mês. Apenas 15 (32,61%) mantiveram relações sexuais após o tratamento.

Entre as 15 mulheres sexualmente ativas após o tratamento, 11 (73,33%) tinham mais de quatro relações por mês e 12 estavam aptas (tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas e apresentavam cognição para responder ao questionário) a responder ao FSFI. A maior parte delas (n=27, 58,70%) reportou que o câncer e/ou tratamento interferiram na vida sexual e 34 (73,91%) afirmaram que a atividade sexual tem importância em suas vidas (Tabela 1).

Tabela 1 – Antecedentes sexuais e prática sexual das mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino – Recife, PE, Brasil, 2015-2016.

Antecedentes sexuais e prática sexual		
Variáveis	n	%
Início da atividade sexual		
<18 anos	39	84,78
≥18 anos	7	15,22
Número de parceiros sexuais		
Um parceiro	7	15,22
Dois a três parceiros	14	30,43
Quatro a cinco parceiros	6	13,04
Mais de cinco parceiros	19	41,30

continua...

...continuação

Antecedentes sexuais e prática sexual		
Variáveis	n	%
Atividade sexual antes do tratamento		
Sim	31	67,39
Não	15	32,61
Frequência de relações sexuais por mês antes do tratamento (n=31)		
≤ 4 relações/mês	4	12,91
>4 relações/mês	27	87,09
Atividade sexual atualmente		
Sim	15	32,61
Não	31	67,39
Frequência de relações sexuais por mês após o tratamento (n=15)		
≤ 4 relações/mês	4	26,67
>4 relações/mês	11	73,33
O câncer e/ou o tratamento interferiram na vida sexual?		
Sim	27	58,70
Não	19	41,30
É importante ter atividade sexual?		
Sim	34	73,91
Não	12	26,09

Quanto às variáveis clínicas, o tipo histológico predominante (n=42, 91,30%) foi “carcinoma epidermoide” e a doença foi diagnosticada em estádios avançados em 29 casos (63,04%). O principal tratamento realizado foi o não cirúrgico (QT/RDT) e boa parte delas fez

radioterapia (n=35, 76,09%). Teleterapia mais braquiterapia foram as principais modalidades de radioterapia mais realizadas (n=24, 68,57%). O tempo de término do tratamento foi entre três e nove meses em 36 casos (78,26%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis clínicas das mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino – Recife, PE, Brasil, 2015-2016.

Variáveis clínicas	n	%
Tipo histológico do tumor		
Carcinoma epidermoide	42	91,30
Adenocarcinoma	3	6,52
Outro	1	2,17
Estadiamento		
Doença avançada	29	63,04
Doença precoce	17	36,96
Tratamento realizado		
Não cirúrgico (QT/RDT)*	28	60,87
Cirúrgico + adjuvância (QT/RDT)*	9	19,57
Cirúrgico	9	19,57
Realização da radioterapia		
Sim	35	76,09
Não	11	23,91
Modalidade da radioterapia realizada (n=35)		
Teleterapia + braquiterapia	24	68,57
Teleterapia	9	25,71
Braquiterapia	2	5,71

*QT: quimioterapia; RDT: radioterapia.

O tratamento interferiu na atividade sexual ($p < 0,001$). O tipo de tratamento ($p = 0,03$), o tipo de radioterapia realizada ($p = 0,01$) e o estadiamento da doença ($p = 0,02$) tiveram associação com o fato de a mulher ser ou não sexualmente ativa após o tratamento.

Das 15 mulheres sexualmente ativas após o tratamento, 12 (duas delas não tinham relação sexual há mais de um mês e uma não tinha cognição para responder ao questionário) responderam ao questionário FSFI. Destas, oito (66,67%) apresentaram disfunção sexual (escore total médio de 21,66; DP= 7,06) (Tabela 3).

Tabela 3 – Escores obtidos no FSFI de mulheres sexualmente ativas após tratamento para o câncer do colo uterino – Recife, PE, Brasil, 2015-2016.

FSFI	Média (IC 95%)	Desvio Padrão	Mediana	Mín.	Máx.
Desejo	3,20(2,52-3,88)	1,07	3,30	1,2	5,4
Excitação	3,38(2,70-4,05)	1,06	3,30	1,8	5,1
Lubrificação	3,65(2,68-3,62)	1,53	3,60	1,2	6,0
Orgasmo	3,10(2,21-3,99)	1,41	2,60	1,6	6,0
Satisfação	4,23(3,21-5,26)	1,61	4,60	1,6	6,0
Dor	4,10(3,01-5,19)	1,72	4,40	1,6	6,0
Escore total	21,66(17,17-26,15)	7,06	21,85	10,9	32,3

Os domínios que obtiveram os maiores escores foram “dor” ($4,10 \pm 1,72$) e “satisfação” ($4,23 \pm 1,61$) (Tabela 3). Na Tabela 4, os domínios “lubrificação” ($p = 0,03$) e “dor”

($p = 0,04$) sofreram influência pelo tipo de tratamento. A realização da radioterapia também interferiu no domínio “lubrificação” ($p = 0,05$).

Tabela 4 – Avaliação dos domínios do FSFI em função de algumas variáveis clínicas de mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino – Recife, PE, Brasil, 2015-2016.

Variáveis p*	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
Estadiamento							
Doença Avançada	3,36±1,25	3,66±0,94	3,6±1,2	3,44±1,94	4,8±0,85	4,56±0,97	23,42±2,05
Doença Precoce	3,09±1,01	3,18±1,17	3,69±1,83	3,43±1,79	3,83±1,96	3,78±2,12	20,98±9,26
p*	0,94	0,33	0,94	0,75	0,57	0,69	0,69
Tratamento realizado							
Cirúrgico	3,45±0,76	3,68±1,35	4,88±1,35	4,3±2	4,9±1,95	5,2±1,6	26,4±8,69
Não cirúrgico (QT/RDT)	3,3±1,43	3,3±0,55	4,05±0,76	3,8±2,03	4,8±0,98	4,3±0,89	23,55±2,34
Cirúrgico + Adjuvância (QT/RDT)	2,85±1,14	3,15±1,34	2,03±0,67	2,2±0,24	3±1,33	2,8±1,88	16,03±5,02
p*	0,36	0,78	0,03	0,25	0,15	0,04	0,15
Realização da radioterapia							
Sim	3,08±1,22	3,23±0,95	3,04±1,27	3±1,59	3,9±1,45	3,55±1,58	19,79±5,42
Não	3,45±0,76	3,68±1,35	4,88±1,35	4,3±2	4,9±1,95	5,2±1,6	26,4±8,69
p*	0,39	0,55	0,05	0,40	0,17	0,06	0,13

*Teste Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

As características socioeconômicas das mulheres são semelhantes àquelas encontradas em outros estudos realizados em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS): mulheres de baixa renda, desempregadas e na faixa etária de maior atividade sexual⁽¹⁵⁾. O início precoce da atividade sexual (antes dos 18 anos) e a maior quantidade de parceiros sexuais são considerados fatores de risco para a infecção pelo HPV⁽⁵⁾.

O estudo apontou disfunção sexual em oito mulheres, todavia esse dado requer uma investigação mais detalhada, pois se trata de um indicativo. A maior parte delas afirmou que a atividade sexual tem importância e admitiram a interferência do câncer e/ou tratamento na vida sexual. Os resultados revelaram o impacto do tratamento sobre a atividade sexual ($p < 0,001$). Os principais motivos das mulheres tratadas para o câncer do colo uterino evitarem o sexo após o tratamento foram medo e sangramentos durante as relações sexuais⁽⁷⁾.

Entre as características clínicas, carcinoma como principal tipo histológico, doença diagnosticada em estádios avançados e consequentemente, a realização de tratamento não cirúrgico (radioterapia associada à quimioterapia), reafirmam o perfil de países menos favorecidos economicamente⁽¹⁶⁾. O Brasil e outros países em desenvolvimento são dotados de rastreamento oportuno (procura ocasional dos serviços de saúde para realização do Papanicolau motivado por gravidez, consulta médica ou, sobretudo, por queixa ginecológica), o que acarreta diagnóstico em estádios mais avançados⁽¹⁷⁾.

A depender do estadiamento, o tratamento para câncer de colo uterino vai desde a cirurgia como tratamento único, até a uma combinação de radioterapia, quimioterapia e cirurgia em situações específicas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. O tipo de tratamento também dependerá de fatores pessoais (como por exemplo, desejo de engravidar e idade da mulher) e fatores de risco associados ao tumor (tamanho do tumor, invasão linfática, invasão estromal, acometimento de margens cirúrgicas, envolvimento de linfonodos, entre outros)⁽²⁰⁾.

A radioterapia fez parte do tratamento para a maioria das mulheres do estudo. O tipo de tratamento e o tipo de radioterapia ocasionaram impacto na atividade sexual ($p=0,03$ e $p=0,01$, respectivamente). Mulheres submetidas à radioterapia apresentam mais sintomas sexuais quando comparadas àquelas tratadas com cirurgia e quimioterapia⁽¹⁰⁻¹¹⁾. As principais consequências vaginais causadas pela radiação são fibrose, estenose, diminuição da elasticidade e da profundidade e a atrofia da mucosa⁽⁷⁾. Esses impactos vaginais promovem disfunção sexual por causar frigidez, falta de lubrificação, de excitação, de orgasmo, de libido e dispareunia^(8,21-22).

O indicativo de disfunção sexual esteve presente em boa parte das mulheres sexualmente ativas após o tratamento para o câncer de colo uterino, já que obtiveram escore médio no FSFI igual a 21,66. A disfunção sexual é caracterizada por escores abaixo de 26 no FSFI⁽²³⁻²⁴⁾. Revisão sistemática demonstrou maior prevalência de disfunção sexual entre os cânceres ginecológicos⁽¹⁰⁾. Ao associar algumas variáveis clínicas com os domínios do FSFI, perceberam-se prejuízos do tratamento na função sexual, principalmente nos domínios “lubrificação” e “dor”.

A falta de lubrificação e a presença de dor durante as relações sexuais são consequência não só da radiação⁽⁹⁾, mas também da falência ovariana ocasionada pelas três modalidades de tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia). A destruição e a disfunção ovariana provocadas suscitam infertilidade e menopausa precoce (falência ovariana precoce secundária)⁽²⁵⁻²⁶⁾, resultando em diminuição dos níveis de estradiol e, consequentemente, diminuição de excitação sexual, libido, orgasmo e sensação genital. A combinação desses efeitos resulta em disfunção sexual⁽⁹⁾.

As consequências sexuais provocadas por todas as modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer do colo uterino promoverão prejuízos a curto e longo prazo⁽¹⁰⁾. Esses prejuízos precisam ser considerados na prática clínica, uma vez que sequelas sexuais afetam significativamente a qualidade de vida^(11,27).

Os prejuízos sexuais precisam ser discutidos e esclarecidos junto das mulheres antes e após o tratamento. Pessoas esclarecidas lidam melhor com os efeitos secundários. Também é preciso munir as mulheres de medidas alternativas que aliviem o desconforto durante as atividades sexuais, como gel lubrificante e pomadas vaginais à base de ácido hialurônico e vitaminas (A e E)⁽²⁸⁾. O uso de dilatadores vaginais (recomendados após radioterapia vaginal ou pélvica para prevenir estenose vaginal) em combinação com o início precoce de estrogênio tópico também é uma alternativa que pode ajudar a minimizar os efeitos secundários dos tratamentos para o câncer do colo uterino⁽⁷⁾. Além disso, podem ser desenvolvidos programas de reabilitação apropriados para as sobreviventes do câncer do colo do útero, a fim de prevenir e reduzir não apenas os sintomas sexuais vaginais, mas também a preocupação com dor sexual, insatisfação no relacionamento e preocupações com a imagem corporal para reduzir o sofrimento sexual⁽²⁹⁾.

O estudo apresentou limites quanto ao número de casos ocorridos, o que não permitiu uma análise estatística mais robusta. No Brasil, a literatura ainda é carente de pesquisas sobre a disfunção sexual após o tratamento do câncer do colo do útero⁽³⁰⁻³¹⁾. Tal fato justifica a relevância do trabalho e a sua contribuição para a prática de enfermeiras e enfermeiros na gestão do cuidado dessas mulheres.

CONCLUSÃO

Os resultados indicaram disfunção sexual entre as mulheres sexualmente ativas após o tratamento, com prejuízo principalmente no domínio lubrificação. Todavia, são necessárias outras pesquisas para um maior aprofundamento desses achados. As sequelas do tratamento podem afetar a qualidade de vida das mulheres tratadas contra o câncer do colo do útero, além de comprometer o relacionamento com seus parceiros. É preciso auxiliar as mulheres para enfrentar as dificuldades nas atividades sexuais e estimular a busca por apoio e terapias alternativas que amenizem os efeitos secundários ao tratamento. O uso de dilatadores vaginais, estrogênio tópico e pomadas a base de ácido hialurônico e vitamina E tem mostrado eficácia na redução dos danos ocasionados. A implementação de um serviço de aconselhamento ginecológico com equipe multiprofissional também se faz necessário dentro de instituições prestadoras de assistência a pacientes com câncer ginecológico, já que poderia trazer resultados positivos e ganhos na qualidade de vida destas mulheres.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas à vida sexual e identificar a disfunção sexual em mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero. **Método:** Estudo transversal que incluiu mulheres com idade ≥ 18 anos e conclusão do tratamento de três meses. Foram utilizados dois instrumentos: formulário com informações sociodemográficas, clínicas e relacionadas à vida sexual; e o Índice da Função Sexual Feminina para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas, sendo valores do

escore ≤ 26 classificados como disfunção sexual. A estatística descritiva foi utilizada para verificar associações através do teste de Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. **Resultados:** Do total de 46 mulheres, 15 (32,61%) mantiveram relações sexuais após o tratamento e oito tiveram indicativo de disfunção sexual (escore de 21,66; desvio padrão=7,06). Os tipos de tratamento ($p=0,03$) e de radioterapia ($p=0,01$), e o estadiamento da doença ($p=0,02$) interferiram na função sexual. Os domínios do Índice da Função Sexual Feminina mais afetados foram lubrificação ($p=0,03$) e dor ($p=0,04$). **Conclusão:** A disfunção sexual esteve presente nas mulheres estudadas com impacto negativo na qualidade de vida.

DESCRITORES

Neoplasias do Colo do Útero; Saúde da Mulher; Comportamento Sexual; Protocolos Antineoplásicos; Enfermagem Oncológica.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la vida sexual e identificar la disfunción sexual en mujeres después del tratamiento del cáncer cervical. **Método:** Estudio transversal que incluyó mujeres de ≥ 18 años y la finalización del tratamiento de tres meses. Se utilizaron dos instrumentos: formulario con información sociodemográfica, clínica y relacionada con la vida sexual; y el Índice de Función Sexual Femenina para evaluar la función sexual de las participantes sexualmente activas, con valores de puntuación ≤ 26 clasificados como disfunción sexual. Se utilizó estadística descriptiva para verificar las asociaciones mediante la prueba de Mann-Whitney y la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** De un total de 46 mujeres, 15 (32.61%) tuvieron relaciones sexuales después del tratamiento y ocho tuvieron una indicación de disfunción sexual (puntaje 21.66; desviación estándar=7.06). Los tipos de tratamiento ($p=0.03$) y radioterapia ($p=0.01$), además de la estadificación de la enfermedad ($p=0.02$), interfirieron con la función sexual. Los dominios del índice de función sexual femenina más afectados fueron la lubricación ($p=0.03$) y el dolor ($p=0.04$). **Conclusión:** La disfunción sexual estuvo presente en las mujeres estudiadas, con un impacto negativo en la calidad de vida.

DESCRIPTORES

Neoplasias del Cuello Uterino; Salud de la Mujer; Conducta Sexual; Protocolos Antineoplásicos; Enfermería Oncológica.

REFERÊNCIAS

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Jose de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
- Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human papillomaviruses; epithelial tropisms, and the development of neoplasia. *Viruses.* 2015;7(7):3863-90. DOI: <https://doi.org/10.3390/v7072802>
- Opoku CA, Browne ENL, Spangenberg K, Moyer C, Kolbilla D, Gold KJ. Perception and risk factors for cervical cancer among women in Northern Ghana. *Ghana Med J.* 2016;50(2):84-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v50i2.6>
- Sharma P, Pattanshetty SM. A study on risk factors of cervical cancer among patients attending a tertiary care hospital: a case-control study. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2018;6(2):83-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2017.10.001>
- Khalil J, Bellefqih S, Sahli N, Afif M, Elkacemi H, Elmajjaoui S, et al. Impact of cervical cancer on quality of life: beyond the short term (results from a single institution). *Gynecol Oncol Res Pract.* 2015;2:7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40661-015-0011-4>
- Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *J Can Res Ther.* 2016; 12(2):938-44. DOI: <https://doi.org/10.4103/0973-1482.175427>
- Corrêa CSL, Leite ICG, Andrade APS, Ferreira ASS, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(5):1053-63. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0>
- Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The female sexual response: current models, neurobiological underpinnings and agents currently approved or under investigation for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *CNS Drugs.* 2015;29(11):915-33. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0>
- Maiorino MI, Chiadini P, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine.* 2016;54(2):329-41. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12020-015-0812-6>
- Derks M, van Lonkhuijzen LR, Bakker RM, Stiggelbout AM, Kroon CD, Westerveld H, et al. Long-term morbidity and quality of life in cervical cancer survivors: a multicenter comparison between surgery and radiotherapy as primary treatment. *Int J Gynecol Cancer.* 2017;27(2):350-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/igc.0000000000000880>
- Hofsjö A, Bohm-Starke N, Blomgren B, Jahren H, Steineck G, Bergmark K. Radiotherapy-induced vaginal fibrosis in cervical cancer survivors. *Acta Oncol.* 2017;56(5):661-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/0284186X.2016.1275778>
- Vidal MLB, Santana CJM, Paula CL, Carvalho, MCMP. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(1):17-24
- Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Junior OMJ, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):416-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>
- Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo VC, Santos SLD, Coêlho DMM. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. *Rev Gestão Saúde [Internet].* 2015 [citado 2018 ago. 20];6(2):1367-81. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2921>
- Small Jr W, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, et al. Cervical cancer: a global health crisis. *Cancer.* 2017;123(13):2404-12. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.30667>

17. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005554>
18. Brucker SY, Ulrich UA. Surgical treatment of early-stage cervical cancer. *Oncol Res Treat*. 2016;39(9):508-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000448794>
19. Zheng D, Mou HP, Diao P, Li XM, Zhang CL, Jing J, et al. Chemoradiotherapy in combination with radical surgery is associated with better outcome in cervical cancer patients. *Oncotarget*. 2017;9(2):2866-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.18632/oncotarget.23165>
20. Takekuma M, Kasamatsu Y, Kado N, Kuji S, Tanaka A, Takahashi N, et al. The issues regarding postoperative adjuvant therapy and prognostic risk factors for patients with stage I-II cervical cancer: a review. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(4):617-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jog.13282>
21. Frigo FL, Zambarda SO. Câncer do colo do útero: efeitos do tratamento. *Cinergis*. 2015;16(3):164-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v16i3.6211>
22. Fakunle IE, Maree JE. Sexual function in South African women treated for cervical cancer. *Int J Afr Nurs Sci*. 2019;10:124-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.04.002>
23. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer*. 2012;118(18):4606-18. DOI: <http://doi.org/10.1002/cncr.26739>
24. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475206>
25. Cosgrove CM, Salani R. Ovarian effects of radiation and cytotoxic chemotherapy damage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;55:37-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.07.008>
26. Jayasinghe YL, Wallace WHB, Anderson RA. Ovarian function, fertility and reproductive lifespan in cancer patients. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2018; 13(3):125-36. DOI: <https://doi.org/10.1080/17446651.2018.1455498>
27. Grion RC, Baccaro LF, Vaz AF, Costa-Paiva L, Conde DM, Pinto-Neto AM. Sexual function and quality of life in women with cervical cancer before radiotherapy: a pilot study. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293(4):879-86. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3874-z>
28. Dinicola S, Pasta V, Costantino D, Guaraldi C, Bizzarri M. Hyaluronic acid and vitamins are effective in reducing vaginal atrophy in women receiving radiotherapy. *Minerva Ginecol*. 2015;67(6):523-31.
29. Bakker RM, Kenter GG, Creutzberg CL, Stiggelbout AM, Derks M, Mingelen W, et al. Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. *Psychooncology*. 2017;26(10):1470-7. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4317>
30. Correia LS, Brasil C, Silva MD, Silva DFC, Amorim HO, Lôrdelo P. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*. 2016;32(6):405-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11961>
31. Panzetti TMN, Campos CB, Ribeiro TLC. Perfil das pesquisas de enfermagem sobre qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino. *J Health Biol Sci*. 2019;7(3):271-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i3.2019>

