

MILZEN JESSEL LAVANDER GIATTI

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA RELACIONADOS
À SEXUALIDADE DE MULHERES TRATADAS
DE CÂNCER GENITAL**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

**UNICAMP
2005**

MILZEN JESSEL LAVANDER GIATTI

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA RELACIONADOS
À SEXUALIDADE DE MULHERES TRATADAS
DE CÂNCER GENITAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

**UNICAMP
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

G349c Giatti, Milzen Jessel Lavander
Conhecimento, atitude e prática relacionados à
sexualidade de mulheres tratadas de câncer genital. / Milzen
Jessel Lavander Giatti. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientador: João Luiz Pinto e Silva
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Comportamento sexual. 2. Questionários. 3. Meia-
idade. 4. Aparelho genital feminino - Cancer. I. Silva, João
Luiz Pinto e. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Slp/fcm)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: MILZEN JESSEL LAVANDER GIATTI

Orientador: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

Membros da Banca:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 31/08/2005

Esta dissertação é dedicada....

*Aos meus queridos pais,
Que me amaram sempre, incondicionalmente,
Que souberam me corrigir na hora necessária,
Que acreditaram em mim,
Que me apoiaram nas minhas decisões,
Que me elogiaram quando mereci.*

*Ao Valdir,
Meu marido e companheiro,
Que pretendo amar e respeitar sempre.*

*À Vanessa, Gláucia e Murilo,
Que são a razão da minha vida
E o melhor presente que Deus poderia ter me dado.*

*Aos meus irmãos, cunhados, sobrinhos e demais familiares,
Que me fazem acreditar na família como uma dádiva de Deus.*

*Ao Cláudio e Daniel,
Que estão me mostrando uma nova forma de vislumbrar o futuro.*

Agradecimentos

Ao meu orientador, **Prof. Dr. João Luiz**, por ter acreditado em mim, pela paciência e dedicação que só um grande mestre é capaz de demonstrar.

Ao **Prof. Dr. Álvaro da Cunha Bastos**, grande professor, que me ensinou a arte da ginecologia.

Aos colegas professores de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí, **João Bosco Ramos Borges, Rogério Bonassi Machado, Edna Marina Cappi Maia, Telma Guarise Borges e Renato Dias de Barros**, meus companheiros de magistério, pelo incentivo.

Aos **Professores do Curso de Pós-graduação** do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, cujos ensinamentos me permitiram tornar realidade um projeto.

Aos **Colegas do Ambulatório de Saúde da Mulher** da Prefeitura do Município de Jundiaí, pelo carinho e apoio constantes.

À **Margarete, Sirlei, Klésio, Sueli Chaves e demais funcionários**, sem os quais seria impossível realizar esta pesquisa.

Às **minhas queridas pacientes**, que me fazem rir muitas vezes e chorar, muito mais, inspiração desta dissertação.

A todos que direta ou diretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	vii
Lista de Tabelas	viii
Resumo	x
Summary	xii
1. Introdução	14
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. Sujeitos e Métodos.....	27
3.1. Desenho do estudo	27
3.2. Tamanho amostral	27
3.3. Critérios e procedimentos para seleção dos sujeitos.....	27
3.4. Variáveis e conceitos	28
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	33
3.6. Coleta de dados	34
3.7. Processamento e análise dos dados	35
3.8. Aspectos éticos	37
4. Resultados	38
4.1. Perfil sociodemográfico dos grupos estudados	39
4.2. Avaliação do conhecimento (Tabela 6).....	42
4.3. Avaliação da atitude	45
4.4. Avaliação da prática	48
5. Discussão.....	58
6. Conclusões	78
7. Referências Bibliográficas.....	80
8. Bibliografia de Normatizações	84
9. Anexos	85
9.1. Anexo 1 – Questionário	85
9.2. Anexo 2 – Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa com Seres Humanos (casos).....	93
9.3. Anexo 3 – Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa com Seres Humanos (controles).....	95
9.4. Anexo 4	96
9.5. Anexo 5	97
9.6. Anexo 6	98

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAP Conhecimento, Atitude e Prática

CID Código Internacional de Doenças

DASIS Departamento de Análise de Situação de Saúde

EPI-INFO 6,04b Software de domínio público para análise epidemiológica –
versão 6,04b

IBGE Instituto Brasileiro de geografia e Estatística

INCA Instituto Nacional do Câncer

MS Ministério da Saúde

SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS Sistema Único de Saúde

SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

Unicamp Universidade Estadual de Campinas

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres com antecedente de câncer ginecológico, segundo órgão acometido pela doença.....	38
Tabela 2. Distribuição percentual das mulheres com antecedente de câncer ginecológico segundo tratamento realizado.....	39
Tabela 3. Distribuição das mulheres com e sem antecedente de câncer segundo cirurgias realizadas (anexo 6).....	98
Tabela 4. Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo a faixa etária.....	40
Tabela 5. Características sócio-demográficas dos dois grupos estudados.....	41
Tabela 6. Distribuição percentual das respostas das mulheres sobre conhecimento a respeito de câncer e sexualidade em geral.....	43
Tabela 7. Valores médio e mediana do indicador geral de conhecimento.....	44
Tabela 8. Distribuição percentual das respostas das mulheres sobre atitude em relação à sexualidade geral e ao câncer.....	47
Tabela 9. Valores médio e mediana do indicador geral de atitude.....	48
Tabela 10. Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo atividade sexual.....	49
Tabela 11. Distribuição percentual das mulheres com e sem antecedente de câncer genital, de acordo com a atividade sexual, segundo a faixa etária.....	49
Tabela 12. Distribuição dos motivos alegados para a interrupção dos relacionamentos sexuais em relação ao período de tratamento do câncer genital.....	50
Tabela 13. Número de casos de acordo com o intervalo entre o fim do tratamento e a interrupção do relacionamento sexual (anexo 6).....	98

Tabela 14.	Distribuição das mulheres sem antecedente de câncer genital (n = 60) de acordo com o tempo de interrupção da atividade sexual, segundo a faixa etária.....	51
Tabela 15.	Distribuição dos motivos alegados para a interrupção dos relacionamentos sexuais pelas mulheres do grupo de controle.....	52
Tabela 16.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo frequência das relações sexuais.....	52
Tabela 17.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo interesse sexual.....	53
Tabela 18.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo lubrificação vaginal.....	53
Tabela 19.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo dor na relação sexual.....	54
Tabela 20.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo a situação em que ocorre a dor na relação sexual.....	54
Tabela 21.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo sangramento às relações sexuais.....	55
Tabela 22.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo orgasmo.....	55
Tabela 23.	Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo satisfação sexual.....	56
Tabela 24.	Distribuição das mulheres com e sem câncer, segundo tipos de práticas sexuais variantes.....	56
Tabela 25.	Distribuição percentual das mulheres, segundo percepção de alterações vaginais após tratamento.....	57
Tabela 26.	Distribuição percentual das mulheres, segundo percepção de alterações na prática sexual após tratamento.....	57
Tabela 27.	Indicador de conhecimento.....	96
Tabela 28.	Indicador de atitude.....	97

Resumo

OBJETIVOS: estudar alguns aspectos relacionados à sexualidade e avaliar o perfil sócio-demográfico de mulheres tratadas de câncer genital e compará-las com um grupo de mulheres sem câncer. **SUJEITOS E MÉTODOS:** estudo de corte transversal, comparativo, tipo inquérito CAP – Conhecimento, Atitude e Prática. No período de julho de 2002 a março de 2004, 260 mulheres foram entrevistadas, 130 anteriormente tratadas de câncer ginecológico e 130 sem antecedente de câncer, pareadas por idade e por domicílio. Foi idealizado um questionário estruturado, com perguntas pré-codificadas e abertas, cujas respostas foram armazenadas num banco de dados, utilizando-se o software EPI-INFO 6,04b. Para o processamento e análise das informações foram construídas tabelas de contingência com frequências absolutas e relativas. A associação entre as variáveis foi avaliada através dos testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Para a análise do conhecimento e da atitude criaram-se indicadores através de média aritmética das respostas corretas, cujos valores foram comparados na variável dependente através do teste de Mann-Whitney, e a diferença estatística de acertos de cada questão estudada através do teste exato de

Fisher. **RESULTADOS:** A idade média das mulheres foi de 56,6 anos, a maioria referiu ser da cor branca, católica e não ter trabalho remunerado. O estado marital, o número total de parceiros, a idade no primeiro parto e a proporção de mulheres com vida sexual ativa não se mostraram diferentes entre os grupos. Aproximadamente metade das mulheres de cada grupo referiu vida sexual ativa no momento da entrevista, afirmando ter frequência de uma a duas relações por semana. As mulheres com antecedente de câncer ginecológico demonstraram conhecer melhor os assuntos sexuais relacionados ao câncer, e as sem câncer, melhor conhecimento sobre sexualidade em geral. A atitude também se mostrou razoavelmente adequada nos dois grupos, não mostrando diferença significativa após análise estatística. A comparação das variáveis dependentes (interesse sexual, lubrificação vaginal, dispareunia, sinusiorragia e orgasmo) não se mostrou diferente nos dois grupos. As mulheres tratadas de câncer referiram diminuição do interesse e da frequência sexual e maior percepção de secura, estreitamento e encurtamento da vagina após o tratamento de sua doença. As disfunções sexuais femininas e masculinas, e os temores relacionados ao diagnóstico de câncer e seqüelas do tratamento foram as causas mais frequentemente associadas à interrupção de alguns relacionamentos. **CONCLUSÃO:** O conhecimento sobre práticas sexuais foi considerado moderado e a atitude, adequada na maioria dos itens propostos, em ambos os grupos de mulheres, sem diferença estatística.

Summary

OBJETIVES: To study some aspects of the sexuality and to evaluate their sociodemographic profile of women treated for genital cancer, and to compare these women with a group of women who did not have cancer. **SUBJECTS AND METHODS:** A cross-sectional, comparative, “knowledge, attitude and practice” (KAP) study was carried out between July 2002 and March 2004. A total of 260 women were interviewed, 130 previously treated for gynecological cancer and 130 with no previous history of cancer. Women were paired by age and place of residence. A structured questionnaire was designed for this study, containing pre-coded and open questions, and responses were stored in a data bank using the EPI-INFO software, version 6.04b. Contingency tables with absolute frequencies and relative frequencies were constructed for the analysis of this study. The association between variables was evaluated using Pearson’s chi-square test or Fisher’s exact test. For the analysis of knowledge and attitude, indicators were created using arithmetical means of the correct answers, and values were compared in the dependent variable using Mann-Whitney’s test. Statistically significant differences in correct answers to each question studied were analyzed using

Fisher's exact test. **RESULTS:** The mean age of the women was 56.6 years, the majority of women stated that they were white, that they belonged to the Catholic religion, that they had no paid employment. There was no statistically significant difference between the groups with respect to marital status, total number of partners, age at first delivery and the proportion of women with an active sexual life. Approximately half the women in each group declared that they had an active sexual life at the time of the interview, with a frequency of sexual intercourse of once or twice a week. The women who had a history of gynecological cancer were more knowledgeable about sexual matters related to cancer, while those with no previous history of cancer were more knowledgeable about sexuality in general. Attitude was also shown to be reasonably adequate in the two groups and statistical analysis found no statistically significant difference between the groups. The comparison of the dependent variables (sexual interest, vaginal lubrication, dyspareunia, bleeding during intercourse and orgasm) showed no statistically significant difference between the two groups. The women treated with cancer reported a reduction in interest and in sexual frequency and a greater perception of the dryness, narrowing and shortening of the vagina following treatment of their disease. Male and female sexual dysfunction and the fears related to the diagnosis of cancer and the sequelae of treatment were the most frequent causes for the termination of relationships. **CONCLUSION:** Knowledge of sexual practice was considered moderate and the attitude adequate in the majority of the items studied, in both groups of women and there was no statistically significant difference between groups.

1. Introdução

Os dados epidemiológicos disponíveis atualmente permitem configurar o câncer como importante problema de saúde pública no Brasil.

A expectativa de vida ao nascer, em nosso país, vem aumentando progressivamente desde o século passado. No início do século XX, o brasileiro tinha uma expectativa de vida de menos de 35 anos e, ao final dele, maior que 70 anos. Entre 1940 e 1990, a esperança de vida ao nascer aumentou de 41,5 para 67,7 anos de idade, ou seja, um acréscimo médio de cinco anos por década. Estimativas do IBGE para 2005 apresentam média de 71,0 anos para ambos os sexos, sendo de 68,1 para homens e 75,8 para as mulheres (IBGE, 2004; INCA, 2005).

A redução das taxas de natalidade e de mortalidade em idades prematuras contribuiu para a mudança na estrutura etária da população, tornando-a mais velha do ponto de vista demográfico. O envelhecimento da população brasileira pode também ser observado pela análise dos dados comparativos entre 1960 e 2000, onde se nota que a participação dos menores de 15 anos caiu de 42,6%

para 29,6%, enquanto o contingente de indivíduos de 15 a 64 anos aumentou, passando de 54,5% para 64,5%. Nesse intervalo de tempo, a população da chamada terceira idade (65 e mais anos) praticamente duplicou sua proporção (2,9% para 5,8%). Neste processo denominado de transição epidemiológica, progressivamente aumenta o número de pessoas que passam a compor as faixas etárias com maior risco de desenvolver câncer (INCA, 2005).

O aumento da mortalidade proporcional por câncer não se deve necessariamente ao aumento real da doença. Os avanços da ciência e da tecnologia possibilitaram a melhoria dos meios de diagnóstico e de tratamento das enfermidades, e sua utilização na prática diária, aliada ao maior desenvolvimento socioeconômico, contribuiu para o declínio das taxas de mortalidade por enfermidades controláveis, como a tuberculose, a desnutrição, o diabetes melito e outras afecções, em várias regiões do mundo. A mortalidade dos que sobrevivem a estas doenças é deslocada para os dois principais grupos das que ainda não foram completamente controladas: as doenças cardiovasculares e as neoplásicas. A importância do câncer vem, por isso, aumentando, à medida que ocorre o controle progressivo de outras doenças. Além do mais, os progressos tecnológicos observados na medicina, nas últimas décadas, proporcionaram maior precocidade e acuidade diagnóstica para o câncer, o que contribuiu para o aumento verificado na prevalência da doença (INCA, 1997).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2005 apontam que ocorrerão 467.440 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e

colo do útero para o sexo feminino, acompanhando a mesma magnitude observada em todo o mundo. São esperados 229.610 casos novos para o sexo masculino e 237.830 para sexo feminino. Estima-se que no ano de 2005, o câncer de pele não melanoma (113 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), pulmão (26 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (21 mil) (INCA, 2005).

A mortalidade proporcional por câncer, entre os óbitos registrados no Brasil, de 1995 a 1999, distribuída pela localização do tumor primário, revela evidente diminuição progressiva da mortalidade proporcional devida às leucemias e aos cânceres de esôfago, estômago e colo uterino, e o aumento, também progressivo, da proporcionalidade dos cânceres de cólon e reto, pâncreas, pulmão, próstata e mama (INCA, 2005).

Ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, as taxas de mortalidade por câncer de colo do útero continuam elevadas no Brasil e vêm aumentando com o tempo. Em 1990, era de 3,8/100.000 subindo em 2002 para 4,6/100.000; neste ano foram registrados 4091 óbitos por esta patologia e, para 2005, o número de casos novos esperados em todo o país é de 20.690 (INCA, 2005).

Os coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas traçam tendência firmemente ascendente com o avanço da faixa etária e já, a partir dos 40 anos de idade, os coeficientes aumentam abrupta e progressivamente, significando que, se o câncer é uma doença que mata muito idosos, também atinge os adultos jovens, no Brasil (Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - 2002).

O câncer é uma doença que provoca grande impacto psicológico, sendo freqüentemente associado a mutilações e morte. A atitude do médico que cuida do paciente com câncer é fator crucial para o resultado terapêutico. Embora nem sempre a cura seja possível, o oncologista deve ser capaz de enfrentar com humanidade os problemas psicológicos do paciente. As atitudes em relação ao câncer variam bastante em diferentes partes do mundo e dependem de fatores culturais, étnicos, sociais, econômicos e educacionais. O relacionamento entre o médico e o paciente constitui processo delicado e complexo, porém tão importante para um tratamento bem-sucedido quanto o conhecimento e a experiência científica desenvolvidos nesse sentido (Sherman, 1993).

Levando-se em conta o conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde, não só como ausência de doença, mas como bem-estar bio-psico-social, pode-se imaginar o comprometimento da integridade da mulher acometida por uma patologia que põe em risco a sua vida.

Em 1958, Vasicka et al., analisaram uma série de 16 mulheres com câncer de colo de útero estágio clínico I e II, com menos de 50 anos de idade, que foram submetidas a tratamento radioterápico exclusivo. Referiram que a irradiação dos órgãos pélvicos pode ter conseqüências em graus variáveis, mas ressaltaram que nem a bexiga, nem o reto ou mesmo a vagina seriam órgãos essenciais à sobrevivência. A reparação de eventuais lesões poderia ser difícil mas exequível, porém o comprometimento da qualidade de vida poderia ser irreparável. Concluíram que a cura do tumor primário é o objetivo principal do tratamento, mas a preservação dos órgãos pélvicos é de vital importância e

jamais deve ser menosprezada. “Em tempos modernos, não importa somente a cura: a prevenção das doenças, a manutenção ou a melhora da saúde, e a reabilitação, ajudam as mulheres a entender melhor sua doença e os problemas decorrentes dela, permitindo gerenciamento mais efetivo de suas vidas”.

Para estudar a interferência do tratamento do câncer de colo de útero na vida sexual das pacientes e as repercussões sobre aspectos sociais e psicológicos, Abitbol e Davenport (1974) avaliaram um grupo de 75 portadoras de câncer invasivo de colo de útero estádios I e II, com idade entre 23 e 68 anos, que referiam vida sexual ativa antes do diagnóstico. Aplicaram um questionário para comparar a função sexual dessas pacientes imediatamente antes do diagnóstico e um ano após o tratamento. A informação a respeito da frequência de relações sexuais foi o dado mais facilmente obtido; concluíram que seria lógico considerar esse dado como o melhor critério para medir a função ou disfunção sexual dessas pacientes.

As mudanças fisiológicas que ocorrem na vagina durante o ato sexual normal foram cuidadosamente estudadas por Masters e Johnson (1966). Ressaltaram que dois importantes fenômenos precedem o orgasmo: a lubrificação vaginal, decorrente da transudação de material mucoso através da parede vaginal, conseqüente à marcada dilatação dos plexos venosos que circundam sua parede e a distensão e o alongamento dos 2/3 superiores, com desaparecimento da rugosidade vaginal normal.

Abitbol e Davenport (1974) consideraram que as alterações vaginais que ocorrem durante a resposta sexual normal seriam impossíveis após irradiação pélvica: “A parede vaginal perde sua elasticidade e a possibilidade de expansão; a

lubrificação está prejudicada ou ausente, pois os plexos venosos e as artérias, principalmente do terço superior da vagina estão obliteradas”. Sugeriram que em casos onde o tratamento cirúrgico é possível, ele oferece a mesma taxa de cura da radioterapia, com menos distorções da anatomia vaginal.

Decker e Schartzman (1962) investigaram a frequência de relações sexuais e diminuição da libido de 29 mulheres que se submeteram à radioterapia para tratamento de câncer cervical. Observaram que 55,2% das pacientes referiam diminuição ou perda da “capacidade sexual” atribuída à perda da libido, medo da recidiva do câncer, abandono por parte do parceiro sexual, dificuldade em iniciar novos relacionamentos e também por estenose da vagina.

O câncer da cervix é uma doença insidiosa e em algumas circunstâncias tem curso letal. O diagnóstico de câncer na forma invasiva por si só causa um impacto emocional nas mulheres e seus parceiros, com repercussão de variada natureza, quase sempre com alteração do desejo sexual. Segundo Seibel et al. (1982), a diminuição do desejo sexual parece ser de etiologia multifatorial e muito mais complexa do que inicialmente se pensava. A irradiação pélvica e as cirurgias radicais são responsáveis pela queda dos níveis circulantes de estrogênios e testosterona, o que poderia estar relacionado à diminuição da libido, embora não existam dados de literatura que comprovem cientificamente esta hipótese.

O sucesso do tratamento, normalmente, é medido em termos de sobrevida em cinco anos, independente do tipo de tratamento empregado, e o que acontece com a função sexual pode parecer pouco importante à paciente e ao seu médico, durante o planejamento terapêutico. A função vaginal não é comparável à da

bexiga ou do reto, e talvez por isso, tem sido negligenciada durante o tratamento. Apesar das alterações vaginais não levarem a paciente à morte, podem tornar impossível a readaptação social e sexual das mulheres acometidas. Noventa por cento das pacientes apresentam relação entre os achados pélvicos e a atividade sexual, isto é, quanto mais marcantes as alterações vaginais e pélvicas, mais freqüentes as disfunções sexuais. Medidas para diminuir a ocorrência de disfunções sexuais em pacientes submetidas à radioterapia, como retorno precoce à atividade sexual, dilatação mecânica da vagina e uso de estrogênios, parecem ter efeito duvidoso (Pitkin e Bradbury, 1965).

Vários autores observaram que a atividade sexual está relacionada à idade, porém consideram mais importantes a anatomia vaginal adequada e a habilidade do parceiro sexual (Abitbol e Davenport 1974). Kinsey et al. (1953) observaram que 97% das mulheres com 50 anos de idade apresentavam atividade sexual satisfatória, e 80% daquelas com 60 anos. Newman e Nichols (1960) estudaram 250 pacientes, com idade entre 60 e 93 anos (média de 70 anos) e mostraram que 54% daquelas que estavam casadas, eram sexualmente ativas; neste grupo etário, as doenças crônicas representaram o maior impedimento ao relacionamento sexual. Pfeiffer et al. (1968), avaliando as razões da negligência em estudar a sexualidade das mulheres, observaram 30 a 50% de atividade sexual satisfatória entre 60 e 79 anos de idade, justificando a lacuna desses conhecimentos pelo receio dos pesquisadores em ofender ou causar embaraços às pacientes ou às suas famílias.

Alguns estudos relataram o medo da recidiva do câncer como causa da abstinência sexual e correlacionaram esse comportamento à intensa atividade

sexual anterior e promiscuidade, considerados como fatores de risco na epidemiologia do câncer cervical. Concluíram que algumas pacientes poderiam imaginar que a abstinência sexual evitaria as recidivas, enquanto outras interpretariam o aparecimento do câncer como uma punição à atividade sexual prévia (Vasicka et al., 1958; Hartman e Diddle, 1972).

Krumm e Lamberti (1993) avaliaram um grupo de 21 mulheres portadoras de câncer de colo de útero e tratadas com radioterapia exclusiva. Através de um questionário, compararam o comportamento sexual dessas mulheres no ano anterior ao diagnóstico e seis meses após o tratamento. As questões incluíam tópicos como: frequência de masturbação, de sonhos eróticos, de orgasmo nas relações sexuais, de orgasmo durante masturbação; interessaram-se também em avaliar a função erétil do parceiro e o tempo até a ejaculação. Obtiveram, além dessas, informações referentes às funções ocupacional e social, histórico da saúde, uso de medicações e drogas, durante o período investigado. Os autores imaginaram que poderia ocorrer alguma distorção de resultados por incluir informações anteriores guardadas na memória das pacientes. Como resultado, encontraram diminuição de todas as atividades sexuais; foram estatisticamente significantes a diminuição da frequência de relações sexuais, de orgasmo durante masturbação, de disposição para o coito e da satisfação com a vida sexual. As mulheres relataram que se sentiam menos atrativas e sedutoras, com medo de serem rejeitadas, medo dos efeitos da radiação (nela e no parceiro) e da recidiva do tumor, ou ainda preocupação com a transmissão do câncer para o parceiro através do coito. Sentimentos de diminuição da auto-estima e da feminilidade também foram observados.

Os efeitos e o significado da doença e a reação emocional que se segue, associados aos efeitos do tratamento na vagina, levando à dispareunia em algumas mulheres, podem fazer surgir mitos e medos nas pacientes e em seus parceiros, que resultam em inibição, refratariedade e completo desinteresse pela atividade sexual. Talvez uma atividade preventiva pudesse evitar alterações nas atitudes e comportamentos sexuais. É essencial a discussão destes assuntos entre a paciente e a equipe que a atende, sendo por demais valiosa a orientação para os efeitos do tratamento, atenção que deve persistir no seguimento. A manutenção da atividade sexual pode e deveria ocorrer durante o tratamento, com o objetivo de prevenir ou minimizar as alterações vaginais; quando a frequência das relações foi menor que duas vezes por semana, foi sugerido a inserção de uma vela apropriada para evitar a estenose vaginal (Krumm e Lamberti, 1993).

Segundo Mickal et al. (1972), as mulheres que mantiveram após o tratamento a mesma frequência de relações sexuais de antes do diagnóstico de câncer cervical, não apresentaram estenose vaginal. Adelusi (1980) observou que quanto mais precoce ocorreu o retorno à atividade sexual, menor a redução da elasticidade vaginal. Pitkin e Bradbury (1965) aconselhavam o uso de estrogênios tópicos, acelerando a reepitelização vaginal. A atividade sexual ininterrupta associada ao uso de dilatadores vaginais e ao emprego de estrogênios orais e tópicos poderiam prevenir as alterações vaginais induzidas pela radioterapia, na pelve e na vagina (Hartman e Diddle, 1972).

O tratamento do câncer cervical pode resultar em anormalidades vaginais que interferem severamente na função sexual (Paavonen, 1999), incluindo encurtamento,

redução da lubrificação, da elasticidade e da dilatação da vagina durante a estimulação sexual. Diminuição da auto-estima, alteração da auto-imagem, perda da feminilidade, ansiedade e depressão são também sintomas freqüentes após tratamento cirúrgico radical. Torna-se difícil explicar como uma mulher, que fica meses ou anos em tratamento e seguimento, não é orientada claramente sobre as possíveis repercussões da doença e tratamento em sua vida sexual.

Existem poucas referências na literatura científica a respeito do efeito das alterações vaginais sobre a sexualidade das mulheres após tratamento de câncer genital, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com os efeitos resultantes da perda da mama. Uma explicação aparente seria que o câncer de mama é muito mais comum que o câncer genital, em países desenvolvidos, além de que as mamas têm papel sexual e estético mais definido e/ou importante, somando-se o fato de que a maioria dos pesquisadores que estudam este tema é do sexo masculino (Paavonen, 1999).

A fim de determinar a prevalência das alterações anatômicas e funcionais da vagina decorrentes do tratamento do câncer cervical, Bergmark et al. (1999) estudaram um grupo de 332 mulheres com carcinoma de colo de útero nos estádios iniciais da doença (IB e IIA), cujo prognóstico costuma ser de maior sobrevivência. Muitas dessas mulheres vivem por vários anos com seqüelas da doença e do tratamento. Lesões em nervos periféricos e pequenos vasos, deficiência hormonal e fibrose podem influenciar a lubrificação e a dilatação vaginal; a remoção cirúrgica de tecidos e aderências pélvicas pode contribuir para a percepção de vagina curta e inelástica, com aparecimento de dispareunia.

Bergmark et al. (1999) observaram que as alterações físicas induzidas pela neoplasia e seu tratamento têm pouca influência sobre a frequência de orgasmos e sobre o prazer, concluindo, em adição, que o clitóris intacto pode ser suficiente para o orgasmo e a ausência do útero teria pouca repercussão. Concluíram que a frequência das relações sexuais não é medida apropriada para avaliar os efeitos do tratamento na função sexual das mulheres com câncer. Enquanto algumas mulheres relataram estar satisfeitas com seus atuais parceiros, muitas vivem sós, sugerindo que alguns relacionamentos acabaram-se como consequência do diagnóstico e tratamento do câncer cervical. Ressaltaram que os profissionais que cuidam de mulheres com câncer deveriam discutir, tanto antes como após o tratamento, as alterações vaginais decorrentes que poderiam afetar a função sexual. As mulheres deveriam receber orientação e aconselhamento sexual já no início do tratamento, sendo acompanhadas até o restabelecimento de vida relativamente normal (6 a 12 meses), permitindo detecção e terapêutica precoce de eventuais morbidades.

Diante da perspectiva de diagnósticos cada vez mais frequentes de neoplasias genitais, que se têm observado em mulheres por vezes e cada vez mais jovens, aliado ao fato de aumento da expectativa de vida das mulheres em geral e, particularmente, daquelas com câncer, os profissionais de saúde estão se deparando com problemáticas novas de atendimento. Considerável número de mulheres tratadas de câncer genital viverá muitos anos após o diagnóstico e o tratamento, com seqüelas marcantes, surgindo assim novas demandas para a equipe atendente, particularmente relacionadas à expressão natural da sexualidade.

O estudo da sexualidade feminina não pode se limitar exclusivamente à prática sexual, mas deve incluir uma discussão sobre a intersecção da atividade sexual com as atitudes da mulher frente à sexualidade. Fatores culturais estão estreitamente relacionados à forma de expressão sexual das mulheres. A expressão sexual da mulher, por sua vez, traduzida através de suas atitudes e prática sexual, é campo muito amplo em que se imbricam fatores ambientais de natureza variada como a cultura da sociedade em que a mulher está inserida, seu contexto familiar, suas condições globais de saúde, a atitude do companheiro, tanto do ponto de vista sexual como no geral, fatores psicológicos envolvidos e a percepção da própria mulher sobre sua vida como um todo.

Na literatura científica, muito pouco se acha publicado sobre as repercussões do tratamento oncológico sobre a sexualidade da mulher brasileira. Buscando contribuir para melhorar o conhecimento deste tema, este estudo foi elaborado com o intuito de melhor compreender alguns pontos obscuros do assunto. As informações e conclusões resultantes desta pesquisa poderão ser úteis para auxiliar os profissionais envolvidos no atendimento destas mulheres, colaborando para melhor compreensão da sexualidade feminina quando se vivencia a experiência do câncer genital, o que poderia propiciar melhor orientação particularizada para a situação e permitir adequada reintegração dessas mulheres com conseqüente melhora da qualidade de vida.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas à sexualidade de mulheres acometidas de câncer genital, e as repercussões do diagnóstico e do tratamento sobre a sua prática sexual, e compará-las com um grupo de mulheres sem câncer pareadas por idade.

2.2. Objetivos específicos

- Comparar conhecimento, atitudes e práticas sexuais de mulheres com e sem antecedente de câncer genital pareadas por idade e domicílio.
- Avaliar o perfil sociodemográfico da população estudada.
- Comparar a proporção de mulheres dos grupos acima citados sexualmente ativas e a frequência de relações sexuais por semana.
- Comparar os principais motivos da abstinência sexual nos dois grupos.
- Avaliar a percepção de mudanças na prática sexual das mulheres, após o diagnóstico e o tratamento do câncer genital.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Estudo de corte transversal, comparativo tipo inquérito CAP.

3.2. Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se a proporção da variável dispareunia no grupo de mulheres sem câncer igual a 36% (P1) e no grupo de mulheres com câncer igual a 57% (P2). Esta variável apresentou-se com alta prevalência em mulheres com história pregressa de câncer, estando relacionada a várias alterações vaginais subseqüentes ao tratamento (Bergmark et al., 1999).

Fixaram-se em 5% o erro tipo I ou α , e em 10% o erro tipo II ou β , resultando em 126 mulheres por grupo (Fleiss, 1981).

3.3. Critérios e procedimentos para seleção dos sujeitos

Foram recrutadas mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero estágio clínico I, II e III, câncer de endométrio estágio clínico I, II e III e câncer

de ovário estágio clínico I, que estavam matriculadas e faziam seguimento no Ambulatório de Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de Jundiaí. Todas já haviam completado o tratamento, e o intervalo entre o seu término e a entrevista variou de dois meses a 22 anos. Foram excluídas aquelas com diagnóstico recente, que iriam iniciar ou estavam em tratamento (casos incidentes), os casos de câncer de colo de útero e de endométrio estágio clínico IV, os de ovário estágios clínicos II, III e IV, os de vulva e de vagina, e aqueles submetidos à quimioterapia em qualquer momento. O grupo de controle foi constituído por mulheres, sem câncer ginecológico ou outro tipo de câncer, pareadas por idade, residentes no mesmo município dos casos.

3.4. Variáveis e conceitos

Foram consideradas as seguintes variáveis:

3.4.1. Variáveis dependentes

- Interesse sexual (desejo/libido): definido como a vontade em ter relacionamento sexual, classificado em: diminuído, aumentado e sem alterações.
- Atividade sexual: definida como o ato do relacionamento sexual, dividido nas categorias: sim e não.
- Lubrificação vaginal: referência à percepção de umidade vaginal, classificada como: sempre, quase sempre, às vezes e nunca.

- Dispareunia: referência de dor à penetração vaginal, classificada como sempre, quase sempre, às vezes e nunca e subdividida em dispareunia de penetração e/ou de profundidade.
- Alterações vaginais: percepção pela mulher de estreitamento do canal vaginal e/ou diminuição do comprimento da vagina.
- Frequência das relações sexuais: será considerado o número de relações sexuais por semana, referido pela mulher.
- Orgasmo: presença ou ausência do orgasmo durante cada relação sexual, dividido nas categorias: sempre, quase sempre, às vezes e nunca.
- Sinusiorragia: referência de sangramento genital durante ou após a penetração vaginal.
- Satisfação sexual, avaliada pelas categorias: muito satisfeita, satisfeita, pouco satisfeita, insatisfeita e não se aplica.
- Tipos de práticas sexuais variantes: serão consideradas práticas sexuais variantes aquelas que não sejam o coito vaginal: sexo oral, anal e masturbação.

3.4.2. Variável independente

- Câncer genital: referência a diagnóstico e/ou tratamento prévio de câncer de colo de útero, endométrio e ovário (sim: mulheres com antecedente de câncer genital; não: mulheres sem antecedente de câncer genital).

3.4.3. Variáveis de controle

- Idade: em anos completos
- Cor da pele, com as seguintes categorias: branca e não branca.

- Estado marital, com as seguintes categorias: solteira/separada/divorciada/viúva casada e união consensual.
- Escolaridade, com as seguintes categorias: não foi à escola, até 1º grau completo, até 2º grau completo, superior.
- Trabalho remunerado, com as seguintes categorias: não e sim.
- Religião, com as seguintes categorias: católica, evangélica e nenhuma/outras.
- Idade ao início da vida sexual, com as seguintes categorias: nunca teve, até 16 anos, 17-21 anos e aos 22 anos ou mais.
- Idade no primeiro parto, com as seguintes categorias: não tem filhos, até 19 anos e aos 20 anos ou mais.
- Paridade, com as seguintes categorias: não tem filhos, até três filhos e quatro filhos ou mais.
- Número total de parceiros (desde o início da atividade sexual), com as seguintes categorias: não teve relações sexuais, um a cinco parceiros e seis parceiros ou mais.
- Tratamentos clínicos atuais (investigação de eventuais tratamentos clínicos e/ou uso de drogas, que eventualmente, poderiam interferir nos parâmetros analisados), com as seguintes categorias: não e sim.
- Antecedente de violência sexual (entendido aqui como “relacionamento sexual não desejado e obrigatório, que resulta num possível ou real dano físico, sexual ou psicológico, incluindo-se as ameaças, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, que ocorra na vida pública ou privada.” (WHO, ano), com as seguintes categorias: não e sim.

3.4.4. Variáveis do conhecimento (categorizadas como falsa, verdadeira e não sei)

Foi considerado conhecimento adequado, quando as seguintes afirmações foram respondidas como “verdadeira”:

- O câncer ginecológico tem cura
- A mulher que tem câncer ginecológico pode continuar tendo relações sexuais
- A mulher que tratou de câncer ginecológico não engravida mais
- Mesmo com idade mais avançada, as pessoas podem continuar mantendo relações sexuais

Foi considerado conhecimento adequado, quando as seguintes afirmações foram respondidas como “falsa”:

- Os parceiros podem “pegar” câncer da mulher na relação sexual
- Relação sexual é só pênis na vagina
- A masturbação faz mal à saúde
- Manter relações sexuais altera o tratamento do câncer ginecológico

Com o objetivo de conhecer a opinião das mulheres entrevistadas sobre assuntos específicos, as afirmações abaixo não foram consideradas certas ou erradas, mas foram analisadas pela porcentagem de respostas “falsa”, “verdadeira” e “não sei”:

- Com o passar da idade, o desejo sexual da mulher diminui
- O tratamento do câncer ginecológico altera o relacionamento sexual

3.4.5. Variáveis da atitude (categorizadas como concordo, discordo e não sei)

As seguintes proposições foram consideradas corretas quando a resposta foi “concordo”:

- O profissional de saúde é a melhor fonte de informações a respeito da vida sexual da mulher.
- Os médicos podem orientar tratamentos para ajudar em relação aos sintomas sexuais.
- Quando eu quero ter relações sexuais, eu posso dizer isso ao meu marido/companheiro que ele aceita sem problemas.
- Nosso relacionamento, com o passar do tempo, tem ficado cada vez melhor.
- O relacionamento com meu marido/companheiro é de igual para igual.
- É importante beijar e abraçar o parceiro.
- É importante fazer consultas ginecológicas, periodicamente.
- É importante ler, assistir e discutir assuntos relacionados à saúde da mulher.

As seguintes proposições foram consideradas corretas quando a resposta foi “discordo”:

- Quando meu marido/companheiro quer ter relações sexuais, eu tenho obrigação de satisfazê-lo.
- Masturbação é pecado.

- A retirada do útero faz com que a mulher deixe de ser mulher.
- Se uma mulher não vai engravidar mais, ela não precisa mais ter relações sexuais.
- As revistas, jornais e livros dão informações suficientes a respeito da saúde da mulher.
- A televisão e o rádio são os melhores meios de informar as mulheres sobre sua saúde.
- Quando tenho dúvidas, acho melhor discutir meus problemas de saúde com amigos, parentes ou conhecidos.

Com o objetivo de conhecer a opinião das mulheres entrevistadas sobre assuntos específicos, a afirmação abaixo não foi considerada certa ou errada, mas foi analisada pela porcentagem de respostas “concordo”, “discordo” e “não sei”:

- A mulher com câncer não tem vontade de ter relações sexuais.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado especialmente para este estudo (Anexo 1), construído com as seguintes seções:

Seção 1: **Perfil Sócio-Demográfico**

Seção2: **Avaliação do Conhecimento**

Seção 3: **Avaliação da Prática**

Seção 4: **Avaliação da Atitude**

O questionário foi pré-testado com dez mulheres que preenchiam os critérios de inclusão para o antecedente de câncer genital, para se analisar as dificuldades de preenchimento e eventuais deficiências, e efetuar-se sua correção antes do início do estudo propriamente dito.

3.6. Coleta de dados

As mulheres que fizeram parte do grupo de casos estavam matriculadas no Ambulatório de Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de Jundiaí, no Programa de Prevenção, Tratamento e Seguimento do Câncer Ginecológico, e preenchiam os critérios de inclusão e exclusão. Foram recrutadas através de convite feito por telefone ou por ocasião das consultas, quando eram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e admitidas no estudo após ler, concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Nenhuma paciente se recusou a responder o questionário.

As mulheres que fizeram parte do grupo de controle foram recrutadas conforme os critérios enumerados no item 3.3., sendo da mesma forma esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e admitidas no estudo após assinar termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3).

Todas as entrevistas, tanto de casos quanto de controles, foram feitas exclusivamente pela pesquisadora principal, e com o objetivo de preservar rigorosa privacidade das mulheres, não foi permitida a presença de outra pessoa no local. A entrevista dos casos foi realizada em sala do Ambulatório de

Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de Jundiaí. Os controles foram selecionados através de visita pessoal ao local de domicílio dos casos, convidados respeitando-se o pareamento por idade (com variação de mais ou menos dois anos em relação ao caso). A pesquisadora pessoalmente tocava a campainha ou batia na porta das casas, ou informava-se com alguém que estivesse no local, sobre a existência de mulher a idade procurada. Quando encontrada, esta era esclarecida sobre a identidade da pesquisadora, seus objetivos e, então, convidada a participar do estudo e responder ao questionário. Após ler, aceitar e assinar o termo de consentimento, procedia-se então o interrogatório que, na maioria das vezes, ocorreu na porta do domicílio e algumas poucas vezes em seu interior. Somente uma mulher do grupo de controle, que se dispôs a participar deste estudo, recusou-se a responder algumas questões sobre a sua prática sexual.

Os questionários de cada mulher foram arquivados em sigilo, com acesso exclusivo da pesquisadora e do orientador, e depois de armazenados num banco de dados apropriado, serão guardados por pelo menos cinco anos, conforme estabelece a Resolução 196, para então serem destruídos.

3.7. Processamento e análise dos dados

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o software EPIINFO 6,04b para criação do banco de dados e digitação dupla. Após a entrada dos dados, foi feita consistência lógica das informações.

As variáveis dependentes e as sócio-demográficas foram estudadas em relação à variável independente através da construção de tabelas de contingência com frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre as mesmas foi avaliada através dos testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Para a avaliação do conhecimento criou-se um indicador através de média aritmética das respostas corretas (número total de respostas corretas dividido por oito x 100); duas questões (6 e 10) foram excluídas do cálculo pois tinham como objetivo conhecer a concepção das mulheres a respeito de assuntos específicos (anexo 4). Os valores destes indicadores foram comparados na variável dependente através do teste de Mann-Whitney, e a diferença estatística de acertos (ou erros) de cada questão que compôs o indicador, foi estudada através do teste exato de Fisher.

A avaliação da atitude foi análoga à do conhecimento. Também foi realizada através de questionário com 16 questões com respostas corretas (score 1) e erradas (score 0). Um índice de atitude foi criado através da média aritmética de respostas certas (número total de acertos dividido por 15 x 100); um ítem (10) foi excluído, pois se pretendia avaliar a percepção das mulheres sobre o assunto abordado (Anexo 5). Os valores destes indicadores foram comparados na variável dependente através do teste de Mann-Whitney, e a diferença estatística de acertos (ou erros) de cada questão que compôs o indicador foi estudada através do teste exato de Fisher ou qui-quadrado.

A prática foi analisada através de tabelas de cada uma das variáveis dependentes, segundo a variável independente (que identifica o grupo de mulheres com e sem câncer genital), utilizando-se quando indicado os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher.

3.8. Aspectos éticos

Este estudo foi desenvolvido com mulheres que participaram voluntariamente, após leitura do “Consentimento livre e esclarecido para pesquisa com seres humanos” (Anexos 2 e 3) pela entrevistadora e assinatura do mesmo pela participante, obedecendo os princípios da Declaração de Helsinki (2000). As mulheres foram esclarecidas sobre o sigilo em relação aos aspectos de foro íntimo e individual. Após os questionários serem considerados corretamente preenchidos, as entrevistadas passaram a ser identificadas apenas por um número.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/FCM/UNICAMP em 25/06/2002 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fcm/Unicamp em 20/08/2002 (Parecer Projeto: Nº 315/2002).

Igualmente foi obtido previamente autorização por escrito, junto à Secretaria de Saúde do Município de Jundiaí, na pessoa do Secretário de Saúde em exercício.

4. Resultados

Foram entrevistadas 260 mulheres, sendo 130 com antecedente de câncer ginecológico e 130 sem este antecedente, durante o período de julho de 2002 a março de 2004.

Mais da metade do grupo das mulheres com antecedente de câncer ginecológico (66,2%) estava em seguimento após tratamento de neoplasia de colo de útero (tabela 1).

TABELA 1
Distribuição percentual das mulheres com antecedente de câncer ginecológico, segundo órgão acometido pela doença (n = 130)

Tipo de câncer	n	%
Colo de útero	86	66,2
Endométrio	39	30,0
Ovário	5	3,8

Quanto ao tipo de tratamento utilizado, das 98 mulheres que realizaram cirurgias, 54 também realizaram radioterapia; 32 mulheres realizaram tratamento radioterápico exclusivo (tabela 2).

TABELA 2
Distribuição percentual das mulheres com antecedente de
câncer ginecológico, segundo tratamento realizado (n = 130)

Tratamento	n	%
Cirurgia	44	33,8
Cirurgia + Radioterapia	54	41,5
Radioterapia	32	24,6

Para tratamento das mulheres com câncer ginecológico, em 61 casos foi realizada histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral e em 36 histerectomia radical com linfadenectomia pélvica. Para tratamento de patologias benignas, 17 mulheres do grupo de controle referiram ter realizado histerectomia total abdominal, sendo que nove realizaram também anexectomia bilateral (Tabela 3 – Anexo 6).

4.1. Perfil sociodemográfico dos grupos estudados

No grupo das 130 mulheres com antecedente de câncer ginecológico as idades variaram de 30 a 84 anos, sendo a idade média de 56,6 anos e a mediana de 56 anos. As mulheres do grupo de controle apresentaram idade média de 56,6 anos, variando de 33 a 82 anos, e a mediana de 56,5 anos (tabela 4).

TABELA 4**Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo a faixa etária**

Faixa etária (anos)	Com Cancer		Sem Câncer		Total	
	n	%	n	%	n	%
30 – 39	8	(6,2)	8	(6,2)	16	(6,2)
40 – 49	32	(24,6)	34	(25,4)	66	(25,4)
50 – 59	34	(26,2)	35	(26,9)	69	(26,5)
60 – 69	32	(24,6)	33	(25,4)	65	(25,0)
70 – 89	24	(18,5)	20	(15,4)	44	(16,9)
TOTAL	130		130		260	

Na tabela 5, observa-se que a cor da pele foi semelhante nos dois grupos, havendo predomínio da branca. A grande maioria das mulheres referiu não ter trabalho remunerado e pertencer à religião católica. A idade no primeiro parto também não se mostrou diferente entre os grupos. O estado marital não foi diferente nos dois grupos: as casadas mostraram-se em maior número no grupo controle, e a união consensual, no grupo de casos, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. O número total de parceiros mostrou-se igual nos dois grupos. A escolaridade foi maior no grupo controle, que apresentou porcentagem mais alta de mulheres com ensino médio completo; a maioria das entrevistadas, entretanto, apresentou apenas o primeiro grau completo ($p = 0,0304$). O início da vida sexual mostrou-se mais precoce no grupo de casos que também referiu maior paridade ($p = 0,0266$ e $p = 0,0135$). A maior parte das mulheres em ambos os grupos referiu entre um a cinco parceiros e número semelhante referiu tratamento clínico no momento da entrevista. Quanto ao antecedente de violência sexual, 23,1% no grupo de casos e 20,0% no de controle referiram sua ocorrência em algum momento anterior de suas vidas.

TABELA 5
Características sociodemográficas dos dois grupos estudados

Variáveis de Controle	Com câncer % (n = 130)	Sem câncer % (n = 130)	p #
Cor da pele			NS
Branca	71,5	70,8	
Não branca	28,5	29,2	
Estado marital			NS
Solteira/separada/Divorciada/viúva	43,1	40,0	
Casada	41,4	52,3	
União consensual	15,4	7,7	
Escolaridade			0,0304*
Não foi à escola	18,5	11,5	
Até 1º grau	74,6	72,3	
2º grau	3,8	12,3	
Superior	3,1	3,8	
Trabalho remunerado			NS
Não	65,4	71,5	
Sim	34,6	28,5	
Religião			NS*
Católica romana	66,9	66,9	
Evangélica	23,8	26,2	
Nenhuma/outras	9,3	6,9	
Idade 1ª relação sexual			0,0266*
Nunca teve	1,5	1,5	
< 16 anos	30,0	15,3	
17-21 anos	50,8	57,7	
> 22 anos	17,7	25,4	
Idade no 1º parto			NS*
Não tem filhos	6,9	6,2	
Até 19 anos	43,1	30,0	
20 anos ou mais	50,0	63,8	
Paridade			0,0135*
Não tem filhos	6,9	6,2	
Até 3 filhos	31,5	49,2	
4 filhos ou mais	61,5	44,6	
Número total de parceiros			NS*
Não teve relações sexuais	1,5	1,5	
1 a 5 parceiros	94,7	97,0	
6 parceiros ou mais	3,8	1,5	
Tratamento clínico			NS
Não	23,1	31,5	
Sim	76,9	68,5	
Antecedente de violência sexual			NS
Não	76,9	80,0	
Sim	23,1	20,0	

* teste exato de Fisher

teste qui-quadrado de Pearson

NS – não significativo

4.2. Avaliação do conhecimento (Tabela 6)

O grupo de casos demonstrou maior conhecimento nas questões 1 (“O câncer ginecológico tem cura”), 2 (“A mulher que tem câncer ginecológico pode continuar tendo relações sexuais”) e 8 (“A mulher que tratou de câncer ginecológico não engravida mais”) relacionadas às neoplasias ($p = 0,0163$, $p < 0,0001$ e $p < 0,0001$) enquanto o grupo de controle apresentou mais respostas corretas nos quesitos 4 (“Relação sexual é só pênis na vagina”), 5 (“A masturbação faz mal à saúde”) e 9 (“Mesmo com idade mais avançada, as pessoas podem continuar mantendo relações sexuais”), de sexualidade em geral ($p < 0,0001$, $p = 0,0026$ e $p = 0,0464$).

Quanto à questão 3 (“Os parceiros podem “pegar” câncer da mulher na relação sexual”), as entrevistadas nos dois grupos responderam corretamente (75,4% dentre os casos e 77,7% dentre os controles responderam que a afirmação era falsa); no item 7 (“Manter relações sexuais altera o tratamento do câncer ginecológico”), também sobre câncer, observa-se que 56,2% dos casos e 63,8% entre os controles deram resposta errada.

A grande maioria das mulheres nos dois grupos concordou que o “desejo sexual diminui com a idade” (item 6) e que “o tratamento do câncer ginecológico altera o relacionamento sexual” (item 10).

TABELA 6

Distribuição percentual das respostas das mulheres sobre conhecimento a respeito de câncer e sexualidade em geral

Variáveis relacionadas ao conhecimento	Com câncer % (n = 130)	Sem câncer % (n = 130)	p #
1. O câncer ginecológico tem cura			0,0163
Falsa	4,6	13,1	
Verdadeira	95,4	86,9	
2. A mulher que tem câncer ginecológico pode continuar tendo relações sexuais			< 0,0001
Falsa	16,2	50,0	
Verdadeira	83,8	50,0	
3. Os parceiros podem “pegar” câncer da mulher na relação sexual			NS
Verdadeira	24,6	22,3	
Falsa	75,4	77,7	
4. Relação sexual é só pênis na vagina			< 0,0001
Verdadeira	84,6	59,2	
Falsa	15,4	40,8	
5. A masturbação faz mal à saúde			0,0026
Verdadeira	66,2	47,7	
Falsa	33,8	52,3	
6. Com o passar da idade, o desejo sexual diminui			NS
não sei	1,5	0,8	
Verdadeira	19,2	27,7	
Falsa	79,2	71,5	
7. Manter relações sexuais altera o tratamento do câncer ginecológico			NS
Verdadeira	56,2	63,8	
Falsa	43,8	36,2	
8. A mulher que tratou de câncer ginecológico não engravida mais			< 0,0001
Verdadeira	26,2	56,9	
Falsa	73,8	43,1	
9. Mesmo com idade mais avançada, as pessoas podem continuar mantendo relações sexuais			0,0464
Verdadeira	7,7	2,3	
Falsa	92,3	97,7	
10. O tratamento do câncer ginecológico altera o relacionamento sexual			NS
Não sei	4,6	7,7	
Verdadeira	45,4	40,0	
Falsa	50,0	52,3	

Teste qui-quadrado de Pearson

NS – não significativo

As respostas corretas nas questões sobre conhecimento (exceto 6 e 10) foram sumarizadas e transformadas em valores de 0 a 100 para a criação de um marcador geral. As questões 6 e 10 foram excluídas do cálculo pois foram propositalmente incluídas com o objetivo de avaliar a opinião das mulheres sobre os assuntos escolhidos (tabela 7).

TABELA 7
Valores médio e mediana do indicador geral de conhecimento

Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mediana
Casos	130	64,2	18,1	62,5
Controles	130	60,6	19,1	62,5

p = 0,08 (teste de Mann-Whitney)

A avaliação da tabela 7 revela que os dois grupos estudados apresentaram nível de conhecimento semelhante nos tópicos investigados, apresentando aproximadamente 60% de respostas corretas (p = 0,08).

4.3. Avaliação da atitude

Os dois grupos mostraram-se estatisticamente semelhantes quanto às respostas corretas na maioria dos questionamentos realizados (tabela 8).

Dos 16 itens que avaliaram a atitude das mulheres, oito mostraram que a maioria absoluta dos dois grupos apresentou atitudes adequadas, com mais de 60% de respostas corretas. São eles:

- 1- O profissional de saúde é a melhor fonte de informações a respeito da vida sexual da mulher.
- 2- Os médicos podem orientar tratamentos para ajudar em relação aos sintomas sexuais.
- 3- Quando eu quero ter relações sexuais, eu posso dizer isso ao meu marido/companheiro que ele aceita sem problemas.
- 4- É importante beijar e abraçar o parceiro.
- 5- A retirada do útero faz com que a mulher deixe de ser mulher.
- 6- Se uma mulher não vai engravidar mais, ela não precisa mais ter relações sexuais.
- 7- É importante fazer consultas ginecológicas, periodicamente.
- 8- É importante ler, assistir e discutir assuntos relacionados à saúde da mulher.

A porcentagem de respostas corretas aos itens 3 (*“Quando meu marido/companheiro quer ter relações sexuais, eu tenho obrigação de satisfazê-lo”*), 5 (*“Nosso relacionamento, com o passar do tempo, tem ficado cada vez melhor”*), 6 (*“O relacionamento com meu marido/companheiro é de igual para igual”*), 14 (*“As revistas, jornais e livros dão informações suficientes a respeito da saúde da mulher”*) e 16 (*“Quando tenho dúvidas, acho melhor discutir meus problemas de saúde com amigos, parentes ou conhecidos”*) ficou em torno de 50% tanto no grupo de casos como no de controles, mostrando atitude adequada em aproximadamente metade das mulheres de cada grupo.

Ao analisar os itens 8 (*“Masturbação é pecado”*) e 15 (*“A televisão e o rádio são os melhores meios de informar as mulheres sobre sua saúde”*), pode-se ver que o grupo de casos apresentou 58,5% de respostas erradas no primeiro e 70,0% no segundo, denotando atitude inadequada.

Como no item 10 (*“A mulher com câncer não tem vontade de ter relações sexuais”*) o assunto avaliado se mostrou muito específico, a comparação dos dois grupos revelou diferença significativa nas respostas, demonstrando que a maioria das mulheres com antecedente de câncer ginecológico discorda (tabela 8).

TABELA 8
Distribuição percentual das respostas das mulheres sobre
atitude em relação à sexualidade geral e ao câncer

Variáveis Relacionadas á Atitude	Com câncer % (n = 130)	Sem câncer % (n = 130)	p #
1- O profissional de saúde é a melhor fonte de informações a respeito da vida sexual da mulher			NS*
Resposta errada	1,5	2,3	
Resposta certa	98,5	97,7	
2- Os médicos podem orientar tratamentos para ajudar em relação aos sintomas sexuais			NS*
Resposta errada	3,8	2,3	
Resposta certa	96,2	97,7	
3- Quando meu marido/companheiro quer ter relações sexuais, eu tenho obrigação de satisfazê-lo			NS
Resposta errada	53,8	47,7	
Resposta certa	46,2	52,3	
4- Quando eu quero ter relações sexuais, eu posso dizer isso ao meu marido/companheiro que ele aceita sem problemas			NS
Resposta errada	31,5	37,7	
Resposta certa	68,5	62,3	
5- Nosso relacionamento, com o passar do tempo, tem ficado cada vez melhor			NS
Resposta errada	60,8	58,5	
Resposta certa	39,2	41,5	
6- O relacionamento com meu marido/companheiro é de igual para igual			NS
Resposta errada	43,8	40,0	
Resposta certa	56,2	60,0	
7- É importante beijar e abraçar o parceiro			NS
Resposta errada	13,8	9,2	
Resposta certa	86,2	90,8	
8- Masturbação é pecado			0,0470
Resposta errada	58,5	46,2	
Resposta certa	41,5	53,8	
9- A retirada do útero faz com que a mulher deixe de ser mulher			NS
Resposta errada	17,7	17,7	
Resposta certa	82,3	82,3	
10- A mulher com câncer não tem vontade de ter relações sexuais			< 0,0001
Concorda	5,4	36,9	
Discorda	60,8	28,5	
Não sabe	33,8	34,6	
11- Se uma mulher não vai engravidar mais, ela não precisa mais ter relações sexuais			NS
Resposta errada	6,2	2,3	
Resposta certa	93,8	97,7	
12- É importante fazer consultas ginecológicas, periodicamente			NS*
Resposta errada	0,8	3,1	
Resposta certa	99,2	96,9	
13- É importante ler, assistir e discutir assuntos relacionados à saúde da mulher			NS*
Resposta errada	1,5	0,8	
Resposta certa	98,5	99,2	
14- As revistas, jornais e livros dão informações suficientes a respeito da saúde da mulher			NS
Resposta errada	62,3	53,1	
Resposta certa	37,7	46,9	
15- A televisão e o rádio são os melhores meios de informar as mulheres sobre sua saúde			0,0207
Resposta errada	70,0	56,2	
Resposta certa	30,0	43,8	
16- Quando tenho dúvidas, acho melhor discutir meus problemas de saúde com amigos, parentes ou conhecidos			NS
Resposta errada	59,2	48,5	
Resposta certa	40,8	51,5	

* teste exato de Fisher

teste qui-quadrado

NS – não significativo

Da mesma forma que na seção anterior, onde o conhecimento foi avaliado, as respostas corretas em relação à atitude foram sumarizadas e transformadas em valores de 0 a 100 para a criação de um marcador geral.

Excluiu-se do cálculo a questão 10 que foi propositalmente incluída no questionário com o objetivo de avaliar a atitude das mulheres sobre o assunto escolhido (tabela 9).

TABELA 9
Valores médio e mediana do indicador geral de atitude

Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mediana
Casos	130	67,6	15,4	66,7
Controles	130	71,6	16,3	66,7

p = 0,08 (teste de Mann-Whitney)

A tabela 9 mostra que mais de 65% das mulheres entrevistadas responderam as questões propostas de forma correta, demonstrando atitude adequada, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p = 0,08).

4.4. Avaliação da prática

A distribuição percentual da atividade sexual foi semelhante nos dois grupos (p = 0,1359); a tabela 10 mostra que 47,3% de todas as mulheres

referiram vida sexual ativa no momento da entrevista, sendo 42,3% entre os casos e 52,3% entre os controles.

TABELA 10

Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo atividade sexual

Atividade sexual	Com Cancer		Sem Câncer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	75	57,7	62	47,7	137	52,7
Sim	55	42,3	68	52,3	123	47,3
TOTAL	130	100,0	130	100,0	260	100,0

p = 0,1359 (teste qui-quadrado de Pearson)

A distribuição da atividade sexual, segundo a faixa etária, pode ser avaliada através da tabela 11.

TABELA 11

Distribuição percentual das mulheres com e sem antecedente de câncer genital, de acordo com a atividade sexual, segundo a faixa etária

Faixa etária (anos)	Grupo de Casos		Grupo de Controle	
	C/ atividade sexual n = 55	S/ atividade sexual n = 75	C/ atividade sexual n = 68	S/ atividade sexual n = 62
30-39	12,7	1,3	10,3	1,6
40-49	40,0	13,3	35,3	16,1
50-59	27,3	25,3	33,8	19,4
60-69	14,5	32,0	16,2	35,5
70-89	5,5	28,0	4,4	27,4

Entre as mulheres do grupo de casos, 55 relataram ter vida sexual ativa, duas afirmaram nunca ter tido relações sexuais e dentre as demais 73, 38 referiram que já não tinham relações sexuais antes do tratamento, 11 deixaram de ter durante ou logo após o tratamento e 24 mulheres disseram que o relacionamento sexual foi interrompido após um período de atividade sexual que se seguiu ao tratamento.

Os motivos alegados pelas mulheres para a interrupção dos relacionamentos sexuais estão sumarizados na tabela 12.

TABELA 12

Distribuição dos motivos alegados para a interrupção dos relacionamentos sexuais em relação ao período de tratamento do câncer genital

Motivos	Antes n= 38	Durante n= 11	Após n= 24
Não tem parceiro	29	1	14
Parceiro doente	0	0	4
Parceiro impotente	4	1	5
Parceiro não procura mais	1	2	4
Mulher tem medo de passar câncer para ele	0	4	0
Mulher refere dor na relação sexual	0	2	0
Mulher não tem desejo de ter relação sexual	8	3	5
Casal não se dá bem	0	1	2
Mulher tem medo de engravidar	0	0	0
Parceiro tem medo de pegar câncer	0	0	2
Outras	0	3	6

Quanto às 24 mulheres que interromperam o relacionamento sexual após um período de atividade que se seguiu ao tratamento, o intervalo entre o fim do

tratamento e a interrupção da atividade sexual variou de dois meses a 15 anos, distribuindo-se conforme a tabela 13 (anexo 6).

Trinta e cinco mulheres interromperam a atividade sexual durante o tratamento ou após: 11 deixaram de ter durante ou logo após o seu término, e as demais 24 mulheres tiveram atividade sexual por algum tempo e por motivos vários a interromperam. Deste último grupo apenas 12 responderam ao questionário e foram somadas às 55 que referiram vida sexual ativa, totalizando 67 casos.

No grupo de controle, 68 mulheres declararam ter vida sexual ativa e 2, que nunca tiveram relações sexuais. As demais 60 mulheres referiram não ter atividade sexual no momento da entrevista. As tabelas 14 e 15 se referem ao tempo de interrupção dos relacionamentos e os motivos alegados.

TABELA 14

Distribuição das mulheres sem antecedente de câncer genital (n = 60) de acordo com o tempo de interrupção da atividade sexual, segundo a faixa etária

Faixa etária (anos)	até 1 ano	1 – 5 anos	5 – 10 anos	> 10 anos	Total	%
30-39	0	1	0	0	1	1,6
40-49	0	3	5	2	10	16,7
50-59	0	7	4	1	12	20,0
60-69	1	5	6	9	21	35,0
70-89	2	4	2	8	16	26,7
total	3	20	17	20	60	

TABELA 15

Distribuição dos motivos alegados para a interrupção dos relacionamentos sexuais pelas mulheres do grupo de controle

Motivos	n = 60
Não tem parceiro	42
Parceiro doente	6
Parceiro impotente	7
Parceiro não procura mais	7
Mulher refere dor na relação sexual	0
Mulher não tem desejo de ter relação sexual	8
Casal não se dá bem	6
Mulher tem medo de engravidar	0
Outras	2

Quanto à frequência de relações sexuais, pode-se observar que os grupos estudados apresentaram números semelhantes, sendo que a maioria informou frequência de uma a duas relações por semana (tabela 16).

TABELA 16

Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo frequência das relações sexuais

Frequência das relações sexuais (por semana)	Com Cancer		Sem Câncer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não tem	63	48,5	62	47,7	125	48,1
Menos de 1 vez	18	13,8	20	15,4	38	14,6
1 vez	16	12,3	14	10,8	30	11,5
Mais de 1 vez	28	21,5	29	22,3	57	21,9
Mais de 3 vezes	5	3,8	5	3,8	10	3,8
TOTAL	67		68		135	

$p = 0,8492$ (teste qui-quadrado de Pearson)

Aproximadamente 45% das mulheres do grupo de casos referiram interesse sexual enquanto que no grupo controle a porcentagem foi de 55,9 (tabela 17). A tabela 18 mostra que 53,7% e 67,6% de mulheres com e sem antecedente de câncer ginecológico, respectivamente, alegaram lubrificação vaginal na maioria das relações sexuais.

TABELA 17
Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo interesse sexual

Interesse sexual	Com câncer		Sem câncer	
	n = 67	%	n = 68	%
Nunca	13	19,4	8	11,8
Às vezes	24	35,8	22	32,3
Quase sempre	11	16,4	10	14,7
Sempre	19	28,4	28	41,2

$p = 0,3008$ (teste qui-quadrado de Pearson)

TABELA 18
Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo lubrificação vaginal

Lubrificação vaginal	Com câncer		Sem câncer	
	n = 67	%	n = 68	%
Nunca	14	20,9	5	7,4
Às vezes	17	25,4	17	25,0
Quase sempre	10	14,9	7	10,3
Sempre	26	38,8	39	57,3

$p = 0,0606$ (teste qui-quadrado de Pearson)

A dispareunia de profundidade foi mais freqüente no grupo de mulheres com antecedente de neoplasia ginecológica (44,8%, $p = 0,0551$), porém a dor às relações sexuais apresentou-se de forma semelhante nos dois grupos (tabelas 19 e 20).

TABELA 19
Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo dor na relação sexual

Dispareunia	Com câncer		Sem câncer	
	n = 67	%	n = 68	%
Nunca	38	56,7	52	76,5
Às vezes	13	19,4	8	11,8
Quase sempre	4	6,0	3	4,4
Sempre	12	17,9	5	7,3

$p = 0,0899$ (teste exato de Fisher)

TABELA 20
Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo a situação em que ocorre a dor na relação sexual

Dispareunia	Com Câncer		Sem Câncer		p
	n = 29	%	n = 16	%	
Penetração	16	55,2	10	62,5	0,1253
Profundidade	13	44,8	6	37,5	0,0551

teste qui-quadrado de Pearson

A absoluta maioria das mulheres entrevistadas negou a ocorrência de sangramento durante as relações sexuais (94,0% entre os casos e 97,0% dos controles), como se pode observar na tabela 21.

TABELA 21
Distribuição percentual das mulheres com e sem
câncer, segundo sangramento às relações sexuais

Sinusiorragia	Com câncer		Sem câncer	
	n = 67	%	n = 68	%
Nunca	63	94,0	66	97,0
Às vezes	4	6,0	1	1,5
Sempre	0	0,0	1	1,5

$p = 0,2857$ (teste exato de Fisher)

O fato de ter ou não antecedente de câncer ginecológico não interferiu na presença de orgasmo e de satisfação sexual, como se pode observar nas tabelas 22 e 23.

TABELA 22
Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo orgasmo

Orgasmo	Com câncer		Sem câncer	
	n = 67	%	n = 68	%
Nunca	14	20,9	9	13,2
Às vezes	22	32,8	19	27,9
Quase sempre	8	11,9	12	17,6
Sempre	23	34,3	28	41,2

$p = 0,4594$ (teste qui-quadrado de Pearson)

TABELA 23**Distribuição percentual das mulheres com e sem câncer, segundo satisfação sexual**

Satisfação sexual	Com câncer		Sem câncer	
	n = 130	%	n = 130	%
Não se aplica	57	43,8	46	35,4
Insatisfeita	9	6,9	8	6,2
Pouco satisfeita	15	11,5	8	6,2
Satisfeita	33	25,4	49	37,7
Muito satisfeita	16	12,3	19	14,6

p = 0,1501 (teste qui-quadrado de Pearson)

Na tabela 24, é possível ver que a distribuição percentual das práticas sexuais variantes foi semelhante nos dois grupos exceto a masturbação mútua que foi referida por 14,9% dos controles e 4,2% dos casos, porcentagem significativamente maior ($p = 0,0292$).

TABELA 24**Distribuição das mulheres com e sem câncer, segundo tipos de práticas sexuais variantes**

Práticas sexuais variantes	Com câncer	Sem câncer	Total	p*
	% (n = 71)	% (n = 67)	% (n = 138)	
Sexo oral – você nele	8,5	16,4	12,3	0,1450
Sexo oral – ele em você	8,5	10,4	9,4	0,6671
Sexo anal	5,6	0,0	2,9	0,1205
Masturbação mútua	4,2	14,9	9,4	0,0292
Masturbação dele em você	2,8	7,5	5,1	0,2615
Masturbação – você nele	2,8	9,0	5,8	0,1541
Masturbação sozinha	4,2	0,0	2,2	0,2465

* teste exato de Fisher

Quanto à percepção de alterações vaginais após o tratamento do câncer, além de vagina seca e estreita referidas por mais de 50% das mulheres com antecedente de neoplasia ginecológica, a percepção de encurtamento vaginal foi relatada por 36,9% das mulheres do grupo de casos (tabela 25).

TABELA 25
Distribuição percentual das mulheres, segundo percepção de alterações vaginais após tratamento

Alterações vaginais	Com câncer (n = 65)	%
Secura vaginal	42	64,6
Estreitamento da vagina	35	53,8
Encurtamento da vagina	24	36,9

A maior parte das mulheres submetidas a tratamento oncológico referiu diminuição no interesse (56,9%) e na frequência sexual (67,7%), conforme se pode ver na tabela 26.

TABELA 26
Distribuição percentual das mulheres, segundo percepção de alterações na prática sexual após tratamento

Alterações na prática sexual	Com câncer (n = 65)	%
Diminuição no interesse sexual	37	56,9
Aumento do interesse sexual	7	10,8
Diminuição da frequência sexual	44	67,7
Aumento da frequência sexual	3	4,6

5. Discussão

A sexualidade é um aspecto vital para todo ser humano e está presente desde seu nascimento até sua morte; seu exercício é decisivo para o bem estar individual e, por extensão, à harmonia dos casais. A prática sexual é influenciada pela experiência pessoal, a história de vida das pessoas e do seu contexto sociocultural.

As disfunções sexuais podem advir tanto de fatores físicos como de psicológicos ou mesmo sociais. Em casos de diagnóstico do câncer, eventuais disfunções podem ocorrer devido às neoplasias em si, o que representam ou aos tratamentos instituídos para seu controle.

Os estudos CAP (conhecimentos, atitudes e práticas) ou, na língua inglesa, KAP (*knowledge, attitudes and practice*) são inquéritos transversais, cuja principal característica é a forma pontual e instantânea com que são realizados, permitindo que se tenha um quadro momentâneo do fenômeno investigado em dada população. Os inquéritos são realizados quando não estão disponíveis informações relativas a determinado problema que se necessita conhecer, sendo,

então, pesquisado diretamente junto à população. A partir deles são construídas bases de dados que possibilitam retratar a situação investigada, trazendo aportes úteis e necessários para orientar a formulação de políticas de saúde, programas e intervenções voltadas para aquela dada população. A repetição desse estudo ao longo do tempo permite que sejam verificadas mudanças no quadro inicialmente detectado, podendo-se inferir, assim, o impacto de determinadas intervenções.

Esses inquéritos podem ser utilizados em relação a qualquer tema, permitindo a construção de escalas de valores sobre assuntos que muitas vezes são *tabus* ou configuram um conjunto de crenças, sentimentos ou comportamentos a respeito de determinados fatos. No campo da saúde, podem ser aplicados a qualquer área e quando realizados em amostras representativas da população, seus resultados são passíveis de generalização para aquele grupo de referência. Diversas são as formas de obtenção dos dados desejados, sendo mais comum o uso de questionários.

Na literatura compilada, encontram-se alguns trabalhos que avaliaram o conhecimento de mulheres tratadas de câncer genital (Robinson et al., 1999); a maioria dos artigos publicados se refere à prática. A aplicação do inquérito CAP utilizada nesta pesquisa é inédita.

A comparação entre dois grupos de mulheres, com e sem antecedente de câncer ginecológico, pareados por idade e por residir no mesmo município, portanto com características bastante homogêneas, demonstrou que não houve diferença entre o conhecimento, a atitude e a prática sexual.

As mulheres estudadas e seus controles mostraram possuir boa representatividade em relação ao perfil sociodemográfico da mulher brasileira, ou seja, a maioria delas referiu ser da cor branca, ter o primeiro grau completo (com mais ou menos 15% de analfabetas), não exercer trabalho remunerado e ter religião predominantemente católica.

Vários trabalhos encontrados na literatura mundial a respeito deste tema, avaliaram grupos de mulheres com e sem câncer ginecológico, com grau de escolaridade referida incomparavelmente maior que a dos grupos da amostra aqui descrita. Robinson et al. (1999), no Canadá, relatam 9% de mulheres com até o equivalente ao primeiro grau completo e, na Croácia, Bukovic et al. (2003) referem 35,7% neste nível de escolaridade. Na Suécia, Bergmark et al. (1999) encontraram 37% dos casos e 30% dos controles com o equivalente ao ensino básico brasileiro. Esta característica da população em estudo, por si só, pode influenciar muitas outras, dificultando a comparação de resultados colhidos com outros grupos estudados.

Segundo Morales-Carmona et al. (1998), a sexualidade pode ser influenciada por diversos aspectos entre os quais se acham a idade, a escolaridade, mitos e tabus, fontes de informações a respeito da saúde, experiências traumáticas durante a infância e adolescência. A constituição do grupo de controle representaria a condição das mulheres antes do aparecimento da neoplasia e se essas mulheres apresentam inadequações ou disfunções sexuais, estas alterações poderiam exacerbar-se quando diagnosticado um câncer ginecológico. Algumas alterações da sexualidade poderiam aflorar de modo mais explícito quando da constatação

do câncer, até porque muitas mulheres podem justificar suas dificuldades através da patologia.

Como dois terços do grupo de casos foi constituído por mulheres com antecedente de câncer de colo de útero, era de se esperar que alguns fatores epidemiológicos relacionados a esta neoplasia sobressaíssem na caracterização e comparação dos grupos. De fato, pode-se observar que tanto a idade de início da vida sexual como a paridade apresentaram significativas diferenças: aproximadamente o dobro de mulheres com antecedente de câncer teve sua primeira relação sexual até os 16 anos de idade. Entre 17 e 21 anos, metade das mulheres de cada grupo iniciou a vida sexual e, após esta idade, o grupo de controle foi mais numeroso.

A avaliação do estado marital não mostrou diferenças estatísticas, contudo o número de mulheres tratadas de câncer e casadas é praticamente 20% menor que as não tratadas; no caso da união consensual ocorre o inverso: praticamente o dobro das tratadas em relação às sem câncer. Bergmark et al. (1999) observaram que a proporção de mulheres vivendo sozinhas na época da entrevista foi muito maior no grupo das mulheres com câncer que no de controles; nesta pesquisa, as porcentagens foram semelhantes (em torno de 40%). Em 1980, Adelusi et al., relataram 36% de separações e divórcios num grupo de 78 mulheres submetidas à radioterapia por câncer de colo uterino. Flay e Matthews (1995) observaram um índice de 18% desses acontecimentos em seu grupo; estes autores têm encorajado suas pacientes a comparecem

acompanhadas por seus parceiros, quando então são aconselhados, orientados e esclarecidos a respeito da doença e das conseqüências do tratamento.

Apesar do início mais precoce da vida sexual, o grupo de casos não referiu maior número de parceiros e nem idade menor por ocasião do primeiro parto. O número de mulheres com tratamento oncológico anterior que teve seu primeiro parto até 19 anos foi 40% superior ao grupo de controle, ao passo que na faixa etária maior que 20 anos de idade, observa-se o inverso: número de controles em torno de 25% maior.

Já, em relação à paridade, confirmando a expectativa epidemiológica, a diferença entre os grupos foi significativa, sendo que os casos referiram em maior porcentagem ter maior número de filhos (quatro ou mais).

Entre os antecedentes pesquisados, as entrevistadas dos dois grupos foram interrogadas sobre se faziam algum tratamento clínico para alguma doença, a fim de avaliar as possíveis interferências de algumas drogas passíveis de repercutir sobre a sexualidade: os dois grupos comportaram-se de modo semelhante, isto é, somente 30% delas não utilizavam qualquer medicamento. A terapia hormonal e o uso de medicamentos para tratar osteopenia/osteoporose foram mais citados pelas mulheres que realizaram tratamento para câncer ginecológico, achado de acordo com dados da literatura: Bergmark et al. (1999) publicaram que 56% das mulheres tratadas por câncer faziam uso de terapia hormonal, em comparação com 21% do grupo de controles. As mulheres que não fizeram tratamento para câncer, utilizaram mais medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

Sabendo-se que as mulheres com antecedente de violência sexual podem apresentar conseqüências marcantes em sua vida sexual, este antecedente foi pesquisado, para eliminar possíveis efeitos confundidores, porém a análise revelou que os dois grupos se comportaram de forma equivalente, não havendo discrepância entre eles. Em 1999, Bergmark et al., relataram a referência anterior de abuso sexual em 31% de mulheres tratadas de câncer ginecológico e 22% naquelas sem câncer, e este antecedente ainda apresentava impacto moderado ou severo na sexualidade das mulheres por ocasião da entrevista.

O conhecimento, avaliado através de questionário estruturado e dirigido, apresentou índices de acertos em torno de 60% nos dois grupos, considerado conhecimento moderado. A observação cuidadosa de cada questão mostra que as mulheres com antecedente de neoplasia mostraram-se mais eficientes em responder perguntas relacionadas à sua doença, demonstrando que a vivência do diagnóstico e do tratamento, de alguma forma, proporcionou subsídios para que elas entendessem melhor os procedimentos e as condutas adotadas, enfrentando com mais discernimento e realidade sua doença. Já, as mulheres do grupo de controle demonstraram mais conhecimento a respeito da sexualidade em geral.

As mulheres do grupo de casos afirmaram, de forma significativa, que “o câncer ginecológico tem cura”, que “a mulher com câncer ginecológico pode continuar tendo relações sexuais” e que “a mulher que tratou de câncer ginecológico não engravida mais”, obviamente relacionadas às vivências de sua doença, mas responderam de forma equivocada que “relação sexual é só pênis na vagina” e “masturbação faz mal à saúde”.

O grupo de casos constituiu-se de mulheres tratadas de câncer, cuja terapêutica incluiu cirurgia e/ou radioterapia. Vários estudos, realizados com o objetivo de avaliar a sexualidade das mulheres submetidas a esses tratamentos, concluíram que ambas as formas de terapia podem interferir no relacionamento sexual e na qualidade de vida, embora a radioterapia o faça de maneira mais marcante (Decker e Schwartzman, 1962; Abitbol e Davenport, 1974; Seibel et al., 1982; Yeo e Perera, 1995). Siebel et al. (1982) referiram que 50% de 22 pacientes não estavam interessadas em sexo; Abitbol e Davenport já haviam descrito, em 1974, a interferência da radioterapia na redução do desejo sexual. Bertensen (1983) relata que 66% de 45 mulheres tratadas com radioterapia referiram alguma disfunção sexual, incluindo diminuição do desejo sexual, atrofia vaginal e fibrose. Cinquenta por cento das mulheres avaliadas por Schover et al. (1989) desenvolveram dispareunia e redução do desejo sexual.

Sendo assim, é natural que se presumisse que as mulheres tratadas de câncer utilizassem práticas sexuais alternativas em porcentagem maior que o outro grupo, mas já na avaliação do conhecimento pode-se observar que 84,6% responderam que “relação sexual é só pênis na vagina” e 66,2% que “masturbação faz mal à saúde”. Essa alta porcentagem de respostas erradas demonstra desconhecimento e/ou crenças infundadas, que talvez as impeça de optar por outra forma de relacionamento sexual que lhes possibilite obter prazer. Estas práticas alternativas representam opção para as mulheres que apresentam dificuldade à penetração vaginal devido mudanças físicas, ou representaram a escolha de casais cujo coito vaginal foi contra-indicado ou impedido por motivos clínicos ou funcionais.

Dois questionamentos antagônicos foram, também, propostos: se o relacionamento sexual interfere no tratamento do câncer e se o tratamento do câncer interfere no relacionamento sexual? Pouco mais da metade das mulheres dos dois grupos, ou até mais, relatou serem verdadeiras as duas afirmativas. Além do controle da doença, uma das metas do tratamento é a sobrevivência com qualidade e a prática sexual é componente por demais importante para se atingir essa meta. É um dos objetivos do tratamento que as pacientes voltem a ter vida sexual ativa, com penetração vaginal ou não, mas satisfatória e prazerosa.

É compreensível que as mulheres que não vivenciaram um tratamento de câncer desconheçam suas repercussões; quanto ao grupo de casos, pode-se supor que a parte que respondeu de forma correta tenha sido devidamente orientada pela equipe que planejou o seu tratamento, o mesmo não ocorrendo com as demais. Sabe-se que essa orientação demanda tempo, conhecimento das alterações e motivação tanto por parte das pacientes quanto dos profissionais envolvidos no processo de atendimento.

A literatura mundial apresenta diversos estudos a respeito deste interessante tema, mas pesquisando a literatura nacional, percebe-se que muito pouco se tem estudado com mulheres brasileiras, sendo este um dos motivos e justificativas para a realização desta pesquisa.

Ainda neste tópico, depreende-se que o tratamento do câncer genital interfere no relacionamento sexual de boa parte das pacientes, pois uma parte significativa de mulheres relatou ser verdadeira esta afirmativa. Quando

relacionamentos duradouros podem ser rompidos, ou mantidos com interrupção da atividade sexual, é de fundamental importância que a equipe multidisciplinar esteja atenta para acompanhar, identificar e orientar possíveis desvios, o que certamente poderá repercutir de modo favorável no processo de cura.

Mais de 90% das mulheres de ambos os grupos referiram que “mesmo com idade mais avançada, as pessoas podem continuar tendo relações sexuais”. Não é isto o que se lê em editorial de Paavonen (1999) onde se encontra a afirmação que, sem evidência científica, é sabido que as pessoas com idade mais avançada são muito idosas para manterem atividade sexual, e que a sexualidade rapidamente declina com o passar da idade. Este mesmo autor confessou-se surpreso ao verificar o que ele considerou alta proporção de mulheres em atividade sexual com mais de 70 anos (65%). As mulheres participantes deste estudo também afirmaram ser verdadeiro que “o desejo sexual diminui com a idade”. Na tabela 11, pode-se observar que com o passar da idade aumenta a proporção de mulheres sem atividade sexual, tanto no grupo de casos como no de controles.

A maioria absoluta das mulheres entrevistadas demonstrou atitude adequada, respondendo corretamente às questões propostas sobre a melhor fonte de informações a respeito da vida sexual da mulher e o papel do médico, a importância do exame ginecológico periódico e da discussão sobre sua saúde.

Quando avaliados os meios utilizados para conseguir as informações sobre saúde, observou-se que de forma equivocada, grande parte de mulheres relatou ser a mídia falada o melhor meio de informar e que a mídia impressa dá

informações suficientes. Apesar do acesso à televisão e ao rádio ser praticamente universal, não se pode atribuir a eles este papel; é inegável a importância desses meios de comunicação, introduzindo assuntos e alertando sobre diferentes tópicos, mas o papel de esclarecer e orientar pertence à equipe de profissionais da saúde. Segundo Paavonen (1999), não se pode explicar ou mesmo entender porque mulheres acompanhadas por meses e até anos não esclareçam as dúvidas sobre sua vida sexual.

Aproximadamente metade de cada grupo concordou que “quando meu marido/companheiro quer ter relações sexuais, eu tenho obrigação de satisfazê-lo”, afastando o desejo sexual como a fonte mais importante de motivação para o relacionamento sexual, denotando certa subserviência.

A maioria das mulheres entrevistadas afirmou que “quando quer ter relações sexuais, pode dizer isso ao marido/companheiro que ele aceita sem problemas”, que “o relacionamento com seus parceiros é de igual para igual” e que “é importante beijá-los e abraçá-los”. Apesar disso, negaram que “o relacionamento tenha ficado cada vez melhor, com o passar do tempo”. Por estas respostas contraditórias, pode-se supor que essas mulheres tenham conceitos diferentes de seus parceiros em relação à sexualidade, que as impossibilite de colocar em prática suas convicções.

A retirada do útero é, em muitos casos, a forma principal de tratamento da neoplasia e muitos homens e mulheres acreditam que o útero é imprescindível para obtenção do prazer sexual. A constatação de que mais de 80% das

entrevistadas referiram que a retirada do útero não interfere com a sexualidade da mulher trouxe alívio e satisfação. Da mesma forma, foi unânime a desvinculação entre relacionamento sexual e gravidez.

Quando a referência foi específica ao câncer, 60% das mulheres anteriormente tratadas desta patologia relataram que o tratamento não altera a vontade de ter relações sexuais; um terço das mulheres sem câncer referiu acreditar que a doença altera o desejo sexual, um terço relatou achar que não altera e, por fim, as demais não souberam responder.

A masturbação foi encarada pelas mulheres com antecedente de câncer genital como prática que faz mal à saúde e pecaminosa, fazendo-nos acreditar que este grupo não se utiliza desta opção sexual para obter prazer, conforme discutido anteriormente sobre práticas alternativas.

Como era de se esperar, menor porcentagem de mulheres que realizaram tratamento oncológico referiu atividade sexual no momento da entrevista, porém a diferença não foi significativa, e a frequência das relações sexuais foi semelhante nos dois grupos, tendo a maioria de uma a duas relações por semana. Bergmark et al. (1999), num estudo clássico, comparando mulheres com e sem antecedente de câncer ginecológico, observaram 68% e 72% de atividade sexual, respectivamente. Outros pesquisadores relataram diminuição significativa da frequência coital (Andersen e Elliot, 1993; Morales; Yeo e Perera, 1995; Carmona et al., 1998;).

Aproximadamente 50% de cada grupo estudado referiram, na avaliação do conhecimento, que “o tratamento do câncer ginecológico altera o relacionamento sexual”, mas não foi isso o que se observou quando se avaliou a prática sexual dessas mulheres.

Importante aspecto desta problemática deve ser levado em conta: na tentativa de não perder o parceiro, as mulheres tratadas tentam provar para si mesmas que tudo ficou como antes, apesar da diminuição de interesse sexual. Como habitualmente quem dita a demanda sexual é o homem, após o tratamento prevalecem as normas antigas (Van de Miel, 1988). A mesma opinião é expressa na pesquisa qualitativa realizada por Juraskova et al. (2003) onde se encontra a observação que as mulheres deixam de lado suas próprias necessidades para satisfazer as necessidades de seus parceiros. Bergmark et al. (1999) também referem que é difícil explicar os motivos que levam as mulheres a ter relações sexuais para primeiramente satisfazer seus parceiros em detrimento de sua própria satisfação, interesse e bem estar.

Um dos objetivos deste trabalho foi avaliar os motivos que levaram à interrupção dos relacionamentos sexuais. Setenta por cento das mulheres do grupo de controle referiram que não ter parceiro sexual e 33,3%, relataram dificuldades dos parceiros em manter o relacionamento; somente 13,3% atribuíram à sua falta de desejo sexual o motivo da descontinuidade na atividade sexual. Em relação às mulheres do grupo de casos, quando a interrupção da atividade sexual ocorreu antes do diagnóstico do câncer, 76,3% afirmaram não ter parceiro, 13% relataram disfunção sexual masculina e 21%, disfunção sexual feminina.

Avaliando-se as explicações dadas pelas mulheres e expostas anteriormente, parece que a interrupção do relacionamento sexual durante o tratamento está mais ligada às motivações das mulheres tratadas de câncer (82%), enquanto a interrupção da vida sexual após um período de relacionamento que se seguiu ao tratamento parece muito associada às motivações dos parceiros. Entre as primeiras encontram-se a disfunção sexual da mulher e medo (de sangramento genital, de sentir dor, de recidiva do tumor, de passar câncer para o parceiro), achados esses também observados por Paavonen (1999) e Yeo e Perera, (1995). No segundo caso, pode-se observar a predominância de causas associadas aos parceiros: separação ou morte (58,3%), disfunção erétil, parceiro doente, ou não procura mais, ou tem medo de pegar câncer, ou tem medo de machucar a mulher “doente (54%)”.

Yeo e Perera, (1995) falam sobre o mito que algumas mulheres acreditam existir, de que o câncer possa ser transmitido a seus parceiros através da penetração vaginal; esta crença apareceu como motivação para descontinuidade da atividade sexual de algumas mulheres em sua pesquisa e nesta também. Entretanto, quando se avaliou o conhecimento sobre este assunto, somente um terço das mulheres entrevistadas respondeu incorretamente, demonstrando aceitar este mito.

Levando-se em conta que num relacionamento sexual as duas pessoas estão envolvidas, qualquer alteração numa das partes repercutirá na outra; sendo assim, o atendimento à mulher com câncer deve incluir necessariamente o seu parceiro, que deverá ser orientado sobre a patologia da mulher e as

possíveis repercussões do tratamento sobre a sexualidade do casal, com o objetivo de diminuir os temores, esclarecendo as dúvidas sobre as conseqüências do tratamento e sobre o seguimento futuro, outorgando ao parceiro, quando motivado, o papel de apoio que indubitavelmente lhe cabe.

Na maior parte das publicações científicas, a sexualidade das mulheres tem sido avaliada em termos de frequência sexual, da ocorrência ou não de orgasmo, e outros parâmetros, mas raramente aparece o parceiro que não tem merecido o devido destaque.

Van de Wiel et al. (1988), em pesquisa com 11 mulheres tratadas de câncer de colo uterino, encontrou estreita correlação negativa entre o tratamento e a sexualidade das pacientes, observando que o tratamento ampliou as dificuldades anteriormente existentes. Nessa publicação, os autores referem diminuição da motivação para a atividade sexual após a terapia e salientam o papel do parceiro em compreender esta situação.

Bukovic et al. (2003), comparando a atitude de parceiros de 210 mulheres tratadas de carcinoma de colo de útero observou que o comportamento deles permaneceu inalterado em 37,5% dos casos, melhorou em 43,7% e piorou em 18,7%.

O interesse sexual, definido como a vontade em ter relacionamento sexual, não mostrou diferença entre os nossos grupos estudados; 55,2% de mulheres do grupo de casos e 44,1% entre os controles afirmaram ter desejo às vezes ou nunca. Se levarmos em conta que o ciclo de resposta sexual se inicia com o desejo, estas altas porcentagens acima referidas refletindo desinteresse

sexual, provavelmente se associem a outros distúrbios tais como a lubrificação vaginal insuficiente, a dispareunia e a anorgasmia.

A umidade vaginal, essencial à penetração sem dor, é estreitamente relacionada ao desejo sexual. Quando a atitude foi analisada, pode-se ver que a grande maioria das mulheres tratadas de câncer discordou da afirmação que as que foram submetidas a tratamento não tinham vontade de ter relações sexuais. Conclui-se, então, que a dificuldade de lubrificação pode ser devida à colpíte actínica, associada à ablação radioterápica dos ovários após a irradiação, ou mesmo após a ablação cirúrgica dos mesmos. Além da queda dos estrogênios, conseqüente a castração cirúrgica e/ou radioterápica, ocorre também queda dos níveis de androgênios, extremamente vinculados ao interesse sexual. Nesta série, não foi possível demonstrar diferença entre os grupos, que relataram interesse sexual sempre ou quase sempre em 53,7% das mulheres tratadas de câncer e 67,6% das sem este antecedente.

A dor na relação sexual representa possivelmente a variável mais importante do estudo, sendo relatada por muitos pesquisadores como aquela de maior interesse. Por este motivo foi escolhida e utilizada para o cálculo do tamanho amostral deste trabalho.

O tratamento cirúrgico utilizado para tratar as neoplasias ginecológicas inclui a histerectomia total abdominal que em determinados casos acompanha-se da remoção do terço superior da vagina. De maneira geral, a cúpula vaginal cicatriza de forma adequada a um relacionamento sexual satisfatório, apesar da

fibrose tecidual quase sempre remanescente. Quando a cirurgia é complementada por tratamento radioterápico, os efeitos da radioterapia acrescentam-se à fibrose tecidual pós-cirúrgica, podendo levar à diminuição do comprimento funcional da vagina e estreitamento do canal vaginal por diminuição da sua elasticidade.

Segundo Bergmark et al. (1999), é difícil relacionar a dispareunia exclusivamente às alterações vaginais decorrentes do tratamento oncológico, seja ele cirúrgico e/ou radioterápico. O comprometimento dos nervos periféricos e da vascularização pélvica tanto quanto as deficiências hormonais, a fibrose pélvica e a insuficiente lubrificação vaginal que são conseqüentes ao tratamento, todos estes fatores juntos podem levar à dor ou desconforto na relação sexual.

A dispareunia é considerada por vários autores como a variável mais importante na avaliação da repercussão do tratamento oncológico na sexualidade das mulheres; nesta pesquisa o teste exato de Fisher não detectou diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos. Cinquenta e seis por cento das mulheres tratadas de câncer e 76% daquelas sem câncer referiram nunca ter dor às relações sexuais; de outro lado, 23,9% entre as primeiras e 11,7% das outras afirmaram ter dor sempre ou quase sempre. Tanto a dispareunia de penetração quanto a de profundidade, inquiridas separadamente, foram mais freqüentes no grupo de casos porém sem diferença estatística. Bergmark et al. (1999) encontraram referência à dispareunia em 16% das mulheres tratadas de câncer e 2% das sem câncer.

A sinusiorragia foi excepcionalmente referida pelas mulheres entrevistadas, porém tem sido muito relatada por diversos autores como Bergmark et al. (1999) que publicaram risco relativo de 20,6 de mulheres com câncer apresentarem este sintoma.

Nem o desejo sexual nem a lubrificação vaginal mostraram-se diferentes, tampouco a queixa de dor ou sangramento nas relações sexuais. Neste grupo de estudo, observou-se que 46,3% das mulheres seguidas por câncer referiram que a lubrificação vaginal é observada às vezes ou não ocorre e, no grupo controle, isto é percebido por 32,4% das mulheres. Bergmark et al. (1999) relataram lubrificação vaginal insuficiente em 26% dos casos e 11% dos controles.

De posse destes resultados, era de se esperar que não havendo alterações das fases anteriores do ciclo de resposta sexual feminina, a ocorrência de orgasmo também não apresentaria diferenças, fato que se confirmou na análise desta variável. Assim, 45,2% do grupo de casos e 58,8% dos controles relataram ter prazer sempre ou quase sempre. Outros autores também obtiveram os mesmos resultados (Bergmark et al., 1999) e tentam explicar este fato afirmando que se o clítoris está intacto, isto pode ser suficiente para as mulheres atingirem o orgasmo.

Em vista de todos os dados expostos anteriormente, esperava-se que a satisfação sexual fosse semelhante nos dois grupos. Esta hipótese confirmou-se com a análise que revelou uma porcentagem de insatisfeitas e pouco satisfeitas de 18,4% e 12,4% e de satisfeitas e muito satisfeitas de 37,7% e 52,3% para mulheres com e sem antecedente de câncer ginecológico, respectivamente.

Bukovic et al. (2003) entrevistou 210 pacientes antes e após o tratamento de câncer cervical; antes do tratamento (que corresponderia ao grupo controle) encontrou 84,3% de mulheres satisfeitas com sua vida sexual e 10% de insatisfeitas. Após o tratamento, 32,9% referiram que não houve qualquer alteração, 35,7% relataram piora e 4,7% melhora. Doze pacientes (5,7%) não tinham relações sexuais antes do tratamento; após, esse número subiu para 60 (28,6%). Os motivos alegados para a interrupção do relacionamento foram: medo de dor, dispareunia, impossibilidade de penetração e outros. Flay e Matthews, (1995) constataram aumento dos níveis de satisfação sexual após tratamento de um grupo de 16 mulheres com câncer cervical.

Por fim, como era de se esperar, as mulheres tratadas de câncer genital relataram alterações vaginais após o tratamento, sendo a *secura* e o estreitamento mais freqüentes que o encurtamento da vagina. Comparando os achados deste trabalho com o clássico de Bergmark et al. (1999) pode-se observar que em 36,9% das mulheres entrevistadas referiram vagina encurtada em relação a 26,0% daqueles autores. Esses autores comentam que o encurtamento vaginal se associou à dispareunia de penetração enquanto que a redução da elasticidade vaginal e da lubrificação se associou à de profundidade. Flay e Matthews, (1995) relatam em sua publicação a ocorrência de 43% de *secura*, 64% de encurtamento e 43% de estreitamento vaginal, 14 semanas após o término do tratamento. Estas alterações se associaram à diminuição do interesse e da freqüência sexual.

A hipótese inicial considerava que o conhecimento relacionado à sexualidade independesse do antecedente de câncer genital, mas que a atitude e a prática

sexual fossem influenciadas pelo diagnóstico e tratamento desta doença. As mulheres tratadas anteriormente de câncer ginecológico demonstraram maior conhecimento relativo ao câncer, provavelmente por informações e conhecimentos novos, adquiridos durante a fase de diagnóstico e tratamento, contudo em relação à sexualidade em geral, mostraram-se menos assertivas que os controles. Em relação à atitude e a prática, os dois grupos estudados mostraram-se bastante semelhantes, comportando-se como se recebessem influência maior do contexto sócio-cultural do que do diagnóstico e tratamento do câncer.

No acompanhamento às pacientes matriculadas no Ambulatório de Saúde da Mulher do Município de Jundiaí após tratamento de câncer ginecológico, as indagações relacionadas à sexualidade tornaram-se bastante freqüentes a partir do momento que a equipe profissional tomou consciência das possíveis alterações decorrentes do tratamento.

Para que uma mulher verbalize suas dúvidas, principalmente no que diz respeito a sua sexualidade, imagina-se, deverá mobilizar suas emoções e sentimentos, prescindindo de fortes motivações que lhe permita relatar pormenores de sua intimidade. O entrosamento da mulher e sua confiança na equipe que a assiste deve permitir e encorajar essa abertura, facilitando a compreensão dos mecanismos envolvidos e acolhendo não só o sujeito da ação como seus familiares e cuidadores. A sensibilização de toda equipe envolvida possibilita o tratamento não só da patologia, mas principalmente, do indivíduo afetado.

Profissionais que se dispõem a tratar patologias que podem interferir no desempenho sexual têm obrigação de esclarecer os pacientes sobre os tratamentos possíveis e suas conseqüências. Pode-se esperar melhora da qualidade de vida e do desempenho sexual quando este procedimento e preocupação são aplicados antes e após a instituição do tratamento.

Conhecer as características da população atendida facilita o entendimento de suas queixas e de suas indagações e necessidades, permitindo a elaboração de programas dirigidos especificamente a determinados grupos, levando-se em conta não só a sobrevida mas , principalmente, a qualidade de vida após tratamento.

6. Conclusões

1. A comparação entre dois grupos de mulheres, com e sem antecedente de câncer ginecológico, demonstrou não haver diferença entre o conhecimento, a atitude e sua prática sexual. O conhecimento mostrou-se moderado (em torno de 60% de acertos) e a atitude da maioria das mulheres, adequada. As diversas variáveis relacionadas à prática sexual também não apresentaram diferenças significativas.
2. As mulheres estudadas e seus controles, mostraram possuir boa representatividade do perfil sociodemográfico da mulher brasileira, ou seja, a maioria delas era da cor branca, tinha o primeiro grau completo, não exercia trabalho remunerado, predominando as de religião católica.
3. Aproximadamente, metade de cada grupo relatou vida sexual ativa e a frequência das relações sexuais foi semelhante nos dois grupos, tendo a maioria de uma a duas relações por semana.

4. Os temores relacionados ao controle e transmissão do câncer, relatados pelas mulheres, e as disfunções sexuais femininas foram os motivos relacionados à interrupção de relacionamentos sexuais durante o tratamento; quando a descontinuidade ocorreu após um período de atividade que se seguiu ao tratamento, as mulheres atribuíram aos parceiros a maior parcela de responsabilidade. Quanto às mulheres do grupo de controle, a falta de parceiro foi o motivo mais alegado, seguido pelas disfunções sexuais masculinas.

5. O tratamento do câncer ginecológico leva a alterações vaginais persistentes que podem interferir e comprometer a atividade sexual. A percepção de secura, encurtamento e estreitamento vaginal foi relatada por expressivo número de mulheres entrevistadas. A diminuição do interesse e da frequência sexual mostraram-se conseqüências dessas alterações.

7. Referências Bibliográficas

Abitbol MM, Davenport JH. Sexual dysfunction after therapy for cervical carcinoma. ***Am J Obstet Gynecol*** 1974;119:81-9.

Adelusi B. Coital function after radiotherapy for carcinoma of the cervix uteri. ***Br J Obstet Gynaecol*** 1980; 87:821-3.

Andersen BL, Elliot ML. Sexuality for women with cancer: Assesment, theory and treatment sexuality and disability. ***Sexual Disabil*** 1993;11:7-37.

Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. ***N Engl J Med*** 1999; 340:1383-9.

Bertensen K. Sexual dysfunction after treatment of cervical cancer. ***Dan Med Bull*** 1983; 30:31-4.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. *O problema do câncer no Brasil*. 4ª ed. Rio de Janeiro; 1997.

Bukovic D, Stirnic T, Habek M, Hojsak I, Silovski H, Krhen I. et al. Sexual life after cervical carcinoma. ***Coll Antropol*** 2003; 27:173-80.

DATASUS. Departamento de Informação e Informática do SUS.
Tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm

Decker WH, Schwartzman E. Sexual function following treatment for carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1962; 83:401-5.

Declaração de Helsinque III: Sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. (online) Edimburgo, Escócia, 2000 (citada em 7 de outubro de 2000).
Avaliável na Internet: <http://www.ibemol.com.br/declarações/helsinque>

Flay LD, Matthews JHL. The effects of radiotherapy and surgery on the sexual function of women treated for cervical cancer. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1995; 31:399-404.

Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York, John Wiley and Sons, 1981. 321p.

Hartman P, Diddle AW. Vaginal stenosis following radiation therapy for carcinoma of the cervix uteri. *Cancer* 1972; 30:426-9.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE/DPE/DEPIS
“Projeção da população das Grandes Regiões por sexo e idade 1991 – 2002”.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Composição etária relativa (%) nos censos demográficos brasileiros de 1940 a 1991 (1996).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociais: uma análise da década de 1980*. Rio de Janeiro: IBGE, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
www.ibge.gov.br/home/estatística/população/estimativa2004/metodologia.pdf

INCA. Instituto Nacional do Câncer. 1997. www.inca.gov.br. Determinantes sociais do câncer. Disponível: 2005

INCA. Instituto Nacional do Câncer. 2005. www.inca.gov.br. Vigilância do câncer e de fatores de risco. Disponível: 2005.

Juraskova I, Buttow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology* 2003; 12:267- 79.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. **Sexual behavior in the human female**. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1953. p. 348-354.

Krumm S, Lamberti J. Changes in sexual behavior following radiation therapy for cervical cancer. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14:51-63.

Masters WH, Johnson VE. **Human sexual response**. Boston: Little Brown & Company; 1966. p. 239-249.

Mickal A, Torres JE, Schlosser JV. Complications of therapy for carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 112:556-61.

Morales Carmona F, Pimentel Neto D, Aranda Flores C. Sexualidad em pacientes com câncer ginecológico. *Perinatol Reprod Hum* 1998; 12:170-80.

Newman G, Nichols CR. Sexual activities and attitudes in older persons. *JAMA* 1960; 173: 33-8.

Paavonen J. Sexual dysfunction associated with treatment of cervical cancer. *Sex Trans Infect* 1999; 75:375-6.

Pfeiffer E, Verwoerd A, Wang HS. Sexual behavior in aged men and women. I. Observations on 254 community volunteers. *Arch Gen Psychiat* 1968; 19:753-8.

Pitkin RM, Bradbury JT. The effects of topical estrogen on irradiated vaginal epithelium. **Am J Obstet Gynecol** 1965; 92:175-82.

Robinson JW, Faris PD, Scott CB. Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. **Int J Radiation Oncology Biol Phys** 1999; 44:497-506.

Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. **Cancer** 1989; 63:204-12.

Seibel M, Freeman MG, Graves WL. Sexual function after surgical and radiation therapy for cervical carcinoma. **South Med J** 1982; 75:1195-7.

Sherman CD. Aspectos Psicossociais do Câncer. In: Hossfeld DF, Sherman CD, Love RR, Bosch FX. **Manual de oncologia clínica**. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, 1993. p.162-9.

Vasicka A, Popovich NR, Brausch CC. Postradiation course of patients with cervical carcinoma. **Obstet Gynecol** 1958; 11:403-14.

Van de Miel HBM, Weijmar Schultz WCM, Hallensleben A, Thurok FG, Bouma J. Sexual functioning following treatment of cervical carcinoma. **Eur J Gynaec Oncol** 1988; 9:275-81.

WHO. World Health Organization –
www.who.int/violence=injury_prevention/vaw/infopack.htm

Yeo BK, Perera I. Sexuality of women with carcinoma of the cervix. **Ann Acad Med Singapore** 1995;24:676-678.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 – Questionário

QUESTIONÁRIO Nº ___/___/___

Questionário a ser preenchido pelo entrevistador por ocasião das entrevistas.

Seção 1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Instrução: Entrevistadora diga: “Gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua vida em geral”.

1.1. Qual a data do seu nascimento? ___/___/___/___/___/___/___/___
[] não se lembra

1.2. Quantos anos fez em seu último aniversário? _____ anos

1.3. Foi à escola?
[1] sim [0] não

1.4. Qual a última série que completou na escola?
_____ série do _____

[] não sabe/não se lembra

1 – 1ª série ensino fundamental
2 – 1º grau incompleto
3 – 1º grau completo
4 – 2º grau incompleto
5 – 2º grau completo
6 – superior incompleto
7 – superior completo

- 1.5. Qual é a sua religião?
[1] católica romana
[2] protestante tradicional (presbiteriana, batista, metodista)
[3] espírita kardecista
[4] umbanda / candomblé
[5] religiões orientais
[6] evangélica (crente, assembléia, congregação, universal).
[7] judaica / israelita
[8] outra. Qual? _____
[0] nenhum
- 1.6. Desde quando a Sra. Segue essa religião?
[1] desde que nasci
[2] há menos de 1 ano
[3] há mais de 1 ano até 5 anos
[4] há mais de 5 anos
- 1.7. Com que freqüência a Sra. Vai a(o)?(igreja, culto, terreiro)
[1] pelo menos uma vez por semana
[2] duas vezes por mês
[3] uma vez por mês
[4] esporadicamente
[5] não freqüenta
[6] não sabe/não lembra
- 1.8. Atualmente a Sra. É solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada ou viúva?
[1] solteira
[2] casada
[3] amasiada/vive junto
[4] separada/divorciada
[5] viúva
- 1.9. A Sra. Trabalha?
[1] sim [0] não
- 1.10. Esse trabalho é em casa ou fora de casa?
[1] em casa [2] fora de casa
- 1.11. A Sra. Recebe por esse trabalho?
[1] sim [0] não
- 1.12. Qual é a sua cor de pele?
[1] branca [2] preta/negra [3] amarela [4] parda

1.13. Quantas vezes a Sra. Já ficou grávida? !__!__! [0] nenhuma

1.14. Quantos anos a Sra. Tinha quando deu a luz o seu primeiro filho? /__/_/

1.15. A Sra. Faz algum tratamento clínico, isto é, a Sra. Toma algum remédio?
[1] sim [0] não

1.16. Qual o nome do remédio que a Sra. Toma?

Textual.....
.....

1.17. A Sra. Já precisou fazer alguma cirurgia?

[0] não [1] sim

Porquê?.....

1 – câncer de colo de útero 2 – câncer de endométrio 3 – câncer de ovário

1.18. Do que a Sra. Já foi operada?

[1] retirada do útero

[2] retirada do útero e dos ovários

[3] peritoneoplastia (correção de cistocele e/ou retocele)

[4] cirurgia no colo do útero (conização/amputação)

[5] Wertheim-Meigs

[6] outras

Quais:.....

1.19. Quanto tempo faz que a Sra. Foi operada?

.....
.....

1.20. A Sra. Já fez radioterapia?

[0] não [1] sim

1.21. Há quanto tempo a Sra. Acabou esse tratamento?

.....

Instrução: Agora eu vou fazer algumas perguntas para saber a opinião da senhora sobre alguns assuntos

Seção 2: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO

Instrução: Entrevistadora diga: “Eu vou ler algumas frases para a senhora e gostaria que me dissesse se cada uma delas é falsa ou verdadeira”:

	falsa	verdadeira	não sei
a. O câncer ginecológico tem cura	0	1	0
b. A mulher que tem câncer ginecológico pode continuar tendo relações sexuais.	0	1	0
c. Os parceiros podem “pegar” câncer da mulher na relação sexual.	1	0	0
d. Relação sexual é só pênis na vagina.	1	0	0
e. A masturbação faz mal à saúde.	1	0	0
f. Com o passar da idade, o desejo sexual da mulher diminui.	1	2	0
g. Manter relações sexuais altera o tratamento do câncer ginecológico.	1	0	0
h. A mulher que tratou de câncer ginecológico não engravida mais.	0	1	0
i. Mesmo com idade mais avançada, as pessoas podem continuar mantendo relações sexuais.	0	1	0
j. O tratamento do câncer ginecológico altera o relacionamento sexual.	2	1	0

Seção 3: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA

3.1. Com que idade a Sra. Teve sua primeira relação sexual?
!__!__! Anos [0] nunca teve (passe para a seção 4.5.)

3.2. Com quantos homens a Sra. Já teve relações sexuais? !__!__!

3.3. Atualmente a Sra. Tem relações sexuais?
[1] sim [2] não – passe a 3.9.

3.4. Atualmente, com que freqüência a Sra. Tem relações sexuais? _____

3.5. A Sra. Gosta de ter relações sexuais?
[3] sempre
[2] na maioria das vezes
[1] às vezes
[0] nunca

3.6. Quem inicia mais freqüentemente a relação sexual?
[1] você mesma
[2] seu marido/companheiro
[3] os dois iniciam na mesma proporção
[4] não sabe – passe a 3.8.

IDADE DO PARCEIRO ATUAL:

TEMPO DO RELACIONAMENTO ATUAL:

3.7. Qual é a posição mais freqüentemente utilizada durante a relação sexual?
[1] papai-mamãe (homem por cima da mulher)
[2] mulher por cima do homem (coqueirinho)
[3] homem por trás (cata-cavaco)
[4] lado a lado
[5] não sabe

3.8. A Sra. Pratica as seguintes formas de relação sexual?

[1] sexo oral – você nele	[1] sim	[0] não
[2] sexo oral – ele em você	[1] sim	[0] não
[3] sexo anal	[1] sim	[0] não
[4] masturbação mútua	[1] sim	[0] não
[5] masturbação dele em você	[1] sim	[0] não
[6] masturbação você nele	[1] sim	[0] não
[7] masturbação sozinha	[1] sim	[0] não

3.9. Há quanto tempo não tem relações sexuais?

- [1] já não tinha relações sexuais antes do tratamento
- [2] deixou de ter durante o tratamento
- [3] não teve mais após o tratamento
- [4] há.....

3.10. Por que a Sra. Não está tendo relações sexuais?

- [1] não tem parceiro [1] sim [0] não
- [2] o parceiro é doente ou fez cirurgia recentemente [1] sim [0] não
- [3] impotência do parceiro [1] sim [0] não
- [4] parceiro não procura mais [1] sim [0] não
- [5] por que tem medo de passar câncer para ele [1] sim [0] não
- [6] por que sente dor durante a relação sexual [1] sim [0] não
- [7] não sente desejo de ter relações sexuais [1] sim [0] não
- [8] o casal não se dá bem [1] sim [0] não
- [9] por que tem medo de engravidar [1] sim [0] não
- [10] ele tem medo de pegar câncer [1] sim [0] não
- [11] outro. Qual? _____

(passe para a seção 4).

3.11. A Sra. Notou alguma mudança em sua vida sexual após o tratamento do câncer?

- [1] sim [0] não – passe a 3.20.

3.12. Que mudanças a Sra. Sentiu?

- [1] diminuição no interesse sexual [1] sim [0] não
- [2] aumento do interesse sexual [1] sim [0] não
- [3] diminuição do número de relações sexuais [1] sim [0] não
- [4] aumento do número de relações sexuais [1] sim [0] não
- [5] secreta vaginal [1] sim [0] não
- [6] estreitamento da vagina [1] sim [0] não
- [7] encurtamento da vagina [1] sim [0] não

3.13. A Sra. Mudou a sua prática sexual durante ou após o tratamento do câncer ginecológico?

- [1] sim [0] não

3.14. A Sra. Já conversou com um médico a respeito dessas alterações?

- [1] sim – passe a 3.16.
- [2] não

3.15. Por que a Sra. Não procurou ajuda?

- [1] teve vergonha [1] sim [0] não
- [2] achou que o médico não ia dar atenção [1] sim [0] não
- [3] achou que era uma coisa que não requeria tratamento/era normal. [1] sim [0] não
- [4] achou que não tinha tratamento para isso. [1] sim [0] não
- [5] achou que com o tempo tudo voltaria ao normal [1] sim [0] não
- [6] outro motivo. Qual _____ (passe a 3.20.)

3.16. O médico lhe deu orientação e informações suficientes a esse respeito?

- [1] sim [0] não

4.5. Eu vou ler algumas outras frases e gostaria que a senhora me dissesse se concorda ou discorda com cada uma delas.

	Concordo	discordo	não sei
a. O profissional de saúde é a melhor fonte de informações a respeito da vida sexual da mulher.	1	0	0
b. Os médicos podem orientar tratamentos para ajudar em relação aos sintomas sexuais.	1	0	0
c. Quando meu marido/companheiro quer ter relações sexuais, eu tenho obrigação de satisfazê-lo.	0	1	0
d. Quando eu quero ter relações sexuais eu posso dizer isso ao meu marido/companheiro que ele aceita sem problemas	1	0	0
e. Nosso relacionamento, com o passar do tempo, tem ficado cada vez melhor.	1	0	0
f. O relacionamento com meu marido/companheiro é de igual para igual.	1	0	0
g. É importante beijar e abraçar o parceiro	1	0	0
h. Masturbação é pecado	0	1	0
i. A retirada do útero faz com que a mulher deixe de ser mulher.	0	1	0
j. A mulher com câncer não tem vontade de ter relações sexuais.	2	1	0
k. Se uma mulher não vai engravidar mais, ela não precisa mais ter relações sexuais.	0	1	0
l. É importante fazer consultas ginecológicas, periodicamente.	1	0	0
m. É importante ler, assistir e discutir assuntos relacionados à saúde da mulher.	1	0	0
n. As revistas, jornais e livros dão informações suficientes a respeito da saúde da mulher.	0	1	0
o. A televisão e o rádio são os melhores meios de informar as mulheres sobre sua saúde.	0	1	0
p. Quando tenho dúvidas, acho melhor discutir meus problemas de saúde com amigos, parentes ou conhecidos.	0	1	0

4.6. Como a Sra. Se sente com respeito ao seu relacionamento sexual com o seu marido/companheiro?

- [4] muito satisfeita
- [3] satisfeita
- [2] pouco satisfeita
- [1] insatisfeita
- [0] não se aplica

4.7. Como a Sra. Se sente em relação ao modo como seu marido/companheiro a trata?

- [4] muito satisfeita
- [3] satisfeita
- [2] pouco satisfeita
- [1] insatisfeita
- [0] não se aplica

9.2. Anexo 2 – Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa com Seres Humanos (casos)

1. Nome do projeto: **Conhecimento, atitude e prática sobre alguns aspectos da sexualidade da mulher tratada de câncer genital.**

2. Pesquisador responsável: **Milzen Jessel Lavander Giatti**

3. Nome:.....

Idade:.....RG:..... Registro:.....

Endereço:.....

.....

.....

4. Eu, _____, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa cujo objetivo é estudar alguns aspectos da sexualidade das mulheres tratadas de câncer ginecológico e avaliar as eventuais alterações decorrentes deste tratamento e suas repercussões sobre a sua qualidade de vida. Sei que minha participação consiste em responder um questionário que consta de perguntas dirigidas sobre sexualidade humana, podendo acarretar certo constrangimento. Fui também informada que outras 125 mulheres serão convidadas a participar deste trabalho, respondendo o mesmo questionário, em entrevista realizada numa sala do Ambulatório de Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de Jundiaí, mantendo minha privacidade. A finalidade deste estudo é orientar uma abordagem mais completa e dinâmica das pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico. Estou ciente de que caso desista de participar, não haverá prejuízo do meu atendimento neste ambulatório,

podendo retirar este consentimento a qualquer momento. Sei que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo pelo pesquisador e nos casos em que surgirem dúvidas a respeito do diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico e das repercussões sobre a sexualidade, sendo possível, serão esclarecidas. Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Dra. Milzen J. L. Giatti no Ambulatório de Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de Jundiaí, localizado na Praça das Rosas S/N, Centro, tel (011)4521-2454, ou entrar em contato com o Comitê de Ética Médica pelo telefone: (019) 3788-8936.

Jundiaí,de.....de.....

Pesquisador:.....

Participante:.....

9.3. Anexo 3 – Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa com Seres Humanos (controles)

1. Nome do projeto: **Conhecimento, atitude e prática sobre alguns aspectos da sexualidade da mulher tratada de câncer genital.**

2. Pesquisador responsável: **Milzen Jessel Lavander Giatti**

3. Nome:.....

Idade:.....RG:..... Registro:.....

Endereço:.....

.....

.....

5. Eu, _____,

abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa cujo objetivo é estudar alguns aspectos da sexualidade das mulheres e suas repercussões sobre a sua qualidade de vida. Sei que minha participação consiste em responder um questionário que consta de perguntas dirigidas sobre sexualidade humana, podendo acarretar certo constrangimento. Fui também informada que outras 125 mulheres serão convidadas a participar deste trabalho, respondendo o mesmo questionário, sendo minha privacidade preservada. Sei que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo pelo pesquisador. Estou ciente de que caso desista de participar, poderei retirar este consentimento a qualquer momento. Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Dra. Milzen J. L. Giatti no Ambulatório de Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de Jundiaí, localizado na Praça das Rosas S/N, Centro, tel (011)4521-2454, ou entrar em contato com o Comitê de Ética Médica pelo telefone: (019) 3788-8936.

Jundiaí,de.....de.....

Pesquisador:.....

Participante:.....

9.4. Anexo 4

TABELA 27

INDICADOR DE CONHECIMENTO (0 a 100) – calculado pela média aritmética do número de acertos (número de acertos dividido por oito x 100)

Score	Casos		Controles	
	n = 130	%	n = 130	%
12,5	1	0,8	2	1,5
25	5	3,8	7	5,4
37,5	11	8,5	12	9,2
50	22	16,9	33	25,4
62,5	38	29,2	35	26,9
75	30	23,1	22	16,9
87,5	18	13,8	13	10,0
100	5	3,8	6	4,6

9.5. Anexo 5

TABELA 28

INDICADOR DE ATITUDE (0 a 100) – calculado pela média aritmética do número de acertos (número de acertos dividido por 15 x 100)

Score	Casos		Controles	
	n = 130	%	n = 130	%
26,6	2	1,5	1	0,8
33,3	2	1,5	0	0,0
40,0	4	3,1	3	2,3
46,6	6	4,6	5	3,8
53,3	18	13,8	17	13,1
60,0	16	12,3	16	12,3
66,6	25	19,2	24	18,5
73,3	20	15,4	18	13,8
80,0	17	13,1	7	5,4
86,6	10	7,7	18	13,8
93,3	7	5,4	11	8,5
100,0	3	2,3	10	7,7

OBS: todas as pacientes acertaram no mínimo quatro questões

9.6. Anexo 6

TABELA 3
Distribuição das mulheres com e sem antecedente de câncer segundo cirurgias realizadas

Cirurgia	Com câncer n = 98	Sem câncer n = 17
Sem cirurgia	32	113
Histerectomia total abdominal	0	8
Histerectomia total abdominal + anexectomia bilateral	61	9
Histerectomia radical + linfadenectomia pélvica	36	0
Ooforectomia unilateral	1	0

TABELA 13
Número de casos de acordo com o intervalo entre o fim do tratamento e a interrupção do relacionamento sexual

Intervalo	n
< 1 ano	2
1 – 2 anos	3
3 – 5 anos	9
6 – 10 anos	4
> 10 anos	3