



**ANA FILIPA
CATARINO
AIRES**

**FUNCIONAMENTO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA
EM SOBREVIVENTES DE CANCRO GINECOLÓGICO
E DA MAMA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sara Otilia Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e co-orientação da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Prof. Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos
professora auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Sara Otilia Marques Monteiro
professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Paula Alexandra De Andrade Batista Nelas
professora adjunta do Instituto Politécnico de Viseu

agradecimentos

À Administração do IPOCFG, E.P.E., respectivo Departamento de Formação, Comissão de Ética e Direcção do Serviço de Ginecologia, por atenderem à importância deste estudo e o autorizarem;

À Dra. Elizabeth Castelo-Branco, Médica Ginecologista do IPOCFG, E.P.E., pela colaboração e esforço dedicado a este projecto, bem como à Enfª Paula Tomé, por toda a ajuda prestada durante a fase de recolha dos dados;

À Professora Doutora Sara Monteiro, pela sua orientação, disponibilidade, e importantes contributos para a consolidação deste trabalho;

À Professora Doutora Anabela Pereira, pela co-orientação e por impulsionar esta investigação;

À minha Família; Pais, por tudo o que me têm permitido e pelo apoio ao longo destes largos meses; Joana e Sara, por estarem sempre lá;

E, muito especialmente, a todas as mulheres que acederam a participar neste estudo, partilhando as suas experiências e vivências sobre uma parte tão íntima de si mesmas.

palavras-chave

funcionamento sexual feminino, qualidade de vida, cancro ginecológico, cancro da mama.

resumo

Com o aumento do número de sobreviventes de cancro a longo-termo, a qualidade de vida (QdV) torna-se uma questão de relevo para esta população. As evidências têm demonstrado que esta doença, bem como o seu tratamento, deixam sequelas a curto e longo-prazo. Especificamente em sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, tem sido observado, de forma consistente, um comprometimento da função sexual. O presente trabalho propõe-se a avaliar a associação entre o funcionamento sexual e a QdV nestas sobreviventes. A amostra é constituída por 42 mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos ($M = 48,14$; $DP = 10,78$), seguidas no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Foram utilizados os seguintes instrumentos: a versão portuguesa do *Female Sexual Function Index* (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009; Rosen et al., 2000), para avaliar o funcionamento sexual, e a versão portuguesa do EORTC *Quality of Life Questionnaire Core-30* (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008; Aaronson et al., 1993), para avaliar a qualidade de vida. Os resultados permitem concluir que a sexualidade está relacionada com a QdV nas sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, apesar de não ter sido possível confirmar uma relação de predição. Foi ainda verificado o comprometimento da função sexual em 66,6% das participantes. Estes resultados sublinham a importância de formar e sensibilizar os profissionais de saúde, no sentido de detectar sinais precoces de dificuldades no campo da sexualidade e desenvolver programas de intervenção que possibilitem responder de forma mais eficaz às necessidades específicas destas sobreviventes; bem como a necessidade de se despertar o interesse da comunidade científica para este tema tão sensível, de forma a impulsionar mais investigações que contribuam para o conhecimento nesta área.

keywords

female sexual function, quality of life, gynaecological cancer, breast cancer.

abstract

With the increasing number of long-term cancer survivors, quality of life (QoL) becomes a critical issue for this population. Evidence shows that this disease and its treatment can cause short and long-term sequelae. It has been consistently observed an impairment in sexual function, particularly in gynecological and breast cancer survivors. The present study aims to analyze the association between sexual function and QoL in a sample of these survivors. A total of 42 women aged 30-83 years ($M = 48,14$; $DP = 10,78$), followed at the Francisco Gentil Portuguese Institute of Oncology of Coimbra completed questionnaires which assessed: quality of life (EORTC *Quality of Life Questionnaire Core-30*; Aaronson et al., 1993) and sexual function (*Female Sexual Function Index*; Rosen et al., 2000).

The results suggest that sexuality is related to QoL in gynecologic and breast cancer survivors, although directionality could not be established. The impairment of sexual function in 66.6% of participants was further verified. These results emphasize the importance of training health professionals on early detection of sexual difficulties, in order to develop intervention programs to respond more effectively to the specific demands of these survivors, as well as the need to arouse the interest of the scientific community regarding this sensitive issue, to spur more investigations that contribute to knowledge on this subject.

Índice Geral

Índice de Tabelas

Índice de Anexos

Lista de Siglas e Abreviações

1. Introdução	1
2. Método	6
Participantes	6
Instrumentos	7
Procedimento	10
3. Resultados	11
Caracterização da amostra em relação ao funcionamento sexual e qualidade de vida	11
Relação entre as variáveis sociodemográficas e o funcionamento sexual e a qualidade de vida	11
Relação entre o funcionamento sexual e a qualidade de vida	14
4. Discussão	16
Referências Bibliográficas	22

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra	7
Tabela 2 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o FSFI	12
Tabela 3 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o QLQ-C30 [1]	12
Tabela 4 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o QLQ-C30 [2]	13
Tabela 5 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o QLQ-BR23	13
Tabela 6 – Correlação entre o FSFI e o QLQ-C30	14
Tabela 7 – Correlação entre o FSFI e o QLQ-BR23	15

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Questionário

Anexo C – *Output* da análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas

Anexo D – *Output* da análise descritiva e estatística de diferenças entre grupos de diagnóstico relativamente às dimensões do FSFI e subescalas do QLQ-C30

Anexo E – *Output* da análise estatística das correlações entre as variáveis Idade e Escolaridade e as dimensões do FSFI e subescalas do QLQ-C30, BR23, OV28 e CX24

Anexo F – *Output* da análise estatística das correlações entre as dimensões do FSFI e subescalas do QLQ-C30, BR23, OV28 e CX24

Lista de Siglas e Abreviações

APA – *American Psychiatric Association*

EORTC – *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

FSFI – *Female Sexual Function Index*

IPOCFG – Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

QdV – Qualidade de vida

QLQ-C30 – *Quality of Life Questionnaire - Core 30*

QLQ-BR23 – *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer Module 23*

QLQ-CX24 – *Quality of Life Questionnaire - Cervix Cancer Module 24*

QLQ-EN24 – *Quality of Life Questionnaire - Endometrial Cancer Module 24*

QLQ-OV28 – *Quality of Life Questionnaire - Ovarian Cancer Module 28*

RORENO – Registo Oncológico Regional do Norte

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

1. Introdução

De acordo com os dados da Sociedade Americana de Cancro, foi previsto que até ao final de 2013 surgiriam mais de 91 mil novos casos de cancro ginecológico, apenas nos Estados Unidos da América - o que traduz uma incidência de 11% entre todos os casos de cancro (Nachreiner, Shanley & Ghebre, 2013). Outras estatísticas globais estimam uma incidência de 17% de cancro ginecológico em todo o mundo (Jemal et al., 2011), sendo este o segundo mais prevalente na maioria dos países, segundo o GLOBOCAN 2008, e o mais prevalente na África Sub-Sariana e no Sul da Ásia (Bray, Ren, Masuyer & Ferlay, 2013). Cancros designados por ginecológicos referem-se a tumores no colo do útero, endométrio, ovários e vulva. No que se refere ao cancro da mama, este, com mais de 5 milhões de casos em todo o mundo, é o mais prevalente em 145 dos 184 países analisados pelo GLOBOCAN 2008 (Bray et al., 2013), estimando-se ainda que uma em cada onze mulheres na Europa venha a ser diagnosticada com este tipo de cancro (Mols, Vigerhoets, Coebergh, & Van de Poll-Franse, 2005). Em Portugal, os tumores da mama, útero, colo do útero e corpo do útero estão incluídos nos 10 mais frequentes segundo a Direcção-Geral de Saúde (2013) e o Registo Oncológico Nacional de 2007 aponta para uma frequência de 29,9% de cancro de mama – sendo o mais frequente – e 4,6% de corpo do útero e 3,8% de colo do útero (RORENO, 2013).

Devido aos avanços da medicina - que têm permitido um aperfeiçoamento das formas de diagnóstico precoce, cirurgia e terapêutica adjuvante - a sobrevivência a longo-termo e a cura estão a tornar-se possíveis, pelo que o número de sobreviventes de cancro tende a aumentar (Kondapalli et al., 2014; Nachreiner et al., 2013). No entanto, apesar da evolução e sucesso dos tratamentos, e independentemente da idade de início ou da localização do cancro, alguns estudos (Carter, Stabile, Gunn, & Sonoda, 2013; Zeltzer et al., 2009) têm demonstrado que esta doença, bem como o seu tratamento, podem deixar sequelas a curto e longo-prazo que diminuem a qualidade de vida (QdV). Estas consequências podem ser físicas e/ou psicológicas e podem incluir medo de recorrência, vulnerabilidade percebida, fadiga, dificuldades ao nível sexual e sentimentos de ira e de desamparo (Baker, Denniston, Smith, & West, 2005).

A QdV é um conceito multidimensional que se relaciona com a saúde física e mental e com a esfera intra e interpessoal. É descrita pela WHO como um balanço que o

indivíduo faz “da sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores em que se insere, e na relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações pessoais” (WHO, 1997, p. 1). No caso específico do cancro ginecológico e da mama, as sobreviventes reportam um baixo nível de QdV física e sexual, um comprometimento da saúde mental e do humor e um maior *distress* emocional, quando comparadas com mulheres saudáveis (Costanzo, Ryff, & Singer, 2009; Gould, Brown, & Bramwell, 2010; Laubmeier, Zakowski, & Bair, 2004).

Tem sido ainda observado por alguns investigadores o efeito de variáveis demográficas como a idade e a escolaridade sobre a sexualidade. Speer et al. (2005) observaram que as mulheres que entraram na menopausa antes do cancro – e portanto, mais velhas – têm maior probabilidade de apresentar mais efeitos secundários e problemas ao nível sexual após o tratamento. Abdo, Oliveira, Moreira, e Fittipaldi (2004) encontraram uma correlação entre o aumento da idade e a disfunção sexual e Addis et al. (2006) reportaram um decréscimo da actividade sexual a par do aumento da idade. Pechorro (2006) observou ainda uma tendência na literatura para um pior funcionamento sexual em função do aumento da idade. Existem, no entanto, algumas excepções, como os trabalhos de Andersen e Golden-Kreutz (2000, citados por Patrão, 2005), Anllo (2000) e Bergmark, Åvall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn, e Steineck (1999), em que se verificou que as modificações anatómicas e efeitos secundários do tratamento podem ser pior experienciados pelas mulheres mais jovens e, desta forma, existir um maior comprometimento da sexualidade. Em relação à escolaridade, os resultados não são consensuais. Alguns autores (Abdo et al., 2004; Laumann, Paik, & Rosen, 1999) denotaram níveis de disfunção sexual associada à baixa escolaridade, enquanto outros (Addis et al., 2006) verificaram que uma escolaridade elevada, apesar de estar correlacionada com maior actividade sexual, também está correlacionada com um aumento da disfunção sexual – os autores sugerem que a presença de diferentes stressores na vida das mulheres com níveis de educação diferenciados, bem como diferentes prioridades e expectativas quanto à sexualidade, podem estar na origem destes resultados.

Também o tipo de tratamento pode afectar o funcionamento sexual e a intimidade – aspectos que influenciam fortemente a QdV (Flynn et al., 2011; Likes, Stegbauer, Tillmanns, & Pruett, 2007), pelo que este impacto está a tornar-se uma questão de relevo para esta população (Ratner, Foran, Schwartz, & Minkin, 2010). A

radioterapia, a quimioterapia, a hormonoterapia, e a cirurgia - modalidades de tratamento comumente utilizadas no cancro ginecológico e da mama - acarretam efeitos adversos com impacto significativo não só no conforto físico (i.e., diarreia, sangramento vaginal e retal, incontinência urinária, disúria, hematúria, etc.), mas muito especificamente no funcionamento sexual, na função reprodutiva e na imagem corporal (Anllo, 2000; Baser et al., 2012; Carter et al., 2013; Ganz et al., 2002; Jensen et al., 2003; Leake, Gurrin, & Hammond, 2001; Speer et al., 2005). Desta forma, pela sua pertinência, a investigação na área do cancro ginecológico e da mama tem vindo a incidir nas alterações à sexualidade da mulher. Ao longo dos últimos 20 anos, foram documentadas várias modificações anatómicas e funcionais em mulheres com história de cancro ginecológico e da mama, sendo estimado que mais de 90% apresentem complicações ao nível sexual (Carter et al., 2013; Speer et al., 2005).

As queixas mais comuns entre as mulheres diagnosticadas com cancro ginecológico são dispareunia – dor durante ou após o acto sexual; vaginismo – contracção vaginal involuntária que dificulta ou impede a penetração; diminuição do comprimento e elasticidade da vagina – entre 4 a 100% dos casos (Bergmark et al., 1999); dificuldade na lubrificação vaginal – em 30 a 63% dos casos (Donovan et al., 2007); sangramento vaginal; e redução ou extinção do desejo sexual, do prazer, do orgasmo, da sensibilidade genital e da frequência das relações sexuais (Bergmark et al., 1999; Carter et al., 2005; Cella & Fallowfield, 2008; Donovan et al., 2007; Gilbert, Ussher, & Perz, 2011; Jensen et al., 2003; Patrão, 2005; Ratner et al., 2010). Sem esquecer ainda os casos em que a mulher é submetida a vulvectomy, que pode levar a um desfiguramento radical, com um elevado prejuízo da resposta sexual ou possibilidade de penetração (Patrão, 2005).

Também no caso do cancro da mama, os estudos têm demonstrado que as dificuldades mais comuns são dispareunia, diminuição do desejo sexual, da excitação e lubrificação, falta de sensibilidade genital e na mama, e inibição do orgasmo (Dizon, 2009; Gilbert, Ussher, & Perz, 2010; Speer et al., 2005). Tem sido ainda referido que os tratamentos, nomeadamente a quimioterapia e hormonoterapia, causam mudanças metabólicas e hormonais, que incluem o aumento de peso e a menopausa precoce (Biglia et al., 2010; Caan et al., 2008; Rinaldi et al., 2006). A menopausa quimicamente induzida está fortemente relacionada com as perdas ao nível do funcionamento sexual (Biglia et al., 2010; Gilbert et al., 2010). Também a mastectomia, simples ou total, está

associada à insatisfação com a imagem corporal (White, 2000) e falta de sensibilidade (Wilmoth, 2001).

Os estudos têm demonstrado que, após um tumor ginecológico ou da mama, a perturbação da sexualidade é comum nas mulheres (Gilbert et al., 2010, 2011). Dificuldades que permanecem com o decorrer do tempo (i.e., de carácter não transitório) são classificadas como disfunções sexuais, caracterizadas pelo DSM-IV (APA, 2002) como dificuldades associadas à dor resultante da relação sexual ou perturbações no ciclo de resposta sexual – constituído por 4 fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (Kaplan, 1979, Masters & Johnson, 1996, citados por Pechorro, 2006; Patrão, 2005); bastando existir dificuldade no primeiro nível de resposta para o restante ciclo estar comprometido (Patrão, 2005). Estima-se que 30 a 90% das mulheres que recebem tratamento para o cancro ginecológico apresentam disfunção sexual crónica (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd, & Feuerstein, 2010; Lindau, Gavrilova, & Anderson, 2007; Silva & Sousa, 2011), até cerca de 27 anos após o diagnóstico (Lindau et al., 2007). No caso do cancro da mama, Biglia et al. (2010) observaram que, seis meses após o tratamento e um ano após a cirurgia, 50% das mulheres ainda apresentava um funcionamento sexual abaixo do nível da normalidade.

É importante ter em consideração que a disfunção sexual como consequência de um cancro “difere qualitativa e quantitativamente daquela experienciada por mulheres saudáveis” (Baser, Li, & Carter, 2012, p. 4606). O prejuízo da sexualidade, como consequência de um cancro ginecológico ou da mama, é causado não apenas pelas alterações anatómicas, ou pelo desempenho e resposta sexual, mas também pelas mudanças que ocorrem a um nível intra-psíquico e que estão relacionadas com a alteração dos esquemas sexuais da mulher, da sua identidade e imagem corporal (Gilbert et al., 2010, 2011). Qualquer tipo de cancro terá impacto na sexualidade e intimidade do doente, contudo, os tumores ginecológicos e da mama afectam órgãos directamente relacionados com o ser sexual da mulher (Ratner et al., 2010), com um grande valor emocional, representando feminilidade, fertilidade, sexualidade, e estabilidade conjugal e familiar (Silva & Sousa, 2011). A dimensão da cirurgia, as cicatrizes, e os sintomas de menopausa, são mudanças que relembram as perdas e desafiam de forma contínua a identidade da mulher, os seus valores básicos, crenças e objectivos (Carter et al., 2013; Cordova et al., 2007; Silva, Crespo, & Canavarro, 2012).

A fase da vida em que o cancro surge também determina o impacto na sexualidade. Nas crianças e adolescentes, o impacto é ao nível do desenvolvimento psicossocial, sendo que nos adultos o cancro tem impacto no funcionamento psicossocial (Patrão, 2005). Este - tal como outros efeitos secundários de manifestação tardia - pode ser transitório ou permanente e irreversível (Patrão, 2005; Vaz et al., 2011). O estágio da sexualidade em que o adulto se situa é caracterizado pela partilha, a intimidade e os projectos comuns (e.g., ter filhos), além da própria sexualidade constituir “os recursos psicossociais que cada um tem para manter uma relação de intimidade” (Patrão, 2005, p. 290). Existe um contínuo processo de mudança, modelado por aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Certas mudanças são cíclicas e previsíveis (e.g., ciclo menstrual), contudo, quando o cancro surge, a mudança é súbita e podem existir perdas ao nível do funcionamento psicossocial (Patrão, 2005; Pechorro, 2006).

Não é apenas a mulher que sofre o impacto do cancro ginecológico; o companheiro e a relação de casal, também terão que se reajustar (Gilbert et al, 2011; Sydney, 1998). Tem sido demonstrado que as ameaças à identidade sexual comprometem a intimidade do casal e a sua sexualidade (Brotto et al., 2008). Segundo Baser et al. (2012), cerca de um terço dos relacionamentos terminam no espaço de um ano após a conclusão dos tratamentos. No entanto, também se verifica que a satisfação com a comunicação do casal e a proximidade física e emocional estão relacionadas com uma melhoria na vida sexual após o cancro (Brotto et al., 2008; Flynn et al., 2011), a qual se tem revelado uma componente integral do ajustamento psicológico e QdV (Ananth et al., 2003; citados por Gilbert et al., 2011; Flynn et al, 2011; Juraskova et al., 2003; Meston & Bradford, 2007; Sekse, Raaheim, Blaaka, & Gjengedal, 2010).

A temática da sexualidade feminina está a ser alvo de grande atenção ao nível internacional. No entanto, apesar das elevadas taxas de morbilidade sexual em sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, e de existir um foco crescente nesta problemática, este é um tema ainda insuficientemente estudado (Levin et al., 2010). Em Portugal, são poucos os estudos relacionados com o funcionamento sexual das mulheres e especificamente no âmbito deste tipo de cancros não se conhecem investigações realizadas. Desta forma, a presente investigação pretende contribuir para o avanço do conhecimento científico nesta área, sendo proposto um estudo que avalie a associação entre o funcionamento sexual e a QdV em sobreviventes de cancro ginecológico e da

mama. Adicionalmente, pretende-se analisar o efeito de algumas variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) e clínicas (ano de diagnóstico, localização do cancro e tipo de tratamento) no funcionamento sexual e QdV.

2. Método

Participantes

A amostra é composta por mulheres sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, que frequentam a consulta externa do Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E.). O número total de mulheres entrevistadas foi 100, contudo, foram excluídas 25 entrevistas por preenchimento incorrecto, e, das restantes 75, apenas 42 mulheres responderam ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), requisito fundamental para a participação neste estudo.

Como se encontra sistematizado na Tabela 1, esta é uma amostra constituída por 42 mulheres sobreviventes de cancro ginecológico e da mama ($N = 42$), com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos ($M = 48,14$; $DP = 10,78$). Pelos dados apresentados na Tabela 1, verifica-se que a maioria das participantes encontra-se na faixa etária compreendida entre os 40-49 anos, correspondentes a 33,3% da amostra. No que se refere ao estado civil, 32 mulheres estão casadas ou em união de facto, representando 76,2% da amostra. Também se verifica que metade (50%) das participantes frequentou o ensino secundário ou superior, num total de 21 casos. Em relação às características clínicas, observa-se que 71,4% ($n = 30$) foram diagnosticadas com cancro da mama; 19% ($n = 8$) do colo do útero; 4,8% ($n = 2$) do endométrio; e 4,8% ($n = 2$) do ovário. Relativamente ao ano de diagnóstico, a grande maioria ($n = 23$) situa-se na faixa etária que compreende os últimos 5 anos, o que corresponde a 54,8% dos casos. Não foi possível ter acesso ao ano de diagnóstico de 21,4% da amostra ($n = 9$). Quanto ao tipo de tratamento, a grande maioria – que corresponde a 35,7% da amostra ($n = 15$) –, realizou cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Apenas 6 mulheres (14,3%) foram submetidas a cirurgia sem qualquer tipo de terapêutica adjuvante posterior. À semelhança do ano de diagnóstico, também não foi possível aceder aos dados referentes ao tratamento de 7,1% da amostra ($n = 3$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra

		<i>n</i>	%
Idade	30-39	10	23,8
	40-49	14	33,3
	50-59	13	31
	60-69	3	7,1
	> 70	2	4,8
	Total	42	100
Estado Civil	Solteira	4	9,5
	Casada/União de Facto	32	76,2
	Separada/Divorciada/Viúva	6	14,3
	Total	42	100
Escolaridade	Sem frequência escolar	3	7,2
	1º Ciclo	7	16,7
	2º Ciclo	4	9,5
	3º Ciclo	6	14,3
	Ensino Secundário	9	21,4
	Ensino Superior	12	28,6
	<i>Missing</i>	1	2,4
Total	42	100	
Diagnóstico	Colo do Útero	8	19
	Endométrio	2	4,8
	Ovário	2	4,8
	Mama	30	71,4
	Total	42	100
Ano de Diagnóstico	< 5	23	54,8
	5-10	5	11,9
	> 10	5	11,9
	<i>Missing</i>	9	21,4
	Total	42	100
Tipo de Tratamento	Cirurgia	6	14,3
	Cirurgia + RT	4	9,5
	Cirurgia + QT	13	31
	Cirurgia + RT + QT	15	35,7
	Radioterapia + Quimioterapia	1	2,4
	<i>Missing</i>	3	7,1
	Total	42	100

RT = Radioterapia; QT = Quimioterapia.

Instrumentos

Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico previamente formatado para avaliar este tipo de população, sendo este composto por 8 itens dedicados às características sociodemográficas (i.e., sexo, idade, nacionalidade, estado civil, agregado familiar, número de filhos, escolaridade e profissão) e 7 itens que representam as variáveis clínicas (i.e., data de diagnóstico, diagnóstico, reacção ao diagnóstico, antecedentes familiares, tipo de tratamento, acompanhamento psicológico prévio e motivo de acompanhamento). Contudo, neste estudo foram apenas considerados os itens relativos ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, data de diagnóstico, diagnóstico e

tipo de tratamento. As restantes variáveis foram excluídas por não estarem incluídas nos parâmetros a avaliar pelo presente estudo.

Para avaliar a QdV das participantes, foi utilizada a versão portuguesa do *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* – EORTC QLQ-C30 (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008; Aaronson et al., 1993). Este questionário específico para avaliar a QdV na população oncológica é constituído por 30 itens que compõem 5 escalas multi-item de funcionamento: capacidade física, capacidade funcional, capacidade emocional, capacidade cognitiva, capacidade social; 3 escalas multi-item de sintomas: fadiga, náusea e vômito, dor; 6 itens isolados de sintomatologia: dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia, dificuldades financeiras; e 1 uma escala multi-item de saúde global e QdV. Cada item é respondido segundo uma escala tipo Likert que varia entre 1 a 4, em que 1=Não, 2=Um pouco, 3=Bastante, 4=Muito; à excepção dos dois itens que formam a subescala de saúde geral e qualidade de vida, que utiliza uma escala de 1 a 7, em que 1=Péssima e 7=Ótima. Em todas as escalas e itens isolados obtém-se uma pontuação de 0 a 100. No caso das escalas de funcionamento, uma pontuação elevada representa um funcionamento saudável; também na escala de saúde global e QdV os resultados mais elevados demonstram uma maior QdV; já nas escalas e itens de sintomas, uma pontuação elevada representa a presença de um alto nível de sintomatologia; pelo que os resultados têm que ser interpretados de acordo. A versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2008) utilizada neste estudo apresenta uma boa consistência interna, segundo o coeficiente do *alfa de Cronbach* das diferentes subescalas, o qual se situa entre 0.74 e 0.88, à excepção da subescala de capacidade cognitiva, que apresenta 0.57. Estes valores estão de acordo com o padrão encontrado noutras línguas e culturas, pelo que este instrumento revela boas propriedades psicométricas, sendo frequentemente e mundialmente utilizado em vários estudos (Fayers et al., 2001).

Foram ainda utilizados os suplementos específicos para o cancro da mama (QLQ-BR23), colo do útero (QLQ-CX24) e ovário (QLQ-OV28). Não foi utilizado o suplemento de cancro do endométrio (QLQ-EN24) por não se encontrar presentemente traduzido para português, tendo-se optado por passar o suplemento do ovário às sobreviventes de cancro no endométrio, por serem os questionários mais semelhantes entre si. O módulo QLQ-BR23 é composto por 23 itens, agrupados em 2 escalas multi-

item de funcionamento: imagem corporal e funcionamento sexual; 2 itens isolados de funcionamento: prazer sexual e perspectiva de futuro; 3 escalas multi-item de sintomas: efeitos secundários do tratamento, sintomas a nível da mama e sintomas a nível do braço; e 1 item isolado de preocupação com a queda de cabelo. O módulo QLQ-CX24 contém 24 itens que constituem 1 escala multi-item de sintomatologia; 3 itens isolados de sintomas: linfedema, neuropatia periférica, e sintomas da menopausa; 2 escalas multi-item de funcionamento: imagem corporal e funcionamento sexual/vaginal; e ainda 3 itens isolados relacionados com a sexualidade: preocupação, prazer e actividade sexual. Por fim, o módulo QLQ-OV28 é constituído por 28 itens que compõem 8 escalas multi-item: sintomas abdominais/gastrointestinais, neuropatia periférica, sintomas hormonais, imagem corporal, atitude face à doença e ao tratamento, efeitos secundários do tratamento, outros sintomas, e sexualidade.

Em último, para avaliar o funcionamento sexual, foi utilizada a versão portuguesa do *Female Sexual Function Index* – FSFI (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009; Rosen et al., 2000). Apesar de ter sido primeiramente desenvolvido para uma população saudável, este instrumento foi posteriormente validado para ser utilizado em sobreviventes de cancro ginecológico (Baser et al., 2011), dado ser o mais utilizado em investigações com esta população. Composto por 19 itens, este é o único questionário disponível internacionalmente que avalia as diversas fases do ciclo de resposta sexual em mulheres, construído especificamente para avaliar 6 dimensões do funcionamento sexual de acordo com a DSM-IV e a CID-10 (APA, 2002; WHO, 1993): desejo, excitação subjectiva, lubrificação, orgasmo, satisfação, e dor. Os itens têm cinco a seis opções de resposta, aos quais corresponde um valor de 1 a 5 ou 0 a 5, respectivamente. Ao proceder-se à cotação, os itens 8, 10, 12, 17, 18 e 19 são invertidos. A pontuação de cada dimensão é obtida pela soma da pontuação dos itens que a compõem e varia entre 1.2 e 6. A pontuação total do FSFI, que expressa o funcionamento sexual geral, varia entre 2 e 36, sendo que as pontuações mais altas indicam um melhor nível de funcionamento sexual. Importa, no entanto, salientar que uma pontuação de zero em determinada dimensão descreve apenas a ausência de actividade sexual nas últimas 4 semanas, não transmitindo nenhuma informação adicional sobre o funcionamento nessa dimensão. A versão portuguesa (Pechorro et al., 2009) utilizada no presente estudo revela boa consistência interna, avaliada a partir de

um *alfa de Cronbach* de .88 a .90 para cada uma das dimensões e .93 para o funcionamento geral.

Procedimento

Numa primeira fase, foi estabelecido contacto com os membros da Administração do IPOCFG, E.P.E., respectivo Departamento de Formação, Comissão de Ética e Direcção do Serviço de Ginecologia, a fim de obter a aprovação necessária para a realização do estudo. Após a autorização dos referidos órgãos, as participantes foram recrutadas segundo a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, sendo contactadas através das consultas externas do Serviço de Ginecologia. Os objectivos da investigação foram dados a conhecer e procedeu-se à entrega do consentimento informado (Anexo A) e dos questionários de auto-resposta, juntamente com um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo B). Existiram algumas dificuldades relativamente ao preenchimento do FSFI – pela natureza das questões e uma vez que a sexualidade continua a representar um tabu –, motivo pelo qual, das 75 entrevistas válidas, apenas 42 se consideraram para este estudo, tendo as restantes sido excluídas pelo não preenchimento deste questionário. Neste estudo respeitaram-se os princípios éticos do consentimento informado e da confidencialidade, e no tratamento dos dados o anonimato foi assegurado pela atribuição de um código numérico aleatório a cada participante.

O tratamento dos dados foi realizado através do pacote estatístico SPSS, v.19. A análise estatística utilizada para a caracterização da amostra consistiu na análise descritiva, com cálculo de frequências, médias, desvios-padrão e percentagens das variáveis sociodemográficas e clínicas. Para explorar a relação entre as diferentes variáveis em estudo foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Para verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos com tumores ginecológicos e de mama, foram calculadas as medianas dos resultados do FSFI e do QLQ-C30, para cada grupo, e feita a comparação através do teste de *Mann-Whitney*. Recorreu-se aos testes não-paramétricos devido ao tamanho da amostra - a qual não garante a normalidade da distribuição. Discriminou-se $p < .05$ como nível de significância estatística e, em relação à magnitude das correlações, valores de $\pm .1$ representam uma correlação fraca, $\pm .3$ uma correlação moderada e $\pm .5$ uma correlação forte (Field, 2009).

3. Resultados

Caracterização da amostra em relação ao funcionamento sexual e qualidade de vida

Os resultados revelam que as sobreviventes apresentam a função sexual comprometida, dado que a média da pontuação total do FSFI ($M = 22.79$) se situa abaixo do ponto de corte que indica a presença de disfunção sexual (26.55; Wiegel, Meston & Rosen, 2005). A análise descritiva permitiu ainda apurar que 66,6% da amostra apresenta valores abaixo do ponto de corte. Em relação à qualidade de vida, o manual do QLQ-C30 (Fayers et al., 2001) refere ainda não ser possível interpretar o que determinada pontuação representa, pelo que não podemos inferir o significado da média encontrada para a subescala de saúde geral e qualidade de vida ($M = 64.68$).

No que diz respeito às comparações entre grupos, quando se comparou o grupo de cancro ginecológico e o grupo de cancro da mama não se encontraram resultados estatisticamente significativos. O grupo de cancro da mama ($Mdn = 24.70$) não diferiu significativamente do grupo de cancro ginecológico ($Mdn = 24.05$) na pontuação total do FSFI ($U = 178.5$, $p = .967$), e no que diz respeito à subescala de saúde geral e qualidade de vida do QLQ-C30, também não foram encontradas diferenças significativas ($U = 174.5$, $p = .874$) entre as mulheres diagnosticadas com cancro da mama ($Mdn = 66.67$) e as mulheres com cancro ginecológico ($Mdn = 66.67$).

Relação entre as variáveis sociodemográficas e o funcionamento sexual e a qualidade de vida

Foi ainda explorada a relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões do FSFI (Tabela 2), subescalas do QLQ-C30 (Tabelas 3 e 4) e do suplemento QLQ-BR23 (Tabela 5). No que diz respeito ao FSFI, a idade mostrou-se negativamente correlacionada com as diferentes dimensões, evidenciando que à medida que a idade aumenta, o funcionamento sexual fica mais comprometido. A dimensão do desejo foi aquela que apresentou uma correlação mais forte e significativa com a idade ($r_s = -.498$; $p = .001$). Por sua vez, apesar de não se verificarem correlações significativas entre a maioria das dimensões do FSFI e a escolaridade – à excepção das dimensões da excitação subjectiva ($r_s = .361$; $p = .020$) e do orgasmo ($r_s = .378$; $p = .015$) – a relação

que se estabelece é positiva, o que sugere que um maior nível de escolaridade está associado a um melhor funcionamento sexual.

Tabela 2 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o FSFI

	FSFI_DE	FSFI_ES	FSFI_L	FSFI_O	FSFI_S	FSFI_DO	Total
Idade	-,498**	-,393*	-,354*	-,405**	-,289	-,244	-,391*
Escolaridade	,286	,361*	,165	,378*	,218	,241	,305

** p < .01

* p < .05

FSFI_DE = desejo; FSFI_ES = excitação subjectiva; FSFI_L = lubrificação; FSFI_O = orgasmo; FSFI_S = satisfação; FSFI_DO = dor.

Em relação ao QLQ-C30, foi encontrada uma correlação negativa de magnitude média entre a idade e a saúde geral e qualidade de vida ($r_s = -.306$; $p = .049$), o que indica um decréscimo nestas dimensões em função do aumento da idade. Por sua vez, a escolaridade mostrou uma correlação mais forte e positiva com a mesma subescala ($r_s = .499$; $p = .001$), e também com diferentes subescalas de funcionamento - apesar da magnitude ser menor -, o que traduz um melhor funcionamento, saúde geral e qualidade de vida em mulheres com mais escolaridade, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o QLQ-C30 [1]

	GH_QOL	PF	RF	EF	CF	SF
Idade	-,306*	-,176	-,219	,040	-,057	-,015
Escolaridade	,499**	,392*	,362*	,385*	,344*	,063

** p < .01

* p < .05

GH_QOL = saúde geral e qualidade de vida; PF = capacidade física; RF = capacidade funcional; EF = capacidade emocional; CF = capacidade cognitiva; SF = capacidade social.

Também foram encontrados alguns resultados estatisticamente significativos relativamente às subescalas de sintomatologia do QLQ-C30 (Tabela 4). Em relação à idade, verificaram-se correlações positivas com todas as subescalas, excepto com a perda de apetite, o que representa um aumento da sintomatologia a par do aumento da

idade. No entanto, as correlações com a dor ($r_s = .396$; $p = .009$) e com a insónia ($r_s = .371$; $p = .015$) foram as únicas estatisticamente significativas. Também em relação à escolaridade, a subescala da dor apresentou a correlação mais forte ($r_s = -.510$; $p = .001$), seguindo-se a insónia ($r_s = -.423$; $p = .006$) e a fadiga ($r_s = -.417$; $p = .007$). Todas as correlações são negativas, significando que os maiores níveis de sintomatologia são encontrados nas mulheres com menos escolaridade.

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis Idade e Escolaridade e o QLQ-C30 [2]

	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
Idade	,250	,179	,396**	,052	,371*	-,047	,114	,178	,078
Escolaridade	-,417**	-,267	-,510**	-,150	-,423**	-,350*	-,187	-,211	-,321*

** $p < .01$

* $p < .05$

FA = fadiga; NV = náuseas e vômitos; PA = dor; DY = dispneia; SL = insónia; AP = perda de apetite; CO = obstipação; DI = diarreia; FI = dificuldades financeiras.

Relativamente ao suplemento QLQ-BR23 (Tabela 5), foi encontrada uma correlação significativa entre a idade e a subescala de funcionamento sexual ($r_s = -.531$; $p = .003$). Por ser negativa, indica mais uma vez que o aumento da idade está associado a um pior funcionamento. É de notar que, apesar de não se verificarem outros resultados significativos, as subescalas de sintomatologia apresentam correlações positivas com a idade, novamente apontando para um aumento da sintomatologia associado ao aumento da idade.

Tabela 5 – Correlação entre variáveis Idade e Escolaridade e o QLQ-BR23

	BI	SEF	SEE	FU	ST	BS	AS	HL
Idade	-,140	-,531**	-,391	-,020	,158	,256	,293	,053
Escolaridade	,034	,561**	,436*	,266	-,372*	-,429*	-,190	-,036

** $p < .01$

* $p < .05$

BI = imagem corporal; SEF = funcionamento sexual; SEE = satisfação sexual; FU = perspectiva de futuro; ST = efeitos secundários do tratamento; BS = sintomas a nível de mama; AS = sintomas a nível de braço; HL = preocupação com a queda de cabelo.

Em relação à escolaridade, a correlação mais forte foi encontrada com a subescala de funcionamento sexual ($r_s = .561$; $p = .002$) e, relativamente à sintomatologia, com a subescala de sintomas a nível de mama ($r_s = -.429$; $p = .020$). Estes resultados apontam para um melhor funcionamento sexual e menos sintomatologia em mulheres com mais escolaridade.

Relação entre funcionamento sexual e qualidade de vida

Por último, descreve-se a relação entre as seis dimensões e total do FSFI e as subescalas do QLQ-C30, bem como do suplemento QLQ-BR23.

Tabela 6 – Correlação entre o FSFI e o QLQ-C30

	FSFI_DE	FSFI_ES	FSFI_L	FSFI_O	FSFI_S	FSFI_DO	Total
GH_QOL	,358*	,271	,091	,213	,145	,109	,227
PF	,312*	,310*	,116	,248	,333*	,156	,251
RF	,220	,156	,087	,169	,236	,188	,159
EF	,175	,156	,007	-,008	,101	,062	,085
CF	,166	,118	-,004	-,032	,018	,030	,037
SF	,132	,090	-,107	-,110	,025	-,219	-,057
FA	-,244	-,123	,005	-,044	-,070	-,048	-,062
NV	-,227	-,186	,034	-,116	-,067	-,146	-,117
PA	-,257	-,158	-,048	-,226	-,289	-,176	-,200
DY	,033	-,036	,055	-,046	-,042	,098	,013
SL	-,193	-,130	-,082	-,066	-,106	-,156	-,109
AP	-,090	-,030	,167	,120	,209	-,007	,101
CO	-,089	,030	,012	-,009	,008	-,191	-,044
DI	-,242	-,173	-,188	-,206	-,108	-,211	-,223
FI	-,192	-,348*	-,226	-,183	-,229	-,168	-,248

* $p < .05$

FSFI_DE = desejo; FSFI_ES = excitação subjectiva; FSFI_L = lubrificação; FSFI_O = orgasmo; FSFI_S = satisfação; FSFI_DO = dor; GH_QOL = saúde geral e qualidade de vida; PF = capacidade física; RF = capacidade funcional; EF = capacidade emocional; CF = capacidade cognitiva; SF = capacidade social; FA = fadiga; NV = náuseas e vômitos; PA = dor; DY = dispneia; SL = insónia; AP = perda de apetite; CO = obstipação; DI = diarreia; FI = dificuldades financeiras.

Em relação ao QLQ-C30, os resultados significativos mostram correlações positivas entre a subescala de saúde geral e qualidade de vida e a dimensão do desejo (r_s

= .358; $p = .020$), e entre a subescala da capacidade física e as dimensões do desejo ($r_s = .312$; $p = .045$), excitação subjectiva ($r_s = .310$; $p = .046$), e satisfação ($r_s = .333$; $p = .031$), apesar de todas serem correlações de média magnitude. Como se pode observar na Tabela 6, as restantes relações estabelecidas, ainda que não sendo estatisticamente significativas, apontam de modo geral para correlações positivas entre as subescalas de funcionamento e o FSFI, e negativas em relação às subescalas de sintomatologia – o que sugere que um melhor funcionamento sexual está associado a um melhor funcionamento geral e à presença de menos sintomatologia.

Tabela 7 - Correlação entre o FSFI e o QLQ-BR23

	FSFI_DE	FSFI_ES	FSFI_L	FSFI_O	FSFI_S	FSFI_DO	Total
BI	,524**	,399*	,298	,160	,280	,151	,353
SEF	,825**	,838**	,606**	,570**	,586**	,600**	,787**
SEE	,876**	,879**	,639**	,617**	,573**	,609**	,878**
FU	,300	,364*	,153	,249	,295	,135	,293
ST	-,488**	-,461*	-,286	-,235	-,285	-,338	-,397*
BS	-,424*	-,287	-,284	-,267	-,290	-,393*	-,338
AS	-,489**	-,421*	-,293	-,203	-,384*	-,236	-,344
HL	-,168	-,413	-,617*	-,459	-,312	-,552*	-,507

** $p < .01$

* $p < .05$

FSFI_DE = desejo; FSFI_ES = excitação subjectiva; FSFI_L = lubrificação; FSFI_O = orgasmo; FSFI_S = satisfação; FSFI_DO = dor; BI = imagem corporal; SEF = funcionamento sexual; SEE = satisfação sexual; FU = perspectiva de futuro; ST = efeitos secundários do tratamento; BS = sintomas a nível de mama; AS = sintomas a nível de braço; HL = preocupação com a queda de cabelo.

No que respeita à relação entre o FSFI e o suplemento QLQ-BR23 (Tabela 7), verificou-se que as subescalas de funcionamento e prazer sexual estão positivamente correlacionadas com todas as dimensões e a pontuação total do FSFI, o que seria expectável, dado avaliarem parâmetros idênticos. As correlações mais fortes e significativas são observadas entre o funcionamento sexual e as dimensões do desejo ($r_s = .825$; $p < .001$), excitação subjectiva ($r_s = .838$; $p < .001$), e total do FSFI ($r_s = .787$; $p < .001$), e entre o prazer sexual e as mesmas dimensões do FSFI, nomeadamente, desejo ($r_s = .876$; $p < .001$), excitação subjectiva ($r_s = .879$; $p < .001$), e o total ($r_s = .878$; $p < .001$).

.001). É de notar ainda a presença de correlações negativas entre a dimensão do desejo e as subescalas de efeitos secundários do tratamento ($r_s = -.488$; $p = .006$), sintomas a nível da mama ($r_s = -.424$; $p = .020$), e sintomas a nível do braço ($r_s = -.489$; $p = .006$), as quais demonstram que a presença de mais sintomatologia e efeitos secundários influencia negativamente o desejo. Por outro lado, a imagem corporal apresenta uma correlação positiva com o desejo ($r_s = .524$; $p = .003$). De forma semelhante ao que foi observado em relação ao QLQ-C30, os resultados mostram correlações positivas com as subescalas de funcionamento e negativas com as de sintomatologia.

4. Discussão

Com este estudo objectivou-se avaliar a relação entre o funcionamento sexual e a qualidade de vida e ainda o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas nestes dois parâmetros.

Como previsto, foi encontrada a relação esperada entre o funcionamento sexual e a QdV, através das correlações positivas encontradas entre o desejo e o nível de saúde geral e qualidade de vida, e entre a capacidade física e as dimensões do desejo, excitação subjectiva e satisfação sexual. Estes resultados demonstram que a existência de um bom funcionamento sexual coexiste com um maior nível de saúde geral e qualidade de vida e uma melhor capacidade física, bem como o reverso: quando são encontrados valores mais baixos relativos ao funcionamento sexual, também são verificados níveis inferiores de saúde geral e qualidade de vida e capacidade física, o que corrobora as observações de diversos autores (Carter et al., 2013, Flynn et al., 2011; Gilbert et al., 2011; Kondapalli et al., 2014; Levin et al., 2010; Likes et al., 2007).

Os valores do FSFI revelam ainda que a função sexual se encontra comprometida na grande maioria das participantes deste estudo. Estes resultados são consistentes com os observados em várias investigações (Carter et al., 2010; Onujiogu et al., 2011; Ratner et al., 2010), que apontam para valores de disfunção sexual em mais de metade das sobreviventes de cancro ginecológico. Em relação ao cancro da mama, Biglia et al. (2010) reportaram um funcionamento sexual abaixo do nível da normalidade em metade das mulheres avaliadas e a revisão de Gilbert et al. (2010) indicou também a presença de inúmeras dificuldades no campo da sexualidade nesta população. Outros estudos apontam para um quadro comum de disfunção sexual em

mulheres sobreviventes de cancro (Andersen et al., 1989, Carmack-Taylor et al., 2004, Jeffery et al., 2009, citados por Baser et al., 2012) mas muito particularmente nas sobreviventes de cancro ginecológico (Gershenson et al., 2007; Jensen et al., 2003; Lindau et al., 2007).

Dado existir um maior número de participantes com cancro da mama ($n = 30$), foi possível fazer análises mais específicas com este grupo, nomeadamente através do suplemento QLQ-BR23. Foram verificadas correlações negativas entre os efeitos secundários do tratamento e sintomas ao nível da mama e do braço e algumas dimensões do FSFI, principalmente com o desejo – a primeira fase do ciclo de resposta sexual que, apresentando perturbações, compromete o funcionamento do restante ciclo (Patrão, 2005) – indicando, portanto, que quando existem maiores níveis de sintomatologia, existe um pior funcionamento sexual. Estes resultados são coerentes com os de Biglia et al. (2010), que demonstram que o baixo nível de estrogénio, bem como outros efeitos secundários da terapêutica adjuvante, em doentes com cancro da mama, têm um severo impacto na sexualidade. Também o estudo de Flynn et al. (2011) – com vários tipos de cancro, mas sendo o grupo de cancro da mama aquele com mais participantes – reportou diferentes sintomas e efeitos secundários (e.g., fadiga, perda de cabelo, aumento de peso, cicatrizes, perda de órgãos, etc.) que atingem a intimidade e o funcionamento sexual de forma negativa. Vale ainda a pena acrescentar que, apesar de não ser o grupo visado neste resultado específico, outros autores (Bourgeois-Law & Lotocki, 1999, citados por Gilbert et al., 2011) encontraram esta relação entre os efeitos do tratamento e o bem-estar sexual em mulheres diagnosticadas com cancro ginecológico. Por último, também a imagem corporal se mostrou relacionada com o desejo e a excitação subjectiva – resultados que estão de acordo com o estudo de Burwell, Case, Kaelin, e Avis (2006), o qual demonstra que o preditor mais forte da morbidade sexual, após um cancro de mama, é a crença de que não se é atraente. Também Speer et al. (2005) observaram que as mulheres com uma imagem corporal negativa apresentam níveis mais baixos de satisfação sexual e outros autores (Archibald et al., 2006, Bertero & Wilmoth, 2007, citados por Gibert et al., 2010) reportaram danos ao nível emocional e sexual como consequência de uma imagem corporal negativa, sentimento de perda de feminilidade e alterações ao *self* sexual.

No que se refere à relação entre a idade e o funcionamento e a qualidade de vida, os resultados indicam que esta se mostrou negativamente correlacionada com as

dimensões do desejo, excitação subjectiva, lubrificação, orgasmo, e total do FSFI, bem como com a subescala de funcionamento sexual do QLQ-BR23, o que significa que quanto maior é a idade, pior é o funcionamento sexual – quer o geral, quer o funcionamento específico de cada dimensão assinalada. Também se verificou que o aumento da idade está relacionado com o aumento da sintomatologia, o que pode explicar os resultados relativos ao FSFI, dado que, e como já foi explanado acima, a presença de sintomatologia e efeitos secundários do tratamento tem um impacto negativo na sexualidade (Biglia et al., 2010; Flynn et al., 2011; Bourgeois-Law & Lotocki, 1999, citados por Gilbert et al., 2011). No entanto, quanto à influência da idade sobre a sexualidade, não existe um consenso. Alguns autores reportam resultados que estão de acordo com os do presente estudo (Abdo et al., 2004; Addis et al., 2006; Speer et al., 2005), enquanto outros autores apontam a relação contrária (Andersen e Golden-Kreutz, 2000, citados por Patrão, 2005; Anllo, 2000; Bergmark et al., 1999). Mais especificamente, Pechorro (2006), aquando da validação do FSFI para a população portuguesa, também verificou que a dimensão da lubrificação e o funcionamento geral sofreram a influência da idade, e salienta ainda uma tendência na literatura internacional mais recente para um pior funcionamento sexual em função do aumento da idade. Foi igualmente observado que os valores da subescala de saúde geral e qualidade de vida decrescem em função do aumento da idade. Esta relação também foi verificada por Pais-Ribeiro et al. (2008) quando validou o QLQ-C30 para a população portuguesa, e pode ser explicada pelas complicações de saúde e dificuldades de funcionamento associadas ao envelhecimento.

Relativamente à relação entre a escolaridade e o funcionamento sexual e a qualidade de vida, Pais-Ribeiro et al. (2008) reportaram ainda níveis mais elevados de saúde geral e qualidade de vida associados a uma maior escolaridade, relação que também foi encontrada no presente estudo, bem como melhores níveis de funcionamento no que diz respeito à capacidade física, funcional, emocional e cognitiva, o que também se verificou nesta investigação. Foi ainda demonstrado que uma maior escolaridade está relacionada com níveis mais baixos de sintomatologia, nomeadamente fadiga, dor, insónia e perda de apetite. Estes resultados estão apenas parcialmente de acordo com os verificados por Pais-Ribeiro et al. (2008), uma vez que, no estudo citado, os níveis mais elevados de fadiga e dor aparecem associados a uma maior escolaridade, contrariamente ao que se observou na presente investigação. No

entanto, Ross e Van Willigen (1997), numa investigação que pretendia determinar o papel da educação na QdV subjectiva, observaram que um maior nível de escolaridade está associado a um menor *distress* físico, nomeadamente no que diz respeito a dor e mal-estar. Relativamente à sexualidade, foi observado que uma maior escolaridade está relacionada com um melhor funcionamento e prazer sexual. Estes resultados podem dever-se ao facto de que, no presente estudo, as mulheres mais instruídas são também as mais novas, ou porque uma maior escolaridade pode estar associada ao acesso a mais informação e consequente melhoria da capacidade de resolução de problemas. Laumann et al. (1999) e Abdo et al. (2004) encontraram a mesma relação, tendo observado níveis de disfunção sexual associada à baixa escolaridade, ao aumento da idade e à presença de doença crónica – o que também corrobora a correlação negativa encontrada com as subescalas de sintomas secundários do tratamento e sintomas a nível de mama.

O presente estudo permitiu concluir que a sexualidade está relacionada com a QdV nas sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, apesar de não ter sido possível confirmar uma relação de predição (i.e., não se ter determinado se é o funcionamento sexual que influencia a QdV ou se acontece o oposto). Contudo, face à mera existência de uma relação, pode ser sugerido, à semelhança das orientações de outros autores, que a prevenção, o acompanhamento e o tratamento da morbidade sexual, trariam benefícios à QdV (Levin et al., 2010). Torna-se relevante acrescentar que no que respeita aos níveis de morbidade sexual observados em indivíduos com cancro, Patrão (2005) alerta que para se compreender o impacto do cancro na sexualidade é importante avaliar o funcionamento sexual prévio. Somente desta forma é possível denotar quais as alterações que podem advir da doença e respectivos tratamentos, pelo que não é possível assegurar que os baixos níveis de funcionamento sexual encontrados em 66,6% desta amostra se devam exclusivamente a complicações causadas pelo cancro e não à interferência de outras variáveis.

Os resultados também permitiram perceber que a presença de mais sintomatologia está relacionada com um pior funcionamento sexual, pelo que explorar a influência do tipo de tratamento também pode ser uma mais-valia, uma vez que diversos autores apontam para a prevalência de diferentes efeitos secundários consoante o tipo de tratamento e cirurgia, e respectivo impacto na sexualidade (Baser et al., 2011; Bergmark et al., 1999; Ganz et al., 2002; Park et al., 2007; Speer et al., 2005). Estes mesmos autores sublinham a importância de averiguar esta relação, de forma a dirigir e

desenvolver programas de prevenção e intervenção médica e psicoterapêutica – durante a fase inicial de diagnóstico e ao longo do tratamento da doença oncológica – que vão de encontro às necessidades específicas de cada grupo e que assegurem um bom funcionamento sexual. No presente estudo não foi avaliada esta relação, uma vez que, devido ao reduzido tamanho da amostra ($N = 42$), os subgrupos correspondentes aos diferentes tipos de tratamento ficariam demasiado pequenos para se realizar uma análise com resultados estatisticamente significativos – motivo pelo qual também não se analisaram os resultados dos suplementos de QdV dedicados ao cancro do colo do útero (QLQ-CX24) e do ovário (QLQ-OV28). No entanto, apesar de uma amostra maior ser mais favorável, Grumann et al. (2001, citados por Juraskova et al., 2013) constataram que um grupo de 50 pacientes – ou número inferior – é comum em investigações sobre cancro ginecológico.

Outras limitações deste estudo devem ser consideradas na interpretação dos dados. Em primeiro lugar, o facto de as participantes se encontrarem em estádios diferentes de sobrevivência. Apesar de todas já terem concluído a fase de tratamento, algumas terminaram-no no espaço de um ano anterior à data da entrevista, enquanto outras terminaram há 5 anos ou mais - e não foi possível determinar a influência do ano de diagnóstico nas variáveis em estudo, pelo reduzido número da amostra e grupos desequilibrados. Também existem participantes com apenas um episódio de cancro, enquanto noutras existiram recidivas. Todos estes aspectos influenciam a presença de mais ou menos sintomatologia, o que – como verificado anteriormente – tem impacto no funcionamento sexual e na QdV. Também no que diz respeito à comparação entre grupos, é de notar que o grupo de cancro da mama ($n = 30$) difere em grande número do grupo de cancro ginecológico ($n = 12$), além de ter sido necessário agrupar os vários tipos de cancro ginecológico (i.e., colo do útero, ovário e endométrio) numa só categoria, dado existirem poucos casos de cada um. Também o tipo de tratamento foi excluído enquanto variável em estudo, uma vez que seriam formados grupos muito reduzidos para se proceder a uma análise estatística com resultados significativos. A revisão bibliográfica efectuada para a realização deste trabalho permitiu perceber que o tratamento efectuado tem um grande impacto no tipo e na gravidade das sequelas, pelo que seria importante perceber a influência do tratamento nas diferentes dificuldades observadas.

Em suma, com o aumento do número de mulheres sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, torna-se fundamental perceber quais as necessidades de reabilitação desta população. Seria profícuo explorar, com uma amostra de tamanho superior e grupos mais equilibrados, quais os efeitos secundários específicos experimentados consoante o tipo de tratamento e localização do cancro, e compreender o seu impacto no funcionamento sexual e QdV, a fim de serem desenvolvidos programas de prevenção e intervenção que visem um melhor ajustamento à doença. Vários autores (Hengeveld & Davies, 2000, Stead et al., 2003, citados por Booth et al., 2005; Hawkins et al., 2009, citado por Gilbert et al., 2010) têm apontado para uma tendência geral da parte das equipas médicas para negligenciar as dificuldades sexuais que podem surgir durante e após o tratamento, bem como algum desconforto da parte das próprias doentes e parceiros para abordar este assunto com os profissionais de saúde (Biglia et al., 2010). Baser et al. (2011) propõem ainda a inclusão da avaliação do funcionamento sexual nas rotinas médicas em contexto oncológico, de forma a detectar sinais precoces de disfunção e poder intervir de forma mais eficaz. Sugere-se também a realização de formações específicas (Gilbert et al., 2010) que despertem e capacitem as equipas para responder às necessidades destas sobreviventes.

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376. doi:10.1093/jnci/85.5.365
- Abdo, C., Oliveira, W., Moreira, E., & Fittipaldi, J. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16, 160–166. doi:10.1038/sj.ijir.3901198
- Addis, I., Eeden, S., Wassel-Fyr, C., Vittinghoff, E., Brown, J., & Thom, D. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 755-764. doi:10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Anllo, L. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(3), 241-248. doi:10.1080/00926230050084632
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. (2005). Adult Cancer Survivors: How Are They Faring? *Cancer*, 104 (11), 2565-2576. doi:10.1002/cncr.21488
- Baser, R., Li, Y., & Carter, J. (2012). Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer*, 118(18), 4606-4618. doi:10.1002/cncr.26739
- Bergmark, K., Åvall-Lundqvist, E., Dickman, P., Henningsohn, L., & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340(18), 1383-1389. doi:10.1056/NEJM199905063401802
- Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurra, P., Ponzzone, R., Nappi, R., & Sismondi, P. (2010). Effects of Surgical and Adjuvant Therapies for Breast Cancer on Sexuality, Cognitive Functions, and Body Weight. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1891-1900. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01725.x
- Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O'Neill, J., & Farrell, C. (2005). Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for

- gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling*, 56, 225-232. doi:10.1016/j.pec.2004.02.016
- Bray, F., Ren, J., Masuyer, E., Ferlay, J. (2013). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, 132(5), 1133-1145. doi:10.1002/ijc.27711
- Brotto, L., Heiman, J., Goff, B., Greer, B., Lentz, G., Swisher, E., Tamimi, H., & Blaricom, A. (2008). A Psychoeducational Intervention for Sexual Dysfunction in Women with Gynecologic Cancer. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 317–329. doi:10.1007/s10508-007-9196-x
- Burwell, S., Case, D., Kaelin, C., & Avis, N. (2006). Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2815-2820. doi: 10.1200/JCO.2005.04.2499
- Caan, B., Kwan, M., Hartzell, G., Castillo, A., Slattery, M., Sternfeld, B., & Weltzien, E. (2008). Pre-diagnosis body mass index, post-diagnosis weight change, and prognosis among women with early stage breast cancer. *Cancer Causes Control*, 19, 1319–1328. doi:10.1007/s10552-008-9203-0
- Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic Oncology*, 97, 90 – 95. doi:10.1016/j.ygyno.2004.12.019
- Carter, J., Stabile, C., Gunn, A., & Sonoda, Y. (2013). The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 21-34. doi:10.1111/jsm.12002
- Cella, D., & Fallowfield, L. (2008). Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 107, 167-180. doi:10.1007/s10549-007-9548-1
- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308-319. doi:10.1007/s10880-007-9083-6
- Costanzo, E., Ryff, C., & Singer, B. (2009). Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: Findings From a National Survey of Health and Well-Being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156. doi:10.1037/a0013221

- Direcção-Geral de Saúde (2013). *Portugal - Doenças Oncológicas em números - 2013*. Direcção-Geral de Saúde. Retrieved October 19, 2014, from <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013-pdf.aspx>
- Dizon, D. (2009). Quality of Life after Breast Cancer: Survivorship and Sexuality. *The Breast Journal*, *15* (5), 500–504. doi:10.1111/j.1524-4741.2009.00766.x
- Donovan, L., Taliaferro, L., Alvarez, E., Jacobsen, P., Roetzheim, R., & Wenham, R. (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology*, *104*, 428–434. doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.009
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., Bottomley, A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. (3^a ed.). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd Edition). London: SAGE.
- Flynn, K., Jeffery, D., Keefe, F., Porter, L., Shelby, R., Frawzy, M, Gosselin, T., Reeve, B., & Weinfurt, K. (2011). Sexual functioning along the cancer continuum: Focus group results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Psycho-Oncology*, *20*, 378-386. doi:0.1002/pon.1738
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, E., & Belin, T. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, *94*(1), 39-49. doi:10.1093/jnci/94.1.39
- Gershenson, D., Miller, A., Champion, V., Monahan, P., Zhao, Q., Cella, D., & Williams, S. (2007). Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: A gynecologic oncology group study. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(19), 2792-2797. doi:10.1200/JCO.2006.08.4590
- Gilbert, E., Ussher, J., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, *66*, 397-407. doi:10.1016/j.maturitas.2010.03.027
- Gilbert, E., Ussher, J., & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on

- women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70, 42–57.
doi:10.1016/j.maturitas.2011.06.013
- Gould, R., Brown, R., & Bramwell, R. (2010). Psychological adjustment to gynaecological cancer: Patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology and Health*, 25(5), 633-646.
doi:10.1080/08870440902811163
- Harrington, C., Hansen, J., Moskowitz, M., Todd, B., & Feuerstein, M. (2010) It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors – a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163–181.
doi:10.2190/PM.40.2.c
- Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (2), 69-90.
doi:10.3322/caac.20107.
- Jensen, P., Groenvold, M., Klee, M., Thranov, I., Morten, Pettersen, M., Machin, D. (2003). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 56(4), 937–949. doi:10.1016/S0360-3016(03)00362-6
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12, 267-279. doi:10.1002/pon.639
- Juraskova, I., Butow, P., Bonner, C., Robertson, R., & Sharpe, L. (2013). Sexual adjustment following early stage cervical and endometrial cancer: Prospective controlled multi-centre study. *Psycho-Oncology*, 22, 153–159.
doi:10.1002/pon.2066
- Kondapalli, L., Dillion, K., Sammel, M., Ray, A., Prewitt, M., Gingsberg, J., & Gracia, C. (2014). Quality of life in female cancer survivors: Is it related to ovarian reserve? *Quality of life research*, 23, 585-592. doi:10.1007/s11136-013-0473-y
- Laubmeier, K., Zakowski, S., & Bair, J. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1), 48–55.
doi:10.1207/s15327558ijbm1101_6
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544. doi:10.1001/jama.281.6.537

- Leake, R., Gurrin, L., & Hammond, I. (2001). Quality of life in patients attending a low risk gynaecological oncology follow-up clinic. *Psycho-Oncology*, *10*, 428-435. doi:10.1002/pon.539
- Levin, A., Carpenter, K., Fowler, J., Brother, B., Andersen, B. & Maxwell, G. (2010). Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*, *20*(3), 461-470. doi:10.1111/IGC.0b013e3181d24ce0
- Likes, W., Stegbauer, C., Tillmanns, T., & Pruett, J. (2007). Correlates of sexual function following vulvar excision. *Gynecologic Oncology*, *105*, 600–603. doi:10.1016/j.ygyno.2007.01.027
- Lindau, S., Anderson, D., & Gavriloiva, N. (2007). Sexual morbidity in very long-term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecologic Oncology*, *106*(2), 413-418. doi:10.1016/j.ygyno.2007.05.017
- Meston, C., & Bradford, A. (2007). Sexual Dysfunctions in Women. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 233-256. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091507
- Mols, F., Vingerhoets, Ad., Coebergh, J., & Poll-Franse, L. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, *41*, 2613-2619. doi:10.1016/j.ejca.2005.05.017
- Nachreiner, N., Shanley, R., & Ghebre, R. (2013). Cancer and treatment effects on job task performance for gynecological cancer survivors. *Work*, *46*, 433-438. doi:10.3233/WOR-131752
- Onujiogu, N., Jonhson, T., Seo, S., Mijal, K., Rash, J., Seaborne, L., Rose, S., & Kushner, D. (2011). Survivors of endometrial cancer: Who is at risk for sexual dysfunction? *Gynecologic Oncology*, *123*, 356–359. doi:10.1016/j.ygyno.2011.07.035
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Estudo de validação da versão portuguesa do QLQ-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *9*(1), 89-102.
- Park, S., Bae, D., Nam, J., Park, C., Cho, C., Lee, J., Lee, M., Kim, S., Park, S., Yun, Y. (2007). Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared With the General Population. *Cancer*, *110*, 2716-2725. doi:10.1002/cncr.23094
- Patrão, I. (2005). Bem me quer, mal me quer... bem nos quer, mal nos quer: A sexualidade, (in) fertilidade e o cancro. *Análise Psicológica*, *3*(23), 289-294.

- Pechorro, P. (2006). Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.
- Ratner, E., Foran, K., Schwartz, P., & Minkin, M. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*, 66, 23–26. doi:10.1016/j.maturitas.2010.01.015
- Rinaldi, S., Peeters, P., Berrino, F., Dossus, L., Biessy, C., Olsen, A., Tjønneland, A., Overvad, K., Clavel-Chaplon, F., Boutron-Ruault, M., Téhard, B., Nagel, G., Linseisen, J., Boeing, H., Lahnmann, P., Trichopoulou, A., Trichopoulos, D., Koliva, M., Palli, D., Panico, S., Tumino, R., Sacerdote, C., Gils, C., Noord, P., Grobbee, D., Bueno-de-Mesquita, H., Gonzalez, C., Agudo, A., Chirlaque, M., Barricarte, A., Larranaga, N., Quiros, J., Bingham, S., Khaw, K., Key, T., Allen, N., Lukanova, A., Slimani, N., Saracci, R., Riboli, R., & Kaaks, R. (2006). IGF-I, IGFBP-3 and breast cancer risk in women: The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Endocrine-Related Cancer*, 13, 593-605. doi:10.1677/erc.1.01150
- RORENO (2013). *Registo Oncológico Nacional 2007*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE. Retrieved October 19, 2014, from http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional2007.pdf
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208. doi:10.1080/009262300278597
- Ross, C., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 275-297. doi:10.2307/2955371
- Sekse, R., Raaheim, M., Blaaka, G., & Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: Women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 799-807. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x

- Silva, S., Crespo, C., & Canavarro, M. (2012). Pathways for psychology adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology and Health, 27*(11), 1323-1341. doi:10.1080/08870446.2012.676644
- Silva, D., & Sousa, R. (2011). Principles of psycho-oncology. In A. Ayhan, N. Reed, M. Gultekin, & P. Dursun (Eds.), *Textbook of gynaecological oncology* (pp. 924-929). Ankara: Günes Publishing.
- Speer, J., Hillenberg, B., Sugrue, D., Blacker, C., Kresge, C., Decker, V., Zakalik, D. & Decker, D. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal, 11*(6), 440-447. doi:10.1111/j.1075-122X.2005.00131.x
- Sydney, E., Compas, B., Epping-Jordan, E., & Worsham, N. (1998). Stress responses and psychological adjustment in patients with cancer and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology, 16*(2), 56-77. doi:10.1300/J077V16N02_04
- Vaz, A., Conde, D., Costa-Paiva, L., Morais, S., Esteves, S. & Pinto-Neto, A. (2011). Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 284* (6), 1523-1531. doi:10.1007/s00404-011-1886-x
- White, C. (2000). Body Image Dimensions and Cancer: A Heuristic Cognitive Behavioural Model. *Psycho-Oncology, 9*, 183-192. doi:10.1002/1099-1611(200005/06)9:3%3C183::AID-PON446%3E3.3.CO;2-C
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*, 1–20.
- Wilmoth, M. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing, 24*(4), 278–286. doi:10.1097/00002820-200108000-00006
- World Health Organization (1997). WHOQOL: Measuring Quality of life. Programme on mental health. World Health Organization. Retrieved September 9, 2014, from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Zeltzer, L., Recklitis, C., Buchbinder, D., Zebrack, B., Casillas, J., Tsao, J., Lu, Q., & Krull, K. (2009). Psychological Status in Childhood Cancer Survivors: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology, 27* (14), 2396-2404. doi:10.1200/JCO.2008.21.1433

Consentimento informado

Objetivo da investigação: Nesta investigação pretende-se contribuir para a avaliação do ajustamento emocional e qualidade de vida dos doentes que frequentam a consulta de ginecologia do IPO de Coimbra.

Procedimentos: A presente investigação compreende momentos sequenciais de avaliação em que serão entregues questionários simples, referentes a qualidade de vida : QLQ C30, HADS e IFSF a ser respondidos pela participante, durante a consulta de ginecologia.

Riscos para Participante: Mínimos, a experiencia não apresenta qualquer risco superior ao encontrado na sua vida diária.

Benefícios para a participante: A sua participação na presente investigação visa dar a possibilidade de falar sobre a sua situação clínica ao longo do tempo e obter mais esclarecimento sobre tratamentos que são muito específicos e dirigidos A avaliação da qualidade de vida e adaptação emocional, com a utilização dos instrumentos: QLQ C30, HADS, e IFSF, potenciará um conhecimento medico-doente mais profundo para se otimizar terapêuticas dirigidas a estes sintomas que vão aparecendo com o desenrolar do tempo e(não sendo efeitos imediatos) criando ansiedade e diminuição da qualidade de vida por não terem acesso logo a respostas clinicas.

Custo para o participante: Não existe qualquer custo direto pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade: A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal de participante. Anonimo.

Natureza voluntaria da participação: A participação nesta investigação é voluntária mesmo concordando em participar, poderá abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização, devendo para o efeito comunica-lo ao investigador.

Informação de contacto: Caso tenha alguma questão quanto a esta experiencia deverá contactar a investigadora responsável pela mesma, Elizabeth Ordens Castelo-Branco, através de telemóvel: 91 422 2884, bete.oc@gmail.com.

Foi-me dada a oportunidade de leitura deste consentimento informado e foi-me explicado o procedimento da investigação. Foi-me dada permissão para colocar questões a cerca da investigação e essas questões foram-me explicadas. Estou preparada para participar no projeto acima descrito.

Nome e assinatura de participante: _____

A medica investigadora _____

DATA: _____

Anexo B - Questionário

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS INDIVIDUAIS

Sexo: Masculino Feminino

I.D. # _____

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)/Junto(a) Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)

Agregado familiar: Sozinho(a) A viver com parceiro(a) A viver com a família

Filhos: _____

Escolaridade: Analfabeto Sabe ler/escrever Anos de escolaridade _____

Profissão: _____

~~Local de residência:~~ *Ano diagnóstico:* _____

RESUMO DA DOENÇA

1. Diagnóstico clínico: _____

2. Reação ao diagnóstico: _____

3. Antecedentes familiares: Sim Não

4. Tratamento: _____

5. História prévia de acompanhamento psicológico: Sim Não

6. Motivos do acompanhamento psicológico: Ansiedade Depressão Problemas relacionais
Outro(s) _____

ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4



EORTC QLQ - OV28

As vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
31. Teve dores na barriga?	1	2	3	4
32. Teve a sensação de barriga ou estômago inchado?	1	2	3	4
33. Sentiu que a roupa lhe ficava demasiado apertada?	1	2	3	4
34. Sentiu que os intestinos funcionaram de modo diferente por causa da sua doença ou do tratamento?	1	2	3	4
35. Sentiu-se incomodado com gases, ventosidade ou flatulência?	1	2	3	4
36. Sentiu-se enfartado logo depois de ter começado a comer?	1	2	3	4
37. Teve azia ou dificuldade em fazer a digestão?	1	2	3	4
38. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
39. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
40. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
41. Teve a sensação de formiguro nas mãos ou pés?	1	2	3	4
42. Sentiu os dedos dos pés ou das mãos dormentes?	1	2	3	4
43. Sentiu os braços ou as pernas fracas?	1	2	3	4
44. Teve dores nos músculos ou nas articulações?	1	2	3	4
45. Teve problemas em ouvir?	1	2	3	4
46. Urinou com frequência?	1	2	3	4
47. Teve problemas de pele? (por exemplo, comichão, pele seca.)	1	2	3	4
48. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
49. Teve suores nocturnos?	1	2	3	4

Durante a semana passada:

50. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?
51. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?
52. Em que medida a sua doença tem sido um fardo para si?
53. Em que medida o tratamento tem sido um fardo para si?
54. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?

Durante as últimas quatro semanas:

55. Até que ponto sentiu desejo sexual?
56. Até que ponto esteve sexualmente activa? Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa.
57. Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer?
58. Sentiu a vagina seca durante a actividade sexual?

Nada

Um pouco

Bastante

Muito

Nada

Um pouco

Bastante

Muito



EORTC QLQ - CX24

As vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas, por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

Durante a semana passada:

	Nada	Um pouco	Muito	
31. Teve algumas cólicas no seu abdómen?	1	2	3	4
32. Teve alguma perda involuntária de fezes?	1	2	3	4
33. Teve sangue nas suas fezes?	1	2	3	4
34. Urinou com frequência?	1	2	3	4
35. Teve dores ou sensação de queimadura ao urinar?	1	2	3	4
36. Já teve perdas de urina involuntárias?	1	2	3	4
37. Teve algum problema em urinar?	1	2	3	4
38. Teve uma perna ou ambas as pernas inchadas?	1	2	3	4
39. Teve dores na parte inferior das costas?	1	2	3	4
40. Notou alguma sensação de formiguelo/entorpecimento e/ou uma diminuição da sensibilidade nas mãos ou nos pés?	1	2	3	4
41. Sentiu irritação/dores na vagina/vulva?	1	2	3	4
42. Teve corrimentos vaginais?	1	2	3	4
43. Teve perda de sangue vaginal?	1	2	3	4
44. Teve afrontamentos e/ou suores?	1	2	3	4
45. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
46. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
47. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante as 4 semanas passadas:

- 48. Esteve preocupada de que o sexo pudesse ser doloroso?
- 49. Tem tido actividade sexual?

Responda a estas perguntas apenas se tiver tido actividade sexual durante as últimas 4 semanas

- 50. Sentiu a vagina seca durante a actividade sexual?
- 51. Notou que a sua vagina ficou mais curta?
- 52. Notou que a sua vagina ficou mais apertada?
- 53. Teve algumasdores durante a relação sexual?
- 54. Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?

*Qualidade de Vida
Colorectoscopia*

34/11

Anexo C – Output da análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	42	30	78	48,14	10,781
Valid N (listwise)	42				

Frequencies

Statistics

		FaixaEtaria	Estado Civil	Escolaridade	Ano do Diagnóstico	Diagnóstico Clínico
N	Valid	42	42	41	33	42
	Missing	0	0	1	9	0

Frequency Table

FaixaEtaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-39	10	23,8	23,8	23,8
	40-49	14	33,3	33,3	57,1
	50-59	13	31,0	31,0	88,1
	60-69	3	7,1	7,1	95,2
	> 70	2	4,8	4,8	100,0
Total		42	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	4	9,5	9,5	9,5
	Casada/Junta	32	76,2	76,2	85,7
	Separada/Divorciada/Viúva	6	14,3	14,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Analfabeta	1	2,4	2,4	2,4
	Sabe ler/escrever	2	4,8	4,9	7,3
	1º Ciclo	7	16,7	17,1	24,4
	2ª Ciclo	4	9,5	9,8	34,1
	3º Ciclo	6	14,3	14,6	48,8
	Secundário	9	21,4	22,0	70,7
	Superior	12	28,6	29,3	100,0
	Total	41	97,6	100,0	
Missing	System	1	2,4		
Total		42	100,0		

Ano do Diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5	23	54,8	69,7	69,7
	5-10	5	11,9	15,2	84,8
	> 10	5	11,9	15,2	100,0
	Total	33	78,6	100,0	
Missing	System	9	21,4		
Total		42	100,0		

Diagnóstico Clínico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Colo útero	8	19,0	19,0	19,0
	Endométrio	2	4,8	4,8	23,8
	Ovário	2	4,8	4,8	28,6
	Mama	30	71,4	71,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Anexo D – Output da análise descritiva e estatística de diferenças entre grupos de diagnóstico relativamente às dimensões do FSFI e subescalas do QLQ-C30

Frequencies

			Statistics						
Dgx_Groups			IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE
ginecologico	N	Valid	12	12	12	12	12	12	12
		Missing	0	0	0	0	0	0	0
	Mean		3,150	3,450	3,875	3,933	4,700	4,633	23,742
	Median		3,300	3,150	3,600	4,200	5,000	4,800	24,050
mama	N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
		Missing	0	0	0	0	0	0	0
	Mean		3,220	3,450	3,660	3,760	4,240	4,080	22,410
	Median		3,600	3,600	3,900	4,600	4,800	4,800	24,700

			Statistics														
Dgx_Groups			QLQ_GH_QoL	QLQ_PF	QLQ_RF	QLQ_EF	QLQ_CF	QLQ_SF	QLQ_FA	QLQ_NV	QLQ_PA	QLQ_DY	QLQ_SL	QLQ_AP	QLQ_CO	QLQ_DI	QLQ_FI
ginecologico	N	Valid	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean		64,5833	78,8889	73,6111	53,4722	66,6667	65,2778	38,8889	13,8889	30,5556	11,1111	38,8889	22,2222	13,8889	13,8889	47,2222
	Median		66,6667	80,0000	83,3333	58,3333	66,6667	66,6667	33,3333	,0000	25,0000	,0000	33,3333	16,6667	,0000	,0000	50,0000
mama	N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean		64,7222	77,5556	75,0000	65,8333	65,0000	70,0000	31,4815	10,5556	26,1111	12,2222	40,0000	18,8889	23,3333	7,7778	40,0000
	Median		66,6667	80,0000	83,3333	66,6667	66,6667	66,6667	33,3333	,0000	16,6667	,0000	33,3333	,0000	,0000	,0000	33,3333

Mann-Whitney Test

Ranks				
	Dgx_Groups	N	Mean Rank	Sum of Ranks
IFSF_desejo	ginecologico	12	21,00	252,00
	mama	30	21,70	651,00
	Total	42		
IFSF_excit_subj	ginecologico	12	20,54	246,50
	mama	30	21,88	656,50
	Total	42		
IFSF_lubrificação	ginecologico	12	21,46	257,50
	mama	30	21,52	645,50
	Total	42		
IFSF_orgasmo	ginecologico	12	20,54	246,50
	mama	30	21,88	656,50
	Total	42		
IFSF_satisfação	ginecologico	12	24,29	291,50
	mama	30	20,38	611,50
	Total	42		
IFSF_dor	ginecologico	12	22,38	268,50
	mama	30	21,15	634,50
	Total	42		
IFSF_SCORE	ginecologico	12	21,63	259,50
	mama	30	21,45	643,50
	Total	42		

Test Statistics ^b							
	IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE
Mann-Whitney U	174,000	168,500	179,500	168,500	146,500	169,500	178,500
Wilcoxon W	252,000	246,500	257,500	246,500	611,500	634,500	643,500
Z	-,170	-,321	-,014	-,322	-,946	-,301	-,042
Asymp. Sig. (2-tailed)	,865	,748	,989	,747	,344	,764	,967
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,880 ^a	,752 ^a	,989 ^a	,752 ^a	,356 ^a	,773 ^a	,967 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Dgx_Groups

Mann-Whitney Test

Ranks

	Dgx_Groups	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QLQ_GH_QoL	ginecologico	12	21,04	252,50
	mama	30	21,68	650,50
	Total	42		
QLQ_PF	ginecologico	12	21,96	263,50
	mama	30	21,32	639,50
	Total	42		
QLQ_RF	ginecologico	12	21,50	258,00
	mama	30	21,50	645,00
	Total	42		
QLQ_EF	ginecologico	12	17,58	211,00
	mama	30	23,07	692,00
	Total	42		
QLQ_CF	ginecologico	12	21,83	262,00
	mama	30	21,37	641,00
	Total	42		
QLQ_SF	ginecologico	12	20,00	240,00
	mama	30	22,10	663,00
	Total	42		
QLQ_FA	ginecologico	12	24,08	289,00
	mama	30	20,47	614,00
	Total	42		
QLQ_NV	ginecologico	12	22,71	272,50
	mama	30	21,02	630,50
	Total	42		
QLQ_PA	ginecologico	12	22,54	270,50
	mama	30	21,08	632,50
	Total	42		
QLQ_DY	ginecologico	12	20,54	246,50
	mama	30	21,88	656,50
	Total	42		
QLQ_SL	ginecologico	12	21,42	257,00
	mama	30	21,53	646,00
	Total	42		
QLQ_AP	ginecologico	12	23,92	287,00
	mama	30	20,53	616,00
	Total	42		

QLQ_CO	ginecologico	12	18,58	223,00
	mama	30	22,67	680,00
	Total	42		
QLQ_DI	ginecologico	12	22,63	271,50
	mama	30	21,05	631,50
	Total	42		
QLQ_FI	ginecologico	12	23,00	276,00
	mama	30	20,90	627,00
	Total	42		

Test Statistics^b

	QLQ_GH_QoL	QLQ_PF	QLQ_RF	QLQ_EF	QLQ_CF	QLQ_SF	QLQ_FA	QLQ_NV	QLQ_PA	QLQ_DY	QLQ_SL	QLQ_AP	QLQ_CO	QLQ_DI	QLQ_FI
Mann-Whitney U	174,500	174,500	180,000	133,000	176,000	162,000	149,000	165,500	167,500	168,500	179,000	151,000	145,000	166,500	162,000
Wilcoxon W	252,500	639,500	645,000	211,000	641,000	240,000	614,000	630,500	632,500	246,500	257,000	616,000	223,000	631,500	627,000
Z	-,158	-,155	,000	-1,319	-,113	-,517	-,878	-,507	-,357	-,396	-,029	-,966	-1,107	-,525	-,520
Asymp. Sig. (2-tailed)	,874	,877	1,000	,187	,910	,605	,380	,612	,721	,692	,977	,334	,268	,599	,603
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,880 ^a	,880 ^a	1,000 ^a	,198 ^a	,923 ^a	,631 ^a	,401 ^a	,690 ^a	,731 ^a	,752 ^a	,989 ^a	,433 ^a	,342 ^a	,711 ^a	,631 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Dgx_Groups

			Correlations								
			Idade	Escolaridade	IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,509**	-,498**	-,393*	-,354*	-,405**	-,289	-,244	-,391*
		Sig. (2-tailed)	.	,001	,001	,010	,021	,008	,063	,119	,011
		N	42	41	42	42	42	42	42	42	42
	Escolaridade	Correlation Coefficient	-,509**	1,000	,286	,361*	,165	,378*	,218	,241	,305
		Sig. (2-tailed)	,001	.	,070	,020	,301	,015	,172	,129	,052
		N	41	41	41	41	41	41	41	41	41
	IFSF_desejo	Correlation Coefficient	-,498**	,286	1,000	,817**	,576**	,595**	,582**	,491**	,782**
		Sig. (2-tailed)	,001	,070	.	,000	,000	,000	,000	,001	,000
		N	42	41	42	42	42	42	42	42	42
	IFSF_excit_subj	Correlation Coefficient	-,393*	,361*	,817**	1,000	,664**	,746**	,724**	,535**	,876**
		Sig. (2-tailed)	,010	,020	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	42	41	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_lubrificação	Correlation Coefficient	-,354*	,165	,576**	,664**	1,000	,744**	,541**	,808**	,857**	
	Sig. (2-tailed)	,021	,301	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	
IFSF_orgasmo	Correlation Coefficient	-,405**	,378*	,595**	,746**	,744**	1,000	,777**	,673**	,886**	
	Sig. (2-tailed)	,008	,015	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	
IFSF_satisfação	Correlation Coefficient	-,289	,218	,582**	,724**	,541**	,777**	1,000	,514**	,796**	
	Sig. (2-tailed)	,063	,172	,000	,000	,000	,000	.	,001	,000	
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	
IFSF_dor	Correlation Coefficient	-,244	,241	,491**	,535**	,808**	,673**	,514**	1,000	,807**	
	Sig. (2-tailed)	,119	,129	,001	,000	,000	,000	,001	.	,000	
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	
IFSF_SCORE	Correlation Coefficient	-,391*	,305	,782**	,876**	,857**	,886**	,796**	,807**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,011	,052	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho		Idade	Escolaridade	QLQ_GH_QoL	QLQ_PF	QLQ_RF	QLQ_EF	QLQ_CF	QLQ_SF	QLQ_FA	QLQ_NV	QLQ_PA	QLQ_DY	QLQ_SL	QLQ_AP	QLQ_CO	QLQ_DI	QLQ_FI
Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,509**	-,306*	-,176	-,219	,040	-,057	-,015	,250	,179	,396**	,052	,371	-,047	,114	,178	,078
	Sig. (2-tailed)		,001	,049	,266	,164	,799	,721	,924	,111	,256	,009	,742	,015	,770	,471	,260	,624
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
Escolaridade	Correlation Coefficient	-,509**	1,000	,499**	,392*	,362*	,385*	,344*	,063	-,417**	-,267	-,510**	-,150	-,423**	-,350*	-,187	-,211	-,321**
	Sig. (2-tailed)	,001		,001	,011	,020	,013	,028	,697	,007	,092	,001	,350	,006	,025	,243	,186	,041
	N	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
QLQ_GH_QoL	Correlation Coefficient	-,306*	,499**	1,000	,400**	,536**	,396**	,475**	,255	-,553**	-,219	-,592**	-,080	-,435**	-,141	-,356*	-,066	-,431**
	Sig. (2-tailed)	,049	,001		,009	,000	,009	,001	,103	,000	,163	,000	,614	,004	,374	,021	,676	,004
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_PF	Correlation Coefficient	-,176	,392*	,400**	1,000	,597**	,414**	,431**	,221	-,578**	-,168	-,520**	-,350*	-,360*	-,243	-,304	-,263	-,381**
	Sig. (2-tailed)	,266	,011	,009		,000	,006	,004	,160	,000	,288	,000	,023	,019	,120	,051	,092	,013
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_RF	Correlation Coefficient	-,219	,362*	,536**	,597**	1,000	,565**	,673**	,293	-,780**	-,451**	-,766**	-,499**	-,527**	-,278	-,435**	-,309*	-,435**
	Sig. (2-tailed)	,164	,020	,000	,000		,000	,000	,060	,000	,003	,000	,001	,000	,075	,004	,046	,004
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_EF	Correlation Coefficient	,040	,385*	,396**	,414**	,565**	1,000	,727**	,585**	-,675**	-,448**	-,601**	-,504**	-,475**	-,550**	-,299	-,247	-,609**
	Sig. (2-tailed)	,799	,013	,009	,006	,000		,000	,000	,000	,003	,000	,001	,001	,000	,054	,115	,000
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_CF	Correlation Coefficient	-,057	,344*	,475**	,431**	,673**	,727**	1,000	,643**	-,749**	-,465**	-,597**	-,607**	-,502**	-,556**	-,389*	-,318	-,649**
	Sig. (2-tailed)	,721	,028	,001	,004	,000	,000		,000	,000	,002	,000	,000	,001	,000	,011	,040	,000
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_SF	Correlation Coefficient	-,015	,063	,255	,221	,293	,585**	,643**	1,000	-,470**	-,422**	-,363*	-,542**	-,338*	-,374	-,045	-,325*	-,584**
	Sig. (2-tailed)	,924	,697	,103	,160	,060	,000	,000		,002	,005	,018	,000	,029	,015	,778	,036	,000
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_FA	Correlation Coefficient	,250	-,417**	-,553**	-,578**	-,780**	-,675**	-,749**	-,470**	1,000	,500**	,770**	,482**	,603**	,531**	,236	,270	,506**
	Sig. (2-tailed)	,111	,007	,000	,000	,000	,000	,000	,002		,001	,000	,001	,000	,000	,132	,084	,001
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_NV	Correlation Coefficient	,179	-,267	-,219	-,168	-,451**	-,448**	-,465**	-,422**	,500**	1,000	,521**	,339	,393	,608**	,143	,519**	,319
	Sig. (2-tailed)	,256	,092	,163	,288	,003	,003	,002	,005	,001		,000	,028	,010	,000	,366	,000	,039
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_PA	Correlation Coefficient	,396**	-,510**	-,592**	-,520**	-,766**	-,601**	-,597**	-,363*	,770**	,521**	1,000	,490**	,675**	,278	,458**	,380	,405**
	Sig. (2-tailed)	,009	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,018	,000	,000		,001	,000	,075	,002	,013	,008
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_DY	Correlation Coefficient	,052	-,150	-,080	-,350*	-,499**	-,504**	-,607**	-,542**	,482**	,339	,490**	1,000	,369	,364	,317	,466**	,464**
	Sig. (2-tailed)	,742	,350	,614	,023	,001	,001	,000	,000	,001	,028	,001		,016	,018	,041	,002	,002
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_SL	Correlation Coefficient	,371	-,423**	-,435**	-,360*	-,527**	-,475**	-,502**	-,338*	,603**	,393	,675**	,369	1,000	,349	,401**	,152	,312**
	Sig. (2-tailed)	,015	,006	,004	,019	,000	,001	,001	,029	,000	,010	,000	,016		,023	,009	,337	,045
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_AP	Correlation Coefficient	-,047	-,350*	-,141	-,243	-,278	-,550**	-,556**	-,374	,531**	,608**	,278	,364	,349	1,000	,124	,268	,398**
	Sig. (2-tailed)	,770	,025	,374	,120	,075	,000	,000	,015	,000	,000	,075	,018	,023		,435	,086	,009
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_CO	Correlation Coefficient	,114	-,187	-,356*	-,304	-,435**	-,299	-,389*	-,045	,236	,143	,458**	,317	,401**	,124	1,000	,277	,093
	Sig. (2-tailed)	,471	,243	,021	,051	,004	,054	,011	,778	,132	,366	,002	,041	,009	,435		,076	,557
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_DI	Correlation Coefficient	,178	-,211	-,066	-,263	-,309*	-,247	-,318*	-,325*	,270	,519**	,380	,466**	,152	,268	,277	1,000	,317**
	Sig. (2-tailed)	,260	,186	,676	,092	,046	,115	,040	,036	,084	,000	,013	,002	,337	,086	,076		,041
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_FI	Correlation Coefficient	,078	-,321**	-,431**	-,381*	-,435**	-,609**	-,649**	-,584**	,506**	,319	,405**	,464**	,312**	,398**	,093	,317**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,624	,041	,004	,013	,004	,000	,000	,000	,001	,039	,008	,002	,045	,009	,557	,041	
	N	42	41	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

			Idade	Escolaridade	BRBI	BRSEF	BRSEE	BRFU	BRST	BRBS	BRAS	BRHL
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,509**	-,140	-,531**	-,391	-,020	,158	,256	,293	,053
		Sig. (2-tailed)	.	,001	,462	,003	,059	,917	,405	,172	,116	,850
		N	42	41	30	30	24	30	30	30	30	15
	Escolaridade	Correlation Coefficient	-,509**	1,000	,034	,561**	,436*	,266	-,372*	-,429*	-,190	-,036
		Sig. (2-tailed)	,001	.	,862	,002	,033	,163	,047	,020	,324	,904
		N	41	41	29	29	24	29	29	29	29	14
	BRBI	Correlation Coefficient	-,140	,034	1,000	,411*	,476*	,359	-,185	-,322	-,247	-,073
		Sig. (2-tailed)	,462	,862	.	,024	,019	,051	,328	,082	,188	,796
		N	30	29	30	30	24	30	30	30	30	15
	BRSEF	Correlation Coefficient	-,531**	,561**	,411*	1,000	,863**	,140	-,367*	-,260	-,354	-,074
		Sig. (2-tailed)	,003	,002	,024	.	,000	,460	,046	,165	,055	,792
		N	30	29	30	30	24	30	30	30	30	15
BRSEE	Correlation Coefficient	-,391	,436*	,476*	,863**	1,000	,245	-,238	-,172	-,266	-,179	
	Sig. (2-tailed)	,059	,033	,019	,000	.	,249	,263	,421	,209	,577	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	12	
BRFU	Correlation Coefficient	-,020	,266	,359	,140	,245	1,000	-,187	-,394*	-,045	,035	
	Sig. (2-tailed)	,917	,163	,051	,460	,249	.	,324	,031	,812	,901	
	N	30	29	30	30	24	30	30	30	30	15	
BRST	Correlation Coefficient	,158	-,372*	-,185	-,367*	-,238	-,187	1,000	,575**	,666**	,525*	
	Sig. (2-tailed)	,405	,047	,328	,046	,263	,324	.	,001	,000	,044	
	N	30	29	30	30	24	30	30	30	30	15	
BRBS	Correlation Coefficient	,256	-,429*	-,322	-,260	-,172	-,394*	,575**	1,000	,493**	,145	
	Sig. (2-tailed)	,172	,020	,082	,165	,421	,031	,001	.	,006	,607	
	N	30	29	30	30	24	30	30	30	30	15	
BRAS	Correlation Coefficient	,293	-,190	-,247	-,354	-,266	-,045	,666**	,493**	1,000	,123	
	Sig. (2-tailed)	,116	,324	,188	,055	,209	,812	,000	,006	.	,663	
	N	30	29	30	30	24	30	30	30	30	15	
BRHL	Correlation Coefficient	,053	-,036	-,073	-,074	-,179	,035	,525*	,145	,123	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,850	,904	,796	,792	,577	,901	,044	,607	,663	.	
	N	15	14	15	15	12	15	15	15	15	15	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

			Idade	Escolaridade	OVAB	OVPN	OVHO	OVBI	OVADT	OVCH	OVOSI
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,509**	,949	,949	,800	,632	,775	1,000**	1,000
		Sig. (2-tailed)	.	,001	,051	,051	,200	,368	,225	.	.
		N	42	41	4	4	4	4	4	4	2
	Escolaridade	Correlation Coefficient	-,509**	1,000	-1,000**	-1,000**	-,949	-,500	-,816	-,949	-1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	.	.	.	,051	,500	,184	,051	.
		N	41	41	4	4	4	4	4	4	2
	OVAB	Correlation Coefficient	,949	-1,000**	1,000	1,000**	,949	,500	,816	,949	1,000
		Sig. (2-tailed)	,051	.	.	.	,051	,500	,184	,051	.
		N	4	4	4	4	4	4	4	4	2
	OVPN	Correlation Coefficient	,949	-1,000**	1,000**	1,000	,949	,500	,816	,949	1,000
		Sig. (2-tailed)	,051	.	.	.	,051	,500	,184	,051	.
		N	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVHO	Correlation Coefficient	,800	-,949	,949	,949	1,000	,316	,775	,800	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,200	,051	,051	,051	.	,684	,225	,200	.	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
OVBI	Correlation Coefficient	,632	-,500	,500	,500	,316	1,000	,816	,632	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,368	,500	,500	,500	,684	.	,184	,368	.	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
OVADT	Correlation Coefficient	,775	-,816	,816	,816	,775	,816	1,000	,775	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,225	,184	,184	,184	,225	,184	.	,225	.	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
OVCH	Correlation Coefficient	1,000**	-,949	,949	,949	,800	,632	,775	1,000	1,000	
	Sig. (2-tailed)	.	,051	,051	,051	,200	,368	,225	.	.	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
OVOSI	Correlation Coefficient	1,000**	-1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			Idade	Escolaridade	CXSE	CXBI	CXSVF	CXLYM	CXPN	CXSW	CXSA	CXSEN
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,509**	-,198	,097	,406	,020	,285	,124	,155	,693
		Sig. (2-tailed)	.	,001	,639	,819	,425	,963	,494	,769	,714	,127
		N	42	41	8	8	6	8	8	8	8	6
	Escolaridade	Correlation Coefficient	-,509**	1,000	,032	-,025	-,706	-,778*	-,261	-,628	,160	-,402
		Sig. (2-tailed)	,001	.	,940	,953	,117	,023	,532	,096	,705	,429
		N	41	41	8	8	6	8	8	8	8	6
	CXSE	Correlation Coefficient	-,198	,032	1,000	,155	,232	,047	,162	-,050	,318	,495
		Sig. (2-tailed)	,639	,940	.	,713	,658	,912	,701	,907	,442	,318
		N	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
	CXBI	Correlation Coefficient	,097	-,025	,155	1,000	,899*	-,007	-,255	,494	,429	,396
		Sig. (2-tailed)	,819	,953	,713	.	,015	,988	,542	,214	,288	,437
		N	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXSVF	Correlation Coefficient	,406	-,706	,232	,899*	1,000	,617	-,062	,845*	,207	,488	
	Sig. (2-tailed)	,425	,117	,658	,015	.	,192	,908	,034	,694	,326	
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
CXLYM	Correlation Coefficient	,020	-,778*	,047	-,007	,617	1,000	,380	,474	-,592	,211	
	Sig. (2-tailed)	,963	,023	,912	,988	,192	.	,354	,235	,122	,688	
	N	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6	
CXPN	Correlation Coefficient	,285	-,261	,162	-,255	-,062	,380	1,000	,109	-,204	,527	
	Sig. (2-tailed)	,494	,532	,701	,542	,908	,354	.	,797	,628	,283	
	N	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6	
CXSW	Correlation Coefficient	,124	-,628	-,050	,494	,845*	,474	,109	1,000	,000	,115	
	Sig. (2-tailed)	,769	,096	,907	,214	,034	,235	,797	.	1,000	,828	
	N	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6	
CXSA	Correlation Coefficient	,155	,160	,318	,429	,207	-,592	-,204	,000	1,000	,707	
	Sig. (2-tailed)	,714	,705	,442	,288	,694	,122	,628	1,000	.	,116	
	N	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6	
CXSEN	Correlation Coefficient	,693	-,402	,495	,396	,488	,211	,527	,115	,707	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,127	,429	,318	,437	,326	,688	,283	,828	,116	.	
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo F – Output da análise estatística das correlações entre as dimensões do FSFI e subescalas do QLQ-C30, BR23, OV28 e CX24

Correlations

			IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE	QLQ_GH_QoL	QLQ_PF	QLQ_RF	QLQ_EF	QLQ_CF	QLQ_SF
Spearman's rho	IFSF_desejo	Correlation Coefficient	1,000	,817**	,576*	,595**	,582**	,491**	,782**	,358*	,312*	,220	,175	,166	,132
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,020	,045	,161	,268	,292	,403
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_excit_subj	IFSF_excit_subj	Correlation Coefficient	,817**	1,000	,664**	,746**	,724**	,535**	,876**	,271	,310*	,156	,156	,118	,090
		Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,082	,046	,324	,325	,458	,573
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_lubrificação	IFSF_lubrificação	Correlation Coefficient	,576**	,664**	1,000	,744**	,541**	,808**	,857**	,091	,116	,087	,007	-,004	-,107
		Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,567	,464	,583	,963	,982	,500
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_orgasmo	IFSF_orgasmo	Correlation Coefficient	,595**	,746**	,744**	1,000	,777**	,673**	,886**	,213	,248	,169	-,008	-,032	-,110
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,176	,113	,286	,961	,840	,489
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_satisfação	IFSF_satisfação	Correlation Coefficient	,582**	,724**	,541**	,777**	1,000	,514**	,796**	,145	,333	,236	,101	,018	,025
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,001	,000	,359	,031	,132	,524	,910	,875
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_dor	IFSF_dor	Correlation Coefficient	,491**	,535**	,808**	,673**	,514**	1,000	,807**	,109	,156	,188	,062	,030	-,219
		Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,001		,000	,492	,323	,234	,694	,852	,164
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_SCORE	IFSF_SCORE	Correlation Coefficient	,782**	,876**	,857**	,886**	,796**	,807**	1,000	,227	,251	,159	,085	,037	-,057
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,148	,110	,315	,594	,816	,719
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_GH_QoL	QLQ_GH_QoL	Correlation Coefficient	,358*	,271	,091	,213	,145	,109	,227	1,000	,400**	,536**	,396**	,475**	,255
		Sig. (2-tailed)	,020	,082	,567	,176	,359	,492	,148		,009	,000	,009	,001	,103
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_PF	QLQ_PF	Correlation Coefficient	,312*	,310*	,116	,248	,333	,156	,251	,400**	1,000	,597**	,414**	,431**	,221
		Sig. (2-tailed)	,045	,046	,464	,113	,031	,323	,110	,009		,000	,006	,004	,160
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_RF	QLQ_RF	Correlation Coefficient	,220	,156	,087	,169	,236	,188	,159	,536**	,597**	1,000	,565**	,673**	,293
		Sig. (2-tailed)	,161	,324	,583	,286	,132	,234	,315	,000	,000		,000	,000	,060
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_EF	QLQ_EF	Correlation Coefficient	,175	,156	,007	-,008	,101	,062	,085	,396**	,414**	,565**	1,000	,727**	,585**
		Sig. (2-tailed)	,268	,325	,963	,961	,524	,694	,594	,009	,006	,000		,000	,000
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_CF	QLQ_CF	Correlation Coefficient	,166	,118	-,004	-,032	,018	,030	,037	,475**	,431**	,673**	,727**	1,000	,643**
		Sig. (2-tailed)	,292	,458	,982	,840	,910	,852	,816	,001	,004	,000	,000		,000
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_SF	QLQ_SF	Correlation Coefficient	,132	,090	-,107	-,110	,025	-,219	-,057	,255	,221	,293	,585**	,643**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,403	,573	,500	,489	,875	,164	,719	,103	,160	,060	,000	,000	
		N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho		IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE	QLQ_F A	QLQ_NV	QLQ_PA	QLQ_DY	QLQ_SL	QLQ_AP	QLQ_CO	QLQ_D I	QLQ_FI
IFSF_desejo	Correlation Coefficient	1,000	,817**	,576**	,595**	,582**	,491**	,782**	-.244	-.227	-.257	,033	-.193	-.090	-.089	-.242	-.192
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,119	,149	,100	,836	,220	,571	,575	,123	,223
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_excit_subj	Correlation Coefficient	,817**	1,000	,664**	,746**	,724**	,535**	,876**	-.123	-.186	-.158	-.036	-.130	-.030	,030	-.173	-.348*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,437	,238	,319	,823	,413	,849	,849	,273	,024
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_lubrificação	Correlation Coefficient	,576**	,664**	1,000	,744**	,541**	,808**	,857**	,005	,034	-.048	,055	-.082	,167	,012	-.188	-.226
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,975	,829	,765	,729	,605	,290	,942	,234	,149
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_orgasmo	Correlation Coefficient	,595**	,746**	,744**	1,000	,777**	,673**	,886**	-.044	-.116	-.226	-.046	-.066	,120	-.009	-.206	-.183
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,783	,465	,149	,773	,678	,447	,955	,190	,245
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_satisfação	Correlation Coefficient	,582**	,724**	,541**	,777**	1,000	,514**	,796**	-.070	-.067	-.289	-.042	-.106	,209	,008	-.108	-.229
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,001	,000	,661	,675	,063	,791	,504	,185	,958	,497	,145
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_dor	Correlation Coefficient	,491**	,535**	,808**	,673**	,514**	1,000	,807**	-.048	-.146	-.176	,098	-.156	-.007	-.191	-.211	-.168
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,001		,000	,764	,357	,266	,539	,325	,964	,227	,179	,288
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
IFSF_SCORE	Correlation Coefficient	,782**	,876**	,857**	,886**	,796**	,807**	1,000	-.062	-.117	-.200	,013	-.109	,101	-.044	-.223	-.248
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,698	,459	,203	,937	,492	,523	,781	,157	,114
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_FA	Correlation Coefficient	-.244	-.123	,005	-.044	-.070	-.048	-.062	1,000	,500**	,770**	,482**	,603**	,531**	,236	,270	,506**
	Sig. (2-tailed)	,119	,437	,975	,783	,661	,764	,698		,001	,000	,001	,000	,000	,132	,084	,001
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_NV	Correlation Coefficient	-.227	-.186	,034	-.116	-.067	-.146	-.117	,500**	1,000	,521**	,339*	,393*	,608**	,143	,519**	,319*
	Sig. (2-tailed)	,149	,238	,829	,465	,675	,357	,459	,001		,000	,028	,010	,000	,366	,000	,039
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_PA	Correlation Coefficient	-.257	-.158	-.048	-.226	-.289	-.176	-.200	,770**	,521**	1,000	,490**	,675**	,278	,458**	,380**	,405**
	Sig. (2-tailed)	,100	,319	,765	,149	,063	,266	,203	,000	,000		,001	,000	,075	,002	,013	,008
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_DY	Correlation Coefficient	,033	-.036	,055	-.046	-.042	,098	,013	,482**	,339*	,490**	1,000	,369*	,364*	,317*	,466**	,464**
	Sig. (2-tailed)	,836	,823	,729	,773	,791	,539	,937	,001	,028	,001		,016	,018	,041	,002	,002
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_SL	Correlation Coefficient	-.193	-.130	-.082	-.066	-.106	-.156	-.109	,603**	,393*	,675**	,369*	1,000	,349*	,401**	,152	,312*
	Sig. (2-tailed)	,220	,413	,605	,678	,504	,325	,492	,000	,010	,000	,016		,023	,009	,337	,045
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_AP	Correlation Coefficient	-.090	-.030	,167	,120	,209	-.007	,101	,531**	,608**	,278	,364*	,349*	1,000	,124	,268	,398**
	Sig. (2-tailed)	,571	,849	,290	,447	,185	,964	,523	,000	,000	,075	,018	,023		,435	,086	,009
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_CO	Correlation Coefficient	-.089	,030	,012	-.009	,008	-.191	-.044	,236	,143	,458**	,317*	,401**	,124	1,000	,277	,093
	Sig. (2-tailed)	,575	,849	,942	,955	,958	,227	,781	,132	,366	,002	,041	,009	,435		,076	,557
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_DI	Correlation Coefficient	-.242	-.173	-.188	-.206	-.108	-.211	-.223	,270	,519**	,380*	,466**	,152	,268	,277	1,000	,317*
	Sig. (2-tailed)	,123	,273	,234	,190	,497	,179	,157	,084	,000	,013	,002	,337	,086	,076		,041
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
QLQ_FI	Correlation Coefficient	-.192	-.348*	-.226	-.183	-.229	-.168	-.248	,506**	,319*	,405**	,464**	,312*	,398**	,093	,317*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,223	,024	,149	,245	,145	,288	,114	,001	,039	,008	,002	,045	,009	,557	,041	
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho		IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE	BRBI	BRSEF	BRSEE	BRFU	BRST	BRBS	BRAS	BRHL
IFSF_desejo	Correlation Coefficient	1,000	,817**	,576*	,595	,582**	,491	,782**	,524	,825**	,876**	,300	-,488**	-,424	-,489	-,168
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,003	,000	,000	,107	,006	,020	,006	,551
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
IFSF_excit_subj	Correlation Coefficient	,817**	1,000	,664**	,746**	,724**	,535**	,876**	,399	,838**	,879**	,364	-,461*	-,287	-,421*	-,413
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,029	,000	,000	,048	,010	,124	,021	,126
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
IFSF_lubrificação	Correlation Coefficient	,576**	,664**	1,000	,744**	,541**	,808**	,857**	,298	,606**	,639**	,153	-,286	-,284	-,293	-,617*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,110	,000	,001	,418	,125	,129	,116	,014
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
IFSF_orgasmo	Correlation Coefficient	,595**	,746**	,744**	1,000	,777**	,673**	,886**	,160	,570**	,617**	,249	-,235	-,267	-,203	-,459
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,399	,001	,001	,184	,212	,153	,283	,085
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
IFSF_satisfação	Correlation Coefficient	,582**	,724**	,541**	,777**	1,000	,514**	,796**	,280	,586**	,573**	,295	-,285	-,290	-,384*	-,312
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,001	,000	,134	,001	,003	,114	,126	,120	,036	,258
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
IFSF_dor	Correlation Coefficient	,491**	,535**	,808**	,673**	,514**	1,000	,807**	,151	,600**	,609**	,135	-,338	-,393*	-,236	-,552*
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,001		,000	,425	,000	,002	,476	,067	,032	,208	,033
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
IFSF_SCORE	Correlation Coefficient	,782**	,876**	,857**	,886**	,796**	,807**	1,000	,353	,787**	,878**	,293	-,397*	-,338	-,344	-,507
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,055	,000	,000	,116	,030	,067	,063	,054
	N	42	42	42	42	42	42	42	30	30	24	30	30	30	30	15
BRBI	Correlation Coefficient	,524**	,399	,298	,160	,280	,151	,353	1,000	,411	,476	,359	-,185	-,322	-,247	-,073
	Sig. (2-tailed)	,003	,029	,110	,399	,134	,425	,055		,024	,019	,051	,328	,082	,188	,796
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	24	30	30	30	30	15
BRSEF	Correlation Coefficient	,825**	,838**	,606**	,570**	,586**	,600**	,787**	,411	1,000	,863**	,140	-,367*	-,260	-,354	-,074
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,001	,000	,000	,024		,000	,460	,046	,165	,055	,792
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	24	30	30	30	30	15
BRSEE	Correlation Coefficient	,876**	,879**	,639**	,617**	,573**	,609**	,878**	,476	,863**	1,000	,245	-,238	-,172	-,266	-,179
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,001	,003	,002	,000	,019	,000		,249	,263	,421	,209	,577
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	12
BRFU	Correlation Coefficient	,300	,364	,153	,249	,295	,135	,293	,359	,140	,245	1,000	-,187	-,394*	-,045	,035
	Sig. (2-tailed)	,107	,048	,418	,184	,114	,476	,116	,051	,460	,249		,324	,031	,812	,901
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	24	30	30	30	30	15
BRST	Correlation Coefficient	-,488**	-,461*	-,286	-,235	-,285	-,338	-,397*	-,185	-,367*	-,238	-,187	1,000	,575**	,666**	,525*
	Sig. (2-tailed)	,006	,010	,125	,212	,126	,067	,030	,328	,046	,263	,324		,001	,000	,044
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	24	30	30	30	30	15
BRBS	Correlation Coefficient	-,424	-,287	-,284	-,267	-,290	-,393*	-,338	-,322	-,260	-,172	-,394*	,575**	1,000	,493**	,145
	Sig. (2-tailed)	,020	,124	,129	,153	,120	,032	,067	,082	,165	,421	,031	,001		,006	,607
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	24	30	30	30	30	15
BRAS	Correlation Coefficient	-,489**	-,421*	-,293	-,203	-,384*	-,236	-,344	-,247	-,354	-,266	-,045	,666**	,493**	1,000	,123
	Sig. (2-tailed)	,006	,021	,116	,283	,036	,208	,063	,188	,055	,209	,812	,000	,006		,663
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	24	30	30	30	30	15
BRHL	Correlation Coefficient	-,168	-,413	-,617*	-,459	-,312	-,552*	-,507	-,073	-,074	-,179	,035	,525**	,145	,123	1,000
	Sig. (2-tailed)	,551	,126	,014	,085	,258	,033	,054	,796	,792	,577	,901	,044	,607	,663	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	12	15	15	15	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho		IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE	OVAB	OVPN	OVHO	OVBI	OVADT	OVCH	OVOSI
IFSF_desejo	Correlation Coefficient	1,000	,817**	,576**	,595**	,582**	,491**	,782**	,056	,056	,316	-,778	-,272	-,211	1,000
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,944	,944	,684	,222	,728	,789	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
IFSF_excit_subj	Correlation Coefficient	,817**	1,000	,664**	,746**	,724**	,535**	,876**	-,105	-,105	,200	-,738	-,258	-,400	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,895	,895	,800	,262	,742	,600	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
IFSF_lubrificação	Correlation Coefficient	,576**	,664**	1,000	,744**	,541**	,808**	,857**	,738	,738	,800	-,211	,258	,600	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,262	,262	,200	,789	,742	,400	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
IFSF_orgasmo	Correlation Coefficient	,595**	,746**	,744**	1,000	,777**	,673**	,886**	,056	,056	,316	-,778	-,272	-,211	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,944	,944	,684	,222	,728	,789	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
IFSF_satisfação	Correlation Coefficient	,582**	,724**	,541**	,777**	1,000	,514**	,796**	,105	,105	,400	-,211	,258	-,200	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,001	,000	,895	,895	,600	,789	,742	,800	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
IFSF_dor	Correlation Coefficient	,491**	,535**	,808**	,673**	,514**	1,000	,807**	,738	,738	,600	,105	,258	,800	1,000
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,001		,000	,262	,262	,400	,895	,742	,200	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
IFSF_SCORE	Correlation Coefficient	,782**	,876**	,857**	,886**	,796**	,807**	1,000	,738	,738	,800	-,211	,258	,600	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,262	,262	,200	,789	,742	,400	
	N	42	42	42	42	42	42	42	4	4	4	4	4	4	2
OVAB	Correlation Coefficient	,056	-,105	,738	,056	,105	,738	,738	1,000	1,000**	,949	,500	,816	,949	1,000
	Sig. (2-tailed)	,944	,895	,262	,944	,895	,262	,262			,051	,500	,184	,051	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVPN	Correlation Coefficient	,056	-,105	,738	,056	,105	,738	,738	1,000**	1,000	,949	,500	,816	,949	1,000
	Sig. (2-tailed)	,944	,895	,262	,944	,895	,262	,262			,051	,500	,184	,051	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVHO	Correlation Coefficient	,316	,200	,800	,316	,400	,600	,800	,949	,949	1,000	,316	,775	,800	1,000
	Sig. (2-tailed)	,684	,800	,200	,684	,600	,400	,200	,051	,051		,684	,225	,200	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVBI	Correlation Coefficient	-,778	-,738	-,211	-,778	-,211	,105	-,211	,500	,500	,316	1,000	,816	,632	1,000
	Sig. (2-tailed)	,222	,262	,789	,222	,789	,895	,789	,500	,500	,684		,184	,368	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVADT	Correlation Coefficient	-,272	-,258	,258	-,272	,258	,258	,258	,816	,816	,775	,816	1,000	,775	1,000
	Sig. (2-tailed)	,728	,742	,742	,728	,742	,742	,742	,184	,184	,225	,184		,225	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVCH	Correlation Coefficient	-,211	-,400	,600	-,211	-,200	,800	,600	,949	,949	,800	,632	,775	1,000	1,000
	Sig. (2-tailed)	,789	,600	,400	,789	,800	,200	,400	,051	,051	,200	,368	,225		
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
OVOSI	Correlation Coefficient	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000
	Sig. (2-tailed)														
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Spearman's rho		IFSF_desejo	IFSF_excit_subj	IFSF_lubrificação	IFSF_orgasmo	IFSF_satisfação	IFSF_dor	IFSF_SCORE	CXSE	CXBI	CXSVF	CXLYM	CXPN	CXSW	CXSA	CXSEN
IFSF_desejo	Correlation Coefficient	1,000	,817**	,576**	,595**	,582**	,491**	,782**	-,329	,248	-,088	,363	,130	,312	-,318	-,503
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,426	,553	,868	,377	,759	,452	,442	,310
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
IFSF_excit_subj	Correlation Coefficient	,817**	1,000	,664**	,746**	,724**	,535**	,876**	-,415	,099	-,029	,494	-,129	,169	-,474	-,594
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,306	,816	,957	,213	,761	,689	,235	,214
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
IFSF_lubrificação	Correlation Coefficient	,576**	,664**	1,000	,744**	,541**	,808**	,857**	,066	-,097	-,395	,049	-,068	-,258	,207	-,311
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,877	,819	,439	,908	,874	,537	,623	,548
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
IFSF_orgasmo	Correlation Coefficient	,595**	,746**	,744**	1,000	,777**	,673**	,886**	-,163	,184	-,029	,398	-,192	-,077	-,354	-,594
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,701	,663	,957	,328	,648	,856	,390	,214
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
IFSF_satisfação	Correlation Coefficient	,582**	,724**	,541**	,777**	1,000	,514**	,796**	-,309	,517	,278	,406	,101	,450	-,207	-,211
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,001	,000	,456	,190	,594	,319	,811	,264	,623	,688
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
IFSF_dor	Correlation Coefficient	,491**	,535**	,808**	,673**	,514**	1,000	,807**	,544	,025	-,177	,276	,292	-,241	,080	,101
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,001		,000	,163	,953	,738	,509	,482	,565	,851	,850
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
IFSF_SCORE	Correlation Coefficient	,782**	,876**	,857**	,886**	,796**	,807**	1,000	-,368	,193	-,086	,300	-,126	,165	-,231	-,683
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,369	,647	,872	,470	,766	,696	,581	,135
	N	42	42	42	42	42	42	42	8	8	6	8	8	8	8	6
CXSE	Correlation Coefficient	-,329	-,415	,066	-,163	-,309	,544	-,368	1,000	,155	,232	,047	,162	-,050	,318	,495
	Sig. (2-tailed)	,426	,306	,877	,701	,456	,163	,369		,713	,658	,912	,701	,907	,442	,318
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXBI	Correlation Coefficient	,248	,099	-,097	,184	,517	,025	,193	,155	1,000	,899	-,007	-,255	,494	,429	,396
	Sig. (2-tailed)	,553	,816	,819	,663	,190	,953	,647	,713		,015	,988	,542	,214	,288	,437
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXSVF	Correlation Coefficient	-,088	-,029	-,395	-,029	,278	-,177	-,086	,232	,899	1,000	,617	-,062	,845	,207	,488
	Sig. (2-tailed)	,868	,957	,439	,957	,594	,738	,872	,658	,015		,192	,908	,034	,694	,326
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
CXLYM	Correlation Coefficient	,363	,494	,049	,398	,406	,276	,300	,047	-,007	,617	1,000	,380	,474	-,592	,211
	Sig. (2-tailed)	,377	,213	,908	,328	,319	,509	,470	,912	,988	,192		,354	,235	,122	,688
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXPN	Correlation Coefficient	,130	-,129	-,068	-,192	,101	,292	-,126	,162	-,255	-,062	,380	1,000	,109	-,204	,527
	Sig. (2-tailed)	,759	,761	,874	,648	,811	,482	,766	,701	,542	,908	,354		,797	,628	,283
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXSW	Correlation Coefficient	,312	,169	-,258	-,077	,450	-,241	,165	-,050	,494	,845	,474	,109	1,000	,000	,115
	Sig. (2-tailed)	,452	,689	,537	,856	,264	,565	,696	,907	,214	,034	,235	,797		1,000	,828
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXSA	Correlation Coefficient	-,318	-,474	,207	-,354	-,207	,080	-,231	,318	,429	,207	-,592	-,204	,000	1,000	,707
	Sig. (2-tailed)	,442	,235	,623	,390	,623	,851	,581	,442	,288	,694	,122	,628	1,000		,116
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	6
CXSEN	Correlation Coefficient	-,503	-,594	-,311	-,594	-,211	,101	-,683	,495	,396	,488	,211	,527	,115	,707	1,000
	Sig. (2-tailed)	,310	,214	,548	,214	,688	,850	,135	,318	,437	,326	,688	,283	,828	,116	
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).