CEFET/RJ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE PARA A FASE DE SOBREVIVÊNCIA DO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

Luciane Machado Pizetta

Tese de Doutorado apresentada ao Programa/Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Engenharia de Produção e Sistemas do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

Orientador: D.Sc. Augusto da Cunha Reis
Coorientadora: D.Sc. Mirian Picinini Méxas

Rio de Janeiro
Junho 2023

GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE PARA A FASE DA SOBREVIVÊNCIA DO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

Exame de qualificação apresentado ao Programa/Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Engenharia de Produção e Sistemas do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

Luciane Machado Pizetta

Banca Examinadora:

_____

Professor Dr. Augusto da Cunha Reis (Orientador – CEFET/RJ)

_____

Professora Dra. Mirian Picinini Méxas (UFF - Coorientadora)

_____

Professor Dr. Pedro Senna Vieira (CEFET/RJ)

_____

Professor Dr. Annibal Scavarda (CEFET/RJ)

_____

Professora Dra. Graciele Oroski Paes (UFRJ/RJ)

_____

Professor Dr. Mario Jorge Sobreira da Silva (INCA)

Rio de Janeiro
Junho 2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do CEFET/RJ

RESUMO

As pacientes que passaram pelo tratamento do câncer sofrem com inúmeras queixas em diversos domínios sejam eles físicos, psicológicos, psicossociais e na saúde sexual. Ressalta-se que não há protocolos médicos científicos validados ou gestão de políticas públicas de saúde que possam atender a essas inúmeras e urgentes demandas da fase da sobrevivência do pós-tratamento. Diante disso, esse estudo teve como objetivo elaborar diretrizes estratégicas para gestão de saúde para a fase da sobrevivência do pós-tratamento do câncer ginecológico. Esse estudo de natureza quali-quantitativa foi realizado no Hospital do Câncer II pertencente ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) e conduzido em quatro etapas: Revisão integrativa da literatura de acordo com as diretrizes do Protocolo PRISMA em seis bases de dados eletrônicas (*Scopus, Web of Science, LILACS, MEDLINE, PsychINFO e EMBASE)*, a segunda etapa realizou-se uma abordagem qualitativa com vinte e cinco (25) mulheres pacientes sobreviventes do câncer ginecológico para descreverem livremente as queixas e dificuldades que enfrentaram após o tratamento; a etapa seguinte realizou-se uma abordagem quantitativa com aplicação de questionários para uma amostra de 33 (trinta e três) profissionais de saúde de diversas especialidades pertencentes ao INCA com objetivo de investigar as práticas de cuidados e estratégias adotadas para a fase de sobrevivência do pós-tratamento; e por fim, realizou-se uma abordagem quantitativa com aplicação de questionário científico validado denominado EORTC QLQ-SH22 para duzentos e trinta e oito (238) pacientes com idades entre 18 e 59 anos que terminaram o tratamento ativo do câncer e encontravam-se na fase de sobrevivência do pós-tratamento cujo objetivo foi aplicar esse questionário de forma pioneira para a realidade das mulheres brasileiras. Os resultados obtidos revelaram que 45,2% das pacientes tiveram problemas após o tratamento do câncer e 45% dos profissionais de saúde relataram que não discutiam as questões sobre a saúde sexual. Pode-se concluir, que as sobreviventes da fase pós-tratamento enfrentam diversas barreiras e lacunas na prestação de cuidados de saúde, nesse sentido, as diretrizes estratégicas pesquisadas nesse estudo podem subsidiar o conhecimento científico para gestores de saúde, bem como, possibilitar uma visão holística gerencial que possa pautar seus planejamentos e ações gerenciais.

Palavras-chave: Gestão de Saúde; Câncer Ginecológico; Sobrevivência; Saúde sexual.

ABSTRACT

Patients who have received cancer treatment suffer from numerous complaints in different areas, including physical, psychological, psychosocial and sexual health. It is noted that there are no validated scientific medical protocols or public health policy management that can address these many and severe requirements of the post-treatment survivorship phase. Therefore, this study aimed at developing a framework for health management with strategies for sexual health care in the survivorship phase after gynecological cancer treatment. This qualitative-quantitative study was conducted at the do Cancer II Hospital of the National Cancer Institute, and conducted in four steps: 1. Systematic review of the literature according to the guidelines of the PRISMA Protocol in six electronic databases (Scopus, Web of Science, LILACS, MEDLINE, PsychINFO and EMBASE) with a selection of studies published between 2010 and 2020; 2. a qualitative approach with 25 survivors to freely describe the complaints and practical difficulties they experienced after treatment; 3. Quantitative approach with questionnaires with 33 health professionals from various specialties belonging to the National Cancer Institute to investigate technical knowledge and care strategies that are offered to patients in the post-survival phase treatment; 4. Quantitative approach with application of a questionnaire called EORTC QLQ-SH22 for 238 patients aged 18 to 59, who were in the post-treatment survivorship phase, and aimed to identify the main complaints that affect sexual health. The method used for the qualitative approach was content analysis and in quantitative methods both descriptive and inferential statistical methods were used. The results showed that 45.2% of patients had problems after cancer treatment, and 45% of healthcare professionals indicated that they did not discuss sexual health problems with them. We may conclude that survivors of the post-treatment phase face several barriers, however, with the dissemination of knowledge as a framework structure, may reduce gaps and increase awareness of the development of effective approaches to provide a better quality of life.

Keywords: Health Management; Gynecological Cancer; Survivorship; Sexual Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Principais queixas das pacientes na fase da sobrevivência pós-tratamento.....52

Tabela 2 Características sociodemográficas e clínicas das pacientes participantes.....69

Tabela 3 Resultados análise descritiva e escalas do questionário EORCT QLQ-SH-22.....71

Tabela 4 Resultados análise fatorial confirmatória do questionário EORCT QLQ-SH-22.....72

Tabela 5 Frequência sexual e satisfação das pacientes após o tratamento oncológico com itens do questionário EORCT QLQ-SH-22.....73

Tabela 6 Razões para problemas e disfunção sexual das pacientes com itens do questionário EORCT QLQ-SH-22.....74

Tabela 7 Características sociodemográficas dos profissionais de saúde.....75

Tabela 8 Questionário discussão sexual com profissionais de saúde.....76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Termos de pesquisa e estratégias de busca 32
Quadro 2 Critérios de inclusão e exclusão de artigos selecionados 33
Quadro 3 Critérios de inclusão e exclusão das pacientes entrevistadas.....35
Quadro 4 Roteiro de perguntas de entrevista com pacientes.....36
Quadro 5 Características e principais conclusões dos estudos incluídos.....44
Quadro 6 Matrix de estratégias de cuidados para saúde sexual após tratamento do câncer ginecológico.....58
Quadro 7 Características das pacientes estudo qualitativo.....61
Quadro 8 Perguntas realizadas na entrevista qualitativa.....63
Quadro 9 Categorias, subcategorias e citações das pacientes participantes.....64
Quadro 10 Métodos utilizados durante o desenvolvimento do *framework*.....86

LISTA DE FIGURA

Figura 1 Etapas metodológicas da tese.....31
Figura 2 Fluxograma do processo de pesquisa.....42
Figura 3 Organograma da seleção das pacientes participantes do estudo.....69
Figura 4 *Framework* gestão de saúde.....87

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Principais motivos dos profissionais de saúde para não abordar saúde sexual com as pacientes.....77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CSN - Cuidados de Suporte de Necessidades

DECS - Descritores em Ciência da Saúde

EORTC SHQ-22 - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*

HC II – Hospital do Câncer II

INCA – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

MASCC - Associação Multinacional de Cuidados de Suporte em Câncer

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Tecnologia da Informação

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

Introdução.....14
Contexto geral.....14
Motivação e relevância do tema.....16
Declaração do problema de pesquisa.....16
Objetivos.....17
Objetivo geral.....17
Objetivos específicos.....17
Contribuições da tese.....17
Delimitação da pesquisa.....18
1. Referencial Teórico.....19
1.1 Câncer e sexualidade.....19
1.2 Cuidados de suporte das necessidades na sobrevivência pós-câncer.....24
1.3 Fatores psicossociais dos sobreviventes de câncer.....26
2. Metodologia.....30
2.1 Desenho das etapas do estudo.....30
2.2 Cenário do estudo.....32
2.3 Metodologia etapa 1: Revisão integrativa da literatura.....32
2.3.1 Estratégias de busca.....32
2.4 Metodologia etapa 2: Abordagem qualitativa.....34
2.4.1 Etapa 2: Abordagem qualitativa pacientes.....34
2.4.1.1 Projeto de estudo.....34
2.4.1.2 Amostragem dos participantes.....34
2.4.1.3 Coleta de dados.....35
2.4.1.4 Análise de dados.....37
2.4.1.5 Confiabilidade das descobertas.....37
2.5 Metodologia etapa 3: Abordagem quantitativa.....38
2.5.1 Metodologia etapa 3: Abordagem quantitativa pacientes.....38
2.5.1.1 Participantes, amostra e período de realização.....38
2.5.1.2 Instrumento de coleta de dados.....38
2.5.1.3 Coleta de dados.....39

2.5.1.4 Análise de dados....39
2.5.2 Metodologia etapa 3: Abordagem quantitativa profissionais de saúde....40
2.5.2.1 Participantes, amostra e período de realização....40
2.5.2.2 Instrumento e coleta de dados....40
2.5.2.3 Análise de dados....41
2.6 Considerações éticas....41
3. Resultados....42
3.1 Resultados etapa 1: Revisão integrativa da literatura....42
3.1.1 Seleção dos estudos....42
3.1.2 Características dos estudos....43
3.1.3 Principais queixas na saúde sexual após o tratamento do câncer ginecológico..50
3.1.4 Principais estratégias de cuidados para queixas na saúde sexual após o tratamento do câncer ginecológico....55
3.2 Resultados etapa 2: Abordagem qualitativa pacientes....60
3.3 Categorias do questionário....66
3.3.1 Dificuldades da sobrevivente pós-tratamento....66
3.3.2 Cuidados e assistência à saúde....67
3.3.3 Aspectos psicossociais....68
3.4 Resultados etapa 3: Abordagem quantitativa....68
3.4.1 Resultados etapa 3: Pesquisa quantitativa pacientes....68
3.4.2 Resultados etapa 3: Pesquisa quantitativa profissionais de saúde....74
3.4.2.1 Sexualidade na prática médica e assistencial....75
4. Discussão....78
5. Ditrizes estratégicas para gestão de saúde para a fase do pós-tratamento do câncer....83
5.1 Identificação dos componentes da estrutura....83
5.1.1 Entrada *(input)*....86
5.1.2 Processo....88
5.1.3 Saída *(output)*....92
6 Conclusão....93
Referências....94
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido....108

APÊNDICE B: Parecer Comitê de Ética do INCA.....110
APENDICE C: Questionário Pacientes - EORTC QLQ-SH22 - Saúde sexual.....111
APENDICE D: Questionário profissionais de saúde.....114

Introdução

Contexto geral

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte entre mulheres na América Latina, com média de 35,7 mil mulheres a cada ano (*World Health Organization*, 2023) no Brasil na região sudeste representa o sexto tipo de tumor com maior incidência de casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2023). Apesar do elevado número de casos da doença, a detecção precoce e o tratamento realizado no estágio inicial possibilitaram significativas chances de cura e elevou a sobrevida pós-tratamento (KAMGA *et al.,* 2018; HARRIS, 2019; ASHMORE *et al.,* 2020; KIM *et al.,* 2020; SHIN *et al.,* 2020).

Mesmo com o fim do tratamento e a doença em seu estado inativo, as reações adversas aos medicamentos e toxidades provenientes das terapias têm efeitos prolongados, com sequelas que abrangem aspectos físicos e/ou psicológicos, que ao final, trazem um impacto negativo na vida dos pacientes (MAGUIRE *et al.,* 2015; GÖTZE *et al.,* 2020).

A saúde sexual é um aspecto essencial para a qualidade de vida (MCCALLUM *et al.,* 2017; ABBOTT-ANDERSEN *et al.,* 2019) e em decorrência do agressivo tratamento recebido, estima-se que 40% das pacientes com câncer ginecológico relatam dificuldades sexuais crônicas e angustiantes mesmo após 12 meses do fim do tratamento (FISCHER *et al.,* 2019; GÖTZE *et al.,* 2020). As disfunções sexuais afetam negativamente o relacionamento com os seus parceiros, o que pode levar a um distanciamento emocional entre eles (VERMEER *et al.,* 2015; AFIYANTI *et al.,* 2020).

Stabile *et al.* (2017) realizaram uma pesquisa com pacientes sobreviventes do câncer ginecológico e mama, e da amostra de 218 participantes 74% demonstraram que a comunicação com os profissionais de oncologia em relação às questões sexuais era importante, mas poucas haviam recebido informações esclarecedoras sobre o tema (STABILE *et al.,* 2017). Outros estudos abordam a dificuldade das pacientes para que tenham uma abertura de diálogo com seus médicos para questões que envolvem a sexualidade, e isto seja durante ou pós-tratamento, o que representa uma lacuna preocupante na prestação de cuidados de saúde (SCHOFIELD *et al.,* 2013; CHAPMAN *et al.,* 2019).

Diversas vezes são discutidos entre paciente e os profissionais de saúde os efeitos colaterais dos medicamentos, procedimentos cirúrgicos, para as questões sexuais, muitas

mulheres não recebem informações adequadas (ROBERTS *et al.,* 2020). Na prática, as pacientes recorrem ao médico oncologista para resolver seus problemas de saúde, e estes por sua vez, não são especializados nos cuidados de suporte, especialmente na questão da saúde sexual, sendo necessário o encaminhamento da paciente para outros especialistas, o que ocasiona um recebimento de cuidados fragmentados (BUZAGLO *et al.,* 2020; SHIN *et al.,* 2020).

Temas como “sobrevivência ao câncer” e “suporte de cuidados de necessidades” têm sido cada vez mais publicados, e pesquisas são direcionadas para esses temas com abordagem da sexualidade (PLOTTI *et al.,* 2018; FISCHER *et al.,* 2019; FRIMER *et al.,* 2019; MILLMAN *et al.*, 2020; ROBERTS *et al.,* 2020); enfoque no câncer ginecológico (HARRIS *et al.,* 2019; HUBBS *et al.*, 2019; LOKICH, 2019); disfunções na saúde sexual após câncer (SEKSE *et al.,* 2019; GÖTZE *et al.*, 2020; LEE; CARTMELL, 2020), e por fim, estudos de artigos de revisão sistemática da literatura com enfoque para sintetizar as evidências com relação às necessidades de cuidados de suporte de mulheres que vivem com e além do câncer, e intervenções psicoeducacionais para melhorar qualidade de vida das pacientes (MAGUIRE *et al.,* 2015; CHOW *et al.,* 2016; BEESLEY *et al.,* 2019).

Para compreender e aprofundar o conhecimento da experiência do câncer ginecológico pós-tratamento, bem como, planejar e melhorar os serviços médicos que as pacientes necessitam receber são passos fundamentais que precisam ser realizados através dos estudos (CHOW *et al.,* 2016; KIM *et al.,* 2020). Entretanto, embora muito se saiba sobre os impactos físicos, psicológicos e sexuais dos cânceres ginecológicos e seu tratamento, a maioria das pesquisas se concentrou nos efeitos combinados de todas as modalidades de tratamento, e pouco se sabe sobre o estado de saúde das mulheres, bem-estar e necessidades de suporte (LOPEZ *et al.,* 2019).

Nesse sentido, neste estudo, pretende-se compreender a experiência de sobrevivência da fase pós-tratamento, com enfoque na análise brasileira do câncer do trato ginecológico feminino, visto que, pode auxiliar nas tomadas de decisões sejam elas gestão e médicas, para observar e identificar as pacientes com maior probabilidade de cuidados de saúde. Em segundo lugar, a possibilidade de elaborar um *framework* de intervenções de cuidados de saúde apropriadas, oportunas e direcionadas para melhor apoiar aqueles que precisam de ajuda.

Motivação e relevância do tema

Este estudo deu enfoque à gestão de saúde por quatro principais motivos. Primeiro, o câncer ginecológico pode ser considerado um problema de saúde pública, e conforme dados de estimativas sobre a doença o colo do útero é o terceiro tipo mais comum em diagnóstico entre as mulheres no país (INCA, 2023) com consequências negativas sejam nos aspectos físico, psíquico e social.

Segundo, há um crescente número de pacientes sobreviventes de câncer, e isto pode ser devido dentre outras razões, ao avanço e aprimoramento das técnicas no tratamento da doença; sendo assim, é necessário compreender os fenômenos que acometem as sobreviventes do câncer ginecológico, dentre diversos aspectos que podem ser abordados, direcionar para saúde sexual, particularmente após o fim do tratamento.

Terceiro, contribuição para literatura acadêmica. Percebe-se que os estudos com questões de suporte de cuidados de saúde para as sobreviventes do câncer ginecológico tratadas em serviço público de saúde são pouco discutidos, o que possibilita um importante tema acadêmica a ser explorado.

Quarto, a oportunidade de contribuição para gestão da saúde. Diante das diversas necessidades e dificuldades que as pacientes pós-tratamento oncológico enfrentam, é importante que os gestores de saúde obtenham o conhecimento das inúmeras queixas que as pacientes relatam. Assim, possam planejar e oferecer ações de cuidados que priorizem essas necessidades, e as sobreviventes do câncer possam ter acesso ao atendimento com infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados, bem como, maior embasamento para tomada de decisões em prol da atenção integral de cuidados de suporte de saúde.

Declaração do problema de pesquisa

Diversos problemas afligem as mulheres sobreviventes do câncer ginecológico, porém, a questão da sexualidade é um dos mais comuns e angustiantes, principalmente porque é pouco discutido, seja com os profissionais de saúde, ou pelas próprias pacientes, sejam por razões religiosas, filosóficas e até mesmo timidez para abordar o assunto (HARRIS *et al.*, 2019).

Por isso, dispor de informações médicas personalizadas sobre as queixas e autocuidados eficazes, pode levar a um melhor enfrentamento dos sintomas adversos que acometem as pacientes (JOHNSTON *et al.,* 2021). Além disso, consultas educacionais realizadas pela equipe de profissionais de saúde, podem proporcionar redução do sofrimento e menor número de idas às consultas aos centros de saúde (VERMEER *et al.,* 2015).

Assim, apesar dos inúmeros problemas de saúde sexual que impactam na qualidade de vida das sobreviventes, muitas necessidades não são adequadamente atendidas, e tampouco, há um protocolo específico de cuidados que possa ser oferecido a essas pacientes. Dessa maneira, compreender e aprofundar estudos baseados em evidências científicas, podem ajudar as equipes multiprofissionais de saúde a tomar medidas centradas para melhorar esses serviços de cuidados.

Diante da situação problema aqui exposta, surgem as seguintes questões de pesquisa: Quais as principais queixas que as pacientes relatam após o tratamento do câncer ginecológico? Quais estratégias de gestão de saúde podem ser oferecidas a essa população?

Objetivos

Objetivo Geral

Elaboração de gestão estratégica de saúde para a fase da sobrevivência do pós-tratamento do câncer ginecológico.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar publicações através de revisão integrativa na literatura sobre as principais queixas e sintomas nos domínios físicos, psicossociais e da saúde sexual de pacientes na fase da sobrevivência pós-tratamento do câncer ginecológico;
- ✓ Explorar as percepções das pacientes sobreviventes sobre as principais dificuldades e queixas nos cuidados da saúde e aspectos psicossociais na fase da sobrevivência pós-tratamento;
- ✓ Identificar as principais queixas que impactam a saúde sexual no contexto de pacientes brasileiras que realizaram o tratamento do câncer ginecológico;
- ✓ Compreender a percepção de profissionais de saúde sobre a saúde sexual no pós-tratamento do câncer ginecológico e identificar as estratégias de cuidados oferecidas às

pacientes.

Contribuições da tese

As contribuições desta tese estão divididas em duas contribuições principais: i) Teórica e ii) Empírica.

i) Em termos de contribuição teórica, esta tese aprofunda o conhecimento sobre as principais queixas e estratégias de cuidados da saúde das sobreviventes pós-tratamento oncológico baseadas em pesquisa na literatura acadêmica.

ii) Em relação às contribuições empíricas, identifica e valida evidências baseadas na literatura acadêmica sobre suporte de cuidados de saúde voltados para pós–tratamento do câncer ginecológico, com a realização de pesquisa de campo em um hospital público oncológico, a fim de identificar as reais necessidades dessas mulheres. O resultado da pesquisa empírica pretende auxiliar no desenvolvimento e implementação de ações para planejamento e tomada de decisões para gestão de saúde, já que, ainda hoje, não existem ações direcionadas ou protocolos científicos médicos estabelecidos, o que ocasiona uma lacuna de oferta de serviços, e consequentemente, a possibilidade do retorno dessas pacientes seja decorrente de novas complicações na saúde ou até mesmo a recorrência da doença.

Delimitação da pesquisa

Este estudo possui delimitações a serem consideradas, pois considera o contexto organizacional do Instituto Nacional de Câncer, localizado na cidade do Rio de Janeiro, e não abrange outros contextos hospitalares sejam eles públicos ou privados, o que poderia não representar resultados fidedignos das organizacões de saúde. Outra delimitação refere-se à amostra de pacientes tratadas no período de 2016 a 2021 na instituição de saúde, que concentra na fase de sobrevivência do pós-tratamento oncológico, e não abarca outras como pós-diagnóstico e tratamento ativo da doença. Por fim, outra delimitação seria em relação a metodologia adotada, pois com aplicação de outros métodos e técnicas de estudos poderiam ter desfechos diferentes ao que foi achado neste estudo.

1- Referencial Teórico

A seguir está descrito o referencial teórico composto pelas seções: câncer e sexualidade, cuidados de suporte das necessidades na sobrevivência após o câncer e fatores psicossociais das sobreviventes de câncer.

1.1 Câncer e sexualidade

O diagnóstico de câncer geralmente está associado a significativa ideia de mortalidade e a desagradável experiência psicológica, social, física e/ou espiritual que tem sido denominada como “angústia do câncer”, algo que pode interferir diretamente na capacidade de lidar com a vida após receber o diagnóstico (CONTRADA, 2020). Com a detecção precoce da doença e os avanços científicos no tratamento, permitiu aumentar a sobrevida das pacientes (HARTER *et al.,* 2013).

O câncer ginecológico é uma experiência estressante e com grande impacto na saúde psicológica, emocional e nas questões sexuais (HASSAN, 2020; HASSAN *et al.,* 2021). Abordar questões de sobrevivência e qualidade de vida continuam sendo um desafio para as malignidades ginecológicas, pois está associada a efeitos adversos angustiantes de longa duração que impactam negativamente a saúde dessas mulheres (HASSAN *et al.,* 2021).

As consequências fisiológicas dos cânceres ginecológicos e do tratamento, resultam em alto grau de morbidade vaginal, disfunção sexual persistente, diminuição da lubrificação, secura vaginal, atrofia, dispareunia e diminuição da libido (ALI *et al.,* 2021). E apesar da alta prevalência de problemas sexuais em pacientes oncológicos na fase da sobrevivência pós-tratamento, muitos deles não são resolvidos, e com o passar do tempo até pioram; e as razões para isso acontecer são as mais diversas, como constrangimento e receio de conversarem com o médico, escassez de tempo por parte dos profissionais de saúde e até mesmo desconhecimento de estratégicas eficazes que podem ser utilizadas (NAGELE *et al.,* 2015; MORGADO, 2021).

A saúde sexual é parte integrante da vida humana, quando comprometida, causa desconfortos pessoais e psicológicos. No entanto, alguns pesquisadores relatam que a maioria das necessidades das mulheres com câncer do ginecológico não são atendidas, e muitas queixas decorrentes do tratamento do câncer que impactam a saúde sexual são consideradas

sintomas normais, o que predispõe à redução do prazer sexual e ao estresse psicológico (APPIAH *et al.*, 2021).

A sexualidade pode ter diferentes significados de acordo com a cultura das pessoas, bem como, com o aumento da idade e após eventos importantes da vida, como menopausa ou o próprio câncer ginecológico, pode sofrer grandes mudanças, o que impacta a sua intimidade e no seu aspecto geral de vida (MIKKENSEN *et al.,* 2016). Corrêa *et al.* (2016) reconhecem que a sexualidade envolve muito mais do que a capacidade de ter relações sexuais ou de reprodução humana, e sim, um fenômeno multidimensional composto por variáveis sociais, psicológicas, físicas e biológicas.

A saúde sexual tem sido cada vez mais reconhecida como um importante fator de qualidade de vida, e para compreender de forma abrangente a natureza da sexualidade das pacientes, deve ser analisada como uma estrutura complexa, influenciada por fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, intelectuais, religiosos e socioculturais (CORRÊA *et al.,* 2016; ROBERTS *et al.,* 2020).

Estudos apontam que as populações com câncer têm maior prevalência e persistência de problemas sexuais do que indivíduos saudáveis (WANI *et al.,* 2018). Adicionalmente, pode impactar não apenas o aspecto físico, também, na perspectiva biopsicossocial como a angústia sexual, que são denominados distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão (BAKKER *et al.,* 2017).

Além das consequências comuns a todos os pacientes com câncer, as mulheres mais jovens são amplamente afetadas, pois são envolvidas emocionalmente com possibilidades reais de infertilidade e risco aumentado de apresentar sintomas da menopausa precoce (MATTSSON *et al.,* 2018).

As modalidades de tratamento para neoplasias ginecológicas (cirurgia pélvica, radiação e terapia medicamentosa) têm o potencial de prejudicar as funções fisiológicas e psicológicas; o que ocasionalmente pode afetar a autoestima de uma mulher, a sua imagem corporal, feminilidade e suas relações íntimas, sendo a disfunção sexual, a queixa mais frequente mencionada na literatura (HARTER *et al.,* 2013; LEE *et al.,* 2015; FRIMER *et al.,* 2019; DUIMERING *et al.,* 2020).

Outros problemas decorrentes do tratamento oncológico, está a quimioterapia que pode causar a perda da função ovariana e consequentemente a menopausa precoce; a cirurgia que pode influenciar alterações hormonais e anatômicas, e a radioterapia usada para tratar

células malignas, entretanto, pode afetar tecidos saudáveis levando a várias outras sequelas (DUIMERING *et al.,* 2020).

De fato, muitas mulheres que tiveram câncer e submeteram-se aos tratamentos, têm sua vida profundamente afetada, com a retirada de órgãos femininos (útero, ovário, trompas) e a perda dos símbolos femininos, como cabelo, sendo eles considerados importantes componentes da feminilidade, o que podem afetar diretamente a sua saúde mental e autoestima (LEE *et al.,* 2015).

O câncer vulvar, embora a cirurgia e o tratamento sejam apontados como menos radicais, ainda assim, pode causar cicatrizes e mutilações dos órgãos genitais externos, tais como, a excisão local até a vulvectomia radical e a remoção do clitóris, o que pode afetar importantes nervos e vasos sanguíneos envolvidos em funções sexuais, anais e/ou urinárias; o que para as mulheres representa um elevado risco de dor física e angústia psicológica, já que interfere em toda sua anatomia feminina (MALANDRONE *et al.,* 2022).

A neoplasia maligna da vulva é uma condição rara, e devido a isso, a literatura acadêmica realiza pouco estudos sobre os reais impactos emocionais, sociais e psicológicos das pacientes que tiveram esse tipo de tumor. Portanto, a necessidade de apoio emocional desde a fase pré-operatória até aos cuidados pós-tratamento é essencial, pois muitos delas têm níveis significativos de sofrimento, com uma percepção alterada da sua imagem corporal e sentimentos de isolamento e constrangimento resultantes da mutilação genital externa (TSAI *et al.,* 2020).

As pacientes que foram submetidas ao tratamento de câncer do colo do útero podem ter um resultado negativo na sua qualidade de vida, como a lesão do plexo hipogástrico, que causa incontinência urinária e disfunção colorretal, sexual e do pavimento pélvico. A radioterapia, outra técnica muito utilizada na área médica, pode induzir toxicidade a longo prazo, com diminuição da função urinária, gastrointestinal e sexual, como encurtamento vaginal e atrofia, levando a dispareunia e perda de desejo sexual (TSAI *et al.,* 2020).

Tsai *et al.* (2020) mencionaram que para prevenir o processo de atrofia que afeta a função sexual, recomenda-se iniciar precocemente a terapia local com estrogênio; mas também explicam que, infelizmente não existe uma opção terapêutica definitiva que preserve totalmente a qualidade de vida dos doentes com câncer do colo do útero, porque cada tratamento pode induzir um efeito diferente em cada paciente, podendo algumas terem consequências mais graves e outras menos.

Além disso, outro sério problema é o estigma e a discriminação que acompanham alguns pacientes, como relatado em um estudo realizado no Brasil, as mulheres com a neoplasia maligna cervical, eram também consideradas sujas, preguiçosas e promíscuas, já que associavam elas terem uma vida sexual desregrada; e dessa maneira, além dos sintomas somáticos, elas sofriam do estigma associado a sua condição de saúde e muitas delas tinham a sua vida social prejudicada (GREGG *et al.*, 2011).

O câncer do ovário geralmente é diagnosticado tardiamente, e assim a doença é detectada em fases avançadas; contudo, graças aos recentes progressos nas opções de tratamento, o número de mulheres sobreviventes é crescente. Ressalta-se que, os tipos de tratamentos para este tipo de neoplasia maligna ainda são muito agressivas para a paciente, como por exemplo, a quimioterapia pode causar morbidade psicossexual (problemas sexuais, físicos e psicológicos); a cirurgia nos casos em que haja a necessidade da remoção do ovário, pode provocar uma queda do estrogênio, levando à atrofia vaginal e a uma redução da testosterona e androstenediona, contribuindo assim uma redução da libido (LUTGENDORF *et al.*, 2017; LIBERACKA-DWOJAK, M. e IZDEBSKI, 2021).

A comunicação médico-paciente com relação à saúde sexual é essencial, e ao mesmo tempo, desafiadora no cenário oncológico, pois apesar de sua importância há obstáculos nesse vínculo (FRIMER *et al.*, 2019; HUBS *et al.*, 2019). Em diversas ocasiões, os profissionais de saúde encontram dificuldades para abordar temas sobre sexualidade e intimidade com a paciente, e muitas vezes essa discussão fica limitada a fertilidade ou capacidade para manter relações sexuais, ao invés de ser entendido como uma experiência de mudanças que afetam seus corpos e sua capacidade de conectar com si mesma e com outras pessoas (CORRÊA *et al.*, 2016; ROBERTS *et al.*, 2020).

Fahami *et al.* (2017) publicaram um estudo e foi demonstrado que 60% dos médicos oncologistas entrevistados afirmavam que a ‘idade avançada do paciente’ poderia se tornar uma barreira para discutir a função sexual, presumindo que os pacientes idosos não são sexualmente ativos. Outra barreira para não discutir a saúde sexual envolvia o estigma de "ser paciente doente”, ou seja, evita-se falar sobre sexualidade quando o tratamento tem indicação paliativa. Outras razões apontadas pelos profissionais foram a "falta de treinamento" e uma "falta de conhecimento”. Como conclusão, foi verificado que essas barreiras eram recorrentes entre diferentes profissionais de saúde, o que pode indicar que a educação e o treinamento prático poderiam melhorar a situação na prática.

Corrobora com o estudo anterior, uma pesquisa realizada na Islândia com 200 enfermeiras oncológicas e médicos, onde foi implementada uma intervenção educacional sobre sexualidade por um período de 2 anos, e ao final, verificou-se que aumentou o nível de conhecimento teórico e prático sobre saúde sexual (JONSDOTTIR *et al.*, 2016).

A disfunção pode ser considerada como um processo multifatorial com comprometimento em diversos aspectos da saúde da paciente, e apesar dos inúmeros estudos demonstrando a prevalência da disfunção sexual e suas sérias implicações nos quesitos psicológicos e na qualidade de vida, lamentavelmente, a saúde sexual continua sendo um domínio pouco abordado no tratamento oncológico (LEVIN *et al.*, 2010; CHOW *et al.*, 2018; CHAPMAN *et al.*, 2019). E constantemente, isso não se deve à falta de interesse do paciente em lidar com essas questões, e sim, a tendência dos oncologistas em abordar o tema de forma superficial, o que pode gerar parca informações médicas em todas as fases do tratamento do câncer (DUIMERING *et al.*, 2020).

Jonsdottir *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa com médicos oncologistas holandeses e foi constatado que raramente era mencionado os efeitos colaterais sexuais antes de iniciar o tratamento. Todavia, o mesmo estudo enfatizava que os problemas sexuais podem surgir no início, como também, após o tratamento; dessa forma, parece ser coerente que essa discussão seja realizada durante todo o processo de tratamento do câncer. Por fim, como resultado desse estudo, foi demonstrado que a responsabilidade sobre a abordagem do assunto deve ser de toda equipe com seus papéis bem definidos, como os médicos oncologistas são denominados de “observadores” e discutem com os pacientes os efeitos colaterais sexuais do tratamento e verificam se precisam de ajuda e encaminha-os quando necessário. E outros membros, como as enfermeiras especializadas, são chamadas de “acompanhantes qualificadas” que têm a responsabilidade de apoiar as pacientes em seus problemas de sexualidade. E por fim, mencionaram a necessidade de utilizar um documento chamado de “consentimento informado” por ser um componente crucial da prática médica, já que durante sua elaboração junto com o paciente, possibilita a oportunidade de discutir os problemas de saúde.

1.2 Cuidados de suporte das necessidades na sobrevivência pós-câncer

Definir quando os pacientes podem ser considerados "sobreviventes" na trajetória clínica do câncer é altamente debatido; algumas definições propõem pontos de corte de 3 ou 5 anos após o diagnóstico, e outras consideram que os pacientes se tornam "sobreviventes" após a conclusão de tratamento primário; e tem aqueles que rejeitam o termo “sobrevivente” e se identificam como um paciente com câncer, uma pessoa que vive com câncer ou uma vítima do câncer (KNAUL *et al.*, 2020).

Mullan (1985) classifica a sobrevivência em três fases: sobrevivência aguda, sobrevivência estendida e sobrevivência permanente. A sobrevida aguda começa com o diagnóstico até o tratamento inicial, onde a paciente enfrenta as consequências do tratamento, ou seja, os efeitos colaterais, medo e ansiedade. Já a sobrevivência estendida é caracterizada pela remissão da doença e exames periódicos, e por último é a sobrevivência permanente na qual não há evidência do estado ativo da doença por um período mínimo de cinco anos.

Por conseguinte, Associação Multinacional de Cuidados de Suporte em Câncer (MASCC) define cuidados de suporte de necessidades (CSN) como “a prevenção e o manejo dos efeitos adversos do tratamento do câncer, a fim de gerenciar os sintomas físicos e psicológicos e os efeitos colaterais, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento até os cuidados pós-tratamento”. Sendo assim, CSN visa atender as necessidades não atendidas e promover o bem-estar dos sobreviventes através dos cuidados psicossociais, gerenciamento dos sintomas, promoção da saúde e apoio.

Mayo *et al.* (2021) ressaltam que são poucos os estudos que fizeram uma revisão sistemática das preferências dos sobreviventes de câncer para a organização e prestação de serviços de cuidados de suporte no período pós-tratamento. Segundo esses mesmos autores, uma melhor compreensão dessas preferências poderia orientar o desenvolvimento e a prestação de programas de serviços de cuidados de suporte que os sobreviventes percebam como significativos, acessíveis e responsivos às suas necessidades.

Dentro desse contexto da sobrevivência e cuidados de necessidade, há interligação com as pacientes de câncer ginecológico, porque elas desejam saber a probabilidade de cura, informações sobre a propagação da doença e os efeitos colaterais do tratamento (AKKUZU *et al.*, 2018). Esses mesmos autores, demonstraram um estudo realizado na Turquia, e verificou-se que mulheres com câncer ginecológico necessitavam de cuidados de suporte com

informações sobre o aconselhamento sexual e principalmente, sobre o efeito do câncer na sexualidade; pois elas tinham dúvidas sobre o tempo que poderiam retomar a vida sexual após a cirurgia, e como enfrentar a disfunção sexual, dentre outras questões inerentes.

O papel do enfermeiro especializado e a equipe multidisciplinar que presta atendimento às pacientes é essencial para o suporte de cuidados da oncologia ginecológica, já que são eles as principais fontes de informação confiáveis e acessíveis. Eventualmente, pacientes com crenças sem fundamentos científicos, fazem uso de métodos alternativos, que ao final, afetam negativamente o tratamento. Por isso, os profissionais de saúde precisam ser sinceros, empáticos e dedicar parte do seu tempo para comunicação aberta para que situações desse tipo diminuem (AKKUZU *et al.*, 2018).

Horlait *et al.* (2022) desenvolveram um estudo sobre a importância da realização de reuniões com profissionais não médicos na tomada de decisão, para assim, dar um passo significativo em direção a uma verdadeira prática multidisciplinar centrada no paciente. Nesse sentido, devido à complexidade do tratamento do câncer, é demandada a colaboração entre diferentes profissionais, inclusive aos pertencentes do quadro de gestão, pois com o envolvimento e interação entre eles, abre a possibilidade de serem discutidas novas opções de tratamento e redes de apoio, dessa maneira, proporcionar uma tomada de decisão holística com possibilidades mais concretas para implementação do plano de cuidados em benefício do paciente com câncer.

Outra vertente que CSN pode abranger refere-se às queixas cognitivas como, preocupação, fadiga e dor, já que isto pode afetar significativamente o funcionamento social e ocupacional, inclusive na capacidade de realizar as atividades diárias cotidianas (ZENG *et al.*, 2017). Os mesmos autores advertem que em uma pesquisa realizada, as queixas e o comprometimento cognitivo foram relatados em aproximadamente 40% das pacientes antes do tratamento, e até 75% durante o período de tratamento ativo da doença, e 60% no longo prazo da doença. Apesar desses déficits cognitivos, as estratégias de enfrentamento a serem implantadas podem ser as mais variadas inclusive com atitudes de mulheres que não fazem nada para tentar lidar com suas queixas cognitivas, ou seja, preferem pensar que não tem nenhuma enfermidade, e com o tempo, os sintomas irão diminuir ou até mesmo desaparecer.

Diversas estratégias para gerenciar os efeitos negativos da doença e tratamento podem ser adotadas para o cuidado de suporte, como por exemplo, terapias e serviços de reabilitação, através de intervenções neuropsicológicas que podem melhorar a função

cognitiva em sobreviventes de câncer; como também, as estratégias de intervenção comportamental que promove a prática de atividade física e incentiva os relacionamentos sociais de apoio (ZENG *et al.*, 2017).

As preferências relacionadas ao atendimento e ao tipo de profissional que irá liderar os cuidados de suporte na fase de sobrevivência são variáveis, influenciadas principalmente pelo conhecimento percebido e prioridades de cada paciente. As percepções dos sobreviventes em relação aos modelos de atenção compartilhada é um modelo visto de forma positiva, porque nesse formato, há envolvimento e comunicação tanto do especialista em oncologia quanto de outros prestadores de cuidados primários (LAWN *et al.*, 2017).

Outros fatores que podem influenciar a preferência dos sobreviventes são: acessibilidade, conveniência e flexibilidade do acesso à tecnologia do atendimento (virtual ou telemedicina), já que esses mecanismos permitem que os pacientes tenham apoio profissional a longa distância, principalmente para aqueles que possuem dificuldades de locomoção, seja pela questão financeira ou até mesmo limitações físicas (KWAN *et al.*, 2019). No entanto, o atendimento virtual também pode ter pontos negativos, como os casos em que o paciente não familiar ao ambiente digital, e dessa forma, têm dificuldades para manusear os aparelhos eletrônicos e ficam dependentes de outras pessoas para que possam ter o acesso, como também, existem os casos em que nas residências não possuem provedores de acesso à internet (CHANG *et al.*, 2020).

1.3 Fatores psicossociais dos sobreviventes de câncer

Após o tratamento da doença, muitas pacientes ainda lidam com os efeitos desconfortáveis tardios, sejam eles físicos ou psicossociais; no entanto, precisam retornar aos seus papéis sociais e familiares, resolver as questões financeiras e ajustar-se à vida após o fim do tratamento (DUIMERING *et al.*, 2020).

O sofrimento psicológico pode ser associado a uma grande angústia; como a depressão, algo que é experimentado em aproximadamente uma em cada cinco mulheres com câncer; sendo que, algumas pesquisas documentaram que essa morbidade psicológica é maior entre as mulheres mais carentes socioeconomicamente, e nas mais jovens, em consequência da subfertilidade que podem sofrer, e em razão dos órgãos reprodutivos e o sistema hormonal serem fortemente afetados (WELLS *et al.*, 2022).

As necessidades psicossociais não atendidas, em geral, incluem o medo da recorrência do câncer, preocupações com a imagem corporal, problemas de relacionamento, falta de apoio emocional, disfunção sexual e preocupações ocupacionais (WESTTIN *et al.*, 2015; BAKKER *et al.*, 2017). E como a saúde sexual afeta profundamente o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, também precisa ser integrada ao atendimento psicossocial (OBOL *et al.*, 2020).

Todavia, existem profissionais de saúde que superestimam ou não conseguem detectar o sofrimento psicológico do paciente, e isso pode ser extremamente prejudicial, em razão de muitas sobreviventes experimentarem múltiplas transições, inclusive entre o tempo de tratamento ativo até os cuidados exclusivamente pós-tratamento, e durante todo esse período, muitas delas necessitam do apoio dos provedores de saúde para obter informações para seu autogerenciamento na escolha de melhor estilo de vida, recursos terapêuticos disponíveis e locais que devem entrar em contato para buscar ajuda (MAGUIRE *et al.*, 2015; KROK-SCHOEN *et al.*, 2020).

A seguir estão relacionados os principais fatores psicossociais que afetam as mulheres sobreviventes pós-tratamento oncológico.

Muitas sobreviventes expressam muito medo sobre a real possibilidade de recorrência do câncer, e em muitas ocasiões, esse sentimento tende a diminuir ao consultar com um médico e ter a confirmação que o câncer foi removido e não está alastrado em seu corpo. E isso ocorre com maior frequência após o tratamento, devido receio da volta do sofrimento e angústia pela qual passou possam retornar (TSAI *et al.*, 2020). Esses mesmos autores ressaltam que, os pacientes que passaram pelo tratamento, veem o câncer como uma “bomba relógio” e o medo da recidiva da doença é um sentimento generalizado entre eles, principalmente pelo seu estado de saúde debilitado e com isso trazer danos mais severos à sua saúde.

A imagem corporal é profundamente afetada nas mulheres sobreviventes do câncer ginecológico, e isto se deve às inúmeras alterações que acontecem em seu corpo, seja decorrente das cicatrizes, retirada de órgãos do corpo, queda de cabelo e outros símbolos que são caracterizados como importantes para elas, e assim, muitas não se reconhecem como mulher, o que afeta também seu aspecto psicológico, com o abalo e perda da confiança e autoestima (MALANDRONE *et al.*, 2022).

Apesar do sofrimento que isso acarreta em muitas pacientes, uma pesquisa realizada com sobreviventes, destacou a importância das mulheres aceitarem suas cicatrizes para melhor passarem pelo estágio da sobrevivência, afinal de contas, apesar das sequelas e alterações internas e externas em seus corpos, elas podem se considerar vitoriosas por estarem vivas. Nesse mesmo estudo, ao ser perguntado para elas qual seria a mudança física mais difícil, elas descreveram a perda do cabelo, por ser caracterizado como um símbolo de vaidade feminina (WILSON *et al.*, 2020).

Os problemas conjugais são muito comuns entre as sobreviventes de câncer ginecológico, e muitas vezes complexos, sendo a disfunção sexual um dos mais angustiantes, pois o relacionamento do casal é prejudicado pelo desempenho sexual. Em decorrência disso, muitas preferem manter o distanciamento dos seus parceiros para evitar trazer mais problemas para seu relacionamento (OBOL *et al.*, 2020). Um estudo demonstrou que os casais que tinham maior intimidade e qualidade no relacionamento conseguiram ter menos disfunção sexual e consequentemente uma melhor qualidade de vida da saúde sexual (FAHAMI *et al.*, 2017).

Outra pesquisa apontou que o câncer ginecológico influencia não só a atividade sexual, como também, a comunicação entre o casal, e isto pode influenciar diretamente sua qualidade de vida, já que muitas mulheres têm mudanças físicas e emocionais, e essas questões não são discutidas com seu parceiro em decorrência da insegurança que sentem (ABBOTT-ANDERSON *et al.*, 2019). Nesse percurso da doença, a harmonia conjugal é amplamente prejudicada; nesse sentido, a adoção de estratégias de cuidados é importante, como a participação dos casais em sessões de educação e aconselhamento sobre sexualidade (AKKUZU *et al.*, 2018).

Outras pacientes recorrem ao médico oncologista para resolver seus problemas de saúde, e estes por sua vez não especializados nos cuidados de suporte, especialmente na questão de sexualidade, sendo necessário o encaminhamento da paciente para outros especialistas, o que ocasiona um recebimento de cuidados fragmentados (BUZAGLO *et al.*, 2020; SHIN *et al.*, 2020). Por isso, dispor de informações médicas personalizadas pode levar a um melhor enfrentamento dos seus problemas; ademais, consultas educacionais realizadas pela equipe de profissionais de saúde podem proporcionar redução do sofrimento e menor número de idas aos hospitais (VERMEER *et al.*, 2015; JOHNSTON *et al.*, 2021).

Em decorrência da doença e do tratamento que debilita muito a saúde, as sobreviventes do câncer podem ter uma variedade de consequências que impactam na vida diária inclusive na capacidade de trabalho. Com isso, as dificuldades financeiras crescem, e prejudica não somente à paciente, como também, a sua família, já que todos estão de uma certa forma envolvidos nesse contexto de enfermidade (WU; HARDEN, 2015).

Desse modo, infelizmente, muitas pacientes perdem seus empregos ou não conseguem retornar ao seu trabalho, seja durante ou após o tratamento. E a situação fica mais preocupante para aquelas que ainda precisam fazer o tratamento e devido a falta do apoio financeiro para custear o transporte e alimentação, não dão continuidade ao tratamento o que ao final, agrava sua condição do estado de saúde e majoram as chances de mortalidade em decorrência da doença (ZENG *et al.*, 2017).

2 Metodologia

Este capítulo descreve as etapas metodológicas contendo a revisão integrativa da literatura, abordagem qualitativa e quantitativa empregadas na pesquisa.

2.1 Desenho das etapas do estudo

A primeira etapa foi o processo de revisão integrativa (Whittemore; Knafl, 2005) com intuito de identificar as principais queixas no âmbito da sexualidade com pacientes da fase da sobrevivência pós-tratamento do câncer ginecológico e as estratégias de cuidados prestados. O método desta revisão seguiu as seguintes fases: busca na literatura, avaliação e análise dos dados e apresentação que é uma exibição dos resultados em tabelas estruturadas.

A segunda etapa metodológica foi qualitativa, exploratória e descritiva. Nessa fase foram realizadas entrevistas semiestruturadas, e objetivou explorar as percepções das mulheres sobre as principais dificuldades e queixas da saúde sexual e aspectos psicossociais, após passar pelo tratamento oncológico ginecológico.

Na terceira, o estudo teve caráter quantitativo, e aplicou-se dois tipos de questionários: um direcionado para pacientes com objetivo de identificar as principais queixas no âmbito da saúde sexual de pacientes em diferentes estágios da sobrevivência pós-tratamento no contexto da saúde pública brasileira; e outro para os profissionais de saúde, composto de equipe multidisciplinar para identificar o conhecimento e as principais estratégias de cuidados de saúde sexual que são oferecidas a essas pacientes sobreviventes.

Na quarta e última etapa, a elaboração estratégica para gestão de saúde como suporte para a fase pós-tratamento do câncer ginecológico. A Figura 1 representa as etapas metodológicas percorridas alinhadas aos respectivos objetivos da tese.

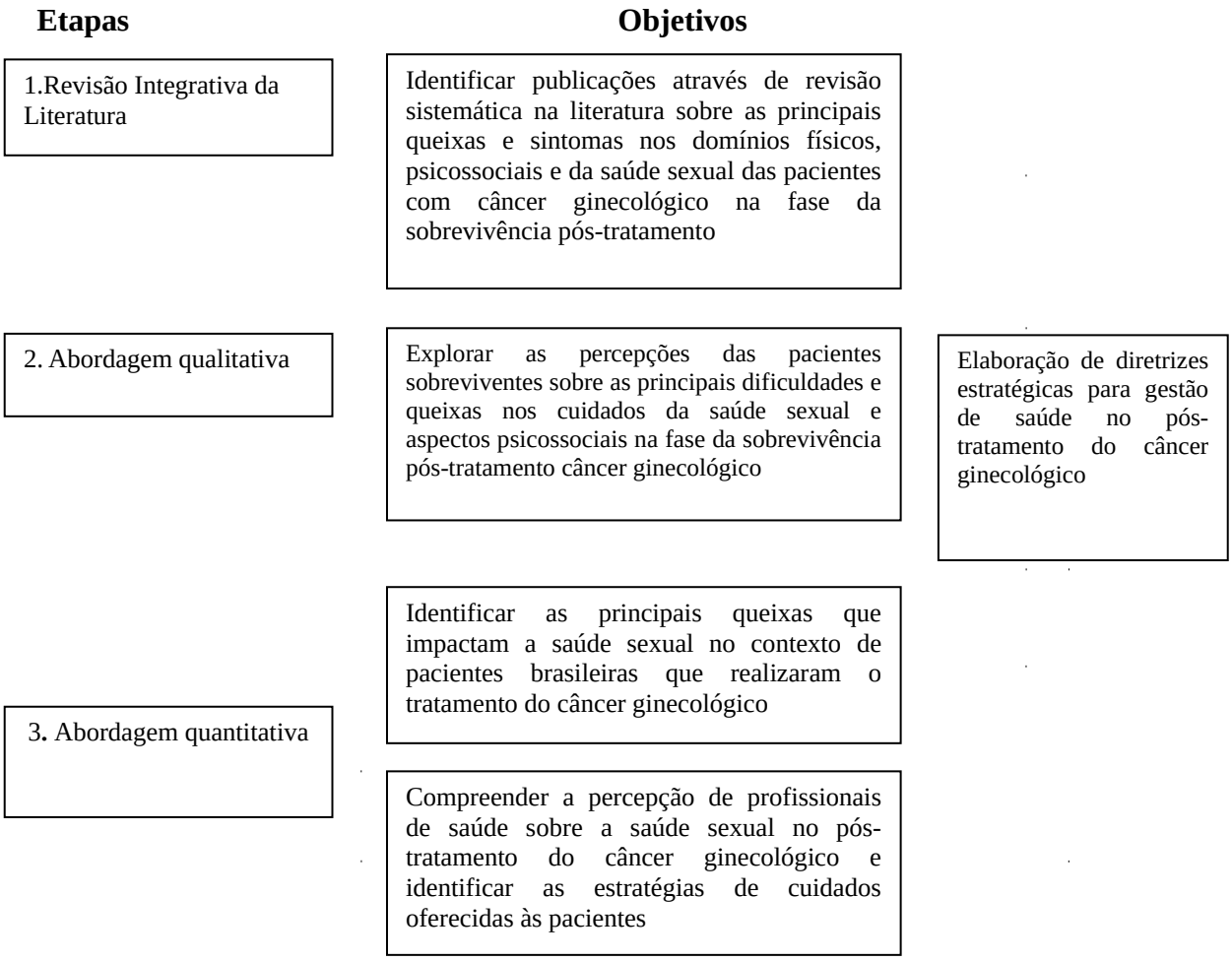


Figura 1 - Etapas metodológicas da tese

Fonte: Elaboração própria (2023)

2.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi realizado no Hospital do Câncer II (HC II) pertencente ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), localizado no município do Rio de Janeiro. O HC II é destinado ao tratamento de tumores ginecológicos (câncer do colo do útero, ovário, vagina e vulva) e tecidos ósseos; oferece assistência médico-hospitalar de alta e média complexidade gratuita, com unidades de atendimento operatório e pós-operatório, emergência, centro de quimioterapia, radioterapia, ambulatórios, incluindo um setor especializado em sexualidade serviços esses oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante todo o tratamento, o paciente pode contar com os serviços de uma equipe multidisciplinar de saúde composta por enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes

sociais, médicos, psicólogos, farmacêuticos, entre outros profissionais, com objetivo de acolher os pacientes em todas as suas necessidades.

O HCII dispõe de um serviço de pronto atendimento, com médicos e equipes 24 horas por dia, disponível para os pacientes matriculados e em tratamento na unidade, o que possibilita que possíveis complicações relacionadas com sua doença ou tratamento, sejam atendidas o mais breve possível (INCA, 2023).

2.3 Metodologia etapa 1: Revisão integrativa da literatura

2.3.1 Estratégias de busca

A busca pelos estudos foi realizada com ajuda de um bibliotecário do INCA no período de janeiro a fevereiro de 2020 e as bases de dados consultadas foram: Scopus, Web of Science, LILACS, MEDLINE, PsychINFO, EMBASE, Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Em todas as bases de dados foram inseridas a restrição temporal com publicações entre os períodos de 2010 a 2020. Para elaboração das estratégias de busca foi utilizado um vocabulário controlado, isto é, com definição de palavras-chave a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) com seus respectivos sinônimos e operadores booleanos, conforme demonstrado na Quadro 1.

Quadro 1 - Termos de pesquisa e estratégias de busca

Pesquisa ID#	Pesquisa dos termos	Modo de pesquisa
P1	"Female Genital Neoplasm" OR "Uterine Neoplasm" OR "Vulvar Neoplasm" OR "Vaginal Neoplasm"	Booleano/Frase
P2	"Ovarian Neoplasm" OR "Female Genital Cancer" OR "Uterine Cancer" OR "Vulvar Cancer" OR "Vaginal Cancer"	Booleano/Frase
P3	"Ovarian Cancer" OR "Female Genital Tumors" OR "Uterine Tumors" OR "Vulvar Tumors" OR "Vaginal Tumors"	Booleano/Frase
P4	"Ovarian Tumors" OR "gynecological cancer" OR "gynecological cancer" OR "gynecological tumors" OR "gynecological tumors"	Booleano/Frase
P5	"Female Genital Carcinoma" OR "Uterine Carcinoma" OR "Vulvar Carcinoma" OR "Vaginal Carcinoma" OR "Ovarian Carcinoma"	Booleano/Frase
P6	"Sexual Health" OR sexuality OR "Sexual Function"	Boolean/Phrase

P7	"Patient-Centered Care" OR Patient care” OR "Supportive Care" OR “Supportive care need*” OR "Helping Behavior" OR humanization OR survivorship OR survival OR Cancer survivorship	Booleano/Frase

Fonte: Elaboração própria (2021)

Para os estudos serem considerados elegíveis, foram definidos critérios de inclusão e exclusão conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão de artigos selecionados

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
▪ Estudos que investigaram as necessidades de apoio aos cuidados de saúde das mulheres sobreviventes de câncer ginecológico (pós-tratamento da doença) com enfoque na sexualidade. ▪ Estudos que empregaram métodos quantitativos e/ou qualitativos e publicados entre os anos de 2010 a 2020. ▪ Estudos realizados com indivíduos adultos ≥18 anos de idade diagnosticados com câncer ginecológico (endométrio, colo do útero, ovário, vulva, vagina) incluindo os efeitos e o pós-tratamento que afetaram principalmente a sexualidade. ▪ Artigos centrados nos efeitos curto, médio e longo prazo do câncer ginecológico.	▪ Os estudos em que as necessidades de cuidados de apoio às mulheres sobreviventes de câncer ginecológico não foram explicitamente discutidas no âmbito da sexualidade. ▪ Estudos realizados com doentes com outros tipos de câncer sejam eles primários ou secundários.

Fonte: Elaboração própria (2021)

Inicialmente foi realizada a análise dos títulos e/ou resumos no intuito de fazer a seleção dos artigos, para posteriormente proceder à leitura na íntegra. Esta etapa foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, havendo uma decisão consensual nos casos de discordância.

Após esse processo, foi feita a leitura dos artigos selecionados e extraídas as seguintes informações: autor, ano de publicação, país, objetivo, participantes, resultados relacionados a questão norteadora e os desfechos obtidos dos estudos. Um *software* de gerenciamento de referência livre denominado *Mendeley* foi usado para classificar os artigos, contar os duplicados, e organizar as referências, proporcionando assim maior praticidade e otimização do tempo. Após essa etapa, foi realizada a extração dos dados e transferidos para planilha do programa Microsoft Excel, e assim, os resultados foram categorizados em tabelas e analisados criteriosamente de forma individual.

2.4 Metodologia etapa 2: Abordagem qualitativa

2.4.1 Etapa 2: Abordagem qualitativa pacientes

2.4.1.1 Projeto de estudo

Um desenho de pesquisa qualitativa descritiva com entrevistas semiestruturadas foi utilizado para compreender as experiências e percepções de pacientes que convivem com e além do câncer ginecológico, com o reconhecimento dos sintomas acometidos no âmbito da sexualidade e as intervenções de cuidados de saúde recebidas. O estudo seguiu as diretrizes *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), um relatório consolidado direcionado para pesquisas qualitativas especialmente para área da saúde, que visa melhorar a qualidade dos estudos para que os leitores compreendam a condução, análise e resultados que foram empregados (TONG *et al.*, 2007).

2.4.1.2 Amostragem dos participantes

As participantes foram selecionadas por intermédio de amostragem intencional, uma técnica não probabilística, e escolhida devido a facilidade de acesso às respondentes (PALINKAS *et al.*, 2015). Para atender ao objetivo da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão foram definidos conforme apresentados na Quadro 3. Ao final, 25 pacientes foram selecionadas e concordaram participar da pesquisa.

Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão das pacientes entrevistadas

Critério de inclusão	Critério de exclusão
- Mais de 18 anos no momento da entrevista. - Diagnosticadas com câncer do trato feminino ginecológico (colo do útero, ovário, vulva, endométrio e vagina). - Tratamento concluído (cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou combinação). - Ser capaz de fornecer consentimento informado (TCLE). - Comunicação em português.	- Em tratamento contínuo decorrente de recorrência, paliativo e/ou metástase.

Fonte: Elaboração própria

2.4.1.3 Coleta de dados

Um guia de tópicos foi criado e modificado iterativamente para refletir o objetivo da pesquisa (DORNAN *et al.,* 2022). Foram realizadas quatro entrevistas testes pilotos com pacientes sobreviventes do câncer ginecológico para verificar conteúdos questionáveis ou ambíguos, e dessa forma, melhorar a interpretação das perguntas. Após essa etapa, pequenas alterações e ajustes foram feitos para que o questionário tivesse uma linguagem compreensível e acessível às participantes.

As entrevistas para esse estudo foram individuais e realizadas de fevereiro a abril de 2022 por telefone, devido às restrições sanitárias da pandemia Coronavírus, e permitiu que as participantes escolhessem livremente o local onde seria realizada a entrevista, possibilitando maior segurança, seja para elas como para os autores. As participantes foram orientadas a se instalarem em um local onde não fossem incomodadas durante a entrevista; e a duração das entrevistas variou de 30 a 60 minutos. Por solicitação das respondentes envolvidas no estudo, não houve a gravação de mídia em áudio, porque segundo elas, sentiam-se constrangidas devido o envolvimento de informações pessoais da vida de cada uma delas. As entrevistadas estavam certas de que a decisão de participar seria voluntária, e não afetaria seus cuidados de saúde, como também, poderia desistir do estudo a qualquer momento.

As pacientes participantes receberam informações completas sobre o objetivo do estudo, e foi solicitado também, o preenchimento de um breve questionário com dados sociodemográficos e clínicos. Aquelas que estavam interessadas em participar foram solicitadas a realizar a leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme APÊNDICE A.

Todas as entrevistas iniciaram com perguntas gerais (quais dificuldades você enfrenta como sobrevivente de câncer?) para estabelecer uma maior proximidade e um ambiente amigável e de confiança entre o entrevistador e as participantes. Em seguida, foram feitas perguntas mais precisas com base nos objetivos da pesquisa. A reformulação flexível das perguntas e o uso de sondagens de linguagens estavam entre as estratégias usadas para encorajar as participantes responder as questões mais relevantes. A validação do entrevistado foi garantida perguntando às participantes no final da entrevista se elas tinham algo a acrescentar ou esclarecer. As perguntas das 25 entrevistas realizadas são apresentadas na Quadro 4.

Quadro 4 – Roteiro de perguntas de entrevista com pacientes

		Questões
Abertura		1. Quais as principais dificuldades gerais que você encontrou quando terminou o tratamento?
Transição	1)	2. Que tipo de assistência médica ou multidisciplinar recebeu após o término do tratamento oncológico?
	2)	3. Procurou algum tipo de ajuda médica ou multidisciplinar?
Principal	3)	4. Quais são os principais sintomas adversos ou queixas no âmbito da sexualidade que enfrenta como sobrevivente de câncer?
	4)	5. Os médicos ou equipe de profissionais de saúde partilharam informações sobre os sintomas adversos da doença e do tratamento?
	5)	6. Tem alguma dificuldade psicológica (depressão, ansiedade...)?
		7. A sua relação com o seu cônjuge mudou após o tratamento?
		8. Sua autoestima e imagem corporal mudaram após o tratamento?
Final	8)	9. Teria algo acrescentar ou outras informações pertinentes?

Fonte: Adaptado Dornan *et al.* (2022)

2.4.1.4 Análise de dados

Cada entrevista foi transcrita na íntegra pela pesquisadora para garantir a familiaridade e compreender a história de cada participante; e os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, um método sistemático que tem como objetivo descrever e explicar determinada situação ou fenômeno em detalhes (DOWNE-WAMBOLDT, 1992; BARDIN, 2015).

Os procedimentos adotados para análise foram os seguintes: ler repetidamente todas as transcrições para compreender o significado geral da cognição e compreensão dos dados e informações coletadas; após a identificação de sentenças significativas e importantes com base nas questões de pesquisa, as sentenças foram categorizadas em termos de critérios, como sentimentos, percepções e experiências. E por fim, discussões interativas entre a pesquisadora e um segundo autor foram estabelecidas para que fossem refinados os temas e garantir o correto significado das informações coletadas através das entrevistas.

2.4.1.5 Confiabilidade das descobertas

A confiabilidade da análise foi estabelecida aplicando-se uma rica apresentação dos achados com citações apropriadas e uma discussão da interpretação e reflexões. Para confirmar também a transferibilidade das informações, o conteúdo da entrevista e os resultados da análise dos dados foram compartilhados e verificados por meio de conversas telefônicas e presenciais entre os participantes da pesquisa (pesquisadora e mais um autor). Assim, os autores revisaram os procedimentos da pesquisa, classificou categorias e subcategorias conforme os assuntos abordados, e dessa maneira, possibilitou segmentar os temas e formalizar um texto em consonância com as falas das participantes.

2.5 Metodologia etapa 3: Abordagem quantitativa

2.5.1 Metodologia etapa 3: Abordagem quantitativa pacientes

2.5.1.1 Participantes da pesquisa, amostra e período de realização

Para a seleção dos participantes, adotou-se o modelo amostral intencional e decidiu-se pela seleção de pacientes que realizaram tratamento oncológico ginecológico (colo do útero, endométrio, ovário, vulva e vagina) no período de 2016 a 2021 no HC II. A amostra foi constituída de 238 pacientes, e foram recrutadas através de convite presencial quando as mesmas iam ao centro de saúde para realizar as consultas médicas periódicas, e também através da busca ativa do sistema interno de cadastro e prontuários dos pacientes pertencente à instituição de saúde.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 59 anos; diagnóstico confirmado de câncer ginecológico do trato feminino, não estar em tratamento ativo da doença, fase de sobrevivência entre 6 meses a 5 anos (pós-tratamento). Excluíram-se da pesquisa pacientes que realizavam tratamento ativo, recidivados ou em metástase, e aquelas que possuíam déficits graves de comunicação e/ou cognitivos.

2.5.1.2 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos estruturados: o primeiro contemplou dados sociodemográficos tais como: idade, estado civil e informações clínicas como tipo de câncer ginecológico e tempo do término do tratamento ativo. O segundo instrumento de coleta de dados foi o questionário de saúde sexual *EORTC QLQ-SH-22* desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*, validado e adaptado para o Brasil (EORTC, 2022). O *EORTC QLQ-SH-22* incorpora duas escalas de múltiplos itens que avaliam satisfação sexual e dor sexual com oito itens, sendo cinco específicos ao assunto e os demais relacionados ao parceiro(a).

Todos os itens foram pontuados em uma escala *Likert* sendo 1 nada, 2 pouco, 3 moderadamente, 4 muito, 5 não sabe dizer. A confiabilidade das escalas do questionário multi item foi avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* e confiabilidade teste-reteste (GREIMEL

et al., 2021). Convém esclarecer que para utilização e aplicação do questionário *EORTC QLQ-SH-22* foi solicitado permissão de uso, que foi prontamente concedido pelos responsáveis da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*.

2.5.1.3 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de duas formas, presencial no hospital de atendimento e *on-line.* Para as pacientes com dificuldades ou que não tinham acesso à internet, uma equipe de pesquisadores do estudo estiveram presencialmente na unidade hospitalar e faziam a abordagem direta às participantes para informar o propósito e informações gerais da pesquisa, e com a concordância, eram fornecidos os formulários com os respectivos questionários em formato físico e Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para leitura e posterior preenchimento e assinatura.

Para aqueles que tinham acesso e facilidade com as redes de tecnologias, era realizado contato telefônico ou através de aplicativos de mensagem instantânea e foram feitos os mesmos procedimentos presenciais, sendo que, era enviado o *link* e por intermédio da plataforma *on-line google forms* eram disponibilizados os documentos. Desse modo, possibilitou-se abranger o maior número de respondentes e evitar a discriminação de uma possível amostra a ser não contemplada.

2.5.1.4 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21. Os fatores demográficos e clínicos relacionados ao trabalho da amostra foram analisados por meio de estatística descritiva com frequências e porcentagens e medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquatil). Para avaliar a consistência entre as questões do formulário e suas subescalas, foi empregado o Alpha de *Cronbach.* Com intuito de avaliar as influências de cada pergunta nas escalas de satisfação sexual e sofrimento sexual foi empregada a técnica de análise fatorial confirmatória (GREIMEL *et al.*, 2021).

A matriz de rotação utilizada foi a Promax, que realiza possíveis inter-relações entre os fatores considerados. Ao fazer a análise fatorial, decidiu-se utilizar a média das escalas nas questões sinalizadas como “não sei dizer”. As associações entre variáveis quantitativas foram determinadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Os testes de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney foram utilizados para comparar variáveis que não seguiram uma distribuição normal.

2.5.2 Metodologia etapa 3: Abordagem quantitativa profissionais de saúde

2.5.2.1 Participantes da pesquisa, amostra e período de realização

Estudo descritivo transversal de uma amostra de conveniência composta de profissionais de saúde oncológicos de diversas especialidades como psicólogos, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, pertencentes ao quadro de colaboradores do HC II. A pesquisa ocorreu no período de julho a setembro de 2022.

Os critérios de inclusão foram: (1) trabalhassem com pacientes com câncer do trato feminino ginecológico; (2) tivessem experiência profissional na área oncológica; (3) concordassem com o termo de consentimento e (4) estivessem dispostos a participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que tratam de outros tipos de tumores, que estivessem de férias ou licenças por afastamento. No total 33 profissionais concordaram participar do estudo.

2.5.2.2 Instrumento e coleta de dados

A coleta ocorreu de duas formas: *online* e presencial. Para a pesquisa *online* a distribuição dos questionários foi feita através do envio de e-mails com o link da pesquisa com direcionamento direto ao questionário e termo de consentimento da pesquisa. E para a pesquisa presencial foi realizada durante os dois turnos dos profissionais (manhã e tarde), e foi feito contato com os profissionais no local de trabalho nos momentos em que estavam disponíveis.

A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e convidou-os a participar. Após a aceitação, eles foram orientados a ir para uma sala reservada, para ter privacidade ao responder o questionário. Cada participante recebeu um envelope contendo duas cópias (um para ele e outra para a pesquisadora) e todos tiveram seus dados pessoais mantidos em sigilo.

A ferramenta de pesquisa foi um questionário adaptado composto por 15 questões com perguntas contendo dados demográficos, frequências para discussão sobre saúde sexual com as pacientes, barreiras enfrentadas para discutir o tema, conhecimento técnico dos profissionais envolvidos, dentre outros (KROUWEL *et al.*, 2020).

2.5.2.3 Análise dos dados

Para tabulação dos dados, primeiro foram transferidos para Microsoft Excel e depois para *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 para realização das análises estatísticas. Foram feitas estatísticas descritivas como frequências absoluta, relativa e percentuais.

2.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela instituição do Conselho de Ética do Instituto Nacional do Câncer antes do início do estudo, através do Parecer nº 5.234.121 e CAEE nº 53733421.6.0000.5274 conforme Apêndice B, e Termo de Consentimento informado para os respondentes com informações e assinatura do formulário de consentimento. Todos os documentos foram mantidos em sigilo e privacidade.

Os participantes foram informados de que a participação no estudo era voluntária e que estavam livres para desistir do estudo a qualquer momento. Nenhum dado identificável ou pessoal foi coletado e a confidencialidade foi garantida. Foi assegurado aos participantes que os dados coletados teriam finalidade para pesquisa acadêmica e que as informações coletadas seriam armazenadas de forma segura em um computador criptografado por senha para impedir o acesso não autorizado.

3. Resultados

3.1 Resultados etapa 1: Revisão sistemática da literatura

3.1.1 Seleção dos estudos

Uma pesquisa de bancos de dados eletrônicos foi realizada com diretriz do PRISMA-P (PAGE *et al.,* 2020).

Inicialmente identificou-se 2.536 artigos sendo, 102 Scopus, 153 PubMed, 1.062 EMBASE com um filtro "não PubMed"; 760 Medline, 25 Lilacs, 51 pesquisa simultânea de CINAHL e PsycINFO na plataforma EBSCO e 383 Web of Science. As duplicações (207) foram removidas e 2.329 artigos restantes foram avaliados com base no título e resumo. A maioria foi descartada porque não satisfazia os critérios de inclusão. Com isso, 60 artigos potencialmente relevantes foram retidos e avaliados com base na leitura do texto integral, restando 34 artigos incluídos (Figura 2).

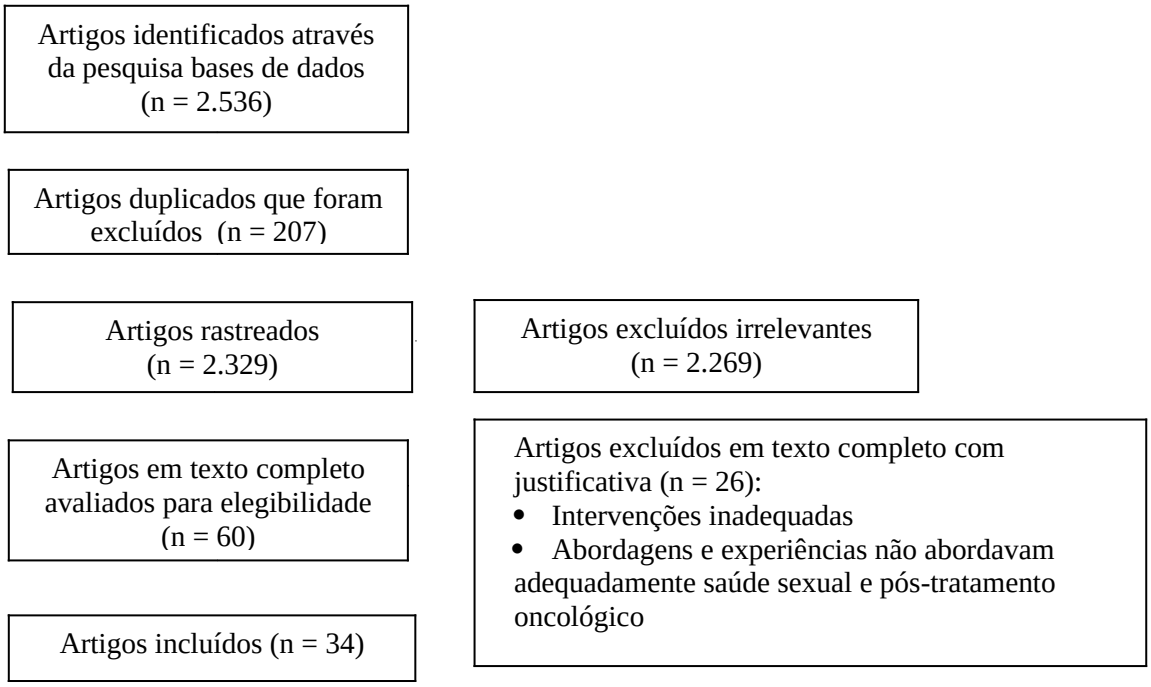


Figura 2 - Fluxograma do processo de pesquisa

Fonte: Adaptado de Page *et al.* (2020)

3.1.2 Características dos estudos

As pessoas diagnosticadas com câncer do colo do útero foram a grande maioria dos estudos pesquisados (n=29; 88%) e apenas um foi realizado com mulheres jovens adultas na faixa etária entre 18-39 anos. O restante (n=5; 12%) relataram experiências de sobreviventes de outros tipos de câncer ginecológico com seus efeitos negativos e os cuidados que precisam ser recebidos no contexto da sexualidade.

Os países que publicaram mais estudos sobre o tema foram: EUA (n=7; 21%), seguido do Canadá (n=5; 15%) e dos Países Baixos (n=4; 12%). Poucos estudos (n=3; 8,8%) incluíram sobreviventes de câncer residentes em locais rurais ou remotos.

Os estudos populacionais ocorreram dentro de uma média de tempo de seis meses após o fim do tratamento (n=18; 54%). O tamanho médio da amostra foi de 180 participantes (intervalo 11-1029). A maioria dos estudos teve um desenho transversal (n=19; 56%) e mais de 50% deles (n=19; 56%) foram publicados nos últimos 5 anos.

Os estudos selecionados pela revisão sistemática foram definidos com utilização de uma síntese descritiva classificada conforme país de origem que foi realizado o estudo, a população (tipo de câncer, idade das participantes) e fase do tratamento, este para melhor entendimento e classificação do período compreendido do tratamento foram definidas três fases: Pós - após o fim do tratamento ativo da doença (1 mês a 3 anos), Longo prazo (3 a 5 anos) após fim do tratamento, e misto quando as fases são compostas por diferentes períodos de tempo (pós e longo prazo). As características dos estudos estão demonstradas no Quadro 5.

Quadro 5 - Características e principais conclusões dos estudos incluídos

Autor, Ano	País / Região	Objetivo	Tipo de estudo	Participante	Tipo de Câncer	Fase do tratamento
Abbott-Anderson *et al.*, 2019	USA	Descrever como as sobreviventes do câncer ginecológico se relacionam com os seus parceiros íntimos e ajustamentos na sua vida sexual após diagnóstico e tratamento do câncer.	Pesquisa transversal + grupo focal	Tamanho da amostra: 261 Idade média (anos): 60	Câncer ginecológico	Mista
Afiyanti *et al.*, 2013	Indonésia	Explorar as preocupações sexuais e físicas e o seu impacto sobre o parceiro íntimo as relações vividas pelos sobreviventes do câncer do colo do útero	Pesquisa descritiva e entrevistas aprofundadas	Tamanho da amostra: 13 Idade média (anos): 40 Idade: 38-48 anos	Câncer de colo do útero	Pós e Longo Prazo
Bacalhau *et al.*, 2020	Portugal	Avaliar se o ajustamento conjugal e a imagem corporal mediavam a relação entre estilo de apego, funcionamento sexual e satisfação sexual.	Estudo transversal	Tamnaho da amostra: 113 Idade média (anos): 48 anos Idade: 23-67 anos	Câncer de colo do útero	Pós e Longo Prazo
Bakker *et al.*, 2016	Holanda	Avaliar se o sofrimento sexual entre as sobreviventes de câncer de colo uterino estava associado a sintomas sexuais vaginais frequentes	Estudo transversal	Tamanho da amostra: 194 Idade média (anos): 25-69	Câncer colo do útero	Pós e Longo Prazo
Bakker *et al.*, 2017	Holanda	Intervenção de reabilitação para melhorar as experiências com problemas sexuais.	Estudo transversal	Tamanho da amostra: 20 Idade média (anos): 40 Idade: 26-71 anos	Câncer ginecológico	Mista
Beesley *et al.*, 2013	Austrália	Determinar as mudanças nas necessidades de cuidados de suporte após o tratamento de primeira linha para câncer de ovário e identificar os fatores de risco para futuras necessidades não atendidas.	Estudo longitudinal	Tamanho da amostra: 219 Idade média (anos): 59 Idade: 29-85 anos	Câncer de ovário	Pós e Longo Prazo
Borgne *et al.*, 2013	França	Avaliar a qualidade de vida de sobreviventes de câncer do colo do útero 5, 10 e 15 anos após o diagnóstico.	Pesquisa transversal + grupo focal	Amostra: 173 Idade média (anos): 44-65	Câncer do colo do útero	Longo prazo

Autor, Ano	País / Região	Objetivo	Tipo de estudo	Participante	Tipo de Câncer	Fase do tratamento
Carter *et al.*, 2010	EUA	Avaliar empiricamente e descrever o impacto emocional, sexual e físico da infertilidade relacionada ao câncer em sobreviventes de câncer ginecológico.	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 88 Idade média (anos): 36 Idade: 21-49 anos	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Chow *et al.*, 2018	China	Investigar a função sexual, o ajustamento psicossocial à doença e a qualidade de vida entre os sobreviventes do câncer ginecológico	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 225 Idade média (anos): 32 Idade: 21-60 anos	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Correa *et al.*, 2016	Brasil	Avaliar a função sexual de sobreviventes de câncer do colo do útero em comparação ao grupo controle de mulheres sem histórico de câncer.	Pesquisa prospectiva (8 anos de acompanhamento)	Tamanho da amostra: 74 Idade média (anos): 51 Idade: 24-85 anos	Câncer ginecológico	Mista
Fischer *et al.*,2019	Canadá	Avaliar como as mulheres com câncer de ovário experimentam e expressam a sexualidade	Pesquisa transversal + grupo focal	Tamanho da amostra: 64 Idade média (anos): 54 Idade: 51-64 anos	Câncer de ovário	Pós e Longo Prazo
Grover *et al.*, 2012	USA	Capturar experiências dos doentes para resolver problemas de sobrevivência; e as toxicidades relatadas pelos doentes.	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 334 Idade média (anos): 49 Idade: 18-83 anos	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Haryani *et al.*, 2020	Indonésia	Ajuste cultural das necessidades não atendidas para as sobreviventes do câncer na Indonésia.	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 298 Idade média (anos): 50	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Harter *et al.*, 2013	Alemanha	Investigar o funcionamento sexual em pacientes com câncer de ovário e endometrial e comparamos os resultados com os de controles saudáveis.	Pesquisa transversal + grupo focal	Tamanho da amostra: 727 Idade média (anos): 62 Idade: 18-86 anos	Câncer ginecológico	Mista
Hopkins *et al.*, 2015	Reino Unido	Investigação do problema sexual e	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 102	Câncer de ovário	Pós e Longo Prazo

Autor, Ano	País / Região	Objetivo	Tipo de estudo	Participante	Tipo de Câncer	Fase do tratamento
		aspectos psicológico e físico persistente.	(método misto)	Idade média (anos): 51 Idade (anos): 18–77		
Hubbs *et al.*, 2019	USA	Avaliar as mudanças em função sexual e descrever as preferências dos doentes relativamente ao papel do prestador de cuidados de saúde na abordagem e tratamento das disfunções sexuais em sobreviventes de cancro ginecológico.	Estudo observacional transversal	Tamanho da amostra: 85 Idade média (anos): 52	Câncer ginecológico	Mista
Lee *et al.*, 2015	Taiwan	Explorar a experiência sexual das mulheres de Taiwan após o tratamento do câncer ginecológico	Pesquisa qualitativa (estudo fenomenológico)	Tamanho da amostra: 11 Idade média (anos): 47 Idade: 20-60 anos	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Levin *et al.*, 2010	EUA	Testar a associação entre morbidade sexual e ajuste psicológico adverso e resultados de qualidade de vida	Estudo observacional transversal	Tamanho da amostra: 186 Idade média (anos): 54 Idade (anos): 20-85	Câncer ginecológico	Mista
Loyd *et al.*, 2014	Reino Unido	Explorou as experiências vividas por mulheres de 1 até 10 anos após tratamento.	Pesquisa qualitativa (estudo fenomenológico)	Tamanho da amostra: 12 Idade média (anos): 29-45	Câncer de colo do útero	Mista
Lutgendorf *et al.*, 2017	USA	Conhecer a qualidade de vida e as preocupações das mulheres sobreviventes de câncer de ovário	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 56 Idade média (anos): 65 Idade (anos): 40-85	Câncer de ovário	Longo prazo
Mattsson *et al.*, 2018	Suécia	Investigar a prevalência e os preditores da	Pesquisa qualitativa	Tamanho da amostra: 337	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo

Autor, Ano	País / Região	Objetivo	Tipo de estudo	Participante	Tipo de Câncer	Fase do tratamento
		angústia relacionada com o câncer em mulheres jovens e explorar as necessidades e experiências de apoio psicossocial.	(análise de conteúdo)	Idade média (anos): 32 Idade: 19-39		
McCallum *et al.*, 2014	Canadá	Informar o desenvolvimento de serviços de rastreio e intervenção pós-tratamento num programa de oncologia ginecológica, descrevendo as necessidades dos pacientes e desejo de ajuda.	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 113 Idade média (anos): 61 Idade (anos): 27-89	Câncer ginecológico	Mista
McCallum *et al.*, 2017	Canadá	Avaliar preditores de necessidades de cuidados de suporte não atendidas e prontidão para ajuda entre pacientes com câncer ginecológico.	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 113 Idade média (anos): 60 Idade (anos): 27-89	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Mikkensen *et al.*, 2016	Dinamarca	Descrever a qualidade de vida relacionada à saúde e os efeitos tardios do e prever suas necessidades de reabilitação.	Pesquisa transversal	Tamanho da amostra: 85 Idade (anos): 45-65	Câncer colo do útero	Mista
Plotti *et al.*, 2018	Itália	Avaliar a qualidade de vida a longo prazo e qualidade urinária e função sexual em sobreviventes de Câncer Ginecológico.	Estudo retrospectivo protocolo (10 anos de acompanhamento)	Tamanho da amostra: 251 Idade média (anos): 55	Câncer de colo do útero	Pós e Longo Prazo
Robert *et al.*, 2020	Canadá	Avaliar o impacto de uma ferramenta de triagem da Lista de Verificação com os sintomas sexuais para Mulheres	Estudo prospectivo (grupo de controle)	Tamanho da amostra: 78 Idade média (anos): 56 Idade (anos): 29-80	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Rowlands *et al.*, 2015	Austrália	Descrever o que as mulheres percebiam como importante para o seu estilo e qualidade de vida nos anos que se seguiram ao seu diagnóstico, e proporcionar novos conhecimentos que possam informar a prática dos cuidados de saúde.	Pesquisa qualitativa (análise temática)	Tamanho da amostra: 237 Idade média (anos): 65	Câncer do endométrio	Longo prazo

Autor, Ano	País / Região	Objetivo	Tipo de estudo	Participante	Tipo de Câncer	Fase do tratamento
Sekse *et al.*, 2013	Noruega	Descrevemos como é viver em um corpo feminino alterado após o câncer ginecológico 5 a 6 anos após o tratamento.	Pesquisa qualitativa (estudo fenomenológico)	Tamanho da amostra: 16 Idade média (anos): 56 Idade (anos): 39-66	Câncer ginecológico	Longo prazo
Stavraka *et al.*, 2012	Reino Unido	Avaliar sintomas físicos e psicológicos experimentados por pacientes após a conclusão do tratamento para câncer de ovário	Estudo transversal	Tamanho da amostra: 116 Idade média (anos): 62 Idade (anos): 31-88	Câncer de ovário	Pós e Longo Prazo
Teng *et al.*, 2014	Canadá	Determinar as necessidades de qualidade de vida dos sobreviventes de câncer de ovário para estabelecer prioridades para intervenções futuras.	Estudo observacional transversal	Tamanho da amostra: 102 Idade média (anos): 58 Idade (anos): 29 a 85	Câncer de ovário	Mista
Vermeer *et al.*, 2015	Holanda	Investigar a prevalência de necessidades de saúde psicossexual e procura de ajuda entre sobreviventes.	Estudo transversal multicêntrico	Tamanho da amostra: 343 Idade média (anos): 50	Câncer colo do útero	Pós e Longo Prazo
Vermeer *et al.*, 2016	Holanda	Avaliar as experiências com disfunções sexuais, apoio psicossexual e necessidades de saúde psicossexual entre sobreviventes do câncer cervical e seus parceiros.	Pesquisa qualitativa (abordagem estrutura)	Tamanho da amostra: 30 Idade média (anos): 47	Câncer ginecológico	Mista
Walton *et al.*, 2010	Nova Zelândia	Identificar necessidades das mulheres para os cuidados de apoio e compreender até que ponto sentem essas necessidades serem atendidas pelos serviços de saúde	Pesquisa qualitativa (análise temática)	Tamanho da amostra: 28 Idade média (anos): 50 Idade entre: 25 a 79 anos	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo
Westin *et al.*, 2015	USA	Identificar as preocupações de saúde que os sobreviventes do câncer ginecológico enfrentam.	Estudo prospectivo	Tamanho da amostra: 1029 Idade média (anos): 59	Câncer ginecológico	Pós e Longo Prazo

Nota: O câncer ginecológico* inclui todos os tipos de neoplasias do trato genital feminino: colo do útero, vagina, ovário, endométrio e vulva.

Fonte: Elaboração própria - Dados coletados/atualizados em 2021

3.1.3 Principais queixas na saúde sexual após o tratamento do câncer ginecológico

De acordo com artigos selecionados, a baixa libido foi identificada em 18 estudos e diagnosticada como um grande problema para as sobreviventes do câncer ginecológico. Modalidades terapêuticas como a quimioterapia, radioterapia e cirurgias realizadas para o tratamento de malignidades ginecológicas podem contribuir para esse problema de várias maneiras (LLOYD et al., 2014; MCCALLUM et al., 2014; ROWLANDS et al., 2015; LUTGENDORF et al., 2017).

A disfunção sexual pode ser considerada como a principal causa de sofrimento para a paciente após o tratamento do câncer ginecológico, e 70% das sobreviventes experimentam esse problema, que consiste em queixas de secura vaginal, dor durante a relação sexual e estenose vaginal (HARTER *et al.,* 2013; VERMEER *et al.,* 2015; MCCALLUM *et al.,* 2017; FISCHER *et al.,* 2019; ABBOTT-ANDERSON *et al.,* 2019). Decorrente disso, o processo de recuperação e readaptação das pacientes tornam-se mais difíceis e demorados o que dificulta o trabalho dos profissionais de saúde e piora da qualidade de vida das mulheres (CARTER *et al.,* 2010; AFIYANTI *et al.,* 2013; MATTSON *et al.,* 2018; HARYANI *et al.,* 2020).

A dor durante a relação sexual foi um sintoma predominante em dez estudos selecionados e causa um grande impacto na vida das mulheres, uma vez que muitas evitam o sexo e abandonam a sua vida sexual devido ao medo da dor que podem sentir durante ou depois da relação sexual (CARTER *et al.,* 2010; VERMEER *et al.,* 2015; BAKKER *et al.,* 2017; ABBOTT-ANDERSON *et al.,* 2019).

A secura vaginal foi predominante em vários estudos e foi revelado que 70% das mulheres sexualmente ativas relataram esse problema. Atualmente devido a grande de oferta de produtos e serviços tais como, lubrificadores vaginais e fisioterapias podem diminuir o desconforto e minimizar o sofrimento dessas pacientes (GROVER *et al.,* 2012; HOPKINS *et al.,* 2015; HUBBS *et al.,* 2019).

Outros estudos relataram dificuldades para as mulheres em se adaptarem às suas vidas após o fim do tratamento, pois outras dificuldades surgem sejam elas decorrentes da própria saúde que fica comprometida em vários aspectos e também, no âmbito do relacionamento pessoal, já que mudanças ocorrem em seus corpos e nem sempre são compreendidas por seus parceiros (STAVRAKA *et al.,* 2012; BACALHAU *et al.,* 2020). Em consequência disso, muitas delas vivenciam a negativa experiência do desprezo e abandono do seu parceiro, já que não compreende o novo contexto da sexualidade feminina após o

tratamento (VERMEER *et al.,* 2015; CHOW *et al.,* 2018; MATTSSON *et al.,* 2018; ROBERTS *et al.,* 2020).

Os sintomas da menopausa é outro efeito negativo que pode ocorrer, especialmente para as mulheres mais jovens, que sofrem dentre outros efeitos, a infertilidade precoce, que causa um efeito devastador na sua imagem corporal e psicológica (WALTON *et al.,* 2010; CHOW *et al.,* 2018).

O sofrimento sexual embora não seja um problema físico como os sintomas vaginais, também deve ser considerado pois interfere diretamente na esfera psíquica, e pode causar males como ansiedade e depressão (SEKSE *et al.,* 2013; TENG *et al.,* 2014; LOKICH, 2019). Muitas mulheres sejam no início e mesmo com o fim do tratamento, podem apresentar uma pior qualidade de vida mental, e infelizmente, muitas não têm o acesso adequado de intervenções psicológicas e psiquiátricas para diminuir esse sério problema (LE BORGNE *et al.,* 2013; VERMEER *et al.,* 2016). As principais queixas das pacientes na fase da sobrevivência após tratamento estão demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Principais queixas das pacientes na fase da sobrevivência pós-tratamento câncer ginecológico

Queixas	Autores	Fase de sobrevivência		
		Pós	Longo	Misto
Baixo libido	Abboutt-Anderson *et al.*, 2019 (01) Afiyanti *et al.*, 2013 (02) Bakker *et al.*, 2017 (05) Chow *et al.*, 2018 (09) Correa *et al.*, 2016 (10) Fisher *et al.*, 2019 (11) Grover *et al.*, 2012 (12) Hubbs *et al.*, 2019(16) Lee *et al.*, 2015 (17) Loyd *et al.*, 2014 (19) Lutgendorf *et al.*, 2017 (20) McCallum *et al.*, 2014 (22) Mikenssen *et al.*, 2016 (24) Plotti *et al.*, 2018 (25) Robert *et al.*, 2020 (26) Rowlands *et al.*, 2015 (27) Vermeer *et al.*, 2016 (32) Westin *et al.*, 2015 (34)	39% (2, 9, 11, 12, 25, 26, 34)	11% (20,27)	50% (1, 5, 10, 16, 17, 19, 22, 24, 32)
Secura vaginal	Bakker *et al.*, 2017 (05) Borgne *et al.*, 2013 (07) Chow *et al.*, 2018 (09) Grover *et al.*, 2012 (12) Hopkins *et al.*, 2015 (15) Hubbs *et al.*, 2019 (16) Lee *et al.*, 2015 (17) Loyd *et al.*, 2014 (19) McCallum *et al.*, 2014 (22) Mikenssen et al., 2016 (24) Plotti *et al.*, 2018 (25)	44% (9, 12, 15, 17, 25, 26, 29)	19% (7, 27, 28)	37% (5, 16, 18, 19, 22, 32)

Queixas	Autores	Fase de sobrevivência		
		Pós	Longo	Misto
	Robert *et al.*, 2020 (26) Rowlands *et al.*, 2015 (27) Sekse *et al.*, 2013 (28) Stavraka *et al.*, 2012 (29) Vermeer *et al.*, 2016 (32)			
Dor durante ato sexual	Afiyanti *et al.*, 2013 (02) Bakker *et al.*, 2016 (04) Correa *et al.*, 2016 (10) Haryani *et al.*, 2020 (13) Harter *et al.*, 2013 (14) Hopkins *et al.*, 2015 (15) Levin *et al.*, 2010 (18) Loyd *et al.*, 2014 (19) Lutgendorf *et al.*, 2017 (20) Mikenssen *et al.*, 2016 (24) Rowlands *et al.*, 2015 (27) Vermeer *et al.*, 2016 (32)	25% (2, 4, 15)	17% (20, 27)	58% (10, 13, 14, 18, 19, 24, 32)
Mudanças e insatisfação na relação sexual	Abboutt-Anderson *et al.*, 2019 (01) Bacalhau *et al.*, 2020 (03) Beesley *et al.*, 2013 (06) Carter *et al.*, 2010 (08) Fisher *et al.*, 2019 (11) Lutgendorf *et al.*, 2017 (20) Sekse *et al.*, 2013 (28) Vermeer *et al.*, 2015 (31) Westin *et al.*, 2015 (34)	67% (3, 6, 8, 11, 31, 34)	22% (20, 28)	11% (1)
Menopausa	Borgne *et al.*, 2013 (07) McCallum *et al.*, 2014 (22) Mikenssen *et al.*, 2016 (24)	42% (25, 29, 33)	29% (7, 28)	29% (22, 24)

Queixas	Autores	Fase de sobrevivência		
		Pós	Longo	Misto
	Plotti *et al.*, 2018 (25) Sekse *et al.*, 2013 (28) Stavraka *et al.*, 2012 (29) Walton *et al.*, 2010 (33)			
Angústia sexual	Bakker *et al.*, 2016 (04) Bakker *et al.*, 2017 (05) Fisher *et al.*, 2019 (11) McCallum *et al.*, 2014 (22) McCallum *et al.*, 2017 (23) Vermeer *et al.*, 2015 (31)	67% (4, 11, 23, 31)	-	33% (5, 22)
Infertilidade	Carter *et al.*, 2010 (08) Lee *et al.*, 2015 (17) Loyd *et al.*, 2014 (19) Mattsson *et al.*, 2018 (21) Vermeer *et al.*, 2016 (32) Walton *et al.*, 2010 (33)	67% (8, 17, 21, 33)	-	33% (19, 32)

Fonte: Elaboração própria - Dados coletados/atualizados em 2021

3.1.4 Principais estratégias de cuidados de saúde para queixas da saúde sexual após o tratamento do câncer ginecológico

Algumas estratégias para cuidados de saúde da sexualidade foram encontradas nos estudos pesquisados, como por exemplo, para pacientes jovens em idade reprodutiva o desenvolvimento de ações como criopreservação de óvulos/embriões e congelamento de tecidos, bem como, identificar, monitorar e abordar em um ambiente de atendimento clínico, os problemas que essas pacientes enfrentam, e criar estratégias alternativas de construção junto com a família (CARTER *et al.,* 2010). Para Hubbs *et al.* (2019) seria necessário desenvolver ferramentas para identificar as pacientes sobreviventes com reais riscos de disfunções sexuais, e promover discussões em torno do tema para compreender o papel da importância dos cuidados, principalmente com aqueles que interferem na relação com seu parceiro.

Stavraka *et al.* (2012) mencionam sobre o "termômetro de bem-estar" é uma ferramenta útil para a avaliação rápida da saúde geral de pacientes sobreviventes através do uso rotineiro de questionários para avaliar o bem-estar e os sintomas relatados por elas, e desta forma melhor compreender as morbidades vivenciadas e por conseguinte, oferecer intervenções de suporte de cuidados para este grupo de pacientes.

Afiyanti *et al.* (2013) discorrem que os enfermeiros poderiam fornecer informações sobre o tipo de tratamento que pode ser apropriado para ajudar as sobreviventes do câncer em sua adaptação sexual e assim obter uma melhor compreensão e sensibilidade sobre como as mulheres se adaptam às suas vidas sexuais alteradas e a intimidade com seus parceiros após os tratamentos.

Já Chow *et al.* (2018) acreditam que a comunicação paciente-clínico poderiam aprimorar e integrar à prática de enfermagem com rotinas de avaliações de sexualidade e de ajuste psicossocial. Através da comunicação paciente-clínico poderiam oferecer suporte social e aconselhamento para o casal com informações, conselhos e soluções às preocupações psicossexuais em um contexto de assistência multiprofissional, bem como, realizar ações focadas na detecção e intervenção precoce dos efeitos adversos do tratamento durante o seguimento até a pós-alta médica (HARTER *et al.,* 2013; CORREA *et al.,* 2016).

Assim, poderiam melhorar as discussões sobre as sequelas sexuais do tratamento com fornecimento de informações e intervenções psicológicas para melhorar os resultados (Levin *et al.,* 2010; Lee *et al.,* 2015) e os profissionais de saúde focariam maior atenção para fornecer informação e orientação sobre alterações corporais e sexuais que as mulheres enfrentam

(SEKSE *et al.,* 2013).

Segundo Beesley *et al.* (2013), com o intuito de melhorar o atendimento e atender às preocupações psicológicas que afetam a sexualidade das mulheres sobreviventes é importante desenvolver planos de cuidados individualizados com base na avaliação de risco, seja para as necessidades futuras e possível escolha do paciente. Um plano de cuidados deve ser feito baseado em uma avaliação das necessidades do pacientes (Grover *et al.,* 2012; Teng *et al.,* 2014) e atingir aquelas que precisam de reabilitação (Mikenssen *et al.,* 2016) para obter a longo prazo a qualidade de vida da função sexual (PLOTTI et *al.,* 2018). Através dessa abordagem individualizada permitiria também uma maior flexibilidade e avaliação eficaz da saúde sexual com possibilidade de discussão sobre a gestão dos sintomas e estratégias para melhorar a função sexual e a satisfação; expandindo os pontos de vista para além do âmbito de relações sexuais (MCCALLUM *et al.,* 2014).

Lutgendorf *et al.* (2017) ressaltam ser essencial o apoio do sistema de saúde com intervenções médicas para ajudar no funcionamento sexual das sobreviventes de longo prazo. O apoio de equipe multiprofissional composta de clínicos, psicólogos e assistentes sociais devem continuar acompanhando esses pacientes em longo prazo e ajustando seu suporte e cuidados de acordo com o perfil do paciente, especialmente aqueles com mais comorbidades. Também foi citado nos estudos oferecer suporte social e aconselhamento para o casal com informações, conselhos e soluções às preocupações psicossexuais em um contexto de assistência multiprofissional para realizar ações focadas na detecção e intervenção precoce dos efeitos adversos do tratamento durante o seguimento, bem como orientação pós-alta médica (HARTER *et al.,* 2013; MATTSSON *et al.,* 2018; HARYANI *et al.,* 2020; ROBERT *et al.,* 2020).

Para Bakker *et al.* (2016) os programas de reabilitação poderiam ser desenvolvidos para sobreviventes de câncer ginecológico para prevenir e reduzir não apenas os sintomas sexuais vaginais, mas também a preocupação com a dor sexual, a insatisfação com o relacionamento e a imagem corporal, e assim, reduzir o sofrimento sexual. Como parte do programa de reabilitação muitos autores citam os tratamentos tópicos tais como, lubrificantes e hidratantes vaginais, terapias e o uso de antidepressivos (BAKKER *et al.,* 2017).

Por fim, Bacalhau *et al.* (2020) citam que esses programas de acompanhamento e reabilitação devem proporcionar a preparação física para que as mulheres tenham condições de conviver com uma melhor qualidade de vida, senso de controle e autonomia.

As sobreviventes estão vivendo com ou além do câncer por mais tempo, e há uma necessidade crescente de se concentrar em estratégias de saúde que melhorem o atendimento e

o apoio para garantir uma vida saudável e ativa pelo maior tempo possível (MATTISSON *et al.*, 2018).

Devido muitas mulheres não terem suas necessidades atendidas tais como, psicossociais e psicossexuais, as redes de apoio podem oferecer o amparo para que possam trocar experiências, vivências e assim potencializar seu processo de recuperação (LOYD et al., 2014; BAKKER et al., 2016; BAKKER et al., 2017). No quadro 6 constam as principais estratégias de cuidados que podem ser oferecidas às pacientes após o tratamento.

Quadro 6 - Matrix de estratégias cuidados para saúde sexual após o tratamento do câncer ginecológico

Autores	**Estratégias de cuidados**					
	Comunicação paciente-clínico	Desenvolvimento de programas de reabilitação	Suporte de equipe multiprofissional	Plano de cuidados individualizado	Desenvolvimento de estratégias e práticas para cuidados de sexualidade	Criação de rede de apoio para sobreviventes
Abbott-Anderson *et al.,* 2019 (1)	✓				✓	
Afiyanti *et al.*, 2013 (2)	✓				✓	
Bacalhau *et al.*, 2020 (3)		✓				
Bakker *et al.,* 2016 (4)		✓				
Bakker *et al.,* 2017 (05)		✓				
Beesley *et al.*, 2013 (06)	✓			✓		
Borgner *et al.,* 2013 (07)			✓			
Carter *et al.,* 2010 (08)	✓				✓	
Chow *et al.,* 2018 (09)	✓				✓	
Correa *et al.,* 2016 (10)	✓		✓		✓	
Fischer *et al.,* 2019 (11)	✓				✓	
Grover *et al.,* 2012 (12)				✓		
Haryani *et al.,* 2020 (13)			✓			
Harter *et al.,* 2013 (14)			✓			
Hopkins *et al., 2015* (15)			✓			
Hubbs *et al.,* 2019 (16)	✓				✓	
Lee *et al.,* 2015 (17)	✓				✓	

Levin *et al.*, 2010 (18)	✓				✓	
Loyd *et al.*, 2014 (19)	✓					✓
Lutgendorf *et al.*, 2017 (20)			✓		✓	
Mattsson *et al.*, 2018 (21)			✓			✓
McCallum *et al.*, 2014 (22)	✓			✓	✓	
McCallum *et al.*, 2017 (23)					✓	
Mikenssen *et al.*, 2016 (24)		✓		✓		
Plotti *et al.*, 2018 (25)				✓	✓	
Robert *et al.*, 2020 (26)		✓				
Rowlands *et al.*, 2015 (27)				✓		✓
Sekse *et al.*, 2013 (28)	✓					
Stavraka *et al.*, 2012 (29)				✓		
Teng *et al.*, 2017 (30)				✓		✓
Vermeer *et al.*, 2015 (31)	✓			✓		
Vermeer *et al.*, 2016 (32)						✓
Walton *et al.*, 2010 (33)			✓			
Westin *et al.*, 2015 (34)				✓		

Fonte: Elaboração própria - Dados coletados/atualizados em 2021

3.2 Resultados etapa 2: Abordagem qualitativa pacientes

A idade média das 25 participantes deste pesquisa foi de 46 anos e 36% (n=9) tinham terminado o tratamento no período de 6 meses. Das respondentes, 72% (n=18) tiveram câncer do colo do útero com realização de sessões de quimioterapia, radioterapia e braquioterapia, e dessa amostra somente 40% (n=10) disseram ter realizado as sessões mais a cirurgia, seja com histerectomia simples ou radical. A grande parte delas 80% (n = 20) tiveram menopausa precoce devido ao tratamento realizado, afetando seriamente sua saúde hormonal e reprodutiva, principalmente para as mulheres abaixo dos 45 anos (44%, n=11). Todas as participantes responderam ter atividade sexual ativa, entretanto, a regularidade do ato sexual entre algumas delas é baixo com tempo médio de 1 vez por semana 60% (n=15) conforme demonstrado no Quadro 7.

Quadro 7 - Características das pacientes do estudo qualitativo (n=25)

ID Paciente	Idade	Estado civil	Tipo de tumor	Tipo de tratamento				Histerectomia		Menopausa precoce	Tempo término tratamento	Atividade sexual ativa
				Braquiterapia	Radioterapia	Quimioterapia	Cirurgia	Radical	Simples			
1	50	Solteira	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	5 anos	Sim
2	50	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	5 anos	Sim
3	52	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	5 anos	Sim
4	34	Casada	Ovário	Não	Não	Não	Sim	Sim		Sim	6 meses	Sim
5	54	Casada	Endométrio	Sim	Sim	Sim	Não			Não	3 anos	Sim
6	47	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	3 anos	Sim
7	25	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	2 anos	Sim
8	43	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	2 anos	Sim
9	43	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	6 meses	Sim
10	42	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	6 meses	Sim
11	40	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	6 meses	Sim
12	42	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	6 meses	Sim
13	52	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	2 anos	Sim
14	62	Casada	Endométrio	Sim	Sim	Sim	Não			Não	1 ano	Sim
15	51	Casada	Endométrio	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Não	4 anos	Sim
16	56	Casada	Endométrio	Não	Não	Não	Sim	Sim		Não	4 anos	Sim

ID Paciente	Idade	Estado civil	Tipo de tumor	Tipo de tratamento				Histerectomia		Menopausa precoce	Tempo término tratamento	Atividade sexual ativa
				Braquiterapia	Radioterapia	Quimioterapia	Cirurgia	Radical	Simples			
17	50	Casada	Ovário	Não	Não	Não	Sim	Sim		Sim	6 meses	Sim
18	43	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	6 meses	Sim
19	48	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	2 anos	Sim
20	60	Solteira	Endométrio	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Não	5 anos	Sim
21	40	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	5 anos	Sim
22	39	Solteira	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	3 anos	Sim
23	37	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Não			Sim	2 anos	Sim
24	59	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	6 meses	Sim
25	32	Casada	Colo do útero	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	6 meses	Sim

Fonte: Elaboração própria - Dados coletados/atualizados em 2022

O questionário semiestruturado para as mulheres sobreviventes foi desenvolvido com base em estudo anterior (Kim *et al.*, 2020). A lista de perguntas foi revisada e modificada pelos autores que possuem experiência e especialidade em oncologia. Os questionários foram construídos conforme descrito por Krueger e Casey (2015): 1) perguntas de abertura, 2) perguntas de transição, 3) perguntas-chave ou principal e 4) pergunta final. Após a conclusão das entrevistas, foram resumidos os principais pontos de discussão para verificar itens ou omissões adicionais, conforme demonstrado no Quadro 8.

Quadro 8 - Perguntas realizadas na entrevista da pesquisa qualitativa

		Questões
Abertura		1. Quais as principais dificuldades gerais que você encontrou quando terminou o tratamento?
Transição	6)	2. Que tipo de assistência médica ou multidisciplinar recebeu após o término do tratamento oncológico?
	7)	3. Procurou algum tipo de ajuda médica ou multidisciplinar?
Principal	8)	4. Quais são os principais sintomas adversos ou queixas no âmbito da sexualidade que enfrenta como sobrevivente de câncer?
	9)	5. Os médicos ou equipe de profissionais de saúde partilharam informações sobre os sintomas adversos da doença e do tratamento?
	10)	6. Tem alguma dificuldade psicológica (depressão, ansiedade...)?
		7. A sua relação com o seu cônjuge mudou após o tratamento?
		9. Sua autoestima e imagem corporal mudaram após o tratamento?
Final	9)	9. Teria algo acrescentar ou outras informações pertinentes?

Fonte: Adaptação de Krueger; Casey, 2015

As participantes ofereceram relatos detalhados de suas experiências pós-tratamento e eventos relacionados. Após análise das entrevistas, três tipos de categorias foram derivadas da guia do questionário de entrevistas: (1) dificuldades da sobrevivente pós-tratamento, são as adversidades no âmbito da saúde que são encontradas pelas pacientes e os meios que conseguiram para enfrentá-las; (2) cuidados e assistência à saúde, refere-se ao apoio da assistência médica ou multidisciplinar para lidar com os sintomas adversos decorrentes após o tratamento; (3) aspectos psicossociais, trazem repercussões no desempenho emocional, psicológico e nas relações sociais, familiares e conjugais (ver Quadro 9).

Quadro 9 - Categorias, subcategorias e algumas citações das pacientes participantes

Categoria principal	Subcategorias	Citações dos participantes
Dificuldades da sobrevivente pós-tratamento	Dores no corpo	"Depois das sessões de radioterapia, comecei a ter problemas intestinais que nunca tive antes... às vezes eu evacuo sangue e isso me apavora." (paciente 10) "As dores nas articulações são terríveis... tenho insônia e durmo muito mal pois não consigo relaxar porque as dores nas pernas são insuportáveis." (paciente 11) "Sinto muitas dores na parte inferior do meu corpo, tem dias que não consigo levantar da cama." (paciente 7) "Tive um inchaço e dores na barriga, ela ficou muito grande... isso me dificultava até mesmo para me movimentar." (paciente 19)
	Queixas na sexualidade	"Depois do tratamento tudo piorou, comecei a sentir muitas dores durante a relação sexual, tenho secura e encurtamento vaginal e não tenho mais vontade de fazer sexo com meu marido." (paciente 2) "Eu evito ter relações sexuais com meu marido simplesmente porque não tenho mais libido, meu desejo sexual acabou por completo." (paciente 3) "Tive secura vaginal e estenose; e não queria ter relação sexual... cheguei ao ponto de ter uma conversa bem séria com meu marido e falei para ele que caso quisesse poderia procurar outra mulher para satisfazê-lo." (paciente 4)
	Desmotivação e indisposição da saúde	"Ainda não posso fazer minhas atividades diárias e sinto muito cansaço que me impedem de fazer pequenas tarefas do lar." (paciente 12) "Depois do tratamento tenho momentos que fico bem em um dia e em outros só quero dormir e não fazer mais nada... só levanto pois tenho um filho pequeno que depende de mim." (paciente 25)
Cuidados e assistência à saúde	Apoio médico multiprofissional	"Procurei o próprio hospital do câncer que fiz meu tratamento e também fiz consultas particulares com psicólogo e psiquiatra pois minha ansiedade era muito alta e também tive compulsão por comida... realmente tive que procurar ajuda médica". (paciente 22) "Recebi ajuda do ambulatório da sexualidade, pois lá tem uma enfermeira que explica, dá conselhos e me deixa melhor... as conversas que tive com essa enfermeira me fez ver que a doença pode ser melhor enfrentada quando recebemos apoio." (paciente 20) "Fiz uso da medicina integrativa para diminuir a ansiedade... quando estou muito ansiosa faço uma auto-sabotagem como não tomar os medicamentos corretamente, me alimento mal e não faço os exercícios físicos que sã importantes para mim." (paciente 17) "Faço fisioterapia com exercícios para dilatação vaginal, porque a sensação que sinto é que estou "fechada" e a dor e incomodo vaginal são fortes." (paciente 15)
	Comunicação médico-paciente	"No hospital do câncer tive todo o apoio que precisava, e também as enfermeiras me davam todas as orientações necessárias sobre os sintomas que poderíamos ter e como fazer para minimizar." (paciente 19)

Categoria principal	Subcategorias	Citações dos participantes
		“A equipe médica foi muito comunicativa e atenciosa; e logo depois do tratamento tive uma consulta médica que foi explicado quais sintomas eu poderia ter inclusive alguns que poderiam persistir por anos.” (paciente 24) “Tive apoio da equipe médica e eles também me encaminharam para fisioterapia... mas sinto que falta um profissional para dar apoio aos casais, que pudéssemos compartilhar esse sofrimento que eu e marido estamos passando, já que nosso relacionamento foi muito afetado negativamente.” (paciente 9) “Não obtive a comunicação e apoio que eu necessitava... no tratamento em si tive todo o amparo, mas na parte psicológica e na sexualidade tiveram muitas lacunas... e isso interfere diretamente na minha vida pessoal pois são problemas que impactam e muito na minha qualidade de vida.” (paciente 21)
Aspectos psicossociais	Reações emocionais e psicológicas	"Tive acompanhamento psicológico depois do tratamento, mas fiquei tão revoltada com o sofrimento que a doença trouxe que não quero mais fazer nenhum tratamento!” (paciente 24) “Depois de tanto sofrimento que passei, fiquei com muitas sequelas psicológica... você sofre uma dor no corpo que também afeta a sua alma... não queria que as pessoas tivessem pena de mim e sim ter acesso a um tratamento psicológico digno para acabar com tanto sofrimento.” (paciente 4) “Sempre busquei ter um pensamento positivo, falava comigo mesma que a doença não iria me abater e eu não perderia para essa doença... desde o diagnóstico até o fim do tratamento tive essa atitude e isso foi fundamental para que eu não perdesse as esperanças e não tivesse medo da morte.” (paciente 14) “Além da minha questão de saúde, tenho uma filha que precisa de cuidados especiais e isto me deixava mais ansiosa porque precisava cuidar dela e de mim... ao final tive que procurar ajuda médica psiquiátrica para poder tratar da minha mente.” (paciente 13) “Acredito que o apoio familiar e da equipe médica foram fundamentais para que eu não tivesse pensamentos negativos e sempre pensasse que tudo iria passar e ao final eu ficaria bem... foi o apoio das pessoas e Deus que fez toda a diferença para mim (paciente 16)
	Alterações na autoimagem e autoestima	“Tenho me sentido muito amargurada pelo problema que sofro da estenose vaginal, em razão disso afeta minha autoestima e meu relacionamento, e isso me deixa triste e com muito medo de nunca mais ser a mesma mulher que fui um dia.” (paciente 6) “Fiquei com uma cicatriz muito grande e isto era motivo de vergonha para mim... as pessoas na rua passam e ficam comentando, e isso me deixa ainda pior.” (paciente 18) “Quando eu estava no tratamento e mesmo depois que acabou, eu fazia questão de estar sempre maquiada e arrumada, não me deixava abater pela doença... até mesmo pessoas próximas a mim como familiares não acreditavam que eu estava doente... em um episódio que ocorreu comigo, uma amiga chegou a dizer para mim, deixei de visitar você pois tinha medo de lhe ver magra, careca, feia... ao mesmo tempo que fiquei feliz também fiquei

Categoria principal	Subcategorias	Citações dos participantes
		decepcionada como as pessoas são preconceituosas e com conceitos muito errado da doença.” (paciente 9)
	Relacionamento conjugal	“O meu relacionamento depois do tratamento mudou, mas como tivemos muita conversa, isso foi fundamental para que continuássemos juntos, e até mesmo as relações sexuais que foram tão afetadas, hoje com mais proximidade com meu marido, consigo ter prazer e libido”. (paciente 2) “A descoberta da doença é um grande choque na nossa vida e isto impacta diretamente no relacionamento conjugal, mas como sou casada há muitos anos e tenho um profundo amor por ele e ele por mim, foi mais fácil enfrentar os obstáculos e passar por tudo isso”. (paciente 16) “Meu relacionamento mudou muito visto que não temos uma vida íntima com tínhamos antes, e isso interfere na nossa relação... somos um casal jovem e não podermos mais ter filhos e nem contato íntimo devido as dores que eu sinto, isso é terrível.” (paciente 7) “Meu marido ficou ao meu lado durante todo o tratamento, porém, como casal não temos mais nenhuma intimidade... simplesmente não quero mais nada, porque tenho medo e sinto dores, e isso de alguma forma acaba nos afastando como marido e esposa”. (paciente 2)

Fonte: Adaptação de Krueger; Casey, 2015

3.3 Categorias do questionário

3.3.1 Dificuldades das sobreviventes no pós-tratamento

Um dos principais temas deste estudo foi a tentativa das mulheres para enfrentar as dificuldades especialmente no aspecto da saúde após o término do tratamento. De fato, elas se preocupavam com diversas questões, e expressavam que a dor é a queixa mais perceptível, detectada principalmente nas articulações, pernas e braços. Além disso, cansaço e fadiga também eram sintomas muito recorrentes, que prejudicavam realizar simples afazeres da vida diária. Alguns pacientes também acreditam que após as sessões de radioterapia surgiram problemas intestinais que interferiram no seu bom funcionamento; e para minimizar esse incômodo, muitas adotaram uma alimentação saudável já que isso ajudava diretamente todo o trato intestinal e consequentemente no seu bem-estar.

Outras dificuldades enfrentadas, é referente as queixas no âmbito da sexualidade, 23 respondentes (92%) informaram que tinham alguma sequela advinda do tratamento. A secura vaginal, falta de libido e encurtamento vaginal foram as queixas mais citadas e tendiam

persistir anos após o fim do tratamento. E esse desconforto poderia ser sentido tanto nas mulheres como também causava incômodo em seus parceiros devido ao ressecamento excessivo vaginal e estreitamento do canal vaginal. Assim, por causa desse problema, fortes abalos emocionais e psicológicos eram enfrentados pelas pacientes nos seus relacionamentos amorosos, porque as fortes dores sentidas durante o ato sexual causam muito medo, e muitas delas admitiram que não sentiam mais desejo e preferiam não ter nenhum contato íntimo com seus companheiros.

3.3.2 Cuidados e assistência à saúde

A segunda categoria neste estudo foram os cuidados e assistência da saúde recebidos pelo hospital do câncer. Obviamente, a comunicação com os profissionais de saúde foi um recurso muito valorizado e utilizado pelas pacientes; até mesmo, em muitos casos, quando terminavam o tratamento muitas se sentiam “perdidas” e a ajuda profissional era muito importante, pois possibilitou discutir e dirimir dúvidas que as atormentavam. Além disso, 18 mulheres (72%) responderam que logo após o fim do tratamento, realizaram sessões de fisioterapia por causa dos problemas como encurtamento vaginal, e com esses profissionais aprendiam exercícios que melhoravam as queixas e depois podiam ser reaplicados em casa para que os resultados fossem mais satisfatórios.

Apesar de muitas pacientes perceberem a importância dos serviços de cuidados de saúde recebidos, 3 mulheres (12%) relataram que desconheciam os serviços que eram oferecidos como ambulatório da sexualidade, que tem por objetivo fornecer suporte com informações sobre sexualidade e orientações sobre uso de substâncias medicinais para minimizar os efeitos negativos das queixas sobre saúde sexual. Finalmente, quando as mulheres entendiam a importância e demonstravam interesse em participar dessas atividades do ambulatório sentiam-se mais confiantes para enfrentarem os problemas e até mesmo tinham a possibilidade de participarem de grupos de apoio em que interagiam, faziam amizades e estreitavam laços para que juntas pudessem passar por esse difícil período de forma mais tranquila.

3.3.3 Aspectos psicossociais

O terceiro tema era a abordagem sobre os aspectos psicossociais; isso significa que as mulheres sobreviventes, além de todos os problemas de saúde que precisam enfrentar, outros desafios aparecem como, autoimagem negativa, deterioração do relacionamento e intimidade, medo da morte, recorrência da doença, além da preocupação com o futuro da vida dos filhos. Assim, a intimidade prazerosa em sua vida conjugal após o câncer foi uma das experiências mais estressantes e dolorosas para o casal, de modo que a demonstração de afeto eram atos cada vez mais distantes.

Algumas participantes mencionaram que após as sessões das terapias de tratamento havia acentuada diminuição do libido e prazer sexual, e, com isso, perdiam o interesse para terem relação sexual e o medo de sentirem dor durante o sexo, as afastavam ainda mais de seus maridos.

As percepções relacionadas à autoimagem eram outras experiências relatadas que causavam muito desconforto entre as mulheres, pois precisavam fazer a autoaceitação e reaproximação da nova identidade de seus corpos, e muitas das respondentes mencionaram que não encontravam perspectivas positivas nesse aspecto. Portanto, ao passar por tantas experiências desagradáveis, os aspectos psicológicos eram extremamente afetados, e queixas como ansiedade e depressão eram relatados de forma frequente entre as mulheres, e infelizmente, nem todas podiam receber o tratamento e acompanhamento médico psiquiátrico necessário para que pudessem minimizar esses sintomas, e isso é decorrente do número insuficiente de profissionais de saúde que trabalham nessa especialidade nos hospitais públicos de saúde no país.

3.4 Resultados etapa 3: Abordagem quantitativa

3.4.1 Resultados etapa 3: Pesquisa quantitativa pacientes

Um total de 1.181 pacientes foram selecionados e abordados para o estudo. Dessa amostra, 41 (quarenta e um) foram identificados como outros tipos de cânceres que não eram pertencentes ao trato feminino ginecológico. No total, 148 (cento e quarenta e oito) não eram elegíveis devido à evidência de doença recorrente ou metástase, tratamento ativo, complicações clínicas e déficits graves. Não foi possível obter os contatos das 353 (trezentos e cinquenta e três) pacientes devido a desatualização dos dados cadastrais no sistema, ou por

motivos diversos não quiseram responder a pesquisa. E outras 378 (trezentos e setenta e oito) pacientes rejeitaram nosso convite devido a restrições de tempo ou questões de privacidade, e 23 (vinte e três) foram a óbito. Finalmente, 238 participantes foram inscritos para este estudo conforme Figura 3.

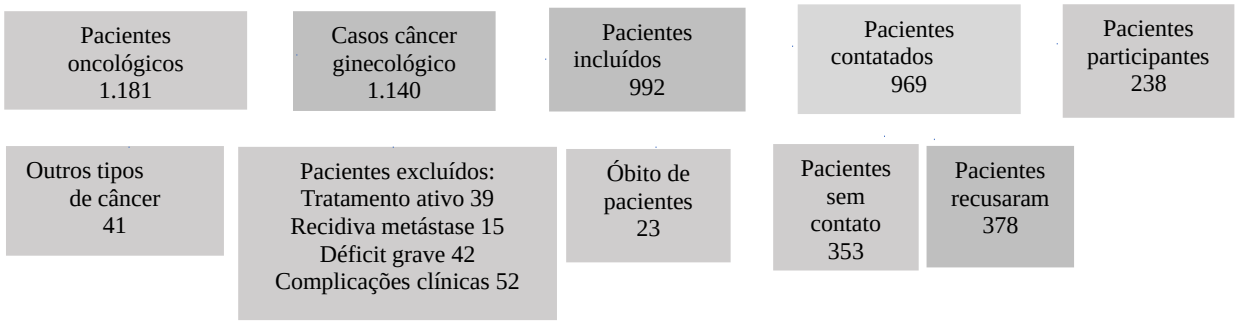


Figura 3 - Organograma da seleção das pacientes participantes do estudo
Fonte: Elaborado pela autora

A média de idade das 238 participantes foi 42,6 anos; e 46,2% terminaram o tratamento ativo no período de tempo entre 6 e 12 meses. O diagnóstico de câncer do tipo colo de útero compôs 68,1% dos casos, seguido de câncer do ovário 16,8%, e endométrio 11,3%. Mais de 50% dos respondentes do estudo confirmaram ter feito cirurgia, e desses 34% realizaram a histerectomia radical com a retirada de todos os órgãos do trato feminino ginecológico. Com o início das combinações de tratamento, incluindo cirurgia, radiação, quimioterapia e terapia hormonal a maioria dos sobreviventes de câncer ginecológico tiveram início da fase com sintomas da menopausa inclusive precoce, sendo as mais afetadas as mulheres jovens com até 42 anos. A maioria das participantes (69,7%) responderam ter atividade sexual ativa. As características sociodemográficas e clínicas das pacientes estão listadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Características sociodemográficas e clínicas das pacientes participantes

Características	*** n**	**(%)**
Idade		
18-35	71	29,8
36-50	101	42,4
51-59	66	27,7
Estado Civil		
Casada	108	45,4
Solteira	96	40,3
Divorciada / Separada	26	10,9
Viúva	8	3,4
Tempo término tratamento		
6-12	110	46,2
13-24	84	35,3
25-60	44	18,5

Menopausa após tratamento		
Sim	72	30,3
Não	166	69,7
Atividade Sexual		
Sim	151	63,4
Não	87	36,6
Tipo de Câncer		
Colo do útero	162	68,1
Endométrio	27	11,3
Ovário	40	16,8
Vulva	4	1,7
Vagina	4	1,7
Cirurgia		
Não	114	47,9
Sim (histerectomia radical)	81	34,0
Sim (histerectomia simples)	43	18,1

* n = número amostral

De acordo com as informações item a item, algumas perguntas apresentam respostas positivas à medida que aumenta o escore, enquanto outras, apresentam respostas negativas à medida que o escore aumenta. Dentre as que apresentam resposta positiva, o item que demonstrou maior média foi “Quão importante é uma vida sexualmente para você” com valores de 3,22 e um desvio padrão 0,797. Das que apresentam respostas negativas à medida que aumentam o escore, a que expressou a menor média foi “Sentiu dor durante ou após a atividade sexual” 2,06 e desvio padrão 1,1.

A consistência interna do instrumento utilizado, *EORTC QLQ-SH-22-Brazil*, foi 0,580 podendo ser considerada moderada (entre 0,41 a 0,60) conforme resultados semelhantes a outros estudos internacionais (KALISCH *et al.*, 2009; HERNANDEZ *et al.*, 2017). Entretanto, quando é considerada a divisão das escalas entre satisfação sexual e sofrimento sexual, o valor do Alpha de *Cronbach* eleva para 0,847 e 0,837 respectivamente, o que aponta para uma consistência considerada alta e a necessidade da análise dos itens de forma dividida conforme explicitado na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados da análise descritiva dos itens e escalas do questionário *EORTC QLQ-SH-22*

Escala	Item	Média Padrão	Desvio	Alfa de Cronbach	Válido N
Escalas de vários itens					
Satisfação sexual	8	2,4	0,80	0,847	403
Dor sexual	10	1,5	0,73	0,837	392
Escalas de item único					
Quão importante é uma vida sexualmente para você?	1	3,22	0,797		209
Sua libido diminuiu?	1	2,77	1,274		213
Esteve satisfeita com seu nível de desejo sexual?	1	2,41	1,082		201
Esteve satisfeita com sua vida sexual?	1	2,38	1,073		209
Você tem se preocupado com incontinência urinária e/ou de fezes?	1	2,17	1,195		222
O tratamento influenciou sua atividade sexual?	1	2,84	1,187		216
Esteve preocupada que as relações sexuais pudessem ser dolorosas?	1	3,18	1,07		219
Houve comunicação com profissionais da saúde sobre assuntos sexuais?	1	2,45	1,184		233
Esteve satisfeita quanto à comunicação sobre assuntos entre você e seu/sua parceiro/a?	1	2,82	1,106		204
Tem se preocupado que sua / seu parceiro(a) possa lhe causar dor durante o contato sexual?	1	2,74	1,138		213
Esteve satisfeita com seu nível de intimidade?	1	2,72	1,057		211
Se sentiu insegura sobre a sua capacidade de satisfazer seu/sua parceiro/a?	1	2,87	1,222		211
Sentiu-se menos mulher devido à sua doença ou tratamento?	1	2,46	1,244		231
Teve atividades sexuais durante as últimas 4 semanas?	1	2,24	0,977		233
Sentiu prazer nas atividades sexuais?	1	2,72	1,111		215
Esteve satisfeita com sua habilidade de alcançar o orgasmo?	1	2,61	1,11		210
Sentiu dor durante ou após a atividade sexual?	1	2,06	1,099		211
Teve experiências de vagina seca durante a atividade sexual?	1	2,78	1,251		210

Fonte: Adaptação de Greimel *et al.,* 2021

Ao empregar a análise fatorial confirmatória foi possível ratificar as maiores cargas para os itens que representam a satisfação sexual no primeiro fator, enquanto as perguntas direcionadas para o âmbito do sofrimento obtiveram maiores cargas no segundo fator (escala de sofrimento/dor sexual). A correlação entre as escalas apresentou-se baixa (-0,391) corroborando a necessidade da separação das escalas em dois fatores, e a análise pode ser considerada adequada de acordo com a medida de adequação de KMO (0,848) conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados análise fatorial confirmatória do questionário EORCT QLQ-SH-22

Escala	Cargas fatoriais padronizadas
Satisfação sexual	
Sentiu prazer nas atividades sexuais?	0,81
Esteve satisfeita com sua habilidade de alcançar o orgasmo?	0,78
Teve atividades sexuais durante as últimas 4 semanas?	0,71
Esteve satisfeita com seu nível de intimidade?	0,68
Esteve satisfeita com sua vida sexual?	0,65
Esteve satisfeita quanto à comunicação sobre assuntos entre você e seu/sua parceiro/a?	0,60
Esteve satisfeita com seu nível de desejo sexual?	0,58
Quão importante é uma vida sexualmente para você?	0,56
Dor sexual	
Esteve preocupada que as relações sexuais pudessem ser dolorosas?	0,81
Tem se preocupado que seu parceiro(a) possa lhe causar dor durante o contato sexual?	0,76
O tratamento influenciou sua atividade sexual?	0,73
Se sentiu insegura sobre a sua capacidade de satisfazer seu/sua parceiro/a?	0,71
Teve experiências de vagina seca durante a atividade sexual?	0,69
Sentiu dor durante ou após a atividade sexual?	0,68
Sentiu-se menos mulher devido à sua doença ou tratamento?	0,62
Sua libido diminuiu?	0,53
Houve comunicação com profissionais da saúde sobre assuntos sexuais?	0,41
Você tem se preocupado com incontinência urinária e/ou de fezes?	0,28
Correlação entre as escalas	Correlação fatorial
Satisfação sexual com dor sexual	−0,391
Estatísticas de adequação ao ajuste	Valor
Medida de adequação à amostra Kaiser-Meyer-Olkin	0,848

Fonte: Adaptação de Greimel *et al.*, 2021

Na Tabela 5 foram listados os itens frequência e satisfação sexual das participantes que responderam o questionário EORTC QLQ-SH-22 após o tratamento contra o câncer. Em relação ao item frequência sexual noventa e duas (39,3%) relataram que não tiveram nenhum contato sexual nas últimas 4 semanas, e vinte mulheres (8,5%) informaram que tiveram ao menos quatro relações sexuais durante o mesmo período, ou seja, um ato sexual durante sete dias. Interessante, sessenta e cinco (30,1%) responderam que tiveram muito prazer durante o ato sexual, e sessenta (28,4%) mencionaram que tiveram facilidade em atingir o orgasmo, conforme ilustrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequência sexual e satisfação das pacientes após o tratamento oncológico com itens do questionário EORCT QLQ-SH-22

	N = 238[#] n (%)		N = 238[#] n (%)
Frequência atividade sexual nas últimas semanas		Prazer na atividade sexual	
Nada	92 (39,3)	Nada	50 (23,1)
Pouco	56 (23,9)	Pouco	49 (22,7)
Moderado	65 (27,8)	Moderado	51 (23,6)
Muito	20 (8,5)	Muito	65 (30,1)
	N = 238[#] n (%)		
Habilidade alcançar orgasmo			
Nada	56 (26,5)		
Pouco	50 (23,7)		
Moderado	44 (20,9)		
Muito 60	(28,4)		

1. [#] Excluir aqueles que não tiveram relações sexuais após o tratamento do câncer

Fonte: Adaptação de Greimel *et al.*, 2021

Em relação aos principais problemas relatados pelas respondentes do estudo, o medo de sentir dor durante o ato sexual foi mencionado por cento e vinte e cinco mulheres (56,8%), muitas relataram também que a insegurança em satisfazer e dar prazer ao parceiro aflige 42,5% delas. Outro dado obtido foi que para noventa e oito participantes (45,2%) problemas na saúde sexual ocorreram após o tratamento oncológico, o que ocasionou entre

outras disfunções, secura vaginal (41,7%), deturpação da autoimagem (30,6%), o que impacta diretamente na autoestima, e baixo libido (47,7%), o que podem causar tentativas sexuais fracassadas. Razões detalhadas para problemas sexuais estão listadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Razões para problemas e disfunção sexual das pacientes com itens do questionário EORCT QLQ-SH-22

Razões dos problemas sexuais	n (%)	Razões dos problemas sexuais	n (%)
Baixa libido	102 (47,7)	Medo sentir dor contato sexual	125 (56,8)
Insegurança satisfazer parceiro	90 (42,5)	Tratamento do câncer	98 (45,2)
Autoimagem ruim	71 (30,6)	Secura vaginal	88 (41,7)
Baixo nível desejo sexual	60 (29,7)	Preocupação parceiro causar dor contato sexual	73 (34,1)
Insatisfação sexual	60 (28,6)	Pouco nível intimidade	63 (29,7)

3.4.2 Resultados etapa 3: Pesquisa quantitativa profissionais de saúde

A pesquisa foi distribuída entre 110 profissionais de saúde de diversas especialidades e hierarquias, dos quais 33 responderam (taxa de resposta 33%). Destes 110 respondentes, vinte e seis não devolveram o questionário preenchido para o remetente, 17 estavam de férias ou tiraram licenças diversas, e os demais não tiveram tempo disponível para participar.

A média de idade dos entrevistados foi de 43 anos, e 81% (n=27) eram do sexo feminino. A maioria (n=31, 93%) relatou possuir mais 10 anos de experiência de trabalho no campo da oncologia. As características sociodemográficas dos profissionais estão apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde

	N	%
1. Idade:		
24-35 anos	4	12,0
36-50 anos	24	73,0
51-60 anos	5	15,0
2. Gênero sexual		
Feminino	27	81,8
Masculino	6	18,2
3. Ocupação/profissão:		
Auxiliar / Técnico enfermagem	6	18,2
Enfermeiro(a)	11	33,3
Fisioterapeuta	6	18,2
Médico(a)	4	12,1
Nutricionista	3	9,1
Psicológo(a)	1	3,0
Outro	2	6,1
4. Tempo de atuação profissional		
6 meses a 1 ano	1	3,0
2–9 anos	1	3,0
> 10 anos	31	93,9
5. Setor de atuação		
Centro cirúrgico	2	6,1
Enfermagem	11	33,3
Pronto atendimento	3	9,1
Radiologia	1	3,0
Terapia intensiva	2	6,1
Outro	14	42,4

3.4.2.1 Sexualidade na prática médica e assistencial

Os profissionais participantes desta pesquisa foram perguntados se eles discutiam a questão da saúde sexual com as pacientes, e 45% responderam que raramente isso era feito, e 66% acreditavam que outros profissionais de saúde também tinham o mesmo perfil de comportamento e relacionamento. Entretanto, a maioria dos profissionais entrevistados (93%) demonstram a preocupação para que fosse realizado o acompanhamento com as pacientes. Na opinião de 57% dos respondentes, raramente as pacientes têm espontaneidade ou iniciativa para discutir questões sobre a saúde sexual com eles. Interessante mencionar, que mais de 54% dos participantes relatam possuir conhecimento técnico sobre o tema, entretanto, 24% acreditam que deveriam receber mais treinamentos e cursos de

aperfeiçoamento sobre o tema. Em relação às estratégias de cuidados que são oferecidas às pacientes como programas de reabilitação, apoio psicológico e planos de cuidados individualizados, não houve variações significativas entre as respostas esses temas. Os resultados estão resumidos na Tabela 8.

Tabela 8 - Questionário discussão sexual com profissionais de saúde

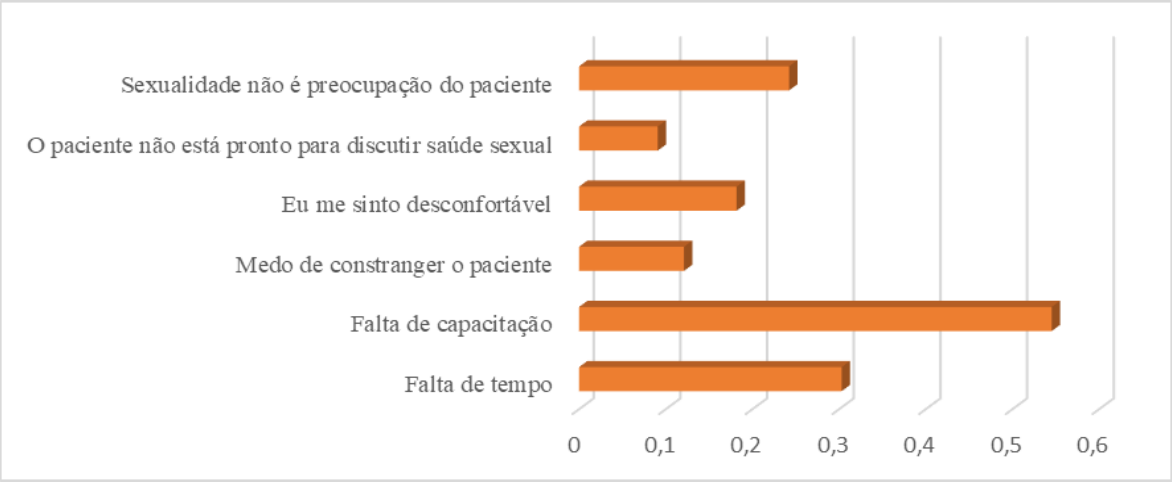
Com que frequência você discute a função sexual com seus pacientes?		
Frequentemente / sempre	9	27,3
Metade dos casos	7	21,2
Nunca	2	6,1
Raramente	15	45,5
Com que frequência você acredita que os profissionais de saúde oncológico discutem a saúde sexual com os pacientes?		
Frequentemente / sempre	4	12,1
Metade dos casos	7	21,2
Raramente	22	66,7
Com que frequência você informa aos pacientes dos possíveis efeitos / consequências do tratamento oncológico para a saúde sexual?		
Frequentemente / sempre	10	30,3
Metade dos casos	7	21,2
Nunca	5	15,2
Raramente	11	33,3
Você acha importante acompanhar as preocupações da saúde sexual dos pacientes?		
Frequentemente / sempre	31	93,9
Metade dos casos	2	6,1
Com que frequência as pacientes apresentam queixas da saúde sexual espontaneamente?		
Frequentemente / sempre	6	18,2
Metade dos casos	7	21,2
Nunca	1	3,0
Raramente	19	57,6
Qual seu conhecimento sobre a disfunção sexual resultante do tratamento do câncer?		
Conhecimento suficiente	18	54,5
Muito conhecimento	10	30,3
Pouco conhecimento	5	15,2
Existe programa de reabilitação saúde sexual para paciente pós-tratamento?		
Não	2	6,1
Não sei informar	3	9,1
Sim	28	84,8

São prescritos planos de cuidados individualizados para saúde sexual?		
Não	4	12,1
Não sei informar	8	24,2
Sim	21	63,6
Pacientes recebem apoio profissional psicológico durante / pós-tratamento?		
Não	1	3,0
Não sei informar	4	12,1
Sim	28	84,8

Fonte: Adaptação de Krowel *et al.*, 2020

De todos os profissionais entrevistados, a maioria 55% (n=18) afirmou que gostaria de adquirir treinamento ou especialização para aconselhar de forma adequada as pacientes sobre o assunto, independentemente de seu conhecimento técnico profissional. Outro percentual significativo (30%, n=10) apresentado nas respostas dos participantes foi o motivo falta de tempo ser considerado um impeditivo para que a questão de saúde sexual seja discutida em sua integralidade com as pacientes. Ademais, outros 18% não se sentiam confortáveis para abordar o tema e 24% acreditam que esse assunto não é interesse das pacientes, já que a paciente que teve uma doença tão séria com neoplasia maligna teria outras motivações e/ou preocupações a serem discutidas na hora da consulta médica/profissional. O resumo desses dados consta ilustrados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Principais motivos dos profissionais de saúde para não abordar saúde sexual com as pacientes



Fonte: Adaptação de Krowel *et al.*, 2020

4. Discussão

Ao fazer o tratamento oncológico do trato feminino muitas reações negativas podem ocorrer e cada tipo de tumor pode causar um efeito; pois mesmo com cirurgia e tratamento menos radicais, ainda assim, podem causar cicatrizes e mutilações que afetam vários nervos e vasos sanguíneos envolvidos em importantes funções ginecológicas e do trato urinário (CHOW *et al.*, 2018; TSAI *et al.*, 2020).

Além disso, as queixas resultantes desse tratamento também predispõem ao risco de sofrimento psicológico, baixa libido e problemas no relacionamento pessoal (MALANDRONE *et al.*, 2021). Nesses casos, estudos sugerem oferecer cuidados como a oferta de apoio psicológico e terapêutico, já que muitas pacientes relatam níveis significativos da chamada “angústia sexual”, isto é, um intenso sofrimento que também influencia a distorção da autoimagem (LEE *et al.*, 2015; DUIMERING *et al.*, 2020).

Outras pesquisas como LEE *et al* (2015) relatam que pacientes que realizaram o tratamento para câncer do colo do útero podem ter uma piora na qualidade de vida e queixas no campo da sexualidade, pois certos tratamentos como a radioterapia podem induzir toxicidade a longo prazo, bem como, a diminuição da função urinária e gastrointestinal, e como consequência, ocasionar o encurtamento vaginal e atrofia, levando à dores intensas e perda do desejo sexual.

Estudos sobre o câncer de ovário relatam que a doença geralmente é diagnosticada tardiamente, e alguns casos em estágios avançados, no entanto, graças aos recentes avanços em opções de tratamento o número de mulheres sobreviventes aumentou (ROWLANDS *et al.*, 2015; LOKICH, 2019).

Nesse aspecto da sobrevivência, o domínio biopsicossocial precisa ser considerado, porque muitas pacientes sobreviventes do câncer sofrem com o estigma da discriminação e conforme estudo realizado no Brasil com mulheres que tiveram câncer do colo do útero, e nele constam narrativas sobre atos de preconceitos e estigmatização da doença sofridas por elas (GREGG, 2011).

Esses achados mostraram as vivências das mulheres brasileiras que passaram pelo pós-tratamento do câncer ginecológico. Como observado pelas participantes, ao terminar o tratamento não foram apenas as atividades sexuais que foram afetadas pela doença, também as relações íntimas entre os casais e principalmente diversos aspectos da sua saúde física e psíquica.

Ashmore *et al. (*2020) relataram como os cânceres ginecológicos afetam diretamente os órgãos sexuais femininos e em decorrência disso, muitas sentem que perderam sua feminilidade, e com as cicatrizes decorrentes das cirurgias realizadas, a perda de seus ovários, útero e cabelos, esse sentimento é mais profundo e causa problemas emocionais e sexuais em sua vida (LEE *et al.,* 2015).

Convém ressaltar, que não foram encontradas fontes únicas e seguras sobre quais modalidades de tratamento afeta com maior intensidade o funcionamento sexual feminino (LIN *et al.,* 2022). Assim, a primeira categoria do nosso estudo foi "dificuldades da sobrevivente pós-tratamento", pois de fato, após a doença, as mulheres ficaram com diversas sequelas e queixas, com as dores em seus corpos que as fragilizam e as impediam de fazer tarefas simples de casa ou mesmo cuidar de seus filhos.

Zeng *et al.* (2017) confirmam que além da debilitação em sua saúde outros aspectos são impactados em sua vida como a capacidade de trabalho e os problemas financeiros. A maioria das respondentes demonstraram preocupação pelas dificuldades financeiras que passaram ao tratar a doença e a impossibilidade de retornar aos seus trabalhos pois muitas consideram que não possuem capacidade para suportar os esforços que precisariam ser feitos; e outras que tinham seus empregos foram demitidas após o fim do tratamento, e a justificativa era devido ao longo tempo de ausência e impossibilidade de reocupar suas funções.

Nos cuidados de saúde muitas demonstraram satisfação com o tratamento que foi recebido seja pelo hospital do câncer como pelos profissionais de saúde que lá atuam, entretanto, essa infelizmente não é uma realidade de todo hospital público no país, pois em sua grande maioria sofrem com desabastecimento de insumos hospitalares, e os recursos humanos com boa especialização e experiência em câncer são poucos no mercado de trabalho (VIANNI *et al.,* 2022).

Relatos das participantes reforçam essa realidade, e muitas citaram a dificuldade para conseguir o diagnóstico correto da doença e quando chegaram ao hospital especializado em câncer, estavam com seus tumores em estágio bem avançado. É notável que as pacientes que se tratam nos hospitais públicos de saúde possuem muitas limitações financeiras, e dependem majoritariamente desse sistema de saúde para obter o tratamento, e com a elevada demanda de pacientes para tratar câncer e os poucos hospitais que oferecem esse tipo de tratamento especializado, dificultam ainda mais as pacientes iniciarem o tratamento no

tempo adequado (Silva *et al.,* 2022) e com isso, quando inicia de fato o tratamento, as pacientes precisam do maior do uso de serviços como quimioterapia e radioterapia, que ao final, impactam profundamente sua saúde, e consequentemente, as queixas se agravam (FONSECA *et al.,* 2022).

Como os resultados mostraram mais da metade das participantes buscaram obter informações sobre quais as formas eficientes de cuidados de saúde que deveriam ter ao terminar o tratamento oncológico. Um achado desse estudo, foi o triste relato da experiência de quinze participantes que após o câncer ginecológico, sofreram com os efeitos colaterais físicos e mentais, e à medida que pioravam, perceberam que seus maridos não estavam tão interessados nelas quanto no passado. Algumas das participantes afirmaram que sofriam com as queixas de estenose e secura vaginal por causa dos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, e mesmo com o uso de gel e loção lubrificante o problema persistia. Dessa forma, a relação sexual era interrompida, e causava grande estresse e desgaste em seus relacionamentos pessoais (ALSHAWISH *et al.,* 2020).

Schmidt *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa com mulheres que realizaram histerectomia, e após a cirurgia, relataram uma diminuição na intimidade das pacientes com seus parceiros e por conseguinte, interrupção na relação sexual, e o grande problema era que a maioria dessas participantes da pesquisa relataram que não tinham diálogo com seus parceiros e tampouco discutiam sobre as dificuldades que estavam passando, o que ocasionava mais conflitos entre eles. Nos achados da nossa pesquisa, também encontramos mulheres com relatos que tentaram encontrar desculpas e maneiras para fugir de ter relações sexuais com seus maridos; porque no entendimento delas, o que importava eram estar vivas e serem sobreviventes do câncer.

No questionário EORTC QLQ-SH-22 foram abordadas perguntas que correspondem ao critério de satisfação sexual, e em nossa investigação observou-se a proximidade dos valores das cargas fatoriais nos quesitos nível de desejo, satisfação no relacionamento sexual e comunicação com parceiro. Observou-se que as mulheres dão importância à questão da sexualidade, entretanto, muitas não estavam dispostas e até mesmo não tinham atividades sexuais; e isso é compreensível, pois ao passar pelo tratamento muitas delas perpassam por sérios problemas que afetam seriamente seu estado emocional e biológico (LEE *et al.*, 2022).

Além disso, o câncer ginecológico tem um efeito negativo nos órgãos relacionados à

sexualidade e feminilidade, e isto afeta diretamente o funcionamento sexual e as relações íntimas do casal, ademais, as mulheres passam por mudanças significativas em seus corpos, imagem corporal, perda de sensibilidades e dores físicas e psicológicas que produzem prejuízos significativos em sua vida pessoal (DI MATTEI *et al.*, 2021).

Embora a discussão sobre as questões da saúde sexual não seja devidamente discutida, as pacientes poderiam ter informações detalhadas e aprender sobre o modelo biopsicossocial, incluindo breve explicação de como o tratamento do câncer pode interromper vários domínios da função sexual, especialmente porque a maioria das pacientes não estão preparadas para as inúmeras mudanças que ocorrem em suas vidas, e muitas acabam sendo surpreendidas negativamente (BOBER *et al.*, 2019).

Diversos estudos relatam que quase todos os tipos de tratamento envolvidos na oncologia ginecológica afetam o funcionamento sexual feminino (Bober *et al.*, 2019 Champman *et al.*, 2019; Dandamrongrak *et al.*, 2021), mas no estudo desta tese, não foi observado qual dessas modalidades de tratamento teve mais impacto na sexualidade.

Algumas participantes sofriam com os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, como encurtamento e secura vaginal e isso causava muito desconforto durante e após as atividades sexuais, e para minimizar esses problemas usavam géis e loções lubrificantes, entretanto, nem sempre solucionavam totalmente o problema (SOUZA *et al.*, 2021).

Outrossim, muitas pacientes após o tratamento relatam queixas decorrentes da menopausa precoce, cicatrizes e anatomia distorcida de seus corpos; e isso resultada em uma carga significativa de sofrimento psicossocial, o que pode aumentar os níveis de depressão, ansiedade e até mesmo episódios de descontrole emocional (SMITH *et al.*, 2022). Nesse sentido, para lidar com essas situações é recomendável a interação e comunicação com profissionais de saúde, para assim, terem acesso a informações concretas e sérias, e com objetivo para promoção de hábitos saudáveis, incentivo ao autocuidado e reconstrução da autoestima (LEE *et al.*, 2022).

Quanto ao critério dor sexual abordado no questionário EORTC QLQ-SH-22, as análises revelaram que 56,8% das respondentes tinham medo de que as relações pudessem ser dolorosas, 47,7% sentiram que sua libido tinha diminuído e 45,2% consideraram que o tratamento influenciou suas atividades sexuais. Esses números demonstram coerência com resultados de outros estudos, como um realizado com mulheres mulçumanas que foram

diagnosticadas com câncer ginecológico e as mesmas relatavam que após o tratamento tinham dificuldades e falta de vontade para o ato sexual e isso era devido ao medo de sentirem dor ou desconfortos, e assim, pudessem prejudicar ainda mais sua saúde (SERCEKUS *et al.*, 2020).

Em um levantamento realizado sobre a vida sexual conjugal após o câncer ginecológico, foi demonstrado que muitas pacientes tinham receio de serem abandonadas pelo parceiro(a), e preocupação por não estarem correspondendo às necessidades dos seus cônjuges, o que causava dificuldades em manter os relacionamentos e fonte de constantes conflitos entre o casal (MOFRAD *et al.*, 2021).

Apesar da maioria das pacientes não ter relações sexuais após o tratamento, muitas relatam ter a vontade de iniciar uma discussão com seu médico; pois ao aparecerem os problemas, o relacionamento sexual é interrompido, e começam os conflitos entre o casal, e isso causa estresse e ansiedade (CHEN *et al.*, 2021).

Não obstante, as questões sobre saúde sexual permanecem sem uma abordagem adequada para muitos sobreviventes com malignidade ginecológica, e pouca atenção é dada aos comportamentos e atitudes referente às questões sexuais (DI MATTEI *et al.*, 2021), e esse fenômeno foi constatado em nossa pesquisa através dos baixos valores revelados nas análises fatoriais em relação à comunicação médico/paciente sobre assuntos sexuais.

Esses dados assemelham-se com um estudo descritivo transversal realizado recentemente com 1.192 pacientes chinesas que tiveram câncer ginecológico, e foi revelado que 56,2% das participantes relatavam que os médicos deveriam abordar o tema sobre os problemas sexuais, inclusive, tinham interesse em participar de atividades de aconselhamento (CHEN *et al.*, 2021).

O presente estudo fornece uma visão sobre de prática de profissionais de saúde oncologistas no que diz respeito à discussão sobre saúde sexual após o tratamento do câncer ginecológico.

Foram reveladas várias dificuldades para discutir esse tema na prática clínica atual; e apesar dos profissionais reconhecerem a sua importância, na rotina médica e assistencial quase não é discutido; e os motivos são os mais diversos, como falta de treinamento e de tempo disponível. Esses achados corroboram com outros estudos que relataram que embora os profissionais de saúde sintam a responsabilidade de discutir o assunto, as discussões entre paciente e profissional são limitadas (ALBERS *et al.*, 2020; MORRIS *et al.*, 2020).

Ainda que a maioria dos profissionais de saúde informe aos pacientes sobre os efeitos negativos do tratamento contra o câncer, muitos veem a prática médica da saúde sexual como algo não importante para as mulheres sobreviventes; e com isso a comunicação médico/paciente tornar-se um obstáculo nesse vínculo. Entretanto, pesquisas ressaltam a importância do fortalecimento do diálogo sobre sexualidade com os profissionais de saúde oncológicos e as pacientes de câncer (LEE *et al.,* 2022; TSAI *et al.,* 2020).

Os obstáculos e dificuldades relatadas pelos profissionais são recorrentes entre diferentes esferas de instituições de saúde, nesse sentido, indicam que há um papel para que a educação e treinamento sejam implementados na prática de tais entidades e colaboradores. Wang *et al.* (2015) realizaram um estudo piloto com 141 participantes dentre eles médicos e enfermeiros todos especialistas em oncologia, para determinar se um curto treinamento direcionado em saúde sexual resultaria em melhor nível de conforto e frequência para abordar questões sexuais femininas relacionadas ao câncer; o resultado foi um aumento estatisticamente significativo, pois eles adquiram uma base de conhecimento sobre saúde sexual aprimorada, e o conteúdo da palestra foi útil para terem novas estratégias e habilidades que poderiam ser aplicadas à sua área de prática.

Por fim, Jonsdottir *et al.* (2016) também realizaram um estudo de intervenção educacional com profissionais de saúde oncológicos que abrangeu workshops, reuniões educativas e oficinas de capacitação por um período de dois anos; o que pode-se constatar como resultado foram importantes constatações como, muitos profissionais têm medo de constranger o paciente e não ter a resposta adequada para a dúvida a ser esclarecida, deve haver uma conscientização dos prestadores de cuidados de saúde juntamente com o apoio da administração do hospital a visão de que a saúde sexual dos pacientes é uma preocupação de saúde legítima no tratamento do câncer.

5. Diretrizes estratégicas para gestão de saúde na fase do pós-tratamento do câncer

Desde a publicação da estrutura original de cuidados de suporte (Fich, 2008) houve uma revolução nos tratamentos de câncer e as pessoas vivem mais com as suas consequências (Roberts *et al.,* 2020). Embora os esforços para melhorar o atendimento aos sobreviventes do câncer, há lacuna no desenvolvimento de modelos assistenciais e de cuidados validados cientificamente (Beesley *et al.*, 2019).

Dessa forma, pareceu oportuno realizar uma pesquisa para identificar as principais estratégias para gestão de saúde das necessidades e realidades das pacientes que realizaram o tratamento do câncer ginecológico no INCA, porque o cuidado centrado na pessoa, compreende um suporte de qualidade e pautado nas experiências do paciente (Levesque *et al.,* 2013.

Na literatura acadêmica, os modelos existentes de gestão de cuidados de saúde oncológicos são articulados e pautados no componente principal o tratamento do câncer (Krishnasamy *et al.,* 2022; Milch *et al.,* 2022) entretanto, o objetivo deste estudo foi voltado para obter uma entrega holística ao englobar diretrizes estratégicas de cuidados com enfoque na gestão organizacional de saúde.

Importante esclarecer que cada hospital e até mesmo determinada região do país tem suas questões distintas e particularidades, e persistir em modelos únicos, podem torná-los inadequados, o que poderia gerar equívocos e dificuldades no acesso à eficiente prestação de cuidados (Verhoeven *et al.*, 2021).

5.1 Identificação dos componentes da estrutura

Ao elaborar as diretrizes estratégicas de gestão de saúde foram analisadas as competências e responsabilidades dos gestores do SUS conforme documento intitulado Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, nele constam dentre outras atribuições, a redução da mortalidade e incapacidades causadas pela doença que podem contribuir para a não melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer (Ministério da Saúde, 2013).

Há uma longa história de pesquisa sobre estruturas desenvolvidas para a gestão e cuidados de saúde em câncer das quais podemos destacar, Levesque *et al.* (2013) desenvolveram uma estrutura de acesso aos cuidados de saúde descrevendo as dimensões amplas e determinantes que integram fatores do lado da demanda e oferta e permitam a

operacionalização e disponibilidade dos serviços às pessoas. Renouf *et al.* (2022) propôs uma estrutura conceitual para informar o desenvolvimento de serviços de pré-habilitação interdisciplinares levando a intervenções de pré-habilitação individualizadas e focadas no paciente. Swanberg *et al.* (2022) compôs uma estrutura conceitual para entender o câncer e as demandas de trabalho dos sobreviventes que continuam a trabalhar durante a experiência de tratamento ativo e como o câncer e os recursos e estratégias de trabalho podem promover o ajuste câncer-trabalho e, finalmente, otimizar os resultados de emprego e saúde. Krishnasamy *et al.* (2023) desenvolveram uma estrutura integrada com abordagem multidisciplinar na triagem, avaliação, gerenciamento, intervenção e tratamento dos efeitos colaterais, sintomas e necessidades de pacientes com câncer, cuidadores e familiares em todas as etapas do percurso do câncer, desde o diagnóstico até a sobrevivência. Por fim, Verhoeven *et al.* (2021) apresentaram uma estrutura conceitual sintetizada que descreve insumos (por exemplo estrutura de atendimento), processos de trabalho em equipe, e prestação de cuidados oncológicos multiníveis.

Assim, com base na literatura acadêmica citada, foi adaptada e ilustrada uma estrutura de diretrizes estratégicas para gestão de saúde composta de três variáveis: entrada (*input)*, processo, saída (*output)* já que esses foram considerados elementos relevantes para apoiar as discussões e fundamentações voltadas para uma visão holística nos cuidados de saúde no pós-tratamento (Santana *et al.,* 2017).

A figura 4 representa essa estrutura que foram representados distintamente, porém, cada um deles pode estar interrelacionado e muitas vezes dependentes um do outro.

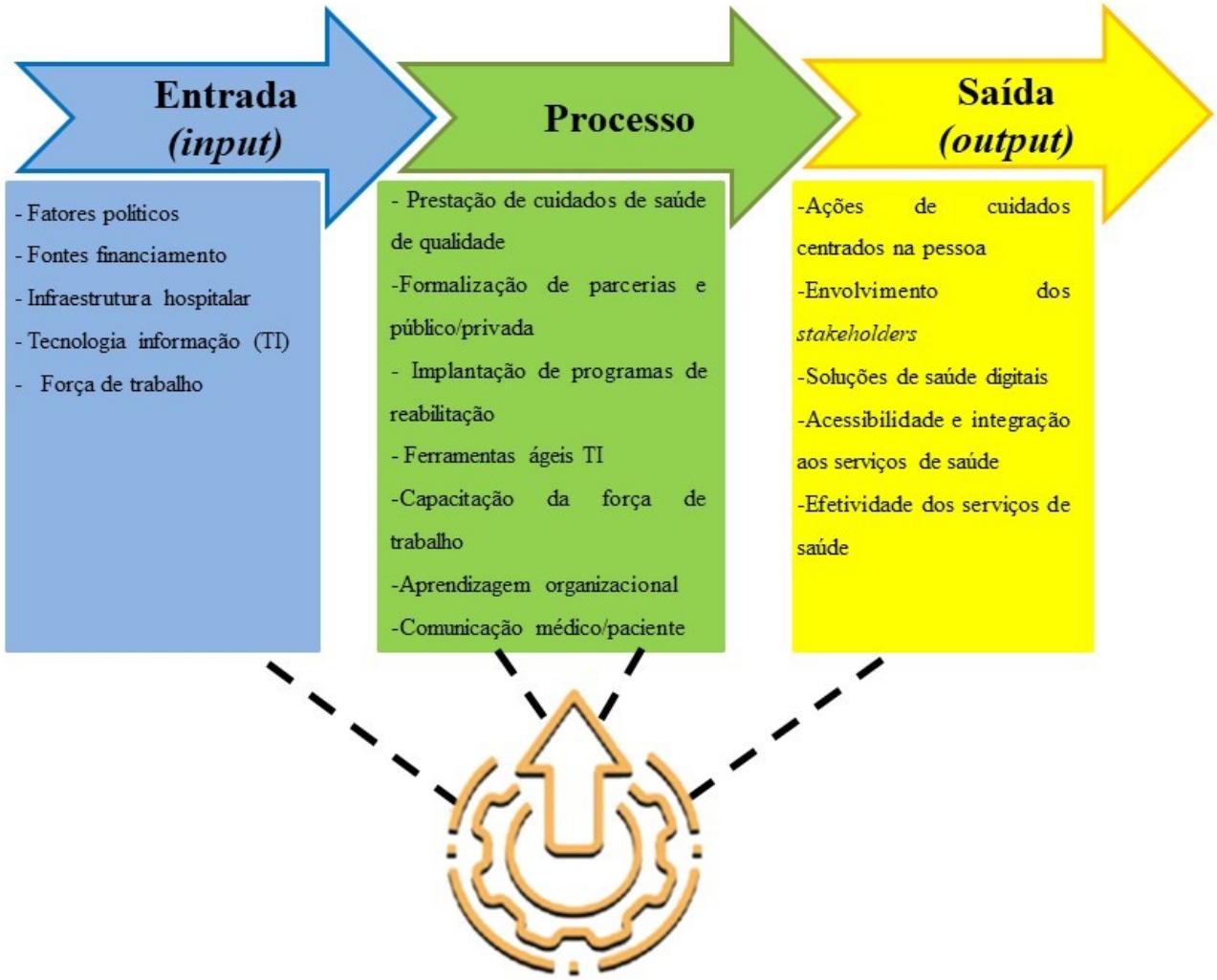


Figura 4 – Estrutura de diretrizes estratégicas para gestão de saúde no pós-tratamento do câncer
Fonte: Adaptado Santana *et al.* (2017)

5.1.1 Entrada (*input*)

Os fatores relacionados com entrada (*input*) contribuem para a manutenção e qualidade dos serviços prestados, e incluem características estruturais e intermediárias dos ambientes dos sistemas de saúde (Santana *et al.,* 2017).

O fator político pode ser considerado fundamental, pois o INCA é uma instituição pública de saúde e baseia suas ações no SUS, já que este é o modelo de sistema público de saúde adotado no Brasil (Andrade *et al.,* 2014). Para dimensionar seus serviços e ampliar a rede de assistência, o apoio político é imprecindível, pois somente assim, podem ser realizadas ações de planejamento para subsequentemente desenvolver a execução de uma gestão de cuidados com integralidade que atenda as inúmeras necessidades da população do pós-tratamento do câncer (INCA, 2023).

O governo é o responsável direto pela formulação de políticas, planejamento, monitoramento e regulamentação do sistema de saúde, desse modo, está envolvido na administração e geração de recursos que custearão os serviços a serem prestados para população (Ministério da Saúde, 2013). Entretanto, o financiamento público é uma variável complexa já que os recursos orçamentários são limitados e envolvem diversos prestadores de serviço, além do alto custo a ser desembolsado para o tratamento oncológico (Figueiredo *et al.,* 2018).

O componente infraestrutura hospitalar visa o acesso do paciente às consultas clínicas e ambulatoriais, salas de emergência (quando necessário) e demais atendimentos que contribuem para os cuidados e tratamentos. O acesso ao hospital é realizado 24 horas por dia, 7 dias por semana; toda essa dinâmica deve ser direcionada e planejada para as pacientes do pós-tratamento, já que ao contrário das pacientes que se encontram em tratamento ativo, necessitam de outros cuidados que precisam ser gerenciados e controlados dentro do ambiente hospitalar (INCA, 2023).

A tecnologia da informação (TI) é uma vertente atual do cenário dos sistemas de saúde, principalmente após a pandemia do COVID-19, já que diversos serviços médicos foram suspensos às pacientes do pós-tratamento oncológico (Dehghan *et al.,* 2022). Importante salientar, o uso de TI pode apoiar a prática clínica, como por exemplo, o uso da telesaúde através de consultas *online* e também no gerenciamento de informações, como os registros médicos eletrônicos, já que eles podem auxiliar os cuidados clínicos e tomadas de decisões baseadas em evidências, além de facilitar a identificação e coordenação de cuidados

e necessidades das pacientes durante o continuum do tratamento (Flessa e Huebner, 2021).

A força de trabalho desempenha papel fundamental dentro de um ambiente hospitalar, já que ao combinar o conhecimento e a experiência de diferentes especialidades, essas equipes interprofissionais podem facilitar a prestação de cuidados abrangentes, contínuos e centrados na pessoa, tal como, mobilizar recursos de saúde de maneira mais eficaz (Hui *et al.,* 2021). Nessa direção, a aprendizagem organizacional é um componente central para a implementação de cuidados de qualidade sustentáveis, sendo seu objetivo criar mecanismos para facilitar o intercâmbio de aprendizado nos processos e conhecimento compartilhamento (Silva e Silva *et al.,* 2021).

5.1.2 Processo

O processo constitui a transformação, ou seja, os *inputs* são transformados para produzir um bem ou serviço. No contexto de organização de saúde é constituído de diversas ferramentas sejam elas tecnológicas, humanas e materiais que ao final resultarão na prestação e continuidade dos serviços (Santana *et al.,* 2017).

O documento intitulado “Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer” preconiza diversas ações seja para diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, como também, para melhorar a qualidade de vida dos usuários com a doença; e o gestor público tem como principal balizador das suas ações essa legislação, e para atender essa recomendação de políticas públicas de cuidados centrado na pessoa, cabe a ele planejar e disponibilizar o acesso facilitado aos serviços médicos e assistenciais, diminuir o tempo de espera e a grande fila de pacientes que aguardam o atendimento, dentre outras demandas (Ministério da Saúde, 2013).

Diante disso, ações gerenciais precisariam ser criadas e implementadas para ajudar suprir essas demandas tais como, formalizar parcerias público/privada para viabilizar a realização de convênios com centros médicos e laboratórios para que de forma complementar pudessem oferecer serviços que a instituição de saúde não consegue oferecer; criação de estudos de viabilidade para implementação de modelo remuneratório por pacote de procedimentos de linhas de cuidado recebidos (Fernandes *et al.,* 2022); e realização de parcerias e termos de cooperação com instituições nacionais e internacionais para promover a captação de recursos que possam financiar ações prioritárias para a promoção de saúde, prevenção e fortalecimento da produção e uso de conhecimento sobre câncer, sempre com

enfoque multiprofissional (INCA, 2023).

As pacientes na fase de sobrevivência do pós-tratamento possuem singularidades de tratamentos e terapias a serem realizadas, por isso, o gestor público deve ter um olhar diferenciado para este usuário, pois suas necessidades são diferentes às das pacientes que estão em tratamento ativo (SERCEKUS *et al.,* 2020). Por exemplo, no presente estudo diversas pacientes relataram dificuldades de acesso aos serviços de fisioterapia, psicológico e psiquiátrico, o que ocasiona sérias complicações em sua saúde física e mental.

Na literatura acadêmica, inúmeros estudos enfatizavam a necessidade da implantação dos programas de reabilitação para as pacientes com esses tipos de problemas (Bacalhau *et al.,* 2020; Bakker *et al.,* 2016 Haryani *et al.,* 2020). De posse desses dados, o gestor poderia iniciar as discussões para a possível implantação de um centro de reabilitação com atenção multidisciplinar (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social), pois assim ajudaria a promover um cuidado de reabilitação holístico com uma gama extensa de atuação, e assim, potencializar o processo de recuperação das pacientes, e diminuição dos efeitos negativos do pós-tratamento como as dores crônicas e psicológicas que tanto afligem as pacientes (Lutgendorf *et al.,* 2017; Mattsson *et al.,* 2018).

Oportuno salientar, que os gestores enfrentarão diversos desafios e obstáculos como carência de recursos humanos, falta de espaço físico, dentre outros. Entretanto, quando se fala em reabilitação, fala-se em coordenação de cuidados, isto é, significa sintetizar as metas e decisões de cuidados entre os vários grupos envolvidos no cuidado do paciente, bem como, alinhar, cronometrar e adaptar tarefas-chave entre as diferentes equipes de profissionais (Robert *et al.,* 2020).

O componente utilização de ferramentas ágeis ou soluções de saúde digitais, podem oferecer recursos que facilitam o acesso em tempo real e informações personalizadas através de base digital (como exemplo a plataforma *E-health*), porque as oportunidades oferecidas por esses sistemas racionalizam os acessos e servem como uma estratégia fundamental para o fortalecimento do sistema de saúde e de acesso (Dehghan *et al.,* 2022).

No presente estudo foi constatado através das entrevistas, muitas pacientes possuem baixo poder aquisitivo e enfrentam dificuldades para se locomover até o hospital do câncer e arcar com os inúmeros custos que esse processo envolve, o que faz que muitas tenham dificuldades de dar continuidade ao tratamento e até mesmo desistam. Diante disso, cabe ao gestor público, junto com a equipe de profissionais de TI e da saúde, pensarem em

mecanismos e soluções digitais para que possam diminuir essa disparidade de acesso e dificuldades que são frequentemente relatadas (Duimering *et al.,* 2018).

As equipes de profissionais desempenham um papel fundamental junto à fase da sobrevivência do pós-tratamento, por esse motivo, o gestor deve direcionar e enfatizar suas ações para o fortalecimento e capacitação dessa força de trabalho (Shalom-Sharabi *et al.*, 2018). Foi verificado nos resultados da presente pesquisa com os profissionais de saúde, que ao abordar assuntos como a saúde sexual, alguns deles sentiam-se envergonhados e desconfortáveis, e até mesmo achavam ser uma perda de tempo discutir esse tema; diante disso, a ênfase em ações de sensibilização como capacitação técnica, *workshops* e oficinas, podem ser uma alternativa para que haja uma mudança de cultura e possibilite o rompimento desses obstáculos (Benedict *et al.,* 2022).

Aliado ao componente de capacitação da força de trabalho está o processo de aprendizagem organizacional cujo objetivo é construir um sistema que valorize a melhoria contínua, e o conhecimento seja apoiado para melhorar a gestão dos cuidados de saúde e qualidade de vida do paciente (Renouf *et al.,* 2022). Esse processo pode ser compartilhado em várias direções, seja internamente ou através de comunidades de aprendizagem, sejam elas presenciais ou virtuais, porque a ideia é que todos estejam envolvidos, sejam os profissionais de saúde, gestores e planejadores de políticas públicas; e assim, aprendam continuamente com os sucessos e falhas para evitar a duplicação de esforços desnecessários, e ao final ajude identificar as boas práticas de gestão (Swanberg *et al.,* 2020).

Nesse mesmo sentido, diversos estudos pesquisados na literatura acadêmica, enfatizam a importância da comunicação médico/paciente, contudo nos resultados coletados através dos questionários que foram aplicados aos profissionais de saúde pertencentes à instituição, foi identificado uma séria lacuna nesse quesito, e diante desse fato, as capacitações técnicas podem corroborar para diminuir essa deficiência (Abbott-Anderson *et al.,* 2019; Chow *et al.,* 2018; Fischer *et al.,* 2019).

Ademais, as pacientes pertencentes a esse estudo, relataram não ter acesso a um canal de comunicação direto e rápido com disponibilização de informações que possam sanar dúvidas sobre o estado de saúde, dessa maneira, procuram meios como as mídias sociais e plataformas digitais como *google* para solucionarem seus problemas, entretanto, é sabido que estes canais podem repassar informações incompletas e até mesmo errôneas, o que ao final

prejudicam o encaminhamento correto dos protocolos médicos (Benedict *et al.,* 2022; Walker *et al.,* 2021).

Além disso, ao gerenciar a comunicação eficaz, favorece o uso de linguagens mais adequadas ao público-alvo, amplia o engajamento, favorece o entendimento e cria um mecanismo de participação, o que pode somatizar benefícios para as intervenções médicas que são realizadas (Hubbs *et al.,* 2019).

5.1.3 Saída (*output*)

Propor e disponibilizar ações de promoção e integralidade de cuidados da saúde os gestores frequentemente enfrentam inúmeros desafios como restrições orçamentárias que impactam diretamente os custos e afetam também a qualidade dos serviços fornecidos, assim, faz-se necessário que as ações gerenciais sejam contínuas, coordenadas, abrangentes e centradas nas pessoas para que possam produzir os resultados pretendidos (Andrade *et al.*, 2014).

Ademais, o progresso bem-sucedido requer foco de liderança sustentada e investimento em mecanimos de medição de desempenho com dados transparentes e relevantes, especialmente nas linhas de frente da prestação de serviços; pois é necessário ir além de “níveis de atenção” ou “pacotes simplificados de cuidados” e avançar em direção à atenção integral e coordenada que coloca as pessoas e suas necessidades no centro das ações (Oliveira e Passador, 2016).

Considera-se que, as organizações de saúde pública são organismos abertos e interagem com diversos *stakeholders* (sejam aqueles que recebem e/ou prestam serviços de saúde) e estes estão inseridos em múltiplos contextos sejam elespolíticos, culturais, demográficos e socioeconômicos, e a combinação deles para ser bem-sucedida, tornar-se necessário que as ações gerenciais tenha o foco não está apenas na cobertura bruta de cuidados, e sim, na holística prestação de serviços com abrangência das fases de prevenção ao pós-tratamento de saúde (Alexandre *et al.,* 2016).

Apesar das pesquisas e recomendações acadêmicas com ênfase para cuidados centrados no paciente e gestão de saúde, não existe uma estrutura única capaz de abranger as diversas fases da sobrevivência do câncer, visto que, são processos complexos e influenciados por inúmeras interfaces de trabalhos (Krishnasamy *et al.*, 2023; Swanberg *et al.*, 2022;

Verhoeven *et al.*, 2021).

Assim, para a efetiva prestação dos serviços, os gestores devem pautar suas ações conforme as necessidades organizacionais alinhada com uma estrutura que ilustre um sistema integrado que encoraje as interações interprofissionais, com a busca pelo com o apoio dos líderes e criação de uma comunicação aberta para envolver toda a equipe da linha de frente, seja ela assistencial ou de gestão com os pacientes, para que assim, sejam realmente capazes de introduzir medidas e intervenções para o desenvolvimento de modelos integrados de cuidados, direcionados na coordenação dos serviços e abolição dos cuidados isolados (Wang *et al.*, 2018; Pestana *et al.*, 2020; Shin *et al.*, 2020).

6. Conclusão

Esse estudo teve como objetivo elaborar diretrizes estratégicas para gestão de saúde na fase de sobrevivência do pós-tratamento do câncer ginecológico.

Os resultados obtidos revelaram que as pacientes sobreviventes, sejam as mais jovens ou em idade avançada, após se submeterem aos tratamentos para a doença, elevaram os riscos de disfunção sexual e sofrimento psicossexual, e experimentaram inúmeros problemas que persistem por longo período de tempo, o que impacta negativamente diversos aspectos de suas vidas, sejam eles físicos, psicológicos e psicossociais.

Também foram identificadas, através da revisão integrativa da literatura, as principais queixas e estratégias de cuidados que podem ser oferecidos a essa população, e assim ajudar às equipes multiprofissionais e gestores de saúde a possibilidade de oferecer uma abordagem holística e humanizada de cuidados.

Entretanto, para conduzir adequadamente a gestão de saúde no pós-tratamento são necessárias diversas práticas que demandam o apoio de toda equipe de profissionais, sejam eles assistenciais e os gestores, já que estes são os responsáveis diretos pelo planejamento, elaboração e execução de ações gerenciais que poderão ser implementadas e executadas na unidade hospitalar.

Os resultados do estudo sugerem que o foco no investimento para o cuidado holístico do paciente vai além da realização de atividades de tratamentos isoladas, e sim, na revisão de uma ampla estrutura de diretrizes estratégicas que possam orientar o planejamento dos recursos e pessoal. Em relação a isso, a literatura acadêmica sugere a implantação de programas de reabilitação, aperfeiçoamento da comunicação médico/paciente e desenvolvimento de planos de cuidados individualizados, dentre outras estratégias.

Algumas características metodológicas podem representar limitações para o presente estudo, uma vez que a população recrutada foi composta por pacientes e profissionais de saúde pertencentes ao HC II (INCA) e não pode-se afirmar que os respondentes são uma amostra representativa, até mesmo porque, deve-se considerar os outros tipos de câncer algo que não foi contemplado na presente pesquisa.

Entretanto, os resultados obtidos não invalidam o estudo, pelo contrário, consolidam com achados de outras pesquisas, demostrando que o uso de estratégias construtivas de enfrentamento podem ter associações significativas com a qualidade de vida dos pacientes,

bem como, minimizar os sintomas e queixas negativas do pós-tratamento.

Finalmente, pode-se concluir, que as sobreviventes da fase pós-tratamento enfrentam diversas barreiras e lacunas na prestação de cuidados de saúde, nesse sentido, as diretrizes estratégicas de gestão de saúde pesquisadas nesse estudo podem subsidiar o conhecimento científico para os gestores e profissionais de saúde, bem como, possibilitar uma visão holística gerencial que possa pautar seus planejamentos, processos de trabalho e ações gerenciais..

Referências

ABBOTT-ANDERSON, K.; YOUNG, P. K.; EGGENBERGER, S. K. Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. **Journal of Women and Aging**, v. 32, n. 3, p. 329–48, 2019. Doi: 10.1080/08952841.2019.1591888.

AFIYANTI, Y.; MILANTI, A. Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. **Nursing and Health Sciences,** v. 15, n. 2, p.151–6, 2013.

AFIYANTI, Y.; SETYOWATI; MILANTI, A.; YOUNG, A. 'Finally, I get to a climax': the experiences of sexual relationships after a psychosexual intervention for Indonesian cervical cancer survivors and the husbands. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 38, n. 3, p.293–309, 2020.

AKKUZU, G. *et al.* Learning Needs of Gynecologic Cancer Survivors. **Journal Cancer Education**, v. 33, n. 3, p. 544–50, 2018.

ALBERS, L. F. *et al.* Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors. Support Care Cancer, v. 28, n.9, p:4227-4233, 2020. Doi: 10.1007/s00520-019-05257-3.

ALEXANDRE V. P.; ROCHA D. G.; MARCELO V. C.; LIMA JR. DE. Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde. **Ciência da Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, p: 1717–26, 2016.

ALI, R.; KAMAL, H.; HASSAN, H. E.; SALAM, S. A. E. Impact of an Educational Program on Sexual Distress Associated with Cervical Cancer. **Journal of Applied Health Sciences and Medicine**. v. 1, n.1, p: 30–42, 2021.

ALSHAWISH, E.; QADOUS, M. S.; YAMANI, M. A. Experience of Palestinian Women After Hysterectomy Using a Descriptive Phenomenological Study. **The Open Nursing Journal**, v. 14, n.1, p:74–79, 2020. https://doi.org/10.2174/1874434602014010074

ANDRADE, M. A. C., *et al.* Apoio institucional: Estratégia democrática na prática cotidiana do sistema Único de saúde (SUS). **Interface: Communication, Health, Education**, v.18, p: 833–844, 2014.

APPIAH, O. E. *et al.* Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study. **Women's Health**, v.17, 2021. https://doi.org/10.1177/17455065211066075

ASHMORE, L. A.; STEWART, H.; HUTTON, D.; EVANS, K. Digital support for living

with and beyond gynaecological cancer. **Radiography**, v. 26, n. 4, p. 270–6, 2020. Doi: 10.1016/j.radi.2020.03.014.

BACALHAU, M. R. R. N. *et al.* Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 12, p. 5813–9, 2020.

BAKKER, R.M.; KENTER, G. G.; STIGGELBOUT, A. M.; TER, K. M. M. Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. **Support Care Cancer**, v. 24, n.04, p:1679–1687, 2016. Doi: 10.1007/s00520-015-2925-02016.

BAKKER, R. M. *et al.* A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. **Support Care Cancer**, v. 25, n. 3, p. 729–37, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, 1ª ed., 2015.

BEESLEY, V. L. *et al.* Changes in supportive care needs after first-line treatment for ovarian cancer: Identifying care priorities and risk factors for future unmet needs. **Psychooncology**, v. 22, n. 7, p. 1565–71, 2013.

BEESLEY, V. L. *et al.* A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers. **European Journal of Cancer Care**, v. 28, n. 3, p. 701–10, 2019.

BENEDICT, C.; SHAFFER, K. M., WIRTZ, M. R.; FORD, J. S.; REESE, J. B. Current Considerations in Interventions to Address Sexual Function and Improve Care for Women with Cancer. **In Current Sexual Health Reports,** v. 14, n. 4, p: 222–230, 2022. Springer. https://doi.org/10.1007/s11930-022-00343-w

BITTON, A. *et al.* Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. **Journal of General Internal Medicine,** v. 32, n. 5, p: 566–571, 2017. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5

BOBER, S. L.; KINGSBERG, S. A.; FAUBION, S. S. Sexual function after cancer: paying the price of survivorship. **In Climacteric**, v. 22, n. 6, p. 558–564, 2019. https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1606796

BORGNE, G. *et al.* Quality of life in long-term cervical cancer survivors: a population-based study. **Gynecological Oncology**, v. 129, n.1, p:222–228, 2013. Doi: 10.1016/j.ygyno.2012.12.033

BUZAGLO, J. S. *et al.* CancerSupportSource®: validation of a revised multi-dimensional

distress screening program for cancer patients and survivors. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 1, p. 55–64, 2020.

CARTER, J. *et al.* Cancer-related infertility in survivorship. **International Journal Gynecology Cancer,** v. 20, n. 1, p. 2–8, 2010.

CHANG, P. H. *et al.* Exercise experiences in patients with metastatic lung cancer: A qualitative approach. **PLoS One**, v. 15, n. 4, p.1–15, 2020.

CHAPMAN, C. H. *et al.* Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 145, n. 2, p. 495–502, 2019. Doi.org/10.1007/s00432-018-2813-3

CHEN, W. *et al.* Attitudes and Behavior of Patients with Gynecologic Malignancy Towards Sexual Issues: a Single-institutional Survey. **Journal of Cancer Education**, v. 36, n.3, p: 497–503, 2021. https://doi.org/10.1007/s13187-019-01653-9

FLESSA, S.; HUEBNER, C. Innovations in health care - a conceptual framework. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, 2021. https://doi.org/10.3390/ijerph181910026

CHOW, K.M.; CHAN, J.C.Y.; CHOI, K.K.C.; CHAN, C.W.H. A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. **Cancer Nursing**, v. 39, n. 1, p. 20–31, 2016.

CHOW, K.M. *et al.* Sexual function, psychosocial adjustment to illness, and quality of life among Chinese gynaecological cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 27, n. 4, p. 1257–63, 2018.

CORRÊA, C. S. L. *et al.* Sexual function of women surviving cervical cancer. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 293, n. 5, p. 1053–63, 2016.

CONTRADA E. Test Hours: Assessing and Managing Spiritual Distress in Cancer Survivorship. **The American journal of nursing**, v. 120, n. 1, p. 48, 2020.

DANDAMRONGRAK, P.; CHAIWONG, S.; EKALAKTAM, P.; ACHARIYAPOTA, V. Sexual dysfunction in Thai gynecologic malignancies survivors: A single-institutional cross-sectional observational survey. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 47, n.11, p: 4005–4013, 2021. https://doi.org/10.1111/jog.14980

DEHGHAN, M., *et al.* Fear of Cancer Recurrence and COVID-19 Anxiety Among Cancer Survivors: A Cross-Sectional Study in Southeast Iran. **Cancer Investigation**, v. 40, n. 7, p: 629–641, 2022. https://doi.org/10.1080/07357907.2022.2082463

DI MATTEI, V. E. *et al.* The Long-Term Effects of Cancer Treatment on Sexuality and Couple Relationships. **Family Process**, v. 60, n.3, p: 853–865, 2021. https://doi.org/10.1111/famp.12604

DORNAN, M. *et al.* Experiences and perceptions of social eating for patients living with and beyond head and neck cancer: a qualitative study. **Supportive Care in Cancer,** v. 30, p. 4129–4137, 2022.

DOWNE-WAMBOLDT, B. Content analysis: Method, applications, and issues. **Health Care for Women International,** v. 13, n. 3, p. 313–321, 1992. Doi: https://doi.org/10.1080/07399339209516006

DUIMERING, A. *et al.* Quality improvement in sexual health care for oncology patients: a Canadian multidisciplinary clinic experience. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 5, p. 2195–203, 2020.

FAHAMI, F. *et al.* The relationship between sexual dysfunction and quality of marital relationship in genital and breast cancers women. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 6, 2017. Doi:10.4103/jehp.jehp_186_14

FLESSA, S., HUEBNER, C. Innovations in health care—a conceptual framework. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, 2021. https://doi.org/10.3390/ijerph181910026

FIGUEIREDO, J. O. *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados, **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p: 37–47, 2018.

FISCHER, O. J.; MARGUERIE, M.; BROTTO, L.A. Sexual function, quality of life, and experiences of women with ovarian cancer: A Mixed-Methods Study. **Sexual Medicine**, v. 7, n. 4, p: 530–9, 2019.

FITCH, M. Supportive care framework. **Canadian Oncology Nursing Journal**, v.18, n.1, p:6–14, 2008. https://doi-org.ez108.periodicos.capes.gov.br/10.5737/1181912x181614

FONSECA, B. P.; ALBUQUERQUE, P. C.; SALDANHA, R. F.; ZICKER, F. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: A network analysis. **The Lancet Regional Health - Americas**, v.7, 2021. https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100153

FRIMER, L. B. *et al.* The association of sexual dysfunction with race in women with

gynecologic malignancies. **Gynecologic Oncology Reports**, v. 30, p. 0–3, 2019.

GREGG, J. L. An Unanticipated Source of Hope: Stigma and Cervical Cancer in Brazil. **Medical Anthropology Quartely**, v. 25, n. 1, p. 70–84, 2011. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2010.01137.x PMID: 21495495.

GREIMEL, E. *et al.* Psychometric validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer–Quality of Life Questionnaire Sexual Health (EORTC QLQ-SH22). **European Journal of Cancer**, v. 154, p: 235–245, 2021. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.06.003

GÖTZE, H. *et al.* Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 1, p:211–20, 2020.

GROVER, S. *et al.* Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. **Gynecologic Oncology**, v. 124, n. 3, p. 399–403, 2012.

HARYANI, H. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the cancer survivors' unmet needs measure among gynecological cancer patients in Indonesia. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 26, n. 2, p. 23-9, 2020.

HARRIS, M. G. Sexuality and Menopause: Unique Issues in Gynecologic Cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 35, n. 2, p. 211–6, 2019.

HARTER, P. *et al.* Sexual function, sexual activity and quality of life in women with ovarian and endometrial cancer. **Geburtshilfe Frauenheilkd**. v. 73, n. 5, p. 428–32, 2013.

HASSAN H. Early stage cervical cancer: survival and fertility preservation. **American Research Journal of Oncology**, v. 2, n.1, p. 1-3, 2020.

HASSAN, H. E; MOHAMMED, R. A.; RAMADAN, S.; MASAUD, H. K. Call for Alleviating Sexual Issues among Cervical Cancer Survivors' Women in Northern Upper Egypt. **Journal Obstetrics Gynecology and Reproductive Sciences**; v. 5, n.3, 2021. https://doi.org/10.31579/2578-8965/066

HERNANDEZ, R. C.; MONSIVÁIS, M. G. M.; RIVERA, S. C.; OVIEDO, A. D. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2017; v. 25, p. 2877, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877

HOPKINS, TG. *et al.* Sexual activity and functioning in ovarian cancer survivors: An internet-based evaluation. **Climacteric**, v. 18, n. 1, p. 94–8, 2015.

HORLAIT, M. *et al.* Exploring non-physician care professionals' roles in cancer

multidisciplinary team meetings: A qualitative study. **PLoS One**. v. 17, n. 2, p.1–17, 2022.

HUI, D., HOGE, G., BRUERA, E. Models of supportive care in oncology. **In Current Opinion in Oncology,** v.33, n.4, p.259–266, 2021. https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000733

HUBBS, J. L. *et al.* Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want. **Support Care Cancer,** v. 27, n. 12, p. 4649–54, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020 - Incidência de Câncer no Brasil.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em abril de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa câncer do colo do útero 2021. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/sudeste. Acesso em abril de 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativas do câncer 2023**. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf. Acesso abril 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Site institucional**. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br. Acesso em abril 2023.

JOHNSTON, E. A. *et al.* Needs, preferences, and experiences of adult cancer survivors in accessing dietary information post-treatment: A scoping review. **European Journal of Cancer Care**, v. 30, n. 2, 2021.

JONSDOTTIR, J. I. *et al.* Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: outcomes from a 2-year educational intervention at a university hospital. **European Journal of Cancer Care**, v. 21, p.24–30, 2016.

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G.; WILLIAMS, R. A. Missed nursing care: errors of omission. **Nursing Outlook**. v. 57, n. 1, p. 3-9, 2009.

KAMGA, A. M. *et al.* Long-Term Gynecological Cancer Survivors in Côte d'Or: Health-Related Quality of Life and Living Conditions. **Oncologist**. v. 24, n. 7, p. 490–500, 2018.

KIM, J.Y. *et al.* Identification of Korean cancer survivors' unmet needs and desired psychosocial assistance: A focus group study. **PLoS One**, v. 15, n. 1, p:1–11, 2020.

KNAUL, F. M. *et al.* Self-identity, lived experiences, and challenges of breast, cervical, and prostate cancer survivorship in Mexico: A qualitative study. **BMC Cancer**, v. 20, n. 1, p. 1–

11, 2020.

KRISHNASAMY, M., HYATT, A., CHUNG, H., GOUGH, K., FITCH, M. Refocusing cancer supportive care: a framework for integrated cancer care. **Supportive Care in Cancer,** v.31, n.1, 2023. https://doi.org/10.1007/s00520-022-07501-9

KROK-SCHOEN, J. L. *et al.* Experiences of healthcare providers of older adults with cancer during the COVID-19 pandemic. **Journal Geriatriac Oncology**, v. 12, p. 190–5, 2020.

KWAN, A. *et al.* Use of standardized patients for healthcare quality research in low- and middle-income countries. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 5, p.1–13, 2019.

KROUWEL, E. M. *et al.* Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges. **Journal of Cancer Education**, v. 35, n. 6, p: 1072–1088, 2020. https://doi.org/10.1007/s13187-019-01559-6

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. Focus group interviewing. Handbook of practical program evaluation, **San Francisco** (CA), 3rd edition: Jossey-Bass, 2015.

JOHNSTON, E. A.; VAN DER POLS, J. C.; EKBERG, S. Needs, preferences, and experiences of adult cancer survivors in accessing dietary information post-treatment: A scoping review. **European Journal of Cancer Care**, n. 30, v. 2, 2021. https://doi.org/10.1111/ecc.13381

LAWN, S. *et al.* An integrative review of e-learning in the delivery of self-management support training for health professionals. **BMC Medicine Education**. v. 17, n. 1, 2017.

LEE J. T. *et al.* Transformation of sexual expression in Taiwanese women after treatment for gynecological cancer. **Cancer Nursing**, v. 38, n. 6, p. 475–83, 2015.

Lee, L. E. *et al.* Aligned and Divergent Perceptions of Support Persons' Role in Triadic Gynecologic Cancer Communication. **Qualitative Health Research**, v. 32, n. 4, p: 710–724, 2022. https://doi.org/10.1177/10497323211066868

LEE, S. J.; CARTMELL, K. B. Self-reported depression in cancer survivors versus the general population: a population-based propensity score-matching analysis. **Quality of Life Research**, v. 29, n. 2, p. 483–94, 2020.

LEVESQUE, J. F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, p. 12-18, 2013. http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18

LEVIN, A. O. *et al.* Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. **International Journal Gynecology Cancer,** v. 20, n. 3, p.

461–70, 2010.

LIBERACKA-DWOJAK, M.; IZDEBSKI, P. Sexual Function and the Role of Sexual Communication in Women Diagnosed with Cervical Cancer: A Systematic Review. **International Journal of Sexual Health**, v. 33, n. 3, p. 385–95, 2021. Doi: https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1919951.

LIN, H. *et al.* Evaluation of sexual dysfunction in gynecologic cancer survivors using DSM-5 diagnostic criteria. **BMC Women's Health**, v.22, n.1, p: 1-7, 2022. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01559-z

LLOYD, P. A. *et al.* Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study. **European Journal of Cancer Care**, v. 18, n. 4, p. 362–71, 2014.

LOKICH, E. Gynecologic Cancer Survivorship. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 46, n. 1, p. 165–78, 2019.

LOPEZ, A. L. J. *et al.* Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer: A qualitative exploration. **European Journal of Cancer Care**, v. 28, n. 4, p. 1–9, 2019.

LUTGENDORF, S. K. *et al.* Quality of life among long-term survivors of advanced stage ovarian cancer: A cross-sectional approach. **Gynecologic Oncology**, v. 146, n. 1, p. 101–108, 2017.

MAGUIRE, R. *et al.* A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. **Gynecologic Oncology**, v. 136, n. 3, p. 478–90, 2015.

MALANDRONE, F. *et al.* The Impact of Vulvar Cancer on Psychosocial and Sexual Functioning: A Literature Review. **Cancers,** p. 1-14, 2022. Doi: https://doi.org/10.3390/cancers14010063.

MAYO, S. J. *et al.* Survivors' preferences for the organization and delivery of supportive care after treatment: An integrative review. **European Journal of Cancer Care**, v. 54, 2021.

MATTSSON, E. *et al.* Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment. **Gynecologic Oncology**, v. 149, n. 3, p. 464–9, 2018.

MCCALLUM, M. *et al.* Supportive care needs after gynecologic cancer: Where does sexual health fit in? **Oncology Nursing Forum**, v. 41, n. 3, p. 297–306, 2014.

MCCALLUM, M. Filling in the gaps: Sociodemographic and medical predictors of sexual

health and other supportive care needs, and desire for help in gynecological cancer survivors. **Canadian Oncology Nursing Journal**, v. 27, n. 3, p. 251–8, 2017.

MIKKELSEN, T. B. *et al.* Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: what do late adverse effects tell us? **Support Care Cancer**. v. 25, n. 3, p. 823–31, 2016.

Milch, V., *et al.* Conceptual Framework for Cancer Care During a Pandemic Incorporating Evidence From the COVID-19. **JCO Global Oncology**, v. 8, 2022.

MILLMAN, R. *et al.* Patient interest in the Lowdown on Down There: attendance at a vulvovaginal and sexual health workshop post-cancer treatment. **Support Care Cancer**. v. 28, n. 8, p. 3889–96, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único** de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em abril de 2023.

MOFRAD, S. A.; NASIRI, A.; HOSSEIN, G.; RAD, M.; SHANDIZ, H. Spousal sexual life issues after gynecological cancer: a qualitative study. **Supportive Care in Cancer**, v. 29, p: 3857-3864, 2021. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05912-0/Published

MORGADO, M. B. Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: revisão narrativa. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 37, p:314–328, 2021. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i4.12888

MORRIS, M.; CRANK, H.; LOOSEMORE, M.; STEVINSON, C. Identification of research priorities in exercise oncology: A consensus study. **Journal of Cancer**, v. 11, n. 9, p: 2702–2707, 2020. https://doi.org/10.7150/jca.42992

MULLAN, F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 313, n. 4, p. 270-3, 1985. Doi: https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421.

NAGELE, E.; OUDSTEN, B. D.; GREIMEL, E. How to evaluate sexual health in cancer patients: Development of the EORTC sexual health questionnaire for cancer patients. **Translational Andrology and Urology,** v. 4, n.2, p. 95–102, 2015. https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.11.08

OBOL, C. M. *et al.* Experiences of a web-based psychoeducational intervention targeting

sexual dysfunction and fertility distress in young adults with cancer-A self-determination theory perspective. **PLoS One**, v. 15, p. 1–16, 2020.

OLIVEIRA, L. R.; PASSADOR, C. S. The Brazilian unified national health system: Proposal of a cost-effectiveness evaluation model. BAR - **Brazilian Adm Rev**. v.13, n.2, p. 1–20, 2016.

PAGE, M. J. *et al.* PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 160, 2021.

PALINKAS, L. A. *et al.* Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. **Adm Policy Ment Health**, v. 42, n. 5, p. 533–544, 2015.

PESTANA M, PEREIRA R, MORO S. Improving Health Care Management in Hospitals Through a Productivity Dashboard. **Journal of Medical Systems,** v. 44, n. 4, p.1–19, 2020.

PLOTTI F. *et al.* Assessment of Quality of Life and Urinary and Sexual Function After Radical Hysterectomy in Long-Term Cervical Cancer Survivors. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 28, n. 4, p. 818–23, 2018.

RENOUF, T.; BATES, A.; DAVIS, J. F.; JACK, S. Prehabilitation. An Interdisciplinary Patient-Centric Conceptual Framework. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 38, n. 5, 2022. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151329

ROBERTS, K. *et al.* Screening for sexual health concerns in survivors of gynecological cancer. **Support Care Cancer**. v. 28, n. 2, p. 599–605, 2020.

ROWLANDS, I. J. *et al.* Womens Perceptions of their lifestyle and quality of life several years after a diagnosis of endometrial cancer. **Cancer Nursing,** v. 38, n. 1, p. 21–8, 2015.

SANTANA, M. J.; MANALILI, K.; JOLLEY, R. J.; ZELINSKY, S.; QUAN, H.; LU, M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. **In Health Expectations**, v. 21, n. 2, p. 429–440, 2018. https://doi.org/10.1111/hex.12640

SCHMIDT, A. *et al.* Sexuality experiences of hysterectomized women. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. 1–9, 2019. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0065

SCHOFIELD, P. *et al.* A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): Study protocol for a randomised controlled tria. **Trials**, n. 14, v. 1, p: 1–11, 2013. https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-39

SERCEKUS, A. P.; PARTLAK, G. N.; GÖRAL, T. S.; ÖZKAN, S. Sexuality in Muslim Women with Gynecological Cancer. **Cancer Nursing**, v. 43, n. 1, p: 47–E53, 2020. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000667

SEKSE, R. J. T. *et al.* Living in a changed female body after gynecological cancer. **Health Care Women International,** v. 34, n. 1, p. 14-33, 2013.

SEKSE, R. J. T. *et al.* Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer - An integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n.9–10, p. 1393–421, 2019.

SHIN, J. *et al.* Association between perception of care coordination and health outcomes in Korean cancer survivors. **Health Qual Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p:1–10, 2020.

SILVA, C. B.; GARNELO, L.; HERKRATH, F. J. Barriers to Access the Pap Smear Test for Cervical Cancer Screening in Rural Riverside Populations Covered by a Fluvial Primary Healthcare Team in the Amazon. **International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n.** 7, p. 4193, 2022. **https://doi.org/10.3390/ijerph19074193**

SMITH, T.; KINGSBERG, S. A.; FAUBION, S. Sexual dysfunction in female cancer survivors: Addressing the problems and the remedies. **In Maturitas**. v. 165, p. 52-57, 2022. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.07.010

SOUZA, C.; SANTOS, A. V. S. L.; RODRIGUES, E. C. G.; SANTOS, M. A. Experience of Sexuality in Women with Gynecological Cancer: Meta-Synthesis of Qualitative Studies. **In Cancer Investigation,** v. 39, n. 8, p. 607–620, 2021. https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1912079

STABILE, C. *et al.* Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 165, n. 1, p. 77–84, 2017.

STAVRAKA, C. *et al.* A study of symptoms described by ovarian cancer survivors. **Gynecology Oncology**, v. 125, n. 1, p. 59–64, 2012.

TENG, F. F.; KALLOGER, S. E.; BROTTO, L.; MCALPINE, J. N. Determinants of quality of life in ovarian cancer survivors: a pilot study. ***Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*****,** v. 36, n. 08, p. 708–715, 2014. Doi: 10.1016/S1701-2163 (15)30513-2

TSAI, L. Y.; TSAI, J. M.; TSAY, S. L. Life experiences and disease trajectories in women coexisting with ovarian cancer. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 59, n.1, p. 115–119, 2020. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.11.032

TONG, A. *et al.* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health**

Care, v. 19, n. 6, p. 349 –357, 2007.

VERMEER, W. M. *et al.* Sexual issues among cervical cancer survivors: How can we help women seek help? **Psychooncology**, v. 24, n. 4, p. 458–64, 2015.

VERMEER, W. M. *et al.* Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 4, p. 1679–1687, 2016.

VIANI, G. A. *et al.* Prioritising locations for radiotherapy equipment in Brazil: a cross-sectional, population-based study and development of a LINAC shortage index. **The Lancet Oncology**, v. 23, n. 4, p: 531–539, 2022. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(22)00123-1

ZENG, Y.; CHENG, A. S. K.; LIU, X.; CHAN, C. C. H. Cervical cancer survivors' perceived cognitive complaints and supportive care needs in mainland China: A qualitative study. **BMJ Open,** v. 7, n. 6, p. 1–8, 2017. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014078

WALTON, L. M. *et al.* Gynaecologic cancer patients' needs and experiences of supportive health services in New Zealand. **Psychooncology**, v. 19, n. 2, p. 201–8, 2010.

WANG, L. Y.; PIERDOMENICO, A.; LEFKOWITZ, A.; BRANDT, R. Female sexual health training for oncology providers: new applications. **Sexual Medicine**, v. 3, n. 3, p. 189–197, 2015.

WANI, S. Q. *et al.* Breast specific functional and symptom analysis in female breast cancer survivors. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v. 14, n. 3, p. 521-526, 2018.

WELLS, K. J. *et al.* The psychosocial needs of underserved breast cancer survivors and perspectives of their clinicians and support providers. **Support Care Cancer**, v. 30, n. 1, p. 105–16, 2022.

WESTIN, S. N. *et al.* Survivors of gynecologic malignancies: impact of treatment on health and well-being. **Journal Cancer Survivors**, v. 10, n. 2, p. 261–70, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52. n.5, p.546–53, 2005.

WILSON, C. M. *et al.* Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences. **Sexuality and Disability**, 2020, v. 38, n. 3, p. 389–403, 2020.

WORLD CANCER RESEARCH. **Câncer do colo de útero 2023**. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero. Acesso em abril 2023.

WU, H. S.; HARDEN, J. K. Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of

the literature. **Cancer Nursing**, v. 38, n. 1, p. 29-54, 2015. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000135.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Experiências das mulheres sobreviventes pós-tratamento do

câncer ginecológico e as
estratégias e intervenções para cuidados

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa acadêmica do curso de doutorado em Engenharia de Produção com linha de pesquisa em Gestão de Saúde do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ).
Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.
Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável pelo consentimento para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável. Após receber informações e as dúvidas esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo dessa pesquisa é explorar as experiências de mulheres sobreviventes pós-tratamento do câncer ginecológico e os fatores associados às queixas sexuais; e identificar os recursos terapêuticos utilizados na instituição para seu manejo e tratamento.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você aceitar participar, poderá responder de forma online o questionário da pesquisa. O tempo médio de duração 05 minutos e a coleta de dados será realizada pela equipe de pesquisa. Não haverá a utilização de instrumentos de gravação, somente anotações manuais e transcrição das respostas para posteriormente serem analisadas e compiladas para o estudo em foco.

BENEFÍCIOS

Esta pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. Os benefícios com a realização dessa pesquisa são indiretos, pois permite aos profissionais e gestores de saúde o acesso a um estudo baseado na literatura acadêmica sobre as principais queixas no âmbito da sexualidade das pacientes pós-tratamento do câncer ginecológico com estratégias de tratamento e cuidados em uma realidade brasileira de um hospital público.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. Os riscos são pequenos por se tratar de coleta de informações estritamente gerenciais. Por isso, deverão ter todo o cuidado na coleta e transcrição das informações para que possam ser trabalhadas para proporcionar a confiabilidade e sigilo necessários.

CUSTOS

Você não será remunerado por sua participação e não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa. Você não terá nenhuma despesa relacionada com essa pesquisa. Não há custos envolvidos. A participação será por própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações a serem coletadas serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados sem a sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, bem como às informações geridas. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios. Você

poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a responsável pela pesquisa deve ser comunicada e a coleta de informações relativa à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora principal Luciane Machado Pizetta (21) 3207-5599 de segunda a sexta de 9:00 às 16:00 horas. O estudo foi aprovado pela Instituição do Conselho de Ética do Instituto Nacional do Câncer através do Parecer nº 5.234.121 e CAEE nº 53733421.6.0000.5274.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação e ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a informações sobre a pesquisa e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ _____

Nome e Assinatura do participante Data

/ /

	/ /
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

	/ /
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	Data

APÊNDICE B – Parecer Comitê de Ética do INCA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Experiências das mulheres sobreviventes pós-tratamento do câncer ginecológico e as estratégias e intervenções para enfrentamento.

Pesquisador: LUCIANE MACHADO PIZETTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53733421.6.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer II

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.341.362

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda do Projeto de Pesquisa Aprovado pelo Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.243.335, de 15/02/2022.

A presente Emenda trata da informação trazida no campo "Justificativa da Emenda" do cadastro da emenda e constante no arquivo gerado <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1925449_E1.pdf>, de 05/04/2022, fazendo menção à readequação do cronograma, a realização das entrevistas nas modalidades presencial e online.

Objetivo da Pesquisa:

A presente Emenda trata da apresentação readequação do cronograma, a realização das entrevistas nas modalidades presencial e online.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente Emenda trata da apresentação readequação do cronograma, a realização das entrevistas nas modalidades presencial e online.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente Emenda trata da apresentação readequação do cronograma, a realização das entrevistas nas modalidades presencial e online.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

APÊNDICE C – Questionário Pacientes - EORTC QLQ-SH22 - Saúde sexual

Quão importante é uma vida sexualmente ativa para você?
*

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Sua libido diminuiu?
*

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Esteve satisfeita com seu nível de desejo sexual?
*

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Esteve satisfeita com sua vida sexual?
*

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Você tem se preocupado com incontinência urinária e/ou de fezes?
*

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

O tratamento influenciou sua atividade sexual?
*

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Esteve preocupada que as relações sexuais pudessem ser dolorosas? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Houve comunicação com profissionais da saúde sobre assuntos sexuais? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Esteve satisfeita quanto à comunicação sobre assuntos entre você e seu/sua parceiro/a? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Tem se preocupado que seu / sua parceiro/a possa lhe causar dor durante o contato sexual? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Esteve satisfeita com seu nível de intimidade? *

- Nada

- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Se sentiu insegura sobre a sua capacidade de satisfazer seu/sua parceiro/a? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Sentiu-se menos mulher devido à sua doença ou tratamento? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Teve atividades sexuais durante as últimas 4 semanas? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Sentiu prazer nas atividades sexuais? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito
- Não sabe dizer

Esteve satisfeita com sua habilidade de alcançar o orgasmo? *

- Nada
- Pouco
- Moderamente
- Muito

Não sabe dizer

Sentiu dor durante ou após a atividade sexual?
*

Nada

Pouco

Moderamente

Muito

Não sabe dizer

Teve experiências de vagina seca durante a atividade sexual?
*

Nada

Pouco

Moderamente

Muito

Não sabe dizer

APÊNDICE D - Questionário profissionais de saúde

1. Idade:*

2. Gênero sexual*

Feminino

Masculino

Outro:

3. Ocupação/profissão:*

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Auxiliar / Técnico enfermagem

Psicólogo(a)

Nutricionista

Fisioterapeuta

Outro

4. Tempo de atuação profissional*

< 1 ano

1–2 anos

3–5 anos

6–9 anos

> 10 anos

5. Setor de atuação

Terapia intensiva

Centro cirúrgico

Enfermagem

Pronto atendimento

Radiologia

Outro

6. Com que frequência você discute a função sexual com seus pacientes?

Nunca

Raramente

Metade dos casos

Frequentemente / sempre

7. Com que frequência você acredita que os profissionais de saúde oncológico discutem a saúde sexual com os pacientes?

Nunca

Raramente

Metade dos casos

Frequentemente / sempre

8. Com que frequência você informa aos pacientes dos possíveis efeitos / consequências do tratamento oncológico para a saúde sexual?

Nunca

Raramente

Metade dos casos

Frequentemente / sempre

9. Você acha importante acompanhar as preocupações da saúde sexual dos pacientes?

Nunca

Raramente

Metade dos casos

Frequentemente / sempre

10. Com que frequência os pacientes apresentam queixas da saúde sexual espontaneamente?

Nunca

Raramente

Metade dos casos

Frequentemente / sempre

11. Qual seu conhecimento sobre a disfunção sexual resultante do tratamento do câncer?

Nenhum conhecimento

Pouco conhecimento

Conhecimento suficiente

Muito conhecimento

12. Existe programa de reabilitação saúde sexual para paciente pós-tratamento?

Sim

Não

Não sei informar

13. São prescritos planos de cuidados individualizados para saúde sexual?

Sim

Não

Não sei informar

14. Pacientes recebem apoio profissional psicológico durante / pós-tratamento?

Sim

Não

Não sei informar

15. Quais principais razões para evitar a discussão sobre saúde sexual?*(Pode marcar mais de uma resposta)

Falta de tempo

Falta de treinamento / capacitação

Eu me sinto desconfortável

O paciente não está pronto para discutir saúde sexual

Sexualidade não é preocupação do paciente

Medo de constranger o paciente