

# A SEXUALIDADE DE MULHERES EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: PERCEPÇÕES E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Professora orientadora: Janaína de Fátima Vidotti

Aluna: Maria Thereza Mendes Barbosa

PROGRAMA DE  
INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
PIC/CEUB

**RELATÓRIOS DE PESQUISA**  
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ  
**•2023•**

ISSN: 2595-4563





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**MARIA THEREZA MENDES BARBOSA**

**A SEXUALIDADE DE MULHERES EM CUIDADOS PALIATIVOS  
ONCOLÓGICOS: PERCEPÇÕES E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Janaína de Fátima Vidotti

**BRASÍLIA**

**2024**

## RESUMO

Os cuidados paliativos (CP) são uma modalidade de cuidado em saúde que busca, por meio da abordagem integral e multidisciplinar, promover qualidade de vida a pessoas que convivem com doenças ameaçadoras da vida. A sexualidade, enquanto dimensão da saúde humana, deve ser contemplada no contexto paliativo, mas estigmas e despreparo dificultam a atuação desses profissionais. O objetivo deste estudo foi conhecer como a vivência da sexualidade de mulheres em CP oncológicos é percebida e abordada por profissionais paliativistas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro profissionais de saúde: enfermeira, médico, psicóloga e terapeuta ocupacional. As respostas foram transcritas, submetidas à Análise Temática e organizadas em quatro categorias, sempre pela perspectiva dos profissionais: 1) abordagem da sexualidade durante a formação dos profissionais paliativistas; 2) comunicação sobre sexualidade em CP oncológicos; 3) experiência da sexualidade de mulheres em CP oncológicos e, 4) relacionamento das pacientes com seus parceiros. Os resultados evidenciaram que a sexualidade é altamente negligenciada tanto na formação acadêmica quanto no atendimento a mulheres em CP oncológicos, o que dificulta a identificação de dúvidas, queixas e situações de violência conjugal. Essa lacuna vulnerabiliza as pacientes ao sofrimento social, emocional e físico, comprometendo sua qualidade de vida. Para isso, a educação permanente dos profissionais deve ser somada ao estabelecimento de vínculo terapêutico e à adoção de uma comunicação ativa, acessível e acolhedora com essas mulheres e sua rede de apoio, como ferramentas imprescindíveis ao cuidado integral e humanizado.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; sexualidade; mulheres.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
3. MÉTODO	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)	32
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	47

## 1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspecto intrínseco à vivência humana e faz parte do processo de construção da identidade do indivíduo, pois está incluída no modo subjetivo com que cada pessoa percebe o mundo (Zerbinati; Bruns, 2017). Para além das questões reprodutivas e da prática sexual em si, a sexualidade abarca a afetividade, os comportamentos, os pensamentos, os desejos e diversas outras dimensões do indivíduo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015), sendo, nesse sentido, um tópico de extrema relevância para discussões sociais e científicas, apesar de carregar consigo uma bagagem cultural de repressão e silenciamento.

No que tange à sexualidade da mulher em cuidados paliativos (CP) oncológicos, as várias estratificações do tema adicionam, a cada camada, uma maior dificuldade em abordá-lo. Isso porque o tabu acerca da sexualidade, especialmente quando se relaciona às mulheres e a pessoas adoecidas, resulta na evitação do tema e em possíveis impactos na integralidade do cuidado ao não terem esse aspecto de suas vidas devidamente atendido e respeitado.

Percebe-se, nesse contexto, que a participação dos profissionais de saúde na abordagem da vivência da sexualidade de suas pacientes deve se pautar em uma postura proativa, que demonstre abertura para uma comunicação psicoeducativa, acolhedora e esclarecedora. Tal conduta, além de validar o sofrimento e as inquietações da paciente, é capaz de promover autoconhecimento acerca das mudanças provocadas pelo adoecimento em seu próprio corpo e segurança para discutir questões sexuais com seus parceiros (Liberacka-Dwojak; Izdebski, 2021).

Apesar de a sexualidade ser classificada como uma dimensão central para o ser humano (OMS, 2015), a literatura científica ainda carece de investigações e de produções acerca desse elemento na realidade de mulheres com câncer em CP. Esse dado, além de indicar a invisibilidade da questão quando inserida no contexto do adoecimento, demonstra a necessidade da realização de mais estudos que se aproximem da problemática, sejam eles empíricos, teóricos ou revisionais.

## **OBJETIVOS**

O objetivo geral da pesquisa foi conhecer como a vivência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos é percebida e abordada pelos profissionais paliativistas. Os objetivos específicos, por sua vez, foram conhecer as principais demandas de mulheres com câncer em cuidados paliativos relacionadas à sexualidade na perspectiva de profissionais da equipe de saúde; identificar as principais barreiras encontradas pela equipe profissional na abordagem de questões sobre a sexualidade de suas pacientes e, por fim, investigar as estratégias que têm sido utilizadas por profissionais para abordagem da temática com tais pacientes.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para apresentação da contextualização teórica, optou-se pela segmentação dos temas nos seguintes tópicos: a) conceitualização de sexualidade, abrangendo discussão sobre sexualidade feminina e exposição das principais barreiras enfrentadas pela equipe e pelas pacientes na abordagem do tema; b) câncer e alguns de seus aspectos centrais, como principais tratamentos e efeitos colaterais, e discussão sobre como a neoplasia maligna afeta vivência da sexualidade feminina; c) e, por último, conceitualização de cuidados paliativos (CP) e discussão sobre como se dá a vivência da sexualidade de pacientes em CP.

### **2.1 A sexualidade feminina e a abordagem do tema pela equipe de saúde**

De acordo com o relatório “Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), a sexualidade é um elemento intrínseco ao ser humano, e suas formas de expressão e de vivência englobam, além da relação sexual em si, desejos, fantasias, comportamentos e crenças relativas à subjetividade e ao contexto em que cada indivíduo está inserido. Nesse sentido, para que a saúde sexual da mulher seja assegurada como direito, é necessário que sua rede de apoio e que os profissionais da saúde tratem do tópico de maneira esclarecedora e

desestigmatizada, de modo a munir essa população com informações que promovam sua segurança, sua autoexpressão e seu autoconhecimento (OMS, 2015).

No entanto, historicamente, as diversas instituições de socialização têm operado em um movimento de repressão da sexualidade feminina. O ideal da família tradicional, por exemplo, age no sentido de restringir a autonomia da mulher, resumindo sua existência aos seus papéis doméstico, matrimonial e maternal, enquanto as mídias perpetuam a ideologia dominante da figura feminina subordinada ao homem, que tem sua individualidade tomada em troca de ser vista como pura, assexual e centrada no lar (Kang et al., 2017).

No contexto da sociedade brasileira, a história da sexualidade feminina esteve sempre atrelada aos valores morais da Igreja e da família patriarcal, instâncias que valorizam a imagem da mulher recatada, cuja sexualidade é sinônimo de reprodução. Esse cenário, no entanto, flexibilizou-se a partir da entrada da mulher no mercado de trabalho, fato que permitiu a essa população questionar a realidade a ela imposta e conquistar novos espaços, de modo a obter maior poder de decisão (Oliveira et al., 2018).

Ainda assim, a liberdade sobre a própria sexualidade não foi plenamente atingida pelas mulheres na contemporaneidade, uma vez que estas ainda se submetem - ou são submetidas - a situações de desequilíbrio de poder na relação com seus parceiros, encarregando-se sozinhas de responsabilidades mútuas e abdicando de suas vontades em prol da satisfação de seus parceiros. Sendo assim, ainda falta à mulher autonomia sobre seus desejos, consciência e respeito aos seus limites e, sobretudo, autoconhecimento corporal e emocional para que haja, finalmente, a superação da influência dos valores sexistas sobre a maneira como essa população experiencia e percebe a própria sexualidade (Trindade; Ferreira, 2008).

No que tange à área da saúde, essa estrutura sociocultural contribuiu de forma imperativa para determinar a maneira como paciente e profissional lidam com a abordagem da sexualidade em suas interações, tendo em vista que, homens acometidos de câncer de próstata, por exemplo, têm o tópico até 2,4 vezes mais discutido com seus cuidadores em comparação a mulheres acometidas de câncer de

mama (Reese et al., 2017). No entanto, mesmo com tais disparidades, a temática ainda é evitada como um todo durante as consultas e tratamentos.

Dentre os entraves apontados pelos pacientes para a abordagem da sexualidade estão, principalmente, os estigmas sociais, influências da mídia, desconforto e constrangimento e falta de conscientização e de conhecimento sobre a temática. Ao mesmo tempo, a inadequação da abordagem das equipes de saúde se dá por desconforto, preconceitos e falta de sensibilidade, falta de treinamento, de habilidades e de recursos e tempo limitado (Kingsberg et al., 2019). Somado a isso, esses impasses podem se agravar no caso de pacientes oncológicas e em cuidados paliativos, uma vez que os profissionais da saúde passam a considerá-las pessoas incapazes de serem sexualmente ativas (Vocht et al., 2011).

## **2.2 A sexualidade de mulheres acometidas de câncer**

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022), o câncer se caracteriza pela multiplicação rápida e descontrolada de células alteradas de certo tecido do corpo, e essa nomenclatura só é aplicada em caso de doença maligna. O surgimento de uma célula cancerosa se dá por mutação genética devido à exposição prolongada a agentes cancerígenos, e a reprodução dessa célula, portanto, dá continuidade ao seu DNA alterado, caracterizado pela alta velocidade de multiplicação. Essa aglomeração de tecido canceroso, por sua vez, forma um tumor maligno, capaz de se infiltrar em tecidos adjacentes, causar metástase e ameaçar a vida (INCA, 2022).

Seja no intuito curativo ou paliativo, há três principais métodos de tratamento para a neoplasia maligna, sendo eles a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. A quimioterapia se utiliza de medicamentos injetáveis, orais ou tópicos para eliminar ou retardar o crescimento de células cancerosas, mas essas drogas também prejudicam o funcionamento de células saudáveis de rápido crescimento e divisão (National Cancer Institute [NCI], 2022). A radioterapia, por sua vez, danifica o DNA das células cancerosas a partir da emissão de radiação, de forma intra ou extracorpórea. No entanto, apesar de impedir a replicação das células neoplásicas, esse método também pode atingir células saudáveis (NCI, 2019). Por último, a cirurgia de retirada total ou

parcial do tumor é um método local, que pode reduzir ou eliminar o câncer, mas que oferece riscos de infecção e de dor após o procedimento (NCI, 2015).

Independente das formas de tratamento utilizadas a fim de curar o câncer ou de reduzir seus danos, todos oferecem efeitos colaterais, que se manifestam principalmente por fadiga, perda de apetite, anemia, náusea e vômito, alopecia, dor, insônia e problemas de fertilidade e de saúde sexual (NCI, 2009). Isso ocorre, sobretudo, devido aos danos causados às células saudáveis, uma vez que, mesmo em procedimentos locais, a área atingida pelas intervenções ainda engloba partes de tecidos não tumorais.

Diante do adoecimento em si e dos efeitos colaterais possíveis, diversas instâncias da vida da paciente em tratamento oncológico podem ser afetadas, como sua sexualidade e sua saúde sexual. Nesse contexto, as mudanças sofridas pelo corpo durante o tratamento, como a queda de cabelo, o surgimento de edemas crônicos, a eventual mutilação de um órgão afetado, as cicatrizes resultantes de intervenções cirúrgicas e as consequências de demais procedimentos que afetem a integridade física da paciente podem resultar em uma desconstrução abrupta e involuntária de sua autoimagem. Esse processo, como esperado, gera sentimentos de inadequação, vergonha, tristeza e baixa autoestima. (Oliveira et al., 2019).

Nesse sentido, a vivência da sexualidade da mulher acometida pelo câncer sofre interferência tanto de fatores físicos e fisiológicos como de fatores psicológicos, o que pode acarretar em uma redução da qualidade de vida. Tal dinâmica ocorre em um movimento bidirecional, uma vez que, ao mesmo tempo em que a satisfação e a resposta sexual dependem diretamente do bem estar global, ou seja, físico, psicológico e social (Hungry et al., 2017), o bem estar também é significativamente influenciado pela qualidade da saúde sexual (Sears et al., 2018).

Somado a isso, para além das alterações físicas e fisiológicas sofridas inevitavelmente por mulheres acometidas de câncer, foram observados outros desdobramentos do tratamento oncológico na sexualidade feminina. Em estudo realizado por Ouden et al. (2018), diante da comunicação com os profissionais cuidadores acerca da saúde sexual ser superficial ou inexistente, essa população

encontrou-se, além de desinformada, despreparada para lidar com essa nova realidade. O choque em se deparar com mudanças tão significativas, mas ao mesmo tempo tão negligenciadas, criou um sentimento de solidão nessas mulheres, tendo seus desconfortos por vezes ignorados ou invalidados por profissionais da saúde (Ouden et al., 2018).

Desta forma, compreende-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no que tange ao tratamento dessas pacientes, uma vez que o câncer pode ter repercussões em diversas instâncias de suas vidas, incluindo sua sexualidade. Nesse sentido, é necessária a atuação proativa dos profissionais de saúde, uma vez que desempenham uma função crucial na educação e na regulação da saúde sexual dessa população (Vassão et al., 2018).

### **2.3 A sexualidade de mulheres em cuidados paliativos**

Os cuidados paliativos (CP), em sua conjuntura moderna, surgiram no final da década de 1950, na Inglaterra, por intermédio da enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, seguido pela fundação do St. Christopher's Hospice (Matsumoto, 2012). De acordo com a atual definição da OMS (2002), o cuidado paliativo é uma modalidade de tratamento que visa a promoção de qualidade de vida ao paciente que tenha doença que ameace a continuidade da vida, envolvendo alívio da dor, atenção aos aspectos psicológicos e espirituais, intervenção paliativa precoce, apoio à família e respeito ao ritmo do processo de morte (OMS, 2002, como citado em Matsumoto, 2012; OMS, 2020).

Em seus fundamentos, os cuidados paliativos remetem à teoria da "Dor Total", de Saunders, que visa englobar as diversas faces do sofrimento do paciente, sendo elas a física (muitas vezes a única dor contemplada pelos tratamentos médicos), a emocional, a espiritual e a social (Castro et al., 2021). A dor total é um fenômeno gradual, no qual a dor física é geralmente a primeira a se manifestar no paciente, desencadeando os outros três tipos de sofrimento da teoria, ao passo em que a doença progride (Nascimento, 2017).

No que tange à sexualidade das pacientes oncológicas em CP, o conceito de dor total se aplica no momento em que a vivência de sua sexualidade começa a ser afetada

por questões físicas, fisiológicas, sociais e, sobretudo, emocionais. De acordo com Oliveira et al. (2020), o câncer de mama, muitas vezes, afeta negativamente o relacionamento da paciente com seu cônjuge, levando ao abandono, ao sentimento de rejeição e, conseqüentemente, à dor social, causada também pela estigmatização em decorrência de seu diagnóstico. A partir disso, podem surgir sintomas psicológicos de ansiedade e depressão, além de insegurança e baixa autoestima, incluindo nesse processo a dor emocional (Oliveira et al., 2020). Já a dor física afeta a sexualidade dessas mulheres a partir do momento em que o câncer em si, ou o tratamento antitumoral, geram desconfortos como falta de lubrificação vaginal, dispareunia e fadiga (Cesnik; Santos, 2012).

Nesse contexto, é imprescindível a atuação do profissional de saúde como um canal de informação, acolhimento e elaboração de estratégias para a realidade da paciente. Ao apresentar uma postura receptiva em relação às questões de sexualidade e de saúde sexual, o profissional paliativista promove um contexto seguro para a retirada de dúvidas, relato de queixas e discussão sobre planos de ação que possam melhorar a qualidade de vida da paciente em CP (Silva et al., 2019). Essa abordagem, pautada na abertura e centrada na vivência do paciente, pode ser um instrumento eficaz para o enfrentamento dos diversos sofrimentos causados pelo câncer.

Em suma, apesar de escassa, a literatura acerca da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos reforça o caráter multidimensional que o cuidado a essas pacientes deve apresentar. Além disso, os cuidados paliativos devem se encarregar, não só da promoção de qualidade de vida às pacientes, mas também da oferta de apoio e da educação em saúde aos familiares cuidadores, que também são afetados com o processo de adoecimento (Xavier et al., 2019).

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipificação**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, que adotou como estratégia metodológica estudos de casos múltiplos, com a realização de entrevistas

semiestruturadas para coleta de dados, que objetivaram familiarizar-se com o tema, abordar os significados que os participantes atribuem ao fenômeno social investigado e criar subsídios para estudos futuros de maior alcance (Creswell, 2014; Theodorson; Theodorson, 1969). Além disso, o método qualitativo visa descrever e documentar as características do evento investigado em um relatório que inclua as vozes dos participantes, a reflexão do pesquisador e a importância da investigação para a literatura (Creswell, 2014; Polit; Beck, 2019). O método qualitativo foi empregado devido ao seu enfoque semântico, que busca investigar o significado do fenômeno para o indivíduo que o vivencia, e não as particularidades do fenômeno em si (Turato, 2005). De acordo com Minayo et al. (2002 p. 21), a pesquisa qualitativa se aprofunda no universo das relações humanas, explorando seus valores, seus motivos e suas crenças, o que permite uma compreensão científica acerca das subjetividades. Ademais, essa abordagem, que valoriza o processo em detrimento do produto final, permitiu ao estudo criar um entendimento detalhado acerca dos itinerários percorridos pela equipe paliativista, na tentativa de atender, de forma integral, às necessidades das pacientes em questão (Turato, 2005).

A pesquisa de estudo de caso é uma abordagem qualitativa, que visa compreender em profundidade um fenômeno a partir da investigação de um ou múltiplos casos, contextualizados na contemporaneidade e na vida real de forma delimitada. Para isso, a coleta de dados deve ser detalhada, podendo utilizar-se de múltiplas fontes de informação como entrevistas, questionários e observações para a sua realização (Creswell, 2014).

O estudo de casos múltiplos, na presente pesquisa, foi utilizado com o objetivo de observar diferentes perspectivas acerca de uma mesma temática e compará-las, com base na lógica da replicação, que busca replicar os procedimentos aplicados em cada caso (Yin, 2015). Os resultados da pesquisa consistiram na descrição detalhada de cada caso e dos temas que emergiram a partir de uma análise cruzada, resultando em um conjunto único de conclusões (Creswell, 2014; Yin, 2015).

### **3.2 Participantes**

Participaram do estudo quatro profissionais da saúde: uma enfermeira, um médico, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, todos com formação básica em cuidados paliativos e ao menos seis meses de experiência de atuação com pacientes em cuidados paliativos oncológicos, acometidos de qualquer tipo de neoplasia maligna. A amostra foi selecionada por conveniência, de modo que os profissionais foram recrutados a partir da rede de contatos da equipe pesquisadora e por meio de busca ativa em redes sociais.

A caracterização dos participantes da pesquisa pode ser observada na tabela 1:

**Tabela 1** - caracterização dos participantes

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de Atuação Profissional</b>	<b>Tempo de Atuação em Cuidados Paliativos</b>	<b>Local de Trabalho</b>
Enfermeira	...	22 anos	6 anos	Hospital Privado em São Paulo - SP
Médico	29 anos	5 anos	7 meses	Residência em Hospital Público no Distrito Federal -DF
Psicóloga	36 anos	14 anos	7 anos	Hospital Público no Distrito Federal - DF
Terapeuta Ocupacional	23 anos	6 meses	6 meses	Residência em Hospital Público no estado de São Paulo - SP

### 3.3 Local

As entrevistas foram conduzidas individualmente e no formato remoto, por meio da plataforma Google Meet. Os horários foram definidos de acordo com a

disponibilidade das partes e os participantes foram orientados a responder às perguntas em um local que proporcionasse privacidade e conforto.

### **3.4 Instrumento de coleta de dados**

A coleta de dados foi feita a partir de uma entrevista semiestruturada com 15 perguntas, cujo roteiro se encontra no Apêndice A. Para Minayo (2002 p. 57), a entrevista é um instrumento de grande importância na pesquisa em campo, uma vez que delimita o tema de interesse a ser abordado mas, ainda assim, dá espaço para uma comunicação e compreensão genuína entre os interlocutores. A entrevista em profundidade, ou seja, no modelo semiestruturado, permite a expressão autêntica dos pensamentos e das vivências do informante, uma vez que lhe dá espaço para respostas abertas e flexíveis, além de permitir a adição de questionamentos pertinentes ao momento da coleta, por parte do entrevistador, e de apontamentos relacionados por parte do participante (Triviños, 1987).

Foram utilizados como materiais um notebook para a realização das chamadas de vídeo e da transcrição das entrevistas e um celular para a gravação do áudio da coleta de dados.

### **3.5 Procedimentos metodológicos**

Após a aprovação no Programa de Iniciação Científica (PIC), o projeto foi enviado para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCEUB. A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo CEP (parecer nº 6.246.982). A pesquisa foi divulgada para profissionais que correspondessem aos critérios de inclusão. Após o aceite do convite, as entrevistas, remotas e individuais, foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice B) foi enviado em formato de formulário Google, anteriormente à realização da coleta, que ocorreu somente após a sinalização do aceite de participação no formulário em questão. As entrevistas foram gravadas em áudio no celular e foram posteriormente transcritas e analisadas.

A análise de dados foi realizada com base na Análise Temática de Braun e Clarke (2006), que objetiva identificar e relatar padrões em meio aos dados coletados. Esse

método é utilizado para relatar experiências dos participantes, bem como o significado atribuído a elas, em uma esfera tanto individual quanto social, a depender da posição teórica definida pelo estudo. Nesse caso, a presente pesquisa seguiu um paradigma construcionista, teorizando contextos socioculturais e fatores estruturais, que abrangem as individualidades (Braun; Clarke, 2006), por compreender que os significados acerca da vivência da sexualidade são socialmente produzidos.

Por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de dados foi feita a partir de entrevistas, o que dá margem para que os temas coletados se distanciem das questões enunciadas aos participantes, a análise temática será do tipo indutiva. Essa abordagem permite que a análise seja orientada pelos dados, seguindo um rigor teórico e epistemológico, mas sem se pautar em uma codificação preexistente (Braun; Clarke, 2006). Além disso, os temas foram identificados em um nível latente, uma vez que a pesquisa visou uma interpretação aprofundada do tema, indo além do conteúdo deliberadamente apresentado pelos participantes. Dessa forma, a análise temática em nível latente se caracteriza pela busca dos significados que estão implícitos na fala dos participantes, identificando e examinando fatores subjacentes dos dados coletados (Braun; Clarke, 2006).

O método da Análise Temática de Braun e Clarke (2006) é realizado em seis etapas, sendo elas:

1. Familiarização com os dados: esta fase primordial baseia toda a análise que se segue. Consiste em uma atitude de imersão ativa em relação aos dados, a partir da transcrição dos dados, de leituras repetidas e da realização de apontamentos que ajudarão na fase de codificação.
2. Geração de códigos iniciais: trata da produção sistemática de códigos iniciais a partir dos apontamentos realizados acerca dos dados. Os códigos sintetizam as informações centrais fornecidas pelos participantes no momento da coleta de dados.
3. Busca por temas: triagem dos diferentes códigos agrupados para a definição de temas e subtemas, de acordo com as informações que mais demonstraram relevância durante a codificação.

4. Revisão de temas: esta fase se divide em dois níveis, sendo 1) revisão dos extratos codificados, a partir da leitura análise dos padrões formados e 2) análise da validade dos temas individuais em relação ao conjunto e avaliação da aplicabilidade do mapa temático candidato para o desenvolvimento da análise como um todo.
5. Definição e nomeação de temas: caso o mapa temático esteja satisfatório, faz-se um refinamento ainda mais criterioso acerca dos temas que serão apresentados na análise. É identificada a centralidade de cada tema e o que é interessante sobre cada um deles, escrevendo uma análise detalhada para cada tema individual.
6. Produção do relatório: análise final e redação de um relatório argumentativo, convincente acerca da validade dos resultados apresentados e elegível para publicação.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da Análise Temática das quatro entrevistas realizadas, os resultados obtidos foram divididos em quatro categorias temáticas, sendo elas: 1) A abordagem do tema sexualidade durante a formação dos profissionais de saúde; 2) A abordagem do tema sexualidade em cuidados paliativos oncológicos, dividida em duas subcategorias: comunicação entre profissional e paciente, e estratégias utilizadas pelos profissionais paliativistas na comunicação com as pacientes; 3) A experiência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos na perspectiva de profissionais de saúde; 4) e Relacionamento das pacientes com seus parceiros pela perspectiva dos profissionais de saúde. Algumas categorias foram divididas em subcategorias. As categorias com as respectivas discussões teóricas serão apresentadas a seguir.

##### **4.1 Abordagem do tema sexualidade durante a formação dos profissionais de saúde**

Apesar de caracterizar-se como um aspecto central da vivência humana, de modo a contribuir para a construção da identidade do indivíduo, a sexualidade ainda é

um tema tangenciado ou até ignorado pelas instituições de cuidado e de formação em saúde. (Zerbinati; Bruns, 2017). A abordagem do tema sexualidade e saúde sexual durante a formação dos profissionais entrevistados foi unanimemente relatada como deficitária, tanto em suas graduações como em formações complementares e pós graduações. De acordo com os participantes, a sexualidade era superficialmente abordada em disciplinas como saúde da mulher e em alguns desdobramentos, como violência doméstica, contornando a temática a partir da discussão de assuntos como autoestima e qualidade de vida. Um dos entrevistados, médico residente em cuidados paliativos, relatou que “na graduação não tem nada que eu lembre de sexualidade. Pouco se falou”, e só veio a ter contato com o tema ao trabalhar em um ambulatório voltado à população transsexual.

A terapeuta ocupacional também afirma, em seu relato, que a graduação deixou lacunas importantes no tratamento do tema sexualidade. Segunda ela, “na graduação, até que eu vi a necessidade de falar e abordar sobre o tema, mas nunca foi meio que ensinado como, entendeu? Aí fica: eu sei que é muito importante, mas como que eu faço isso?”. Quanto ao sentimento de capacidade e preparação para abordar o tema com seus pacientes, os participantes disseram não se sentirem totalmente preparados, por se tratar de uma queixa pouco recorrente nas suas rotinas de atendimento. Por isso, relataram tratar o tema com maior generalidade, de modo a abordar a sexualidade não como algo isolado, mas como um dos fatores promotores de saúde e qualidade de vida, em interseção com outras queixas como comunicação com o parceiro, atividades de vida diária (AVD) e autoimagem. Em geral, os participantes demonstraram-se abertos ao tema, de modo a reconhecer sua importância e a atender às pacientes com base na escuta ativa e na busca pela intervenção mais adequada para cada caso.

Em conformidade com as experiências relatadas pelos participantes entrevistados, os estudos de Figueiroa et al. (2017) e Silva et al. (2020) revelam que as graduações em enfermagem e em saúde coletiva no Brasil tratam da sexualidade de forma insuficiente e indireta, de modo que os profissionais relatam sentir-se despreparados para atender pacientes de forma holística em sua atuação prática. Apesar de estarem presentes em alguns currículos de graduação em saúde, as

disciplinas que tratam do tema sexualidade geralmente são ofertadas de forma optativa, o que limita o acesso dos estudantes a uma formação voltada à compreensão da sexualidade como uma das dimensões da saúde do sujeito (Figueiroa et al., 2017; Silva et al., 2020).

Em seguida, foi comentada pelos profissionais entrevistados a necessidade e a disposição em participar de uma educação continuada em saúde. Para eles, a baixa ocorrência de queixas acerca da sexualidade no atendimento de mulheres com câncer em cuidados paliativos se dá, também, como sintoma da marginalização do tema durante sua formação enquanto profissionais de saúde. Isso porque, pelo fato de ter sido negligenciada em suas graduações e pós graduações, a sexualidade não é um assunto recordado pelos profissionais na rotina de atendimento a essas pacientes, de modo que se torna uma demanda latente. De acordo com a psicóloga entrevistada, “talvez isso [a sexualidade] nem aparece porque as pessoas não estão nem sabendo que elas precisam falar sobre isso”. Dessa forma, ao perceberem que os próprios profissionais de saúde, responsáveis pelo seu cuidado, tratam a sexualidade com desimportância, uma vez que deixam de mencioná-la, as pacientes agem de acordo com tal comportamento, evitando o tema e considerando-o inadequado ou irrelevante para o contexto dos cuidados paliativos oncológicos (Hughes, 2000). Assim, uma educação continuada que abordasse a sexualidade traria capacitação para que os profissionais levantassem o tema com a frequência que as pacientes demonstram necessitar.

Por fim, foi pontuado pelos entrevistados a importância da participação das instituições públicas e privadas de saúde na educação permanente de seus profissionais. Isso porque essas entidades têm responsabilidade sobre a articulação entre ensino e serviço, a fim de formar profissionais com uma atuação crítico-reflexiva, capaz de compartilhar saberes e de priorizar a integralidade do cuidado (Miccas; Batista, 2014). De acordo com os participantes, a iniciativa de fornecer capacitações deve partir sobretudo das organizações, uma vez que, em um âmbito individual, os profissionais de saúde encontram-se geralmente sobrecarregados, a ponto de não conseguirem realizar capacitações externas. Além disso, não se pode ter certeza acerca

da disponibilidade e da acessibilidade de cursos sobre temas específicos para exigir que esses profissionais busquem-nos autonomamente. Para a enfermeira:

Precisa ser uma educação permanente, incentivar essa educação, falar, promover cursos. Eu acho que a educação permanente in loco ajuda muito. Eu acho que tem que partir da instituição, dela ter essa filosofia de que ela faz parte do luto [do paciente].

Em complemento, a terapeuta ocupacional incentiva a discussão interdisciplinar como meio de compreender a prática de outros profissionais de saúde e promover um cuidado integral às pacientes oncológicas em cuidados paliativos. Tal afirmação dialoga com os resultados da metassíntese de Miccas e Batista (2014), que traz as discussões e rodas de conversa entre profissionais de saúde como fatores que ampliam sua postura crítica, proativa e criativa, bem como fortalece a integração entre ensino e serviço.

## **4.2 Abordagem do tema sexualidade em cuidados paliativos oncológicos**

### **4.2.1 Comunicação entre profissional e paciente**

Com base na perspectiva dos profissionais entrevistados, abordar a temática sexualidade durante sua atuação com mulheres com câncer em cuidados paliativos é considerado relevante, porém todos indicaram dificuldades em fazê-lo, além de pouca familiaridade e falta de experiências prévias na abordagem do tema nesse contexto. Desse modo, os participantes relataram não costumar perguntar às suas pacientes tópicos que abarquem a vivência de sua sexualidade em meio à realidade oncológica e paliativa.

A relevância do tema, por sua vez, foi pontuada pelos profissionais devido à alta queixa dessas pacientes em relação à sua autoestima e ao relacionamento com seus parceiros. É comum que mulheres em tratamento oncológico estejam suscetíveis a procedimentos cirúrgicos, como mastectomia e colostomia, e diversos sintomas decorrentes de tratamentos, como alterações no peso, alopecia induzida por quimioterapia, fadiga e dor (Binkley et al., 2012; Dua et al., 2017). Nesse contexto, muitas dessas mulheres experienciam sofrimentos relacionados à autoimagem e apresentam, em geral, medo intenso de serem abandonadas e traídas por seus

companheiros, fatores que dialogam com a vivência da sexualidade em si (Hughes, 2000; Khawar et al., 2021).

Quanto às dificuldades em abordar o tema sexualidade com as pacientes, as profissionais de psicologia e de terapia ocupacional pontuam que há um receio causado principalmente pela presença de tabus e estigmas sociais, tanto por parte das pacientes quanto por parte dos profissionais de saúde. A psicóloga relata:

Eu não me lembro, assim, de ativamente fazer parte de uma rotina da equipe e perguntarem sobre esse assunto. Você pergunta em geral, talvez, se a pessoa é casada ou não [...] acho que é uma coisa assim tabu, que a gente fica até sem saber como perguntar, né, como abordar [...] acho que é como se a gente tivesse vergonha de tocar num assunto que potencialmente vai gerar vergonha [...] tem um receio, talvez, de constranger a pessoa.

Para a terapeuta ocupacional, “existem alguns temas que a gente não consegue aprofundar da maneira que deveríamos, ambas as partes, assim. Mas eu acho que é um assunto que está meio que nas entrelinhas, sabe?”.

Além da própria doença, alguns fatores ampliam a complexidade do adoecimento e de suas repercussões, assim como a relevância das possíveis demandas que surgem neste processo. Segundo a terapeuta ocupacional:

Geralmente ela [a paciente] é uma pessoa que é viúva ou geralmente são pacientes mais idosas, então ainda tem um tabu de ser uma pessoa idosa, porque a gente já tem esse estigma, né? Porque as pessoas mais velhas cancelam isso [a sexualidade] na vida delas. Elas fazem aniversário, cancelou. Acho que vão somando todas essas coisas.

Percebe-se que marcadores sociais constituídos de interseccionalidades, como ser uma mulher, ser uma paciente oncológica e ser uma pessoa idosa, interferem substancialmente no modo como esse indivíduo têm seus direitos validados socialmente, incluindo os direitos sexuais, que tratam do exercício da sexualidade de forma plena, informada e livre de discriminações (Huesca, 2023; Brasil, 2009). De acordo com Papalia e Martorell (2022), uma quantidade significativa de adultos tardios tendem a manter uma vida sexualmente ativa, mas esse número pode ser afetado pela prevalência de atitudes etaristas, que tendem a influenciar negativamente no desejo sexual dessa população. Nesse contexto, a enfermeira entrevistada traz ainda que

aspectos geracionais, referentes à cultura em que essas pacientes idosas foram socializadas, podem interferir na receptividade quanto à abordagem da sexualidade:

Eu acho que existe um tabu muito grande da sexualidade ainda nessa parte feminina, muito grande. Elas são muito omissas, principalmente naquela parte do homem ser o primeiro, dele ser o provedor da casa. E acaba sempre aí. Principalmente lá que nós temos um público de senhoras, em torno de 50 a 80 anos de idade. A cultura é diferente da nossa de hoje, então é difícil você começar a entrar nesse assunto. A gente entra, mas não é nem na primeira, nem na segunda visita.

Sob outro viés, o médico entrevistado denuncia o grau elevado de sofrimento físico em que as pacientes adentram na modalidade de cuidados paliativos como o maior empecilho para a abordagem de temas tidos como secundários, nesse caso, a sexualidade e a saúde sexual. Ele relata que:

Infelizmente [a sexualidade] é algo que a gente não costuma perguntar tanto ou adentrar, porque na enfermaria os pacientes já vêm muito graves e, entre aspas, há coisas mais importantes, algum controle de sintoma que eu preciso fazer que se o paciente não estiver bem, no sentido de estar sem dor, de não estar enjoado, de estar bem e tentar estar bem consigo mesmo, eu não consigo entrar nesse assunto porque ele é meio secundário, né.

A implementação dos cuidados paliativos de forma precoce, concomitantemente aos cuidados curativos, surge como necessidade para a garantia do cuidado integral aos pacientes, a fim de contemplar não somente o controle de sintomas, mas também questões espirituais e psicossociais, que em momentos críticos tendem a ser consideradas secundárias (Gomes; Othero, 2016; OMS, 2002). No entanto, os cuidados paliativos no Brasil ainda se pautam em uma lógica de “ação paliativista”, ocorrendo de forma improvisada e insuficiente, de modo que premissas importantes dos CP, como sua implementação precoce e a atuação de uma equipe multidisciplinar tendem a ser negligenciadas (Santos et al., 2019).

No que tange à importância da interdisciplinaridade nos cuidados paliativos, a enfermeira diz: “Nós também não tínhamos uma equipe abrangente, era só médico e enfermeiro [...] Todo mundo é importante. Se a gente não tem uma equipe multi, a gente faz uma ação paliativista, a gente não consegue desenvolver mesmo os cuidados paliativos”. Esse cenário ocorre, principalmente, devido a uma baixa adesão governamental de países em desenvolvimento, como o Brasil, à filosofia paliativista de

alívio da dor, o que resulta em uma necessidade não atendida da implementação de políticas públicas que deem respaldo aos cuidados paliativos como deveriam ser (Garcia et al., 2014).

No Brasil, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP; Brasil, 2024) surge apenas em um contexto recente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e prevê diretrizes como a inserção precoce dos cuidados paliativos, a atuação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares nessa modalidade de cuidado e a comunicação empática e transparente com todos os envolvidos. Tal política pública visa integrar de forma sistematizada as equipes de CP em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo a viabilizar a humanização e a integralidade do cuidado. Além disso, a PNCP (2024) tem como um de seus objetivos o estímulo à educação em cuidados paliativos, a partir da formação continuada de profissionais da RAS e da disseminação de informações educativas à população geral. Este fator possibilita, não só a realização dos cuidados paliativos com o nível de especialização demandada por suas particularidades, mas também a desestigmatização do tema no âmbito popular.

Como consequência da educação deficitária em sexualidade, observada anteriormente nos relatos dos participantes, muitos desses profissionais lidam com o despreparo ao ter que abordar o tema com suas pacientes. Ao analisar as entrevistas, notou-se desafios quanto à demarcação da abordagem do tema, por ser uma atribuição não exclusiva a nenhuma profissão da saúde, mas responsabilidade de todas elas. De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH; Brasil, 2004), o acolhimento, caracterizado como uma escuta qualificada que visa identificar e atender às necessidades dos usuários de serviços de saúde, é responsabilidade de toda a equipe, e deve proporcionar autonomia, escuta e educação em saúde às pacientes (Brasil, 2004). Porém, para alguns dos entrevistados, a ausência de definição dos papéis na abordagem de temas como a sexualidade pode ampliar os desafios para o cuidado. Para a terapeuta ocupacional:

Assim como eu falei sobre o receio dos pacientes, os médicos também não falam sobre [sexualidade] e aí fica assim: não é de ninguém e só segue o baile. Então eu acho que isso é o que mais prejudica, na verdade, na atuação de abordar e falar sobre esse tema.

Segundo a psicóloga, “é muito complicado, porque fica o profissional meio que sem graça ou esperando que [o assunto] venha espontaneamente, e talvez a paciente está esperando que o profissional pergunte para ela conseguir falar, né?”. Ambos os relatos sugerem uma atuação passiva da equipe profissional em relação ao acolhimento das pacientes, o que discorda com as diretrizes da PNH (Brasil, 2004), política à qual poucos profissionais sequer possuem conhecimento. É possível perceber que a educação insuficiente ofertada aos profissionais de saúde no Brasil resulta no desenvolvimento de uma cultura de desresponsabilização na dinâmica profissional-paciente, que impede a construção de relações de vínculo entre ambas as partes.

Também como resultado, foi relatado por todos os participantes ser incomum que as pacientes abordem o tema espontaneamente com os profissionais de saúde. De acordo com o médico, “muitas mulheres e até os parceiros ou parceiras podem ter dúvidas, mas eles não chegam a perguntar para a gente porque eles realmente sempre deixam para segundo plano”. Devido aos estigmas sociais e à crença de que a sexualidade seja algo secundário diante de uma doença ameaçadora da vida, forma-se uma espécie de conspiração do silêncio, em que tanto a equipe quanto a paciente não discutem queixas, dúvidas ou possibilidades acerca da vivência da sexualidade (Hughes, 2000).

A terapeuta ocupacional relata que o assunto “vem muito nas entrelinhas, ou quando você já tem um vínculo com o paciente e está falando sobre esse assunto aí vem uma questão”. Para a psicóloga, “é mais comum a questão de falar sobre alguma insegurança, alguma insatisfação com a autoimagem, e aí, a depender do caso, pode desenrolar para a pessoa falar algo nesse sentido [da sexualidade]”. Dessa forma, o tangenciamento do tema pode ser interpretado como uma forma de pedido ou sinalização para que o profissional cuidador acolha o paciente na vivência de sua sexualidade, contemplando-a como uma das dimensões da saúde humana.

Por fim, foi relatado pela terapeuta ocupacional que tal atitude de silenciamento e invisibilização da sexualidade dessas pacientes torna-se mais um fator gerador de sofrimento diante de um contexto que já prevê um grau de vulnerabilidade da paciente e de sua rede de apoio. Para a participante:

Existem muitos pacientes que sofrem por conta disso, por falta de não sentir abertura para falar, e o profissional também não fala, aí isso acaba acarretando tanto para o paciente como para o cuidador principal, que geralmente é o parceiro da pessoa. Acho que isso vai afetando o casal, a família e tudo mais.

#### **4.2.2 Estratégias utilizadas pelos profissionais paliativistas na comunicação com as pacientes**

Em conformidade com as diretrizes da PNH (2004), o vínculo foi trazido pelos profissionais entrevistados como uma importante ferramenta para facilitar a abordagem do tema sexualidade. Notou-se que o vínculo entre paciente e profissional é responsável por oferecer segurança à paciente diante de uma situação de vulnerabilidade, em que essa mulher compartilha informações íntimas que não costuma abordar socialmente. Assim, segundo a enfermeira:

A partir do momento em que eu começo a criar um vínculo e percebo que ela fica mais à vontade comigo, eu acabo tocando nesse assunto. Mas se eu vejo que ela é muito fechada, eu espero ela falar. Geralmente eu peço um tempinho pra gente conversar sozinha, tiro os familiares que estão lá, para ela ter essa liberdade de falar comigo.

O vínculo foi trazido também pelo médico como um fator necessário, mas, para ele, desafiador diante de um contexto em que os CPs só são introduzidos à paciente em fase final de vida:

Acho que, para entrar nesse assunto, eu preciso ter algum vínculo, já conhecer algo do paciente, e também preciso que ele tenha um prognóstico bom, um PPS (Escala de Performance Paliativa) bom, que eu consiga ter muitas consultas, ter uma longitudinalidade maior e que, durante essa longitudinalidade, um dos aspectos de saúde é tentar abordar saúde sexual.

Apesar de ser incomum que as pacientes iniciem a abordagem do tema com a equipe, quando ocorre, essa abordagem tende a ser indireta e tangencial. Da mesma forma, os profissionais buscam tratar da sexualidade paulatinamente, por meio de perguntas acerca do estado civil da paciente, da dinâmica do seu relacionamento amoroso e, posteriormente, da vivência de sua sexualidade em si. Esse procedimento é feito como forma de compreender os limites e o nível de conforto das pacientes ao conversar sobre um assunto pessoal e, ao mesmo tempo, estigmatizado.

Os participantes relataram que fatores identitários, como o gênero do cuidador que irá abordar o tema sexualidade com a paciente, podem interferir no nível de receptividade e abertura dessa mulher durante a conversa com o profissional. Para a psicóloga, esse é um fator demasiadamente subjetivo, uma vez que se relaciona com os significados atribuídos ao gênero por cada pessoa, durante sua história de vida, mas que está altamente associado a um fator de identificação e representatividade. De acordo com a profissional de enfermagem:

Ela [a paciente] se sente muito mais à vontade [com mulheres]. Eu acho que a figura masculina neste momento interfere sim. Têm pacientes que não gostam nem que o técnico de enfermagem entre no quarto para dar o banho, porque elas têm essa vergonha, principalmente na hora de fazer a higiene íntima. Muitas vezes elas pedem: “olha, tem mulher para me dar um banho, uma mulher para trocar minha fralda? Eu sei que na enfermagem não tem disso, mas eu prefiro. Eu me sinto mais à vontade”. Sim, sim. Interfere Sim.

Também foi pontuada pela enfermeira a utilização de duas técnicas de comunicação com as pacientes: o “reflexo de sentimentos”, estratégia baseada na abordagem rogeriana, que busca viabilizar a participação do profissional na experiência imediata do cliente (Holanda, 2009); e a utilização de metáforas, que facilitam as pacientes a transmitirem suas experiências corporais através da linguagem, e que permite aos profissionais a tradução de termos técnicos para uma comunicação coloquial (Pereira et al., 2023).

Diante das demandas e dos desafios apresentados, compreende-se que a integralidade do cuidado à mulher em cuidados paliativos oncológicos requer, entre outros fatores, a realização de um acolhimento que possibilite a criação de vínculo entre paciente e equipe; a introdução dos cuidados paliativos em uma fase precoce do adoecimento que ameace a vida, idealmente logo após o diagnóstico (Gomes; Othero, 2016); a compreensão da existência de aspectos subjetivos que interferem na forma como cada paciente interpreta e vivencia o mundo e, por fim, a utilização de técnicas e estratégias que venham a aproximar a paciente da equipe e de sua autodeterminação diante do contexto de adoecimento.

#### **4.3 A experiência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos na perspectiva de profissionais de saúde**

A experiência da sexualidade de mulheres que vivenciam o contexto oncológico e paliativo é permeada por diversos atravessamentos psicossociais, culturais e biológicos. Socialmente, a sexualidade feminina é abordada a partir de um viés de desconhecimento e de estigmatização, de modo a interpretar a função reprodutiva como a única forma de validar a experiência sexual da mulher, o que, conseqüentemente, secundariza a vivência da sexualidade em sua totalidade (Melo; Barros, 2009). De acordo com os profissionais entrevistados, tal comportamento de negligência em relação à saúde e à satisfação sexual pode decorrer, também, da própria paciente, diante das preocupações geradas pelo seu estado de saúde, mas não deveria ser respaldado pela omissão do tema por parte dos profissionais de saúde. Para a psicóloga “é até uma pressuposição ou um preconceito dos profissionais talvez acharem, num momento como esse, de adoecimento grave que ameaça a vida, que a vida sexual perde a importância [...] como se essa parte não fosse existir na vida dela [paciente].”

Dados contrastantes com o senso comum foram descritos por Lemieux et al. (2004), em que a sexualidade foi definida pelos pacientes como forma de intimidade, afeto e conexão com seus companheiros, de modo que o nível de importância desse aspecto em suas vidas havia mudado minimamente após o adoecimento.

Quanto às principais queixas recebidas pelos profissionais acerca da vivência da sexualidade de suas pacientes, a dúvida em relação à possibilidade ou não de manter a prática sexual após o recebimento do diagnóstico ou da realização de alguma intervenção foi abordada de forma expressiva pelos participantes. Foi relatado que pacientes chegaram a esperar anos para levantar a questão à equipe, devido à falta de abertura para abordar o assunto. Da mesma forma, dúvidas das pacientes em relação à perda de libido foram pontuadas pelos profissionais, mas como algo que surgia devido a uma preocupação de que tal sintoma levasse ao afastamento dos parceiros.

Quanto aos desdobramentos das mudanças físicas, fisiológicas, sociais e emocionais geradas pelo câncer, foram pontuadas a tristeza em relação às mudanças corporais, a vergonha que elas acarretam, inseguranças quanto ao tratamento, reavaliação da vida e medo de morrer. O impacto na autoestima foi um fator pontuado por todos os participantes como algo diretamente relacionado à vivência da

sexualidade dessa população, congruentemente aos achados de Hughes (2000). A terapeuta ocupacional entrevistada destaca:

É uma sequência de perdas que a pessoa vai vivenciando nesse adoecimento mais progressivo. Eu acho que as primeiras são essas, sabe, de lazer e sexualidade, eu acho que são as primeiras que vão embora e que já geram um impacto significativo na qualidade de vida e tudo mais.

A psicóloga também traz relato consonante, afirmando que “a questão do prejuízo para a autoimagem, a falta de energia também, a fraqueza relacionada ao tratamento, acabam influenciando na rotina como um todo e também na vida sexual”.

Foram identificadas algumas estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para otimizar a qualidade de vida de suas pacientes, diante dos impactos gerados pelo tratamento oncológico e pelo adoecimento em si. A terapeuta ocupacional destacou as técnicas de conservação de energia, utilizadas em diversos contextos de dor e fadiga, como modo de contemplar o princípio de dor total, que compreende a dor da paciente não só em sua dimensão física, mas também espiritual, emocional e social (Saunders, 1991). A profissional pontuou que a adaptação da prática sexual, a partir de posições que preservem membros e órgãos sensibilizados, torna-se uma possibilidade para a manutenção dessa atividade, apesar das repercussões do adoecimento:

Dá para adaptar algumas posições e tudo mais, para que a mulher continue fazendo, mas de forma a entender que ela não pode fazer descarga de peso no membro [...] Existem várias posições para quem tem problemas articulares e tudo mais, que não gera carga de peso em um outro membro. Então [adaptações] de posicionamento, com travesseiros e outras posições, isso existe.

Todos os participantes relataram orientar as pacientes e seus parceiros quanto a outras formas de manter a intimidade e de vivenciar a sexualidade em meio ao tratamento oncológico e aos cuidados paliativos, de modo a viabilizar a qualidade de vida em seus diversos aspectos, como o bem estar físico, mental e relacional (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1998). Para retratar, a psicóloga diz:

[O profissional] vai ter que orientar essa paciente sobre outras formas de prazer. Então, que outras formas existem, né, de carinho, de cuidado com seu parceiro que você pode exercitar. E para outros casos em que, por algum motivo, esteja difícil ou inviável a prática sexual na penetração mesmo, existem outras formas: sexo oral; se

pode ser feito; como ser feito, enfim, a gente aprender mesmo a se comunicar e levantar essas demandas.

Nesse sentido, tendo em vista que as percepções da paciente acerca da definição de sexualidade transformam-se de acordo com o percurso da doença (Cagle; Bolte, 2009), a comunicação constante entre profissional e paciente torna-se imprescindível para a manutenção da qualidade de vida e da saúde sexual. Reforça-se que o trabalho conjunto entre essas mulheres e seus cuidadores, com o envolvimento de seus parceiros, permitiria traçar estratégias para que as formas de experienciar a sexualidade acompanhassem os recursos físicos, psicológicos e fisiológicos da paciente ao longo do tempo.

#### **4.4 Relacionamento das pacientes com seus parceiros pela perspectiva dos profissionais de saúde**

O modo com que o adoecimento oncológico afeta o relacionamento das pacientes com seus parceiros foi abordado por todos os profissionais entrevistados. O medo de serem abandonadas por seus parceiros, o receio de não sentirem-se atraentes, a dificuldade em atender às suas próprias vontades e necessidades devido a uma postura de subordinação e atitudes desfavoráveis e violentas foram relatados como os principais dificultadores em direção a um relacionamento amoroso que atuasse, de fato, como uma rede de apoio para essas mulheres.

No que tange aos medos e receios relatados pelas pacientes, a enfermeira entrevistada traz o seguinte relato:

Eu atendo muitas pacientes mulheres que têm um câncer de obstrução de intestino e muitas vezes precisam fazer uma colostomia. Você coloca uma parte do intestino para fora e usa bolsinha e isso atrapalha muito a autoestima dela. E ela se preocupa muito em relação ao que o parceiro vai pensar de tudo isso. E afeta também a parte da sexualidade em si, né?

Em outro momento, a profissional complementa o relato acerca das principais queixas das pacientes:

A primeira coisa é o medo de perder o parceiro. Mesmo a paciente sendo uma pessoa idosa, ela tem medo de perder o parceiro. Ela pergunta muito em relação ao tratamento, se ela vai perder a libido dela, a vontade de estar com o marido, dessa parte sexual. Então isso

a gente explica que interfere sim, muitas vezes, mas que existem outras formas para ela estar perto aí do marido.

Percebe-se, a partir dos resultados apresentados, que o medo de serem abandonadas em decorrência do adoecimento e suas repercussões é expressivo entre as pacientes oncológicas em cuidados paliativos. Tal sentimento apresenta fundamentos realistas, uma vez que, apesar das taxas de divórcio entre casais com uma pessoa com câncer e entre os demais casais serem estatisticamente semelhantes, 90% das separações conjugais enfrentadas por pessoas com câncer ocorrem quando a mulher é a pessoa adoecida, enquanto a maioria dos homens adoecidos têm seu relacionamento mantido (Glantz et al., 2009). Para exemplificar esta situação, a psicóloga traz o seguinte caso:

Eu lembro muito de um caso de uma paciente que terminou assim o casamento, ela falava que o marido, o ex-marido, falou que não se sentia mais atraído por ela... Foi um caso de câncer em que ela perdeu as duas mamas, além de ter ficado sem o cabelo. Então esse foi um fator preponderante para o término do relacionamento dela. Era algo que ela trazia com muita tristeza.

Por outro lado, foram relatados também os pontos de vista dos parceiros dessas mulheres, de acordo com a percepção dos profissionais entrevistados. Nesse contexto, o médico relata:

[Após quimioterapia] a paciente fica mais fragilizada, fica mais... Não fica tão bem de saúde, digamos assim. Ela, por si só, não vai ter disposição para fazer sexo, para ter uma relação sexual. Às vezes o parceiro ou a parceira não vai querer por medo de machucar, de fazer alguma coisa e piorar o tratamento dela. E depois vão deixando.

Apesar de sentirem medo de piorar o quadro de suas parceiras, em um nível que prejudica a qualidade do relacionamento, é muito raro que os companheiros destas mulheres busquem orientações diretamente com os profissionais de saúde, como retrata a psicóloga: “Eu não me recordo disso ter surgido como uma preocupação assim do companheiro, de perguntar como, o que pode, o que não pode [durante a prática sexual], ou então, sobre como adaptar a vida sexual, não comigo como psicóloga”. Em conformidade, a terapeuta ocupacional diz: “Eles acabam não falando. É um assunto que fica muito superficial e muito de códigos, às vezes não dá até pra entender ou pra orientar algo mais específico, entendeu? Às vezes a gente fala de orientações mais gerais”.

Para os profissionais, os parceiros tendem a agir com evitação, de modo a impedir o desenvolvimento de estratégias de *coping* diádico positivo, como a resolução de problemas em conjunto e a demonstração de empatia e solidariedade com a parceira. Tal comportamento pode afetar, não só a qualidade do relacionamento em si, como também a saúde mental do casal, dado que atitudes referentes a um *coping* diádico negativo, como distanciamento e superficialidade, estão significativamente associados à manifestação de sintomas depressivos em ambos (Rottmann et al., 2015). Os participantes relataram a importância de manter uma comunicação constante entre os envolvidos, a fim de incentivar a expressão de dúvidas, queixas e angústias geradas no relacionamento devido ao contexto de adoecimento, o que corrobora com os achados de Taylor-Brown et al. (2000).

Apesar de a sexualidade, que envolve intimidade e ao afeto, continuar sendo um fator importante para a promoção da qualidade de vida de mulheres que iniciam os cuidados paliativos oncológicos, a prática sexual em si não necessariamente corresponde à mesma lógica. Com isso, descompassos na dinâmica do casal podem ocorrer, uma vez que as repercussões do adoecimento alteram não só a rotina, mas também as dimensões física, emocional, espiritual e social das pacientes (Saunders, 1991), fato que pode acarretar em diminuição da libido, dispareunia, distanciamento emocional em relação ao parceiro e alterações na imagem corporal, de forma a afetar a sexualidade como um todo (Abbott-Anderson; Kwekkeboom, 2012). Expectativas não alinhadas entre o casal podem levar a um desconforto e à violação de limites pessoais, principalmente da mulher adoecida, que se encontra em maior vulnerabilidade. Para ilustrar, a psicóloga relata:

Eu também me lembro de casos em que as pacientes me relatavam que tinha um grau de sofrimento, porque, embora elas estivessem doentes, os companheiros, os parceiros queriam continuar a vida sexual como se nada estivesse acontecendo. Assim, não levando em consideração, além da questão física, que precisa estar bem, ok, para a pessoa ter as questões da libido e tudo mais, tem toda essa outra parte, né, emocional, que vai afetar o desejo sexual. Então os maridos não tinham muito essa vivência.

Assim, compreende-se que a prática sexual para pessoas com câncer, apesar de geralmente não ser contraindicada, sofre interferências de diversos fatores relacionados ao adoecimento. Em alguns casos, como relatado por duas participantes,

essas mulheres, diante da vulnerabilidade física e emocional vivenciada em momentos de adoecimento que ameaça a vida, sofrem ainda violências por parte de seus parceiros, de modo que são submetidas a situações constrangedoras e violentas, que colocam em risco sua saúde. Nesse contexto, a psicóloga relata:

Eu ouvi em palestras casos de pessoas que têm que fazer algum tipo de ostomia, uma colostomia, por exemplo, e aí tinha um marido, um companheiro, que queria fazer sexo pela pelo orifício da colostomia, e é uma coisa que não pode, assim, impensável, né? Imagina como a pessoa aborda isso com o parceiro e com a equipe, as pessoas podem se sentir desconfortáveis. Então assim, nossa! É muito difícil, né?

Em conformidade, a enfermeira conta que:

Já vi várias mulheres que o parceiro acaba procurando fazer relação pelo orifício do intestino e a gente sabe que não pode, né, fazer, acaba machucando, enfim, por N motivos. E muitas vezes elas não querem fazer a reconstrução porque o marido gosta de ter o ato sexual pelo orifício do intestino. Então ela pensa muito mais no parceiro do que em si mesma, com medo do parceiro abandoná-la nessa trajetória aí do tratamento.

Casos que configuram violência conjugal, ou seja, que expõem a mulher a situações de extremo constrangimento e a danos físicos, sexuais e psicológicos, devem ser devidamente identificados pela equipe de saúde, a partir do acolhimento, de exames físicos e de avaliação psicológica, de modo a validar o sofrimento dessas pacientes, dar abertura aos seus relatos e construir um plano de ação resolutivo, com base em protocolos previstos para atendimento a mulheres vítimas de violência (Defensoria Pública da União [DPU], 2021; Vilela, 2009).

De acordo com Zanello (2014), a coerção e a violência sexual, quando praticadas dentro do relacionamento conjugal, passam por um processo de legitimação na cultura patriacal, de modo que não são reconhecidas como atos violentos e condenáveis, que anulam o desejo e a subjetividade da mulher. Tais formas de violência passam a ser vistas, por outro lado, como um compromisso subentendido, que viria acompanhado do matrimônio em forma de débito conjugal, de modo que essas mulheres passam a ser consideradas propriedades de seus parceiros, e não sujeitos de direitos (Zanello, 2014). Mulheres em cuidados paliativos oncológicos, por muitas vezes sentirem medo de serem abandonadas e sofrerem impactos em sua autoimagem e autoestima, vivenciam esse fenômeno de maneira acentuada, uma vez

que a sujeição incondicional às exigências maritais significam a garantia de uma rede de apoio, ainda que meramente simbólica, em meio a tantas perdas e lutos gerados pelo processo de adoecimento.

O estudo de Speakman et al. (2015), que entrevistou pacientes com câncer que vivenciavam um relacionamento abusivo, pontuou as principais ações disfuncionais dos parceiros, sendo elas: um foco autocentrado, expectativas irrealistas em relação ao adoecimento, de modo a subestimar o nível de fadiga das pacientes, além de atitudes críticas, cruéis e de negligência afetiva. Tais comportamentos foram relatados pelas pacientes como responsáveis pelo aumento de sentimentos de estresse e depressão, de modo que compreendem que o contexto abusivo prolongou e dificultou seu tratamento.

Diantes dos casos relatados, os participantes compreendem a importância de, a partir da comunicação e da psicoeducação com o parceiro e com a paciente, buscar promover um contexto que proporcione a melhor qualidade de vida possível à paciente, de forma a validar suas necessidades e suas vontades e, com isso, promover sua autodeterminação em relação à forma como deseja lidar com seu corpo, sua sexualidade e seu processo de adoecimento. A enfermeira relata:

O parceiro vir falar com a gente é muito difícil. De 100%, acho que 2% ou 3% querem sentar com a gente para conversar em relação a tudo, a ela, a ele, como vai ser, é muito difícil. Geralmente a gente chama quando existe mais esse processo da colostomia do que até mesmo do câncer de mama [...] Quando a gente vê que tem a possibilidade de fazer a reconstrução, mas ela não quer por causa do parceiro, aí a gente chama os dois para conversar.

Por fim, nota-se a importância do suporte dos profissionais de saúde a essas mulheres, a fim de identificar possíveis casos de violência e de proporcionar rede de apoio que ofereça recursos para o desenvolvimento de maior autonomia e autoestima diante de um contexto de vulnerabilidade. Isso porque, como relatado pela enfermeira, o medo de ser abandonada pelo parceiro pode se sobrepor à necessidade de autocuidado e à validação e exercício de suas próprias vontades, o que torna a paciente ainda mais suscetível a um contexto de violência conjugal.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho proporcionou uma compreensão detalhada acerca da recepção, da abordagem e do manejo de questões que envolvem sexualidade por parte de profissionais de saúde paliativistas. Por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com quatro profissionais de saúde que atuam no contexto oncológico e paliativo, foi feita uma análise temática a fim de tratar os dados de forma qualitativa (Braun; Clarke, 2006). Dado que o objetivo geral da pesquisa era conhecer como a vivência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos é percebida e abordada por esses profissionais, considera-se que os resultados alcançados contemplam tal proposta.

A partir dos dados coletados, foi possível mapear alguns dos pilares de uma abordagem acolhedora e efetiva do tema sexualidade com as pacientes. São eles: a construção de vínculo e o estabelecimento de uma comunicação acessível, proativa e esclarecedora dos profissionais com a pessoa em tratamento e com sua rede de apoio; um movimento de educação permanente que aborde o tema, subsidiado pelas instituições governamentais e de saúde; a implementação dos cuidados paliativos de maneira precoce e, por fim, um alinhamento constante entre as equipes multidisciplinares, a fim de abordar a questão de maneira multidimensional e integral.

Nesse contexto, os objetivos específicos da pesquisa foram: conhecer as principais demandas de mulheres com câncer em cuidados paliativos relacionadas à sexualidade na perspectiva de profissionais de saúde; identificar as principais barreiras encontradas pela equipe profissional na abordagem de questões sobre a sexualidade de suas paciente, e investigar as estratégias que têm sido utilizadas por profissionais para abordagem da temática com tais pacientes, de modo que os objetivos foram atingidos com a metodologia proposta.

Para a análise de dados, foram estabelecidos 4 eixos temáticos. O primeiro eixo trata da abordagem do tema sexualidade durante a formação dos profissionais de saúde, que mostrou-se unanimemente deficitária diante do relato dos participantes. Tal realidade favorece o despreparo e o desconhecimento dos profissionais quanto à sexualidade de suas pacientes, de modo a deixarem de cumprir com sua função

enquanto responsáveis pelo acolhimento dos usuários dos serviços de saúde e de sua rede de apoio (PNH; Brasil, 2004), uma vez que deixam de abordar o assunto com essas mulheres e com seus parceiros. Compreende-se que, a fim de capacitar e atualizar esses profissionais, iniciativas de educação permanente devem ser adotadas pelas instituições públicas e privadas de saúde, de forma a sinalizar aos profissionais a importância do tema e a fornecer instruções sobre como tratá-lo em prol da promoção de saúde à mulher.

O segundo eixo temático trata da abordagem do tema sexualidade em cuidados paliativos oncológicos, sendo dividido em duas subcategorias: a comunicação entre profissional e paciente e as estratégias utilizadas pelos profissionais na comunicação com as pacientes. No que tange à comunicação profissional-paciente, foi possível perceber que o tema sexualidade é evitado, em geral, por ambas as partes, devido ao negligenciamento da temática diante de uma doença que ameaça a vida, a tabus e estigmas sociais que envolvem a vivência da sexualidade, à crença profissional de que pacientes oncológicas e paliativas desconsideram essa dimensão de sua vida, a uma atitude passiva dos profissionais quanto à comunicação com as pacientes e ao medo de gerar uma situação desconfortável diante da abordagem de um assunto íntimo e estigmatizado.

Quanto às estratégias utilizadas pelos profissionais para comunicar-se com suas pacientes, o vínculo foi o principal componente pontuado pelos participantes, acompanhado de uma abordagem cautelosa e gradual de assuntos que se relacionam à sexualidade em si. Tais estratégias visam identificar o nível de abertura da paciente em relação à temática, a fim de respeitar seus limites pessoais e criar um contexto seguro para a expressão de dúvidas, queixas, relatos e preocupações sobre o assunto.

O terceiro eixo aborda a experiência da sexualidade de mulheres em CP oncológicos pela perspectiva dos profissionais entrevistados, que relataram, por sua vez, recorrentes queixas das pacientes em relação ao efeito das intervenções e do adoecimento sobre sua autoestima, além de dúvidas acerca da possibilidade de manter relações sexuais devido ao contexto que vivenciam. Foi possível identificar que, apesar das crenças do senso comum, a vivência da sexualidade de mulheres em CP oncológicos não perde a importância após o diagnóstico de uma doença que ameaça a

vida, de modo que essa dimensão humana pode ser compreendida, sobretudo, como a expressão de intimidade e de afetividade com seus parceiros (Lemieux et al., 2004). Além disso, estratégias de adaptação da prática sexual podem ser utilizadas por essas pacientes, a fim de proporcionar a continuidade da atividade sexual sem dores ou maiores desconfortos. Ademais, orientações acerca de outras formas de vivenciar a sexualidade além do sexo penetrativo e uma comunicação constante entre profissional e paciente são formas de promover qualidade de vida e contemplar a saúde sexual dessa população.

O quarto e último eixo temático trata das percepções dos profissionais de saúde acerca do relacionamento dessas mulheres com seus parceiros. Nesse tópico, foram abordados o medo de serem abandonadas por seus parceiros devido às suas condições de saúde, o descompasso do casal em relação à vontade de manter ou não relações sexuais, os receios das parcerias de machucarem suas parceiras ou causarem algum dano à sua saúde durante a prática sexual e até mesmo práticas violentas e comportamentos de risco dos parceiros em relação às pacientes.

Em suma, observou-se a partir dos relatos dos participantes que a sexualidade é uma demanda que gera dúvidas e repercussões importantes para a mulher e para o casal, mas que, por não ser compreendida como responsabilidade do profissional de saúde, sua abordagem passa a ser delegada sucessivamente entre a equipe cuidadora. Isso faz com que o assunto seja negligenciado, de modo que as demandas em relação à sexualidade surjam em um momento de necessidade intensa da mulher e do casal, o que leva à experiência de sofrimentos que poderiam ter sido manejados de forma preventiva. Além disso, por ser um tema socialmente estigmatizado, delegar a responsabilidade da sua abordagem exclusivamente à mulher em atendimento pode intensificar sua vulnerabilização, de forma a acentuar seu sofrimento e prejudicar seu vínculo com a equipe responsável. Isso mostra, sobretudo, que a negligência da equipe em relação às mulheres atendidas é um fator determinante para o curso do processo saúde-doença.

Por isso, torna-se imprescindível a participação ativa e constante da equipe profissional no dia a dia dessas pacientes, de modo a comunicar-se com essas mulheres acerca de sua autoimagem, de sua satisfação sexual e da dinâmica relacional

com seus parceiros. Compreende-se a comunicação acessível e acolhedora como sendo capaz de identificar a necessidade de orientações e intervenções da equipe, bem como possíveis episódios de violência conjugal, a serem manejados de forma cautelosa e com base em uma abordagem interdisciplinar e uma assistência resolutiva.

A presente pesquisa cumpriu com seus objetivos, mas apresentou algumas limitações. Dentre elas, não foram contempladas todas as especialidades que formam uma equipe de cuidados paliativos, devido ao tempo limitado destinado à realização do estudo, além da investigação ter sido realizada com profissionais de diferentes equipes. Portanto, pontua-se a necessidade de compreender como outras categorias profissionais percebem a vivência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos, como fisioterapeutas e assistentes sociais, e como essa dinâmica se dá entre componentes de uma mesma equipe profissional. Além disso, é interessante a investigação acerca da perspectiva das próprias mulheres que vivenciam o contexto paliativo e oncológico, bem como a de seus parceiros. Sugere-se, também, a extensão da investigação à sexualidade de mulheres em cuidados paliativos não oncológicos.

Espera-se que a presente pesquisa contribua de maneira significativa para o conhecimento acerca da atuação dos profissionais de saúde, no que tange às suas principais ações e desafios na abordagem da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos. Além disso, o estudo poderá ser utilizado como base teórica para investigações sobre levantamento de necessidade de treinamento para profissionais de saúde, além de fornecer informações necessárias para a formação continuada desses profissionais no que se refere a estratégias de comunicação e à sensibilização a um tema negligenciado na vivência paliativista. Vale ressaltar que os achados do presente estudo, no entanto, não esgotam o tema e não são suficientes para generalizar a experiência das categorias profissionais entrevistadas. Dessa forma, torna-se imprescindível a continuidade de investigações científicas a respeito da temática apresentada, a fim de estender, atualizar e aprimorar os conhecimentos acerca da atuação e da percepção de profissionais de saúde em relação à vivência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos.

## REFERÊNCIAS

- Abbott-Anderson, K., & Kwkkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 124(3), 477-489. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
- Binkley, J. M., Harris, S. R., Levangie, P. K., Pearl, M., Guglielmino, J., Kraus, V., & Rowden, D. (2012). Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(S8), 2207-2216. <https://doi.org/10.1002/cncr.27469>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cagle, J. G., & Bolte, S. (2009). Sexuality and life-threatening illness: Implications for social work and palliative care. *Health & Social Work*, 34(3), 223-233. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.3.223>
- Castro, M. C. F. D., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. D. (2012). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 339-349. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200016>
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa* (3rd ed.). Grupo A.

- Defensoria Pública da União. (2021). Defesa Dos Direitos Sexuais e Reprodutivos Das Mulheres. GT Mulheres. [https://direitoshumanos.dpu.def.br/wp-content/uploads/2021/07/cartilha\\_defesa\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos-2021.pdf](https://direitoshumanos.dpu.def.br/wp-content/uploads/2021/07/cartilha_defesa_direitos_sexuais_reprodutivos-2021.pdf)
- Dua, P., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Deshields, T. L. (2017). Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. *Psycho-oncology*, 26(4), 438-443. <https://doi.org/10.1002/pon.4039>
- Figueiroa, M. N., Menezes, M. L. N., Monteiro, E. M. L. M., Andrade, Â. R. L., Fraga, D. P. F., & Oliveira, M. V. (2017). A formação relacionada com a sexualidade humana na percepção de estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 21-30. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388255693004/html/>
- Garcia, J. B. S., Rodrigues, R. F., & Lima, S. F. (2014). La estructuración de un servicio de cuidados paliativos en Brasil-Relato de una experiencia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 64, 286-291. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.06.006>
- Glantz, M. J., Chamberlain, M. C., Liu, Q., Hsieh, C. C., Edwards, K. R., Van Horn, A., & Recht, L. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*, 115(22), 5237-5242. <https://doi.org/10.1002/cncr.24577>
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos avançados*, 30, 155-166. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- Holanda, A. F. (2009). A perspectiva de Carl Rogers acerca da Resposta Reflexa. *Revista do NUFEN*, 1(1), 40-59. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-2591200900100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-2591200900100004)
- Huesca, I. M. (2023). Histórias de vida e trabalho de mulheres com câncer do colo do útero: uma perspectiva interseccional. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61145>
- Hughes, M. K. (2000). Sexuality and the Cancer Survivor. *Cancer Nursing*, 23(6), 477-482. <https://doi.org/10.1097/00002820-200012000-00011>
- Hungr, C., Sanchez-Varela, V., & Bober, S. L. (2017). Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de investigacion clinica*, 69(2), 114-122. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72442>
- Instituto Nacional de Câncer (2022, 14 de julho). Como surge o câncer? Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>
- Kang, M., Lessard, D., & Heston, L. (2017). *Introduction to women, gender, sexuality studies*. University of Massachusetts Amherst Libraries. <https://doi.org/10.7275/R5QZ284>

- Khawar, A., Rabail, A., Malik, N., Ejaz, B., Hassan, N., Amjad, M., & Muazzam, A. (2021). Health betrayal, trust in intimate partner relationship and grief among women with breast cancer and cervical cancer. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 18(17), 81-94.  
<https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/9847>
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., ... & Simon, J. A. (2019). Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient–clinician communications. *Journal of women's health*, 28(4), 432-443. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>
- Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J., & Meadows, L. M. (2004). Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative medicine*, 18(7), 630-637.  
<https://doi.org/10.1191/0269216304pm941oa>
- Liberacka-Dwojak, M., & Izdebski, P. (2021). Sexual function and the role of sexual communication in women diagnosed with cervical cancer: a systematic review. *International Journal of Sexual Health*, 33(3), 385-395.  
<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1919951>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *Manual de cuidados paliativos ANCP*, 2(2), 23-24.  
<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Melo, M. C. B., & Barros, É. N. (2009). Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), 80-99. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.12.475>
- Miccas, F. L., & Batista, S. H. S. D. S. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, 48, 170-185.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>
- Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., Cruz, O. Neto., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada (p. 21).
- Nascimento, J. C. C. do, (2017). Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidados paliativos à luz da literatura. *Saúde & ciência em ação*, 3(1), 11-26.  
<https://www.revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaCS/article/view/329>
- National Cancer Institute (2022, 23 de agosto). Chemotherapy to Treat Cancer. Bethesda, MD. Recuperado de  
<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/chemotherapy>
- National Cancer Institute (2019, 8 de janeiro). Radiation Therapy to Treat Cancer. Bethesda, MD.  
<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy>
- National Cancer Institute (2009, 6 de novembro). Side Effects of Cancer Treatment. Bethesda, MD. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects>

- National Cancer Institute (2015, 29 de abril). Surgery to Treat Cancer. Bethesda, MD.  
<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/surgery>
- Oliveira, E. L. de, (2018). História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. *Revista Ártemis*, 26(1), 303.  
[https://www.researchgate.net/profile/Josiane-Peres-Goncalves-2/publication/331049914\\_Historia\\_da\\_sexualidade\\_feminina\\_no\\_Brasil\\_entre\\_tabus\\_mitos\\_e\\_verdades/links/5f940947458515b7cf99311e/Historia-da-sexualidade-feminina-no-Brasil-entre-tabus-mitos-e-verdades.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Josiane-Peres-Goncalves-2/publication/331049914_Historia_da_sexualidade_feminina_no_Brasil_entre_tabus_mitos_e_verdades/links/5f940947458515b7cf99311e/Historia-da-sexualidade-feminina-no-Brasil-entre-tabus-mitos-e-verdades.pdf)
- Oliveira, M. C. A. D., Barbosa, L. N. F., Jordán, A. D. P. W., & Ferreira, A. G. D. C. (2020). Abordagem da dor total em mulheres com câncer de mama atendidas em um complexo hospitalar de referência em Pernambuco.  
<http://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/955>
- Oliveira, T. R. de, Corrêa, C. S. L., Weiss, V. F., Baquião, A. P. D. S. S., Carvalho, L. L. de, dos Santos Grincenkov, F. R., & Carvalho, S. M. (2019). Câncer de mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. *Saúde e Pesquisa*, 12(3), 451-462.  
<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p451-462>
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Definição de cuidado paliativo.  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
- Organização Mundial da Saúde. (1998). Promoção da saúde: glossário. Genebra: OMS, 1998. <https://iris.who.int/handle/10665/67246>
- Ouden, M. E. Den, Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26, 326-332.  
<https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento humano (14th ed.)*. Grupo A.
- Pereira, S. R., Costa, M. A., & Nagem, R. L. (2023). Metáforas da prática profissional de fisioterapeutas: Uma análise da anamnese enquanto lócus do registro do diálogo clínico e de pistas metafóricas para o fisiodiagnóstico. *Revista Linguagem em Foco*, 15(1), 221-242.  
<https://doi.org/10.46230/2674-8266-15-8486>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem (9th ed.)*. Grupo A.
- Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsy, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3199–3207.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>

- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology, 34*(5), 486–495. <https://doi.org/10.1037/hea0000218>
- Santos, A. F., Ferreira, E. A., & Guirro, Ú. D. (2019). Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Saunders, C. (1991) *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. Londres. Edward Arnold.
- Sears, C. S., Robinson, J. W., & Walker, L. M. (2018). A comprehensive review of sexual health concerns after cancer treatment and the biopsychosocial treatment options available to female patients. *European journal of cancer care, 27*(2), e12738. <https://doi.org/10.1111/ecc.12738>
- Silva, J. M. N., Paulino, D. B., & Raimondi, G. A. (2020). Gênero e sexualidade na graduação em Saúde Coletiva do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*, 2335-2346. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25822018>
- Silva, S. M., Marques, J., & Reis-Pina, P. (2019). How Prepared are We to Address Sexuality in Palliative Care?. *Acta medica portuguesa, 32*(10), 625–627. <https://doi.org/10.20344/amp.12265>
- Speakman, E., Paris, R., Gioiella, M. E., & Hathaway, J. (2015). “I Didn’t Fight for My Life to Be Treated Like This!”: The Relationship between the Experience of Cancer and Intimate Partner Abuse. *Health & Social Work, 40*(1), 51-58. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu040>
- Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., & Dorval, M. (2000). Partner abandonment of women with breast cancer: myth or reality?. *Cancer practice, 8*(4), 160-164. <https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2000.84004.x>
- Theodorson, G. A., & Theodorson, A. G. (1969). A modern dictionary of sociology.
- Trindade, W. R., & Ferreira, M. de A. (2008). Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto Enferm, 17*(3), 417-26. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300002>
- Triviños, A. N. S. (1987). *Entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de informações*. Introdução à pesquisa em ciências sociais, 145-158.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública, 39*, 507-514. <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2005.v39n3/507-514/pt>
- Vassão, F. V., Barbosa, L. R., Moraes, G. M. D., & Domenico, E. B. L. D. (2018). Approach to sexuality in the care of cancer patients: barriers and strategies. *Acta Paulista de Enfermagem, 31*, 564-571. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800078>

- Vilela, L. F. (2009). Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal–Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.  
[https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/manual\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_saude\\_publica\\_DF.pdf](https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf)
- Vocht, H. de, Hordern, A., Notter, J., & Wiel, H. van de. (2011). Stepped Skills: A team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer and palliative care. *The Australasian medical journal*, 4(11), 610–619.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562918/pdf/AMJ-04-610.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Global Atlas of Palliative Care (2a ed.)*. World Health Organization.  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca\\_global\\_atlas\\_p5\\_digital\\_final.pdf?sfvrsn=1b54423a\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
- World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564984>
- Xavier, É. D. C. L., Jr, A. J. S. C., Carvalho, M. M. C. de, Lima, F. R., & Santana, M. E. de, (2019). Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional. *Enfermagem em foco*, 10(3).  
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2109/569>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos (5ª ed.)*. Bookman.
- Zanello, V. (2014). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. Stevens C., Oliveira S., Zanello V., organizadoras. *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas. Florianópolis: Mulheres*, 108-18.
- Zerbinati, J. P., & Toledo Bruns, M. A de. (2017). Sexualidade e educação: revisão sistemática da literatura científica nacional. *Travessias*, 11(1), 76-92.  
<https://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/16602>

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. Dados pessoais: nome, idade, profissão, tempo de atuação na profissão, local onde trabalha atualmente.
2. Qual sua formação e experiência profissional com cuidados paliativos?
3. Durante a sua graduação ou formações complementares, os temas saúde sexual ou sexualidade foram abordados? Se sim, com qual profundidade?
4. Para você, qual a relevância da temática da sexualidade na sua atuação profissional com mulheres com câncer em cuidados paliativos?
5. Em sua percepção, como as mudanças físicas e emocionais decorrentes do câncer afetam a sexualidade das pacientes?
6. É comum que suas pacientes abordem diretamente temas relacionados à sexualidade ou prática sexual?
7. É comum que você aborde com suas pacientes temas relacionados à sexualidade ou prática sexual?
8. Baseado na sua experiência com pacientes oncológicas em cuidados paliativos, quais principais queixas ou dúvidas as pacientes demonstram ter acerca de sua sexualidade e prática sexual?
9. Para você, quais são as maiores dificuldades ou barreiras enfrentadas no momento de abordar o tema sexualidade com as pacientes?
10. Você se sente preparado para abordar o tema e esclarecer dúvidas de suas pacientes acerca da sexualidade?
11. Você utiliza algum recurso para ajudar as mulheres em cuidados paliativos oncológicos a lidar com questões relacionadas à sua sexualidade?
12. Existe, no seu local de trabalho, um protocolo, como um roteiro de perguntas, a ser seguido no momento de avaliar a saúde sexual dessas pacientes?
13. Existem recomendações específicas para mulheres com câncer em cuidados paliativos que desejam manter uma vida sexual ativa e satisfatória? Se sim, quais?

14. Há demandas de familiares, especialmente companheiros(as) ou cônjuges, relacionadas à sexualidade ou prática sexual? Se sim, como estas demandas surgem? Como você as aborda?
15. Para você, é importante que profissionais da saúde ampliem a sua compreensão e se capacitem para auxiliar as mulheres em cuidados paliativos oncológicos a lidar com questões sexuais e íntimas? Para você, como isto poderia ocorrer?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Pesquisas Virtuais**

“A sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos: percepções e atuação de profissionais da saúde”

Instituição dos pesquisadores: UniCEUB

Pesquisadora Responsável: Janaína de Fátima Vidotti

Pesquisadora assistente: Maria Thereza Mendes Barbosa

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo A sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos: percepções e atuação de profissionais da saúde, desenvolvido por pesquisadores do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visa assegurar seus direitos como participante.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo.

A pesquisa tem como objetivo conhecer a maneira como a vivência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos é percebida e abordada pelos profissionais paliativistas. Você está sendo convidado justamente por ser um profissional da saúde que atua com mulheres com câncer em cuidados paliativos.

Sua participação consiste em participar de uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de uma hora e meia, que será registrada por um gravador de voz e armazenada no celular da pesquisadora. O procedimento compõe-se em apenas uma entrevista que será gravada em áudio. A pesquisa será realizada de forma remota, via Google Meet.

A coleta de dados ocorrerá em um encontro virtual, por isso, é necessário que, no momento do encontro, você esteja em um lugar calmo e silencioso a fim de garantir o sigilo da pesquisa.

Este estudo possui riscos baixos de mal-estar, desconforto emocional, incômodo e interferência na rotina pessoal. Medidas preventivas poderão ser tomadas durante a entrevista a fim de minimizar esses riscos, como interromper ou adiar o encontro. Caso a participação da pesquisa gere algum tipo de constrangimento, você não precisará continuar participando.

Com a sua participação nessa pesquisa, você ajudará no processo de compreensão da vivência da sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos a partir da atuação e abordagem profissional.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados (por exemplo, fitas, entrevistas, questionários) ficarão guardados sob a responsabilidade de Janaína de Fátima Vidotti e Maria Thereza Mendes Barbosa, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos. Após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Este Termo de Consentimento será disponibilizado via email, em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Se houver alguma dúvida referente aos objetivos, procedimentos e métodos utilizados nesta pesquisa, entre em contato com os pesquisadores responsáveis pelos e-mails [janaína.vidotti@ceub.edu.br](mailto:janaína.vidotti@ceub.edu.br) ou [maria.thereza@sempreceub.com](mailto:maria.thereza@sempreceub.com). Também, se

houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP-UniCEUB), que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966-1511 ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br). Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

