

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal

8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

ABORDANDO A SEXUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO: SÍNTESE DE ESTUDOS QUALITATIVOS

Carolina de Souza¹ (✉ carolina2.souza@usp.br), André Villela de Souza Lima Santos¹, Elaine Campos Guijarro Rodrigues¹, & Manoel Antônio dos Santos¹

¹ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, FFCLRP-USP, Brasil

As respostas das mulheres que tiveram algum tipo de câncer ginecológico e os efeitos que essa doença têm em suas vidas são diversos e não excludentes entre si. Elas vivenciam uma experiência-limite que suscita emoções intensas, associadas à tristeza, medos, perdas e dificuldade de conviver com as mudanças corporais provocadas pelo tratamento oncológico. Por outro lado, durante a trajetória do adoecimento e por meio do árduo aprendizado de conviver com as vicissitudes do câncer ginecológico, a mulher pode se assumir como a pessoa que vai se empenhar para tratar não apenas a doença, mas o seu ser em processo de transformação. O risco de extinção se torna mais palpável pela ameaça que o câncer representa à dimensão da corporeidade, mas é importante que a mulher acometida tenha oportunidade de receber ajuda psicológica e apoio de sua rede social para que possa entender que as terapias utilizadas fazem parte de seu processo de melhora (Akyüz et al., 2008; Silva & Merighi, 2006). A literatura mostra que os potenciais contribuintes para a saúde psicosexual entre pacientes com câncer ginecológico incluem: alterações físicas nas regiões vaginais, terapia adjuvante ao câncer, desenvolvimento de um estado de dor relacionado com o câncer e sintomas depressivos. A presença de quaisquer desses fatores de risco pode ser indicativa de disfunções sexuais subjacentes. O tratamento para o câncer ginecológico implica uma série de dificuldades físicas e sofrimentos psicológicos, o que denota a necessidade de um rastreamento psicológico, independentemente da progressão da doença (Barros & Labate, 2008; Cassedy et al., 2018).

Financiamento: FAPESP, processo número 2020/09464-3.

Assim, é importante que os profissionais da saúde permaneçam atentos às suas preocupações psicológicas e sociais relacionadas à sexualidade, quando cuidam das sobreviventes do câncer ginecológico. Para tanto, é necessário destacar a sexualidade como dimensão essencial do ser feminino e, por conseguinte, como temática a ser valorizada durante as consultas nos serviços de saúde, inclusive – e principalmente – na experiência de uma doença grave e potencialmente fatal como o câncer. Os profissionais de saúde só podem prestar cuidados eficazes e abrangentes a pacientes com câncer ginecológico e suas famílias se compreenderem plenamente as experiências físicas, emocionais, sociais e espirituais das mulheres acometidas (Akyüz et al., 2008; Ferreira et al., 2015).

Este estudo teve como objetivo realizar uma metassíntese dos estudos primários qualitativos a respeito de como a questão da sexualidade tem sido abordada pelos profissionais de saúde na assistência a mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico.

MÉTODO

Trata-se de uma metassíntese baseada nos passos preconizados por Sandelowski e Barroso (2007). Foi utilizada a ferramenta SPIDER (Methley et al., 2014) para a elaboração da estratégia de busca e da questão norteadora da metassíntese. As buscas foram realizadas por dois revisores independentes (CS; AVSLS) em março de 2020, em seis bases de dados: LILACS, PsycINFO, PubMed, CINAHL, Scopus e Web of Science. Não houve limite de tempo para as publicações. As buscas foram circunscritas a artigos publicados em português, inglês ou espanhol, devido à fluência dos pesquisadores.

Foram incluídos nesta revisão: (a) estudos qualitativos primários; (b) estudos realizados apenas com mulheres cisgênero (>18 anos) que tiveram algum tipo de câncer ginecológico; (c) estudos que descreveram como a sexualidade dessas mulheres foi abordada pelos profissionais de saúde, sob a perspectiva das próprias pacientes, em qualquer momento do tratamento e independentemente do estadiamento da doença. Excluíram-se: (a) estudos quantitativos, mistos, secundários ou de revisão; (b) que versassem sobre câncer masculino (câncer de mama) ou mulheres transgênero; (c) literatura

cinzenta; (d) que contemplassem outros tipos de câncer/comorbidades; (e) que não abordassem a questão da sexualidade como uma categoria de análise. O software *Rayyan for Systematic Reviews*® (Ouzzani et al., 2016) foi utilizado para organizar, retirar duplicações e triar artigos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos. A triagem e seleção dos artigos foi realizada de modo independente pelos dois revisores (CS; AVSLS) e, posteriormente, calculou-se o índice Kappa (Viera & Garrett, 2005), cujo resultado foi de 0,84, o que indica concordância quase perfeita entre os pesquisadores. O fluxograma preconizado pela estratégia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) sistematiza o processo de busca e seleção dos estudos elegíveis para a elaboração desta síntese temática (Moher et al., 2009). O *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP *Qualitative Checklist*) foi utilizado para avaliação crítica. A aferição da qualidade dos estudos foi examinada por dois revisores (CS; AVSLS), de forma independente, e as divergências encontradas foram discutidas até a obtenção de consenso entre os avaliadores. A análise temática (Thomas & Harden, 2008) foi utilizada para a extração dos dados e realizada de acordo com os seguintes passos: (1) Leitura dos estudos qualitativos primários para a identificação e criação de códigos relacionados aos objetivos da síntese temática; (2) Agrupamento sistemático dos códigos, por áreas relacionadas, para a construção de temas descritivos; (3) Desenvolvimento do tema analítico. Enquanto o desenvolvimento de temas descritivos permanece “próximo” dos estudos primários, os temas analíticos representam uma etapa de interpretação em que os revisores “vão além” dos estudos primários e geram novas construções interpretativas, explicações ou hipóteses. O software MAXQDA™ foi utilizado para auxiliar na organização dos códigos e temas. Os dois revisores (CS; AVSLS) realizaram todas as fases da análise de dados. A síntese temática final foi submetida à apreciação e validada por dois outros pesquisadores experientes nesse tipo de análise (MAS; ECGR).

RESULTADOS

Foram capturados 879 estudos nas bases de dados selecionadas. Desses, 194 foram excluídos por estarem duplicados, restando 685 artigos. Na

seqüência, após a leitura dos títulos e resumos e seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, mais 610 referências foram excluídas. Os 75 artigos restantes foram lidos na íntegra, sendo que, deste total, 62 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Dois artigos não declararam a aprovação ética em seus estudos e foram excluídos por conta disso. Desse modo, a amostra se constituiu de 11 artigos. A partir dos artigos incluídos na metassíntese, elaborou-se um tema analítico denominado: “(Des)conversando sobre sexualidade” e três temas descritivos: (1) Percepção da falta de suporte; (2) Não compreensão das informações fornecidas sobre a doença; (3) Necessidade de ampliar o diálogo. Todos os temas se relacionam entre si.

Percepção da falta de suporte

As participantes das pesquisas revisadas relataram que os profissionais de saúde não tinham fornecido todas as informações sobre os efeitos colaterais da quimio e da radioterapia, nem educaram as pacientes sobre maneiras de lidar com esses e outros efeitos do tratamento. As participantes não foram avisadas sobre as mudanças sexuais que poderiam ocorrer com o tratamento oncológico e tampouco receberam informações, por exemplo, sobre como lidar com os desconfortos da menopausa precoce (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013, 2015; Wilmoth, 2001; Wilmoth et al., 2011). As mulheres diagnosticadas também apontaram que receberam poucas informações sobre o uso e a importância dos dilatadores vaginais no pós-cirúrgico, que não receberam nenhuma recomendação sobre lubrificantes vaginais e que não foram avisadas sobre quando poderiam retomar as relações sexuais (Ak et al., 2018; Juraskova et al., 2003; Wilmoth et al., 2011). As pacientes relataram que sentiam vergonha ou desconforto de conversar com os profissionais de saúde sobre questões envolvendo a sexualidade e perceberam que, para eles, esse tópico não era relevante para ser discutido nas consultas ou simplesmente não era abordado (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; Lloyd et al., 2014; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015; Vieira et al., 2014). A fala a seguir, extraída do estudo de Wilmoth (2001), exemplifica o que foi discutido nesse tema descritivo: “[...] Ela [médica] pareceu desconfortável e [...] não disse nada sobre como lidar com a secura vaginal”.

Não compreensão das informações fornecidas sobre a doença

Muitas mulheres sentiram que os(as) médicos(as) presumiram que elas tinham um conhecimento muito mais amplo da anatomia feminina do que realmente era o caso, o que levou a diversas incompreensões com relação aos órgãos envolvidos no tratamento do câncer e aos efeitos colaterais da doença, principalmente no domínio da sexualidade (Juraskova et al., 2003). As participantes também relataram terem recebido informações conflitantes de diferentes profissionais, o que fez com que elas não soubessem como agir (Lee et al., 2015), e destacaram que seria importante que existissem serviços que fornecessem tais informações de maneira acessível (McCallum et al., 2012). A seguinte fala exemplifica a não compreensão das informações: “[depois da primeira consulta médica] Eu fui para casa e eu não fazia a menor ideia do que eu realmente tinha me proposto a fazer” (Juraskova et al., 2003).

Necessidade de ampliar o diálogo

As participantes dos estudos revisados pontuaram que são os profissionais de saúde que deveriam assumir a iniciativa do diálogo sobre sexualidade e que essa conversa poderia ser retomada nas diversas etapas do tratamento oncológico (Sekse et al., 2015; Wilmoth et al., 2011). As pacientes relataram também que seria importante que os profissionais conversassem mais sobre a temática da sexualidade e que estivessem abertos e melhor preparados para abordar essa questão (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012; Vieira et al., 2014). Uma fala, extraída de Cleary et al. (2013), exemplifica tal tema descritivo: “[...] Eu com certeza acho que você iria precisar dessa informação [sobre os efeitos do tratamento na sexualidade]”.

(Des)conversando sobre sexualidade

O diálogo entre pacientes e profissionais da saúde a respeito da sexualidade após o tratamento para o câncer ginecológico parece inexistente ou, quando acontece, as mulheres não conseguem compreender o que os profissionais estão dizendo, uma vez que eles usam jargões e termos específicos da medicina que não são conhecidos pela maior parte da população. De uma forma ou de outra, a comunicação entre profissionais e usuárias dos serviços

de saúde não acontece, o que levou os autores de um dos estudos a pensarem no tema analítico “(Des)conversando sobre sexualidade”. Essa “não conversa” faz com que as mulheres diagnosticadas sintam a necessidade de ampliação do diálogo pacientes-profissionais.

DISCUSSÃO

Os efeitos colaterais do tratamento para o câncer ginecológico, que influenciam na sexualidade das pacientes, devem ser discutidos com elas desde a primeira consulta médica. A paciente deve sentir que o profissional está interessado e disposto a discutir essas questões e se sentir encorajada a falar, sabendo que será ouvida e cuidada. Por outro lado, se as informações da equipe de saúde não forem suficientes ou se forem superficiais, isso pode impactar no funcionamento psicosssexual das mulheres que vivenciaram algum tipo de câncer ginecológico (Boz & Teskereci, 2020; Santos et al., 2016). Os estudos revisados indicaram que as equipes de saúde não pareciam dispostas, nem estavam aptas a conversar com as pacientes sobre as questões envolvendo sua sexualidade, o que fez com que muitas mulheres se sentissem desconfortáveis em abordar esse assunto durante as consultas com os(as) profissionais (Ak et al., 2018; Cleary et al., 2013; Vieira et al., 2014).

Além disso, foi visto na literatura que o câncer ginecológico é experienciado de diferentes maneiras, pois as emoções e sentimentos experimentados são influenciados pelo contexto no qual as mulheres estão inseridas, o que pode fazer com que o cuidado com essas pacientes seja considerado um desafio para os(as) profissionais (Akyüz et al., 2008; Boz & Teskereci, 2020; Silva & Merighi, 2006). As participantes dos estudos revisados trouxeram a dificuldade que profissionais de saúde demonstram em falar sobre sexualidade nas consultas e passar informações adequadas e compreensíveis sobre esse assunto (Juraskova et al., 2003; Lee et al., 2015; McCallum et al., 2012), o que pode ser considerado uma barreira para as equipes.

Com base nos estudos revisados, observa-se que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes com câncer ginecológico é falha no que diz respeito à sexualidade das mulheres após o tratamento. Profissionais não

consideram imprescindível que essa temática seja abordada durante os atendimentos realizados e as pacientes se sentem desconfortáveis em tomar a iniciativa e introduzir a conversa sobre sua sexualidade. Essa invisibilização do assunto pode trazer prejuízos para a saúde sexual das mulheres diagnosticadas e, por isso, é importante que as pesquisas sobre comunicação na saúde abarquem também o diálogo sobre a sexualidade.

REFERÊNCIAS

- Ak, P. S., Günüşen, N. P., Türkcü, S. G., & Özkan, S. (2018). Sexuality in Muslim women with gynecological cancer. *Cancer Nursing, 43*(1), E47-E53. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000667>
- Akyüz, A., Güvenç, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 241-247. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00232.x>
- Barros, G. C., & Labate, R. C. (2008). Repercussões psicológicas relacionadas ao tratamento de braquiterapia em mulheres com câncer ginecológico: Análise da produção de 1987-2007. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(6), 1049-1053. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600018>
- Boz, İ., & Teskereci, G. (2020). Experiences of gynecologic oncology nurses regarding caring behaviors: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 42*(1), 29-39. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600018>
- Cassedy, H. F., Tucker, C., Hynan, L. S., Phillips, R., Adams, C., Zimmerman, M. R., Pitts, S., Miltenberger, P., & Stringer, C. A. (2018). Frequency of psychological distress in gynecologic cancer patients seen in a large urban medical center. *Proceedings, 31*(2), 161-164. <https://doi.org/10.1080/08998280.2018.1440857>
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice, 12*(1), 32-37. <https://doi.org/10.7748/cnp2013.02.12.1.32.e648>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Research Checklist. <https://casp-uk.net/#!casp-tools-checklists/c18f8>
- Ferreira, S. M. A., Gozzo, T. O., Panobianco, M. S., Santos, M. A., & Almeida, A. M. (2015). Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: Perspectiva das profissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(1), 82-89. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>

- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, *12*(3), 267-279. <https://doi.org/10.1002/pon.639>
- Lee, J. T., Lin, H. H., Tsai, J. L., Chen, C. P., Huang, K. G., & Lien, A. S. (2015). Transformation of sexual expression in Taiwanese women after treatment for gynecological cancer. *Cancer Nursing*, *38*(6), 475-483. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000224>
- Lloyd, P. A., Briggs, E. V., Kane, N., Jeyarajah, A. R., & Shepherd, J. H. (2014). Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer: A descriptive phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, *18*(4), 362-371. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.014>
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *33*(3), 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, *14*, 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, *151*(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interruption and re-start of sex life after breast cancer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *32*(4), e324219. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324219>
- Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, *34*(1), 14-33. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965>
- Sekse, R. J., Råheim, M., & Gjengedal, E. (2015). Shyness and openness-common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, *36*(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Silva, A. R. B., & Merighi, M. A. B. (2006). Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: Uma abordagem heideggeriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *40*(2), 253-260. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200014>

- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The Kappa statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360-363. https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2005/May/Anth_ony360.pdf
- Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: A qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408-414. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3258.-2431>
- Wilmoth, M. C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*, 24(4), 278-286. <https://doi.org/10.1097/00002820-200108000-00006>
- Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T. (2011). Ovarian cancer survivors: Qualitative analysis of the symptom of sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.699-708>

