



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO: DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE REABILITAÇÃO SEXUAL

Liliana de Jesus da Cruz Amorim



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Liliana de Jesus da Cruz Amorim

A MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO:
DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE
REABILITAÇÃO SEXUAL

Trabalho Projeto

IV Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clara de Araújo

Junho de 2017

RESUMO

A Sexualidade é um conceito dinâmico e único para cada um na sua singularidade. É um fenómeno multidimensional que integra as diferentes componentes biológicas, psicológicas, sociológicas, e ainda, a religião, a cultura e os papéis sociais.

O cancro do colo do útero e respetivo processo de tratamentos podem originar uma diversidade de alterações com efeitos físicos e psicossociais, que podem repercutir-se na vivência da sexualidade e, concomitantemente, na saúde sexual das mulheres e companheiros. A sexualidade não é neutralizada pelo diagnóstico de doença oncológica pelo que a reabilitação da vida sexual é determinante na qualidade de vida e bem-estar da mulher com cancro do colo do útero e não pode ser negligenciada no cuidar em enfermagem, em particular pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Conscientes da problemática real e com a motivação de intervir visando a promoção da saúde sexual, abordamos neste trabalho de projeto a necessidade da implementação de um programa de reabilitação sexual à mulher com cancro do colo do útero após tratamento de radioterapia (radioterapia externa e braquiterapia). Baseado na Metodologia de Projeto contemplamos as seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento e proposta de avaliação. As etapas de execução e divulgação dos resultados serão desenvolvidas numa segunda fase, em contexto real aquando da implementação do projeto. A etapa de diagnóstico serviu de ponto de partida para este trabalho, relacionando-se com a identificação das necessidades de reabilitação sexual após tratamento de radioterapia.

Com base nestes pressupostos emergiu este estudo de investigação cujo objetivo geral visa compreender as vivências das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia, relativas à sua sexualidade. Optamos por uma investigação de natureza qualitativa, com carácter descritivo-exploratório. Os instrumentos de recolha de dados foram a entrevista semiestruturada a doze mulheres no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, e a análise SWOT com base em documentos de diferentes fontes. O tratamento e interpretação dos dados foram efetuados com base na análise de conteúdo.

Os resultados reforçam que os tratamentos de radioterapia têm impacto na vivência da sexualidade, com alterações fisiológicas, psicológicas, alteração dos papéis sociais e na relação sexual. Esta vivência é pautada por dificuldades entre elas a dispareunia, a diminuição de libido, o sangramento vaginal, o medo, a ansiedade e o medo de

contágio. Foi, também, evidente que as dificuldades de natureza psicológica têm uma maior impacto na vivência da sexualidade. Apesar das diversas estratégias utilizadas para vivenciar a sexualidade, emergiram neste estudo diferentes necessidades de reabilitação sexual.

Após o diagnóstico de cancro do colo do útero, é indiscutível a redefinição do conceito e vivência da sexualidade. As intervenções de enfermagem planeadas visam essencialmente proporcionar uma melhoria na qualidade de vida. A implantação do programa de Reabilitação terá como contexto o Serviço de Braquiterapia e o Serviço de Radioterapia do IPO do Porto.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; Cancro; Colo do Útero; Reabilitação; Enfermagem.

ABSTRACT

Sexuality is a dynamic concept and unique to each in your uniqueness. Is a multidimensional phenomenon that integrates the different biological components, psychological, sociological, and still, the religion, culture and social roles.

Cancer of the cervix and respective process of treatments can cause a variety of physical and psychosocial effects changes, which can affect in the experience of sexuality and concomitantly, on sexual health of these women and companions. The sexuality is not neutralized by the diagnosis of oncologic disease. Rehabilitation of sexual life is a determining factor in the quality of life and well-being of the woman with cervix cancer and cannot be neglected in the nursing care, in particular by the specialist nurses in nursing rehabilitation. The diagnostic stage served as a starting point for this work, related with the identification of the needs of sexual rehabilitation after radiotherapy treatment.

Based on these assumptions, emerged this research study whose general objective aims to understand the experiences of women with cervix cancer undergoing external radiotherapy and brachytherapy treatment, regarding their sexuality. We chose an investigation of a qualitative nature, with a descriptive-exploratory character. The data collection instruments were the half-structured interview to twelve women at the Portuguese Institute of Oncology (IPO) in Oporto, and the SWOT analysis based on documents from different sources. The data were processed and interpreted based on the content analysis.

The results reinforce that radiotherapy treatments have an impact on the sexuality experience, with physiological, psychological alterations, alteration of social roles and sexual intercourse. This experience is ruled by difficulties such as dyspareunia, decreased libido, vaginal bleeding, fear, anxiety and fear of contagion. It was also evident that psychological difficulties have a greater impact on the experience of sexuality. Despite the different strategies used to experience sexuality, sexual rehabilitation needs, emerged in this study.

After the diagnosis of cervix cancer, it is undeniable to redefine the concept and experience of sexuality. Planned nursing interventions are essentially aimed at providing an improvement in quality of life.

The implementation of the rehabilitation program will have as context the Service of Brachytherapy and Radiotherapy Service of the IPO in Oporto.

KEY WORDS: Sexuality; Cancer; Cervix; Rehabilitation; Nursing.

AGRADECIMENTOS

Chegados ao fim deste percurso de aprendizagem e crescimento, queria deixar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o termo deste trabalho, em particular:

À minha orientadora, a Professora Doutora Clara de Araújo pelo apoio, estímulo, motivação, disponibilidade e pela orientação metodológica e científica ao longo de todo este processo, fulcral para a realização deste trabalho.

Às mulheres com cancro do colo do útero, que voluntariamente deram o seu substancial contributo. O meu profundo apreço e respeito.

Ao Conselho de Administração do Hospital onde este estudo foi efetuado, que permitiu e facilitou a sua operacionalização.

Aos Amigos, pelo estímulo, motivação, presença e força que sempre me transmitiram.

Ao colega Eduardo Soares pelo apoio e partilha de conhecimentos.

Aos pais (Zé e Conceição) e irmão (Pedro) pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

Por último, ao Rolando, meu companheiro de vida, pela paciência, compreensão, estímulo e carinho ao longo deste percurso, em que foi o meu suporte emocional e, também pelos dias em que foi privado da minha companhia e disponibilidade.

E a todos que deram o seu contributo. Privilegiada que sou!

A todos um SINCERO e SENTIDO OBRIGADA!

Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.
Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas”.

Pablo Neruda

SUMÁRIO

Resumo	III
Abstract	V
Agradecimentos	VII
Pensamento	IX
Índice de figuras	XIII
Índice de quadros	XV
Abreviaturas, acrónimos e siglas	VII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – A MULTIDIMENSIONALIDADE DA SEXUALIDADE E A MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO	5
1. O cancro do colo do útero	7
1.1. Epidemiologia e etiologia	7
1.2. Tratamento	9
1.2.1. Cirurgia	10
1.2.2. Radioterapia e Quimioterapia	10
1.3. Efeitos Secundários no tratamento do cancro do colo do útero que interferem com a sexualidade	11
2. A sexualidade e o cancro do colo do útero	13
2.1. Sexualidade e saúde sexual	13
2.2. Fisiopatologia do ciclo de resposta sexual	16
2.3. A vivência da sexualidade após cancro do colo do útero	17
3. A intervenção da enfermagem na sexualidade nas mulheres com cancro do colo do útero	19
3.1. Do processo do cuidar às competências de Enfermagem de Reabilitação	19
3.2. A reabilitação sexual e o Modelo PLISSIT	25
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	29
1. Contextualização	31
2. Diagnóstico de situação	32
2.1. Problemática e objetivos de estudo	33
2.2. Tipo de estudo	35
2.3. Contexto do estudo	36
2.4. Participantes do estudo	36
2.4.1. Caracterização dos participantes	36
2.5. Instrumento de recolha de dados	38

2.6. Tratamento e análise de dados	40
2.7. Questões éticas	42
CAPÍTULO III – A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE À SEXUALIDADE – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	45
1. Funcionalidade sexual da mulher com cancro do colo do útero	49
2. Impacto da doença oncológica na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero	51
3. Impacto dos tratamentos de Radioterapia na sexualidade da mulher com cancro do colo do útero	53
4. Dificuldades da vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero	59
5. Estratégias utilizadas na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero	61
6. Necessidades de intervenção na área da sexualidade	64
CAPÍTULO IV – A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE À SEXUALIDADE – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	69
CAPÍTULO V – A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE À SEXUALIDADE – PLANEAMENTO DA AÇÃO ..	91
CAPÍTULO VI – A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE À SEXUALIDADE – PROPOSTA PARA A AVALIAÇÃO DO PROJETO	105
CONCLUSÕES E SUGESTÕES	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	135
Anexo A – Female Sexual Function Index (FSFI)	137
Anexo B – Questionário WHOQOL – abreviado	143
Anexo C – Common Terminology Criteria Adverse Event (CTCAE) v. 3.0	147
APÊNDICES	151
Apêndice A – Guião de entrevista	153
Apêndice B – Análise SWOT	157
Apêndice C – Matriz de redução de dados	161
Apêndice D – Regras aplicadas na elaboração de categorias.....	191
Apêndice E – Autorização do Conselho de Administração do IPO Porto	193
Apêndice F – Consentimento Informado	201

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Funcionalidade Sexual da Mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias	49
Figura 2 – Impacto da doença oncológica na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias	51
Figura 3 – Impacto dos tratamentos na vivência sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias	53
Figura 4 – Dificuldades da vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias	59
Figura 5 – Estratégias utilizadas na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias	61
Figura 6 – Necessidades de intervenção na área da sexualidade – categorias e subcategorias	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estadiamento do cancro do colo uterino	9
Quadro 2 – Caraterização dos Participantes	37
Quadro 3 – Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias	47

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ADN – Ácido Desoxirribonucleico
- BTI – Braquiterapia
- CTCAE – Common Terminology Criteria Adverse Event
- Cit. – Citado
- DGS – Direção Geral da Saúde
- ECCA – European Cervical Cancer Association
- ed. – edição
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ex. – exemplo
- FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- FSFI – Female Sexual Function Index
- HPV – Papiloma Vírus Humano
- IPO – Instituto Português de Oncologia
- MAP – Musculatura do Assoalho Pélvico
- NCI – National Cancer Institute
- NFGON – National Forum of Gynaecological Oncology Nurses
- nº. – número
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- p. – página
- RORENO – Registo Oncológico Regional do Norte
- RT – Radioterapia
- RTE – Radioterapia Externa
- s.d. – sem data
- vol. – volume
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão essencial do ser humano, vivida e expressa em pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos (OMS, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é um aspeto essencial na qualidade de vida de qualquer indivíduo, estando presente em tudo o que somos, o que sentimos e o que fazemos (Garret; Teixeira, 2007).

Os direitos sexuais são uma componente dos Direitos Humanos e os profissionais de saúde devem ser perseverantes nos esforços para diminuir o estigma, melhorar o acesso aos serviços de saúde e aumentar o reconhecimento da sexualidade como um aspeto positivo da vida humana (Duchene, 2011).

A abordagem da sexualidade no contexto oncológico reveste-se de uma complexidade acrescida inerente, não só pela intimidade e privacidade do tema, mas principalmente pela vulnerabilidade que a doente apresenta.

Existem evidências bem estabelecidas de que o cancro e os fatores físicos, psíquicos e sociais a ele associados podem resultar em prejuízos significativos à função sexual, ao estado emocional e ao relacionamento do casal.

Hoeman (2011, p. 1) define Enfermagem de Reabilitação como sendo “(...) o diagnóstico e tratamento das respostas dos indivíduos e grupos a problemas de saúde potenciais ou reais relativos a alterações da habilidade funcional e estilo de vida”.

Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação terá um importante papel no estabelecimento de planos de intervenção, que visam promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de transição de doença e/ou incapacidade, prevenindo complicações secundárias aos tratamentos (por exemplo: estenose vaginal em doentes submetidas a radioterapia) e capacitando as doentes para gerir os efeitos secundários. Poderá também dinamizar a equipa multidisciplinar no sentido da prestação de cuidados de qualidade à doente com cancro do colo do útero submetida a radioterapia e braquiterapia ginecológica.

A qualidade da vigilância da doente submetida a tratamento de radioterapia (radioterapia externa e braquiterapia) bem como, a vivência da sua sexualidade, em termos futuros, irão depender da reabilitação.

Assim, a procura da excelência dos cuidados, neste caso em particular em mulheres com cancro do colo do útero submetidas a radioterapia [radioterapia externa (RTE) e braquiterapia (BTI)], preconiza um modelo de intervenção que se baseia no cuidado holístico.

De acordo com a análise da realidade e visando a promoção da Saúde Sexual, o ponto de partida para este trabalho de projeto orienta-se para as mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia.

O projeto é um plano de trabalho com carácter de proposta que unifica os elementos necessários para conseguir alcançar os objetivos preconizados. Tem como missão prever, orientar, e preparar bem o caminho do que se vai fazer, para o seu posterior desenvolvimento (Serrano, 2008).

Assim, a metodologia do projeto é definida como *“um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real”*, ou seja, permite prever uma mudança (Nunes [et al.] 2010, p.3). Constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (*ibidem*).

A elaboração deste projeto preconiza uma série de etapas sustentadas na Metodologia de Projeto, que passam pelo Diagnóstico de Situação, Definição de objetivos, Planeamento, Avaliação e Divulgação dos Resultados. Tendo por base estes pressupostos, este trabalho de projeto focaliza-se nas primeiras 4 etapas, procura evidenciar fundamentalmente o diagnóstico de situação, num projeto onde se desafia o papel ativo dos profissionais de Enfermagem de Reabilitação.

O presente trabalho de projeto tem como ponto de partida, a questão de investigação a que nos propusemos responder: *“Qual a percepção das mulheres com cancro do colo do útero relativamente à sexualidade?”*.

A reflexão e análise em torno destas questões e a nossa experiência profissional foram as motivações para a realização deste estudo de investigação, que visa essencialmente compreender as vivências das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia, relativas à sua sexualidade.

O presente trabalho surgiu de uma inquietação relativamente às dificuldades/constrangimentos apresentados pelas mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, em contexto de trabalho. De salientar,

também, os preciosos contributos adquiridos com o Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, ao permitir a aquisição de conhecimentos fundamentais para uma prestação de cuidados de excelência.

Deste modo, a finalidade deste estudo visa promover a aquisição de habilidades por parte das mulheres submetidas a tratamento de radioterapia para a manutenção da sua saúde sexual, após término dos referidos tratamentos.

Este trabalho encontra-se estruturado em capítulos. No primeiro capítulo explanamos a construção do objeto de investigação e a fundamentação teórica que sustenta e situa a área temática em questão. Caminhamos, assim, numa perspetiva de compreensão da sexualidade como fenómeno multidimensional, bem como a intervenção de enfermagem na sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero.

No segundo capítulo, apresentamos e descrevemos as opções metodológicas utilizadas e o percurso, tentando ilustrar a problemática do estudo, justificando a nossa opção pela abordagem descritiva exploratória e as principais etapas do processo de investigação.

No terceiro capítulo, revelamos a apresentação e análise dos resultados. O quarto capítulo destina-se à discussão dos resultados tendo por base o referencial teórico anteriormente apresentado. No quinto capítulo, apresentamos e descrevemos o plano da ação. No sexto capítulo fizemos a proposta para avaliação do projeto e finalizamos com a conclusão e sugestões, para serem objeto de novas pesquisas.

CAPÍTULO I
A MULTIDIMENSIONALIDADE DA SEXUALIDADE E A MULHER COM CANCRO
DO COLO DO ÚTERO

1. CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2016) o cancro é uma das doenças do futuro (e do presente) que para além duma perspetiva clínica multidisciplinar, reclama uma abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde. Como previsto, a incidência de novos casos de tumores malignos, tem vindo a aumentar regularmente. Entre 2009 e 2010 assistiu-se a um aumento de 4% dos casos registados em Portugal

1.1- Epidemiologia e etiologia

O cancro do colo do útero constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade feminina com repercussões do ponto de vista de saúde pública (Bernardo, [et al.], 2007).

De acordo com as estimativas globais de cancro (GLOBOCAN), no mundo, em 2012, a incidência de cancro do colo do útero foi de 528.000, constituindo o quarto cancro mais comum no sexo feminino e o sétimo em geral.

As maiores taxas de incidência são observadas na África Oriental (42.7/100.000), Melanésia (33.3/100.000), Sul (31.5/100.000) e Centro (30.6/100.000) de África. As taxas são mais baixas na Austrália / Nova Zelândia (5,5/100.000) e na Ásia Ocidental (4,4/100.000). O cancro do colo do útero continua a ser o cancro mais comum em mulheres na África Oriental e Central (GLOBOCAN, 2012).

Houve uma estimativa de 266.000 mortes por cancro do colo do útero em todo o mundo em 2012, representando 7,5% de todas as mortes por cancro feminino. Quase nove em cada dez mortes deste cancro ocorreram nas regiões menos desenvolvidas. A mortalidade oscila entre as diferentes regiões do mundo, com taxas que variam de menos de 2 por 100.000 na Ásia Ocidental, Europa Ocidental e Austrália / Nova Zelândia a mais de 20 por 100.000 na Melanésia (20.6), Centro (22.2) e Leste (27,6) de África (*ibidem*).

A incidência global do cancro do colo do útero na Europa é 10,6 por 100.000. A análise entre diferentes zonas da Europa apresenta taxas de incidência mais elevadas na Europa Central e Oriental (14,9/100.000) comparativamente à Europa Ocidental (6,9/100.000). As taxas na Europa do Norte e do Sul são semelhantes (8,4/100.000 e 8.1/100.000, respetivamente) (Kesic [et al], 2012).

A Europa Ocidental demonstra programas de prevenção mais desenvolvidos, refletindo-se, assim, na taxa de incidência (*ibidem*).

Tendo em conta o panorama nacional e segundo dados do Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO) (2015) o cancro do colo do útero emerge como o nono tumor mais frequente no sexo feminino em 2010, com cerca de 3,2% da incidência e mais frequente na faixa etária dos 45 aos 49 anos. Também, segundo dados do Registo Oncológico do Instituto Português de Oncologia do Porto (2016), a tendência anterior mantém-se em 2015, no que se refere ao lugar ocupado pelo cancro do colo do útero nos tumores mais incidentes no sexo feminino, bem como, na respetiva faixa etária. O cancro do colo do útero é um tumor com uma taxa de mortalidade em 2014 de 3.8% (por 100.000 habitantes) (DGS, 2016).

O cancro do colo do útero resulta do desenvolvimento anómalo das células do colo do útero, que se multiplicam de forma descontrolada, originando lesões que muitas vezes evoluem para lesões cancerígenas (ECCA - European Cervical Cancer Association -, 2013).

Estas lesões precursoras são denominadas de lesões intra-epiteliais das células escamosas e são classificadas de baixo ou alto risco de acordo com o nível de rutura da diferenciação epitelial (Wolschick [et al.], 2007).

A etiologia do cancro do colo do útero não se encontra especificamente determinada, todavia, considera-se que a infeção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) representa o principal fator de risco para o cancro de colo de útero. Outros fatores foram identificados como de risco, nomeadamente, fatores sociodemográficos, comportamentais, variabilidade da resposta imunológica do hospedeiro, suscetibilidade genética e familiar, tabaco, paridade e outros eventos ginecológicos e obstétricos, uso de contraceptivos orais, coinfeção com outros agentes bacterianos ou víricos, fatores ocupacionais e provavelmente a dieta (Teitelman [et al], 2009).

Entre os mais de 40 tipos de HPV que infetam a mucosa genital, aproximadamente 15 apresentam potencial oncogénico. Destes, destacamos os HPV 16 e 18 que são responsáveis pelo aparecimento de lesões intra-epiteliais escamosas graves do cancro cervical (Diz; Medeiros, 2009).

A carcinogénese do cancro do colo do útero inclui três fases fundamentais: infeção por HPV, progressão da infeção para lesões pré-cancerosas e invasão (Scarinci [et al.], 2010).

Após a penetração da membrana basal e o envolvimento do estroma cervical, a doença dissemina-se por contiguidade direta à vagina e ao paramétrio adjacente, e

através dos canais linfáticos, aos gânglios linfáticos regionais da pelve (íliacos e obturadores) e aos gânglios linfáticos lombo aórticos (Dursun, [et al.], 2009).

1.2- Tratamento

A estimativa da extensão do processo oncológico é fulcral para se determinar a modalidade terapêutica, bem como, o prognóstico e as complicações que poderão surgir secundariamente ao tratamento e à disseminação da doença.

O tratamento do cancro de colo uterino é indicado de acordo com a classificação de estadiamento da FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) (DGS, 2012) com base no tipo histológico, idade da mulher e condição clínica. Incluem procedimentos cirúrgicos como a remoção de lesões pré-neoplásicas até tratamentos radicais e complexos como histerectomia, quimioterapia e radioterapia.

O plano terapêutico indicado na fase inicial é o cirúrgico (estádios IA2, IB1 e casos selecionados no estágio IIA). Estádios avançados como IIB, III, IIIA, IIIB e IVA são tratados com radioterapia exclusiva, radioterapia com quimiossensibilização e radioterapia neoadjuvante à cirurgia (Takahito [et al.], 2004).

Estadiamento	Descrição	
Estadio 0	Carcinoma in situ	
Estadio I (carcinoma restrito ao cérvix, somente diagnosticado pela microscopia)	IA1	Invasão do estroma inferior a 3 mm com extensão superficial até 7 mm
	IA2	Invasão do estroma de 3 mm a 5mm com extensão horizontal até 7 mm
	IB1	Lesão clinicamente visível limitada ao colo até 4 cm
	IB2	Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm
Estadio II (Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou terço inferior da vagina)	IIA	Sem invasão dos paramétrios
	IIB	Com invasão dos paramétrios
Estadio III (Tumor que se estende à parede pélvica e ou compromete o terço inferior da vagina e/ou causa hidronefrose ou exclusão renal)	IIIA	Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica
	IIIB	Tumor que se estende à parede pélvica, ou causa hidronefrose ou exclusão renal
Estadio IV (Tumor fora da pelve)	IVA	Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pélvis verdadeira
	IVB	Metástases à distância

Quadro 1- Estadiamento do cancro do colo uterino FIGO (Vidal, 2008)

1.2.1- Cirurgia

Em estadios iniciais a abordagem cirúrgica constitui a modalidade terapêutica de eleição e inclui a remoção do útero e colo, juntamente com a ressecção radical dos paramétrios e parte superior da vagina, com ou sem a linfadenectomia bilateral. Este procedimento cirúrgico é conhecido como histerectomia radical e difere da histerectomia total, pois neste apenas se retira o útero, não se alargando às margens (Dursun, [et al.], 2009).

A histerectomia radical foi descrita pela primeira vez e realizada sistematicamente por Wertheim há 100 anos atrás; foi posteriormente modificada por Okabayashi em 1921 e Meigs na década de 1950. Esta operação tem taxas de sobrevivência de 75-90% aos 5 anos. Este procedimento cirúrgico apenas sofreu pequenas alterações ao longo dos anos, e continua a ser a base de abordagem cirúrgica, utilizada atualmente pelos oncologistas ginecológicos. Durante a histerectomia radical pode ocorrer lesão do plexo hipogástrico superior e inferior e a estrutura da vagina sofre alterações, sendo estas algumas das complicações da cirurgia, que podem originar disfunção sexual (*ibidem*).

1.2.2- Radioterapia e Quimioterapia

A associação da radioterapia e/ou quimioterapia ao tratamento é determinada com base no estadio da doença e nas características tumorais. Nos estadios avançados, em que o tumor já atingiu estruturas adjacentes ao útero, o tratamento de eleição é a radioterapia associada à braquiterapia. A quimioterapia no cancro do colo do útero é realizada concomitantemente à radioterapia (como radio sensibilizante) o que permite, aumentar o controlo local e a sobrevida livre de doença (Frigato; Hoga, 2003).

A quimioterapia e a radioterapia têm um efeito sinérgico. A quimioterapia aumenta a sensibilidade do tumor à radiação e é utilizada para a doença sistémica; a radioterapia pode ser usada para locais específicos. A quimioterapia inibe a reparação de danos letais da radiação e sincroniza as células, particularmente para uma fase do ciclo celular ficando estas mais radiosensíveis.

A radioterapia tem como objetivo reduzir a recorrência do cancro, diminuir a massa tumoral e inibir o crescimento das células malignas, prevenindo a disseminação do cancro após a cirurgia. Pode ser indicada em qualquer estágio da doença como tratamento, sendo a radioterapia exclusiva o tratamento de escolha nos estádios avançados (Davidson [et al.], 2003) ou em situações de risco para outras modalidades de tratamento. Tem ação restrita sobre a área aplicada e provoca a destruição das

células tumorais pela interferência de ions em suas moléculas de ADN (Ácido Desoxirribonucleico). O efeito máximo sobre o cancro é obtido na presença de uma circulação intacta e com oxigenação celular adequada (Kouvaris [et al.], 2003). A radioterapia é fundamental no controle local, podendo curar ou controlar a doença.

A braquiterapia é uma modalidade de radioterapia em que a fonte radioativa é colocada em contato direto ou a uma distância muito próxima do tecido tumoral. Tem como objetivo distribuir a dose terapêutica priorizando os pontos de maior atividade neoplásica visando, aumentar a eficácia com a menor probabilidade de complicações (poupando órgãos adjacentes). Não obstante, devido à localização do tumor e ao consequente direcionamento de radiação no tratamento, alguns órgãos pélvicos podem sofrer alterações levando a uma resposta sexual inadequada e, conseqüentemente, a uma disfunção sexual (Bernardo [et al.], 2007).

1.3- Efeitos secundários no tratamento do cancro do colo do útero que interferem com a sexualidade

Cada modalidade de tratamento para o cancro do colo do útero apresenta diferentes tipos de complicações possíveis. Estas complicações, uma vez presentes e permanentes, podem representar limitações físicas e psicossociais que poderão repercutir-se na forma como a mulher vivencia a sua sexualidade.

No que concerne ao tratamento cirúrgico, a histerectomia radical pode causar lesão dos nervos autónomos, resultando em impacto negativo na resposta do fluxo sanguíneo vaginal durante a estimulação sexual. A remoção cirúrgica de tecido, as aderências da pelve e fibrose podem, ainda, contribuir para a falta de percepção e redução da elasticidade vaginais (Lalos [et al.], 2009). Estas alterações também levam à secura vaginal e, conseqüentemente, à dispareunia (White, 2008).

Diminuição da lubrificação, encurtamento vaginal, redução/perda da sensibilidade vaginal, dispareunia, perda de libido, diminuição do orgasmo e redução da satisfação sexual também estão associados à histerectomia radical (Carter [et al.], 2012; Gilbert [et al.], 2011).

A radioterapia pode causar ainda falência ovariana, levando a queda abrupta de estrogênio (ou por outras formas de tratamento, como algumas quimioterapias ou ooforectomia bilateral) e, conseqüentemente, intensa sintomatologia de menopausa, destacando-se a redução da lubrificação vaginal e atrofia da mucosa vaginal. Esta, juntamente com os efeitos da radiação sobre a vagina, contribui para o desenvolvimento de dispareunia. A combinação desses efeitos, além originar

disfunção sexual, pode também, impedir a realização de exames vaginais essenciais no acompanhamento clínico de rotina (Lancaster, 2004).

A classificação dos efeitos adversos tardios na pelve feminina, de maneira geral, é realizada de acordo com a severidade, temporalidade, anatomia e/ou fisiologia da área irradiada. Relativamente à temporalidade, os efeitos adversos agudos são aqueles que ocorrem em até noventa dias após o início do tratamento e tardios os que ocorrem após este período (Vidal, 2008).

Relativamente aos efeitos secundário tardios a nível sexual temos assim que considerar a estenose vaginal (aperto), a dispareunia (dor nas relações sexuais), diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da libido (desejo sexual), menopausa precoce e infertilidade (por perda da função ovárica).

Muitas vezes, estabelece-se um ciclo de vaginismo que pode definir-se como espasmo ou contração involuntária recorrente ou persistente dos músculos que rodeiam o terço externo da vagina secundário à vivência de antecipação da dor durante a atividade sexual, contribuindo para que se mantenha a dispareunia, levando a uma redução da satisfação sexual e a mulher passa a evitá-la (White, 2008). Deste modo, esta modalidade terapêutica pode gerar impacto negativo na saúde sexual das sobreviventes, contribuindo para o desenvolvimento de disfunções sexuais (Bernardo [et al.], 2007; White, 2008).

Assim, qualquer condição física que modifique o mecanismo da resposta sexual quer sejam anomalias congênicas, doenças agudas ou crônicas, constituem a causa orgânica das disfunções (Cavalcante; Cavalcante, 2000).

As disfunções sexuais podem incluir perturbações de desejo, excitação, dor e falta de orgasmo, comprometendo assim, a vivência da sexualidade. As etiologias das disfunções sexuais podem ser biológicas e psicossociais (Amato, 2006).

O cancro ginecológico afeta mais negativamente a sexualidade feminina quando comparado com outros tipos de cancro e doenças crônicas (Golbasi; Erenel, 2012). Apesar dos efeitos secundários (físicos e psicológicos) tenderem a diminuir com o tempo, as consequências sobre a vida sexual permanecem por longo período. Apesar de todas as formas de tratamento poder gerar impacto negativo no funcionamento sexual, o tratamento com radioterapia leva a maior disfunção quando comparado ao tratamento cirúrgico e quimioterápico (Cleary; Hegarty, 2011).

O desenvolvimento de estenose ou encurtamento vaginal após o término do tratamento é, várias vezes, considerado como o principal mecanismo para as dificuldades sexuais entre mulheres submetidas à radioterapia pélvica (White, 2008). A disfunção sexual secundária a esta modalidade terapêutica pode, também, ser o resultado do efeito radio tóxico sobre as glândulas localizadas no trato genital inferior, responsáveis pela lubrificação vaginal, assim, como a radiosensibilidade das gónadas, responsáveis pela produção de hormonas esteroides femininos (Bernardo [et al.], 2007).

A hemorragia vaginal como resultado de telangiectasias é comum, podendo causar medo de recidiva e ansiedade pois, para algumas mulheres, o sangramento pós-coito pode ter sido o primeiro sinal de doença oncológica (White, 2008).

2- A SEXUALIDADE E O CANCRO DO COLO DO ÚTERO

A sexualidade é uma dimensão essencial do ser humano que não se resume a ausência de doença ou disfunção (OMS, 2016). Constitui parte integrante da saúde humana, assim como os estados de bem-estar e qualidade de vida. De salientar que a sexualidade não se cinge ao ato sexual físico. A sexualidade engloba todos os fatores que permitem vivenciar esta dimensão nesta plenitude.

2. 1 – Sexualidade e Saúde Sexual

A sexualidade está relacionada com a intimidade, a afetividade, o carinho, a ternura, a comunicação, sentir e expressar sentimentos e emoções (Comissão das Comunidades Europeias, 1994). A OMS cit. por Lobo [et al.] (2010, p. 59) define sexualidade como:

“(…) uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações com os outros e, por isso, também a nossa saúde física e mental.”

Esta definição rompe com a visão instintiva e biológica centrada no ato sexual, acrescentando-lhe componentes cognitivos, emocionais, relacionais e éticas. Por isso sexo e sexualidade são conceitos diferentes, embora, profundamente relacionados.

O termo “sexo” pode ser utilizado para designar o género biológico, feminino ou masculino, para fazer referência aos órgãos sexuais, ou ainda, para referir uma série de comportamentos relacionados com a *genitalidade*. O termo “sexualidade” tem, frequentemente, uma conotação mais genérica pois, para além, da dimensão comportamental e biológica engloba aspetos referentes à personalidade, que incluem a sensualidade, o erotismo, os afetos e as emoções, as interações sociais, entre

outros. Neste contexto, importa fazer uma distinção entre a noção de *ato sexual*, entendido como uma manifestação de caráter essencialmente genital, e o *comportamento sexual*, que compreende, não somente os atos sexuais, como também, todo o sistema de valores, atitudes e conduta, que a pessoa possui em relação à sua sexualidade. Com frequência e de forma errônea, a sexualidade é perspectivada exclusivamente como atividade sexual, pois o comportamento sexual é, somente, uma componente da mesma.

A sexualidade constitui um importante aspeto na qualidade de vida do ser humano, estando patente em tudo o que somos, o que sentimos e o que fazemos. Por outro lado, a saúde sexual emerge como uma experiência processual que comporta o bem-estar físico, psíquico e sociocultural (Garret; Teixeira, 2007).

Para assegurar o direito do Homem e partilhar uma sociedade com um desenvolvimento saudável a nível das questões sexuais, a Associação Mundial de Sexualidade (World Association for Sexology, 1999) (Cit. em Garret; Teixeira, 2007), com o apoio da Organização Mundial da Saúde, emitiu a Declaração dos Direitos Sexuais onde são evidentes:

- O direito à liberdade de expressão sexual; o direito à autonomia sexual, integridade sexual e segurança física; o direito à privacidade sexual; o direito à igualdade sexual; o direito ao prazer sexual; o direito à expressão sexual com emoções; o direito à união sexual; o direito à tomada de decisões reativas à reprodução e à contraceção; o direito à informação científica; o direito à educação sexual e o direito à saúde sexual.

A sexualidade é parte integrante da personalidade de cada ser humano em todas as sociedades. Embora os indivíduos experimentem a sua sexualidade de forma variada, de acordo com fatores internos e externos, os direitos humanos relacionados à sexualidade, sua proteção e promoção devem ser parte da existência diária de todos os indivíduos, em todos os lugares. Os direitos sexuais são direitos humanos universais baseados na liberdade, dignidade e igualdade inerentes a todos os seres humanos.

A OMS cit. por Comissão das Comunidades Europeias (1994, p. 58) define saúde sexual como: “uma integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de uma forma positiva, enriquecedora e que fortalecem a personalidade, a comunicação e o amor”. Concomitantemente facultou-nos uma conceptualização suficientemente flexível para que possamos entender a sexualidade

à luz de uma diversidade de comportamentos capazes de proporcionar afetividade, intimidade e satisfação sexual.

Freud defendia que se o ser humano negligenciasse a sua sexualidade, jamais, se sentiria um ser completo e estaria exposto a alterações do comportamento, potencialmente nocivas ao indivíduo e à sociedade (Brenner, 2007).

Uma visão holística da sexualidade engloba tal com referido anteriormente a biologia, a psicologia, a sociologia, os relacionamentos e a espiritualidade. Os fatores biológicos ditam o desenvolvimento sexual desde a concepção até ao nascimento, a capacidade reprodutiva depois da puberdade e algumas diferenças no comportamento e produzem respostas físicas tanto nos órgãos sexuais como na frequência cardíaca. O desejo sexual, funcionamento e a satisfação têm componentes físicas e psicológica (Duchene, 2011).

A dimensão psicossocial, o sentido de identificação com o género é formada através de informações e atitudes transmitidas pelos pais, pelos colegas, professores e sociedade (Greco, 2000). Uma vez que o comportamento sexual é o produto de forças biológicas e psicossociais, orienta a razão e o modo de agir das pessoas e não o que fazem (Malek e Brower, Cit. por Greco, 2000).

A sexualidade é um constructo da autoimagem e autoconceito de um indivíduo. A conduta sexual é uma necessidade humana básica que varia com a cultura, estadio e *status* de vida, bem-estar físico e emocional e oportunidades disponíveis (Duchene, 2011).

O conceito de saúde sexual assume especial relevância no contexto das intervenções na área da sexualidade, já que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana com o objetivo de promover uma vivência saudável e satisfatória da sexualidade, não se restringindo às questões relativas da reprodução.

Sendo assim, promover a saúde sexual é também uma questão de defesa dos direitos sexuais. A saúde sexual pode definir-se como a forma de expressar a sexualidade de cada um.

Ainda a OMS (cit. por Garret e Teixeira, 2007) salienta os direitos sexuais como uma componente dos Direitos Humanos, que por contribuírem para a liberdade, igualdade, autonomia, privacidade, integridade e dignidade de todas as pessoas não podem ser ignorados. A multiplicidade de interpretações de saúde sexual inova ao longo do tempo, pois concilia aspetos físicos, emocionais, fisiológicos, sociais e culturais (Royal College of Nursing, 2014).

A sexualidade, enquanto conceito, é multidimensional, extremamente permeável ao contexto social, cultural e histórico mas também um poderoso motor de mudança social, que se encontra em permanente transformação.

A sexualidade nunca pode estar separada do corpo, ela resulta da simbiose entre o corpo, mente e alma e envolve a intimidade. Deste modo através do afeto, da paixão, do namoro, do amor, do sexo, da cumplicidade, do companheirismo o indivíduo poderá ter uma vida afetiva satisfatória (Almeida; Lourenço, 2007).

2. 2 – Fisiopatologia do ciclo de resposta sexual humana

A relação sexual bem-sucedida depende de uma sequência complexa de ocorrências hormonais e fisiológicas altamente vulneráveis aos efeitos de excitações emocionais, tanto intensas quanto crônicas (Marques [et. al], 2008).

Havelock Ellis (1897) (Cit. por Cavalcanti; Cavalcanti, 2006) foi o primeiro autor a tentar uma descrição das fases do ciclo de resposta sexual, baseando-se no aspecto fisiológico do relacionamento sexual que, de acordo com o autor, tem duas etapas: a tumescência (caraterizada pela vasocongestão dos órgãos genitais) e a detumescência (descarga da energia acumulada e a descongestão que ocorre após o orgasmo.

Posteriormente, diversos autores tentaram descrever o processo de resposta sexual nos seres humanos, nomeadamente William Masters e Virgínia Johnson (1966) (Cit. por Cavalcanti; Cavalcanti, 2006) que, pela primeira vez, procederam à observação de homens e mulheres no decurso de interações sexuais e que registaram as alterações que ocorriam nos seus corpos durante as mesmas.

Estes estudos levaram Masters e Johnson em 1970 (cit. por Marques [et al.], 2008) a descreverem o “ciclo de resposta sexual completo”, subdividindo-o em quatro fases, designadamente: excitação, platô, orgasmo e resolução.

A excitação é a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato (e poderá ter uma duração de minutos a horas). Corresponde à lubrificação vaginal na mulher e à ereção peniana no homem. Caracteriza-se basicamente por dois fenômenos: vaso congestão e miotonia, culminando na formação da plataforma orgástica (Marques [et. al], 2008).

O platô corresponde à excitação contínua e prolonga-se de 30 segundos a vários minutos. O orgasmo é uma descarga de imenso prazer, representada no homem pela ejaculação peniana. É a fase de excitação máxima, com grande vaso congestão e miotonia rítmica da região pélvica, acompanhada de grande sensação de prazer, seguida de relaxamento e involução da resposta (resolução). É o clímax da resposta

sexual e constitui uma série de contrações rítmicas (3 a 15) da plataforma orgástica, com intervalo de 0,8 segundos (*ibidem*).

A resolução também chamada fase de detumescência, é um estado subjetivo de bem-estar que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular, a lassidão e certo torpor. Tem duração de minutos a horas. Nos homens, caracteriza-se por um período refratário no qual o organismo necessita estar em repouso, não aceitando mais estimulação (*ibidem*).

Na década de 70, Helen Kaplan sugere um modelo trifásico da resposta sexual o qual é composto pelas fases do desejo, da excitação e do orgasmo. Para esta autora, o desejo é definido como um conjunto de sensações produzidas pela ativação de um sistema neuronal específico que, quando ativado, induz sensibilidade genital, um acrescido interesse em sexo, receptividade a atividade sexual ou, simplesmente, agitação, que irão desaparecer após gratificação sexual (orgasmo) (Kaplan, 1979).

O novo esquema considerava o ciclo de resposta sexual, então, composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Posteriormente, Basson cria um modelo circular, uma tentativa de colmatar a linearidade progressiva dos modelos de Masters e Johnson e de Kaplan, de cariz essencialmente unissexual, bem como pela necessidade de perceber a psicofisiologia sexual feminina. Este modelo valoriza a resposta e a receptividade femininas, postulando que, para muitas mulheres, é o desejo de intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual (Basson, 2000).

2. 3 – A vivência da sexualidade após cancro do colo do útero

O diagnóstico de cancro pode significar pensar na própria morte, possivelmente pela primeira vez. Os diferentes tratamentos são dolorosos e temidos, podendo alterar a integridade e a imagem corporal do doente. A vivência da sexualidade pode assim estar comprometida pela consciencialização do estado de saúde/ doença decorrentes do processo oncológico, pelos tratamentos e efeitos secundários subjacentes. Dessa forma, ainda que exista uma vida sexual satisfatória antes da doença, as alterações emocionais, a dor, o desconforto, a fadiga, a alteração da imagem corporal e a baixa autoestima decorrentes do diagnóstico e do tratamento do cancro de colo do útero, podem desorganizar o funcionamento sexual do casal.

O confronto da doença é geralmente acompanhado de difícil adaptação psicológica e social, tanto da doente como do seu parceiro. Ansiedade, depressão, temor à infertilidade, inquietação quanto à possibilidade de recidiva, incerteza sobre o futuro e

sentimento de inadequação pessoal são manifestações emocionais comuns em doentes com cancro e que, concomitantemente têm repercussões ao nível da sexualidade (Bernardo [et al.], 2007).

A doença oncológica e o seu tratamento podem originar depressão, ansiedade e o uso de antidepressivos também podem afetar o desejo e a função sexual. A perda de autoestima e alteração da perceção da autoimagem corporal levam à desvalorização da sexualidade e diminuição do desejo; fadiga após o tratamento também é associada à redução do desejo (Ratner [et al.], 2010).

É comum que alterações ou bloqueios em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual podem desencadear as disfunções sexuais, definidas como a incapacidade do indivíduo de realizar o ato sexual de forma satisfatória, para a doente, parceiro ou para ambos. Para tal situação, concorrem elementos de ordem somática e/ou psíquica, caracterizando diferentes causas da disfunção sexual (Bernardo [et al.], 2007).

O comportamento sexual é influenciado pela cultura dentro da qual o indivíduo se desenvolve. Desta forma, é importante compreender o que se passa com a sexualidade feminina após descoberta de um cancro, é necessário situar a mulher no tempo, trazendo à luz sua história e o contexto onde se forma sua conceção de corpo e sexualidade.

Segundo Jensen [et al.] (2003), as doentes submetidas à irradiação pélvica no tratamento de cancro do colo do útero podem desenvolver disfunções como falta de libido, frigidez (condicionada por falta de excitação, lubrificação e orgasmo), vaginismo e dispareunia. Estas disfunções podem ser condicionadas pela fibrose, estenose e encurtamento vaginais que têm-se manifestado com frequência nestas doentes. As mulheres que tenham tido cancro ginecológico, sofram de algum tipo de disfunção sexual prolongada. Os problemas mais comumente relatados por essas doentes são a falta de lídido e dispareunia. Assim, observamos que além do diagnóstico estigmatizante da doença e de seus tratamentos agressivos, a mulher com cancro do colo do útero ainda enfrenta problemas relacionados à sexualidade, os quais prejudicam a convivência e o relacionamento com o companheiro e em alguns casos afasta família e amigos.

As disfunções sexuais das sobreviventes de cancro do colo do útero podem manifestar-se como diminuição da sensibilidade vaginal, redução do desejo e excitação sexuais e anorgasmia, devido à secura, estenose e sangramento vaginais, dispareunia e vaginite atrófica secundárias ao tratamento realizado (Bernardo [et al.], 2007; Carter [et al.], 2012; Cleary; Hegarty, 2011; White, 2008).

Como consequência de todas as alterações que podem ocorrer na vagina após o tratamento de radioterapia, o desejo hipotivo é particularmente prevalente em sobreviventes com cancro do colo do útero, e pode ocasionar dificuldades de excitação (White, 2008).

Alguns estudos realizados demonstram que além de possíveis estados depressivos decorrentes das diferentes alterações subsequentes da situação de doença, sintomas como fibrose e estenose vaginal, diminuição da elasticidade e de profundidade e a atrofia da mucosa, dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal, constituem complicações da radioterapia (Bernardo [et al.], 2007), com repercussões ao nível da autoimagem, da libido e funcionamento sexual (Fleury [et al.], 2011).

O tratamento dos efeitos adversos tardios na função sexual envolve exames ginecológicos, orientação individual, e ao casal quanto à forma de se relacionar, técnica de relaxamento, observação do uso de lubrificantes à base de água, uso de terapêutica hormonal quando houver indicação médica e realização de exercício de dilatação vaginal. Esses procedimentos envolvem a equipa interdisciplinar formada por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, ginecologista oncológico, psicólogo e psiquiatra (Bernardi [et al], 2008).

3- A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE DAS MULHERES COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

A enfermagem é uma das profissões que deve ser ativamente participante no processo de reabilitação. Tem como finalidade o cuidado terapêutico, entendido como o cuidado do ser, a partir da compreensão do outro enquanto sujeito autônomo e integral, responsável pela construção dos caminhos trilhados e da sua própria vida.

3. 1 – Do processo do cuidar às competências da Enfermagem de Reabilitação.

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar e tem como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (Regulamento 125/2011 de 18 de fevereiro, p. 8658). Sendo parte integrante da enfermagem é um processo dinâmico dirigido à pessoa doente ou incapacitada, que lhe permita alcançar o máximo possível de funcionalidade física, emocional, espiritual, social e económica e tem como principal objetivo o desenvolvimento das capacidades, permitindo que o indivíduo alcance a sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com o seu diagnóstico (Hoeman, 2011).

O processo de reabilitação ajuda a pessoa a obter qualidade de vida com dignidade e independência. É imprescindível avivar que “reabilitar não significa curar, implica não fragmentar o indivíduo, transformá-lo em órgãos e funções em nome da racionalidade. A ciência não pode estar isenta da humanidade” (Faro, 2006, p. 129).

Conforme o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, p. 8658), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (...) A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...) utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas (...) proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.”

Deste modo, podemos constatar que as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) vão para além da reabilitação motora, sendo dada grande importância à intervenção na sexualidade.

O papel do EEER é fundamental na reabilitação dada a sua intervenção a nível físico, emocional e psicológico, devendo promover a autonomia no doente, de modo a que este possa ter um papel ativo nas suas escolhas. Assim, quer o respeito quer a autonomia relativos às suas escolhas são premissas que conduzem ao empoderamento que exige o envolvimento do indivíduo no seu processo de tratamento e/ou cura, munindo-o de informação, suporte e encorajamento fundamentais ao sentir-se apto no processo de tomada de decisão (Hawkey e Williams, 2007).

Por sua vez Faro (2006, p. 129) refere que “o sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipa multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo.” Deste modo, o EEER deve atuar junto dos utentes e da família, construindo relações empáticas e de cooperação mútua, ajudando no desenvolvimento de estratégias de aceitação de possíveis alterações da imagem corporal. Logo, a relação ao ser estabelecida de uma forma não invasiva, contribui para preservar a independência na tomada de decisão, bem como, estimula e reforça a motivação.

A reabilitação é um cuidado de excelência que visa ajudar a pessoa a obter qualidade de vida com dignidade e independência numa perspetiva holística, com planos de intervenção a nível físico, emocional e psicológico. A reabilitação é um processo complexo que carece de uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar teoricamente suportada (Hoeman, 2011). Assim, a sexualidade constitui um aspeto

fundamental a ter em atenção no cuidar em enfermagem e em particular na enfermagem focada na reabilitação. As enfermeiras de reabilitação “trabalham com utentes que, frequentemente têm problemas de saúde sexual, contudo a sexualidade continua a constituir um ponto difícil a abordar pelos elementos da equipa de reabilitação” (Greco [et al.], 2000, p. 647-648).

A procura da excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação preconiza como parâmetros de qualidade a satisfação do doente (pelo respeito pelas suas capacidades, valores, crenças e desejos), a promoção da saúde (por forma a alcançar o máximo potencial de saúde), a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado e a readaptação social (através de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde).

Uma ciência como a enfermagem, não se pode afirmar nem desenvolver-se na sociedade atual sem um corpo de conhecimentos próprio. O pressuposto da prática de enfermagem ser baseada na ciência de enfermagem, foi um progresso muito significativo para a elaboração de modelos teóricos em que se pudesse basear o ensino, a prática e a investigação desta disciplina, tal como nos referem Tomey e Alligood (2004, p.7) “a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão.” Assim, e tendo por base este pressuposto optamos por abordar o Modelo de Vida de Nancy Roper porque vem afirmar a expressão da sexualidade como uma das doze atividades de vida.

O modelo baseia-se no modelo de vida tendo como núcleo a Pessoa, que é definido como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente. É baseado num modelo de vida por se entender que as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem têm que continuar a “viver”, deste modo, os enfermeiros têm que ajudar o doente a evitar, aliviar, resolver ou até mesmo viver com os problemas (reais ou potenciais), relacionando-os com as atividades de vida. Reconhecer que os problemas dos doentes podem ser reais ou potenciais é essencial para o enfermeiro, pois, desse modo, ele não apenas responde aos problemas existentes, mas, também, se preocupa em evitá-los quando possível (Roper [et al.], 2001).

O principal objetivo do modelo é atingir a autossatisfação do indivíduo, contando este com a colaboração do enfermeiro para atingir o máximo de independência em cada atividade de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontra.

Os conceitos subjacentes ao modelo são (Roper [et al.], 2001):

Pessoa - É o sistema aberto em relação permanente com o seu meio ambiente e continuamente em mudança, adapta-se, desenvolve-se, tende para a independência e caracteriza-se pelas atividades de vida que consegue realizar. É entendida como satisfazendo as 12 atividades de vida de acordo com o estado de dependência/independência para cada uma delas.

Ambiente - Engloba o que é fisicamente externo à Pessoa, evidenciando a interação de fatores psicológicos e socio culturais com fatores ambientais. O ambiente é de tal forma importante que a manutenção de ambiente seguro é uma das 12 atividades de vida.

Saúde - Não há um estado de saúde absoluto, é deste modo um processo dinâmico. É um julgamento subjetivo que depende da capacidade da pessoa para se adaptar e para enfrentar os desafios que encontram ao longo da vida. Saúde é o resultado esperado quando se impedem problemas potenciais de se tornarem reais.

Enfermagem - É o modo de ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou enfrentar os problemas relacionados com as atividades de vida.

No Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária existem cinco componentes essenciais: atividades de vida, ciclo vital, grau de dependência/independência, fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade no viver. Compreende uma série de atividades que, independente da idade e circunstâncias em que o indivíduo se encontra, fazem parte do complexo processo do “viver”. As atividades de vida, em número de 12 atividades, constituem o conceito principal desse Modelo e são assim nomeadas: 1. Manutenção de um ambiente seguro; 2. comunicação; 3. respiração; 4. comer e beber; 5. eliminação; 6. higiene pessoal e vestuário; 7. controlo da temperatura corporal; 8. mobilidade; 9. trabalho e lazer; 10. expressão da sexualidade; 11. sono; 12. morte (Hoeman, 2011; Roper [et al.], 2001).

Apesar desta classificação, as atividades de vida têm uma estreita relação entre si; desse modo, qualquer alteração em uma das atividades trará modificações no desempenho das demais. Cada pessoa tem uma duração de vida que vai do nascimento até a morte, e as fases de vida – latência, infância, adolescência, idade adulta, velhice – influenciam o comportamento individual em cada atividade de vida. Ou seja, o modo como são desempenhadas as atividades de vida sofre enorme

influência da idade em que se encontra o indivíduo. Essa compreensão é fundamental para que o cuidado seja adequado e eficaz (*ibidem*).

Do Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária o componente denominado grau de dependência/independência está intimamente relacionado com as etapas da vida e as atividades de vida. Inclui o reconhecimento da existência de estágios das etapas de vida em que uma pessoa não pode ainda (ou por várias razões não pode mais) executar certas atividades de vida de forma independente. Cada pessoa deve ter um estado de dependência/independência para cada uma das atividades de vida. O grau de dependência/independência de um indivíduo em relação às atividades de vida não está ligado apenas às etapas da vida; ele está, também, intimamente associado aos fatores que influenciam as atividades de vida (*ibidem*).

Embora cada pessoa desempenhe suas atividades de vida (a qualquer momento do estágio de vida e com graus vários de independência), cada uma o faz de forma diferente. Estas diferenças surgem dos fatores que influenciam as atividades de vida, descritos em cinco grupos principais: físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos. As atividades de vida, as etapas da vida, o grau de dependência/independência e os fatores que influenciam as atividades de vida estão interligados, e os cinco fatores em si próprios, também. Como se pode perceber, o Modelo possui um conceito simples do processo complexo de “viver”. Neste Modelo, a preocupação é a vida tal como vivida por cada indivíduo, e seu componente final – a individualidade no viver – serve para enfatizar este ponto. Quanto à individualidade, pode manifestar-se de várias maneiras, por exemplo: como; quantas vezes; onde; quando; por que é que essa pessoa desempenha determinada atividade de vida de uma forma particular; o que é que a pessoa sabe, acredita, e qual é a atitude da pessoa em relação à atividade de vida (*ibidem*).

Este modelo centra-se na realização das atividades de vida, concentra a energia do indivíduo no processo de viver o mais independentemente possível, levando-o a saber enfrentar a dependência quando é essa a alternativa.

Deste modo e tendo por base os pressupostos da teoria apresentada, a reabilitação da vida sexual emerge como fator determinante na qualidade de vida da mulher com cancro do colo do útero submetida a tratamento de RTE e BTI, assim como, a reeducação do seu processo sexual e tem como principal objetivo promover a aquisição de habilidades para a manutenção da sua saúde sexual, após término dos referidos tratamentos.

A qualidade da vigilância da doente submetida a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) bem como, a vivência da sua sexualidade, em termos futuros, irão depender da reabilitação.

Desta forma, torna-se fundamental na reabilitação da sexualidade feminina a consciência de que alguns tratamentos oncológicos alteram a capacidade da mulher sentir prazer sexual, pelo que o toque e intimidade deverão ser enfatizados e que estes se tornam essenciais. Para tal é necessário ter uma abertura na abordagem de estratégias que englobam diferentes formas de estimulação sexual, sendo sempre necessário uma fase de mudança nas formas de dar e receber prazer sexual (Silva [*et al.*], 2014).

Através da educação sexual, o EEER sugere intervenções e fornece informação à mulher com cancro do colo do útero e parceiro para uma melhor vivência da sua sexualidade.

A abordagem da sexualidade individual no contexto oncológico reveste-se de uma complexidade acrescida inerente, não só pela intimidade e privacidade do tema, mas principalmente pela vulnerabilidade que a doente apresenta.

A sexualidade constitui um aspeto fulcral a ter em atenção no cuidar em enfermagem e em particular na enfermagem focalizada na reabilitação, pelo que vem reforçar a necessidade de uma intervenção especializada. Corroborando com Roper [*et al.*] (1995), a sexualidade constitui uma área que exige uma consciencialização por parte dos profissionais de saúde sobre a forma como lidam com a sua sexualidade.

Roper [*et al.*] (1995) acrescentam, ainda, que existem fatores dificultadores na expressão da sexualidade após tratamentos de cirurgia e radioterapia, nomeadamente a perda de elasticidade e a fibrose pélvica que podem comprometer a relação sexual (coito).

Savage cit. por Roper [*et al.*] (1995) enfatiza a necessidade de aconselhamento sobre este tipo de tratamento bem como potenciais efeitos secundários que podem interferir na vivência e expressão da sexualidade destas mulheres.

Torna-se imperioso estruturar uma abordagem especializada que permita capacitar a mulher para manutenção da sua saúde sexual após término dos tratamentos de radioterapia.

Na análise à International Council of Nurses (2011) que desenvolveu a CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - que é uma instrumento de

trabalho para os enfermeiros formalizada com inúmeros objetivos, entre os quais: estabelecer uma linguagem comum sobre a prática da enfermagem a fim de melhorar a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais; estimular a pesquisa de enfermagem através de dados disponíveis nos sistemas de informação em enfermagem e outros sistemas de informação de saúde; descrever cuidados de enfermagem prestados às pessoas a nível mundial e projetar tendências sobre necessidades dos clientes; podemos constatar que a terminologia sexualidade ou função sexual não está contemplada nessa linguagem.

A International Council of Nurses (2011, p. 72) define a relação sexual como “Realizar: atividade sexual entre duas pessoas, usualmente de sexo oposto; união sexual com a finalidade de excitação mútua e orgasmo”. Além disso, define processo sexual (p.70) como “Processo do Sistema Reprodutor: Capacidade para participar numa relação sexual e, no homem de ejacular”. Estas definições revelam uma visão reducionista da sexualidade humana combinada com uma reduzida sensibilidade dos enfermeiros para a abordagem desta temática. Todavia, a ausência de linguagem CIPE que espelhe as reais necessidades de uma abordagem multidimensional não deverá constituir obstáculo a imiscuir-se no juízo individualizado e científico de cada enfermeiro perante a singularidade de cada mulher com cancro do colo do útero ao seu cuidado.

3. 2 – A Reabilitação Sexual e o Modelo PLISSIT

A profissão de Enfermagem tem-se confrontado com inúmeras solicitações e necessidades cada vez mais diversificadas, que associadas à evolução dos cuidados de enfermagem, indicam que o caminho a percorrer pelos profissionais de saúde implica uma assistência integral e multidisciplinar, tendo em vista o projeto de vida da pessoa.

Os profissionais de saúde, em particular os EEER reúnem esforços para diminuir o estigma, melhorar o acesso aos serviços de saúde e aumentar o reconhecimento da sexualidade como um aspeto positivo da vida humana (Hoeman, 2011).

O enfermeiro de reabilitação tem um importante papel no seio da equipa, assumindo-se como um líder e um veículo de transformação (agente de mudança), através da sua ação e forma de estar, inculcando uma cultura de responsabilidade e formação dos restantes elementos.

A reabilitação sexual deverá alicerçar-se sobre uma matriz alargada, que ultrapasse as fronteiras da sexualidade genital e orgásmica; caso contrário, há o risco de incorrer

num reducionismo e não atender à verdadeira essência da sexualidade com fenómeno multidimensional.

Deste modo, a reabilitação sexual deve começar por se fazer sentir de uma forma implícita, cabendo aos EEER criar uma atmosfera que possibilite a perceção, por parte dos doentes, de que existe disponibilidade para ser abordada a temática sexual. Mais tarde, esta disponibilidade poderá estruturar-se de um modo explícito, sob a forma de sessões de informação/aconselhamento sexual, sendo da escolha de cada indivíduo o momento em que pretende iniciar o apoio nesta área. Este, num primeiro momento, poderá contemplar apenas o doente e, posteriormente, se tal for desejado, envolver também o/a parceiro/a sexual.

Concomitantemente, ao reforço da comunicação conjugal e estratégias de valorização de autoestima existe, habitualmente, a necessidade de uma intervenção específica a nível de introdução de lubrificantes vaginais, ensino de técnicas de dilatação vaginal, redefinição de hábitos sexuais, bem como diferentes posições sexuais que promovam o contacto entre o casal e menos desconforto para a mulher. O recurso a outras técnicas de reabilitação (ainda pouco divulgadas) nomeadamente a electroestimulação, digito pressão, cinesiterapia e a terapia manual, poderão constituir uma mais-valia na intervenção da mulher com disfunção sexual. A dimensão sexual situada entre a parte fisiológica e psicossocial constituiu uma área de intervenção daquilo a que se chama abordagem holística da doença.

O modelo PLISST desenvolvido por Annon em 1976 permitiu o desenvolvimento de uma matriz de intervenção terapêutica para sujeitos com queixas ao nível do desempenho sexual. O modelo de PLISSIT é um excelente instrumento de trabalho na e para a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, utilizado como técnica de informação e orientação (Duchene, 2011; Garret, 2011).

A sugestão da implementação sistemática do modelo PLISSIT pode constituir a primeira abordagem ao problema como um processo natural no acompanhamento destes doentes e na sua reabilitação holística, apresentando-se como objetivo fulcral, onde se discutem as suas especificidades e a sua aplicabilidade prática. A utilização deste modelo de abordagem da sexualidade, tem contemplado vários grupos profissionais da área da saúde, sendo mesmo adotado por associações de referência como a Royal College of Nursing (RCN), pois a sua correta utilização poderá ter repercussões positivas na saúde holística do indivíduo (Davis; Taylor, 2006).

Este modelo compreende, assim, quatro níveis de atuação terapêutica, isto é, subdivide-se em P-LI-SS-IT (Permission – Limited Information – Specific Suggestions – Intensive Therapy), em que cada letra ou par de letras representa uma diretriz orientada para o objetivo da intervenção. Cada um dos níveis de intervenção requer um conhecimento distinto e gradualmente mais complexo. São, ainda, esquematizadas questões práticas que podem ser colocadas ao doente à medida que os níveis vão avançando (Garret ; Teixeira, 2007).

Assim, no primeiro nível – Permissão – a focalização centra-se em demonstrar ao sujeito que se compreende e aceita as suas limitações de ordem sexual, transformando este momento numa ocasião privilegiada para abordar a temática da sexualidade e transmitir-lhe segurança. Este patamar contempla abordagem de algumas preocupações, nomeadamente ao nível dos sentimentos, de novos comportamentos, das fantasias e dos pensamentos (Garret, 2011).

No segundo nível – Informação Limitada – já é conveniente proporcionar alguma informação detalhada como resposta ao que preocupa o sujeito, nomeadamente ao nível das suas verdadeiras limitações e dar a conhecer potencialidades em termos sexuais, bem como, alternativas relativas ao desempenho funcional (*ibidem*).

Torna-se fulcral informar sobre a fisiologia da resposta sexual e sobre a anatomia da genitália, orientando os locais de maior sensibilidade prazerosa da vulva e vagina, que correspondem ao clitóris, pequenos lábios e introito vaginal, sendo estas as áreas de maior conteúdo vaso-nervoso (Lara [*et al.*], 2008).

No terceiro nível – Sugestões Específicas – neste patamar é fundamental que validar a informação do nível anterior, ou seja, não se devem proporcionar sugestões sem que a informação detalhada não tenha sido compreendida pelo indivíduo. As sugestões específicas não são mais do que orientações de mudança comportamental que possam levar o indivíduo a atingir os seus objetivos (Garret, 2011).

No quarto nível – Terapia Intensiva – é requerido um plano individualizado e concebido especificamente de acordo com a problemática do indivíduo. Este patamar exige a intervenção de um profissional com formação específica, nomeadamente um psicólogo clínico (*ibidem*).

Este modelo compreende um esquema de atividades flexíveis, permitindo a cada profissional organizar as suas intervenções de acordo com o seu próprio conforto. A aplicação do modelo PLISSIT pelo enfermeiro de reabilitação foca-se nos três primeiros níveis, o quarto nível exige um terapeuta especializado.

O modelo PLISSIT, amplamente aceite e utilizado no ensino da sexualidade e formação dos profissionais, fornece um quadro conceptual para a formação individual, que permite diferentes graus de envolvimento dos participantes baseados no nível de conhecimentos, capacidades e níveis de conforto para gerir as questões sexuais a um nível mínimo de competências. Este modelo é particularmente adequado para ser utilizado entre a equipa multidisciplinar, onde os diferentes membros contribuem com diferentes níveis de capacidade, conhecimento e experiência no aconselhamento em sexualidade.

Este modelo poderá revelar-se uma ferramenta bastante útil no quotidiano dos profissionais, bem como, uma ajuda fulcral para as mulheres com cancro do colo do útero ao promoverem o diálogo.

A capacidade para funcionar como um ser sexual é uma necessidade básica de todas as pessoas. Esta necessidade coexiste com a doença crónica, incapacidade, ou como consequência de efeitos secundários de alguns tratamentos, nomeadamente, da radioterapia, nos quais os aspetos sexuais dos doentes tornam-se o cerne da intervenção do EEER. Uma vez que as preocupações sexuais são extremamente complexas exigem uma abordagem que inclua a sexualidade com fenómeno multidisciplinar, por forma a promover um ambiente onde o doente possa analisar os aspetos sexuais que o preocupam e lidar com as dificuldades de uma forma adequada.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O método científico é um processo sistematizado de aquisição de conhecimentos. De acordo com Fortin (2003, p. 372) a metodologia consiste no “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, concomitantemente, e segundo a mesma autora, explicita, também, “as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (Fortin, 2003, p. 108).

Deste modo, neste capítulo vamos descrever as decisões e procedimentos metodológicos inerentes a todo o percurso do estudo.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Os métodos de investigação conciliam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009).

A Metodologia de Projeto serve de estrutura base para a concretização deste trabalho de investigação. A referida metodologia é constituída por diferentes técnicas e procedimentos que criam as linhas orientadoras do percurso de investigação a ser trilhado, e de acordo com o cronograma de atividades.

Etimologicamente, o vocábulo projeto deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para a frente. Assim projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com a finalidade de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade (Nunes [et al], 2010).

Na fase metodológica procede-se à identificação dos métodos que foram utilizados para dar resposta à problemática em estudo, bem como, a descrição de todo o desenho metodológico que permitiu a concretização dos objetivos almejados.

A metodologia de projeto tem como finalidade a resolução de problemas permitindo desenvolver capacidades e competências pessoais pela realização e concretização de projetos numa situação real (Nunes [et al], 2010). A referida metodologia é baseada na prática e sustentada pela investigação, visando identificar um problema real e implementar estratégias e intervenções para a sua resolução, salientando-se que esta metodologia é “(...) promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”. (Nunes [et al], 2010, p.2)

Como características fundamentais da metodologia de trabalho de projeto enfatizamos a atividade intencional, que prevê a formulação de um objetivo e a variedade de atividades para chegar ao produto final, dando resposta ao objetivo inicial, bem como a reflexão sobre todo o processo (Nunes [et al], 2010).

As fases que constituem este tipo de metodologia são cinco (Nunes [et al], 2010, p.5):

1^a- Elaboração do diagnóstico de situação; 2^a- Planificação das atividades, meios e estratégias; 3^a- Execução das atividades planeadas; 4^a- Avaliação e 5^a- Divulgação dos resultados obtidos.

De uma forma breve o diagnóstico de situação visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, pressupõe elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar ou mudar. É uma fase dinâmica, na qual a caracterização da situação é contínua, e que procura a identificação das necessidades, para se atingir o objetivo de resolução, recorrendo a instrumentos de diagnóstico (escalas de observação, questionários e entrevistas). Os objetivos indicam os resultados a almejar (*ibidem*).

O planeamento é mais uma etapa da metodologia de projeto, onde são definidas as atividades e estratégias a desenvolver de uma forma sequencial, assim como a sua calendarização. Esta etapa tem por base os objetivos delineados, permitindo definir as linhas de ação, identificar recursos, identificar possíveis obstáculos e constrangimentos e calendarizar as tarefas (*ibidem*). Embora flexível é um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as atividades a desenvolver.

A execução operacionaliza as atividades que foram planeadas, com o objetivo de satisfazer as necessidades identificadas, para que se resolva ou minimize o problema.

A avaliação é a etapa da metodologia de projeto que permite medir, confirmar através de instrumentos de avaliação se os objetivos foram atingidos.

Em suma, neste trabalho de investigação as fases que foram adotadas focam fundamentalmente o diagnóstico de situação, definição de objetivos e planeamento. Propõe-se indicadores que permitem futuramente a avaliação do projeto a implementar.

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa do processo do planeamento e deve ir de encontro às necessidades de saúde da população. Não devendo descurar o contexto social, económico e cultural, onde se insere o problema, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança. Pretende-se assim, obter um panorama geral sobre a situação-problema identificada, ou seja, um modelo descritivo

da realidade onde se pretende implementar o projeto, sendo que a descrição deste deve ser preferencialmente quantitativo (Nunes, [et al.], 2010).

Esta é uma etapa fulcral na conceção do projeto, pois permite a análise das necessidades da população de modo a implementar as medidas necessárias apropriadas à resolução do problema.

A elaboração deste Trabalho Projeto foi direcionada para a problemática da sexualidade e o seu diagnóstico de situação especificando as necessidades das mulheres com cancro do colo do útero após os tratamentos de radioterapia (RTE e BTI) no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO).

2.1- Problemática e Objetivos de Estudo

Segundo Fortin (2003, p.48), *“qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mau estar, uma irritação, uma inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”*.

A sexualidade é uma dimensão essencial do ser humano que não se resume a ausência de doença ou disfunção (OMS, 2016). É vivida e expressa em pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos (OMS, 2006).

Existem evidências bem estabelecidas de que o cancro e os fatores físicos, psíquicos e sociais a ele associados podem resultar em prejuízos significativos à função sexual, ao estado emocional e ao relacionamento do casal.

Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação terá um importante papel no estabelecimento de planos de intervenção, que visam promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de transição de doença e/ou incapacidade, prevenindo complicações secundárias aos tratamentos e capacitando as doentes para gerir os efeitos secundários. Poderá também dinamizar a equipa multidisciplinar no sentido da prestação de cuidados de qualidade à doente com cancro do colo do útero submetida a radioterapia e braquiterapia ginecológica.

Este trabalho de investigação surgiu de uma inquietação relativamente às dificuldades/constrangimentos apresentados pelas mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, em contexto de trabalho. De salientar, também, os preciosos contributos adquiridos com o Mestrado de Enfermagem de

Reabilitação, ao permitir a aquisição de conhecimentos fundamentais para uma prestação de cuidados de excelência.

Pude também constatar no meu percurso de enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Braquiterapia do IPO, a inexistência de uma abordagem estruturada da sexualidade das mulheres submetidas a tratamento de radioterapia externa (RTE) e braquiterapia (BTI), nomeadamente, no que concerne ao conhecimento global da sexualidade (como prioridade de atuação), bem a utilização de estratégias alternativas que previnam o aparecimento de efeitos secundários que interferem com a sexualidade; aliado às solicitações constantes por partes destas mulheres tendo em conta os medos, constrangimentos, dificuldades relativos à sua sexualidade.

Deste modo, a finalidade deste estudo visa promover a aquisição de habilidades por partes das mulheres submetidas a tratamento de radioterapia para a manutenção da sua saúde sexual, após término dos referidos tratamentos. A motivação para a conceção deste projeto é por conseguinte: a implementação de um programa de enfermagem reabilitação da sexualidade das mulheres submetidas a tratamento de radioterapia.

De acordo com o exposto, emergiu uma questão central que orienta esta pesquisa: “Qual a perceção das mulheres com cancro do colo do útero relativamente à sexualidade?”

Motivados por estas questões e decorrente da nossa experiência profissional, iniciamos um percurso no qual o objetivo geral visa compreender as vivências das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia, relativas à sua sexualidade.

Deste modo, os objetivos específicos são:

- Analisar o conceito de sexualidade para as mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia;
- Perceber como as mulheres vivenciam a sua sexualidade, antes e após o diagnóstico de doença oncológica e seus tratamentos;
- Perceber o impacto do tratamento de radioterapia externa e braquiterapia na sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres relativas à sua sexualidade;

- Conhecer as estratégias utilizadas na adaptação da sexualidade após os tratamentos de radioterapia.

2.2 – Tipo de Estudo

Tendo por base a natureza do fenómeno, área do estudo em que se insere e os objetivos definidos, a nossa opção metodológica centrou-se no paradigma qualitativo. Consideramos ser este o método mais adequado uma vez que valoriza os próprios conceitos de Enfermagem: a pessoa, o seu meio, a saúde e o cuidado de enfermagem (Fortin, 2009).

Face à necessidade de compreender “(...) *aquilo que os sujeitos experimentam, o modo como interpretam as suas experiências e, o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem*” (Bogdan & Biklen, 2013, p. 51), a abordagem qualitativa permite aceder ao universo simbólico em que as representações das mulheres com cancro do colo do útero dizem respeito.

Esta opção metodológica permite, ao investigador, aceder à riqueza das experiências das pessoas. As experiências humanas não podem ser medidas ou experimentadas, apenas explicadas na forma como foram percebidas. A abordagem qualitativa visa compreender a perspetiva dos participantes “(...) sobre os fenómenos que os rodeiam, aprofundar as suas experiências, pontos de vista, opiniões, significados (...)” (Hernandez Sampieri [*et al.*], 2013). A metodologia qualitativa está intimamente relacionada com a subjetividade e simbolismo.

Nos estudos desta natureza, o investigador é o principal instrumento de colheita de dados, estabelecendo um contato direto com os participantes, afetando o fenómeno em estudo e sendo, concomitantemente, afetado por ele.

A escolha desta metodologia baseou-se em alguns destes pressupostos, que nos pareceram adequados à natureza dos objetivos preconizados. Atendendo ao tipo de metodologia, procuramos essencialmente a compreensão do fenómeno na sua globalidade e não na sua fragmentação, partindo dos próprios dados e não da teoria para os compreender ou explicar.

Tendo por base as características do estudo o mesmo será de carácter exploratório descritivo. Optamos por este tipo de estudo uma vez que “*o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população*” (Fortin, 2003, p. 164).

2.3 - Contexto do Estudo

Relativamente ao terreno da pesquisa, Fortin (2003, p.132), diz que “o *investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha*”. Deste modo, para a elaboração deste estudo, optou-se pelo Instituto Português de Oncologia do Porto, mais especificamente o Serviço Braquiterapia e Serviço de Radioterapia, pois neste contexto encontramos mulheres a realizar tratamento BTI (em regime de internamento) e mulheres em consulta de follow-up de RTE. Assim, este terreno de pesquisa vai de encontro à problemática em estudo, bem como os objetivos de base.

2.4 - Participantes do estudo

A população, define-se como o “(...) *conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos bem definidos, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.*” (Fortin, 2003, p.373).

Num processo qualitativo a amostra é intencional e (...) deveremos coletar os dados, sem que necessariamente seja representativo do universo que estudamos (Hernandez Sampieri [*et al.*], 2013, p.403).

Tendo em atenção o foco da investigação a que nos propomos e os objetivos preconizados, os critérios de inclusão definidos foram: mulheres com idade (igual ou superior) a 18 anos com cancro do colo do útero que haviam sido submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI), no IPO do Porto, e que aceitaram participar no estudo.

Numa abordagem qualitativa desta natureza não é possível antes do trabalho de campo determinar o número de participantes que irão estar envolvidos. O critério utilizado para definir o número de pessoas a participar no estudo foi a saturação de dados (Streubert; Carpenter, 2013). A importância da amostra centra-se, essencialmente, na riqueza dos dados que revelam as experiências individuais e específicas de cada participante (Polit; Hungler, 2011).

A dimensão da amostra foi, assim, constituída por 12 participantes, face aos dados obtidos e pela saturação dos dados.

2.4.1 - Caracterização dos participantes

Consideramos importante caracterizar os participantes do estudo quanto ao género, idade, habitações literárias, situação profissional, bem como alguns dados relativos ao

término do tratamento e a existência de relacionamento de carácter sexual aquando do momento da realização da entrevista, como se pode ver no seguinte quadro.

Quadro 2 – Caraterização dos Participantes

Participantes	Dados sociodemográficos				Dados relativos aos tratamentos de RT	Estado Afetivo/Relacional
	Idade	Estado Civil	Habilitações Literárias	Situação Profissional	Término dos tratamentos de RT	Com relacionamento de carácter sexual no momento da entrevista
E1	32	Casada	11ºAno	Doméstica	09/2016	Sim
E2	33	Casada	Licenciatura	Gestora comercial	09/2016	Sim
E3	46	Casada	4ºAno	Costureira	07/2016	Sim
E4	56	Casada	9ºAno	Empregada Comercial	10/2016	Sim
E5	32	Casada	4ºAno	Assistente Operacional	04/2015	Sim
E6	42	Viúva	Licenciatura	Tradutora	12/2016	Sim
E7	44	Divorciada	6ºAno	Comerciante	08/2016	Sim
E8	48	Casada	6ºAno	Doméstica	04/2016	Sim
E9	43	Casada	6ºAno	Assistente Operacional	07/2016	Sim
E10	49	Divorciada	6ºAno	Adjuvante cozinha	02/2015	Sim
E11	39	Casada	9ºAno	Fiel de armazém	01/2015	Sim
E12	40	Divorciada	9ºAno	Assistente Operacional	01/2015	Sim

Dos *dados sociodemográficos* como podemos constatar através da análise do quadro 2, aquando do momento das entrevistas a média de idades é de 42 anos. Podemos também apurar no que diz respeito ao estado civil que 67% é casada, 25% é divorciada e 8% viúvas.

Relativamente às *habilitações literárias* das participantes 33% possuem o 6º ano de escolaridade, 25% detém o 9º ano, 17% respetivamente a licenciatura e o 4ºano de escolaridade e os restantes 8% o 11º ano.

No que concerne à *situação profissional* existe uma grande heterogeneidade, assim, 25% das participantes são assistentes operacionais, 17% são domésticas, 8%

representam respetivamente participantes que são gestora comercial, costureira, empregada comercial, tradutora, comerciante, ajudante cozinha e fiel de armazém.

No que respeita aos dados relativamente ao *término dos tratamentos de RT* 67% das participantes terminaram tratamentos em 2016 e 33% em 2015.

Relativamente ao *estado afetivo/relacional* a totalidade da amostra aquando o momento da entrevista tinha relacionamento de carácter sexual.

2.5 - Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados tem por pressuposto a utilização de instrumentos de diagnóstico (escalas de observação, questionários e entrevistas), mas também a utilização de instrumentos como a análise SWOT, a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e a Stream Analysis. Estes instrumentos permitem identificar e explorar todas as causas possíveis de um problema ou todos os fatores que influenciam um processo (Nunes, [et al.], 2010,)

Perante as características desta investigação o instrumento de recolha de dados escolhido foi a **entrevista**. Segundo Fortin, (2003, p.245), *“a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”*. Esta permite ao investigador compreender o sentido de determinado fenómeno e de que forma é percebida pelos participantes.

Relativamente ao tipo de entrevista, optamos pela entrevista semiestrutura, tendo sido elaborado um guião de entrevista (Apêndice A), o que possibilita ao entrevistador orientar o desenvolvimento da mesma. Assim, e tal como nos diz Fortin (2003, p. 247), *“as entrevistas menos estruturadas desenrolam-se como uma conversação informal (...). Antes de uma entrevista semiestruturada, é indispensável elaborar um plano no qual o objetivo geral do tema a cobrir está indicado, assim como os subtemas, segundo uma ordem lógica.”* O recurso às perguntas abertas, dá ao entrevistado a possibilidade de orientar o seu discurso com liberdade e com a criatividade que no momento lhe é possível, e com a qual percebe o fenómeno, objeto de estudo.

Deste modo, a recolha de dados foi efetuada através da entrevista semiestruturada junto de mulheres submetidas a tratamento de RTE e BTI, de Janeiro a Março de 2017.

As referidas entrevistas contemplaram o término dos tratamentos de RTE e BTI, pelo que as mesmas foram executadas em diferentes fases, permitindo desta forma,

abranjer as mulheres aquando das consultas médicas de follow-up de radioterapia (um mês após o último tratamento de BTI, depois, após os dois meses passando a vigilância a ser de quatro em quatro meses, até perfazer os dois anos). Esta intencionalidade teve como propósito incluir mulheres em diferentes etapas deste processo, por forma a melhor compreender as suas vivências e constrangimentos tendo em conta a problemática em estudo.

A entrevista é assim o encontro entre duas pessoas, que tem como objetivo a obtenção de informação do entrevistado, a respeito de determinado assunto ou problema. A preparação das entrevistas envolveu o cumprimento de alguns requisitos metodológicos. Os entrevistados foram contactados num primeiro momento para lhes ser pedido a sua participação no estudo a efetuar, foi-lhes referido o propósito e pedido autorização para a gravação das entrevistas. Numa segunda fase, entramos em contato com os participantes, para concretizar a entrevista, que foi individual, tendo-lhes sido descrita a finalidade e a temática do estudo. De salientar que em quatro das doze entrevistas os companheiros estiveram presentes nas mesmas, a pedido das doentes.

O guião de entrevista foi sujeito a um pré-teste, junto de mulheres que não foram incluídas na população de estudo. A realização do pré-teste permite avaliar a clareza, precisão e concisão das perguntas, de modo a que o instrumento se adeque ao propósito para que foi criado. A partir da informação obtida, não houve necessidade de alterações.

Também recorreremos à análise SWOT, na medida em que proporciona a reflexão e a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados para a situação (Nunes [et al.] 2010, p.14). Este método é composto por um quadro subdividido em quadrantes compostos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades

A **análise SWOT** realizada permitiu analisar as dinâmicas internas e externas do projeto, conforme se pode observar no quadro no Apêndice B.

A análise SWOT efetuada foi outro dos métodos utilizados para conhecer o potencial do projeto, de forma a perceber quais as potencialidades e problemas inerentes ao projeto em causa. Permitiu-nos compreender que, perante um planeamento adequado seria possível prever e resolver os principais pontos fracos e dificuldades inerentes à sua execução, revelando-se um projeto com boa viabilidade, e que foi possível concretizar à medida que este trabalho de investigação se foi desenrolando.

Não obstante esse facto, esta análise não se mostrou tarefa fácil, pela inexistência de orientações ou linhas norteadoras nacionais, que objetivassem a necessidade de intervenção nesta área. A necessidade de Reabilitação Sexual na área da oncologia encontra-se pouco desenvolvida, que se reflete na inexistência de *guidelines*.

Contudo, estes não foram argumentos suficientes para que a análise SWOT não fosse incluída como instrumento de diagnóstico.

Para esta análise recorreremos a alguns documentos, nomeadamente as recomendações da Associação Mundial da Sexualidade (1999), com a emissão da Declaração dos Direitos Sexuais que enfatiza que todas as pessoas têm direito à informação acerca da sua sexualidade, direito à expressão da sexualidade e direito à saúde sexual. Foi, também, fulcral indagar sobre as orientações da instituição (IPO Porto), no que diz respeito à missão, visão, valores e objetivos da Instituição que reforçam a importância da implementação de um projeto desta natureza, pois perspetivam a melhoria da qualidade dos serviços e a melhoria da qualidade percebida. Para esta análise foram, igualmente, importante os dados cedidos pelo Serviço de Epidemiologia do IPO do Porto.

Anualmente um número considerável de mulheres com cancro do colo do útero realiza tratamento de RTE e BTI, como tal, estão predispostas à incidência de uma variedade de efeitos secundários que têm impacto negativo na vivência da sexualidade. A inexistência de procedimentos relativos a reabilitação sexual das mulheres com cancro do colo do útero na instituição, só reforça a necessidade da implementação de um projeto desta natureza.

De salientar, também, a formação realizada na área da Onco-Sexologia que se revelou uma mais-valia na aquisição de conhecimentos fundamentais para melhor compreender a sexualidade na área da Oncologia.

O enfermeiro de reabilitação através de programas de reabilitação sexual implementados de acordo com as reais necessidades de cada utente deve promover a adesão a estas medidas terapêuticas e contribuir para a autonomia destas pessoas e conseqüente melhoria da sua qualidade de vida.

2.6 - Tratamento e análise de Dados

Segundo Bogdan & Biklen (2013, p. 149), “os dados refere-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base de análise”. A análise de dados é desta forma, o

processo de busca, organização e sistematização de dados. Neste caso, os dados incluem materiais resultantes da transcrição das entrevistas, obtidas através do registo áudio das mesmas. A transcrição das entrevistas constitui o primeiro passo desta etapa e que foi feita pessoalmente, o que permitiu a familiarização com a informação obtida. Torna-se deste feito, necessário ordenar e organizar os dados de forma a conseguir trabalhá-los.

Neste sentido, e visto que os dados obtidos resultam do testemunho das percepções pessoais, a análise de conteúdo constitui o método mais adequado já que é um dos métodos de análise textual reiteradamente utilizado na análise de dados qualitativos (Hernandez Sampieri [et al.], 2013).

Segundo Bardin (2011, p. 11) a análise de conteúdo é “ (...) *um conjunto de instrumentos metodológicos mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (...) enquanto esforço de interpretação (...), oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade*”. Tem como objetivo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa, de modo a se conseguir obter respostas adequadas às questões de investigação.

Como orientação no processo de análise deste estudo consideramos como principal referência Hernandez Sampieri [et al.] (2013,) que mencionam que o procedimento mais comum de análise específica vai surgindo alicerçada nos dados.

Assim, e após a transcrição integral dos discursos das participantes obtidos através da entrevista (codificados de E1 a E12), submetemo-los a uma exploração detalhada e analítica, a fase de codificação. Atendendo a que não possuíamos qualquer categoria pré-definida, as categorias por nós alcançadas foram sendo formuladas, reformuladas e aprimoradas através da classificação progressiva dos conteúdos que íamos identificando nos dados, à medida que estes iam sendo analisados. A nossa referência foi utilizar a frase como unidade de registo para a construção das categorias e das subcategorias. Foi sendo um processo progressivo e pouco linear, pautado por repetidas reformulações da grelha categorial até à sua estrutura final, obtendo-se uma matriz de redução de dados (Apêndice C), sendo apresentados os resultados no capítulo que se segue. As categorias de análise foram elaboradas, em conformidade com as regras (Apêndice D) e com base nos autores Hernandez Sampieri [et al.] (2013)

De salientar, também, que houve necessidade de incluir um perito nesta etapa metodológica, que tendo por base o seu percurso acadêmico e profissional, contribuiu com a sua experiência e conhecimentos do assunto em causa na validação do processo de análise de dados.

Um dos caminhos da análise de dados pode estar relacionado, ao conceito de restituição. Na restituição, a análise dos dados produzidos e das análises até então feitas pelos pesquisadores são abertas ao questionamento pelos participantes, considera-se possível a mudança de rumo da pesquisa a partir de reflexões. Mais do que devolver os resultados, o conceito de restituição relaciona-se com a transformação desses em outros possíveis, partindo do pressuposto de que esses dados não se encerram em si e na interpretação do pesquisador (Pessanha [et al.], 2013). Assim, foram agendados alguns momentos com as participantes não só com carácter informativo relativamente aos resultados encontrados, mas, também, com o intuito de permitir análise e discussão dos resultados obtidos. Devemos realçar que após esta partilha não houve necessidade de alterar o rumo da pesquisa.

2.7 – Questões éticas

Qualquer investigação que se centre em seres humanos tem de se reger por determinados princípios éticos de forma a não pôr em causa a dignidade dos participantes, respeitando as suas crenças e valores, bem como o direito à liberdade.

Para proteger e respeitar os princípios éticos devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada indivíduo que colabora na investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais, segundo a Declaração de Helsínquia (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013).

Deste modo, e de forma a salvaguardar o entrevistado e o investigador, submetemos ao parecer do Conselho de Administração (Apêndice D) e da Comissão de Ética da Instituição, premissa para o pedido de autorização de investigação.

Neste contexto, como investigadores precisamos do consentimento destas pessoas para procedermos ao desenvolvimento do trabalho. O consentimento é fundamental pois as pessoas que vão participar no estudo têm o direito de

“receber uma informação compreendendo vários elementos, entre os quais se encontram as finalidades e os objetivos do estudo, os riscos incorridos, a relação riscos benefícios que o investigador atribui à sua participação, assim como as informações ligadas ao direito de se retirar do estudo a qualquer momento” (Fortin, 2003, p. 128).

Das participantes do estudo indicadas foi inicialmente verificada voluntariedade para participar através de um primeiro contacto telefónico. Com as que se mostraram disponíveis foi agendado um dia e hora para a realização das entrevistas. Para além da informação escrita foi também reforçada verbalmente pelo investigador as seguintes informações: objetivo do estudo, os instrumentos a utilizar na recolha da informação, a possibilidade e importância da sua participação neste estudo, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato, da decisão livre de participar, tal como a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

Na realização das entrevistas atendeu-se ao consentimento dos informantes (Apêndice E), à confidencialidade, à privacidade, à disponibilidade e à autorização para o uso do gravador. As entrevistas decorreram em ambiente calmo, não se tendo verificado interrupções que comprometessem a recolha do material. No final da entrevista foi atribuída uma letra, de acordo com a ordem pela qual foram realizadas, de forma a criar um código que foi utilizado durante a análise e tratamento dos dados.

Daqui depreende-se que *“a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”* (Fortin, 2003, p. 114).

CAPÍTULO III

**A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE
À SEXUALIDADE**

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo vamos proceder à apresentação e análise dos resultados obtidos através das entrevistas e que nos permitiu identificar um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que sustentam a compreensão da vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de RTE e BTI.

De modo a facilitar a visão global dos dados obtidos estes serão, assim, apresentados tendo por base as diferentes áreas temáticas emergentes, que refletem concomitantes os objetivos preconizados para este estudo de investigação.

A análise de conteúdo efetuada fez emergir as seguintes áreas temáticas:

Quadro 3 - Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Funcionalidade sexual da mulher com cancro do colo do útero	Significado Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dimensão física ➤ Dimensão relacional ➤ Dimensão global
	Padrão de comportamento sexual antes dos tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dimensão física ➤ Dimensão relacional ➤ Dimensão cultural
Impacto da Doença Oncológica na vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero	Domínio das Relações Interpessoais	
	Domínio Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimento de perda ➤ Medo de recidiva
	Espectativas em relação aos tratamentos	
Impacto dos tratamentos na vivência da sexualidade	Alterações Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispareunia ➤ Sangramento vaginal ligeiro ➤ Secura vaginal ➤ Diminuição da líbido ➤ Diminuição da elasticidade vaginal ➤ Alteração do tamanho e curvatura da vagina ➤ Menopausa precoce ➤ Alteração do prazer ➤ Insatisfação da performance sexual
	Alterações Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medo ➤ Ansiedade ➤ Desconforto no toque ➤ Autoimagem comprometida ➤ Constrangimento

	Alterações dos Papéis Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procriação ➤ Papel afetivo e conjugal ➤ Rejeição
	Alterações na Relação Sexual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frequência do ato sexual ➤ Forma de sentir e dar prazer ➤ Evitamento do companheiro
	Trauma vivenciado após tratamento de BTI	
Dificuldades da vivência da mulher com cancro do colo do útero	Natureza Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medo ➤ Ansiedade ➤ Medo de contágio ➤ Medo de se expor
	Natureza Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispareunia ➤ Diminuição da líbido ➤ Sangramento vaginal ligeiro
	Sem dificuldades	
Estratégias utilizadas na vivência da Sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero	Terapêutica farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lubrificantes vaginais ➤ Estrogénio tópico
	Centradas no casal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reforço da interação/comunicação conjugal ➤ Reforço da intimidade ➤ Preliminares ➤ Prática sexual regular ➤ Adoção de posições confortáveis para o ato sexual
	Centradas na mulher	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorização da autoestima ➤ Procura de informação
	Dilatação vaginal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dilatadores vaginais ➤ Tampões vaginais ➤ Estimulação vaginal manual
Necessidades de intervenção na área da sexualidade	Acompanhamento Técnico	
	Consulta para casal	
	Grupos de ajuda	
	Apoio psicológico	
	Equipa multidisciplinar	
	Reeducação perineal	
	Prevenção da Estenose Vaginal	

1. FUNCIONALIDADE SEXUAL DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Da análise do discurso das entrevistadas e tendo por base a primeira área temática, podemos constatar que a mesma fez emergir as seguintes categorias: **Significado de Sexualidade** e **Padrão de Comportamento Sexual antes dos tratamentos de radioterapia**. Ambas as categorias englobam a subcategoria Dimensão Física e Dimensão Relacional; à exceção da primeira categoria onde também figura a subcategoria Dimensão Global e na segunda categoria a Dimensão Cultural.

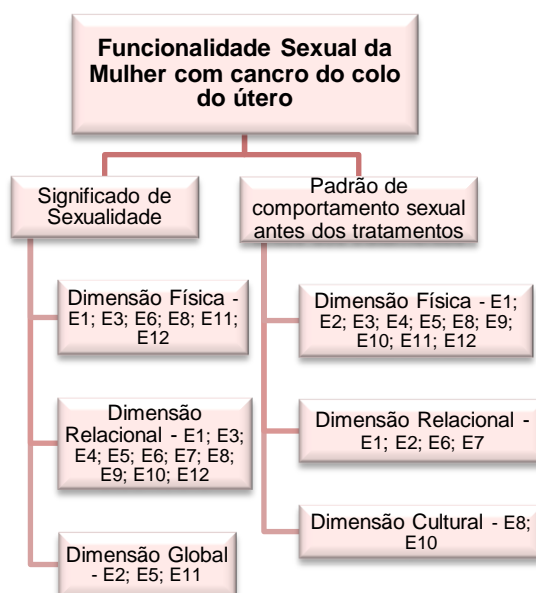


Figura 1 – Funcionalidade Sexual da Mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias

O discurso das entrevistadas distribui-se de forma heterogénea pelas diferentes subcategorias, relativas à categoria **Significado de Sexualidade**. A subcategoria Dimensão Física realça a importância atribuída à relação sexual, por seis das participantes e patente nos seguintes exemplos:

E1 “(...) a sexualidade envolve (...) a relação sexual (...)”

E3 “(...) penso que a sexualidade tem (...) a ver com o ato sexual, (...)”

E6 “(...) sexualidade (...) é a prática do ato em si.”

A Dimensão Relacional emerge dos relatos de dez entrevistadas, como significado fundamental de sexualidade (como intimidade, compreensão, cumplicidade, carinho, amor, carícias e comunicação verbal):

E1 “(...) envolve a intimidade, privacidade, (...) o carinho, a compreensão entre o casal (...)”

E4 “(...) para mim a sexualidade tem a ver com intimidade, querer estar com alguém que nos faz sentir bem (...) a sexualidade tem a ver com a forma como estamos com os outros (como por exemplo o sorriso) e connosco próprios.”

E5 “(...) para mim é o importante na sexualidade, além de ter relações sexuais, também o amor, o carinho, a compreensão do casal.”

No discurso de três participantes a sexualidade desponta como sinónimo de um conceito multidimensional - Dimensão Global, como resultado da simbiose entre a dimensão física e dimensão relacional:

E2 “(...) a sexualidade além do ato sexual, de todos preliminares, de todos os atos de todo o à vontade ao fazer esse ato tão íntimo, é eu conhecer o meu corpo, poder explorá-lo, é eu sentir-me bem, sentir-me sensual (...) Para mim sexualidade é isso, é eu enquanto mulher e o ato em si (...).”

E5 “(...) a sexualidade (...) é uma relação entre o homem e a mulher, onde a gente tem que dar de nós (...) dar o amor, o carinho (...) as expetativas de sermos felizes (...), o importante na sexualidade, além de ter relações sexuais, também é o amor, o carinho, a compreensão do casal (...).”

E11 “(...) a sexualidade tem a ver com tudo, envolve a forma de estar, o carinho entre as duas pessoas (...).”

No que concerne ao **Padrão de Comportamento Sexual antes dos tratamentos de radioterapia**, os relatos de dez entrevistadas fez emergir a Dimensão Física como descritivo deste mesmo padrão e no qual os diferentes tipos de sexo (sexo oral), a vida sexual ativa, os preliminares (carícias, beijos), o prazer sexual, a relação sexual, a excitação e as diferentes posições sexuais assumem importância fundamental na vivência da sexualidade:

E2 “(...) antes de descobrir a doença tinha uma boa sexualidade, ou seja, tinha uma vida sexual bastante ativa, não era pessoa de grandes complexos (...) era uma pessoa que acima de tudo (...) sentia-me à vontade, sentia-me confortável e sentia-me bem no meu corpo (...).”

E4 “(...) antes dos tratamentos considero que tinha uma vida sexual normal, ou seja privilegiávamos os preliminares (como as carícias), e depois surgia a relação sexual como momento de prazer e excitação para o casal.

E12 “(...) era tudo importante, o ato sexual, os preliminares, as carícias (...) éramos um casal que às vezes gostávamos de experimentar coisas diferentes, alguns tipos sexo (sexo oral) (...).”

A Dimensão Relacional revelou-se, também, como padrão fulcral na vivência da sexualidade concretizado através do carinho, da intimidade, da satisfação mútua como podemos constatar nas unidades de discurso de quatro das participantes:

2 “(...) sentia-me à vontade em várias posições sexuais, era uma pessoa que acima de tudo não só o ato sexual mas todo o carinho, toda a intimidade que isso envolve, sentia-me à vontade (...).”

E6 “(...) para nós é a satisfação mútua, é o mais importante, independentemente de ter mais ou menos, isso depende da cada vez, como corre, em que os preliminares estão presentes (...) com momentos prazerosas para ambos, e o importante é sempre atingir o meu orgasmo (...).”

E7 “(...) para mim começa tudo pela parte do carinho, (...), e tudo o resto, completar o outro (...).”

A Dimensão Cultural é expressa por duas das entrevistadas da seguinte forma:

E8 “(...) a gente faz porque faz (...), tem que fazer a vontade ao marido, faz parte do casamento (...).”

E10 “(...) é mesmo só para agradar o marido porque se não, sabe como é”.

2. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Da análise dos dados obtivemos diferentes efeitos da doença oncológica na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero. Foram agrupadas nas seguintes categorias: **Domínio das Relações Interpessoais**, **Domínio Psicossocial** e **Expectativas em Relação aos Tratamentos**.

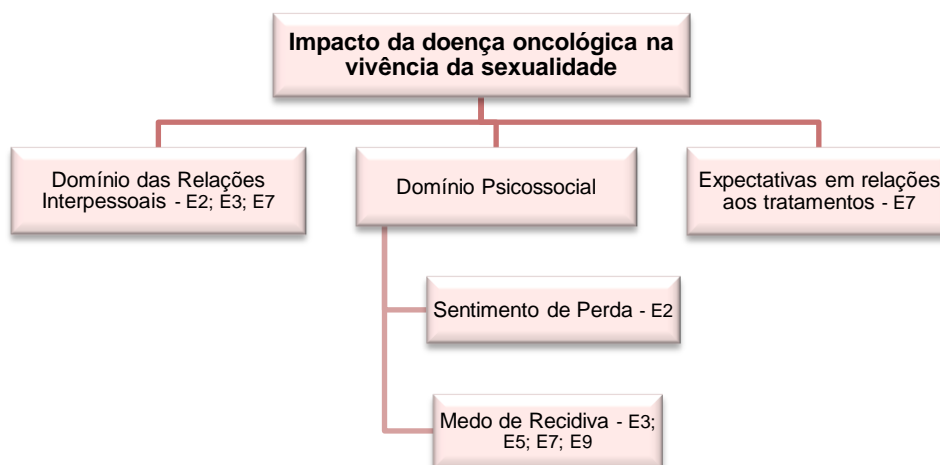


Figura 2 – Impacto da doença oncológica na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias

Do relato de três participantes o diagnóstico de doença oncológica teve impacto ao nível do **Domínio das Relações Interpessoais** como nos revelam as seguintes unidades de discurso:

E2 “(...) porque sentimos que a relação no geral com o meu marido possa sofrer danos com isso e a sorte é que eu tenho uma pessoa que sempre foi muito paciente, muito cuidadora e que acima de tudo de qualquer ato sexual tem colocado o amor por mim sempre à frente (...).”

E3 “(...) E o marido também sente que está diferente. Ainda hoje vinha comigo a falar no carro, e comentou que está diferente, a relação está totalmente diferente do que a gente tinha antigamente (...).”

E7 “(...) já conversamos sobre isso, ele diz que está bloqueado, que bloqueou e agora, sinceramente o que se passa mesmo com ele, eu não sei. Ele pode dar uma desculpa que der, o que é certo, o que eu me sinto mal.”

O diagnóstico de doença oncológica repercutiu-se, também, ao nível do **Domínio Psicossocial**, como nos sugerem as subcategorias emergentes do discurso das entrevistadas: Sentimento de Perda e Medo de Recidiva.

Para uma das participantes o sentimento de perda é um dos efeitos que se operam no **Domínio Psicossocial**, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E2 “(...) dei por mim a pensar em tudo, e lá está na questão da infertilidade, na questão da sexualidade, na questão do projeto a dois, de como ia ser, do que perdi, do porquê que perdi (...).”

O Medo de Recidiva, similarmente, desponta como uma das consequências do diagnóstico de doença oncológica ao nível psicossocial e expresso no relato de quatro participantes, como podemos constatar através dos seguintes exemplos,:

E3 “(...) o medo de que voltarmos a ter relações, signifique que tudo irá voltar de novo, e acabamos por não disfrutar do momento, em termos de sexualidade. O medo e o receio fazem aquele clique que impede que a gente evolua na relação. O medo é ainda muito recente.”

E5 “(...) só que há (...) 5 meses para cá eu fiquei um bocado insegura, não se foi o sistema psicológico ao nível da gente ficar com receio que [houvesse recidiva tumoral] (...) mas, ao qual eu tenho que superar isso e estou a conseguir superar.”

E7 “(...) estou a mexer numa [zona] que se calhar ainda está em ferida, será que é correto fazê-lo, será que não é, mas pronto é um bocadinho complicado, vou mas é estar quietinha e deixar as coisas sossegadas, ou será que o bicho ainda está ali e estou a mexer com ele, é isso que me faz sentir [receosa].”

Para uma das participantes o impacto da doença oncológica fez-se notar ao nível das **Expectativas em relação aos tratamentos**, como podemos constatar pela seguinte unidade de discurso:

E7 "(...) Estou numa fase que ainda não sei se os tratamentos resultaram ou não, estou uma fase de espera, (...) também tenho medo estou a mexer numa [zona] que se calhar ainda está em ferida, será que é correto fazê-lo, será que não é ? (...)."

3. IMPACTO DOS TRATAMENTOS DE RADIOTERAPIA NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Esta área temática está relacionada com as repercussões dos tratamentos na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero e que aglutinamos nas seguintes categorias: **Alterações Fisiológicas**; **Alterações Psicológicas**; **Alterações nos Papéis Sociais**; **Alterações na Relação Sexual** e **Trauma vivenciado após tratamento de BTI**.

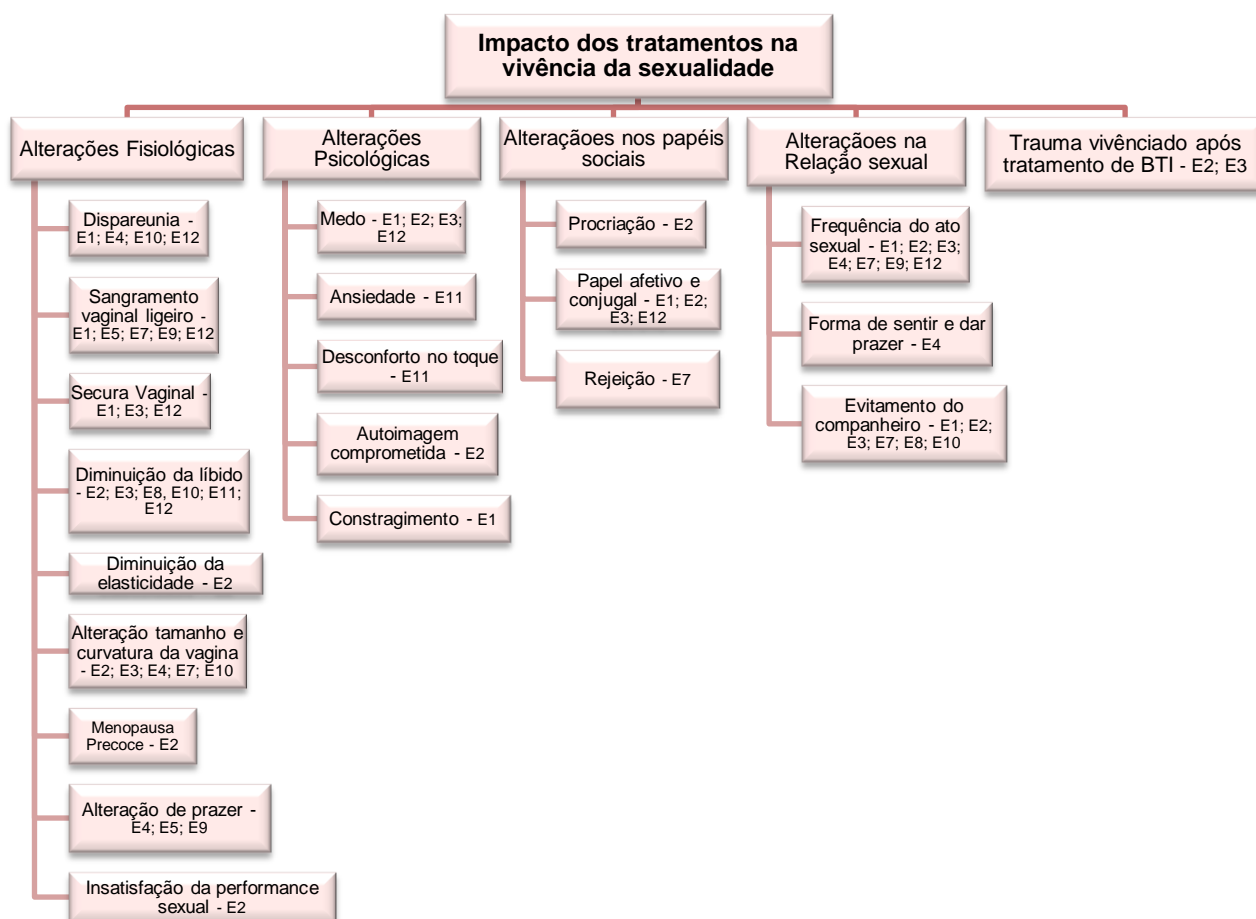


Figura 3 – Impacto dos tratamentos na vivência sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias

Relativamente à categoria **Alterações Fisiológicas** despontaram as seguintes subcategorias: Dispareunia, Sangramento Vaginal ligeiro, Secura Vaginal, Diminuição da Líbido, Diminuição da Elasticidade Vaginal, Alteração do Tamanho e Curvatura da

Vagina, Menopausa Precoce, Alteração do Prazer e Insatisfação da Performance sexual.

Como consequência dos tratamentos de Radioterapia (RTE e BTI), alguns efeitos secundários poderão causar impacto na vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero. Desta forma a Dispareunia emerge do discurso de quatro participantes e evidente nas seguintes unidades de registo:

E1 “(...) porque agora incomoda muito, sinto muita dor (...).”

E4 “(...) depois dos tratamentos tudo mudou, nomeadamente a presença de dor intensa que impede a penetração, pois sinto no interior da vagina uma barreira (...).”

E12 “(...) durante a penetração doeu-me muito por dentro, é uma situação incómoda (...).”

O Sangramento Vaginal Ligeiro surge, também, como repercussão dos tratamentos de radioterapia, por cinco das entrevistadas, como podemos constatar da seguinte forma:

E1 “(...) quanto menos o fizermos, vou estar sempre com sangramento e isso também é muito constrangedor, porque já fico naquela, tem que ser com luz apagada, (...) e eu falo, está tudo sujo, já está sujo. O sangramento é muito constrangedor, antes não tinha e agora tenho que aprender a lidar com isso (...).”

E5 “(...) porque há 5 meses quando comecei a sentir aqueles pequenos sangramentos nada de muito forte era mesmo quando a gente se limpava depois de fazer um chichi depois de termos as nossas relações sexuais vinha então um bocadinho de sangue (...).”

E12 “(...) porque depois também sangrei um bocado, tive medo, pensei que fosse disso e então até agora parei (...).”

Na subcategoria Secura Vaginal, três das entrevistadas salientaram-na como consequência dos tratamentos de radioterapia:

E1 “(...) utilizamos bastante gel, dado que a nossa lubrificação acabou (...).”

E3 “(...) a secura após os tratamentos também é desagradável, mas para isso indicaram-nos uma gel lubrificante para ajudar no ato (...).”

E12 “(...) senti também secura vaginal pelo que tive que utilizar um creme lubrificante, tipo um gel e ajudou um bocadinho (...).”

Sete das participantes enfatizaram a Diminuição da Líbido como impacto dos tratamentos e evidente nos seguintes exemplos:

E2 “(...) a falta de líbido que é uma coisa complicada (...). Antes da doença me aparecer e praticamente fazer 1 ano de casados, saber que tínhamos uma vida sexual ativa e de repente tudo muda e afeta, afeta muito (...).”

E3 “(...) não é igual, já não sinto a mesma vontade, mesmo a Doutora deu-me um creme, mas mesmo assim não me sinto bem (...).”

E11 “(...) o prazer já não é o mesmo, para mim não porque havia coisas que ele podia tocar e agora, porque tantas vezes me tocaram, que eu acho que me provoca desconforto (...).”

Na subcategoria Diminuição da Elasticidade Vaginal uma das entrevistada, salienta que:

E2 “(...) pensei que ia ter menos elasticidade mas nunca pensei que a entrada tivesse diferença(...).”

Para cinco das entrevistadas a Alteração do tamanho e curvatura da vagina, emergiu com consequências vivenciada após os tratamentos de radioterapia, como podemos constatar pelas seguintes unidades de discurso:

E2 “(...) sinto que o formato do órgão alterou, não só no tamanho, mas senti uma dificuldade na parte do coito, a entrada vaginal está diferente, parece que tem uma curvatura diferente (...).”

E3 “(...) sinto-me diferente, muito diferente. E o marido também sente que está diferente (...). Noto que os tratamentos alteraram os órgãos internamente (...).”

E4 “(...) depois dos tratamentos tudo mudou (...) sinto no interior da vagina uma barreira que impede que cheguemos ao fim da atividade sexual. Os tratamentos modificaram algo internamente, pois já não sinto o mesmo prazer que antes dos tratamentos (...).”

A Menopausa Precoce surge como consequência das alterações hormonais decorrentes do tratamento de radioterapia e que podemos ver enfatizado no relato de uma entrevistada:

E2 “(...) por estar a entrar numa fase de pré-menopausa, porque a operação não resultou (...) pelos vistos a radiação afetou na mesma os ovários (...).”

Da análise de dados podemos, assim, constatar a heterogeneidade das repercussões após os tratamentos de radioterapia, nomeadamente a Alteração de Prazer, salientada do discurso de três entrevistadas:

E4 “(...) sinto que estou diferente na forma como sinto prazer, bem como na forma como dou prazer ao meu marido (...).”

E5 “(...) eu nunca senti tanto prazer antes como sinto prazer agora, nunca, nunca, nunca, porque para além dos tratamentos eu pensei que não ia ter uma vida sexual normal e ao qual melhorou muito (...).”

E9 “(...) noto que em termos de prazer que tenho mais. (...) não notamos que a nossa sexualidade ficou prejudicada, inclusive melhorou, e que aumentou o prazer sexual (...).”

No que concerne à subcategoria Insatisfação da Performance Sexual, uma das participantes evidencia que:

E2 “(...) a relação sexual acaba e depois também não procuro tão rapidamente ou esquivo-me, muitas vezes, porque infelizmente a minha vida sexual não está aliada ao prazer e ainda penso muito no que aconteceu, (...), não estou satisfeita com a minha performance ou como as formas como as coisas agora ocorrem (...).”

No que respeita à categoria **Alterações Psicológicas**, integram as seguintes as seguintes subcategorias: Medo, Ansiedade, Desconforto no Toque, Autoimagem Comprometida e Constrangimento.

Relativamente à subcategoria Medo, podemos contatar no discurso de quatro participantes que este assume diferentes formas, nomeadamente, o medo da dor e medo de sangrar:

E2 “(...) tenho também o receio, o medo de me magoar, que é uma zona sensível e depois de tantos tratamentos, de tantos exames e tantas pessoas sempre à nossa volta (...). Fica o medo, fica essa retração, eu pelo menos senti-me muito retraída (...).”

E3 “(...) Depois dos tratamentos ficou o medo, o medo da dor, o medo de sangrar (...) penso até que é mais psicológico do que físico que interfere com a sexualidade. É mais o medo, a ansiedade, isto pode voltar outra vez (...).”

E12 “(...) O receio de iniciar a atividade também esteve presente, porque depois também sangrei um bocado, tive medo, pensei que fosse disso e então até agora parei. Tive receio e medo do reinício da atividade sexual, pelo que a 1ª relação após os tratamentos ocorreu mais ou menos 2 meses após (...).”

Como consequência psicológica dos tratamentos de radioterapia, a Ansiedade desponta do relato de uma das entrevistadas:

E11 “(...) a ansiedade que senti depois foi passando, mas se ele me magoar assim um bocado na segunda vez já vou ficar mais receosa”.

Concomitantemente o Desconforto no Toque, emerge como uma das alterações vivenciadas pela mulher com cancro do colo do útero após os tratamentos de radioterapia, como nos descreve uma das entrevistadas:

E11 “(...) o prazer já não é o mesmo, para mim não, porque havia coisas que ele podia tocar e agora, porque tantas vezes me tocaram, que eu acho que me provoca desconforto (...).”

A Autoimagem Comprometida revela-se, no discurso de uma das participantes, como outra das consequências psicológicas subsequentes aos tratamentos de radioterapia:

E2 “(...) fui operada para fazer uma transposição dos ovários, (...) engordei cerca de 15 kg, ou seja, o meu corpo já não é o mesmo. Depois, como é uma zona tão íntima, tão feminina, uma mulher sente-se lesada, sente-se que já não é igual, não só pela questão do peso, ou pela questão de olharmos ao espelho e vemos que as caras parecem que estão diferentes, estão mais brancas, ou com mais olheiras (...).”

Para uma das participantes o impacto dos tratamentos de radioterapia concretiza-se através do Constrangimento presente na vivência da sexualidade:

E1 “(...) quanto menos o fizermos [ato sexual], vou estar sempre com sangramento e isso também é muito constrangedor, porque já fico naquela, tem que ser com luz apagada, (...) e eu falo, está tudo sujo, já está sujo (...).”

Relativamente à categoria **Alterações nos Papéis** os discursos dos participantes fizeram emergir através da análise de conteúdo as seguintes subcategorias: Procriação, Papel Afetivo e Conjugual e Rejeição.

No que concerne à primeira subcategoria Procriação, da narrativa de uma participante tornou-se perceptível que esta dimensão é um aspeto fulcral na vivência da sexualidade, e que pode estar comprometido após os tratamentos de radioterapia:

E2 “(...) sentimos que a nossa sexualidade é abalada porque enquanto mulheres além do meu caso, deixo de poder ter filhos. É uma zona que mexe com a cabeça da mulher. (...).”

Como consequência dos tratamentos de radioterapia nos padrões de relacionamento social o Papel Afetivo e Conjugual despontaram, também, no relato de quatro entrevistadas, como podemos constatar pelos seguintes unidades de registo:

E1 “(...) antes tínhamos uma vontade e agora há assim um tabu entre nós dois, acho que mais entre mim e acaba por prejudica-lo, porque agora incomoda muito (...) o que antes posso dizer que acontecia uma vez por semana, agora dificilmente (...).”

E3 “(...) sinto-me diferente, muito diferente. E o marido paciente, também sente que está diferente. Ainda hoje vinha comigo a falar no carro, que está diferente, a relação está totalmente diferente do que a gente tinha antigamente, antes.”

E12 “(...) o parceiro também não insiste muito, acompanhou-me na altura, este presente na altura [mas agora estamos distanciados em termos afetivos].”

Relativamente à subcategoria Rejeição, uma das participantes referiu que uma preocupação recorrente ao nível afetivo-relacional se prende com o medo da rejeição e que interfere na vivência da sexualidade:

E7 “(...) já conversamos sobre isso, ele diz que está bloqueado, que bloqueou e agora sinceramente o que se passa mesmo com ele, eu não sei. Ele pode dar uma desculpa que der, o que é certo (...), sinto-me mal porque ter que usar outra coisa que não havia necessidade [dilatador] (...).”

Tendo em conta a categoria **Alterações na Relação Sexual**, emergiram três subcategorias das narrativas das participantes: Frequência do Ato Sexual, Forma de Sentir e Dar Prazer e Evitamento do Companheiro.

As consequências decorrentes dos tratamentos de radioterapia poderão fazer-se sentir ao nível da relação sexual, nomeadamente ao nível da Frequência no Ato Sexual, como nos enfatizam sete das participantes e evidente nos seguintes exemplos:

E2 “(...) confesso que deveria fazer mais porque deveria ter uma prática sexual mais ativa e regular e não, é uma média de quase 15 em 15 dias; eu sei que deveria ser de outra forma, mas pronto, lá está a parte psicológica também ainda está.”

E7 “(...) após dos tratamentos aconteceu duas vezes porque era necessário fazer, segundo as informações que tive. Não sei o que se passa na cabeça dele que, tem medo, não sei sinceramente.”

E9 “(...) acho que até em termos de frequência [sexual] aumentou.”

Para uma das entrevistadas o impacto dos tratamentos de radioterapia fez-se notar na Forma de Sentir e Dar Prazer, como podemos constatar através da seguinte unidade de discurso:

E4 “(...) sinto que estou diferente na forma como sinto prazer, bem como na forma como dou prazer ao meu marido.”

Das narrativas, seis das entrevistas enfatizaram como consequência dos tratamentos o Evitamento do Companheiro, a maioria das vezes por medo de as magoar durante a relação sexual:

E1 “(...) é um pouco complicado e ele também já começa a ficar com medo de me [magoar] e acaba também por desistir, pronto e isso tem afetado muito.”

E3 “(...) depois dos tratamentos ficou o medo, o medo da dor, o medo de sangrar, o medo que marido tem em me magoar.”

E10 “(...) o problema é que companheiro também medo de magoar, e aí perdesse logo a vontade.”

Segundo o relato de duas participantes o impacto dos tratamentos de radioterapia foi descrito como **Trauma Vivenciado após o Tratamento de BTI**, neste caso em particular, foi conotado como uma vivência dolorosa e angustiante, com repercussões ao nível da vivência da sexualidade:

E2 “(...) por muito forte que até tenha sido, (...) quando saí do serviço de braquiterapia nos dias a seguir fui-me abaixo, comecei a pensar em tudo, além do que a experiência aqui também para mim foi assim um bocado agressivo, no sentido que a pessoa está isolada, estar em “tortura”, é um ato ainda um bocadinho agressivo (...). Quando saí daqui dei por mim a pensar em tudo, (...) na questão da sexualidade (...).”

E3 “ (...) eu fiquei com um trauma da braquiterapia que ninguém imagina. Ainda agora quando, eu não posso estar no escuro, fiquei com receio, aquele quarto, ali tantas horas, não poder mexer-me aquilo para mim foi um trauma. O tratamento ainda vem-me muito à cabeça, (...) para mim isso foi um trauma, para mim isso ainda está na minha cabeça.”

(...) ” a BTI para mim foi o pior, (...) lembro-me disso, (...) vem-me tudo à cabeça e depois perco a vontade, perco totalmente a vontade de ter relações sexuais.”

4. DIFICULDADES DA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

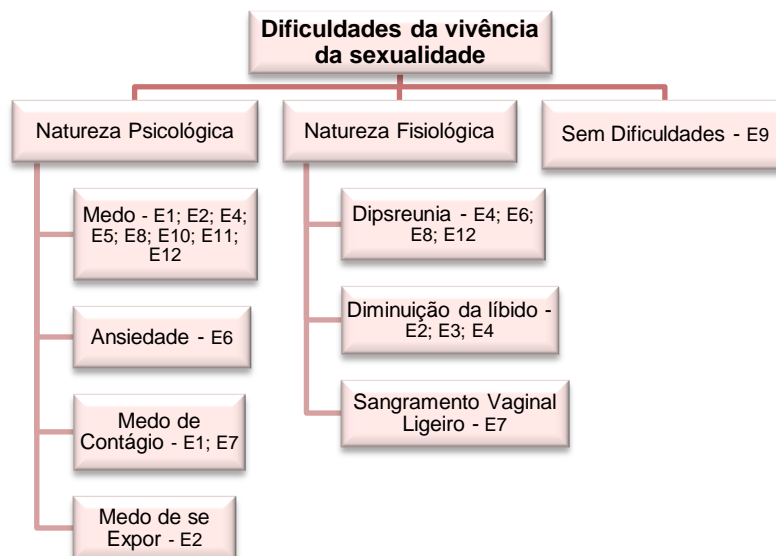


Figura 4 – Dificuldades da vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias

Esta área temática refere-se às diversas dificuldades sentidas pelas mulheres com cancro do colo do útero relativas à sua sexualidade e que agrupamos nas seguintes categorias: **Natureza Psicológica**, **Natureza Física** e **Sem Dificuldades**.

Relativamente à primeira categoria **Natureza Psicológica** despontou as seguintes subcategorias: Medo, Ansiedade, Medo de contágio e Medo de se Expor.

Uma das dificuldades manifestadas por oito das participantes nas suas narrativas está relacionada com o Medo (o medo da dor, medo de sangrar e medo do reinício da atividade sexual), como podemos constatar pelas seguintes unidades de discurso:

E1 “(...) mas já penso na dor que vou sentir, já não fico à vontade (...) e acabou aquele à vontade. (...)”

E8 “(...) a minha maior dificuldade foi o medo, tinha medo que às vezes fosse estragar alguma coisa (...)”

E12 “(...) tive receio e medo do reinício da atividade sexual, pelo que a primeira relação após os tratamentos ocorreu mais ou menos 2 meses após.”

A Ansiedade revelou-se, também, nos relatos das entrevistadas, como uma das dificuldades de natureza psicológica que interferem na vivência da sexualidade, como nos enfatiza uma das participantes no seu discurso:

E6 “(...) um pequeno anseio da minha parte nas primeiras duas três vezes, no entanto, iniciei a atividade sexual duas a três semanas (...). No início senti alguma ansiedade (...).”

O Medo de Contágio revela-se no discurso de duas entrevistadas, como uma das dificuldades sentidas e expresso das seguintes formas:

E1 “(...) a médica disse-me que não era transmissível, que eu não tenho mais nada, (...) mas ele, o homem fica com receio e então, isso atrapalha.”

E7 “(...) penso que quando se retira um peito é uma mutilação para a mulher, para o homem que vê também, mas quando tem a ver com o sexo que eles têm que introduzir, no nosso corpo o próprio corpo deles parece que lhes faz alguma confusão. Não se pega não é uma doença contagiosa, mas eu acho que na mentalidade de algumas pessoas isso ainda faz um bocadinho de confusão.”

Uma outra dificuldade de natureza psicológica manifestada por uma das participantes está relacionada com o Medo de se Expor e que podemos ver concretizada através da seguinte unidade de registo:

E2 “(...) não me sinto à vontade para fazer outras posições porque tento sempre proteger-me muito, expor-me o menos possível (...).”

No que concerne à categoria **Natureza Física** as narrativas das participantes fizeram emergir as seguintes subcategorias: Dispareunia; Diminuição da Líbido e Sangramento Vaginal Ligeiro.

A Dispareunia foi descrita por quatro das entrevistadas nas suas narrativas como uma das principais dificuldades na vivência da sexualidade e evidente nos seguintes enxertos:

E4 “(...) sinto que a presença de dor durante o ato sexual, me impede de aproveitar o momento antes do coito, ou seja, os preliminares, pois apesar de poder estar excitada nessa fase a possibilidade do dor durante o ato “faz ligar a ficha” e tenho a noção que acabamos por não aproveitar o momento de forma prazerosa. (...) Tenho noção que a dor sendo a maior dificuldade, não foi ultrapassada de forma eficaz. Procuramos investir nos preliminares (carícias) para atingir algum prazer, no entanto quando tentamos avançar a dor acaba por ser fator que impede de chegarmos ao prazer na totalidade.

E12 “(...) Durante a penetração doeu-me muito por dentro, é uma situação incómoda (...).”

Uma das dificuldades apresentadas por três das participantes que suscita maior preocupação está relacionada com a Diminuição de Líbido e expressadas da seguinte forma:

E2 “(...) A primeira dificuldade que senti no ato sexual foi antes de mais a minha falta de líbido, por estar a entrar numa fase de pré-menopausa (...). A falta de líbido que é uma coisa complicada (...).”

E4 “(...) sinto que estou diferente na forma como sinto prazer, bem como na forma como dou prazer ao meu marido. Os tratamentos modificaram algo internamente, pois já não sinto o mesmo prazer que antes dos tratamentos.”

O Sangramento Vaginal Ligeiro emergiu do relato de uma entrevistada como dificuldade que compromete a vivência da sexualidade:

E7 “(...) Das vezes que ocorreram tive dor e sangramento. Na primeira vez não, tive só sangramento, da segunda vez já tive dor e sangramento, porque já foi bastante espaçada em relação à primeira vez.”

Torna-se importante relatar que para uma das participantes a categoria **Sem Dificuldades** descreveu a sua vivência relativamente à sexualidade:

E9 “(...) Não houveram dificuldades.”

5. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

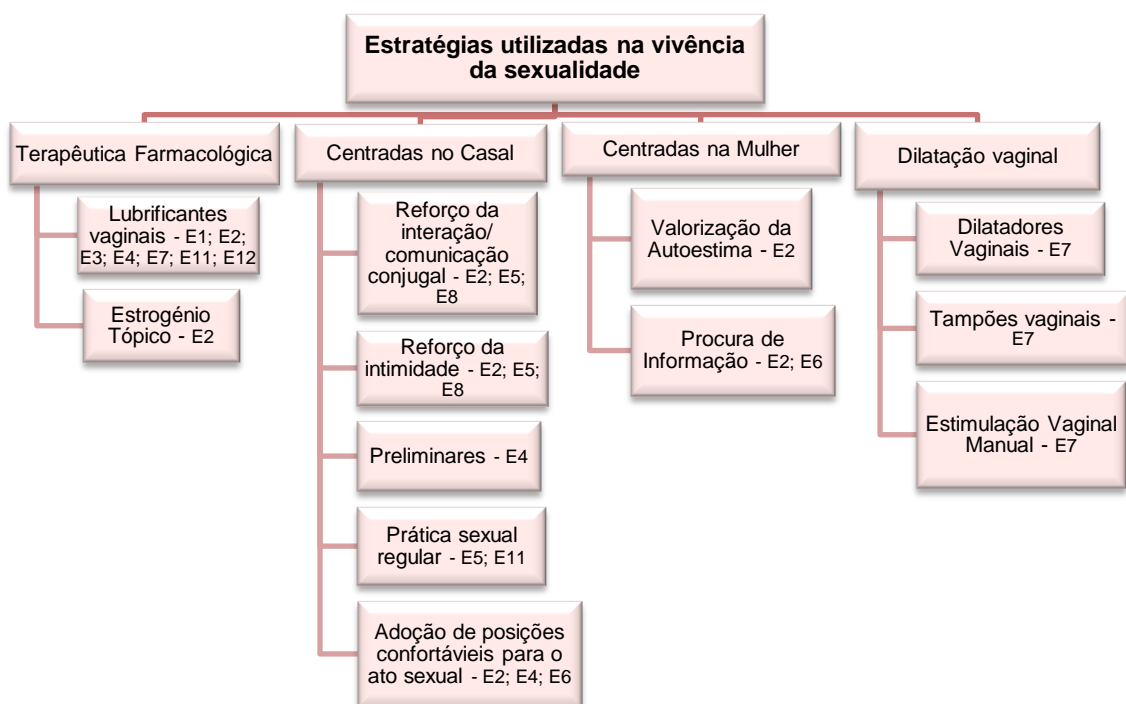


Figura 5 – Estratégias utilizadas na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero – categorias e subcategorias

Com o objetivo de promover a vivência da sexualidade, são utilizadas um conjunto de estratégias que agrupamos nas seguintes categorias: **Terapêutica Farmacológica**, **Centradas no Casal**, **Centradas na Mulher** e **Dilatação Vaginal**.

Relativamente às estratégias de terapêutica farmacológica incluem as seguintes subcategorias: Lubrificantes Vaginais e Estrogénio Tópico.

A utilização de Lubrificantes Vaginais retrata algumas das estratégias na vivência da sexualidade de sete participantes e, que são visíveis nos seguintes enxertos:

E1 “(...) utilizamos bastante gel, dado que a nossa lubrificação acabou e tem-se que utilizar bastante (...).”

E2 “(...) uso um gel vaginal. (...) O amigo é o GENIX que vai connosco para a cama, até nessa altura é uma situação, é uma altura de desconforto, porque já o coloquei eu mas a maior parte das vezes é o meu marido que o coloca, para tentarmos quebrar o gelo ali, mas logo aí, há desconforto porque há uma retração logo.”

E12 “(...) senti também secura vaginal pelo que tive que utilizar um creme lubrificante, tipo um gel e ajudou um bocadinho.”

O Estrogénio Tópico constitui, também, uma estratégia farmacológica que promove reparação da mucosa vaginal e como tal, evidenciada na narrativa de uma das entrevistadas:

E2 “(...) a ginecologista já me receitou outro, o BLISSEL, estriol é a substância.”

Da análise de conteúdos dos discursos proferidos pelos participantes e tendo por base a categoria **Centradas no Casal**, brotaram diversas subcategorias: Reforço da Interação/Comunicação Conjugal, Reforço da Intimidade, Preliminares, Prática Sexual Regular e Adoção de Posições Confortáveis para o Ato Sexual.

No que concerne à primeira subcategoria Reforço da Interação/Comunicação Conjugal, três das entrevistadas enfatizam a importância destas, como estratégia eficaz na vivência da sexualidade:

E2 “(...) há muito para tentar superar, houve muita parte de conversa entre nós, os meus medos, os receios e da parte dele um apaziguamento para que eu me sentisse à vontade.”

E5 “(...) nós dois enquanto casal, a conversar fomos ultrapassando o meu problema de saúde e a nossa necessidade de sexualidade, a gente a falar também nos compreendemos muito um ao outro. (...) no nosso caso penso que (...) que encontramos a compreensão e o carinho para ultrapassar esta etapa.”

E8 “(...) como nos compreendemos bastante, podemos iniciar a atividade sexual, ultrapassando as dificuldades.”

O Reforço da Intimidade emerge, também, como uma das estratégias centradas no casal e que promove uma vivência da sexualidade. Para três das participantes, este apresenta lugar de destaque nas suas narrativas e que se concretizam da seguinte forma:

E2 “(...) há muito para tentar superar, houve muita parte de conversa entre nós, os meus medos, os receios e da parte dele um apaziguamento para que eu me sentisse à vontade.”

E5 “(...) nós dois enquanto casal, a conversar fomos ultrapassando o meu problema de saúde e a nossa necessidade de sexualidade, a gente a falar também nos compreendemos muito um ao outro. (...) no nosso caso penso que (...) encontramos a compreensão e o carinho para ultrapassar esta etapa.”

E8 “(...) como nos compreendemos bastante, podemos iniciar a atividade sexual, ultrapassando as dificuldades.”

No que se refere à subcategoria Preliminares, uma das participantes enfatiza a importância destes na vivência da sexualidade:

E4 “(...) procuramos investir nos preliminares (carícias) para atingir algum prazer (...).”

Para outras duas das entrevistas a Prática Sexual Regular constitui também uma das estratégias a ter em consideração e que são visíveis nos seguintes enxertos:

E5 “(...) a gente tem que ter relações todos os dias, regularmente, muitas relações sexuais.”

E11 “(...) tentamos manter uma atividade sexual regular para evitar que isto feche, todas as semanas tentamos ter.”

A Adoção de Posições Confortáveis durante o Ato Sexual revelou-se no relato de três participantes uma importante estratégia de vivência da sexualidade, por permitir à mulher controlar a penetração durante a relação sexual e concomitantemente melhorar a sensação de desconforto:

E2 “(...) a partir do momento em que conseguimos encontrar, dentro da posição, tipo um ângulo certo para que os nossos órgãos se possam juntar (...) eu evito que se possam fazer outras coisas ou de mudar de posição porque eu ao sentir-me confortável numa já encontrei aquela localização, aquela posição, quero que o ato fique por ali, que continue e que acabe, tentar disfrutar (...).”

E4 “(...) tentamos também encontrar algumas posições durante o ato sexual que provoquem menos dor.”

E6 “(...) manter uma posição mais confortável para mim, como a posição de missionário (...) mais confortável onde eu pudesse também controlar a entrada do pénis ou não, e nas primeiras sim tivemos o cuidado de ter posições mais confortáveis para mim (...).”

Relativamente às estratégias **Centradas na Mulher**, emergiram as seguintes subcategorias: Valorização da Autoestima e Procura de Informação.

Para uma das entrevistadas a Valorização de Autoestima revelou-se fulcral como recurso de valorização pessoal e concomitante para uma melhor vivência da sexualidade e expresso da seguinte forma:

E2 “(...) fui sempre mantendo a boa disposição e o otimismo (...).

A Procura de Informação foi, também, considerada uma estratégia que duas das participantes valorizaram nas suas narrativas:

E2” (...) ainda hoje sinto coisas no corpo, penso porque será, será por isto, será por aquilo, e às vezes dou por mim, eu própria a tentar procurar informação sobre isso (...).”

E6 “(...) porque eu própria também procuro saber as coisas e faço o meu próprio estudo (...).”

No que concerne à categoria **Dilatação Vaginal**, despontaram as seguintes subcategorias: Dilatadores Vaginais, Tampões Vaginais e Estimulação Vaginal Manual.

Como estratégia para promover a dilatação vaginal e concomitantemente evitar o aparecimento da estenose vaginal (encurtamento vaginal - complicação dos tratamentos de radioterapia), uma das entrevistadas utilizou o Dilatador Vaginal com essa finalidade:

E7 “(...) entretanto comprei um dilatador, uma coisa pequena, mas o suficiente para eu de vez em quando, pelo uma vez por semana, mais ou menos, foi o que indicaram aqui no hospital para eu fazer sozinha, já que tenho relação sexual.”

A mesma participante usou, também, outras estratégias de dilatação vaginal, nomeadamente a utilização de Tampões Vaginais, no entanto, o resultado não foi o esperado, tendo em consideração o desconforto apresentado, bem como a Estimulação Vaginal Manual, como podemos constatar pelas seguintes unidades de discurso:

E7 “(...) também me indicaram a utilização do tampão, mas foi extremamente dolorosa (...). Foi muito doloroso, senti-me mal e não voltei a usar, usei apenas uma vez.

E7 (...) Faço sempre [manipulação] manual porque tenho medo. Aliás, antes de comprar, fiz sempre manual, depois comecei a utilizar o dilatador.”

6. NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DA SEXUALIDADE

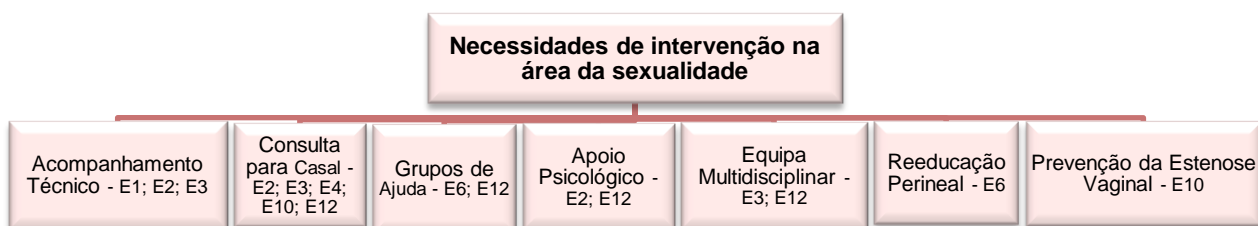


Figura 6 – Necessidades de intervenção na área da sexualidade – categorias e subcategorias

Nesta área temática pretende-se explorar na perspetiva das mulheres com cancro do colo do útero, quais as necessidades de intervenção na área da sexualidade. Das suas narrativas emergiram as seguintes categorias: **Acompanhamento Técnico, Consulta para Casal, Grupos de Ajuda, Apoio Psicológico, Equipa Multidisciplinar, Reeducação Perineal e Prevenção da Estenose vaginal.**

Para três das participantes a necessidade de **Acompanhamento Técnico** e orientação fornecida por um profissional na área da sexualidade, revelou-se nos seus relatos da seguinte forma:

E1 “(...) eu acho que no meu ver precisamos de mais. Nós, mulheres que passamos por isso precisamos, acho eu, de um acompanhamento como casal, que é para nos orientar mais, para quebrar o tabu (...) de nos ensinar a utilizar meios, acho que isso ajudaria muito, por aquilo que falta entre nós dois. (...) a existência de um profissional que podia dizer que podíamos utilizar um tipo de brinquedo e tentar isso antes dos preliminares, tentar algo para que a gente esqueça da dor, eu esqueça, eu acho que é o que falta para ultrapassar as dificuldades (...)”

E2 “(...) acho que a informação que é prestada no serviço não se trata de ser incompleta mas é pouca (...), mas talvez haver uma conversa do que mudou e do que pode mudar (...) acho que nos ia ajudar e então neste campo que afeta a mulher, a feminilidade fica muito afetada, acho que era importante conversarmos com alguém e também era importante que houvesse numa das consultas que fosse a especialidade que fosse um acompanhamento nesse sentido de conhecimento mais do corpo, das causas, porque na realidade dão-nos uns folhetos informativos sobre o que é a RT (...), mas se calhar o que está por trás de todas as outras coisas que sucedem com o corpo não é tão valorizado (...)”

E3 “(...) Dizer assim, você vai ficar assim, vais ser assim, é normal ser isto, eu penso assim. Ela também tem muitas doentes, não dá para estar a explicar, se calhar tudo.”

A existência de uma **Consulta para o Casal** seria na opinião de cinco das participantes uma mais-valia de forma a promover uma melhor vivência da sexualidade, como podemos constatar nos seguintes enxertos:

E2 “(...) Uma consulta para casais talvez por causa dos receios (...) além das questões psicológicas e das físicas (...)”

E4 “(...) como sugestão futura, a existência de uma consulta para o casal seria uma mais-valia, por forma a desmistificar alguns conceitos, nomeadamente em relação à abrangência da sexualidade, alterações que podem ocorrer, bem como formas de as ultrapassar.”

E10 “(...) penso que a existência de consulta para os casais para desmistificar algumas coisas sobre a sexualidade seria importante (...)”

Para duas das entrevistadas a existência de **Grupos de Ajuda** através da partilha de experiências revelar-se-ia um importante recurso, como nos revelam as seguintes unidades de registo:

E6 “(...) ou então poder conversar com outras pessoas [terapia em grupo] que já passaram pelo mesmo.”

E12 “(...) acho que deveriam reunir as pessoas que fizeram esses tratamentos, uma espécie de reunião, uma terapia de grupo, porque não? (...)”

Relativamente à subcategoria **Apoio Psicológico**, duas das participantes expressaram a necessidade de uma intervenção individual, permitindo à pessoa encontrar alternativas e estratégias para a resolução de problemas, subsequentes ao diagnóstico de doença oncológica:

E2 “(...) a parte da ajuda de psiquiatria acho que é importante em quase todos os doentes oncológicos, deveria haver desde o início. Eu sei que nem sempre acontece ou que nem sempre marcam as consultas mas acho que deveria haver. Acho que nos ia ajudar e então neste campo que afeta a mulher, a feminilidade fica muito afetada, acho que era importante conversarmos com alguém (...)”

E12 “(...) Por causa do medo e receio inicial a existência de uma equipa com um psicólogo poderia ajudar, talvez porque isso custa a superar um bocadinho. A gente vê nos outros e nunca pensa que nos acontece a nós, e se tivermos uma ajuda de um psicólogo se calhar supera-se melhor, não custa tanto, não é?”

A existência de uma **Equipa Multidisciplinar** que enfatize o cuidado holístico fez-se notar nas narrativas de duas entrevistadas como necessidade de intervenção na área da sexualidade e que expresso da seguinte forma:

E3 “(...) a existência de uma equipa com vários profissionais também seria importante, nomeadamente um psicólogo, para ajudar a ultrapassar alguns medos.”

E12 “(...) por causa do medo e receio inicial a existência de uma equipa (...)”

Para uma das participantes a **Reeducação Perineal** emergiu na sua narrativa como uma necessidade de intervenção e concomitante, como sugestão de um recurso fundamental na reeducação muscular do assoalho pélvico e melhoria da vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero, como podemos constatar pelo seu testemunho:

E6 “(...) outra situação que acho que deveriam contemplar é a mobilidade física da própria mulher, porque como estive muito tempo parada os seus próprios músculos e o seu próprio organismo está tenso e haver a possibilidade de fazer uma fisioterapia a nível da anca ou da zona tratada [região pélvica], para que essa zona fique melhor e mais apta a ter uma melhor sexualidade.”

A **Prevenção da Estenose Vaginal** (através de diferentes técnicas de dilatação) emergiu, também, como necessidade de intervenção que melhora significativamente a vivência da sexualidade, como nos revela uma das participantes na sua narrativa:

E10 “(...) mesmo as médicas da RT disseram que convinha não deixar de ter [relação sexual], mas eu tive sempre aquele problema de ele estar no estrangeiro, pelo que nos

deveriam ter dado mais informação em relação [a alternativas em relação à atividade sexual], e depois já passou este tempo e não consegui fazer nada.”

Completamos, assim, a apresentação dos resultados obtidos, passando de seguida à discussão dos mesmos.

Da apresentação e análise dos dados obtidos, constatamos que a vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero revela-se como um fenómeno multidimensional que exige uma intervenção da mesma natureza.

Torna-se fulcral, desta forma, conhecer o impacto que a doença oncológica/tratamentos tem na vivência da sexualidade, por forma a conhecer as maiores dificuldades e concomitantemente encontrar uma plano de intervenção que se adapte às suas reais necessidades destas mulheres.

O EEER tem, assim, um importante papel neste processo, de forma a desenvolver uma atuação que promova capacidades adaptativas com vista a promover o autocontrolo e autocuidados na transição doença/incapacidade, prevenindo complicações secundárias aos tratamentos (como por exemplo a estenose vaginal em doentes submetidas a radioterapia) e capacitando as doentes para gerir os efeitos secundários que possam ter impacto negativo na vivência da sexualidade.

CAPÍTULO IV
A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE
À SEXUALIDADE
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos proceder à discussão dos dados obtidos, sustentados na nossa análise e olhar sobre a temática tendo por base as ideias e opiniões dos autores que se debruçaram sobre o tema. Esta etapa do trabalho permite a discussão dos resultados através de uma comparação da “(...) *teoria emergente com a literatura existente sobre o tema em investigação, tentando perceber quais as similaridades e as diferenças*” (Lopes, 2003, p. 74).

A discussão será orientada pelas diferentes áreas temáticas, conforme estratégia utilizada no capítulo anterior.

FUNCIONALIDADE SEXUAL DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

A sexualidade constitui-se como um fenómeno multidimensional, no qual as componentes biológicas e fisiológicas de desejo sexual e reprodução são incluídas, agregando ainda, as componentes psicológica designadamente a autoestima, o autoconceito e autoimagem, a componente sociológica, assim como a religião, a cultura e os papéis sociais (Lobo [et al.], 2010).

É um conceito dinâmico e é único para cada um na sua singularidade. Desta forma, a sexualidade é sinónimo de cuidar holístico e é abordada no intuito de promover a saúde sexual. A sexualidade assume-se como um processo com que o ser humano se estrutura, organiza e comunica.

Os achados deste estudo revelam que as mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia atribuem uma variedade de significados à sexualidade, nomeadamente, relacionadas com a **dimensão física** e concretizada na relação sexual. Corroborando com Greco (2000) a **dimensão física** da sexualidade está relacionada com o funcionamento sexual e concomitantemente com a satisfação sexual.

Do discurso dos participantes emergiu, também, a sexualidade como **dimensão relacional** e como sinónimo de intimidade, compreensão, cumplicidade, carinho, amor, carícias e comunicação verbal. A sexualidade está, segundo a Comissão das Comunidades Europeias (1994), relacionada com a intimidade, a afetividade, o carinho, a ternura, a comunicação, sentir e expressar sentimentos e emoções. Também Basson Cit. por Abbott-Anderson; Kwekkeboom (2012) reforça a importância da componente socio-relacional como a interação com o parceiro e envolvimento afetivo-emocional.

A sexualidade é um dos núcleos estruturantes e essenciais da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas, é um complexo que se

integra no plano global de desenvolvimento da pessoa. Assim, e tal como já havia sido referido anteriormente, a sexualidade segundo alguns dos participantes assume-se, também, como uma **dimensão global**, na qual diferentes aspetos da dimensão física e relacional se fundem num conceito multidimensional (Abbott-Anderson; Kwekkeboom, 2012; Cleary; Hegarty, 2011), em que as componentes biológicas e fisiológicas de desejo sexual e reprodução são incluídas, agregando ainda, as componentes sociológica e a psicológica.

Paralelamente ao significado de sexualidade o discurso das participantes fez emergir o padrão sexual antes dos tratamentos, como foco de atenção. De forma semelhante ao exposto anteriormente este padrão fez despontar diferentes dimensões. Relativamente à **dimensão física** os diferentes tipos de sexo (como por exemplo o sexo oral), a vida sexual ativa, os preliminares (carícias, beijos), o prazer sexual, a relação sexual, a excitação e as diferentes posições sexuais assumem importância fulcral na vivência da sexualidade.

No que concerne à **dimensão relacional** as narrativas das entrevistadas enfatizam a vivência da sexualidade concretizada através do carinho, da intimidade e da satisfação. Corroborando com Hodge (cit. por Davis e Taylor, 2006) a sexualidade é uma dimensão multifacetada, isto porque apesar do coito vaginal ser a atividade sexual mais praticada em todas as civilizações, para a vivência satisfatória da sexualidade, tal como defendem Almeida; Lourenço (2007) é essencial que coexistam o afeto, a paixão, a cumplicidade, o companheirismo, o namoro, o amor e o sexo.

A cultura define qual a sexualidade e o desempenho sexual aceites na sociedade, bem como as variações do prazer sexual. Deste modo, as intervenientes do nosso estudo referem, também, a **dimensão cultural** como fator condicionante da vivência da sexualidade. Algumas mulheres podem sentir pressão na satisfação sexual do companheiro, como resultado de imposições culturais (Maguire, [et al.], 2016). O receio de perder o companheiro, faz com que invistam mais na satisfação deles, do que na própria satisfação sexual (Gilbert [et al.], 2011). Em algumas sociedades são as mulheres que iniciam o contacto, noutras são os homens. As posições assumidas durante o ato sexual, a presença ou ausência do beijo, a duração desejada para o ato sexual, a estimulação sexual, a frequência e as relações em certas alturas do ciclo menstrual são orientadas por normas e proibições culturais. São linhas orientadoras habituais em diversas culturas a proibição do incesto e a defesa da privacidade durante as relações sexuais (Woods, Cit. por Greco, 2000).

IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O diagnóstico de doença oncológica pode ter um forte impacto na vida das mulheres acometidas por esta doença, nomeadamente na vivência da sua sexualidade. São inúmeras as alterações que podem ocorrer com repercussões ao nível do contexto familiar, relacional e psicossocial (Silva [et al.], 2014).

A doença oncológica é silenciosa e representa uma ameaça à vida do doente, provocando também uma situação stressante para toda a família, atingindo cada membro individualmente.

É uma doença que acarreta efeitos que podem repercutir-se no **domínio das relações interpessoais**. Do testemunho das participantes do nosso estudo este impacto pode fazer sentir-se na intimidade, não só a nível físico como também emocional. Diversas vezes, as mulheres com cancro ginecológico, sentem o impacto negativo, que a doença tem nas suas relações íntimas, sendo que o processo para o equilíbrio e harmonia dessas mesmas relações é moroso e acompanhado de sentimentos de isolamento e dificuldades relacionais (Gilbert [et al.], 2011; Sacerdoti [et al.], 2010; Silva [et al.], 2014). Estas dificuldades intensificam-se quando os casais não comunicam sobre os sentimentos decorrentes da vivência de doença oncológica e não partilham a mesma necessidade de intimidade (Cleary; Hegarty, 2011).

Dificuldades sexuais são experienciadas por muitos doentes, sendo que o apoio prestado pelos seus parceiros, nomeadamente em situações onde existem alterações físicas significativas devido à doença, demonstra ter um papel preponderante para a possibilidade de existir uma vida sexual satisfatória após os tratamentos e ao longo da vida (Ramirez [et al.], 2009).

A satisfação da relação conjugal é um importante preditor para uma maior satisfação sexual, sendo que tanto a relação afetiva como a dimensão da sexualidade são temáticas essenciais de serem abordadas pelos profissionais (Ramos; Patrão, 2005).

As repercussões da doença oncológica têm impacto ao nível do **domínio psicossocial** como nos revelam as intervenientes do estudo, manifestado através de **sentimento de perda**. Este, muitas vezes, associado à perda da feminilidade e capacidade de procriação que ficam afetadas pelos diferentes tratamentos (Gilbert [et al.], 2011; Stead [et al.], 2007) e que se refletem ao nível da vivência da sexualidade (pelas diferentes repercussões ao nível bio-psico-socio-espiritual), bem como na identidade sexual e bem-estar.

O útero (palavra originária do grego *hystera*) é um órgão feminino, musculoso, oco e elástico no qual se processa o desenvolvimento embrionário, sendo o formato semelhante ao de uma pera invertida. Também chamado de “matriz”, aparece investido como sede da feminilidade na medicina antiga. Aristóteles, citado em Lemgruber [*et al.*] (2001), acreditava que o útero seria o ponto central da feminilidade, representando o espírito da mulher.

Embora a sexualidade não se restrinja apenas aos órgãos sexuais, ela perpassa por todo o corpo e está intimamente ligada à subjetividade. O conhecimento dos órgãos contribui para desmistificar e quebrar os tabus que envolvem o corpo da mulher e sua relação com o sexo.

Associado ao sentimento de perda o **medo de recidiva** emerge dos relatos das participantes como uma consequência dos tratamentos para a doença oncológica. O cancro, no conjunto das doenças crônicas e graves, assume uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, medo irracional e imprevisibilidade que cria no doente e no sistema familiar. Continua a revelar-se como uma das doenças mais temidas da humanidade, que provoca um conjunto de reações emocionais ao nível do doente, com repercussões imediatas na família e na própria sociedade. Atualmente o cancro deixou de ser uma irremediável fatalidade, pois muitas das situações de doença oncológica, são hoje controladas e permitem já grandes períodos de sobrevida.

Não obstante esse facto o **medo de recidiva** continua a pautar a vida de algumas mulheres com cancro do colo do útero (Lloyd [*et al.*], 2014), que inclusive atribuem ao reinício da atividade sexual um fator condicionante de recidiva da doença, impedindo-as de disfrutar o momento de prazer decorrentes da interação sexual (como podemos constatar no discurso das nossas intervenientes). As mulheres com cancro ginecológico vivenciam uma experiência que envolve perdas, medo, tristeza, que em alguns momentos, pode ser percebida como sem resolução. É um facto presente no quotidiano destas mulheres o **medo da recidiva** tumoral, pois o aparecimento de dores ou de qualquer alteração em seu estado físico (nomeadamente sangramento vaginal) representa este fantasma e relembra que a doença pode estar em progressão (Silva; Merighi, 2006).

O cancro não sendo uma só entidade clínica, pois inclui um conjunto vasto de doenças oncológicas, impõe a quem o enfrenta, uma grande ameaça à integridade física e psíquica e confronta a pessoa com a sua própria vulnerabilidade. Deste modo, e a partir dos relatos das participantes do nosso estudo, foi possível identificar que a fase

de indicação terapêutica trouxe à tona questões relacionadas com **expectativas em relação aos tratamentos**, assim como as suas repercussões, originando sentimentos de medo e insegurança relacionados com a vivência da sexualidade (Mattos [et al.], 2014).

A vulnerabilidade expressada através das dúvidas acerca da eficácia do tratamento, da cura e das dificuldades enfrentadas no seu quotidiano representa um fator negativo para o tratamento do cancro, assim como, para a recuperação após seu término. Sendo este o período em que a cura ainda não é possível de ser confirmada, a mulher aguarda ansiosamente esta confirmação, que lhe provoca muitas vezes sentimentos de medo e incerteza com repercussões no seu processo de readaptação (Linard [et al.], 2002; Mattos [et al.], 2014).

IMPACTO DOS TRATAMENTOS DE RADIOTERAPIA NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Embora numa fase inicial, a questão da sexualidade não seja prioritária, uma vez que tudo se concentra no evitar danos superiores e a própria morte, posteriormente esta dimensão afeta a qualidade de vida dos doentes, pois a disfunção sexual encontra-se associada a sentimentos de angústia em ambos os sexos, assim como sintomas depressivos e ansiedade (Flynn [et al.], 2011; Zebrack [et al.], 2010).

Os diferentes efeitos decorrentes do tratamento de radioterapia podem, assim, repercutir-se de diversas formas ao nível da vivência da sexualidade.

Assim, os achados deste estudo revelam o impacto do tratamento de radioterapia concretizado em alterações fisiológicas, que se relacionam com a capacidade de dar e receber prazer sexual, engoba o funcionamento dos órgãos sexuais e com a fisiologia da resposta sexual.

A **dispareunia** emergiu dos relatos das nossas participantes como efeito secundário do tratamento de radioterapia e com impacto na vivência da sexualidade. Define-se como a presença de dor durante o ato sexual e pode comprometer de forma significativa a relação sexual e concomitantemente a sexualidade (Abbott-Anderson; Kwekkeboom, 2012; Jensen, [et al.], 2003; Maguire, [et al.], 2015; Schover [et al.], 2014). Tendo por base estes pressupostos, as mulheres acabam algumas vezes por entrar em abstinência sexual, por medo e receio do desconforto resultante da atividade sexual.

Concomitantemente, e como resultado do tratamento de radioterapia o **sangramento vaginal ligeiro** despontou do discurso das participantes, como efeito secundário com impacto na vivência da sexualidade. Descrevem-no como uma alteração decorrente dos tratamentos que poderá revelar-se desconfortável e constrangedor (Bernardo [et al.], 2007; Maguire, [et al.], 2015; Sadovsky [et al.], 2010) mas, também, vivenciado como possibilidade de recidiva tumoral, como nos revelam as narrativas das nossas intervenientes.

Para as mulheres participantes no nosso estudo a **secura vaginal** emergiu dos seus relatos como sinónimos de preocupação (Abbott-Anderson; Kwekkeboom, 2012; Bernardo [et al.], 2007; Lindau [et al.], 2007; Sadovsky [et al.], 2010; Stead [et al.], 2007). Esta evidencia o efeito radio tóxico sobre as glândulas localizadas no trato inferior, assim, como a radiosensibilidade das gônadas responsáveis pela produção das hormonas esteroides femininos, o que é fundamental na resposta sexual (Bernardo [et al.], 2007). A falta ou ausência de humidificação natural da vagina é o resultado do impacto do tratamento ao nível da mucosa vaginal. A secura vaginal poderá, assim, provocar dor durante o ato sexual (dispareunia) e concomitantemente trazer repercussões ao nível da vivência da sexualidade. Como tal, torna-se imperioso a utilização de terapêutica farmacológica, nomeadamente os lubrificantes vaginais que promovam a lubrificação local, hidratação e reparação da mucosa vaginal, permitindo à mulher uma interação sexual com maior segurança e conforto.

Uma outra consequência do tratamento de radioterapia reflete-se ao nível do desejo sexual, com **diminuição da libido**. Esta alteração desponta das narrativas das nossas intervenientes como sinal de inquietação (Bernardo [et al.], 2007; Burns [et al.], 2007; Sadovsky [et al.], 2010; Stead [et al.], 2007) e com repercussão na forma de sentir e dar prazer. Esta alteração está relacionada com alterações hormonais, subseqüentes à ausência ou diminuição da função ovárica induzida pela radioterapia que provoca deficiência estrogénica (Martins da Rosa, [et al.], 2016).

A **diminuição da elasticidade** emergiu, também, como alteração fisiológica do tratamento de radioterapia (Bernardo [et al.], 2007; Stead [et al.], 2007) e que podemos ver expresso no relato das participantes do nosso estudo. Esta alteração tem impacto na vivência da sexualidade, na medida em que a radioterapia tem efeito na mucosa vaginal, provocando diminuição do aporte da oxigénio e conseqüentemente os tecidos vaginais começam a atrofiar, resultando na diminuição da espessura vaginal e concomitantemente diminuição da elasticidade. A mulher poderá sentir desconforto durante a relação sexual, pelo que se torna fundamental, o ensino de estratégias que

promovam a dilatação vaginal e que podem interferir significativamente na relação sexual.

Paralelamente a esta diminuição da elasticidade vaginal, as entrevistadas do nosso estudo relatam que a radioterapia tem como efeito a **alteração do tamanho e curvatura da vagina**. Efetivamente, a radioterapia poderá induzir este tipo de alteração, por mecanismos já anteriormente descritos e que resultam da atrofia da mucosa vaginal (Jensen, [et al.], 2003; Donovan [et al.], 2007; Rasmusson; Thomé, 2008; Stead [et al.], 2007) e conseqüentemente uma diminuição da profundidade vaginal (Bernardo [et al.], 2007). As participantes do nosso estudo enfatizam este efeito com impacto negativo ao nível da relação sexual (coito) e concomitantemente na vivência da sexualidade.

As alterações hormonais decorrentes do tratamento de radioterapia tal como já foi referido previamente resulta numa diminuição estrogénica que origina uma **menopausa precoce** (Mirabeau-Beale; Viswanathan, 2014; Pieterse [et al.], 2006; Schover, 2008) como nos relatam as participantes deste estudo, através das suas narrativas. Esta nova condição de saúde repercute-se, também, ao nível da lubrificação vaginal e da alteração do desejo sexual, efeitos com impacto negativo na sexualidade.

As disfunções sexuais resultantes do tratamento de radioterapia podem, desta forma, incluir **alteração do prazer** e que pode ser evidenciada no discurso das nossas participantes. Apesar de alguns estudos corroborarem os achados neste trabalho (Bernardo [et al.], 2007; Stead [et al.], 2007), nos quais a diminuição do prazer constitui uma vivência comum no funcionamento sexual, encontramos algumas participantes que nos revelam aumento de prazer sexual após os tratamentos de radioterapia. O primeiro achado e como podemos contactar anteriormente resulta de alterações hormonais subsequentes aos tratamentos, o segundo, poderá ser explicado pelo reforço da relação afetiva e conjugal, como estratégia de uma melhor adaptação à doença oncológica (Maree [et al.], 2013).

Existe uma diversidade de dificuldades sexuais que são experienciadas por muitos doentes, sendo que o apoio prestado pelos seus parceiros demonstra ter um papel influente para a possibilidade de existir uma vida sexual satisfatória após os tratamentos e ao longo da vida (Ramirez [et al.], 2009).

A sexualidade possui um papel relevante para a relação conjugal. Como tal, o companheirismo e a amizade revelam-se essenciais (*ibidem*) para uma eficaz

adaptação aos processos de doença/incapacidade aos quais a mulher está sujeita. Salienta-se que as mulheres que possuem maior satisfação sexual, para além de experienciarem mais afeto positivo durante a relação sexual, apresentam maiores níveis de humor positivo, o que contribui para uma maior satisfação em geral (Vilarinho, 2010).

As narrativas das intervenientes do nosso estudo revelam, também, a **insatisfação da performance sexual**, como um dos efeitos dos tratamentos de radioterapia e com impacto na vivência da sexualidade. Um dos maiores obstáculos emocionais e sexuais que as mulheres podem enfrentar, relaciona-se com a ansiedade de desempenho sexual (Lindau [et al.], 2007; Mirabeau-Beale; Viswanathan, 2014). Os tratamentos de radioterapia podem originar implicações a este nível, na medida em que as mulheres são assoladas por diferentes alterações psicossociais decorrentes da própria vivência da doença e que tem impacto ao nível da sexualidade. A performance sexual é um dos problemas que mais acarreta disfunções sexuais em pessoas de todas as idades e com vida sexual ativa.

A sociedade e os costumes sempre nos fizeram pensar no sexo como um ato, uma performance ou mesmo um objetivo a ser cumprido, sem pensar muitas vezes no real sentido e significado da relação sexual de forma íntima e prazerosa com quem partilha esse momento.

Para além das alterações fisiológicas resultantes dos tratamentos de radioterapia, as alterações psicológicas despontaram dos relatos das nossas participantes, como focos de preocupação destas mulheres. Desta forma, os fatores psicológicos podem ter importante papel na saúde sexual.

Os achados do nosso estudo realçam a presença do **medo** como resposta emocional na vivência da sexualidade (Burns [et al.], 2007; Lindau [et al.], 2007; Stead [et al.], 2007). Este medo concretiza-se num medo da dor durante a relação sexual (Bukovic [et al.], 2008), mas também, num medo de sangrar, que faz com que a mulher adote comportamentos de fuga com impacto no reinício da atividade sexual após os tratamentos, que poderá ocorrer mais tarde do que as orientações facultadas pelos profissionais de saúde. Esta protelação do início da atividade sexual poderá originar alterações psicossociais na vivência da sexualidade (medo, ansiedade), mas, também, repercussões fisiológicas (dor, sangramento, atrofia vaginal).

As consequências psicológicas como impacto dos tratamentos de radioterapia podem, também, materializar-se através da **ansiedade** manifestadas pelas intervenientes do

nosso estudo nas suas narrativas. Esta ansiedade poderá ser marcada por sensações desagradáveis com consequências negativas na vivência da sexualidade (Audette; Waterman, 2010; Burns [et al.], 2007; Tierney, 2008).

O **desconforto no toque** emergiu do discurso das participantes como consequência psicológica da radioterapia na vivência da sexualidade. Durante todo o percurso de doença e tratamentos, a mulher está exposta inevitavelmente a diferentes explicações decorrentes deste processo. Estas exposições resultam das inúmeras observações ginecológicas nas diferentes interfaces de cuidados (consulta de admissão, consultas durante o tratamento e consultas de follow-up) e originam um desconforto que poderá prolongar para os momentos de intimidade e partilha com o companheiro, com impacto negativo na sexualidade.

As modalidades de tratamento para doença oncológica que tem um forte impacto ao nível dos órgãos sexuais femininos, como no caso do cancro do colo do útero, podem resultar numa **autoimagem comprometida**. As reações aos tratamentos de radioterapia envolvem alterações fisiológicas que acentuam os distúrbios de autoimagem além de repercutir na vida funcional e reprodutiva da mulher, nomeadamente com ganho de peso e disfunções sexuais, entre outros (Oliveira [et al.], 2010).

Corroborando com Burns [et al.], 2007 e Donovan [et al.], 2007, os relatos das intervenientes deste estudo fizeram emergir como consequência dos tratamentos a **autoimagem comprometida** e concomitantemente, com impacto na vivência da sexualidade. As mulheres com cancro podem sofrer grande impacto emocional e psicossocial, decorrentes do processo de doença.

Para algumas das participantes o **constrangimento** despontou dos seus discursos como consequência psicológica da radioterapia. No estudo de Lamb; Sheldon (1994) o sangramento vaginal constitui uma barreira à atividade sexual, mas, também, origina um forte impacto no seu autoconceito e imagem corporal, aliado algumas vezes a um conceito de “sujidade”. A noção de que as mulheres se sentem “suja” devido ao sangramento vaginal, é suscetível de ser moldada por construções e representações da vagina como vergonhosas e impuras (Braun; Wilkinson, 2001).

Além das repercussões fisiológicas e psicológicas dos tratamentos com impacto na vivência da sexualidade as alterações dos papéis sociais emergiram das narrativas das nossas participantes como foco de apreensão. Estas consequências fizeram-se sentir ao nível da **procriação**, mais especificamente, ao nível da fertilidade. Para Reis

[*et al.*] (2010) e Sacerdoti [*et al.*] (2010) a infertilidade acarreta um grande impacto emocional na vivência da sexualidade das mulheres. O tratamento de radioterapia utiliza radiação ionizante para destruir, eliminar ou impedir que as células do tumor aumentem de tamanho, provocando, também, falência ovárica e conseqüentemente infertilidade. Também Juraskova [*et al.*] (2003) nos referem que as questões relativas à feminilidade e à perda da função reprodutiva são importantes não só para as mulheres mais jovens que perderam o seu potencial de procriação, mas, também, para as mulheres mais velhas ou que tenham completado a sua família, em termos da sua capacidade percebida para cuidar da família.

Ainda no que se refere às alterações dos papéis sociais, o impacto ao nível do **papel afetivo e conjugal**, também foi notório no discurso das participantes, com repercussão na vivência da sexualidade (Burns [*et al.*], 2007).

As mudanças físicas, psíquicas e de papéis sociais, além da rutura de planos futuros e da rotina de vida causadas pela doença e seus tratamentos, alteram a dinâmica de vida do doente e interferem conseqüentemente no funcionamento familiar (Carvalho, 2008; Melo [*et al.*], 2012). É fundamental considerar que o cônjuge, também, apresenta dificuldades e necessidades ao longo do processo de doença e tratamento. A relação conjugal definida como vínculo afetivo, resulta de um processo dinâmico e interativo entre o casal, que conjuga as variáveis da relação amorosa, aliança e sexualidade e, concomitantemente poderão estar afetadas pelo próprio processo de doença, com manifestações ao nível da afetividade, da comunicação e relacionamento sexual.

O discurso das participantes fez despontar a **rejeição** como cerne de preocupação a nível afetivo-relacional e que se prende com o distanciamento emocional entre o casal (Afiyanti.; Milanti, 2013; Sacerdoti [*et al.*], 2010).

O impacto dos tratamentos de radioterapia, também, se fez sentir ao nível da relação sexual, com repercussões ao nível da **frequência do ato sexual** como podemos constatar pelo testemunho das intervenientes. A alteração mais frequente foi a diminuição da frequência do ato sexual (Stead [*et al.*], 2007) relacionadas a sentimentos de medo, no entanto, no nosso estudo foi, também, possível verificar o aumento da frequência do ato sexual, fruto da necessidade de manter a atividade sexual regular com estratégia para diminuir a incidência de alguns efeitos secundários (dispareunia, sangramento, estenose vaginal), e concomitantemente, pelo reforço da relação conjugal com aumento da satisfação sexual.

A **forma de sentir e dar prazer**, foi uma das alterações despontadas através do relato das participantes, com impacto na vivência da sexualidade. As intervenientes relatam preocupação não só na forma como sentem, mas, também, como dão prazer ao outro, inclusive para estas é, também, importante conhecer as necessidades do companheiro (Juraskova [*et al.*], 2003) apesar das dificuldades pessoais (por exemplo a dispareunia, ou diminuição da libido).

A vivência da sexualidade pode, também, estar condicionada pelo **evitamento do companheiro**. Segundo as participantes do nosso estudo esta situação não é sinónimo de rejeição ou desinteresse, mas sim, o reflexo do medo e receio que os companheiros têm em magoar, podendo provocar dor durante a relação sexual (Juraskova [*et al.*], 2003).

Os relatos das participantes do estudo fizeram emergir o **trauma vivenciado após o tratamento de BTI** como alteração significativa na vivência da sexualidade. A braquiterapia é um tratamento que pressupõe a permanência da doente num quarto de isolamento, pelo que não poderá ter visitas durante o tratamento por questões de radioproteção para terceiros. Corroborando com Almeida [*et al.*] (2008) esta modalidade de tratamento foi referenciada como fator de constrangimento onde ressaltam as dificuldades encontradas pelas doentes durante o tratamento.

DIFICULDADES DA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Os achados deste estudo revelam que a vivência da sexualidade da mulher foi pautada por uma heterogeneidade de dificuldades de natureza psicológica.

Segundo os relatos das participantes o **medo** despontou como uma das maiores dificuldades com que se deparam na vivência da sexualidade (Burns [*et al.*], 2007; Lindau [*et al.*], 2007; Stead [*et al.*], 2007). Este **medo** relacionada com o medo da dor (Bukovic [*et al.*], 2008), com o medo de sangrar e até mesmo, com o medo do reinício da atividade sexual, pelo que protelam muitas vezes este reinício com maior impacto na reabilitação sexual e com a possibilidade, de incidência de alguns efeitos secundários (dispareunia, sangramento vaginal e estenose vaginal).

A **ansiedade** constitui, também, uma das maiores dificuldades na vivência da sexualidade e reveladas nas narrativas das nossas intervenientes (Audette, Waterman, 2010; Burns [*et al.*], 2007; Tierney, 2008).

No discurso das participantes deste estudo o **medo de contágio** emergiu como uma das dificuldades vivenciadas (Reis [et al.] (2010); Stead [et al.], 2007). Este medo compromete a vivência da sexualidade e a interação sexual, pelo receio de transmissão da doença ao parceiro.

O **medo de se expor** despontou, similarmente, como uma das maiores dificuldades experienciadas pelas participantes deste estudo, com impacto negativo na vivência da sexualidade. O medo presente durante a relação sexual pode relacionar-se ao facto destas mulheres terem que expor seu corpo a exames e contato do profissional com locais considerados íntimos e erógenos. Cada exposição, ainda que em contexto de intimidade, intensifica a sensação de desconforto onde o medo e o pudor se aglutinam, impedindo-a de vivenciar o momento de forma prazerosa.

Além das dificuldades de natureza psicológica, as de natureza fisiológica, também, despontaram como foco de inquietação das participantes deste estudo.

A **dispareunia** foi especificada como uma das maiores dificuldades vivenciadas pelas nossas intervenientes (Abbott-Anderson; Kwekkeboom, 2012; Jensen, [et al.], 2003; Maguire, [et al.], 2015; Schover [et al.], 2014). A presença de dor na relação sexual pode, desta forma, definir-se como uma das disfunções sexuais que, também, incluem desordem ao nível do desejo sexual, da excitação e do orgasmo levando a sofrimento pessoal e com repercussões ao nível da vivência da sexualidade.

Concomitantemente a **diminuição da libido** (Bernardo [et al.], 2007; Burns [et al.], 2007; Sadovsky [et al.], 2010; Stead [et al.], 2007) e o **sangramento vaginal ligeiro** (Bernardo [et al.], 2007; Maguire, [et al.], 2016; Sadovsky [et al.], 2010) despontaram dos relatos das intervenientes do nosso estudo como dificuldades experienciadas e com comprometimento na vivência da sexualidade. São dificuldades com impacto na interação sexual e simultaneamente na sexualidade destas mulheres.

Não obstante o facto de existir uma panóplia de dificuldades especificadas pelas nossas participantes, torna-se importante aludir que para uma das mulheres entrevistadas o cenário **sem dificuldades** revelou-se como testemunho do seu relato. Apesar, do impacto do tratamento de radioterapia ser pautado por diferentes alterações que se materializam por sua vez, em diversas dificuldades, a intensidade dessas alterações aliada à subjetividade inerente à adaptação deste processo de doença/incapacidade refletem-se na forma como cada mulher interpreta esses impactos na vivência da sua sexualidade.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O tratamento de radioterapia pode originar uma série de complicações, que se concretizam em diferentes efeitos de ordem física e psicossocial com repercussões na saúde sexual das mulheres e seus parceiros.

Para fazer face às adversidades e dificuldades vivenciadas neste contexto, os intervenientes neste processo mobilizam estratégias, para lidarem com as situações de ameaça ou, de perda subsequentes a este processo.

As narrativas das nossas participantes fizeram emergir uma variedade de estratégias, nomeadamente a terapêutica farmacológica.

De forma a compensar a falta de lubrificação/secura vaginal decorrentes do tratamento de radioterapia as mulheres são incentivadas a utilizar **lubrificantes vaginais** de base aquosa (as substâncias químicas podem irritar a vagina) (Audette; Waterman, 2010; Katz, 2009; National Forum of Gynaecological Oncology Nurses - NFGON, 2005). A seca vaginal pode, assim, provocar dor durante o ato sexual (dispareunia) e concomitantemente trazer repercussões ao nível da vivência da sexualidade, como tal, torna-se fulcral a utilização deste tipo terapêutica que promova a hidratação local, permitindo uma interação sexual com maior conforto e satisfação.

Concomitantemente, a utilização **de estrogénio tópico** constitui uma estratégia válida, que promove a reparação da mucosa vaginal e melhora o conforto local (Miles; Johnson, 2014). Ajuda a manter as células do revestimento da mucosa da vagina elásticas e mais resistentes à influência mecânica, melhorando assim a seca vaginal.

Relativamente às estratégias centradas no casal, o **reforço da interação/comunicação conjugal** emerge como uma estratégia fulcral na vivência da sexualidade. Os achados deste estudo revelam a comunicação como fortalecedora da relação, pois mostra a confiança patente no relacionamento e como tal, na outra pessoa, que é parte integrante da mesma. O cancro ginecológico pode ter um impacto positivo no relacionamento do casal, com melhoria da comunicação e compreensão mútua (Rasmusson; Thomé, 2008).

Torna-se fulcral considerar a comunicação conjugal como essencial na redefinição da intimidade do casal. A comunicação desempenha, assim, um papel fulcral para o sucesso dos relacionamentos. O reforço da interação/comunicação conjugal são

essenciais para que o casal partilhe constrangimentos, dificuldades, sentimentos e emoções decorrentes deste processo, melhorem as suas capacidades adaptativas e vivência da sexualidade.

O cancro afeta dramaticamente a sexualidade da mulher, o funcionamento sexual e as relações íntimas. Desta forma, o **reforço da intimidade** desponta como uma das estratégias mencionadas pelas intervenientes do nosso estudo e essenciais na vivência da sexualidade.

A intimidade assume-se como um conceito multidimensional, que inclui facetas como a confiança, o partilhar e o dar, o ser sensível e conhecer o outro. As relações íntimas podem beneficiar da intimidade relacional. Este tem um valor recompensador porque as pessoas sentem-se aceites e estimadas. A intimidade relacional deve afetar o funcionamento das relações de modo indireto pelas associações positivas com outros fatores de reforço da relação, como o afeto, a confiança e a coesão (Pinto, 2009).

Atendendo ao facto que, alguns tratamentos oncológicos podem alterar a capacidade da mulher sentir prazer sexual, a intimidade deverá ser enfatizada na relação de modo a melhorar a reabilitação sexual das mulheres com cancro do colo do útero (Ratner [*et al.*], 2010).

Paralelamente, outras estratégias despontaram dos relatos das participantes como fulcrais na vivência da sexualidade e são elas: os **preliminares**, a **prática sexual regular** e a **adoção de posições confortáveis para o ato sexual**.

A sexualidade é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. É um conceito multidimensional que não se resume à atividade sexual. A expansão da noção de sexualidade para além do coito é fulcral na medida em que permite aumentar a perceção de funcionalidade sexual (Sacerdoti [*et al.*], 2010).

Os **preliminares** (beijos, carícias, carinhos, jogos eróticos, etc.) são partilhados em momentos de intimidade onde se descobre o corpo um do outro, explorando aquilo que proporciona bem-estar e prazer a cada um. Os preliminares podem ter um tempo variável e podem conduzir a uma elevada satisfação sexual, podendo levar ambos os parceiros a atingir um orgasmo mesmo sem penetração. Estes desempenham um papel importante na vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, como reforço da intimidade entre o casal.

A **prática sexual regular** tem como finalidade promover a dilatação vaginal (NFGON, 2005), essencial na prevenção da estenose vaginal e vigilância ginecológica eficaz. O tratamento de radioterapia provoca alterações na parede vaginal, provocando inflamação, atrofia, diminuição da espessura e elasticidade e conseqüentemente, estenose vaginal. Esta pode ser prevenida através da prática sexual regular (dilatação vaginal). As participantes demonstram compreender essa mesma necessidade, no entanto, condicionantes como o medo (medo da dor, medo de sangrar) e a ansiedade subjacentes à atividade sexual, podem resultar numa prática sexual irregular. As mulheres devem estar consciencializadas que além da atividade sexual, existem outras alternativas que promovem, também, a dilatação vaginal, tais como os dilatadores vaginais (Cullen [et al.], 2012; Katz, 2009; NFGON, 2005;) e a estimulação vaginal manual, e que são fulcrais na reabilitação sexual.

A **adoção de posições confortáveis durante o ato sexual** revelou-se no discurso das nossas participantes, como fulcral no controlo da dor durante a relação sexual. As mulheres optam por posições em que possam controlar a penetração, ou então, aquelas que permitam uma penetração mais superficial e que promovam o conforto e satisfação sexual durante o ato. Algumas, inclusive referem que depois de encontrar a posição de conforto, só a querem manter e aproveitar o máximo de prazer que isso lhes possa proporcionar.

As estratégias centradas na mulher, também, emergiram do discurso das participantes como fundamentais na vivência da sexualidade e das quais fazem parte a **valorização da autoestima**. É notório destacar que o doente pode ter o seu equilíbrio psicológico ameaçado pelas mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e dos tratamentos, incluindo alterações em autoestima. A adaptação ou o ajuste psicossocial ao cancro é um processo durante o qual cada pessoa procura controlar os seus sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença (Garzon [et al.], 2014). Não obstante este facto, foi patente no nosso estudo que a valorização da autoestima revelou-se essencial na vivência da sexualidade. As participantes do nosso estudo enfatizam que a atitude positiva face ao processo de doença, favorece a satisfação pessoal e uma melhor vivência da sexualidade.

A **procura de informação** despontou do discurso das intervenientes como estratégia importante para colmatar as necessidades de informação relativa à abrangência da sexualidade (Burns [et al.], 2007), bem como, as diferentes alterações decorrentes dos tratamentos e que podem interferir na sua saúde sexual destas mulheres. Torna-se

fulcral para a experiência afetiva dos indivíduos a busca de informação de modo a construir o seu processo de construção de significados para dar resposta às necessidades identificadas.

Relativamente à estratégia de dilatação vaginal, as intervenientes do nosso estudo revelaram que a mesma pode ser realizada de diferentes formas, nomeadamente, através dos **dilatadores vaginais**, dos **tampões vaginais** e da **estimulação vaginal manual**.

A dilatação promovida pelas relações sexuais, também, constitui alternativa de dilatação vaginal, no entanto, uma das intervenientes do nosso estudo quis enfatizar opções à atividade sexual e com impacto positivo na reabilitação sexual.

Os **dilatadores vaginais** são dispositivos de reabilitação sexual. Apesar desta associação, ainda existe algum estigma em relação aos mesmos, podendo ser conotado como “anti natura” (Friedman [et al.], 2011), e levando as mulheres a adotar atitudes e crenças que apenas são nefastas para o seu processo de reabilitação. As mulheres devem ser consciencializadas que o dilatador constitui uma estratégia de reabilitação sexual e como tal, a sua utilização é fulcral na vivência da sexualidade (Cullen [et al.], 2012) bem como na prevenção da estenose vaginal (possível efeito secundário da radioterapia).

A **utilização de tampões vaginais** foi evocada por uma participante como estratégia utilizada, ainda que o seu uso revelou-se desconfortável. Este é um argumento válido para que o tampão não seja opção prioritária na dilatação vaginal.

A **estimulação vaginal manual** revelou-se no testemunho de uma das intervenientes do nosso estudo como estratégia na vivência da sexualidade. É uma técnica comumente utilizada no exame ginecológico pelos médicos, no entanto, revelou-se muito útil como manobra de dilatação (Nunns [et al.], 2000).

Os achados do nosso estudo revelaram que a maioria das mulheres não tinha conhecimento de outras alternativas de dilatação (além da promovida pela relação sexual). Independentemente de terem ou não companheiro (com quem tenham uma relação sexual), as mulheres devem estar sensibilizadas para uma prática sexual regular (independentemente das estratégias de dilatação utilizadas), que segundo guidelines internacionais (NFGON, 2005), deverá ser de três vezes por semana, para prevenir possíveis efeitos secundários do tratamento de radioterapia (estenose vaginal). As repercussões físicas e psicológicas dos tratamentos de radioterapia podem influenciar fortemente o reinício da atividade sexual, bem como, esta prática

regular. Torna-se fulcral incluir no ensino o casal para que possam despertar para novas estratégias de dilatação que poderão ser incluídas para melhorar a vivência da sexualidade.

NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DA SEXUALIDADE

Como resultado das diferentes repercussões decorrentes do processo de doença oncológica e dos tratamentos de radioterapia, os achados deste estudo fizeram despontar uma variedade de necessidades na área da sexualidade.

Sendo a sexualidade um fenômeno multidimensional a intervenção deverá ser da mesma natureza, ou seja, a inclusão de diferentes interfaces dos cuidados terá que ser contemplada. A vivência da sexualidade pode estar comprometida pelas diferentes alterações subjacentes ao processo de doença/tratamentos de radioterapia. Deste modo, a intervenção na área da sexualidade deverá incluir diferentes aspetos.

As narrativas das participantes fizeram emergir uma multiplicidade de focos de intervenção que deveriam constar numa abordagem holística do cuidado a estas mulheres.

Assim, a necessidade de **acompanhamento técnico** especializado revelou-se como sugestão de intervenção pelas intervenientes. A necessidade de uma assistência técnica e orientação fornecida por um profissional na área da sexualidade foi enfatizada pelas participantes como um âmbito a ter em consideração no atendimento às mulheres acometidas pelo diagnóstico de doença oncológica, bem como, seus companheiros.

A comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes é crucial para um aumento do bem-estar. Esta ajuda na melhoria dos estados emocionais do doente uma vez que este pode colocar todas as suas dúvidas e esclarecer a sua situação. Os relatos das intervenientes do nosso estudo revelam necessidade de informação (Harrison [*et al.*], 2009; Maguire [*et al.*], 2013) e objetivam-na nas questões relacionadas com a abrangência da sexualidade, com as diferentes alterações de natureza física e psicossociais decorrentes deste processo, mas, também, com as estratégias para fazer face às diferentes situações.

As relações são um ponto fulcral para a sexualidade que é uma dimensão por vezes, um pouco negligenciada. Esclarecer o doente e familiares sobre as consequências dos tratamentos para as suas vidas, nomeadamente nas relações sexuais, salientando a

satisfação e desempenho nas mesmas, é fulcral e uma necessidade para a qual grande parte dos doentes não encontra respostas. (Ramirez [et al.], 2009).

No cancro ginecológico, preocupações e necessidades de informação são levantadas não só com o diagnóstico, mas, também, em resposta à ampla gama de problemas e reações emocionais decorrentes tanto da doença como dos efeitos tardios do tratamento. Consequentemente, esta informação constitui uma importante faceta da intervenção do enfermeiro especialista (Booth [et al.], 2005).

O discurso das nossas participantes fez despontar a **consulta para o casal** como uma necessidade de intervenção na área da sexualidade. A existência de uma consulta cujo foco de intervenção é a capacitação do casal para a gestão dos efeitos secundários da radioterapia e que possam interferir com a vivência da sexualidade, torna-se, também, cerne de uma intervenção do cuidado holístico.

Não obstante, esta capacitação dos possíveis efeitos secundários dos tratamentos que possam interferir com a saúde sexual do casal torna-se, também, imperioso enfatizar a intimidade como essencial na reabilitação da sexualidade. O casal deve estar consciencializado para o facto de a intimidade poder tornar-se a experiência mais suportável ao nível do processo oncológico e com impacto no processo de recuperação (Gilbert [et al.], 2010).

Os **grupos de ajuda** emergiram, também, como necessidade de intervenção. Estes grupos de pessoas atuam na prevenção, reabilitação e ressocialização através da partilha de experiências, procurando diminuir o stresse associado ao problema e aumentar as competências para lidar com o mesmo (Wiljer [et al.], 2011). As participantes do nosso estudo revelaram importância fulcral na existência de grupos de ajuda que promovem o apoio e ajudem a normalizar os seus sentidos.

Concomitantemente a necessidade de **apoio psicológico** despontou do relato das intervenientes do nosso estudo como foco essencial de intervenção. O impacto da doença oncológica e dos tratamentos de radioterapia podem originar diferentes alterações com impacto na vivência da sexualidade destas mulheres.

A psico-oncologia atua no sentido de encontrar formas de tratamento que atenuem o sofrimento do doente oncológico e que o estimule à adesão aos tratamentos necessários, através da compreensão e do auxílio tanto para o doente como para a sua família durante e depois do tratamento uma vez que, o doente oncológico experiencia momentos de perda/diminuição de capacidades físicas, sentimento de frustração, sequelas emocionais e sentimentos de impotência.

O ajustamento emocional e a capacidade para enfrentar a situação devem ser promovidos através de incentivos para o doente expressar os seus sentimentos, preocupações e medos, encorajando-o para as suas capacidades e a viver um dia de cada vez. É, ainda, fundamental dar tempo e espaço ao doente para este sentir que está a ser compreendido e ouvido, sem que lhe façam juízos de valor, adotando uma postura que transmita afeto e respeito aceitando o doente assim como ele é, transmitindo-lhe segurança.

Sofrer de uma doença oncológica afeta os doentes não só fisicamente como também psicologicamente, mas também estamos a falar de uma doença que afeta a dimensão social e comportamental. Estas estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes oncológicos acabam por ser mediadoras do processo de recuperação, pois permitem lidar melhor com a doença e acabam por promover uma melhor qualidade de vida em termos psicológicos com repercussões na saúde sexual (Juraskova [et al.], 2003).

Sendo a sexualidade um fenómeno multidimensional, a intervenção deverá ser da mesma natureza. A existência de uma **equipa multidisciplinar** é segundo as narrativas das nossas intervenientes, a melhor forma de dar resposta a esta situação (Fleury [et al.], 2011; Stead [et al.], 2007).

Este grupo de diferentes profissionais pressupõe que têm um objetivo em comum e que baseiam a sua intervenção na complementaridade e interdisciplinaridade, numa atitude humanizada e holística do cuidado, em que a sexualidade constitui foco de atenção, que melhora a qualidade de vida das mulheres e companheiros.

Tendo em consideração o efeito que a radioterapia pode ter ao nível da musculatura do assoalho pélvico (MAP), a **reeducação perineal** emergiu como necessidade de intervenção na área da sexualidade.

O assoalho pélvico feminino funciona como uma unidade de importante relação anatómica-funcional para a manutenção de sua função normal. Os músculos do assoalho pélvico dão suporte aos órgãos pélvicos, sendo de fulcral importância na prevenção de perda involuntária de urina e no conteúdo retal, assim como, na função sexual. Cirurgias pélvicas extensas e radioterapia, podem proceder danos na vascularização pélvica e inervação autónoma dos músculos do assoalho pélvico podendo levar a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, ano-retal e genital, além de interferir na qualidade de vida sexual (Fitz [et al.], 2011).

A **reeducação perineal** pressupõe um conjunto de exercícios direcionados para os músculos do assoalho pélvico, na melhoria da perceção das contrações e do

relaxamento muscular e com repercussão ao nível da saúde sexual da mulher (Audette; Waterman, 2010; Piassarolli [et al.], 2010). A reabilitação atua diretamente na reabilitação da MAP, com impacto positivo ao nível das disfunções sexuais.

Os relatos das intervenientes deste estudo enfatizam a **prevenção da estenose vaginal**, como foco de intervenção na área da sexualidade.

As diferentes alterações resultantes dos tratamentos de radioterapia podem gerar uma gama de efeitos físicos e psicossociais com repercussão negativa na sexualidade das mulheres e seus companheiros (White; Faithfull, 2006). O principal impacto nestes casos é atribuído à estenose vaginal, que pode associar-se à disfunção sexual e dispareunia.

A estenose pode ter um forte impacto ao nível da saúde sexual das mulheres, mas, também, comprometer a vigilância ginecológica, por dificultar a observação ginecológica. Os achados do nosso estudo revelam a falta de informação nesta área e que pode comprometer a sexualidade da mulher.

Deste modo, promover a **prevenção da estenose vaginal** através do ensino de estratégias de dilatação, revela-se como a melhor intervenção nesta área (NFGON, 2005; Oliveira [et al.], 2015). Estas manobras de dilatação vaginal podem, assim, contemplar a dilatação através da relação sexual, da utilização de dilatadores vaginais, estimulação vaginal manual e reeducação perineal. O importante, tal como já foi referido anteriormente, é manter uma prática sexual regular, independentemente do método utilizado (NFGON, 2005).

Paralelamente a estas manobras de dilatação, outras técnicas fisioterapêuticas mas menos utilizadas, sugerem a massagem perineal, como fulcral na reabilitação sexual das mulheres (Oliveira [et al.], 2015).

CAPÍTULO V

**A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE
À SEXUALIDADE**

PLANEAMENTO DA AÇÃO

Esta etapa da metodologia de projeto prevê o planeamento das atividades para a sua execução. É necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, calendarização das atividades, bem como o respetivo cronograma (Nunes [et al.] 2010).

De forma a dar resposta às necessidades identificadas pelas mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI), optamos por elaborar um programa de reabilitação que se concretiza em diferentes atividades, de modo, a capacitar estas mulheres para a manutenção da sua saúde sexual após término dos tratamentos.

As intervenções de enfermagem planeadas, para dar resposta às necessidades em cuidados especializados, têm por base o processo de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), Versão 2. Os princípios subjacentes à intervenção centrar-se-ão no modelo teórico de Nancy Roper.

Com este projeto pretende-se dar resposta às dificuldades/necessidades das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, no sentido de uma re(adaptação) à sua situação de doença/efeitos secundários dos tratamentos, promovendo a máxima qualidade de vida e autonomia, através de cuidados de enfermagem de Reabilitação Sexual, com a intenção de resolver problemas num contexto alargado e multidisciplinar relativo à Vivência da Sexualidade, perspetivando ganhos em saúde, com contributos para a melhoria na saúde geral destas mulheres.

ATIVIDADE Nº1: “CUIDAR PARA MELHOR PREPARAR”

FUNDAMENTAÇÃO

A **consulta de enfermagem** tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Tem como finalidade dar resposta à complexidade do indivíduo, com base num saber acumulado de disciplinas que desvendam também as relações humanas, como fulcrais no cuidado da pessoa.

A implementação da consulta de enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, para que este compreenda a sua complexidade e que a mesma necessita de uma metodologia própria e objetivos definidos. Essa mudança deve ser incluída na assistência das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de RTE e BTI.

Através dos relatos das participantes podemos constatar que o circuito de atendimento destas mulheres no IPO do Porto não contempla a existência de uma consulta de enfermagem, como aspeto fulcral na reabilitação das mulheres (as consultas são realizadas pelas médicas da especialidade). A consulta de enfermagem revela-se fulcral no cuidado holístico, enfatizando uma filosofia de multidisciplinaridade e complementaridade, essenciais na reabilitação destas mulheres. Estas consultas deveriam, assim, incluir momentos diferentes, nomeadamente o antes, o durante e o após os tratamentos de radioterapia.

OBJETIVO GERAL

- Promover a capacitação das mulheres para manutenção da sua saúde sexual, após término dos tratamentos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover um maior conhecimento sobre possíveis repercussões físicas e psicossociais decorrentes dos tratamentos de radioterapia e que poderão ter impacto na vivência da sexualidade;
- Promover um maior conhecimento sobre potenciais efeitos secundários que possam interferir com a sexualidade;
- Promover um maior conhecimento sobre estratégias que previnam o aparecimento de efeitos secundários e que interferem com a sexualidade;
- Promover ensino sobre estenose vaginal;
- Explicar a importância da dilatação vaginal (essenciais para uma futura vigilância ginecológica, manutenção da atividade sexual e evitar possíveis efeitos secundários);
- Identificar necessidade de apoio psicológico.

POPULAÇÃO-ALVO

- Mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI)

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Sessões integradas na consulta de enfermagem que incluem:
 - ✓ Sessão de Educação para Saúde sobre potenciais efeitos secundários que possam interferir com a sexualidade; sobre estratégias que previnam o

aparecimento de efeitos secundários; sobre estenose vaginal e manobras de dilatação.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2017.

LOCAL

- Serviço de radioterapia do IPO do Porto.

RECURSOS

- Material informático;
- Material para realização da sessão.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças.

INDICADORES

- Número total de mulheres com cancro do colo do útero que tiveram uma sessão de Educação para Saúde sobre potenciais efeitos secundários que possam interferir com a sexualidade; sobre estratégias que previnam o aparecimento de efeitos secundários; sobre estenose vaginal e manobras de dilatação.

ATIVIDADE Nº2: “INFORMAR PARA MELHOR VIVER A SEXUALIDADE”

FUNDAMENTAÇÃO

A sexualidade é uma dimensão essencial do ser humano e como tal parte integrante da saúde humana, assim como os estados de bem-estar e qualidade de vida. De salientar que a sexualidade não se cinge ao ato sexual físico. A sexualidade engloba todos os fatores que permitem vivenciar esta dimensão em plenitude.

Deste modo, a Reabilitação Sexual constitui uma abordagem fulcral na manutenção da saúde sexual das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia. Tem como finalidade melhorar a qualidade de vida destas mulheres, mas,

também, capacitá-las para a manutenção da saúde sexual após término dos tratamentos.

Os achados do nosso trabalho revelam que a informação disponibilizada, nem sempre vai de encontro às dificuldades/necessidades vivenciadas. Elaborar um **manual sobre a abrangência da sexualidade**, bem como, de que forma esta poderá ser afetada pelos diferentes efeitos secundários decorrentes do tratamento, constitui uma abordagem fundamental. Este manual tem, também, como objetivo esclarecer sobre algumas estratégias para fazer face aos potenciais efeitos secundário.

OBJETIVO GERAL

- Promover a aquisição de habilidades por partes das mulheres submetidas a tratamento de radioterapia para a vivência da sexualidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover um maior conhecimento geral acerca da sexualidade;
- Promover um maior conhecimento sobre possíveis repercussões físicas e psicossociais decorrentes dos tratamentos de radioterapia e que poderão ter impacto na vivência da sexualidade;
- Promover um maior conhecimento sobre estratégias que previnam o aparecimento de efeitos secundários e que interfiram com a sexualidade;
- Promover a capacitação das mulheres para manutenção da sua saúde sexual, após término dos tratamentos;

POPULAÇÃO-ALVO

- Mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI)

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões informativas sobre a sexualidade, com entrega de Manual;
- Sessões integradas na consulta de enfermagem.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2017.

LOCAL

- Consulta de enfermagem no serviço de radioterapia do IPO do Porto.

RECURSOS

- Material informático;
- Material para realização da sessão;
- Manual sobre a sexualidade.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Número de manuais entregues.

INDICADORES

- Numero total de pessoas com cancro do colo do útero que tiveram uma sessão de Educação para Saúde sobre a sexualidade, com entrega do manual sobre sexualidade.

ATIVIDADE Nº3: “TREINAR PARA MELHOR UTILIZAR”

FUNDAMENTAÇÃO

Alguns tratamentos nomeadamente a radioterapia podem provocar danos na vascularização pélvica e enervação autónoma dos músculos do assoalho pélvico, podendo levar a uma série de disfunções associados ao sistema genital, entre outros (urinário e ano-retal). O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração, na estabilização do tronco e na relação sexual (Fitz [et al], 2011). Quando os músculos do pavimento pélvico enfraquecem podem causar hipoestesia vaginal e anorgasmia.

A **reeducação perineal** pressupõe um conjunto de exercícios direcionados para os músculos do assoalho pélvico, na melhoria da perceção das contrações, do relaxamento muscular e com repercussão ao nível da saúde sexual da mulher. A reabilitação atua diretamente na reabilitação da MAP, com impacto positivo ao nível das disfunções sexuais.

Os relatos das intervenientes do nosso estudo realçaram o efeito da radioterapia a nível da MAP, bem como, o impacto que pode ter ao nível da vivência da sexualidade.

Promover sessões de reeducação perineal às mulheres com cancro do colo do útero, após tratamento de radioterapia seria uma mais valia na reabilitação sexual das mesmas e concomitantemente na vivencia da sexualidade.

OBJETIVO GERAL

- Promover o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover a contração e o relaxamento de forma voluntária do MAP;
- Promover uma diminuição da dispareunia;
- Promover uma maior satisfação sexual;
- Promover um melhor desempenho sexual;
- Treinar a realização de exercícios para fortalecimento da MAP.

POPULAÇÃO-ALVO

- Mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI).

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre a reeducação perineal;
- Sessões integradas no Programa de Reabilitação Sexual que inclui:
 - ✓ Uma sessão de Educação para Saúde sobre a importância da reeducação perineal;
 - ✓ Sessões práticas sobre exercícios de fortalecimento da MAP.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2017.

LOCAL

- Serviço de radioterapia do IPO do Porto.

RECURSOS

- Material informático;
- Material para realização da sessão;
- Tapetes de ginástica;
- Bolas de ginástica.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Grelha de observação com os tópicos demonstrados na sessão.

INDICADORES

- Numero total de mulheres com cancro do colo do útero que tiveram uma sessão de Educação para Saúde sobre reeducação perineal;
- Percentagem de mulheres que realizam corretamente os exercícios para fortalecimento da MAP.

ATIVIDADE Nº4: “FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

FUNDAMENTAÇÃO

A abordagem da sexualidade como fenómeno multidimensional exige uma intervenção da mesma natureza. Assim, torna-se essencial a **formação** da restante **equipa de enfermagem** para o cuidado holístico das mulheres com cancro do útero submetidas a tratamentos de radioterapia (RTE e BIT) no que concerne à sexualidade.

O **modelo de PLISSIT** é um excelente instrumento de trabalho na e para a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, utilizado como técnica de informação e orientação (Duchene, 2011; Garret, 2011).

A sugestão da implementação sistemática do modelo PLISSIT pode constituir a primeira abordagem ao problema e como um processo natural no acompanhamento destes doentes e na sua reabilitação holística apresenta-se como objetivo fulcral, onde se discutem as suas especificidades e a sua aplicabilidade prática. Este modelo compreende um esquema de atividades flexíveis, permitindo a cada profissional organizar as suas intervenções de acordo com o seu próprio conforto. A aplicação do modelo PLISSIT pelo enfermeiro de reabilitação foca-se nos três primeiros níveis, o quarto nível exige um terapeuta especializado.

Os achados do nosso estudo enfatizam a necessidade de uma intervenção especializada na abordagem da sexualidade.

OBJETIVO GERAL

- Promover um maior conhecimento geral acerca da sexualidade na área da oncologia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover uma maior sensibilização para a sexualidade na área da oncologia;
- Promover a aquisição de habilidades por parte da equipa de enfermagem na área da comunicação.

POPULAÇÃO-ALVO

- Equipa de enfermagem do serviço de braquiterapia do IPO do Porto.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre a abordagem da sexualidade, tendo por base o modelo PLISSIT;
- Sessões integradas no programa de Reabilitação Sexual que inclui:
 - ✓ Uma sessão teórica sobre a abordagem da sexualidade na área da oncologia, tendo por base o modelo PLISSIT;
 - ✓ Sessões práticas sobre a abordagem da sexualidade segundo o modelo PLISSIT.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2017.

LOCAL

- Serviço de braquiterapia do IPO do Porto.

RECURSOS

- Material informático;
- Material para realização da sessão.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Grelha de observação com os tópicos demonstrados na sessão;
- Inquérito de satisfação sobre a formação.

INDICADORES

- Número total de enfermeiros que tiveram uma sessão formativa sobre a abordagem da sexualidade segundo o modelo de PLISSIT;
- Percentagem de enfermeiros que demonstraram compreender a abordagem da sexualidade segundo o modelo de PLISSIT.

ATIVIDADE Nº5: “PREPARAR PARA MELHOR DISFRUTAR”

FUNDAMENTAÇÃO

O cancro do colo do útero tem um grande impacto na vivência da sexualidade da mulher e companheiro. O casal enquanto sistema dinâmico, vivo em constante desenvolvimento, pode ficar afetado pelo processo de doença, tratamentos e possíveis efeitos secundários subjacentes.

Deste modo, torna-se imperioso incluí-los na dinâmica de ensino sobre a vivência da sexualidade, após o diagnóstico de doença e tratamento de radioterapia. Tal como nos revelam os relatos das participantes deste estudo, uma **consulta para o casal**, constitui uma necessidade de intervenção na área da reabilitação sexual.

OBJETIVO GERAL

- Promover uma melhor compreensão da vivência da sexualidade do casal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover um maior conhecimento sobre possíveis repercussões físicas e psicossociais decorrentes dos tratamentos de radioterapia e que poderão ter impacto na vivência da sexualidade;
- Informar sobre possíveis efeitos secundários do tratamento de radioterapia com impacto na vivência da sexualidade;
- Promover o reforço da intimidade e proximidade emocional;
- Promover o reforço da interação/comunicação conjugal;

- Promover compreensão sobre necessidade de manobras de dilatação;
- Promover o esclarecimento de dúvidas, dificuldades e constrangimentos;
- Identificar necessidades de apoio psicológico.

POPULAÇÃO-ALVO

- Mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) e companheiros.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre a abordagem da sexualidade;
- Sessões integradas no Programa de Reabilitação Sexual que inclui:
 - ✓ Uma sessão de Educação para a Saúde sobre a abordagem da sexualidade na área da oncologia;
 - ✓ Sessões de validação da informação prestada e esclarecimento de dúvidas.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2017.

LOCAL

- Serviço de radioterapia do IPO do Porto.

RECURSOS

- Material informático;
- Material para realização da sessão;
- Dilatadores vaginais;
- Amostras de lubrificantes vaginais.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Grelha de observação com os tópicos demonstrados na sessão.

INDICADORES

- Número total de casais que tiveram uma sessão de Educação para a Saúde acerca da sexualidade, efeitos secundários que podem interferir com a sexualidade e manobras de dilatação.

ATIVIDADE Nº6: “PARTILHAR PARA MELHOR AJUDAR”

FUNDAMENTAÇÃO

A doença oncológica e os diferentes tratamentos podem acarretar uma variedade de repercussões físicas e psicossociais com impacto na vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, após tratamento de radioterapia.

Para uma melhor adaptação ao processo de doença e de tratamentos, os relatos das intervenientes do nosso estudo enfatizaram o importante papel dos **grupos de ajuda**, no referido processo. Estes promovem apoio, procurando diminuir o stresse associado ao diagnóstico de cancro e aumentar as competências para lidar com o mesmo, proporcionado e criando condições para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

OBJETIVO GERAL

- Promover uma melhor adaptação ao processo de doença e tratamentos e concomitantemente, uma melhor vivência da sexualidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover a reabilitação e ressocialização através da partilha de experiências;
- Promover a expressão de sentimentos, desejos, dificuldades e constrangimentos relacionados com a sexualidade.

POPULAÇÃO-ALVO

- Mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI).

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre a abordagem da sexualidade
- Sessões integradas no programa de Reabilitação Sexual que inclui:
 - ✓ Uma sessão inicial e introdutória da finalidade do grupo de ajuda;
 - ✓ Sessões de partilha de experiências entre os participantes.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2017.

LOCAL

- Serviço de radioterapia do IPO do Porto.

RECURSOS

- Material informático;
- Material para realização da sessão.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Inquérito de satisfação sobre a sessão interativa.

INDICADORES

- Número total de mulheres com cancro do colo do útero que estiveram nas sessões interativas;
- Percentagem de mulheres que têm mais que uma participação em grupos de ajuda.

CAPÍTULO VI

**A VIVÊNCIA DA MULHER COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO RELATIVAMENTE
À SEXUALIDADE**

PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DO PROJETO

Chegamos a uma etapa deste trabalho de investigação que se torna fulcral avaliar os resultados das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de avaliar ganhos em saúde aos seguintes níveis: pessoal, familiar e social (como se encontra especificado no regulamento nº 125/2011, onde definem-se as competências do Enfermeiro Especialista).

A avaliação visa evidenciar e analisar a utilidade e os efeitos de uma intervenção sobre determinada problemática. Esta, para que se possa realizar de forma rigorosa e contínua é essencial recorrer a instrumentos de avaliação, com objetivo de se questionar o trabalho desenvolvido e facultar os elementos necessários para intervir, no sentido de se melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia desejada de um projeto (Nunes [et al.] 2010).

No planeamento da etapa da avaliação de projetos deve estar explícito a avaliação de quatro dimensões: dos impactos, da realização, da operacionalização e da conceção da intervenção (Capucha, 2008):

- Avaliação do Impacto do Projeto – comparar a situação inicial com a final, de forma a conhecer as mudanças provocadas após a aplicação do projeto;
- Avaliação da Realização – refere-se fundamentalmente aos níveis de execução das atividades previstas e aos resultados de tipo mais imediato que ela produziu;
- Avaliação da Operacionalização – Trata-se de verificar se os processos de gestão, divulgação e organização do projeto facilitaram a prossecução das atividades e, daí, a concretização dos objetivos;
- Avaliação da Conceção do projeto – avaliar o processo de construção do projeto, nas suas várias etapas (processo de planeamento, da adequação e rigor das suas ideias fundadoras e das suas teorias implícitas e explícitas).

A avaliação materializa-se, normalmente, com base em indicadores. Os critérios de avaliação só ganham corpo desde que se traduzam em indicadores que permitam aferi-los. Um indicador é um instrumento de medida, e deste simples facto decorrem algumas consequências imediatas que por tão óbvias que são, por vezes ignoradas a necessidade de identificar o objeto a medir e de descrever o processo de mensuração e a exigência de que o objeto a ser medido possa efetivamente ser alvo de mensuração, de modo direto ou indireto (Capucha, 2008, p.48).

Segundo a O.E (2015, p.2) a produção de indicadores da saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e para a qualidade dos cuidados por estes prestados.

Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2015). Podemos constatar que o colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação na elaboração do score de indicadores baseou-se em indicadores de estrutura, processo e resultado.

Avaliação do Programa de Reabilitação Sexual

Uma avaliação do impacto supõe a existência de dados anteriores, projetando-se a relação passado/presente, para o presente/futuro. No caso concreto deste projeto, a avaliação irá incidir sobre os objetivos específicos definidos inicialmente no projeto e utilizar-se-ão escalas de avaliação que se aplicarão aos grupos alvo no início e fim do programa de Reabilitação Sexual. Tendo por base a pesquisa bibliográfica efetuada e atendendo à especificidade da intervenção, consideramos que as seguintes escalas e questionários: o Questionário Female Sexual Function Index (FSFI), o Questionário da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – abreviado, sobre a Qualidade de Vida e a escala Common Terminology Criteria Adverse Event (CTCAE) v. 3.0, darão resposta à referida avaliação.

O FSFI (Anexo 1) é um questionário breve, que pode ser autoaplicado, e que tem como finalidade avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, apresenta dezanove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um score total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no score total. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o score da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o score obtido, pior será a função sexual (uma pontuação de 26 ou inferior, indicam disfunção sexual (Hentschel [et al.], 2007; Pacagnella [et al.], 2009). Este é um instrumento que está validado para o português do Brasil.

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (ANEXO B), cuja versão final ficou composta por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por doenças. Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações (Fleck [et al.], 2000; Vaz Serra, [et al.], 2006). É um questionário que inclui o parâmetro vida sexual, como item a avaliar, daí a pertinência da escolha do referido instrumento.

Com a finalidade de graduar os eventos adversos relacionados com o cancro, o National Cancer Institute (NCI) nos Estados Unidos, elaborou um padrão de terminologia descritiva para enumerar os diferentes efeitos adversos, denominada de Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Em 2003 foi desenvolvida uma escala mais abrangente denominada Common Criteria for Adveres Events version 3.0 (CTCAEv3.0), que inclui tanto os efeitos agudos como os tardios (Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2014). A pertinência na escolha da escala (CTCAEv3.0) (ANEXO C) para avaliar os efeitos tardios da radioterapia surgiu por ela ser mais abrangente, permitindo a avaliação de eventos adversos gastrointestinais, urinários, da menopausa, sexuais e dor. A graduação dessa escala é de 1 a 5, de uma forma simplificada, em que 1 - significa evento adverso leve, 2 - moderado, 3 - intenso, 4 - incapacitante e 5 - morte. É uma escala que além da versão original encontra-se, também, traduzida para espanhol.

É fundamental elaborar e validar indicadores capazes de mensurarem a qualidade da assistência de Enfermagem de Reabilitação. Prevê-se uma avaliação contínua do projeto de acordo com os indicadores propostos.

De acordo com o grupo alvo e os objetivos definidos propõem-se os seguintes indicadores de processo:

❖ **Porcentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, a quem foi aplicado o Programa de Reabilitação**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mulheres com Programa de Reabilitação}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas}} * 100$$

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com conhecimento sobre efeitos secundários decorrentes do tratamento de radioterapia que interferem com a sexualidade**

Nº de mulheres com conhecimento sobre efeitos secundários do tratamento de radioterapia /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com conhecimento sobre estratégias que previnam o aparecimento de efeitos secundários que interferem com a sexualidade**

Nº de mulheres com conhecimento sobre estratégias que previnam o aparecimento de efeitos secundários /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com conhecimento sobre manobras de dilatação vaginal**

Nº de mulheres com conhecimento sobre manobras de dilatação vaginal /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com conhecimento sobre exercícios para fortalecimento da MAP**

Nº de mulheres com conhecimento sobre exercícios para fortalecimento da MAP /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

De acordo com o grupo alvo e os objetivos definidos propõem-se os seguintes indicadores de resultado:

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com avaliação da qualidade de vida (avaliação questionário WHOQOL – abreviado)**

Nº de mulheres com avaliação da qualidade de vida /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com avaliação do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)**

Nº de mulheres com avaliação do Índice de Função Sexual Feminina /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com avaliação da escala Common Terminogy Criteria Adverse Event (CTCAE)**

Nº de mulheres com avaliação da escala Common Terminogy Criteria Adverse Event (CTCAE) /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

❖ **Percentagem de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia, com diminuição da dispareunia**

Nº de mulheres com avaliação da sensação de dor /nº de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia (RTE e BTI) identificadas * 100

É fundamental que um projeto de saúde reflita as reais necessidades de uma população alvo, e que se materializa em ganhos para a saúde por tempo ilimitado. O objetivo é que essas necessidades sejam resolvidas, ou pelo menos, que sejam minimizadas, como tal, é necessário proceder à respetiva avaliação do projeto, concretizada através de indicadores que procuram objetivar os ganhos em saúde.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação.

Uma investigação é um processo de construção do conhecimento que tem como metas principais gerar novos conhecimentos e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento pré existente. É um processo de aprendizagem tanto do individuo que a realiza quanto da sociedade na qual esta se desenvolve. O trabalho de investigação constitui um aprofundamento prático, técnico e teórico de algum aspeto ou tema. Assim, a investigação é fundamental para a qualidade e para a segurança dos cuidados de saúde.

A realização deste trabalho de investigação permitiu refletir sobre a problemática em causa. Possibilitou, também, repensar na necessidade de melhor compreender a sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero (durante e após os tratamentos de RTE e BTI).

Face ao percurso da investigação, emergiram algumas conclusões que serão descritas e que evidenciam âmbitos frágeis de abordagem nas práticas dos cuidados.

O tema da sexualidade deve fazer parte de qualquer programa de reabilitação. A sexualidade faz parte do ser humano, daí que seja uma razão para fazer parte do programa de reabilitação e exigir uma melhor compreensão de como o processo de doença e tratamentos podem afetar função sexual e globalmente a sexualidade, tanto a nível físico como psicossocial.

O processo de doença e de tratamentos podem ter um pesado impacto na vivência da sexualidade das mulheres, com repercussões físicas e psicossociais.

Podemos constatar pelos achados deste estudo de investigação que a saúde sexual das mulheres com cancro do colo do útero, submetidas a tratamento de radioterapia pode ficar comprometida pelas diferentes alterações decorrentes dos tratamentos, pelo que exige uma intervenção diferenciada e um cuidado holístico.

Compreender o impacto do processo de doença e de tratamentos, é compreender o caminho que tem que ser trilhado. Assim, este estudo permitiu compreender as vivências destas mulheres face à sua sexualidade.

Tendo em conta os achados do nosso estudo de investigação, podemos constatar que para as participantes a sexualidade emerge como significado de dimensão física no qual a relação sexual desponta com aspeto importante na interação do casal; como dimensão relacional que integra a intimidade, compreensão, cumplicidade, carinho, amor, carícias e comunicação verbal na vivência da sexualidade e como uma dimensão global que resulta da simbiose entre as dimensões física e relacional.

Relativamente ao padrão de comportamento sexual este estudo revelou o impacto que os tratamentos de radioterapia podem ter na vivência da sexualidade, com alterações fisiológicas (das quais dispareunia, secura vaginal, diminuição da libido, menopausa precoce, alteração do prazer, entre outros); alterações psicológicas (medo, ansiedade, autoimagem comprometida, entre outros); alterações nos papéis sociais (ao nível da procriação, papel afetivo aletrado e rejeição); alterações na relação sexual (frequência do ato sexual, forma de sentir e dar prazer e evitamento do companheiro) bem como o trauma provocado pelo tratamento de BTI.

Esta vivência é pautada por dificuldades entre elas a dispareunia, a diminuição de libido, o sangramento vaginal, o medo, a ansiedade e o medo de contágio. Foi, também, evidente que as dificuldades de natureza psicológica (medo e ansiedade) têm um maior impacto na vivência da sexualidade. A natureza diversificada das alterações apresentadas reforça a necessidade de uma intervenção multidisciplinar e interdisciplinar, no entanto inexistente.

Apesar das diversas estratégias utilizadas para vivenciar a sexualidade, podemos constatar pelos achados deste estudo de investigação que existem ainda necessidades de intervenção na área da sexualidade.

Deste modo, a atuação deverá centrar-se no estabelecimento de planos de intervenção, que visam promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de transição de doença e/ou incapacidade, prevenindo complicações secundárias aos tratamentos (por exemplo: estenose vaginal em doentes submetidas a radioterapia) e capacitando as doentes para gerir os efeitos secundários.

A estenose vaginal é um possível efeito secundário da radioterapia que poderá ter um forte impacto ao nível da saúde sexual das mulheres, mas, também, comprometer a vigilância ginecológica, por dificultar a observação ginecológica. Torna-se, deste modo, fulcral o ensino das diferentes manobras de dilatação que promovem a prevenção da estenose.

Um modelo multidimensional de saúde sexual deve ser realizado aquando do tratamento e após o cancro cervical. Os esforços para melhorar a saúde sexual das mulheres devem ir além dos efeitos diretos do tratamento do cancro nomeadamente os relacionados com a anatomia vaginal e considerar fatores psicológicos e a relação das mulheres com os parceiros como potenciais alvos para intervenção.

Assim, torna-se fundamental na reabilitação da sexualidade feminina a consciência de que alguns tratamentos oncológicos alteram a capacidade da mulher sentir prazer sexual (ciclo de resposta sexual), pelo que o toque e intimidade deverão ser enfatizados. Para tal, é necessário haver uma abertura na abordagem de estratégias que englobam diferentes formas de estimulação sexual, sendo sempre necessário uma fase de mudança nas formas de dar e receber prazer sexual. O reforço da comunicação conjugal e estratégias de valorização de autoestima são pontos fulcrais. É fundamental na abordagem da sexualidade, em contexto da doença oncológica, reconhecer a importância da intimidade no processo de reabilitação, apresentar atitudes isentas de juízos de valor e preconceitos e considerar a comunicação conjugal como essencial na redefinição da intimidade do casal. A comunicação desempenha então um papel fulcral para o sucesso dos relacionamentos e que podem melhorar a adaptação ao processo de doença e tratamentos.

A resposta afetiva às condições impostas pela doença e o padrão de reação às dificuldades podem acentuar quadros de ansiedade e depressão. Mudanças na dinâmica relacional do casal, tal como se a mulher apresentar maior necessidade de atenção e contacto físico não sexual, podem dificultar a adaptação à nova realidade. De salientar que o bem-estar do parceiro deve ser contemplado.

Estes pressupostos exigem uma mudança de paradigma do cuidado a estas mulheres e seus companheiros.

Reconhecendo, assim, a importância desta temática, pretende-se salientar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no que concerne à reabilitação sexual das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento com RTE e BTI.

Como nos revelam o discurso das nossas participantes a consulta para o casal e os grupos de ajuda, seriam uma mais-valia na capacitação da mulher e do casal para uma melhor adaptação ao processo de doença e tratamentos.

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos. A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a qualidade de vida da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar

efeitos negativos sobre a autoestima e relacionamentos interpessoais, com frequente desgaste emocional. Existe uma significativa associação entre disfunção sexual e baixos sentimentos de satisfação física e emocional, assim como, do bem-estar geral entre mulheres com desordens sexuais.

O acompanhamento destas doentes deve contemplar, não apenas os problemas orgânicos (evidência de recidiva, etc), mas, também, deve integrar o apoio psicológico e sexual, eventualmente numa equipa multidisciplinar.

Os programas educacionais interdisciplinares e interprofissionais são essenciais para os elementos da equipa de reabilitação, onde a comunicação e cooperação nos cuidados é necessária para atender às necessidades de reabilitação global do utente.

Para os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de reabilitação, nas iniciativas de formação deve ser relevante a descrição do seu papel, bem como a aprendizagem centrada em necessidades do indivíduo. A utilização de um modelo teórico para informar sobre o desenvolvimento de programas de educação e formação em reabilitação de mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia deve ser flexível para que os participantes tenham a oportunidade para gerir as necessidades da reabilitação em diferentes níveis de conhecimento, competências e conforto. O modelo PLISSIT de Annon, já referido várias vezes, tem sido útil para ajudar a identificar o nível de conforto dos praticantes.

A existência de uma equipa multidisciplinar especializada em Oncossexologia seria um passo fundamental para o cuidado holístico destas mulheres. Apesar de este trabalho abordar a problemática da mulher com cancro do colo do útero relativamente à sua sexualidade, outros tratamentos para a doença oncológica (nomeadamente a cirurgia, quimioterapia bem como outras terapêuticas farmacológicas), podem repercutir-se na vivência da sexualidade. Deste modo, uma intervenção multidisciplinar com diferentes profissionais (enfermeiro, ginecologista, urologista, psicólogo, psiquiatra, sexólogo, entre outros) deverá ser contemplada no cuidado ao doente oncológico de uma forma global.

A instituição em questão não possui esta dinâmica de intervenção na área da sexualidade, no entanto, o importante é começar, e este estudo de investigação poderá ser a primeira abordagem para que um percurso na área da sexualidade em oncologia comece a ser trilhado.

Introduzir a saúde sexual no plano geral de cuidados do doente com cancro e na rotina dos profissionais da equipa terapêutica, promover a qualidade de vida do doente

durante o tratamento é fundamental na reabilitação pessoal e familiar na fase da sobrevivência.

Este Trabalho de Projeto permitiu planejar, de forma sustentada e consistente, as respostas a dar às necessidades das mulheres com cancro do colo do útero relativas à sua sexualidade. Pretendemos num futuro próximo concretizar com sucesso o que aqui foi delineado.

Por outro lado, permitiu conhecer e utilizar a metodologia de projeto, útil para a resolução de problemas, permitindo-nos usá-la no futuro.

Pretende-se que os resultados obtidos permitam a implementação deste projeto, por forma, a evidenciar-se o impacto na qualidade de vida e bem-estar das mulheres com cancro do colo do útero no IPO do Porto e em ganhos custo/benefício na saúde.

No entanto, consideramos que na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre algumas limitações que no presente estudo estão maioritariamente relacionadas com o tamanho e características da amostra.

Contudo, esta limitação é atenuada pela natureza inovadora do objetivo do estudo que permitiu explorar as dificuldades/necessidades na vivência da sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, contribuindo, assim, para o avanço do conhecimento no domínio das necessidades destas mulheres.

Para finalizar apresentamos sugestões para novas investigações nomeadamente desenvolver estudo qualitativo, para análise das perceções dos companheiros no que concerne à vivência da sexualidade.

Seria, também, uma mais-valia a tradução e validação cultural do questionário Female Sexual Function Index (FSFI) e da escala Common Criteria for Adveres Events version 3.0, para a população portuguesa.

O Projeto “A mulher com cancro do colo do útero - diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual após tratamento de radioterapia” pretende promover a saúde sexual da mulher com cancro do colo do útero no IPO do Porto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBOTT-ANDERSON, K; KWEKKEBOOM K. L. - A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. **Gynecologic Oncology**. N° 124. 2012. p.477-489. Doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.030
- AFIYANTI Y.; MILANTI A. - Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: a phenomenological study. **Nurs Health Sci**. N°15. 2013. p.151–6.
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. – Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo. ISSN 1809-9823. Vol.10. 2007. p.101-113.
- ALMEIDA, L. H. R. B. [et al.] - Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino”. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Em linha] vol.61. n°4. 2008. p.482-487. ISSN 0034- 7167. [Consultado em 1 de Maio de 2017]. Disponível em: <URL <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/14.pdf>>
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. – Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo. ISSN 1809-9823. Vol. 10 (2007), p. 101-113.
- AMATO P. - Categories of female sexual dysfunction. **Obstet Gynecol Clin North Am**. 2006; 33(4):527-34
- AUDETTE C.; WATERMAN J. - The sexual health of women after gynecological malignancy. **J Midwifery Womens Health**. Jul/Aug. 55. 2010. p.357–62, Doi:10.1016/j.jmwh.2009.10.016.
- BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70. 2011. ISBN: 978-973-44-1506-2
- BASSON R, [et al.] - Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **J Urol**. 2000; 163(3). p.888-93.
- BARROS, F.; FIGUEIREDO, A. - **Manual de Medicina Sexual: Visão multidisciplinar**. [Em linha]. Junho, 2014. 583 p. [Consultado em 22 de Julho 2016]. Disponível na WWW: <URL:

<http://www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf>>.

- BERNARDI, U. A. [et al.] - **Enfermagem em Radioterapia**. Atlas e texto. São Paulo: Lemar. 2008, p.72-90.
- BERNARDO, B. [et al] – Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Revista Brasileira Ginecológica obstetra**. [Em linha]. 29:2 (2007). 85-90. [Consultado em 28 de Agosto de 2016]. Disponível na WWW: <URL: www.scielo.br/pdf/rbejo/v29n2/05.pdf>.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora. 2013. ISBN:978-972-0-34112-9
- BOOTH K. [et al.] - Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. **Patient Educ Couns**. 56. 2005. p.225–232.
- BRAUN V.; WILKINSON S. - Socio-cultural representations of the vagina. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 19(1). 2001. p.17–32.
- BRENNER C. - Freud's great voyage of discovery. **Psychoanal Q**. 2007;76(1). p.9-25
- BROTTA A. [et al.] - Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: A review of the literature. **J Cancer Surviv**. 4. 2010. p.346–60, Doi:10.1007/s11764-010-132-z.
- BUKOVIC D. [et al.] - Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. **Sexuality and Disability**. 26. 2008. p.63–73.
- BURNS M. [et al.] - Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. **European Journal of Cancer Care**. 16(4). 2007. p.364–372. Doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x.
- CAPUCHA, L. M. A. - **Planeamento e Avaliação de Projetos**. Guião prático. Lisboa: DGIDC. 2008. 60p. ISBN 978-972-742-285-2
- CARR, S. V. - Psychosexual health in gynecological cancer. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 131 (2015). p.159–163.

- CARTER, J. [et al.] - HPV infection and cervical disease: a review. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.** 51(2).Apr /2011. p.103-8.
- CARTER, J. [et al.] - Contemporary Quality of Life Issues Affecting Gynecologic Cancer Survivors. **Hematology/Oncology Clinics of North America.** vol.26. 2012. p.169–194.
- CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 54(1). 2008. p. 87-96.
- CAVALCANTE, M. O. C; CAVALCANTE, R. C. Repercussões Emocionais da Disfunção Sexual. In: HALBE, Hans Wolfgang: Tratado de Ginecologia. 3. ed.. São Paulo : Roca, 2000. p. 205-217
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. - Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.
- CLEARY V., HEGARTY, J. - Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. **European Journal of Oncology Nursing.** Nº15. 2011. p.38-45. Doi:10.1016/j.ejon.2010.05.008
- COLLIÈRE, M. **Promover a vida.** 4ª ed. Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel. 1999.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Telecomunicações e Incapacidade. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1994. ISBN 972-9301-08-5.
- CULLEN K. [et al.] - From “sextoy” to intrusive imposition: a qualitative examination of women's experiences with vaginal dilatoruse following treatment for gynecological cancer .**JSexMed.** 9(4). 2012. p.1162–73.
- DAVIDSON S. E. [et. al.] - The impact of radiotherapy for cancro of the cervix on sexual function assessed using the LENT-SOMA scales. **Radiother. Oncol.** 2003, v. 68. n. 3. p. 241-247.
- DAVIS, S.; TAYLOR, B. – From Plissit to Ex-Plissit In: DAVIS, Sally - Rehabilitation: the use of theories and models in practice. Oxford: **Elsevier.** 2006. ISBN 0443100241. p. 101-130.
- DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL -

Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Helsínquia. 2013.

- DIZ, M. D. P. E; MEDEIROS, R.B – Câncer do colo do útero: fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Rev Med** (São Paulo), 88(1), Jan-Mar/2009, p. 7-15
- DONOVAN K. [et al.] - Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. **Gynecol Oncol.** 104. 2007. p.428–34. Doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.009.
- DUCHENE, P. M. - Educação e Aconselhamento Sexual. In HOEMAN, Shirley P. - Enfermagem de Reabilitação – **Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda. 2011. ISBN 978-989-8075-31- 4. p. 591-626.
- DURSUN, P. [et al.] - Nerve-sparing radical hysterectomy for cervical carcinoma. **Critical Reviews in Oncology/Hematology** 70, 2009, p.195-205.
- ECCA – European Cervical Cancer Association. [Em linha]. 2013. 86-90. [Consultado em 30 de Julho de 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ecca.info/pt/cancro-do-colo-do-utero/factores-de-risco-de-cancro-do-colo-do-utero/pdf>>.
- FARO, Ana Cristina Mancussi – Enfermagem em reabilitação: ampliando horizontes, legitimando o saber. **Revista de Escola de Enfermagem de USP** [São Paulo]. [Em linha]., vol.40, nº1, 2006. [Consultado em 29 de Agosto de 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>>
- FITZ F. F. [et al.] - Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Femina**. 39(8). 2011. p.403-409
- FLECK M. P. [et al.] - Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Rev Saude Publica**. 34(2). 2000. p.178-83.
- FLEURY, Heloisa, [et al] – Sexualidade em Oncologia. **Revista Diagnóstico e Tratamento**. [Em linha]. 16:2 (2011). 86-90. [Consultado em 28 de Agosto de 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2061.pdf>>.

- FLYNN, K. [et al.] - Sexual Functioning Along the Cancer Continuum: Focus Group Results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS™). **Psychooncology**. 20(4). 2011.p. 378-386. Doi:10.1002/pon.1738.
- FORTIN, M. **O processo de investigação, da conceção à realização**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2003. ISBN: 978-972-8383-10-7
- FORTIN, M. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- FOUCAULT, M. - **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FOUCAULT, M. - **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FRANCESCHINI, Juliana [et al] – Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós tratamento co câncer do colo do útero: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [Em linha]. 56:4 (2010). 501-506. [Consultado em 8 de Novembro de 2015]. Disponível na WWW: <URL: www.fisioterapia.com/public/files/artigo23.pdf>.
- FRIEDMAN L. C. [et al.] – Adherence to vaginal dilation following high dose rate brachytherapy for endometrial cancer. **IntJRadiatOncolBiolPhys**. 80(3). 2011. p.751–7.
- FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. - Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, São Paulo, 49(4), p.209-214
- GARRET, A. M. R. – **Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração de um Programa Reabilitador**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011. Tese de doutoramento.
- GARRETT, A; TEIXEIRA, Z. - A utilização do Modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde: Edições Universidade Fernando Pessoa**. Porto. Vol. 3, 2007. p. 237-244.ISSN 1646-0480.
- GARZON O. E. [et al.] - Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad,

depressão y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. **Psychol Av Discip.** 8(1). 2014. p.77-83.

- GILBERT E. [et al.] - Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. **Maturitas** . 70 (2011). p.42– 57. Doi:10.1016/j.maturitas.2011.06.013
- GILBERT E. [et al.] – Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer; the experiences of carers. **Arch Sex Behav.** 39 (4). 2010. p.998-1009
- GLOBOCAN 2008 (IARC): Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide [base de dados na Internet]. IARC 2012 [Consultado em 28 de Agosto de 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp.pdf>>
- GOLBASI, Z.; ERENEL, A. S.- The quality of sexual life in women with gynaecological cancers. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, 2012, vol.285, p.1713–1717
- GRECO, Susan B. [et al.] - Educação e Aconselhamento Sexual. In: SHIRLEY, P. HOEMAN- Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Progresso. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. p. 647-683. ISBN 972-8383-13-4
- GREEN M. S. [et al.] - Sexual dysfunction following vulvectomy. **Gynecologic Oncology.** 77(1). 2000. p.73–7.
- GREIMEL E. [et al.] - Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: A long-term follow-up study. **Psychooncology May.** 18. 2009. p.476–82. Doi:10.1002/pon.1426.
- HARRISON J. D. [et al.] - What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. **Support Care Cancer.** 17. 2009. p.1117–1128.
- HAWKEY, B.; WILLIAMS, J. – **Role of the Rehabilitation Nurse.** London: Royal College of Nursing. 2007.
- HENTSCHEL H. [et al.] - Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev. HCPA.** . [Em linha]. 27(1). 2007. p.10-14. [Consultado em 12 de Abril de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ufrgs.br/bioetica/fsfi.pdf>>

- HERNANDEZ SAMPIERI, R. H. [et al.] – Metodologia de Pesquisa. 5ª ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013. ISBN 9786071502919.
- HESBEEN, W. – **A Reabilitação. Criar novos caminhos.** Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003. ISBN 972-8383-43-6.
- HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, intervenção e Resultados esperados**, 4ªed. Loures: Lusodidata – Soc. Port. de material didático, Lda, 2011. ISBN:978-989-8075-31-4
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - CIPE® Versão 2, **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- JENSEN, P. T. [et al.] - Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. **International Journal of Radiation Oncology**, 56(4). 2003. p.937–949.
- JURASKOVA I. [et al.] - Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. **Psychooncology**. 12. 2003. p.267-279.
- KAPLAN HS. **Disorders of sexual desire.** New York: Brunner Mazel, 1977.
- KAPLAN HS. Hypoactive sexual desire. **J Sex Marital Ther.** 3. 1979. p.3-9.
- KATZ A. - Interventions for sexuality after pelvic radiation therapy and gynecological cancer. **CancerJ.** 15(1). 2009. p.45–7.
- KESIC, V. [et al.] - Cervical Cancer Burden and Prevention Activities in Europe. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention Research.** [Em linha]. 21(9) September 2012. 1423-1433. [Consultado em 19 de Janeiro de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://cebp.aacrjournals.org/content/cebp/21/9/1423.full.pdf>>
- KOUVARIS J. [et. al.] - Amimosfotina as radioprotective agent for the rectal mucosa during irradiation of pelvic tumors. A phase II randomized study using various toxicity scales and rectosigmoidoscopy. **Strahlenther. Onkol.** vol. 179, Nº. 3. 2003. p.167-174.
- LALOS, O. [et al.] - Urinary, climacteric and sexual symptoms one year after treatment of cervical cancer without brachytherapy. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v.30, n.4, 2009; p. 269–274

- LAMB M. A; SHELDON T. A. - The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. **Cancer Practice**. 2(2). 1994. p.103–13.
- LANCASTER, L. - Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: an overview of Australian practices. **European Journal of Oncology Nursing**, v.8. 2004. p.30–39,.
- LARA, L. A. S. [et al.] – Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**; nº30. vol. 6. 2008. p.312-321
- LEMGRUBER, M. [et al.] - Mioma uterino. In: **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: FEBRASG. Vol. II. 2001. p.1107-1114
- LINARD A. G. [et al.] - Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [Em linha]. 48(4) (2002) p.493-498. [Consultado em 1 de Maio de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ufjf.br/ppgpmi/files/2010/04/Exemplo-de-artigo.pdf>>.
- LINDAU S. [et al.] - Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. **Gynecol Oncol**. 106. Aug 2007. p.413–8. Doi:10.1016/j.ygyno.2007.05.017.
- LINDAU, S. [et al.] - Communication about Sexuality and Intimacy in Couples Affected by Lung Cancer and their Clinical Care Providers. **Psychooncology**. 20(2). 2011. p. 179–185. Doi:10.1002/pon.1787.
- LLOYD P. [et al.] - Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study. **Eur J Oncol Nurs**. 18. 2014. p.362–371.
- LOBO, A; [et al.] – Sexualidade na pessoa com lesão vértebro-medular. **Sinais Vitais**. Lisboa. Nº 88 (janeiro 2010), p. 58-62. ISSN 0872-0844.
- LOPES, M. – A metodologia da Grounded Theory: um contributo para a conceitualização na enfermagem. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0874-7695. Nº 8. Agosto 2003, p.63-74.
- LOPES, M. - Cuidar na intimidade: uma abordagem fenomenológica. **Enfermagem em Foco**, 6. 1995. p.40-50.

- MAGUIRE R. [et al.] - A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. **Eur J Oncol Nurs**. 17. 2013. p.449–464.
- MAGUIRE, R [et al.] – A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. **Gynecologic Oncology**. Nº136. 2015. p.478–490
- MAREE J. E. [et al.] - It depends on how the relationship was before you became ill. Black South African women's experiences of life partner support through the trajectory of cervical cancer. **Eur J Cancer Care**. 22(4). 2013. p.459–67.
- MARQUES, F. Z. C. [et al.] - Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd., Campinas**, 2008 maio/dez. 17(3-6), p.175-183.
- MARTINS DA ROSA, L. [et al.] - Avaliação e classificação da estenose vaginal pós-braquiterapia. **Texto Contexto Enferm**, 25(2). 2016. p. 1-8
- MATTOS C. T. D. [et al.] - Percepção da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero - Subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista Pró-univerSUS**. 05 (1). Jan./Jun. 2014. p.27-35
- MELO, M. C. B. [et al.] - O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**. 18(1). 2012. p.73-89.
- MILES T., JOHNSON N. - Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. **Cochrane Database Syst Rev**. (9). 2014. CD007291.
- MIRABEAU-BEALE K. L.; VISWANATHAN A. N. - Quality of life (QOL) in women treated for gynecologic malignancies with radiation therapy: A literature review of patient - reported outcomes. **Gynecologic Oncology**. 134. 2014. p.403–409
- **NATIONAL FORUM OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY NURSES** - Best practice guidelines on the use of vaginal dilators in women receiving pelvic radiotherapy. 2005.
- NUNES. L. [et al] - Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas, **Percursos**. Nº15. Janeiro/2010. p. 1-37
- NUNNS D. [et al.] - The morbidity of surgery and adjuvant radiotherapy in the management of endometrial carcinoma. **Int J Gynecol Cancer**. 10. 2000. p.233-

238.

- OLIVEIRA C. L. [et al.] - Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Rev. Rene.** vol. 11, Número Especial. 2010. p. 53-60
- OLIVEIRA N. F. F. [et al.] - Reabilitação fisioterapêutica usada para tratar estenose vaginal pós-radioterapia pélvica. **Fisioterapia Brasil.** 16(2). 2015. p.124-128
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Porto – **Core de indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.** 2015.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento nº. 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.** *In:* Diário República. II Série. - Lisboa. - ISSN 0870-9963. - Nº. 35 (2011.02.18), p. 8658 – 8659
- OMS - **Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health.** Geneva: WHO, 2006. p.28–31
- OMS – **Gender, Equity & Human Rights: FAQ on Health and Sexual Diversity An Introduction to Key Concepts.** World Health Organization [Em linha]. 2016. [Consultado em 28 de Maio de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/20170329-health-and-sexual-diversity-faq.pdf?ua=1>>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/en/>>.
- PACAGNELLA R. C. [et al.] - Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 25(11). Nov./2009. p.2333-2344. [Em linha]. [Consultado em 1 Maio 2017]. Disponível na WWW: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/04.pdf>>
- PAZZA, M. J.; TEIXEIRA, A. C. Rotinas clínicas e cirúrgicas em ginecologia. Rio de Janeiro: **Revinter.** 2002. p. 85 – 90.
- PESSANHA J. [et al.] - Uma experiência de restituição de resultados em saúde do trabalhador. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** Vol. 3. Nº1.

2013. p.32-44

- PIASSAROLLI V. P. [et al.] - Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 32(5). 2010. p.234-40
- PIETERSE Q. D. [et al.] - An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. **International Journal of Gynecological Cancer.** 16(3). 2006. p.1119–1129.
- PINTO, M. C. - **Intimidade em Adolescentes de Diferentes Grupos Étnicos.** Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. 2009. ISBN: 978-989-8000-80-4
- POLIT, D.; HUNGLER, B. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2011. ISBN: 9788536325453
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde. **PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Fevereiro 2016. 66 p.
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (DGS039) - **Tratamento Primário do Cancro Invasivo do Colo do Útero –** Lisboa. Direcção Geral de Saúde. 2012
- RAMIREZ, M. [et al.] - Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. **Women Health,** 49(8). 2009. p.608–624. Doi:10.1080/03630240903496093.
- RAMOS, A.; PATRÃO, I. - Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. **Análise Psicológica,** 3 (XXIII). 2005.p.295-304.
- RAMOS, N. (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde.** Lisboa: Universidade Aberta.
- RASMUSSEN E. M; THOMÉ B. - Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. **Sexuality and Disability.** 26(4). 2008. p.207–218.
- RATNER E. S. [et al.] - Sexuality and intimacy after gynecological cancer. **Maturitas.** 66. 2010. p.23–26. Doi:10.1016/j.maturitas.2010.01.015
- **REGISTO ONCOLÓGICO 2015.** Instituto Português de Oncologia do Porto

Francisco Gentil. Setembro de 2016

- REIS N. [et al.] - Quality of life and sexual function in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. **Eur J Oncol Nurs.** 14. 2010. p.137–46. Doi:10.1016/j.ejon.2009.09.004.
- RHEAUME C, MITTY E. - Sexuality and intimacy in older adults. **Geriatr Nurs.** 2008;29(5):342-9
- ROCHA [et al.] (2003). Cuidar transpessoal. Teoria de Jean Watson. **Sinais Vitais**, nº 47, Março, 61.
- ROPER, N. [et al.] - O modelo de enfermagem Roper - Logan - Tierney. 1ª Edição. Lisboa. CLIMEPSI, Editores. 2001, ISBN972-796-013-8
- ROPER, N., [et al.] – Modelo de Enfermagem. 3ª ed. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda., 1995. ISBN 972-9241-98-8.
- RORENO - **Registo Oncológico Regional do Norte 2010**. Instituto Português de Oncologia do Porto. ed.. Porto. Novembro 2015.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING – Sexuality and sexual health in nursing practice - An RCN discussion and guidance document for nurses who want to develop their nursing practice in the field of sexuality and sexual health. 2014. [Em linha]. [Consultado em 1 Setembro 2016]. Disponível na WWW: http://www.rcn.org.uk/development/practice/diabetes/good_practice/sexual_health
>
- SACERDOTI, R. [et al.] - Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help?. **Professional Psychology: Research and Practice**, 41(6). 2010. p.533–540. Doi:10.1037/a0021428.
- SADOVSKY R. [et al.] - Cancer and sexual problems. **J Sex Med.** 7 (1 Pt 2). 2010. p.349–73.
- SANT' ANA, Ricardo, [et al] – Interferências do tratamento para neoplasias no desempenho sexual de mulheres. **Revista Electrónica em Enfermagem**. [Em linha]. 15:2 (Abril/Junho, 2011). 471-478. [Consultado em 8 de Novembro de 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v5i2.16649>>.

- SCARINCI I. C. [et al.] - Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. **Cancer**, Jun /2010 ;116(11), p.2531-42.
- SCHOVER L. R. - Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. **J Clin Oncol**. 26.2008. p.753–758.
- SCHOVER L. R. [et al.] - Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. ScienceDirect -EJC Supplements.12 (2014). p.41–53
- SERRANO, Gloria Pérez - **Elaboração de projetos sociais, casos práticos**, Porto Editora, Portugal, 2014. ISBN:978-972-0-34857-9.
- SILVA, A. R. B.; MERIGHI M. A. B. - Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. **Rev Esc Enferm USP**; 40(2). 2006. p.253-260.
- SILVA, Jorge [et al.]. – Oncossexualidade. *In*: Fortunato; FIGUEIREDO, Ana - **Manual de Medicina Sexual: Visão multidisciplinar**. [Em linha]. Junho, 2014. 329-339. [Consultado em 28 de Agosto de 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf>>.
- SILVA, M., S. [et al.] – Vivências de mulheres face ao diagnóstico de cancer cérvico-uterino: revisão integrativa da literatura. **Pleiade**. Nº8, vol.15. Jul-Dez./2014. p. 16-25
- STEAD M. L. [et al.] - Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**. Vol. 21, Nº. 2. 2007. p.309-320. Doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.008
- SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA - **Criterios de Terminología de Eventos Adversos**. Colección Guías Distinguidas Serie Farmacología. [Em linha]. Vol. 1. Nº1Abril, 2014. [Consultado em 12 de Abril de 2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.siicsalud.com/pdf/gd_eventos_adversos_1.1_72114.pdf>
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. **Investigação Qualitativa em Enfermagem**. Avançando o Imperativo Humanista. 5ª Ed. Loures: Lusociência. 2013. 500p. ISBN: 978-989-8075-34-5
- TAKAHITO, O. [et al.] - Long-term result of high dose-rate after loading

brachytherapy in squamous cell carcinoma of cervix relationship between facility structure and outcome. **J. Clin. Oncol.**, v. 34, nº. 3, 2004, p. 142-148.

- TAYLOR, B.; DAVIS, S. – The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. **Journal of Sexuality and Disability**. nº25, 2007, p.135–139.
- TEITELMAN A. M, [et al.] - Human papillomavirus, current vaccines, and cervical cancer prevention. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2009, Jan/Feb; 38(1), p.69-80.
- TIERNEY D. - Sexuality: A quality of life issue for cancer survivors. **Semin Oncol Nurs**. 24(2). May/2008. p.71–79. Doi:10.1016/j.sonen.2008.02.001.
- TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. - Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures, Lusociência editores. 2004. ISBN 972-8383-74-6
- VAZ SERRA, A. [et al.] – Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de saúde (WHOQOL – 100) para português de Portugal. **Psiquiatria Clínica**. 27(1). 2006. P.31-40
- VIDAL, M. L. B. Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de dolo uterino na bexiga, reto e função sexual. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2008
- VILARINHO, S. - Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina-Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais. Universidade de Coimbra-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Coimbra. 2010
- WHITE I.D.; FAITHFULL S. - Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: a UK survey of current practice. **Int J Gynecol Cancer**. 16. 2006. p.1140–1146.
- WHITE, I. D. - The Assessment and Management of Sexual Difficulties after Treatment of Cervical and Endometrial Malignancies. **Clinical Oncology**, vol.20, 2008, p. 488-496
- WILJER D. [et al.] – A qualitative study of an internet-based support group for

women with sexual distress due to gynecologic cancer. **J. Cancer Educ.** 26(3). 2011. p.451-458.

- WOLSCHICK, N. M. [et al.] Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.123-129, 2007
- ZEBRACK, B. [et al.] - Sexual Functioning in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. **Psychooncology**, 19(8). 2010. p.814-822. Doi:10.1002/pon.1641.

ANEXOS

ANEXO A

Female Sexual Function Index (FSFI)

ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI) (Vidal, 2008)

PARA CADA ITEM MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
	Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
	Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

	Muito alto
	Alto
	Moderado
	Baixo
	Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspetos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (metade das vezes)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Muito alto
	Alto
	Moderado
	Baixo
	Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Altíssima confiança
	Alta confiança
	Moderada confiança
	Baixa confiança
	Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, como que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, como que frequência você ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Extremamente difícil ou impossível
	Muito difícil
	Difícil
	Pouco difícil
	Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, como que frequência você manteve sua lubrificação durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Extremamente difícil ou impossível
	Muito difícil
	Difícil
	Pouco difícil
	Nada difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

	Sem atividade sexual
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

	Sem atividade sexual
	Extremamente difícil ou impossível
	Muito difícil
	Difícil
	Pouco difícil
	Nada difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Muito satisfeita
	Moderadamente satisfeita
	Indiferente
	Moderadamente insatisfeita
	Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

	Sem atividade sexual
	Muito satisfeita
	Moderadamente satisfeita
	Indiferente
	Moderadamente insatisfeita
	Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

	Sem atividade sexual
	Muito satisfeita
	Moderadamente satisfeita
	Indiferente
	Moderadamente insatisfeita
	Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

	Sem atividade sexual
	Muito satisfeita
	Moderadamente satisfeita
	Indiferente
	Moderadamente insatisfeita
	Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

	Não houve tentativa de penetração
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (aproximadamente metade do tempo)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

	Não houve tentativa de penetração
	Sempre ou quase sempre
	Muitas vezes (mais de metade do tempo)
	Algumas vezes (aproximadamente metade do tempo)
	Poucas vezes (menos de metade do tempo)
	Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

	Não houve tentativa de penetração
	Altíssimo
	Alto
	Moderado
	Baixo
	Baixíssimo ou nenhum

ANEXO B

Questionário WHOQOL – abreviado

QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Versão em português do instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – Abreviado) (Vaz Serra [et al.], 2006).

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas, colocando um **X** na opção que mais se adequa. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode, muitas vezes, ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto de consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?					
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas	1	2	3	4	5

	necessidades?					
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa, Nem Má	Boa	Muito Boa
15	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas?

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	1	2	3	4	5
20	Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C

Common Terminology Criteria Adverse Event (CTCAE) v. 3.0

Criterios de Terminología para Eventos Adversos sobre la Función Sexual y Reproductiva

Eventos Adversos da Radioterapia Baseada na Escala de Gradação da (CTCAE) v 3.0 (Sociedad Iberoamericana De Información Científica, 2014)

Evento Adverso	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Función mamaria (lactancia)	Anomalias mamarias sin repercusión funcional significativa	Anomalias mamarias com alteración funcional significativa	-	-	NC
Deformación de la aréola o el pezón	Asimetría limitada de la aréola sin câmbios en la proyección de la aréola o el pezón	Asimetría de la aréola o el pezón com desviación leve de la proyección del pezón	Acentuada desciação del pezón	-	NC
Hipoplasia mamaria	Mínima assimetria o hipoplasia	Asimetría que compromete hasta un tercio del volumen mamário; hipoplasia moderada	Asimetría que compromete más de un tercio del volumen mamário; hipoplasia grave	-	NC
Disfunción eréctil	Disminución funcional (menor frecuencia o rigidez de rección), sin necesidad de intervención	Disminución funcional (menor frecuencia o rigidez de la erección), com necesidad de intervención	Disminución funcional (menor frecuencia o rigidez de la erección), com intervenciones no eficaces y necesidad de próteses	-	NC
Disfunción eyaculatoria	Menor eyaculación	Eyaculación ausente o retrógrada	-	-	NC
Ginecomastia	-	Agrandamiento mamário assintomático	Agrandamiento mamário sintomático com necesidad de tratamiento	-	NC
Infertilidad, esterilidade	1 a 3 meses sin ciclos menstruales	Más de 3 y hasta 6 meses sin menstruación, pero com ciclos menstruales posteriores	Amenorrea persistente por más de 6 meses	-	NC

Libido	Disminución de libido sin compromiso de la relación de pareja; sin necesidad de intervenciones	Disminución de la libido con compromiso de la relación de pareja; indicación de intervención	-	-	NC
Disfunción orgásmica	Reducción transitoria	Menor respuesta orgásmica, con necesidad de tratamiento	Incapacidad completa para el orgasmo, sin respuesta al tratamiento	-	NC
Flujo vaginal no infeccioso	Leve	Moderado a intenso, con necesidad de usar apósitos	-	-	NC
Sequedad vaginal	Leve	Interfiere con la actividad sexual; dispareunia, necesidad de intervención	-	-	NC
Mucositis vaginal	Eritema de la mucosa con síntomas mínimos	Úlceras aisladas; síntomas moderados o dispareunia	Úlceras confluentes; hemorragia traumática; imposibilidad de tolerar el examen vaginal, la relación sexual o el uso de tampones	Necrosis tisular, hemorragia espontánea significativa, consecuencias potencialmente mortales	↑
Estenosis vaginal	Acortamiento o estenosis sin interferencia funcional	Acortamiento o estenosis con trastorno funcional	Obstrucción completa sin posibilidad de corrección quirúrgica	-	-
Vaginitis no infecciosa	Leve, sin necesidad de intervención terapéutica	Moderada, con necesidad de tratamiento	Grave, sin mejoría con el tratamiento; presencia de úlceras sin necesidad de resolución quirúrgica	Úlceras con necesidad de tratamiento quirúrgico	-
Otros eventos adversos sexuales o reproductivos	Leves	Moderados	Graves	Discapacidad	↑

APÊNDICES

APÊNDICE A

Guião de Entrevista

Guião de entrevista

PARTE I – Acolhimento

Eu, Liliana de Jesus da Cruz Amorim, Enfermeira no IPO – Porto, estudante do IV Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo pretendo realizar um trabalho de investigação orientado pela Professora Doutora Clara de Araújo.

O objetivo central deste estudo é compreender as vivências das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia, relativas à sua sexualidade. Neste sentido, solicitamos a sua colaboração. A sua participação neste estudo é muito importante pois permitirá um melhor conhecimento do fenómeno em estudo. Tem como objetivos específicos: analisar o conceito de sexualidade para as mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia; compreender como as mulheres vivenciam a sua sexualidade, antes e após o diagnóstico de doença oncológica e tratamentos de radioterapia (externa e braquiterapia); perceber o impacto do tratamento de radioterapia externa e braquiterapia na sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres relativas à sua sexualidade e conhecer as estratégias utilizadas na adaptação da sexualidade após os tratamentos de radioterapia.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento.

Para assegurar o rigor e análise de dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar.

Tudo o que disser será estritamente confidencial pois os resultados serão codificados.

PARTE II

Questionário sócio demográfico e clínico:

- Idade;
- Estado civil;
- Nível de escolaridade;

- Profissão.
- Data de término dos tratamentos de radioterapia.
- Se tem um relacionamento de caráter sexual no momento da entrevista.

PARTE III – Objetivos/questões orientadoras

- ✓ Analisar o conceito de sexualidade para as mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia.

1 – Qual o conceito de sexualidade para si?

- ✓ Perceber como as mulheres vivenciam a sua sexualidade.

2 – Antes dos tratamentos quais eram os aspetos da sua sexualidade (prática sexual, preliminares), mais importantes?

2. a) E depois do diagnóstico e dos tratamentos de radioterapia e braquiterapia? O que mudou? Porquê?

- ✓ Perceber o impacto do tratamento de radioterapia externa e braquiterapia na sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia.

3 – Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres relativas à sua sexualidade?

3. a) Considera existirem fatores de ordem fisiológica ou psicológica que interfiram no reinício da sua atividade sexual? Quais?

- ✓ Conhecer as estratégias utilizadas na adaptação da sexualidade após os tratamentos de radioterapia.

4 – Que tipo de recursos e de equipamentos conhece e utiliza? A informação prestada foi suficiente? Se não, como fez para ultrapassar as dificuldades?

PARTE IV – Fecho da entrevista

Agradecer a colaboração do participante e referir a importância da sua participação no estudo; resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha.

APÊNDICE B

Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

FORÇAS	FRAQUEZAS	DINÂMICAS INTERNAS
<ul style="list-style-type: none"> - A Missão, visão, valores e objetivos da Instituição, reforçam a importância da implementação de um projeto desta natureza; - Em 2015 das 111 mulheres com cancro do colo do útero (invasivo), 51 destas foi proposta como tratamento único a radioterapia (RTE e BTI); - A existência de efeitos secundários relacionados os tratamentos de RTE e BTI (dispareunia, secura vaginal, atrofia vaginal) que podem comprometer a sexualidade; - Inovação regional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de base de dados relativos à monitorização de efeitos secundários que possam comprometer a sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero; - Carência de procedimentos relativos a reabilitação sexual das mulheres com cancro do colo do útero. 	
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	DINÂMICAS EXTERNAS
<ul style="list-style-type: none"> - Recomendações da Associação Mundial da Sexualidade (1999), com a emissão da Declaração dos Direitos Sexuais; - Existência de Recursos humanos especializadas; - Formação em Oncosexologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Burocracia na implementação do projeto. 	

APÊNDICE C

Matriz de Redução de Dados

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>Funcionalidade sexual da mulher com cancro do colo do útero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Significado de Sexualidade</u> 	<p>- Dimensão Física</p>	<p>E1 “(...) a sexualidade envolve (...) a relação sexual (...).”</p> <p>E3 “(...) penso que a sexualidade tem (...) a ver com o ato sexual, (...).”</p> <p>E6 “(...) sexualidade (...) é a prática do ato em si.”</p> <p>E8 “(..) Para mim a sexualidade faz parte (...) do sexo (...).”</p> <p>E11 “(...) a sexualidade (...) envolve (...) a atividade sexual.”</p> <p>E12 “(...). Tem a ver com o ato sexual em si (...).”</p>
		<p>- Dimensão relacional</p>	<p>E1 “(...) envolve a intimidade, privacidade, (...) o carinho, a compreensão entre o casal (...).”</p> <p>E3 “(...) penso que a sexualidade não tem haver apenas com o ato sexual, mas também com intimidade (...).”</p> <p>E4 “(...) para mim a sexualidade tem a ver com intimidade, querer estar com alguém que nos faz sentir bem (...) a sexualidade tem a ver com a forma como estamos com os outros (como por exemplo o sorriso) e connosco próprios.”</p> <p>E5 “(...) para mim é o importante na sexualidade, além de ter relações sexuais, também o amor, o carinho, a compreensão do casal.”</p> <p>E6 “(...) temos uma sexualidade com amor e sem amor e temos</p>

		- Dimensão global	<p>pronto temos o ato sexual (...) que é a prática do ato em si.”</p> <p>E7 “(...) para mim começa tudo pela parte do carinho, (...), e tudo o resto, completar o outro (...) acho que entre o casal não devem existir muitas barreiras (...). Conversado tudo pode acontecer (...). Basicamente é isso, o respeito que temos um pelo outro, se ambos querem, pode ser tudo, desde que não seja forçado (...).”</p> <p>E8 “(..) Para mim a sexualidade faz parte do amor (...)”</p> <p>E9 “(..) a Sexualidade vai desde a carícia ao ato em si (...).”</p> <p>E10 “(...) é viver o dia-a-dia com o companheiro, ajudarmos um ao outro é a união (...).”</p> <p>E12 “(...) Tem a ver com o ato sexual em si e com todos os sentimentos, porque se não houver sentimento (...) a sexualidade acho que não tem grande importância (...).”</p> <p>E2 “(...) a sexualidade além do ato sexual, de todos preliminares, de todos os atos de todo o à vontade ao fazer esse ato tão íntimo, é eu conhecer o meu corpo, poder explorá-lo, é eu sentir-me bem, sentir-me sensual (...) Para mim sexualidade é isso, é eu enquanto mulher e o ato em si”..</p> <p>E5 “(...) a Sexualidade (...) é uma relação entre o homem e a mulher, onde a gente tem que dar de nós (...) dar o amor, o carinho (...) as expectativas de sermos felizes (...), o importante na sexualidade, além de ter relações sexuais, também é o amor, o carinho, a compreensão do casal (...).”</p> <p>E11 “(...) a sexualidade tem a ver com tudo, envolve a forma de estar, o carinho entre as duas pessoas (...).”</p>
--	--	-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Padrão de comportamento sexual antes dos tratamentos de RT</u> 	<p>- Dimensão Física</p>	<p>E1 “(...) os vários tipos de sexo (oral, por exemplo) (...)”</p> <p>E2 “(...) antes de descobrir a doença tinha uma boa sexualidade, ou seja, tinha uma vida sexual bastante ativa, não era pessoa de grandes complexos (...) era uma pessoa que acima de tudo (...) sentia-me à vontade, sentia-me confortável e sentia-me bem no meu corpo (...)”</p> <p>E3 “(...) considerávamos importantes os preliminares, antes do ato sexual (carícias, mininhos; beijinhos) eram importantes (...)”</p> <p>E4 “(...) antes dos tratamentos considero que tinha uma vida sexual normal, ou seja privilegiávamos os preliminares (como as carícias), e depois surgia a relação sexual como momento de prazer e excitação para o casal.</p> <p>E5 “(...) nunca fiz nada de extravagante, a não ser várias posições, mas a nível de relações orais e anais, nunca experimentei, nunca tive esses preliminares, porque nunca me senti à vontade e depois, o meu parceiro nunca puxou muito esse à parte, não é que um dia a gente não vá experimentar (...)”</p> <p>E8 “(...) antes do ato em si fazíamos umas festinhas (...)”</p> <p>E9 “(...) a nossa sexualidade era boa, (...), desde carícias, preliminares, tudo (...) sempre tivemos uma boa relação nesse campo. Somos aventureiros, experimentávamos tudo o que nos apetecia, várias posições, diferentes tipos de sexo (sexo oral) (...)”</p> <p>E10 “(...) antes do ato em si gostávamos de brincar, o estar à vontade, as carícias, os preliminares eram importantes (...)”</p>
--	---	--------------------------	---

		<p>- Dimensão Relacional</p> <p>E11 “(...) os preliminares, os mimiinhos, são importantes antes do ato em si (...).”</p> <p>E12 “(...) era tudo importante, o ato sexual, os preliminares, as carícias (...) éramos um casal que às vezes gostávamos de experimentar coisas diferentes, alguns tipos sexo (sexo oral) (...).”</p> <p>E1 “(...) eu acho que é preciso uma troca de carinho antes, para que a coisa vá esquentando, o estar á vontade entre o casal, ajuda muito.”</p> <p>E2 “(...) sentia-me à vontade em várias posições sexuais, era uma pessoa que acima de tudo não só o ato sexual mas todo o carinho, toda a intimidade que isso envolve, sentia-me à vontade (...).”</p> <p>E6 “(...) para nós é a satisfação mútua, é o mais importante, independentemente de ter mais ou menos, isso depende da cada vez, como corre, em que os preliminares estão presentes (...) com momentos prazerosas para ambos, e o importante é sempre atingir o meu orgasmo (...).”</p> <p>E7 “(...) para mim começa tudo pela parte do carinho, (...), e tudo o resto, completar o outro (...).”</p> <p>- Dimensão Cultural</p> <p>E8 “(...) a gente faz porque faz (...), tem que fazer a vontade ao marido, faz parte do casamento (...).”</p> <p>E10 “(...) é mesmo só para agradar o marido porque se não, sabe como é.</p>
--	--	---

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>Impacto da Doença Oncológica na vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Domínio das Relações Interpessoais</u> ● <u>Domínio Psicossocial</u> 	<p>- Sentimento de Perda</p> <p>- Medo de Recidiva</p>	<p>E2 “(...) porque sentimos que a relação no geral com o meu marido possa sofrer danos com isso e a sorte é que eu tenho uma pessoa que sempre foi muito paciente, muito cuidadora e que acima de tudo de qualquer ato sexual tem colocado o amor por mim sempre à frente (...)”</p> <p>E3 “(...) E o marido também sente que está diferente. Ainda hoje vinha comigo a falar no carro, e comentou que está diferente, a relação está totalmente diferente do que a gente tinha antigamente (...)”</p> <p>E7 “(...) já conversamos sobre isso, ele diz que está bloqueado, que bloqueou e agora, sinceramente o que se passa mesmo com ele, eu não sei. Ele pode dar uma desculpa que der, o que é certo, o que eu me sinto mal.”</p> <p>E2 “(...) dei por mim a pensar em tudo, e lá está na questão da infertilidade, na questão da sexualidade, na questão do projeto a dois, de como ia ser, do que perdi, do porquê que perdi (...)”</p> <p>E3 “(...) o medo de que voltarmos a ter relações, signifique que tudo irá voltar de novo, e acabamos por não disfrutar do momento, em termos de sexualidade. O medo e o receio fazem aquele clique que impede que a gente evolua na relação. O medo é ainda muito recente.”</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Expetativas em relação aos tratamentos</u> 		<p>E5 “(...) só que há (...) 5 meses para cá eu fiquei um bocado insegura, não se foi o sistema psicológico ao nível da gente ficar com receio que [houvesse recidiva tumoral] (...) mas, ao qual eu tenho que superar isso e estou a conseguir superar.”</p> <p>E7 “(...) estou a mexer numa [zona] que se calhar ainda está em ferida, será que é correto fazê-lo, será que não é, mas pronto é um bocadinho complicado, vou mas é estar quietinha e deixar as coisas sossegadas, ou será que o bicho ainda está ali e estou a mexer com ele, é isso que me faz sentir [receosa].”</p> <p>E9 “(...) uma das situações que me preocupa tem a haver com o sangramento ligeiro que voltei a ter passados estes meses todos, será que é sinónimo de que a doença está de volta?”</p> <p>E7 “(...) Estou numa fase que ainda não sei se os tratamentos resultaram ou não, estou uma fase de espera, (...) também tenho medo estou a mexer numa [zona] que se calhar ainda está em ferida, será que é correto fazê-lo, será que não é ? (...).”</p>
--	---	--	---

		<p>- Diminuição da elasticidade vaginal</p> <p>- Alteração do tamanho e curvatura da vagina</p>	<p>E8 “(...) antes tinha mais vontade e agora não, faço mas não é com a mesma vontade, a gente faz porque faz parte, tem que fazer a vontade ao marido, faz parte do casamento, mas não tenho aquela mesma vontade (...)”</p> <p>E10 “(...) sinto que não tenho a mesma vontade, por isso nunca tenho vontade (...)”</p> <p>E11 “(...) o prazer já não é o mesmo, para mim não porque havia coisas que ele podia tocar e agora, porque tentas vezes me tocaram, que eu acho que me provoca desconforto (...)”</p> <p>E12 “(...) mudou muito, tudo; porque altera praticamente o corpo de uma mulher e em todos os sentidos, a vontade, já não há aquela vontade, como havia dantes (...)”</p> <p>E2 “(...) pensei que ia ter menos elasticidade mas nunca pensei que a entrada tivesse diferença, porque eu noto (...)”</p> <p>E2 “(...) sinto que o formato do órgão alterou, não só no tamanho, mas senti uma dificuldade na parte do coito, a entrada vaginal está diferente, parece que tem uma curvatura diferente (...)”</p> <p>E3 “(...) sinto-me diferente, muito diferente. E o marido também sente que está diferente (...). Noto que os tratamentos alteraram os órgãos internamente (...)”</p> <p>E4 “(...) depois dos tratamentos tudo mudou (...) sinto no interior da</p>
--	--	---	--

		<p>- Menopausa precoce</p> <p>- Alteração do prazer</p>	<p>vagina uma barreira que impede que cheguemos ao fim da atividade sexual. Os tratamentos modificaram algo internamente, pois já não sinto o mesmo prazer que antes dos tratamentos (...).”</p> <p>E7 “(...) porque noto sempre que chega ali a um certo ponto, parece que tem uma barreira (...).”</p> <p>E10 “(...)Eu sinto que aquilo está a tapar, eu sinto que aquilo está a encurtar. Eu sinto mesmo, quando eu estou a tomar banho e sinto, e depois das experiências que tem com o marido, sabe perfeitamente, e sentimos que está diferente, parece que está tapado (...).”</p> <p>E2 “(...) por estar a entrar numa fase de pré-menopausa, porque a operação não resultou (...) pelos vistos a radiação afetou na mesma os ovários (...).”</p> <p>E4 “(...) sinto que estou diferente na forma como sinto prazer, bem como na forma como dou prazer ao meu marido (...).”</p> <p>E5 “(...) eu nunca senti tanto prazer antes como sinto prazer agora, nunca, nunca, nunca, porque para além dos tratamentos eu pensei que não ia ter uma vida sexual normal e ao qual melhorou muito (...).”</p> <p>E9 “(...) noto que em termos de prazer que tenho mais. (...) não notamos que a nossa sexualidade ficou prejudicada, inclusive melhorou, e que aumentou o prazer sexual (...).”</p>
--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Alterações Psicológicas</u> 	<p>- Insatisfação da performance sexual</p> <p>- Medo</p>	<p>E2 “(...) a relação sexual acaba e depois também não procuro tão rapidamente ou esquivo-me, muitas vezes, porque infelizmente a minha vida sexual não está aliada ao prazer e ainda penso muito no que aconteceu, (...), não estou satisfeita com a minha performance ou como as formas como as coisas agora ocorrem (...).”</p> <p>E1 “(...) mas já penso na dor que vou sentir, já não fico à vontade (...).”</p> <p>E2 “(...) tenho também o receio, o medo de me magoar, que é uma zona sensível e depois de tantos tratamentos, de tantos exames e tantas pessoas sempre à nossa volta (...). Fica o medo, fica essa retração, eu pelo menos senti-me muito retraída (...).”</p> <p>E3 “(...) Depois dos tratamentos ficou o medo, o medo da dor, o medo de sangrar (...) penso até que é mais psicológico do que físico que interfere com a sexualidade. É mais o medo, a ansiedade, isto pode voltar outra vez (...).”</p> <p>E12 “(...) O receio de iniciar a atividade também esteve presente, porque depois também sangrei um bocado, tive medo, pensei que fosse disso e então até agora parei. Tive receio e medo do reinício da atividade sexual, pelo que a primeira relação após os tratamentos ocorreu mais ou menos 2 meses após (...).”</p> <p>E11 “(...) a ansiedade que senti depois foi passando, mas se ele</p>
--	--	---	--

	<p>● <u>Alterações nos Papéis Sociais</u></p>	<p>- Ansiedade</p> <p>- Desconforto no toque</p> <p>- Autoimagem comprometida</p> <p>- Constrangimento</p> <p>- Procriação</p>	<p>me magoar assim um bocado na segunda vez já vou ficar mais receosa.</p> <p>E11 “(...) o prazer já não é o mesmo, para mim não, porque havia coisas que ele podia tocar e agora, porque tantas vezes me tocaram, que eu acho que me provoca desconforto (...)”</p> <p>E2 “(...) fui operada para fazer uma transposição dos ovários, (...) engordei cerca de 15 kg, ou seja, o meu corpo já não é o mesmo. Depois, como é uma zona tão íntima, tão feminina, uma mulher sente-se lesada, sente-se que já não é igual, não só pela questão do peso, ou pela questão de olharmos ao espelho e vermos que as caras parecem que estão diferentes, estão mais brancas, ou com mais olheiras (...)”</p> <p>E1 “(...) quanto menos o fizermos [ato sexual], vou estar sempre com sangramento e isso também é muito constrangedor, porque já fico naquela, tem que ser com luz apagada, (...) e eu falo, está tudo sujo, já está sujo (...)”</p> <p>E2 “(...) sentimos que a nossa sexualidade é abalada porque enquanto mulheres além do meu caso, deixo de poder ter filhos. É uma zona que mexe com a cabeça da mulher. (...)”</p> <p>E1 “(...) antes tínhamos uma vontade e agora há assim um tabu</p>
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Alterações na Relação sexual</u> 	<p>- Frequência do ato sexual</p>	<p>semana, agora dificilmente (...).”</p> <p>E2 “(...) confesso que deveria fazer mais porque deveria ter uma prática sexual mais ativa e regular e não, é uma média de quase 15 em 15 dias; eu sei que deveria ser de outra forma, mas pronto, lá está a parte psicológica também ainda está.”</p> <p>E3 “(...) a Sra. Doutora disse que eu podia ter relações, mas eu não comecei logo (...), tenho uma de vez em quando (...) ela disse-me logo, olhe que você está a fazer muito mal, e depois o seu marido sabe como é, com a idade que tem, olhe que ele não quer estar tanto tempo sem fazer nada, (...), mas ainda é muito complicado.”</p> <p>E4 “(...) neste momento a nossa prática sexual já não tem a mesma frequência que antes da doença.”</p> <p>E7 “(...) agora após dos tratamentos aconteceu duas vezes porque era necessário fazer, segundo as informações que tive. Não sei o que se passa na cabeça dele que, tem medo, não sei sinceramente.”</p> <p>E9 “(...) acho que até em termos de frequência [sexual] aumentou.”</p> <p>E12 “(...) o receio de iniciar a atividade também esteve presente, porque depois também sangrei um bocado, tive medo, pensei que fosse disso e então até agora parei.”</p> <p>E4 “(...) sinto que estou diferente na forma como sinto prazer, bem</p>
--	---	-----------------------------------	---

	<p>• <u>Trauma vivenciado pelo tratamento de Braquiterapia</u></p>	<p>- Forma de sentir e dar prazer</p> <p>- Evitamento do companheiro</p>	<p>como na forma como dou prazer ao meu marido.”</p> <p>E1 “(...) é um pouco complicado e ele também já começa a ficar com medo de me [magoar] e acaba também por desistir, pronto e isso tem afetado muito.”</p> <p>E2 “(...) além da vida sexual, do ato sexual me afetar a mim eu sinto que nele às vezes o medo de magoar, um cuidado muito grande (...)”</p> <p>E3 “(...) depois dos tratamentos ficou o medo, o medo da dor, o medo de sangrar, o medo que marido tem em me magoar.”</p> <p>E7 “(...) após dos tratamentos aconteceu duas vezes porque era necessário fazer, segundo as informações que tive. Não sei o que se passa na cabeça dele que, tem medo, não sei sinceramente.</p> <p>E8 “(...) O marido ao princípio também estava com receio, apesar de já ter passado o tempo dos tratamentos, estava com medo que estragasse alguma coisa. Foi com mais cuidados.”</p> <p>E10 “(...) o problema é que companheiro também medo de magoar, e aí perdesse logo a vontade.”</p> <p>E2 “(...) por muito forte que até tenha sido, (...) quando saí do serviço de braquiterapia nos dias a seguir fui-me abaixo, comecei a pensar em tudo, além do que a experiência aqui também para mim foi assim um bocado agressivo, no sentido que a pessoa está isolada, estar em “tortura”, é um ato ainda um bocadinho agressivo em relação ao outro porque é muito invasivo e só o próprio procedimento mexe connosco, faz-nos pensar em coisas que se calhar, que antes pensávamos mas tentávamos abafar para tentar</p>
--	--	--	--

			<p>continuar o caminho. Quando saí daqui dei por mim a pensar em tudo, (...) na questão da sexualidade (...)"</p> <p>E3 " (...) depois eu fiquei com um trauma da braquiterapia que ninguém imagina. Ainda agora quando, eu não posso estar no escuro, fiquei com receio, aquele quarto, ali tantas horas, não poder mexer-me aquilo para mim foi um trauma. O tratamento ainda vem-me muito à cabeça. Não a quimioterapia, nem nada, mas estar aqui, aquele tempo todo naquele quarto, sem me mexer, não ter ninguém, vinham as senhoras enfermeiras, mas pronto, era diferente, para mim isso foi um trauma, para mim isso ainda está na minha cabeça. (...) " a BTI para mim foi o pior, (...) lembro-me disso, (...) vem-me tudo à cabeça e depois perco a vontade, perco totalmente a vontade de ter relações sexuais."</p>
--	--	--	--

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>Dificuldades da vivência da sexualidade da mulher com cancro do colo do útero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Natureza Psicológica</u> 	<p>- Medo</p>	<p>E1 “(...) mas já penso na dor que vou sentir, já não fico à vontade (...) e acabou aquele à vontade. (...) aquele medo que eu estou, aquele medo psicológico, aquela coisa psicológica que está na cabeça. Às vezes pode até não ser a dor, mas já pensar na dor, pode estar no psicológico, eu tento tirar, mais eu não sei, é complicado.”</p> <p>E2 “(...) medo, claro, foi começar porque foi doloroso, senti que algo estava diferente, coisa que ainda não tinha sentido porque não explorei o meu corpo (...) também o receio, o medo de me magoar, que é uma zona sensível e depois de tantos tratamentos, de tantos exames e tantas pessoas sempre à nossa volta (...). Fica o medo, fica essa retração, eu pelo menos senti-me muito retraída (...).”</p> <p>E4 “(...) o medo da dor é outro fator que interfere. A vivência do medo da antecipação da dor acaba por interferir na sexualidade e na atividade sexual (...).”</p> <p>E5 “(...) este medo veio porque há 5 meses quando comecei a sentir aqueles pequenos sangramentos nada de muito forte (...) depois de termos as nossas relações sexuais (...) daí eu ter medo de ter relações sexuais, que na minha ideia o sangue vinha porque estava a provocar qualquer lesão no colo do útero.”</p> <p>E8 “(...) a minha maior dificuldade foi o medo, tinha medo que às vezes fosse estragar alguma coisa, sei lá (risos), foi mesmo mais o medo.</p> <p>E10 “(...) depois é aquele medo, não consigo, não consigo. Tentei mais que uma vez, por pena dele, não é?! Comprei todo o tipo de</p>

			<p>gel, e cremes, mesmo aqui as doutoras aconselharam e receitaram (...), mas eu não consigo, mesmo.”</p> <p>E11 “(...) o receio para o reinício da atividade. O receio e o medo, do que propriamente a dor.”</p> <p>E12 “(...) tive receio e medo do reinício da atividade sexual, pelo que a primeira relação após os tratamentos ocorreu mais ou menos 2 meses após.”</p>
		- Ansiedade	<p>E6 “(...) um pequeno anseio da minha parte nas primeiras duas, três vezes, no entanto, iniciei a atividade sexual duas a três semanas (...). No início senti alguma ansiedade (...).”</p>
		- Medo de contágio	<p>E1 “(...) a médica disse-me que não era transmissível, que eu não tenho mais nada, (...) mas ele, o homem fica com receio e então, isso atrapalha.”</p> <p>E7 “(...) penso que quando se retira um peito é uma mutilação para a mulher, para o homem que vê também, mas quando tem a ver com o sexo que eles têm que introduzir, no nosso corpo o próprio corpo deles parece que lhes faz alguma confusão. Não se pega não é uma doença contagiosa, mas eu acho que na mentalidade de algumas pessoas isso ainda faz um bocadinho de confusão.”</p>
		- Medo de se expor	<p>E2 “(...) não me sinto à vontade para fazer outras posições porque tento sempre proteger-me muito, expor-me o menos possível (...).”</p>
		- Dispareunia	<p>E4 “(...) sinto que a presença de dor durante o ato sexual, me</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Natureza Fisiológica</u> 	<p>- Diminuição de líbido</p>	<p>impede de aproveitar o momento antes do coito, ou seja, os preliminares, pois apesar de poder estar excitada nessa fase a possibilidade do dor durante o ato “faz ligar a ficha” e tenho a no�a que acabamos por não aproveitar o momento de forma prazerosa. (...) Tenho no�a que a dor sendo a maior dificuldade, não foi ultrapassada de forma eficaz. Procuramos investir nos preliminares (carícias) para atingir algum prazer, no entanto quando tentamos avançar a dor acaba por ser fator que impede de chegarmos ao prazer na totalidade.</p> <p>E6 “(...) apenas um bocadinho de dor nas primeiras vezes. Um bocadinho de dor até porque sentia a parte muscular, não estava bem trabalhada (...).”</p> <p>E8 “(...) quando iniciei a atividade tive um bocadinho de dores, (...) era tudo junto, mas ainda tive algumas dores, pouco, mas ainda tive (...).”</p> <p>E12 “(...) Durante a penetra�o doeu-me muito por dentro, � uma situa�o inc�moda (...). A dor e o medo foram as maiores dificuldades.”</p> <p>E2 “(...) A primeira dificuldade que senti no ato sexual foi antes de mais a minha falta de líbido, por estar a entrar numa fase de pré-menopausa (...). A falta de líbido que � uma coisa complicada (...).”</p> <p>E3 “ (...) isso já não � igual, já não sinto a mesma vontade, mesmo a Doutora deu-me um creme, mas mesmo assim, não me sinto bem. Sou eu, eu, eu tenho no�a que os tratamentos alteram estas coisas.”</p> <p>E4 “(...) sinto que estou diferente na forma como sinto prazer, bem</p>
--	---	-------------------------------	--

	- Sem dificuldades	- Sangramento vaginal ligeiro	<p>como na forma como dou prazer ao meu marido. Os tratamentos modificaram algo internamente, pois já não sinto o mesmo prazer que antes dos tratamentos.”</p> <p>E7 “(...) Das vezes que ocorreram tive dor e sangramento. Na primeira vez não, tive só sangramento, da segunda vez já tive dor e sangramento, porque já foi bastante espaçada em relação à primeira vez.”</p> <p>E9 “(...) Não houveram dificuldades.”</p>
--	--------------------	-------------------------------	--

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>Estratégias utilizadas na vivência da Sexualidade da mulher com cancro do colo do útero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Terapêutica Farmacológica</u> 	- Lubrificantes vaginais	<p>E1 “(...) utilizamos bastante gel, dado que a nossa lubrificação acabou e tem-se que utilizar bastante (...)”</p> <p>E2 “(...) uso um gel vaginal. (..) O amigo é o GENIX que vai connosco para a cama, até nessa altura é uma situação, é uma altura de desconforto, porque já o coloquei eu mas a maior parte das vezes é o meu marido que o coloca, para tentarmos quebrar o gelo ali, mas logo aí, há desconforto porque há uma retração logo.”</p> <p>E3 “(...) a Dra. deu-me um creme, mas mesmo assim não me sinto bem. Sou eu, eu, eu tenho noção que os tratamentos alteram estas coisas.”</p> <p>E4 “(...) Para ultrapassar a secura vaginal, tentei utilizar um lubrificante (...), ao qual fiz intolerância com a presença de ardor e desconforto.”</p> <p>E7 “(...) utilizo sempre lubrificante como me indicaram, comprei na farmácia.”</p> <p>E11 “(...) usamos lubrificantes apenas nas primeiras vezes. Não precisamos de utilizar outros meios para o reinício da atividade sexual.”</p> <p>E12 “(...) senti também secura vaginal pelo que tive que utilizar um creme lubrificante, tipo um gel e ajudou um bocadinho.”</p>
		- Estrogénio Tópico	<p>E2 “(...) a ginecologista já me receitou outro, o BLISSEL, estriol é a substância.”</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Centradas no Casal</u> 	<p>- Reforço da interação/comunicação conjugal</p> <p>- Preliminares</p> <p>- Prática Sexual Regular</p> <p>- Adoção de posições confortáveis para o ato sexual</p>	<p>E2 “(...) há muito para tentar superar, houve muita parte de conversa entre nós, os meus medos, os receios e da parte dele um apaziguamento para que eu me sentisse à vontade.”</p> <p>E5 “(...) nós dois enquanto casal, a conversar fomos ultrapassando o meu problema de saúde e a nossa necessidade de sexualidade, a gente a falar também nos compreendemos muito um ao outro. (...) no nosso caso penso que (...) que encontramos a compreensão e o carinho para ultrapassar esta etapa.”</p> <p>E8 “(...) como nos compreendemos bastante, podemos iniciar a atividade sexual, ultrapassando as dificuldades.”</p> <p>E4 “(...) procuramos investir nos preliminares (carícias) para atingir algum prazer (...).”</p> <p>E5 “(...) gente tem que ter relações todos os dias, regularmente, muitas relações sexuais.”</p> <p>E11 “(...) tentamos manter uma atividade sexual regular para evitar que isto feche, todas as semanas tentamos ter.”</p> <p>E2 “(...) a partir do momento em que conseguimos encontrar, dentro da posição, tipo um ângulo certo para que os nossos órgãos se possam juntar (...) eu evito que se possam fazer outras coisas ou de mudar de posição porque eu ao sentir-me confortável numa já encontrei aquela localização, aquela posição, quero que o ato</p>
--	---	---	--

		- Tampões vaginais	E7 "(...) também me indicaram a utilização do tampão, mas foi extremamente dolorosa (...). Foi muito doloroso, senti-me mal e não voltei a usar, usei apenas uma vez.
		- Estimulação vaginal manual	E7 (...) Faço sempre [manipulação] manual porque tenho medo. Aliás, antes de comprar, fiz sempre manual, depois comecei a utilizar o dilatador."

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
<p>Necessidades de intervenção na área da Sexualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Acompanhamento Técnico</u> 		<p>E1 “(...) eu acho que no meu ver precisamos de mais. Nós, mulheres que passamos por isso precisamos, acho eu, de um acompanhamento como casal, que é para nos orientar mais, para quebrar o tabu (...) de nos ensinar a utilizar meios, acho que isso ajudaria muito, por aquilo que falta entre nós dois. (...) a existência de um profissional que podia dizer que podíamos utilizar um tipo de brinquedo e tentar isso antes dos preliminares, tentar algo para que a gente esqueça da dor, eu esqueça, eu acho que é o que falta para ultrapassar as dificuldades (...)”</p> <p>E2 “(...) acho que a informação que é prestada no serviço não se trata de ser incompleta mas é pouca (...), mas talvez haver uma conversa do que mudou e do que pode mudar (...). Talvez devesse haver uma conversa do género “o seu corpo vai mudar isto, isto e isto, se calhar vai sentir isto e isto e isto, com os efeitos da QT e da RT se calhar vai deixar de produzir as hormonas que necessita, isso vai-lhe afetar o psicológico, vai afetar-lhe também a nível do corpo, se calhar deveria fazer isto, isto ou aquilo ou pensarmos em alternativas. (...) acho que nos ia ajudar e então neste campo que afeta a mulher, a feminilidade fica muito afetada, acho que era importante conversarmos com alguém e também era importante que houvesse numa das consultas que fosse a especialidade que fosse um acompanhamento nesse sentido de conhecimento mais do corpo, das causas, porque na realidade dão-nos uns folhetos informativos sobre o que é a RT (...), mas se calhar o que está por trás de todas as outras coisas que sucedem com o corpo não é tão valorizado (...)”</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Apoio Psicológico</u> • <u>Equipa Multidisciplinar</u> 		<p>grupo] que já passaram pelo mesmo.”</p> <p>E12 “(...) acho que deveriam reunir as pessoas que fizeram esses tratamentos, uma espécie de reunião, uma terapia de grupo, porque não? (...)”</p> <p>E2 “(...) a parte da ajuda de psiquiatria acho que é importante em quase todos os doentes oncológicos, deveria haver desde o início. Eu sei que nem sempre acontece ou que nem sempre marcam as consultas mas acho que deveria haver. Acho que nos ia ajudar e então neste campo que afeta a mulher, a feminilidade fica muito afetada, acho que era importante conversarmos com alguém (...)”</p> <p>E12 “(...) Por causa do medo e receio inicial a existência de uma equipa com um psicólogo poderia ajudar, talvez porque isso custa a superar um bocadinho. A gente vê nos outros e nunca pensa que nos acontece a nós, e se tivermos uma ajuda de um psicólogo se calhar supera-se melhor, não custa tanto, não é?”</p> <p>E3 “(...) a existência de uma equipa com vários profissionais também seria importante, nomeadamente um psicólogo, para ajudar a ultrapassar alguns medos.”</p> <p>E12 “(...) por causa do medo e receio inicial a existência de uma equipa (...)”</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Reeducação Perineal</u> • <u>Prevenção de estenose Vaginal</u> 		<p>E6 “(...) outra situação que acho que deveriam contemplar é a mobilidade física da própria mulher, porque como esteve muito tempo parada os seus próprios músculos e o seu próprio organismo está tenso e haver a possibilidade de fazer uma fisioterapia a nível da anca ou da zona tratada [região pélvica], para que essa zona fique melhor e mais apta a ter uma melhor sexualidade.</p> <p>E10 “(...) mesmo as médicas da RT disseram que convinha não deixar de ter [relação sexual], mas eu tive sempre aquele problema de ele estar no estrangeiro, pelo que nos deveriam ter dado mais informação em relação [a alternativas em relação à atividade sexual], e depois já passou este tempo e não consegui fazer nada.”</p>
--	--	--	--

APÊNDICE D

Regras aplicadas na elaboração de categorias

CATEGORIAS DE ANÁLISE	REGRA APLICADA
Significado de Sexualidade	➤ Ter em consideração a definição atribuída ao termo da sexualidade, que está relacionada com a dimensão física, com a dimensão relacional e com uma dimensão global.
Padrão de comportamento sexual antes dos tratamentos de RT	➤ Ter em consideração um conjunto de atitudes, bem como qualquer característica de conduta e valorização dos diferentes padrões de comportamento sexual antes dos tratamentos de radioterapia.
Domínio das relações interpessoais	➤ Ter em consideração qualquer alteração referente à doença Oncológica expressa pela própria na vivência da sexualidade através de alterações no domínio do relacionamento interpessoal.
Domínio Psicossocial	➤ Ter em consideração qualquer alteração referente à doença oncológica expressa pela própria, através de alterações ao nível das variáveis de caráter individual, e de interação social.
Expetativas em relação aos tratamentos	➤ Ter em consideração qualquer estado ou qualidade de espera manifestada pela mulher em relação aos tratamentos realizados.
Alterações Fisiológicas	➤ Ter em consideração alterações que interferem com a capacidade de dar e receber prazer sexual; engloba o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana.
Alterações Psicológicas	➤ Ter em consideração alterações sentidas ou expressas pela mulher que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos e na vivência da sexualidade.
Alterações nos Papéis Sociais	➤ Ter em consideração qualquer alteração sentida e expressa pela mulher nos padrões de relacionamento social.
Alterações na relação sexual	➤ Ter em consideração qualquer alteração sentida ou expressa pela mulher ou companheiro na forma de estar na relação sexual.
Trauma vivenciado após tratamento de BTI	➤ Ter em consideração qualquer vivência manifestada pela mulher, resultante de uma experiência dolorosa ou angustiante, após o tratamento de Braquiterapia.
Natureza Psicológica	➤ Ter em consideração dificuldades de ordem psicológica sentidas ou expressas pela própria.
Natureza Fisiológica	➤ Ter em consideração dificuldades de ordem fisiológicas sentidas ou expressas pela própria.
Sem dificuldades	➤ Tem em consideração que não foram manifestadas dificuldades.
Terapêutica farmacológica	➤ Ter em consideração qualquer terapêutica farmacológica utilizada.
Centradas no casal	➤ Ter em consideração estratégias dirigidas ao casal tendo por base a dimensão física e reacional da sexualidade.

Centradas na mulher	➤ Ter em consideração estratégias dirigidas à mulher.
Dilatação vaginal	➤ Ter em consideração métodos que tem como objetivo prevenir a estenose vaginal (encurtamento vaginal).
Acompanhamento Técnico	➤ Tem em consideração a necessidade de assistência técnica e orientação fornecida por um profissional na área da sexualidade.
Consulta para casal	➤ Tem em consideração a necessidade de uma consulta cujo foco de intervenção é capacitar o casal para a gestão dos efeitos secundários da radioterapia e que possam interferir com a vivência da sexualidade.
Grupos de ajuda	➤ Ter em consideração a necessidade da existência de grupos de pessoas que atuam na prevenção, reabilitação e ressocialização através da partilha de suas experiências, procurando diminuir o stresse associado ao problema e aumentar as competências para lidar com o mesmo.
Apoio psicológico	➤ Ter em consideração a necessidade de uma intervenção individual, que se baseia numa relação empática e de apoio, permitindo à pessoa encontrar alternativas e desenvolver estratégias para a resolução dos seus problemas.
Equipa multidisciplinar	➤ Ter em consideração a necessidade da existência de um grupo de profissionais que tem um objetivo em comum e que baseia a sua intervenção na complementaridade e interdisciplinaridade, numa atitude humanizada e holística do cuidado.
Reeducação perineal	➤ Ter em consideração a necessidade de um conjunto de exercícios direcionados para os músculos do assoalho pélvico, na melhoria da perceção das contrações e do relaxamento muscular.
Prevenção de Estenose Vaginal	➤ Ter em consideração a necessidade da existência de diferentes formas de prevenção da estenose vaginal, particularmente através de medidas de dilatação vaginal (nomeadamente, os dilatadores vaginais e a manipulação vaginal manual) e a reeducação perineal.

APÊNDICE E

Autorização do Conselho de Administração do IPO Porto



IPO PORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE

Exma. Senhora,
Enfermeira Isabel Sequeira
Enfermeira Diretora
IPO Porto FG - EPE

Ref. CES. 310R/016
Porto, 12 de janeiro de 2017
Assunto: **Reavaliação de Pedido de Parecer**

Exma. Sr.^a Enf.^a Isabel Sequeira,

Cumpre-me remeter a V/ Exa. o pedido de parecer dirigido a esta CES sobre a realização de um projeto de investigação intitulado **"A Reabilitação Sexual da Mulher com Cancro do Colo do Útero Submetida a Tratamento de Radioterapia Externa e Braquiterapia"** – doravante intitulado **"A mulher com cancro do colo do útero – Diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual após tratamento de radioterapia"**, tendo como Investigadora a Enf.^a Liliana de Jesus da Cruz Amorim, foi reavaliado em reunião ordinária da Comissão de Ética a 12 de janeiro de 2017, emitindo-se o parecer anexo.

Com respeitosos cumprimentos,

Enf. José Carlos Pimentel
Vice-Presidente da CES – IPO Porto EPE



RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL
T. (+351) 22 208 53 00 E-MAIL:
F. (+351) 22 53 40 03 cipo@ipoporto.nun-esu.ce.pt

Capital Social: 37.500.000,00 € Registo na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57834 - N.º P 501 282 779





IPO PORTO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO F.G., EPE

Parecer CES IPO: 310R/2016

Assunto: Reavaliação de pedido de realização de um projeto de investigação intitulado **“A Reabilitação Sexual da Mulher com Cancro do Colo do Útero Submetida a Tratamento de Radioterapia Externa e Braquiterapia” – doravante intitulado “A mulher com cancro do colo do útero – Diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual após tratamento de radioterapia”**

Investigadora: Enf.ª Líliana de Jesus da Cruz Amorim

Data: 12 de janeiro de 2017

PARECER

É parecer desta CES, não existir impedimento de natureza ética ao desenvolvimento do referido estudo de investigação.

Enf. José Carlos Pimentel
Vice-Presidente da CES – IPO Porto EPE



RUA DR. ANTÓNIO BEZERRA JOÃO DE ALMEIDA
4200-622 PORTO - PORTUGAL

T. (+351) 22 563 40 00 E-MAIL: dir@ipoporto.min-saude.pt
F. (+351) 22 608 71 01

Capital Social: 3 180 160,00 € Registo no Conservatório do Registo Comercial do Porto com o N.º 57684 - NICº 563 582 279

Accredited by



APÊNDICE F

Consentimento informado

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO PARA O PARTICIPANTE

Designação do Projeto de Investigação:

“A mulher com cancro do colo do útero – Diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual, após tratamento de radioterapia”.

O atual estudo de investigação insere-se no âmbito do IV Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Clara de Araújo e realizado por Liliana de Jesus da Cruz Amorim.

Assim, numa primeira etapa deste trabalho de investigação procura-se realizar o diagnóstico de situação que tem como objetivo geral compreender as vivências das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia, relativas à sua sexualidade. Como objetivos específicos procura-se: analisar o conceito de sexualidade para as mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia; compreender como as mulheres vivenciam a sua sexualidade, antes e após o diagnóstico de doença oncológica e tratamentos de radioterapia (externa e braquiterapia); perceber o impacto do tratamento de radioterapia externa e braquiterapia na sexualidade das mulheres com cancro do colo do útero, conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres relativas à sua sexualidade e conhecer as estratégias utilizadas na adaptação da sexualidade após os tratamentos de radioterapia.

A participação no estudo tem um carácter voluntário, ou seja, tem liberdade para decidir se quer ou não participar no estudo. Pode recusar ou suspender a sua cooperação em qualquer situação da sua realização, não havendo nenhuma forma de penalização por este facto e será garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

A sua colaboração será fundamental pois permitir-nos-á efetuar o diagnóstico de situação com vista à identificação de necessidades das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia relativas à sua sexualidade, para desta forma, serem planificadas atividades, que concretizarão um plano de reabilitação sexual que tem como finalidade capacitar a mulher para manutenção da sua saúde sexual, após término dos tratamentos.

A recolha de dados será efetuada através de uma entrevista semiestruturada. Para assegurar o rigor e análise de dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio da entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar. Tudo o que disser será estritamente confidencial pois os resultados serão codificados.

Se desejar, pode no final do estudo ter acesso aos resultados do mesmo, que lhe serão cedidos por mim, enquanto investigadora principal.

Liliana Amorim, Enfermeira

(Investigadora Principal)

E-mail:

Tlm:

Declaração de Consentimento Informado

Designação do Projeto de Investigação:

“A mulher com cancro do colo do útero – Diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual, após tratamento de radioterapia”.

O atual estudo de investigação insere-se no âmbito do IV Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Clara de Araújo e realizado por Liliana de Jesus da Cruz Amorim. Tem como objetivo compreender as vivências das mulheres com cancro do colo do útero submetidas a tratamento de radioterapia externa e braquiterapia (no IPO do Porto), relativas à sua sexualidade.

Eu, _____, recebi o texto de **Informação ao Participante** relativo ao procedimento que concordei em efetuar. Tomei conhecimento sobre a finalidade, objetivos e métodos do estudo, bem como, os riscos potenciais, os benefícios previstos e o eventual desconforto do mesmo. Fui esclarecida acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informada sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do Participante _____

DATA ____/____/____

Nome da investigadora principal:

Liliana de Jesus da Cruz Amorim

Assinatura _____ DATA ____/____/____