



Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Janaína de Fátima Vidotti

Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres com Câncer em Cuidados Paliativos

Brasília

2026



Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Janaína de Fátima Vidotti

Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres com Câncer em Cuidados Paliativos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade
de Brasília como requisito à obtenção do título de
Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Queiroz

Brasília

2026

VV654qq Vidotti, Janaína de Fátima
Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres com Câncer em
Cuidados Paliativos / Janaína de Fátima Vidotti; orientador
Elizabeth Queiroz. Brasília, 2026.
194 p.

Tese(Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura)
Universidade de Brasília, 2026.

1. Sexualidade. 2. Cuidados Paliativos. 3. Qualidade de
Vida. 4. Neoplasias. 5. Mulheres. I. Queiroz, Elizabeth,
orient. II. Título.

Janaína de Fátima Vidotti

Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres com Câncer em Cuidados Paliativos

Banca Examinadora

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz
Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília – UnB
Presidente

Prof. Dr. Fábio Scorsolini-Comin
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo – USP
Membro Titular

Profa. Dra. Marina Kohlsdorf
Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília – UnB
Membro Titular

Profa. Dra. Silvia Maria Gonçalves Coutinho
Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF
Membro Titular

Profa. Dra. Cynthia de Freitas Melo
Universidade de Fortaleza - Unifor
Membro Suplente

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Elizabeth Queiroz, pela dedicação, sensibilidade e competência no processo de orientação, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço, sobretudo, pelo seu cuidado, atenção e gentileza. Como docente, espero carregar um pouco de você comigo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), aos seus professores e servidores administrativos.

Ao Hospital de Apoio de Brasília (HAB) e a seus colaboradores, que me receberam, incentivaram e ofereceram suporte ao longo do percurso.

Aos colegas e profissionais que gentilmente colaboraram com a captação de participantes para o estudo.

À banca de qualificação da tese, pelos apontamentos e sugestões que enriqueceram este trabalho.

À banca de defesa da tese, pela disponibilidade de apreciação e colaboração para aprimoramento deste trabalho.

Ao meu companheiro, Rafael. Obrigada por partilhar a vida e seus caminhos comigo.

Aos inumeráveis amigos da ponte Ribeirão Preto-Brasília, que me sustentam e fortalecem. Em especial, à minha amiga Rejane, força da natureza.

Aos meus pais, Sidney e Rosemary, que um dia sonharam alto. Tudo só foi possível graças a vocês.

Às minhas irmãs, Jaqueline e Júlia, por tornarem a vida mais leve e divertida.

Às colaboradoras do estudo, pela possibilidade do encontro, pelo tempo cedido e pela generosidade nas trocas tão sensíveis. Vocês deixaram marcas que não cabem na escrita.

*me levanto
sobre o sacrifício
de um milhão de mulheres que vieram antes
e penso
o que é que eu faço
para tornar essa montanha mais alta
para que as mulheres que vierem depois de mim
possam ver além*

- Rupi Kaur, *O que o sol faz com as flores*

Resumo

A sexualidade é um aspecto central do desenvolvimento humano e está relacionada à qualidade de vida. Apesar de os cuidados paliativos objetivarem a promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida e de demandas relacionadas à sexualidade serem comuns nessa população, tal dimensão raramente é considerada e abordada pela equipe de saúde. Buscando ampliar o conhecimento sobre essas necessidades, este estudo teve como objetivo conhecer e analisar a qualidade de vida, a vivência da sexualidade e a percepção sobre satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de abordagem mista, transversal, de caráter descritivo e exploratório, com delineamento de estudo de caso. Participaram dez mulheres com câncer em cuidados paliativos, recrutadas em um ambulatório de cuidados paliativos e por meio de mídias digitais. Os instrumentos utilizados foram entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico, elaborados para a pesquisa, além da Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W) e do Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e à Análise Temática, com posterior triangulação. Os resultados foram organizados em quatro eixos temáticos: (1) Qualidade de vida; (2) Corpo e imagem corporal; (3) Satisfação sexual, sexualidade e relação conjugal; e (4) Relação com a equipe e sexualidade no cuidado em saúde. Os achados evidenciaram impactos significativos na qualidade de vida das participantes, especialmente no domínio físico, associados à dor, fadiga e limitações funcionais, além de repercussões psicossociais. Também foram identificadas repercussões importantes na imagem corporal, com impacto na autoestima e, em alguns casos, na vivência da sexualidade. A sexualidade foi experienciada de forma singular entre os casos, marcada por mudanças no desejo, dificuldades na prática sexual e redução da satisfação em alguns casos, assim como, em outros, manutenção do desejo, necessidade de adaptações e valorização de outras formas de expressão afetiva. A vivência da sexualidade mostrou-se mediada pela qualidade da relação conjugal, destacando-se a importância da comunicação, da intimidade e da compreensão das limitações impostas pela doença, evidenciando a presença de marcadores de gênero na experiência do adoecimento. Por fim, foram identificadas lacunas na abordagem da sexualidade por profissionais de saúde, evidenciando dificuldades na comunicação e negligências no cuidado. Conclui-se que a sexualidade é uma dimensão relevante e ainda invisibilizada no contexto dos cuidados paliativos, sendo fundamental sua incorporação na prática assistencial em oncologia e nos cuidados paliativos, visando à promoção de cuidado integral e consequente melhoria da qualidade de vida dessas mulheres. Ao evidenciar a necessidade de práticas assistenciais mais integrais, equitativas e sensíveis às demandas da sexualidade feminina, o estudo contribui para o fortalecimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde e ao bem-estar (ODS 3) e à igualdade de gênero (ODS 5).

Palavras-chave: sexualidade, cuidados paliativos, qualidade de vida, neoplasias, mulheres.

Abstract

Sexuality is a central aspect of human development and is closely related to quality of life. Although palliative care aims to promote quality of life for patients and their families facing life-threatening diseases, and although sexuality-related concerns are common in this population, this dimension is rarely considered or addressed by healthcare teams. In order to expand knowledge about these needs, this study aims to understand and analyze the quality of life, the experience of sexuality, and the perception of sexual satisfaction among women with cancer receiving palliative care. This is a mixed-methods, cross-sectional, descriptive and exploratory study, with a case study design. Ten women with cancer receiving palliative care participated, recruited from a palliative care outpatient clinic and through digital media. The instruments used included a semi-structured interview and a sociodemographic questionnaire developed for the study, as well as the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-Bref). Data were analyzed using descriptive statistics and Thematic Analysis, followed by triangulation. The results were organized into four thematic axes: (1) Quality of life; (2) Body and body image; (3) Sexual satisfaction, sexuality, and marital relationship; and (4) Relationship with the healthcare team and sexuality in health care. The findings revealed significant impacts on participants' quality of life, particularly in the physical domain, associated with pain, fatigue, and functional limitations, as well as psychosocial repercussions. Important changes in body image were also identified, impacting self-esteem and, in some cases, the experience of sexuality. Sexuality was experienced in unique ways across cases, marked by changes in desire, difficulties in sexual activity, and decreased satisfaction in some cases, while in others there was maintenance of desire, need for adaptations, and appreciation of other forms of affective expression. The experience of sexuality was mediated by the quality of the marital relationship, highlighting the importance of communication, intimacy, and an understanding of the limitations imposed by the disease, and revealing the presence of gender markers in the experience of the disease. Finally, gaps were identified in the approach to sexuality by healthcare professionals, revealing difficulties in communication and neglect of this dimension in care. It is concluded that sexuality is a relevant yet still invisible dimension in the context of palliative care, and its incorporation into clinical practice in oncology and palliative care is essential to promote comprehensive care and improve the quality of life of these women. By highlighting the need for more comprehensive, equitable, and sensitive healthcare practices that address the demands of female sexuality, this study contributes to strengthening the Sustainable Development Goals related to health and well-being (SDG 3) and gender equality (SDG 5).

Keywords: sexuality, palliative care, quality of life, neoplasms, women.

Lista de Siglas

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DP – Desvio Padrão

INCA – Instituto Nacional do Câncer

HAB – Hospital de Apoio de Brasília

LGBTQIAP+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais,

Pansexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais

MS – Ministério da Saúde

QV – Qualidade de Vida

SSS-W – Escala de Satisfação Sexual para Mulheres

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL-Bref – Questionário de Qualidade de Vida Abreviado

Lista de Tabelas

Capítulo 2

Tabela 1: Autores, ano, local do estudo, objetivos, amostra e número de participantes das intervenções

Capítulo 3

Tabela 1: Caracterização das participantes

Tabela 2: Resultado por domínio do Questionário Breve de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Tabela 3: Resultado por domínio da Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W).

Tabela 4: Caracterização da experiência sexual prévia ao adoecimento e da experiência sexual atual.

Lista de Figuras

Capítulo 2

Figura 1: Fluxograma do estudo

Lista de Anexos

Anexo A - Questionário Breve de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Anexo B - Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W)

Lista de Apêndices

Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico

Apêndice C – Termo de Concordância de Instituição Coparticipante

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Apresentação da Tese	16
Justificativa.....	21
Objetivos	22
Organização da tese.....	23
Referências	25
 Capítulo 1: Construções Históricas e Culturais da Sexualidade Feminina: Implicações para o Cuidado em Saúde	 30
Resumo.....	30
Abstract	30
Introdução.....	31
Método	33
Resultados e Discussão	34
Considerações Finais.....	47
Referências	49
 Capítulo 2: A Sexualidade de Pessoas com Câncer em Cuidados Paliativos: uma Revisão Integrativa da Literatura.....	 52
Resumo.....	50
Abstract	50
Introdução.....	51
Método	53
Resultados	56
Discussão.....	62
Considerações Finais.....	64
Referências	66

Capítulo 3: Sexualidade, Satisfação Sexual e Qualidade de Vida: Experiências de	
Mulheres com Câncer e em Cuidados Paliativos	70
Resumo	70
Abstract	70
Introdução.....	71
Método	74
Resultados e Discussão	83
Considerações Finais.....	160
Referências	167
Considerações Finais da Tese	176
Anexos	183
Apêndices	186

Apresentação da Tese

Os cuidados paliativos podem ser definidos como uma abordagem destinada a promover qualidade de vida a pessoas que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio do alívio e da prevenção do sofrimento, assim como oferecer suporte a seus familiares. Essa abordagem abrange não apenas o tratamento da dor física, mas também questões de natureza psicológica, social e espiritual, exigindo identificação precoce, avaliação e manejo adequado das necessidades apresentadas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020a).

Embora frequentemente associados ao final da vida, os cuidados paliativos não se restringem a essa fase, estendendo-se ao longo de toda a trajetória do adoecimento e incorporando princípios como a bioética, a humanização, a dignidade e a valorização da qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Silva, 2015; Melo & Caponero, 2009). Ao longo do tempo, sua definição foi ampliada, passando a incluir não apenas pacientes com doenças incuráveis, mas todas as pessoas com condições potencialmente fatais, o que possibilita sua inserção de forma precoce e concomitante a tratamentos modificadores de doença (Pereira & Reys, 2021).

Nesse sentido, os cuidados paliativos representam uma ruptura com o modelo biomédico tradicional, ao priorizar uma assistência integral e centrada nas necessidades do paciente. Para sua efetivação, é fundamental a atuação de equipes interdisciplinares capacitadas, compostas por diferentes profissionais de saúde, que se dedicam não apenas à doença, mas à pessoa em sua totalidade (Matsumoto, 2012; Sangoi & Sangoi, 2021). Essa abordagem apresenta potencial para melhorar desfechos clínicos, além de beneficiar pacientes e familiares ao longo do processo de adoecimento (Pask et al., 2025).

Além da atuação interdisciplinar, para que o cuidado seja integral, é necessário que seja ofertada assistência em todos os níveis de saúde (primário, secundário e terciário), e que

ocorra de forma articulada entre diversos serviços da rede de assistência à saúde hospitalar, atenção básica, ambulatorial, domiciliar e urgência e emergência (Hoffmann et al., 2023; Ministério da Saúde [MS], 2020). Para isso, é fundamental a implementação dos cuidados paliativos como política pública, a fim de melhorar a própria condição de saúde do paciente, sua experiência e de familiares, bem como reduzir intervenções médicas desnecessárias e iatrogênicas, com consequente redução de custos associados, dirigidas a uma ampla gama de doenças (Hoffmann et al., 2023).

No contexto brasileiro, a consolidação dos cuidados paliativos ainda enfrenta desafios relacionados à sua implementação e organização nos serviços de saúde (Andrade & Souza, 2024). Avanço importante na consolidação da prática no Brasil ocorreu em 2024 com a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), por meio da Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Essa política estabelece diretrizes para a organização e integração dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo-os como ações e serviços voltados ao alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas com condições que ameaçam ou limitam a continuidade da vida. Fundamenta-se em princípios como a integralidade do cuidado, o respeito à autonomia, a valorização da vida e a atuação de equipes multiprofissionais, além de prever a oferta desses cuidados de forma precoce e articulada em todos os níveis de atenção à saúde.

Entre as condições que demandam cuidados paliativos destacam-se as doenças oncológicas, que representam aproximadamente 28% das pessoas em cuidados paliativos em todo o mundo (OMS, 2020b). A oncologia é um campo da medicina que lida com diversas neoplasias malignas, sendo o câncer um termo genérico que abrange mais de cem tipos de doenças malignas caracterizadas pelo crescimento desordenado de células (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2022). Mesmo que os cuidados paliativos sejam destinados a pessoas com adoecimentos crônicos, devendo ser inseridos desde o diagnóstico, e apesar do crescente

reconhecimento e recomendação de sua oferta em todas as fases do adoecimento oncológico, o acesso a esse cuidado permanece limitado, evidenciando uma importante lacuna entre as diretrizes preconizadas e a realidade dos serviços de saúde (Victor, 2021).

O foco dos cuidados paliativos na promoção da qualidade de vida ocorre porque é comum que pessoas com doenças graves enfrentem prejuízos em diversas áreas da vida, como nos casos do adoecimento oncológico, especialmente em estágios avançados (Biswas et al., 2022). A qualidade de vida (QV) pode ser compreendida como um constructo multidimensional relacionado à percepção que o indivíduo possui sobre sua posição na vida, levando em conta seu contexto cultural, sistema de valores e sua posição em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, como também preconizado pelos cuidados paliativos (OMS, 1995).

Um dos domínios mais impactados da qualidade de vida em pacientes com câncer avançado é o físico, mas há outras queixas associadas. As demandas prevalentes incluem dor, tristeza, fadiga, mal-estar, falta de energia, depressão e baixa satisfação em relação à vida sexual (Biswas et al., 2022). Os principais desafios decorrentes desses problemas são a dificuldade em realizar atividades físicas, falta de apetite e necessidades espirituais, financeiras, psicossociais, além de desafios para o acesso a serviços de saúde e questões relacionadas à saúde sexual (Akuoko et al., 2022; OMS, 2020b; Seven et al., 2016).

Entre os diferentes domínios que compõem a qualidade de vida, a sexualidade se destaca como uma dimensão frequentemente impactada, embora ainda pouco abordada no contexto dos cuidados em saúde (Vidotti & Queiroz, 2025). Em decorrência do adoecimento oncológico, dos tratamentos e de suas repercussões físicas e psicossociais, impactos na sexualidade, no desejo, atividade sexual e na intimidade desse público também têm sido retratados na literatura, como diminuição do desejo sexual, alterações na imagem corporal e

dificuldades na vivência da intimidade (Fleury et al., 2011; Mairink et al., 2020; Pereira, 2019; Prates et al., 2014; Santos et al., 2016; Varela et al., 2017; Vidotti & Queiroz, 2025).

De acordo com a OMS (2010), a sexualidade é um aspecto central do desenvolvimento humano e não está restrita ao ato sexual, englobando pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, e ocorre na interação entre variáveis psicológicas, socioculturais e biológicas. Atualmente, considera-se a saúde sexual condição necessária para o bem-estar biopsicossocial (OMS, 2010). Embora a maioria dos estudos sobre sexualidade em oncologia se concentre em câncer de mama, genital e ginecológico, demandas relacionadas a essa dimensão não se limitam a esse público, sendo comuns em parte importante dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos (Akuoko et al., 2022; Pereira, 2019; Seven et al., 2016; Vidotti & Queiroz, 2025).

Nesse sentido, a convivência com um câncer em estágio avançado pode levar a impactos no relacionamento conjugal e na vida sexual, decorrentes de mudanças no desejo, necessidade de adaptações na atividade sexual, reorganização de papéis, expectativas e reavaliação sobre a relação conjugal (Silva & Ribeiro, 2020). A interrupção da atividade sexual também pode ser uma das consequências importantes relacionadas à condição de adoecimento e suas implicações (Seven et al., 2016), atingindo especialmente as mulheres (Akuoko et al., 2022).

Embora a sexualidade seja um componente significativo na vida das pessoas, é comum que a discussão desse tema seja evitada, especialmente quando se trata de doenças graves (Chando et al., 2021). É importante observar que, apesar dos benefícios evidentes de uma abordagem adequada da sexualidade, ainda existem obstáculos significativos na comunicação sobre práticas sexuais entre pacientes oncológicos e profissionais de saúde, o que leva à marginalização da dimensão da sexualidade no âmbito do cuidado (Mairink et al.,

2020; Pereira, 2019; Silva et al., 2022; Vassão et al., 2018; Vidotti & Queiroz, 2025; Wang et al., 2018).

Segundo revisão de literatura realizada por Wang et al. (2018), apesar de poder melhorar a qualidade de vida de pessoas em cuidados paliativos, podem ser incomuns discussões sobre saúde sexual nos atendimentos em saúde. Mesmo apresentando desejo e necessidade, é comum que pacientes oncológicos em cuidados paliativos não iniciem a abordagem do tema com a equipe. Os motivos podem ser prioridade de se abordar a situação da doença, a pressão do tempo de consulta e o constrangimento. Nesse cenário, observa-se um descompasso entre as demandas relacionadas à sexualidade e sua abordagem pelos profissionais de saúde (Barbosa & Vidotti, 2025; Vidotti & Queiroz, 2025).

Cabe destacar que a identificação de demandas relacionadas à dimensão sexual pelos profissionais de saúde pode contribuir para uma assistência adequada no processo de reabilitação psicossocial, colaborando para a restauração da autoestima e o fortalecimento da crença na possibilidade de superação por meio do uso de estratégias de enfrentamento adaptativas (Santos et al., 2016). Além disso, considerando que há diferenças entre os gêneros nas manifestações relacionadas ao adoecimento, influenciadas por construções sociais que impactam a forma como homens e mulheres percebem, enfrentam e se comportam diante da doença, é fundamental que profissionais de saúde estejam atentos a essas influências, adaptando sua comunicação para que a abordagem seja eficaz (Xavier et al., 2010).

Assim, além de informações sobre o diagnóstico, prognóstico e de esclarecimentos sobre os tratamentos, atenção e orientações sobre necessidades identificadas por meio de comunicação eficaz, como relacionadas à dimensão sexual, podem aumentar o vínculo e a confiança entre paciente e equipe, assim como mobilizar as potencialidades dos indivíduos

para lidar com situações estressoras e preservar a autonomia e a dignidade dos pacientes (Galvão et al., 2017), como preconizado pelos cuidados paliativos.

Justificativa

Como ressaltado, apesar de a sexualidade ser importante componente na vida dos indivíduos, é comum que não se aborde a temática, especialmente em caso de doenças graves (Chando et al., 2021). De modo geral, a literatura revisada mostra que, apesar dos efeitos positivos de uma adequada abordagem sobre sexualidade, há barreiras na comunicação sobre a prática sexual entre pacientes oncológicos e profissionais de saúde, o que marginaliza o cuidado com essa dimensão na assistência (Barbosa & Vidotti, 2025; Mairink et al., 2020; Pereira, 2019; Santos et al., 2016; Silva et al., 2022; Vassão et al., 2018; Vidotti & Queiroz, 2025; Wang et al., 2018).

Considerando que a qualidade de vida dos pacientes oncológicos pode ser melhorada se também houver consideração e avaliação da dimensão sexual (Fleury et al., 2011; Vidotti & Queiroz, 2025), que os cuidados paliativos objetivam o cuidado integral do indivíduo com doença ameaçadora à vida (OMS, 2020b; Pereira & Reys, 2021), que a experiência do adoecimento é perpassada por questões de gênero, podendo ser diferente entre homens e mulheres (Xavier et al., 2010), e que mulheres podem ser especialmente impactadas na dimensão sexual pelo adoecimento oncológico grave (Akuoko et al., 2022), conhecer sobre a sexualidade da mulher em cuidados paliativos e demandas relacionadas ao tema pode ser um valioso recurso na promoção de saúde e qualidade de vida para elas e para seus parceiros ou parceiras sexuais.

A maior parte da literatura científica nessa temática está voltada para a sexualidade da mulher com câncer de mama, havendo menos registros de estudos sobre a sexualidade e práticas sexuais da mulher em cuidados paliativos (Akuoko et al., 2022; Pereira, 2019; Seven

et al., 2016). Há necessidade de ampliar esse contexto uma vez que a sexualidade feminina não se resume a uma parte do corpo e que faz parte da experiência existencial dos indivíduos, inclusive daqueles que vivem situações de adoecimentos debilitantes e ameaçadores.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o processo de desmistificação do paciente paliativo como aquele que tem vivências apenas de dor e sofrimento, sem perspectiva de bem-estar, qualidade de vida, de experiências de prazer e satisfação. Também se espera que, a partir da ampliação do conhecimento sobre esse tema, profissionais de saúde possam ser instrumentalizados para o cuidado integral a essas pacientes, melhorando a compreensão e, possivelmente, a comunicação, ao trazer para debate a temática da sexualidade, assunto tabu na prática clínica e em situações de adoecimento.

Objetivos

Objetivo Geral

A tese tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida, a vivência da sexualidade e a percepção sobre satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos.

Objetivos Específicos

- a) Identificar como a sexualidade de pacientes com câncer em cuidados paliativos foi pesquisada na última década;
- b) Analisar as experiências de prazer, satisfação sexual e a relação com o próprio corpo da mulher em cuidados paliativos;
- c) Compreender as mudanças na relação conjugal e as repercussões na atividade e na satisfação sexual após o diagnóstico oncológico e após a inserção dos cuidados paliativos;
- d) Identificar a qualidade da comunicação com a equipe de saúde e necessidades informacionais sobre a temática.

Organização da Tese

O trabalho está dividido em três capítulos, todos eles em formato de artigos: 1) revisão narrativa da literatura sobre a sexualidade da mulher e suas implicações para o cuidado em saúde; 2) revisão integrativa da literatura sobre a sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos; e 3) estudo empírico sobre a qualidade de vida, a sexualidade e satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos.

A revisão narrativa da literatura, Capítulo 1, intitulada “Construções históricas e culturais da sexualidade feminina: implicações para o cuidado em saúde”, foi elaborada a partir da sugestão da banca de qualificação do doutorado, que identificou a necessidade de aprofundamento nos aspectos constitutivos da sexualidade da mulher, objetivando maior sustentação da análise de dados dos resultados finais da tese, a partir dos estudos empíricos. O objetivo central dessa revisão foi discutir a sexualidade feminina a partir de uma perspectiva histórica e sociocultural, articulando as construções de gênero, os processos de regulação do corpo e do desejo e suas implicações no campo da saúde.

O segundo capítulo apresenta a revisão integrativa da literatura, intitulada “Sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura”, publicada na revista *Psicologia e Saúde em Debate - Qualis B1* (Vidotti & Queiroz, 2025). Esse estudo busca responder ao objetivo específico a), identificar como a sexualidade de pacientes com câncer em cuidados paliativos foi pesquisada na última década.

Em consonância com a proposta geral da tese, inicialmente, pretendia-se conduzir o estudo com recorte de gênero, com foco na experiência de mulheres. As buscas foram conduzidas em cinco bases de dados, Biblioteca Virtual em Saúde [BVS], PubMed, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Science Direct* e *Web of Science*, sendo utilizada a combinação dos descritores *woman*, *sexuality*, *neoplasms*, *palliative care* e *integrative*

palliative care. Entretanto, devido à baixa quantidade de estudos encontrados nas primeiras buscas realizadas (64 resultados no total, dos quais apenas dois seriam incluídos na amostra final), optou-se pela adaptação da proposta com ampliação do público investigado, com a retirada do descritor “woman”. Por fim, a busca foi conduzida com a seguinte combinação de descritores: (sexuality) AND (neoplasms) AND (palliative care OR integrative palliative care). Esse estudo foi apresentado no exame de qualificação e, a partir das contribuições da banca examinadora, foram realizados os devidos ajustes e submetido à publicação.

O terceiro capítulo apresenta o estudo empírico intitulado “Qualidade de vida, sexualidade e satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos”, que busca responder aos objetivos b) conhecer as experiências de prazer, satisfação sexual e a relação com o próprio corpo da mulher em cuidados paliativos; c) investigar as mudanças e impactos ocorridos na atividade e no prazer sexual após o diagnóstico oncológico e após a inserção dos cuidados paliativos; d) investigar mudanças nas relações sexuais, com foco na intimidade e comunicação; e e) conhecer a qualidade da comunicação com a equipe de saúde e identificar necessidades informacionais sobre a temática.

Foram realizados 10 estudos de caso com mulheres com câncer em cuidados paliativos, que resultaram em quatro eixos temáticos: 1) Qualidade de vida; 2) Corpo e imagem corporal; 3) Satisfação sexual, sexualidade e relação conjugal; 4) Relação com equipe e sexualidade no cuidado em saúde. O percurso metodológico, os resultados e a discussão dos achados compõem o Capítulo 3. Espera-se que a tese possa contribuir para a discussão, formação e atuação de profissionais de saúde que trabalham com pessoas que convivem com doenças ameaçadoras à vida, trazendo à luz a temática da sexualidade, ainda pouco explorada na literatura da área e na prática clínica. Espera-se, também, contribuir para o campo dos Cuidados Paliativos, da Oncologia e da Psicologia da Saúde, favorecendo a

qualificação do cuidado e a oferta de uma assistência integral e sensível às necessidades desse público.

Referências

- Akuoko, C. P., Chambers, S., & Yates, P. (2022). Supportive care needs of women with advanced breast cancer in Ghana. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102142. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102142>
- Andrade J. V., & Souza, J. C. M. (2024). Avanços e desafios da política nacional de cuidados paliativos no Brasil. *Revista de Medicina*, 103(3), e-225623. <http://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v103i3e-225623>
- Barbosa, M. T. M., & Vidotti, J. de F. (2025). A sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos: percepções e atuação de profissionais de saúde. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 14, e6183. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.2025.e6183>
- Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashreky, S. R. (2022). Quality of life of the cancer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLoS ONE*, 17(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268578>
- Chando, S. C., Haley, E. M., Moore, C. M., & Neault, M. (2021). Introduction to sex-positive palliative care: best practices and interventions. *Journal of Palliative Care*, 24(7), 1111-1116. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0262>
- Fleury, H. J., Pantaroto, H. S. C., & Abdo, C. H. N. (2011). Sexualidade em oncologia. *Diagnóstico e Tratamento*, 16(2), 86-90.
- Galvão M. I. Z, Borges, M. S., & Pinho, D. L. M. (2017). Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3). <http://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.22290>

- Hoffmann, M. C. C. L., Vidotti, J. F., Oliveira, J. P., & Polejack, L. (2023). Cuidados paliativos e políticas públicas no Brasil: aspectos conceituais e históricos. *Psicologia e Saúde em Debate*, 9(2), 473-489. <http://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A27>
- Instituto Nacional do Câncer (2022). *O que é câncer*. <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
- Mairink, A. P. A. R., Gradim, C. V. C., Gozzo, T. O., Canete, A. C. S., Fendrich, L., & Panobianco, M. S. (2020). A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para câncer de mama. *Revista Anna Nery*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0360>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho, & H. A. Parsons (Org.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado* (2ª ed., pp.23-30). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Melo, A. G. C., & Caponero, R. (2009). Cuidados paliativos: uma abordagem contínua e integral. In F. S. Santos (Org.), *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 257-282). Atheneu.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020a). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organização Mundial da Saúde (2020b). *Global atlas of palliative care at the end of life* (2ª ed). Worldwide Palliative Care Alliance.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1410.

- Pask, S., Murtagh, F. E. M., & Boland, J. W. (2025). Palliative care: what's the evidence? *Clinical Medicine*, 25(4), 100320. <http://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100320>.
- Pereira, A. L. V. M. H. (2019). *A sexualidade e a intimidade na doença avançada: a perspectiva dos doentes oncológicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].
- Pereira, E. A. L., & Reys, K. Z. (2021). Conceitos e princípios. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva & C S. Pinto (Org.), *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 3-6). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., D'Alessandro, A. A. B., & Veloso, M. F. (2014). Indicadores de insatisfação relacionados à imagem corporal em pacientes submetidas à mastectomia. *Revista Brasileira de Mastologia*, 24(1), 23-8. <http://doi.org/10.5327/Z201400010005RBM>
- Sangoi, K. C. M., & Sangoi, L. A. M. (2021). Até o fim: como os cuidados paliativos ressignificam a transição entre a vida e a morte. In C. P. C. Gimenez, & K. C. M. Sangoi (Org.). *Olhares interprofissionais sobre vida e morte: mediação entre a vida e a terminalidade pelo Direito, Saúde e Bioética*. Editora Fi.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324219>
- Seven, M., Sahin, E., Yilmaz, S., & Akyuz, A. (2016) Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3152-3159. <https://10.1111/jocn.13280>.
- Silva, C. K. S., Albuquerque, G. T. G. T., & Coutinho-Junior, G. A. (2022). Sexualidade e tratamento oncológico: uma revisão de literatura sobre a comunicação equipe de

- saúde-paciente. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 26281-26293.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-234>
- Silva, G. F. (2015). Cuidados paliativos, Psicologia e políticas públicas: diálogos e interfaces. In L. Polejack, A. M. A. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski, (Org), *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 283-306). Rede Unida.
- Silva, R. M., & Ribeiro, M. A. (2020). Doenças debilitantes e sexualidade do casal. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 18(1), 33-47.
<https://doi.org/10.35919/rbsh.v18i1.408>
- Varela, A. I. S. V., Rosa, L. M., Sebold, N., Laverde, A. G., Maçaneiro, A., & Erdmann, A. L. (2017). Comprometimento da sexualidade de mulheres com câncer de mama. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 67-71.
- Vassão, F. V., Barbosa, L. R., Moraes., G. M., & Domenico, E. B. L. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 567-571. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800078>
- Victor, G. H. G. G. (2021). Cuidado paliativo precoce. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva & C S. Pinto (Org.), *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 3-6). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Vidotti, J. de F., & Queiroz, E. (2025). A sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia e Saúde em Debate*, 11(2), 258–270. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A2A15>
- Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, B. A., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L., & Chow, E. (2018). Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 7(2), 256-264. <http://doi.org/10.21037/apm.2017.10.05>

Xavier, A. T. F., Ataíde, M. B. C., Pereira, F. G. F., & Nascimento, V. D. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6). 921-926.

Capítulo 1

Construções Históricas e Culturais da Sexualidade Feminina: Implicações para o Cuidado em Saúde

Resumo

A sexualidade constitui dimensão central do desenvolvimento humano e da qualidade de vida, sendo atravessada por fatores psicológicos, socioculturais e biológicos. No caso das mulheres, sua vivência tem sido historicamente marcada por relações de poder que regulam o corpo, o desejo e o prazer feminino, sustentadas por construções de gênero, discursos moralizantes e dispositivos institucionais. Este estudo teve como objetivo discutir a sexualidade feminina a partir de uma perspectiva histórica e sociocultural, articulando as construções de gênero, os processos de regulação da sexualidade da mulher e suas implicações no campo da saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em livros e artigos científicos nacionais e internacionais, selecionados a partir de bases como Google Scholar, SciELO e Portal de Periódicos da CAPES, sem delimitação temporal. A análise foi organizada em três eixos temáticos: (1) Sexualidade e gênero: bases conceituais; (2) Sexualidade feminina: construção histórica e configurações contemporâneas; e (3) Sexualidade feminina no campo da saúde: desafios e implicações para o cuidado. Os resultados mostram que a sexualidade feminina foi historicamente regida por dispositivos de poder e subordinada a funções sociais como a maternidade e o cuidado, com consequente deslegitimação do prazer feminino. Embora avanços teóricos e sociais tenham ampliado o debate sobre direitos sexuais, persistem desigualdades de gênero na vivência da sexualidade, reforçadas por instituições como família, religião e mídia. No campo da saúde, identificam-se dificuldades na abordagem das demandas relacionadas à sexualidade, associadas a lacunas na formação profissional, tabus culturais e limitações comunicacionais, contribuindo para sua invisibilização no cuidado. Conclui-se que a sexualidade feminina permanece como um campo de disputa simbólica e política, demandando abordagens interseccionais, educativas e sensíveis à diversidade, bem como o fortalecimento da formação profissional e de políticas públicas voltadas à promoção efetiva da saúde sexual das mulheres.

Palavras-chave: sexualidade; mulher; gênero; saúde sexual; prazer sexual.

Abstract

Sexuality constitutes a central dimension of human development and quality of life, and is shaped by psychological, sociocultural, and biological factors. In the case of women, its experience has historically been marked by power relations that regulate the body, desire, and pleasure, sustained by gender constructions, moralizing discourses, and institutional dispositifs. This study aimed to analyze female sexuality from a historical and sociocultural perspective, articulating gender constructions, processes of regulation of the body and desire, and their implications in the field of health. This is a narrative literature review based on national and international books and scientific articles selected from databases such as Google Scholar, SciELO, and the CAPES Journals Portal, without temporal delimitation. The analysis

was organized into three thematic axes: (1) Sexuality and gender: conceptual foundations; (2) Female sexuality: historical construction and contemporary reconfigurations; and (3) Female sexuality in the field of health: challenges and implications for care. The results show that female sexuality has historically been governed by power dispositifs and subordinated to social functions such as motherhood and caregiving, resulting in the delegitimization of female sexual pleasure. Although theoretical and social advances have expanded the debate on sexual rights, gender inequalities in the experience of sexuality persist, reinforced by institutions such as family, religion, and the media. In the field of health, difficulties are identified in addressing sexuality-related demands, associated with gaps in professional training, cultural taboos, and communication limitations, contributing to its invisibility in care. It is concluded that female sexuality remains a field of symbolic and political dispute, requiring intersectional, educational, and diversity-sensitive approaches, as well as the strengthening of professional training and public policies aimed at the effective promotion of women's sexual health.

Keywords: sexuality; women; gender; sexual health; sexual pleasure.

Introdução

A sexualidade é central para a condição humana, estando presente em todas as etapas do ciclo vital. Ela está relacionada à qualidade de vida e a saúde sexual é condição necessária para o bem-estar biopsicossocial (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010). É influenciada por diversos fatores, como biológicos, psicológicos, econômicos, sociais, legais, espirituais e religiosos, e vai além da reprodução, estando intimamente relacionada a gênero e orientação sexual. Não se restringe ao comportamento, podendo ser “vivenciada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos” (OMS, 2010, p. 18).

Por ser influenciada por múltiplos fatores, não deve ser compreendida como um domínio homogêneo, pois é regulada por mecanismos complexos e superpostos como classe, raça, gênero e orientação sexual (OMS, 2010; Weeks, 2018). As relações de poder em torno desses aspectos são complexas e modelam as atitudes e comportamento sexual, abrindo caminho para identidades sexuais diferenciadas (Weeks, 2018). Sua vivência não deve, portanto, ser compreendida como estática, de modo natural e essencialista (Zanella, 2018).

Gênero, enquanto fator estruturante da sexualidade, constitui um sistema normativo de caráter sociocultural, construído de forma arbitrária e fundamentado na lógica binária (masculino e feminino), tendo como base as distinções anatomofisiológicas entre homens e mulheres (Connell & Pearse, 2015). Atualmente, as relações de gênero são compreendidas como dinâmicas, resultantes de construções culturais e históricas e do processo de subjetivação dos indivíduos (Zanello, 2018). As normas de gênero, no contexto ocidental, seguem operando como mecanismos de organização e controle social, influenciando aspectos da vida humana, como a manifestação sexual (Rubin, 2017).

Para Laqueur (2001), a cultura ocidental legitimou o prazer masculino, enquanto o desejo e a sexualidade feminina foram desvalorizados, controlados e subjugados. Historicamente, a mulher deixou de ocupar o lugar de sujeito de desejo e de necessidade de prazer sexual, passando a servir à continuidade da linhagem familiar e ao prazer do homem. Esse processo de apagamento do desejo da mulher reverbera até hoje, sustentando discursos e práticas que perpetuam desigualdades na expressão da sexualidade (Laqueur, 2001).

Essas construções têm implicações no campo da saúde ao exercer impactos sobre o bem-estar das mulheres. De acordo com Arcos-Romero e Calvillo (2023), a associação entre saúde sexual e bem-estar psicológico tem sido mostrada pela literatura da área de forma consistente, o que evidencia a necessidade de políticas públicas voltadas para a saúde sexual da mulher, inclusive como estratégia de promoção da saúde mental. Para isso, é fundamental a atenção para além de abordagens clínicas individuais e a incorporação de perspectivas interseccionais e educativas voltadas para essa dimensão (Arcos-Romero & Calvillo, 2023).

Apesar de fundamental para a saúde integral, ainda persistem dificuldades na anamnese sexual e na abordagem de possíveis demandas por profissionais de saúde. Essas dificuldades estão relacionadas principalmente à não compreensão da importância da temática, às lacunas na formação, à naturalização de disfunções sexuais, aos tabus culturais e

à falta de habilidades comunicacionais para abordar o tema. De modo geral, a formação em saúde permanece centrada em aspectos anatômicos e fisiológicos, com limitado enfoque na sexualidade em sua dimensão clínica e relacional (Sánchez, 2013). Essas limitações se expressam na prática assistencial, com barreiras como falta de tempo, de ferramentas, preparo e habilidades comunicacionais do profissional, o que contribui para que essa dimensão não seja abordada de forma sistemática nos atendimentos (Kingsberg et al., 2019).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo discutir a sexualidade feminina a partir de uma perspectiva histórica e sociocultural, articulando as construções de gênero, os processos de regulação da sexualidade da mulher e suas implicações no campo da saúde. Busca-se, assim, compreender como essas construções influenciam em suas experiências e comportamentos, assim como refletem nas práticas e nos desafios relacionados ao cuidado em saúde. Estudos como este são relevantes por possibilitarem a ampliação da compreensão sobre os mecanismos que regem as organizações sociais e o comportamento humano, trazendo à luz possíveis consequências nas relações humanas e, em especial, na produção de saúde dos indivíduos e coletividades.

Método

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura que aborda a sexualidade feminina a partir de seus fundamentos conceituais, de sua construção histórica e de suas interfaces com o campo da saúde. As revisões narrativas são caracterizadas por sua flexibilidade e caráter subjetivo, uma vez que cabe ao autor a escolha dos artigos e organização dos conteúdos encontrados. Esse tipo de revisão contribui para a ampliação e atualização do conhecimento acerca de temas específicos (Rother, 2007). Ao utilizar publicações mais abrangentes, são adequadas para descrever, sob uma perspectiva teórica ou

contextual, o estado da arte ou a evolução de determinado campo de conhecimento (Bernardo et al., 2004).

Para compor os estudos da presente revisão, foi utilizada a estratégia de buscas por livros e artigos nas bases de dados da plataforma *Google Scholar*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Também foram utilizados livros da biblioteca digital da Universidade de Brasília, trabalhando com obras consideradas seminais. Não foi feita definição de período para a busca, pois procurou-se identificar aspectos históricos e conceituais pertinentes ao tema. Os descritores utilizados para a seleção das referências de base foram sexualidade, gênero, mulher, prazer feminino, saúde e profissionais de saúde. A seleção ocorreu a partir da pertinência em relação aos objetivos do estudo, incluindo estudos com foco na perspectiva histórica sobre a sexualidade feminina e sua interação com o referido campo.

Resultados e Discussão

Para organização dos dados, o desenvolvimento dos temas foi dividido em três eixos temáticos. O primeiro, “Sexualidade e gênero: bases conceituais”, aborda as bases teóricas da sexualidade em sua intersecção com gênero. O segundo, “Sexualidade feminina: construção histórica e configurações contemporâneas”, trata de aspectos históricos e suas repercussões na vivência da sexualidade feminina atual. O terceiro, “Sexualidade feminina no campo da saúde: desafios e implicações para o cuidado”, discute como as questões em torno do tema repercutem na área da saúde, evidenciando desafios para o cuidado integral.

1. Sexualidade e Gênero: Bases Conceituais

A compreensão da sexualidade como construção social implica considerar o papel do gênero na organização das relações sociais. Simone de Beauvoir, uma das figuras centrais do feminismo do século XX, afirma em seu livro “O segundo sexo”, publicado originalmente em 1949, que as mulheres, e por extensão qualquer outro gênero, não são um fato natural, mas uma situação histórica (Beauvoir, 1980). Apesar de seu pioneirismo, é apenas no fim do século XX que gênero se tornou uma categoria analítica de interesse das principais abordagens sociais, encabeçada por feministas contemporâneas insatisfeitas com a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre homens e mulheres (Scott, 1995).

O tema tem sido abordado especialmente desde o final da década de 1960, a partir de diversas perspectivas teóricas e políticas, como marxista, psicanalítica e pós-estruturalista (Sabat, 2001). O termo gênero surge para discutir criticamente as diferenças entre homens e mulheres, com enfoque especial nas implicações sociais e culturais decorrentes dessas diferenças, distanciando-se da visão reducionista e linear ancorada no discurso biológico, que justificaria os papéis sociais pré-determinados que devem ser desempenhados por homens e mulheres na sociedade (Louro, 2014; Sabat, 2001).

Descola-se, então, a centralidade da biologia para a compreensão de que as diferenças entre homens e mulheres não são naturais, mas socialmente construídas. Esses movimentos possibilitaram a compreensão relacional entre os gêneros, rejeitando as explicações essencialistas (Scott, 1995; Zanello, 2018). Seu objetivo não foi negar os aspectos biológicos, como o sexo, fundamentais para compreender a espécie humana, mas estabelecer que interpretações desses aspectos não devem ser realizadas apenas como um dado da natureza, sem atravessamentos culturais (Madureira et al., 2021).

Não há, portanto, base biológica fixa para o processo de gênero, mas “uma arena em que os corpos são trazidos para os processos sociais, em que nossa conduta social faz alguma coisa sobre diferenças reprodutivas” (Connell & Pearse, 2015, p. 48). Gênero, então, está relacionado à forma como as sociedades humanas lidam com os corpos humanos e suas continuidades, assim como às consequências dessa forma de lidar para as vidas pessoais e coletividades. É, portanto, multidimensional: “não diz respeito apenas à identidade, nem apenas ao trabalho, nem apenas ao poder, nem apenas à sexualidade, mas a tudo isso ao mesmo tempo” (Connell & Pearse, 2015, p. 49).

Para Connell e Pearse (2015), portanto, as construções em torno da mulher e do homem refletem como a sociedade tenta dar conta dos corpos e como lida com processos reprodutivos e diferenças corporais. No contexto ocidental, é comum que as diferenças de gênero estabeleçam distribuições de poder distintos, seja no controle ou no acesso a bens materiais e simbólicos, legitimando hierarquias sociais e políticas, assim como distribuições desiguais de recursos e de autoridade. Esse sistema organizado em torno do gênero funciona, então, como um dos principais mecanismos de poder ao atuar como estrutura simbólica que legitima desigualdades (Scott, 1995).

Weeks (2018) destaca que, embora a predominância masculina ainda marque as sociedades contemporâneas, as mulheres têm participado ativamente da construção de suas próprias necessidades. Nas últimas décadas, as relações de gênero passaram por mudanças relevantes, com deslocamento de papéis tradicionalmente atribuídos a homens e mulheres. Ainda que persista a referência à divisão sexual clássica, observa-se maior inserção feminina na provisão econômica e, em alguns casos, na chefia do lar. Esse processo tem sido associado à ampliação da autonomia da mulher, à intensificação da sobrecarga decorrente da dupla jornada e à reconfiguração das expectativas nas relações conjugais (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

Para Rubin (2017), é extensa a literatura sobre a questão da natureza e da gênese da opressão e consequente subordinação social de mulheres. A construção social do corpo feminino esteve intimamente ligada à maternidade, à submissão e à moralidade, deixando pouco espaço para a legitimação do prazer sexual feminino. Por muito tempo, o desejo das mulheres foi compreendido como algo perigoso, vergonhoso ou inexistente, e suas experiências corporais foram subordinadas à necessidade de controle social e religioso, reforçando uma imagem de passividade e pureza que limitava sua autonomia sobre o próprio corpo (Perrot, 2007).

Nesse contexto, a sexualidade pode ser compreendida como um nexo das relações entre os gêneros, na medida em que parte importante da opressão sofrida pelas mulheres é sustentada, mediada e constituída por ela (Rubin, 2017). A autora propõe distinção analítica fundamental entre gênero e sexualidade, contrariando parte expressiva do pensamento feminista, que tende a tratar a sexualidade como uma derivação do gênero:

O gênero afeta o funcionamento do sistema sexual, e o sistema sexual já teve manifestações de gênero específicas. Mas, apesar do sexo e do gênero estarem relacionados, eles não são a mesma coisa, e formam a base de duas arenas distintas da prática social (Rubin, 2017, p. 101).

Para Rubin (2017), portanto, sexualidade e gênero devem ser compreendidos como categorias analíticas singulares, mesmo que interligadas. Essa separação analítica entre os conceitos seria essencial para uma compreensão mais precisa das distintas formas de existência social que cada uma dessas categorias implica.

2. Sexualidade Feminina: Construção História e Configurações Contemporâneas

A compreensão da sexualidade feminina exige um olhar histórico, na medida em que suas formas de expressão foram sendo construídas e reguladas ao longo do tempo por

diferentes discursos sociais, morais e científicos. Nas sociedades ocidentais, esse processo esteve marcado pela produção de saberes que classificaram, normatizaram e controlaram o corpo e o desejo das mulheres, frequentemente subordinando-os a funções sociais específicas (Foucault, 1999; Rubin, 2017).

Para Foucault (1999), “a sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico” (p.100). Esse dispositivo foi construído e reproduzido por discursos distintos, em campos como moral, biologia, medicina, psiquiatria, psicologia e na crítica política, especialmente ao longo do século XIX. Tais discursos produziram efeitos históricos, como classificações que dividiram os indivíduos e práticas, criando espécies e tipos utilizados para regular, normatizar e controlar a sexualidade. Emerge daí, por exemplo, a associação entre homossexualidade e patologia (Louro, 2004; Foucault, 1999).

Segundo Foucault (1999), um dos principais mecanismos de operação do dispositivo da sexualidade foi a histerização do corpo da mulher, um processo histórico de sexualização, medicalização e normatização do corpo feminino. A partir dele, a mulher é entendida como um corpo saturado de sexualidade, marcado por discursos médicos que a patologizam, como representado na figura da histérica. Ao mesmo tempo, esse corpo também está vinculado à estrutura social por meio da maternidade e da função educativa. A sexualidade feminina é, então, transformada em objeto de saber e controle, devendo ser regulada e disciplinada para adequação ao ambiente familiar.

De acordo com Rubin (2017), o domínio da sexualidade opera por meio de políticas internas, modos de opressão próprios e desigualdades. Um de seus principais axiomas é o essencialismo sexual, ou seja, a concepção de que sexo seria uma força natural, precedente da vida social. Também para ela, campos como medicina, psicologia e psiquiatria reproduziram esse essencialismo ao classificar o sexo como propriedade do indivíduo, reflexo de hormônios ou do psiquismo, desconsiderando determinantes sociais significativos. Nesse

caso, não se deve excluir componentes biológicos da sexualidade, mas é fundamental compreender que as identidades sexuais são construídas a partir de representações culturais e relações de poder que impõem normas de conduta e apresenta como naturais relações que, na verdade, são socialmente construídas (Rubin, 2017; Sabat, 2001).

Para Foucault (1999), é por meio desses discursos sobre sexualidade que o poder chega até as condutas individuais, mesmo as mais tênues, atingindo as formas do desejo, adentrando e controlando o prazer cotidiano. Estudos mostram que representações culturais com manifestações discursivas que reforçam o sexismo e subordinam a sexualidade da mulher podem ser observadas em diversos meios, como em redes sociais digitais, propagandas e em instituições religiosas (Alves et al., 2021; Maia & Souza, 2022; Sabat, 2001).

Discursos religiosos, por exemplo, tendem a reforçar normas de gênero tradicionais e concepções moralizantes sobre a sexualidade, contribuindo para a internalização de crenças sexistas e para a restrição da autonomia feminina (Maia & Souza, 2022). Da mesma forma, representações midiáticas frequentemente reproduzem estereótipos que associam a mulher ao cuidado, à beleza e à submissão, ainda que, mais recentemente, coexistam com discursos de empoderamento e autonomia (Alves et al., 2021). Além desses dispositivos, a maternidade também surge como um fator central no enfraquecimento do desejo sexual, especialmente ao associar a mulher-mãe a alguém altruísta, infatigável e assexuada, responsável pelo bem-estar dos filhos (Araújo & Zanello, 2024).

Nesse contexto, a falta de educação sexual, a persistência de crenças conservadoras, a assimetria nas relações e a frustração com os parceiros contribuem para o apagamento do desejo sexual da mulher ao longo da vida. A internalização dessa cultura faz com que muitas mulheres não se sintam autorizadas a desejar ou a exercer ativamente sua sexualidade, incorporando valores negativos sobre o próprio prazer. Nas relações afetivas, a sexualidade é

frequentemente vivida como obrigação, vinculada à manutenção do vínculo, em um contexto de descompasso entre expectativas femininas (afeto, qualidade) e masculinas (genitalidade, quantidade), o que contribui para a insatisfação e redução do desejo feminino (Araújo & Zanello, 2024).

Além de padrões de desigualdade, a organização social de base patriarcal legitimou até mesmo situações de violência contra as mulheres, ao atribuir aos homens uma posição ativa nas relações sociais e sexuais, enquanto às mulheres foi imposto um lugar de passividade, associado sobretudo à reprodução. A centralidade do homem como provedor econômico contribuiu para a manutenção da dependência financeira feminina, o que favoreceu a naturalização de obrigações conjugais, incluindo a ideia de que a sexualidade feminina deveria atender às demandas do parceiro. Essa dinâmica resulta na submissão da mulher a práticas sexuais não desejadas, frequentemente sustentadas por formas naturalizadas de coerção (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

Embora essas dinâmicas afetem as mulheres de modo geral, é fundamental reconhecer que elas não se manifestam de forma homogênea, sendo atravessadas por marcadores sociais como raça e classe socioeconômica (Bonan, 2023; Gonzalez, 2020; hooks, 1981). No caso da mulher negra, segundo Gonzalez (2020), há um processo tríplice de discriminação enquanto raça, classe e sexo, uma vez que a superexploração do povo negro ocorreu e ocorre, e em particular na mulher negra de origem humilde, submetida a manipulações e exploração sexual, social e econômica. Assim, apesar de compartilharem com outras mulheres os efeitos da desigualdade de gênero, a dimensão racial as coloca em um lugar de ainda maior vulnerabilidade e discriminação (Gonzalez, 2000).

Desde os anos 1960, o debate sobre identidades, gênero e práticas sexuais tem se intensificado e, juntamente com novas tecnologias reprodutivas, tem construído novas formas de relacionamento, estilos de vida e identidades sexuais (Louro, 2018). Múltiplas

transformações também ocorreram na sociedade brasileira nas últimas décadas, capazes de transformar as categorias interpretativas e, conseqüentemente, as relações entre homens e mulheres e o exercício da sexualidade. Essas transformações são resultantes de diversos movimentos, como sociais, feminista e da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais, pansexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais (LGBTQIAP+), que tiveram papel importante no questionamento de concepções e práticas discriminatórias resultantes da concepção de gênero dualista e hierarquizada (Madureira, 2010), além das importantes contribuições do feminismo negro (Bonan, 2023).

Considerando as transformações nas últimas décadas, para Dantas-Berger e Giffin (2005), as mulheres na atualidade ocupam posição parcial de “sujeitos do não”. Há indícios de menor tolerância à objetificação e à violência, com maior questionamento de padrões anteriormente naturalizados. A recusa a relações sexuais indesejadas e a possibilidade de expressar insatisfação e resistência indicam mudanças no posicionamento das mulheres, ainda que nem sempre acompanhadas da plena vivência da sexualidade como espaço de desejo próprio. Esse cenário evidencia que as transformações em curso coexistem com normas de gênero historicamente enraizadas, produzindo tensionamentos entre a ampliação da autonomia e a manutenção de padrões tradicionais (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

No contexto dessas transformações contemporâneas, especialmente mediadas pelas tecnologias digitais, Costa et al. (2025) evidenciam que, apesar dos avanços, a discussão sobre a sexualidade feminina ainda se apresenta como complexa e socialmente polêmica, sobretudo quando envolve o estímulo ao contato com o próprio corpo e com o prazer. O processo de busca por emancipação e liberdade de expressão continua esbarrando em contextos conservadores e repressivos, ainda que haja benefícios associados a uma educação

sexual qualificada, capaz de promover vivências mais livres, prazerosas, informadas e protegidas (Costa et al., 2025).

No campo das políticas públicas, Madureira (2010), aponta transformações decorrentes da incorporação de perspectivas voltadas aos direitos humanos, à diversidade e à equidade de gênero. No entanto, para a autora, tais avanços também coexistem com permanências, como a manutenção de normas sociais e hierarquias de gênero, bem como de fronteiras simbólicas que regulam e delimitam as possibilidades de reconhecimento dos sujeitos, evidenciando que as transformações no plano discursivo nem sempre se traduzem em mudanças efetivas nas práticas cotidianas (Madureira, 2010).

No âmbito das políticas e práticas de educação sexual, Diniz et al. (2025) evidenciam que ainda predomina uma abordagem biologizante, centrada em aspectos como reprodução, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez, frequentemente implementada de forma pontual e pouco efetiva. Tal enfoque restringe a compreensão da sexualidade a seus componentes biológicos, negligenciando sua complexidade enquanto dimensão atravessada por fatores subjetivos, relacionais, sociais e culturais. Para as autoras, embora haja avanços no plano das políticas públicas, persistem práticas que não contemplam integralmente as demandas, compactuando para as desigualdades nas práticas da sexualidade e para a manutenção de ciclos de vulnerabilização.

Esse cenário não se restringe ao campo da educação, sendo também observado no âmbito mais amplo da saúde coletiva, cujas transformações se deram de forma historicamente situada e articulada a processos políticos e sociais mais amplos, especialmente no contexto da reforma sanitária brasileira e da luta pela ampliação de direitos, como equidade e justiça social. Entretanto, tais mudanças não se dão de forma linear, sendo marcadas por tensões e reconfigurações, o que evidencia que a construção de direitos e liberdade permanece como um processo contínuo de luta (Bonan, 2023). Para Foucault (2013), é necessário imaginar e

fazer existir novos esquemas de politização que permitam novas relações de força, de modo que essas modificações se inscrevam na realidade, para que as pessoas possam fazer novas escolhas e produzir novas formas de organização. Para isso, é necessário um trabalho pedagógico contínuo, interminável e repetitivo (Louro, 2004).

3. Sexualidade Feminina no Campo da Saúde: Desafios e Implicações para o Cuidado

No campo da saúde, essas construções históricas e sociais em torno da sexualidade feminina se expressam em demandas concretas, com reflexos nas relações estabelecidas em contextos de saúde, evidenciando barreiras e desafios importantes para o cuidado e resultando em lacunas assistenciais. Dificuldades relacionadas à sexualidade feminina são diversas, podendo constituir fonte importante de demandas em saúde, para além de questões relacionadas a fatores orgânicos, como cirurgias e condições ginecológicas (Souza et al., 2020). É comum que a vivência da sexualidade feminina seja marcada por desigualdades nas relações e pela naturalização de práticas não desejadas (Mercês & Lima, 2025).

Entre as principais queixas relacionadas à sexualidade identificadas por profissionais de saúde estão a presença de dor durante a relação sexual, especialmente associada à inexperiência, desinformação e diminuição ou ausência de desejo. Há também dificuldades relacionadas às atitudes dos parceiros, incluindo situações de incompreensão, imposição e violência, bem como à necessidade de manter relações sexuais mesmo na presença de dor ou falta de vontade. Essas dificuldades comumente são enfrentadas sozinhas, sem que se recorra aos serviços de saúde (Souza et al., 2020).

Estudo realizado por Mercês e Lima (2025) com profissionais e usuárias de um serviço na atenção básica, por exemplo, identificou que é comum que mulheres mantenham relações sexuais em função do desejo dos parceiros, prática frequentemente compreendida como normal. Outras situações, como relações sexuais forçadas no contexto conjugal e a

retirada do preservativo sem consentimento, frequentemente não são reconhecidas como violência. Outros desafios mapeados foram limitações no conhecimento sobre o próprio corpo, incluindo desconhecimento da anatomia, vergonha de se despir e dificuldades para abordar a sexualidade com os profissionais (Mercês & Lima, 2025).

Para Mercês e Lima (2025), a abordagem da dimensão sexual nos serviços de saúde é comumente atravessada por aspectos religiosos, familiares e culturais. Algumas repercussões na assistência a esse público são a dificuldade de profissionais em tratar do tema com mulheres religiosas, o não acesso de adolescentes aos serviços de saúde, iniciando a vida sexual sem acompanhamento, e experiências de atendimento marcadas por abordagens moralizantes ou repressivas, especialmente com jovens, com pouca abertura para o diálogo sobre a sexualidade).

Segundo Kingsberg et al. (2019), o estigma social em torno da sexualidade feminina ainda é presente em diferentes contextos, contribuindo para que o tema seja frequentemente tratado como tabu em serviços de saúde, especialmente quando relacionado ao prazer e não à reprodução. A ausência de discussões abertas e informativas favorece a manutenção de concepções equivocadas sobre o tema, como a ideia de que dor, diminuição do desejo ou insatisfação sexual seriam aspectos inevitáveis do envelhecimento. Como consequência, muitas mulheres evitam abordar essas questões com profissionais, seja por constrangimento, pelo receio de não serem compreendidas ou de que suas queixas não serão valorizadas (Kingsberg et al., 2019).

Experiências heterogêneas entre mulheres em relação à percepção da abordagem profissional sobre a sexualidade foram apontadas no estudo realizado por Souza et al. (2020). Algumas mulheres relatam acolhimento e orientação adequada, especialmente quando há escuta, diálogo e orientação prática para suas queixas. Nesses casos, o vínculo, a confiança, o sigilo e a possibilidade de diálogo são mencionados como aspectos essenciais para que haja

segurança na exposição de demandas. Por outro lado, muitas mulheres apontam dificuldades no atendimento, com respostas insuficientes, superficiais ou que naturalizam sintomas como a dor, além de consultas percebidas como técnicas e centradas na doença, com pouca abertura para tratar questões relacionadas ao tema. Fatores como falta de tempo, alta demanda nos serviços, desmotivação profissional e dificuldades de comunicação também interferem negativamente nesse processo (Souza et al., 2020).

Além de fatores estruturais, há também lacunas na formação e na atuação profissional (Gonzaga, 2022; Kingsberg et al., 2019). A formação em saúde sexual ainda é restrita na maioria dos cursos e programas de treinamento, com tempo reduzido dedicado ao tema e pouca ênfase no desenvolvimento de habilidades clínicas específicas. Além disso, profissionais frequentemente relatam falta de conhecimento sobre instrumentos diagnósticos e opções terapêuticas, bem como dificuldades relacionadas ao tempo disponível nas consultas e à escassez de recursos para conduzir essas discussões (Kingsberg et al., 2019).

Como resultado do despreparo profissional e da ausência de estratégias de acolhimento assertivas, é comum que as demandas das usuárias nos serviços de saúde não sejam contempladas adequadamente (Gonzaga, 2022; Mercês & Lima, 2025). Destacam-se intervenções que tendem a invalidar ou direcionar a experiência subjetiva das mulheres, como a minimização de sentimentos, a indução de respostas consideradas mais adequadas diante do adoecimento ou da perda, e a redução da mulher a papéis sociais, especialmente o materno. Também são descritas posturas de escuta marcadas por caráter investigativo ou moralizante que tendem a reforçar processos de silenciamento e afastamento dos serviços (Gonzaga, 2022).

Esse cenário evidencia a necessidade de revisão dos modos de acolhimento e intervenção, com ênfase em uma escuta que reconheça a complexidade das experiências femininas e evite a reprodução de desigualdades no cuidado em saúde (Gonzaga, 2022). Para

Nunes et al. (2025), a disponibilidade do profissional de saúde e sua abordagem inicial no atendimento exercem impacto direto na qualidade de vida de mulheres que buscam esclarecer dúvidas e compartilhar dificuldades relacionadas à saúde sexual. Abordar questões relacionadas à sexualidade feminina e investir na qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente é central para a construção de relações duradouras e de um ambiente acolhedor e seguro, que favoreça a expressão de dúvidas, medos e inseguranças e possibilite a busca por orientação e esclarecimentos acerca da saúde sexual (Nunes et al., 2025).

Para isso, é necessário fortalecer a formação em sexualidade e saúde sexual entre profissionais, destacando a importância da aquisição de conhecimentos básicos sobre o tema, aliada ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais desde o início da formação, como elementos fundamentais para um cuidado mais qualificado e sensível (Nunes et al., 2025). Segundo Scorsolini-Comin (2024), é fundamental que a educação profissional seja crítica, orientada pelo diálogo e pela problematização de conteúdos e referenciais teóricos cristalizados. O processo formativo deve incluir questões como marcadores sociais, como gênero, raça/cor e origem, buscando a transgressão da educação tradicional e a superação de preconceitos, estereótipos e comodismos.

Para Kingsberg et al. (2019), a melhoria da atenção à saúde sexual feminina, além de depender da capacitação dos profissionais de saúde, também deve ocorrer a partir do fortalecimento do acesso das mulheres à informação, como por meio do uso estratégias educativas que permitam que compreendam a sexualidade como parte integrante da saúde, reconhecendo sintomas, condições clínicas e possibilidades de tratamento, contribuindo para melhores desfechos em saúde (Kingsberg et al., 2019).

Para Mercês e Lima (2025), voltar-se ao corpo, especialmente ao corpo das mulheres, implica questionar como a corporalidade e a sexualidade têm sido construídas. É fundamental, portanto, problematizar certezas e favorecer a percepção de que esses processos

se inserem em um contexto de conflitos históricos, evidenciando os territórios nos quais esses corpos foram e continuam sendo demarcados, compreendendo-o como um campo de disputas (Mercês & Lima, 2025).

Para que isso ocorra, é imprescindível que as equipes de saúde incorporem, de forma integrada, as dimensões de sexualidade e gênero além de outras interseccionalidades em suas práticas, como parte do processo de humanização do cuidado e de problematização das demandas apresentadas. Esse movimento implica na promoção de espaços de diálogo que favoreçam maior assertividade das mulheres em relação à própria sexualidade, assim como a valorização da reciprocidade nas relações de gênero. Para isso, é essencial a atuação interdisciplinar das equipes de saúde, bem como a articulação intersetorial dos serviços, especialmente em casos de vulnerabilidades e violências, de modo a oferecer um cuidado integral, sensível às desigualdades de gênero e às complexidades que atravessam a vivência da sexualidade feminina (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo analisar a sexualidade feminina a partir de uma perspectiva histórica e sociocultural, articulando as construções de gênero, os processos de regulação do corpo e do desejo e suas implicações no campo da saúde. Os resultados mostram como a mulher, como classe de gênero, foi historicamente regulada por dispositivos de poder que associaram seu corpo à maternidade, moralidade e cuidado. Além de abordar os dispositivos de controle sobre o gênero feminino, o estudo evidencia que, embora sexualidade e gênero estejam interligados, devem ser compreendidos como campos analíticos distintos, atravessados por interseccionalidades como raça/etnia, classe social e religião. Compreende-se que considerar essas e outras interseccionalidades é essencial para reconhecer a pluralidade

das experiências humanas e afirmar concretamente as diferentes possibilidades de identidades sociais e sexuais, buscando promover uma saúde integral e efetiva à população.

Embora avanços teóricos, discursivos e práticos tenham ocorrido, as desigualdades entre os gêneros na expressão da sexualidade permanecem evidentes. Observa-se que o prazer feminino continua sendo um campo de disputa, regulado por instituições sociais e de poder, como mídias, religião e família, que seguem naturalizando as diferenças entre homens e mulheres e operando para a manutenção da relação de subordinação, contribuindo para que muitas mulheres não exerçam ativa e plenamente sua sexualidade, além de sua vulnerabilização.

Há reflexos dessas construções no campo da saúde, em que a sexualidade feminina ainda é atravessada por processos de invisibilização e por dificuldades na abordagem das demandas apresentadas pelas mulheres. Observa-se que experiências marcadas por dor, desinformação, desigualdades nas relações e naturalização de práticas sexuais não desejadas nem sempre são reconhecidas como questões legítimas de cuidado. Ao mesmo tempo, persistem barreiras relacionadas ao estigma e aos tabus em torno da sexualidade, que dificultam tanto a expressão dessas demandas quanto sua acolhida nos serviços de saúde. Soma-se a isso limitações na formação e na atuação profissional, que tendem a restringir a abordagem a perspectivas biologizantes, pouco sensíveis às dimensões subjetivas e socioculturais da sexualidade, contribuindo para a manutenção de lacunas na assistência.

Considera-se imprescindível que, além de transformações culturais necessárias que deem conta das diversas expressões relacionadas à sexualidade da mulher, haja investimento na formação crítica e contextualizada de profissionais de saúde, para que haja reconhecimento das sexualidades, como a feminina, como um campo legítimo de cuidado e intervenção. Para tanto, é necessário revisar e superar lacunas formativas, enfrentar tabus e desenvolver práticas críticas e sensíveis à diversidade de experiências e identidades, além de

defender políticas públicas efetivas para o enfrentamento das desigualdades e a garantia dos direitos sexuais. É fundamental que o profissional de saúde, além do cumprimento do seu papel na promoção do cuidado integral, seja agente de transformações no campo teórico e prático sobre o tema.

Como limitações do estudo, destacam-se o recorte de gênero específico e limitações referentes ao tipo de revisão adotada. Reforça-se a importância de discutir gênero e sexualidade para além da cisheteronormatividade e em suas interseccionalidades, como raça/cor e origem. É igualmente relevante ampliar esse debate, incorporando as contribuições da teoria queer e das dissidências sexuais e de gênero. Sugere-se que sejam realizados estudos com estratégias metodológicas mais robustas, como revisões sistemáticas. Espera-se que este estudo contribua para a ampliação crítica da discussão na área e, como consequência, para o fortalecimento de estratégias e políticas públicas comprometidas com os direitos sexuais e com o debate ético e responsável sobre gênero e sexualidade.

Referências

- Alves, N. F. T., Souza, L. E. C., Maia, L. M., Silva, R. N., & Gomes, Á. A. A. M. (2021). A mulher no Facebook: uma análise a partir do Sexismo Ambivalente. *Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 44(1), 131–147.
<https://doi.org/10.1590/1809-5844202116>
- Araújo, G., & Zanello, V. (2024). Só quero carinho: mulheres e desejo sexual em relacionamentos prolongados. *Psicologia em Estudo*, 29, e56015.
<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i1.56015>
- Arcos-Romero, A. I., & Calvillo, C. (2023). Sexual health and psychological well-being of women: a systematic review. *Healthcare*, 11(23), 3025.
<https://doi.org/10.3390/healthcare11233025>

- Beauvoir, S. (1980). *O segundo sexo: fatos e mitos*. Nova Fronteira.
- Bernardo, W. M., Nobre, M. R. C., & Jatene, F. B. (2004). A prática clínica baseada em evidências. Parte II: Buscando as evidências em fontes de informação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100045>
- Bonan, C. (2023). Saúde coletiva, gênero e sexualidade: práxis para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero. *Saúde em Debate*, 47, e8683. <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18683P>
- Connell, R., & Pearse, R. (2015). *Gênero: uma perspectiva global* (3ª ed.). nVersos.
- Costa, G. K. F., Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. (2025). Discursos sobre corpo e sexualidade feminina expressos em uma rede social. *Revista Thema*, 24(2), 1–16. <https://doi.org/10.15536/revistathema.24.2025.3191>
- Dantas-Berger, S. M., & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos De Saúde Pública*, 21(2), 417–425. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>
- Diniz, S. B. M., Salgado Oliveira, A., & Alves, C. O. (2025). Trajetórias em Educação Sexual de jovens adultos no Distrito Federal, Brasil. *Diversidade E Educação*, 13(1), 181–205. <https://doi.org/10.63595/de.v13i1.19057>
- Foucault, M. (1999). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (13ª ed.). Edições Graal.
- Foucault, M. (2013). *Ditos e Escritos - Vol. IX - Genealogia da Ética Subjetividade e Sexualidade*. Forense Universitária.
- Gonzaga, P. R. B. (2022). Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42(spe), e262847. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>

- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaaios, intervenções e diálogos*. Zahar.
- hooks, b. (1981). *Ain't I a woman: Black women and feminism*. South End Press.
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., Gudeman, J., Krop, J., & Simon, J. A. (2019). Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient-Clinician Communications. *Journal of women's health*, 28(4), 432–443. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>
- Laqueur, T. W. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Relume Dumará.
- Louro, G. L. (2004). *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Autêntica.
- Louro, G. L. (2014). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista* (16.^a ed.). Editora Vozes.
- Louro, G. L. (2018). Pedagogias da sexualidade. In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (4^a ed., pp. 9–34). Autêntica.
- Madureira, A. F. A. (2010). Gênero, fronteiras simbólicas e imagens: implicações metodológicas e educacionais. *Anais – Simpósio: gênero e Psicologia Social* (pp. 17-30). Brasília: TechnoPolitik.
- Madureira, A. F. A.; Holanda, J. M. G. B.; Paula, L. D. & Fonseca, J. V. C. (2021). Gênero e Sexualidade na Escola: Processos Identitários, Diversidade e Preconceito na Perspectiva da Psicologia Cultural. In A. F. A. Madureira & J. Bizerril (Org.), *Psicologia & Cultura: Teoria, Pesquisa e Prática Profissional* (pp. 202-237). Cortez Editora.

- Maia, M. L. F., L. E. C, Souza. (2022). Sexismo Sagrado: a influência da religiosidade na adesão ao sexismo por mulheres. *Psicologia e Saber Social*, 11(1), 193-222.
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/psi-sabersocial/article/view/87111>
- Mercês, É. C. A. M., & Lima, M. L. C. (2025). Sexualidade feminina e práticas de cuidado: Contribuições e enfrentamentos decoloniais na atenção básica em saúde. *Revista de Desenvolvimento Social e Saúde*, 11(1). <https://doi.org/10.18616/rdsd.v11i1.9572>
- Nunes, C., Veloso, G., Andreotti, I., Massutti, L., Kessler, M., Fossá, M., Vieira, T., Maurício, V., Borges, R. F., & Vettorazzi, J. (2023). Abordagem clínica da sexualidade: impacto da relação médico-paciente na saúde das mulheres. In A. O. Galão & E. Capp (Org.), *Promoção e proteção da saúde da mulher* (pp. 33–44). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Organização Mundial da Saúde (2010). Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists.
https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
- Perrot, M. (2007). *Minha história das mulheres*. Contexto.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20(2), 5-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Rubin, G. (2017). *Políticas do sexo*. Ubu Editora.
https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/869761/mod_resource/content/0/RUBIN%2C%20Gayle-Rubin.Pol%C3%ADticas-do%20sexo.Ubu%20Editora-%202018.pdf
- Sánchez, F. S., Correales, R. G., López, A. R. J., Blanco, C. S. M., Hernández, R. M. M., & Ubeda, M. J. T. (2013). La anamnesis em la historia clínica em salud sexual: habilidades y actitudes. *Semerger*, 39(8), 433-439.

- Scorsolini-Comin, F. (2024). Contribuições de bell hooks à Psicologia da Educação. *Revista Thema*, 23(1), 61–76. <https://doi.org/10.15536/thema.V23.2024.61-76.2811>
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20(2), 71-99.
- Souza, J. M. F., Rezende, K. T. A., Pedroso, L. A., & Tonhom, S. F. R. (2020). Women's sexuality: Difficulties, confrontations and performance of health services. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 609–622. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.609-622>
- Weeks, J. (2018). O corpo e a sexualidade. In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: pedagogias da sexualidade* (4ª ed., pp. 35–62). Autêntica.
- Zanillo, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.

Capítulo 2

A Sexualidade de Pessoas com Câncer em Cuidados Paliativos: uma Revisão

Integrativa da Literatura¹

Resumo

A sexualidade é uma importante dimensão da vida humana e o adoecimento por câncer pode impactar diretamente essa dimensão e, consequentemente, a qualidade de vida das pessoas envolvidas. A melhoria da qualidade de vida é um dos objetivos dos cuidados paliativos, abordagem destinada a pessoas que convivem com doenças ameaçadoras à vida, como o câncer, e a seus familiares. O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar como a sexualidade é experienciada por pacientes com câncer em cuidados paliativos. A busca realizada incluiu o período de 2014 a 2024, a partir dos descritores sexuality, neoplasms, palliative care e integrative palliative care, nas bases Biblioteca Virtual em Saúde [BVS], PubMed, SciELO, *Science Direct* e *Web of Science*. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados seis artigos. Os resultados mostram alterações na experiência da sexualidade e na prática sexual de pessoas com câncer em cuidados paliativos. Foram apontadas questões como diminuição da frequência da prática sexual, baixa satisfação e problemas no relacionamento entre o casal, além de alteração da imagem corporal e limitações físicas reforçando que a experiência sexual e a qualidade da relação entre parceiros podem ser impactadas a partir da convivência com o câncer, seus tratamentos e sua evolução. Conclui-se que, para que a dimensão sexual deixe de ser negligenciada na atenção a pacientes em cuidados paliativos, é crucial que profissionais de saúde tenham formação e educação específicas, como habilidades comunicacionais e letramento sobre questões de gênero, para capacitá-los a realizar essa abordagem com vistas à promoção de cuidado integral.

Palavras-chave: sexualidade; cuidados paliativos; cuidados paliativos integradores; neoplasias.

Abstract

Sexuality is an important dimension of human life, and the experience of illness caused by cancer can directly impact this aspect, consequently affecting the quality of life of those involved. Enhancing quality of life is one of the goals of palliative care, an approach aimed at individuals living with life-threatening illnesses, such as cancer, and their families. This study is an integrative literature review that aimed to identify how sexuality is experienced by cancer patients receiving palliative care. The literature search covered the period from 2014 to 2024 and used the descriptors sexuality, neoplasms, palliative care, and integrative palliative care across the following databases: Virtual Health Library (BVS), PubMed, SciELO, *Science Direct*, and *Web of Science*. After applying inclusion and exclusion criteria, six articles were selected. The results indicate changes in the experience of sexuality and sexual activity among individuals with cancer in palliative care. Issues such as decreased sexual activity, low satisfaction, relationship difficulties between partners, altered body image, and physical limitations were frequently reported. These findings reinforce the notion that the sexual

¹Este capítulo foi publicado na revista *Psicologia e Saúde em Debate*, volume 11, páginas 258-270, em setembro de 2025. DOI: 10.22289/2446-922X.V11A2A15

experience and the quality of partner relationships can be significantly affected by living with cancer, its treatment, and disease progression. The study concludes that, in order to prevent the sexual dimension from being neglected in the care of palliative patients, it is essential that healthcare professionals receive specific training and education, including communication skills and gender literacy, so they are prepared to address this aspect and contribute to comprehensive, person-centered care.

Keywords: sexuality; palliative care; integrative palliative care; neoplasms.

Introdução

A oncologia é uma disciplina médica que se dedica ao tratamento das várias formas de neoplasias malignas. O câncer é um termo abrangente que engloba mais de uma centena de doenças malignas que possuem como traço em comum o crescimento desordenado de células (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2022a). Segundo o INCA (2022b), os tratamentos em geral envolvem cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea, ofertados, em geral, com fins curativos.

Pacientes oncológicos frequentemente enfrentam impactos negativos em sua sexualidade e intimidade devido à doença. Esses impactos incluem a diminuição do desejo, alterações na imagem corporal, efeitos do tratamento, sintomas como fadiga, dor e náuseas, além do tempo dedicado aos cuidados de saúde (Pereira, 2019). Em casos de estágio avançado, a vivência do câncer pode provocar mudança significativa nos relacionamentos conjugais e na vida sexual, exigindo reorganização das funções familiares, expectativas e reavaliação da relação conjugal. Essas mudanças envolvem desde adaptações nas posições sexuais a redistribuição dos papéis, com o parceiro assumindo função maior de cuidador (Silva & Ribeiro, 2020).

A sexualidade é um componente central do desenvolvimento humano e está intimamente ligada à qualidade de vida, sendo considerada condição necessária para o bem-estar psicossocial dos indivíduos. Vai além do ato sexual e abrange pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, podendo ser

influenciada pela interação de variáveis psicológicas, socioculturais e biológicas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006).

Segundo dados da OMS (2020b), cerca de 28% do total de pacientes em cuidados paliativos em todo o mundo correspondem a pessoas com câncer. O objetivo dos cuidados paliativos é a promoção de qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Esse cuidado visa proporcionar alívio e prevenção do sofrimento, abrangendo não apenas o tratamento da dor física, mas também abordando questões de ordem psicológica, social e espiritual. No entanto, para que tal objetivo seja alcançado, é essencial a identificação precoce, avaliação e tratamento de problemas de qualquer natureza (OMS, 2020b). As principais demandas nesse grupo de pacientes estão relacionadas aos impactos na funcionalidade, no controle da dor e nas necessidades psicossociais e espirituais.

Apesar dos desafios, há uma relação evidente entre a valorização da sexualidade e a manutenção de uma vida sexual ativa com o bem-estar emocional e funcional (Pereira, 2019). No entanto, a discussão sobre sexualidade muitas vezes é evitada, especialmente em caso de doenças graves, mesmo entre profissionais de cuidados paliativos, que comumente são treinados para desenvolverem habilidades comunicacionais (Chando et al., 2021). Revisão da literatura sobre a saúde sexual de pacientes com câncer realizada por Wang et al. (2018) destacou que, nos atendimentos a pacientes em cuidados paliativos, as discussões sobre a temática da sexualidade são incomuns, embora desejadas tanto pelos pacientes quanto pelos seus parceiros. O estudo aponta que a melhoria na qualidade de vida pode ocorrer ao longo da trajetória da doença quando a intimidade e a sexualidade são abordadas pelos profissionais de saúde.

A identificação das demandas relacionadas à dimensão sexual pela equipe de saúde pode desempenhar importante papel na assistência psicossocial e na reabilitação de pessoas

com doenças graves, colaborando para a restauração da autoestima e o fortalecimento da crença na possibilidade de enfrentar a doença por meio de estratégias que sejam adaptativas (Santos et al., 2016). Dessa forma, o presente trabalho pretende identificar, por meio de uma revisão integrativa, como a sexualidade é experienciada por pacientes com câncer em cuidados paliativos.

Método

Este estudo foi conduzido utilizando o método de revisão integrativa, ou seja, síntese e análise da literatura referente a um conceito, tema ou área (Souza et al. 2010). A revisão foi desenvolvida em seis etapas, sendo elas: 1) identificação do tema e definição da questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; (4) categorização dos estudos selecionados; (5) análise e interpretação dos resultados; e (g) apresentação do conhecimento sintetizado (Botelho et al., 2011).

A pergunta de pesquisa estabelecida para o presente estudo foi: como a sexualidade é experienciada por pacientes com câncer em cuidados paliativos? Para responder à questão, foi conduzida uma busca bibliográfica, em maio de 2024, em cinco bases de dados de pesquisa online (Biblioteca Virtual em Saúde [BVS], PubMed, SciELO, *Science Direct* e *Web of Science*), sobre artigos que abordaram a sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos. Foram adotados como critérios de inclusão: (1) ter sido publicado nos últimos 10 anos (2014 a 2024); (2) ter foco na sexualidade; e (3) a amostra ser composta por pessoas com câncer em cuidados paliativos. Foram excluídos da pesquisa: (1) artigos observacionais, descritivos, de revisão, teóricos e de opinião.

A busca foi realizada utilizando a seguinte combinação de descritores e operadores booleanos: (*sexuality*) AND (*neoplasms*) AND (*palliative care* OR *integrative palliative*

care), e aplicado o filtro dos últimos 10 anos. Na base de dados BVS foram encontrados 25 resultados, na PubMed, 127, na SciELO, a combinação dos descritores não resultou em nenhum artigo, na Science Direct foram 41 resultados e na *Web of Science* e *Science Direct*, 51 resultados. A junção dos artigos das cinco bases de dados sumarizou um total de 244 artigos. Além das buscas nas bases de dados, também foram incluídos quatro registros identificados na bibliografia dos artigos selecionados para leitura na íntegra. A síntese do relato da revisão encontra-se no fluxograma apresentado na Figura 1.

Em uma primeira etapa, os 244 estudos resultantes da busca passaram por uma leitura do título. Foram excluídos 210 registros, 86 por ser de estudos exclusivos com pacientes oncológicos que não recebiam cuidados paliativos, como recém diagnosticados e, especialmente, sobreviventes ao câncer e sobreviventes de longo prazo; 14 por serem pacientes em cuidados paliativos não oncológicos; 23 por abordarem a perspectiva de profissionais de saúde; 12 por abordarem somente a perspectiva de companheiros ou cônjuges de pacientes; cinco com foco na experiência de cuidadores. Também foram excluídas 37 revisões de literatura e 38 estudos que claramente não possuíam interesse na sexualidade do público almejado ou assunto tangente, como qualidade de vida. Além dos 210, foram excluídos doze estudos duplicados.

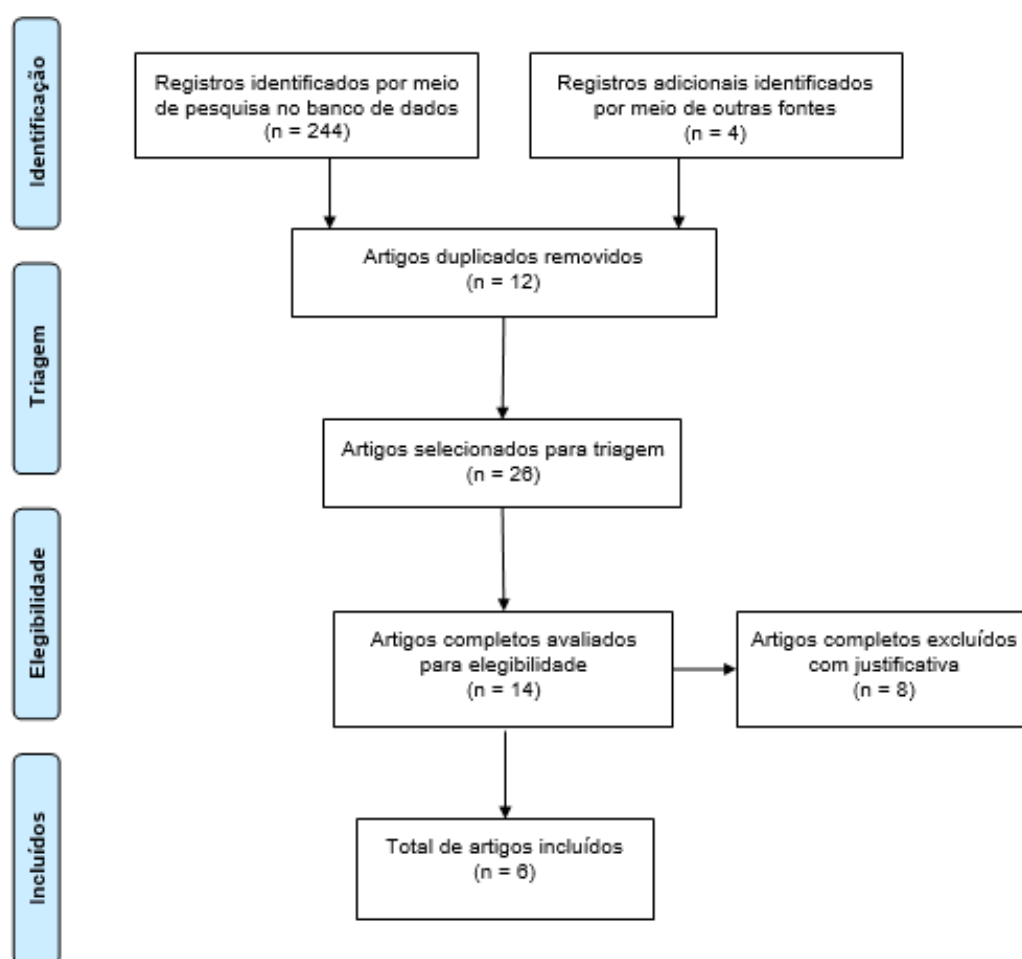
Vinte e seis estudos tiveram seus resumos lidos (os 22 restantes e os quatro estudos identificados na bibliografia dos artigos selecionados) e os critérios de inclusão e exclusão foram novamente aplicados. Nessa segunda etapa, foram excluídos 12 artigos por não abordarem a temática da sexualidade ou abordarem a temática em pacientes que não estivessem em cuidados paliativos ou não tivessem câncer. Dessa forma, 14 foram selecionados para leitura na íntegra.

Após leitura, foram excluídos oito artigos pelos seguintes motivos: três eram artigos de revisão; três tratavam da experiência e percepções do profissional de saúde; um focava na

perspectiva dos cuidadores; um abordava pacientes em cuidados paliativos não oncológicos; um falava sobre barreiras para os cuidados paliativos em minoria sexual e de gênero, mas o foco não era na experiência sexual. Assim, restaram seis artigos para composição da presente revisão. A Figura 1 ilustra o fluxograma do estudo.

Figura 1

Fluxograma do estudo



Nota: fluxograma PRISMA para revisões sistemáticas da literatura (Page et al., 2021).

Resultados

Foram analisados cinco estudos que abordaram a experiência da sexualidade em pessoas com câncer em cuidados paliativos, publicados entre os anos de 2013 e 2023. O público alvo dessas intervenções foi formado por pessoas com câncer avançado e dois artigos abordaram, também, os companheiros dessas pessoas. O menor número de participantes foi 27 e a maior amostra foi composta por 566 díades, ou seja, pessoas com câncer avançado e seus companheiros.

Houve diversidade em relação ao local de realização dos estudos e não foram encontrados trabalhos com esse foco no continente americano. A Tabela 1 relaciona os autores, ano, local do estudo, objetivos, público alvo e número de participantes.

Tabela 1

Autores, ano, local do estudo, público alvo e número de participantes das intervenções

	Autores (ano)	País do estudo	Objetivos	Amostra	Número de participantes
1	Taylor (2014)	Inglaterra	Compreender as experiências de sexualidade e intimidade das pessoas quando convivem com uma doença terminal	Pessoas com câncer ou doença do neurônio motor e seus companheiros	41 (27 pacientes e 14 companheiros)
2	Seven et al. (2016)	Turquia	Identificar os cuidados paliativos de pacientes com câncer ginecológico e avaliar suas necessidades	Mulheres com câncer ginecológico	134
3	Janecki et al. (2021)	Polônia	Avaliar o estado de saúde, a qualidade de vida, a qualidade da vida sexual e o reconhecimento e resolução de problemas sexuais pela equipe de cuidados paliativos	Pacientes em estágio avançado de doença (96,5% com câncer)	342
4	Akuoko et al. (2022)	Gana	Compreender as necessidades percebidas e expressas pelas mulheres com câncer da mama avançado	Mulheres com câncer de mama avançado	176
5	Biswas et al. (2022)	Bangladesh	Avaliar a qualidade de vida e seus determinantes nos pacientes com câncer que recebem cuidados paliativos domiciliares em Dhaka, Bangladesh	Pessoas com câncer	51
6	Roij et al. (2022)	Holanda	Avaliar a associação entre saúde sexual e proximidade no relacionamento em casais que enfrentam câncer avançado	Pessoas com câncer avançado e seus companheiros	1132 (566 díades)

Dos seis estudos, três tinham como principal objetivo a avaliação da sexualidade e da saúde sexual de pacientes com câncer em cuidados paliativos (Roij et al., 2022; Janecki et al., 2021; Taylor, 2014). Os outros três objetivavam avaliar qualidade de vida e necessidades gerais de pessoas nessas condições, incluindo aspectos da vida sexual.

Em relação aos resultados, um estudo longitudinal e multicêntrico com 566 casais (Roij et al., 2022), demonstrou que cerca de um terço dos participantes apresentava problemas e desafios em relação à saúde sexual. Entre 25% e 29% dos pacientes e respectivos parceiros relataram não estar satisfeitos com sua vida sexual. O maior interesse pela atividade sexual foi encontrado em parceiros do sexo masculino e a maioria dos problemas relacionados à sexualidade foi relatada por pacientes do sexo masculino, especialmente disfunção sexual (36%).

Pacientes do sexo feminino (n=248) demonstraram se perceber menos atraentes devido à doença ou tratamento, em comparação com pacientes do sexo masculino (n=318). Cerca de 20% dos pacientes relataram problemas no relacionamento com os companheiros e a principal queixa foi o desejo por mais atenção para seus problemas. Houve associação positiva entre sentimentos de proximidade no relacionamento e satisfação sexual (Roij et al., 2022).

Apesar da proximidade e do interesse por sexo em metade dos participantes, mais da metade não era sexualmente ativa e cerca de um terço estava insatisfeita com sua vida sexual. Homens demonstraram maior interesse em sexo em comparação com as mulheres, independente da função (companheiro ou paciente). Entretanto, apesar das demandas, os pacientes se apresentaram pouco propensos a buscar atenção e suporte profissional (Roij et al., 2022).

Um estudo realizado em Dhaka, Bangladesh, que avaliou a qualidade de vida e seus determinantes em pacientes com câncer em cuidados paliativos domiciliares (Biswas et al.,

2022), revelou que, embora a qualidade de vida geral fosse considerada moderada, especialmente nos domínios emocional e de bem-estar social, houve comprometimento significativo no bem-estar físico. Os principais problemas relatados foram dor, tristeza, mal-estar, falta de energia e insatisfação com a vida sexual. Mais de dois terços dos participantes não estavam satisfeitos com sua vida sexual. Ainda assim, aqueles que viviam com seus cônjuges apresentaram melhor qualidade de vida geral. No entanto, o estudo não encontrou associação positiva entre satisfação sexual ou conjugal e qualidade de vida (Biswas et al., 2022).

Outro estudo que buscou avaliar a qualidade de vida apontou que os principais impactos experienciados por pessoas em cuidados paliativos domiciliares em estágio avançado de adoecimento foram na realização de atividades de vida diárias, mobilidade, dor e desconforto (Janecki et al., 2021). Quanto à avaliação da qualidade de vida sexual, os resultados apontaram que houve piora em mais da metade dos pacientes após o diagnóstico (56,9%), principalmente para homens. Para quase metade dos participantes do estudo (47,4%), a equipe de saúde não reconheceu ou não abordou suas preocupações sexuais (Janecki et al., 2021).

Akuoko et al. (2022), que objetivaram compreender as necessidades experienciadas por mulheres com câncer de mama avançado em Gana, encontraram prevalência, cerca de 93%, de necessidades financeira e relacionadas ao sistema de saúde e às necessidades informacionais. As necessidades de cuidados relacionados à sexualidade foram as menos prevalentes, mas ainda apareceram em cerca de 35% das participantes. Além disso, em comparação com mulheres mais velhas, mulheres mais jovens apresentaram mais necessidades psicológicas e sexuais e menos demandas religiosas.

Outro estudo que buscou identificar as necessidades de 134 mulheres com câncer ginecológico em cuidados paliativos (Seven et al., 2016), também aponta diversas demandas

não atendidas. Entre as principais estão o cansaço, sentir-se deprimido, dificuldade para realizar atividades físicas e falta de apetite. Em relação à dimensão sexual, 64,9% dos participantes afirmaram não se envolver em atividade sexual, dos quais menos da metade não possuem companheiro ou cônjuge. 69,3% não tinham desejo de intimidade sexual e 20,1% consideravam que sua condição física ou tratamento médico tinham afetado sua vida sexual. Em relação às relações de intimidade, 33,5% expressaram o sentimento de que sobrecarregam suas famílias e 28,4% afirmaram se sentir solitários em algum nível (Seven et al., 2016).

O único estudo que utilizou abordagem qualitativa e que objetivava compreender a experiência da sexualidade e intimidade em pacientes em fim de vida e alguns de seus parceiros (Taylor, 2014) aponta que as transformações advindas da convivência com uma doença ameaçadora à vida e da proximidade da morte se refletem em conexões, desconexões e reconexões na relação e na trajetória do casal. Para Taylor (2014), a sexualidade não está restrita ao comportamento e atividade sexual e a conexão nos relacionamentos não é dependente exclusivamente da satisfação ou da relação sexual, mas pode incluir toque, sentimento de pertencimento e renovação de laços afetivos, inclusive diante das novas possibilidades que a proximidade da morte pode causar na relação do casal. A experiência de conexão entre alguns casais foi refletida pela percepção de qualidade do relacionamento, marcado por apoio, sensação de pertencimento e ausência de sentimento de dívida, sendo a sexualidade experienciada para além do toque físico (Taylor, 2014).

Alguns fatores que influenciaram a desconexão foram imobilidade, dor, uso de equipamentos, mudança da imagem corporal, mal-entendidos e alteração de sentimentos, como rejeição, falta de reciprocidade e perda de espontaneidade devido à imobilidade, silêncio ou falta de comunicação e diminuição do toque. Alguns experienciaram a reconexão como casal, com aproximação diante da gravidade dos quadros de saúde e até intensificação do relacionamento sexual. Outros pacientes que não estavam em relacionamentos também

sinalizaram impactos na sua sexualidade, especialmente por não mais se identificarem como elegíveis para relacionamentos (Taylor, 2014).

Para os participantes do estudo, os profissionais não devem exigir que os pacientes discutam sobre sexualidade e práticas sexuais, mas devem criar contextos para que o assunto seja abordado. A abordagem holística dos cuidados paliativos exige que profissionais ofereçam oportunidade para que os pacientes e seus parceiros compreendam os sintomas decorrentes do adoecimento e tratamentos e discutam as preocupações que possam ter sobre sua relação conjugal (Taylor, 2014).

Também para Roij et al. (2022) é possível que, quando a relação sexual fica limitada pelo funcionamento físico, tornando-se fonte de desconforto e estresse para casais, é crucial que profissionais que trabalham com estas demandas estejam cientes das possíveis mudanças da atividade sexual que podem ocorrer com a progressão do câncer e busquem alternativas para auxiliar no manejo das transformações na relação entre o casal.

Além dos citados, o papel dos profissionais também foi abordado por mais dois estudos (Akuoko et al., 2022; Seven et al., 2016). Diante das numerosas e complexas demandas dos participantes dos estudos e da dificuldade de acesso aos serviços para atenderem suas necessidades, é fundamental que os profissionais saibam ouvir, compreender e avaliar tais demandas para que seja realizado gerenciamento dessas e, assim, proporcionar melhoria da qualidade de vida (Akuoko et al., 2022). É papel da equipe de saúde incentivar pacientes que estejam em risco quanto à sua saúde sexual a falar sobre sexualidade e problemas da vida sexual, especialmente os paliativistas, que são treinados para buscarem melhoria de qualidade nas diversas dimensões da vida das pessoas atendidas, incluindo a saúde sexual (Seven et al., 2016).

Janecki et al. (2021) defendem que a avaliação das necessidades em todas as suas dimensões, como na sexual, ajuda a fornecer o suporte adequado e a estabelecer terapias e

tratamentos pertinentes às demandas, reconhecendo eventos importantes para os pacientes e melhorando sua qualidade de vida. A avaliação da saúde sexual, educação e aconselhamento de pacientes e seus parceiros deve ser, portanto, parte integrante da prática clínica em cuidados paliativos. Para isso, os profissionais devem ser treinados para abordar a vida sexual, identificando necessidades e expectativas. Para os autores, há a necessidade de construção e validação de ferramentas que facilitem a comunicação entre pacientes e membros da equipe, bem como a superação do tema da sexualidade como um tabu na sociedade.

Discussão

A presente revisão de literatura foi composta por seis estudos, dos quais cinco utilizaram estratégias metodológicas quantitativas (Akuoko et al., 2022; Seven et al., 2016; Roij et al., 2022; Janecki et al., 2021; Wang, 2018) e um, qualitativa (Taylor, 2014). Mesmo que não tenha sido utilizado como descritor da presente revisão, o foco de parte dos estudos foi avaliar a qualidade de vida de pessoas com câncer em cuidados paliativos e três tinham como objetivo central a avaliação da sexualidade e saúde sexual (Roij et al., 2022; Janecki et al., 2021; Taylor, 2014). Os participantes foram pacientes com câncer avançado de ambos os sexos e os dois estudos incluíram os companheiros como participantes.

Apesar de o presente estudo estar centrado na experiência da sexualidade, três dos seis estudos objetivaram avaliar a qualidade de vida geral da população estudada e apenas três (Roij et al., 2022; Taylor, 2014) tiveram como objetivo central a avaliação da dimensão sexual, demonstrando escassez de estudos na área. Parte dos estudos encontrados apresentaram interesse pela avaliação geral da prática e saúde sexual de pacientes com câncer em cuidados paliativos, com menor foco na experiência mais global da sexualidade, que,

conforme definição da OMS (2006), também abarca pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (OMS, 2006).

Os resultados mostram alterações na experiência da sexualidade e na prática sexual deste público. Questões como diminuição da frequência da prática sexual, baixa satisfação sexual e problemas no relacionamento entre o casal, além de fatores como alteração da imagem corporal e dor, foram encontrados como experiências comuns no público avaliado. Considerando os dados levantados, é possível afirmar que a experiência sexual e a qualidade da relação entre parceiros podem ser impactadas pela convivência com o câncer, seus tratamentos e sua evolução (Akuoko et al., 2022; Roij et al., 2022; Janecki et al., 2021; Wang, 2018; Seven et al., 2016; Taylor, 2014).

Em síntese, este estudo corrobora com a literatura na área, que considera que a dimensão sexual é importante componente da vida das pessoas, inclusive pacientes gravemente adoecidos e em cuidados paliativos, devendo ser incorporada nos planos de cuidado (Mairink et al., 2020; Silva et al., 2022). Ao impactar a qualidade de vida geral das pessoas, a atenção às demandas relacionadas à sexualidade de pessoas que convivem com câncer, doença ameaçadora à vida, vai ao encontro do princípio básico de cuidado integral previsto pelos cuidados paliativos.

Cinco dos seis estudos se propuseram a discutir também o papel dos profissionais de saúde na abordagem e orientação de pacientes e companheiros, especialmente diante das possíveis mudanças que ocorrem com o diagnóstico, tratamentos e diante da progressão da doença (Akuoko et al., 2022; Janecki et al., 2021; Wang, 2018; Seven et al., 2016; Roij et al.; Taylor, 2014). Desafios e dificuldades de profissionais de saúde para abordar as repercussões do adoecimento e seus tratamentos na relação sexual, experiência da sexualidade e intimidade entre pacientes e seus parceiros têm sido retratados pela literatura da área (Mairink et al., 2020; Silva et al., 2022).

A marginalização do assunto pode ser decorrente de barreiras, tanto pessoais quanto institucionais, como despreparo e insegurança dos profissionais para abordar a temática, considerada tabu e de esfera pessoal por muitos; herança do modelo biomédico, com atuação centrada na cura e na evolução da doença; e da própria dinâmica institucional, como falta de local, tempo e rotatividade de profissionais, o que impacta na criação de vínculos (Silva et al., 2022; Vassão et al., 2018). A falta de informações sobre a temática e de abordagem pelas equipes de saúde reflete como o assunto ainda é tratado como tabu e contribui para que pacientes que necessitam destes cuidados vivam este momento com mais sofrimento e dificuldades (Mairink et al., 2020).

Apesar desta dimensão ainda ser negligenciada na atenção a pacientes em cuidados paliativos, mesmo que melhore a qualidade de vida dos envolvidos, é crucial que profissionais de saúde tenham formação e educação específicas em cuidados de saúde sexual para capacitá-los a realizar essa abordagem (Wang, 2018). Isso se deve ao fato de que a identificação, por parte dos profissionais de saúde, de demandas relacionadas à dimensão sexual contribui para uma assistência mais adequada no processo de reabilitação psicossocial (Santos et al., 2016).

Dois dos estudos incluídos na presente revisão também se propuseram a abordar a experiência de parceiros (Roij et al., 2022; Taylor, 2014), demonstrando que também são impactados pela experiência e consequências do adoecimento oncológico, podendo apresentar redução da qualidade da satisfação sexual, demandas informacionais, experienciando transformações na comunicação, intimidade e consequentemente na relação conjugal. Recomenda-se que a sexualidade seja considerada como parte da abordagem nos casos de pessoas com câncer em cuidados paliativos, com o objetivo de promover a qualidade de vida e o bem-estar emocional tanto dos pacientes quanto de seus parceiros. A comunicação aberta, o apoio profissional e a compreensão das necessidades do casal

constituem elementos fundamentais de um cuidado holístico, destacando a importância de uma abordagem sensível e abrangente da sexualidade e do vínculo conjugal.

Considerações Finais

Destaca-se que os cuidados paliativos, como prática em assistência à saúde, constituem abordagem historicamente nova, tendo sua primeira definição ocorrida pela OMS em 198 e revisada em 2002. No Brasil, apenas em 2018 os cuidados paliativos foram normatizados por resolução do Ministério da Saúde, passando a ser integrado no Sistema Único de Saúde (SUS) e em 2024 foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos, objetivando sua estruturação. Trata-se, portanto, de uma prática em constante construção e transformação, o que ajuda a compreender por que ainda há escassez de estudos sobre a temática da sexualidade na área.

O número limitado de artigos encontrados diante das buscas realizadas sugere a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas, com diversos métodos ou procedimentos, para ampliar a compreensão sobre a experiência da sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos. O presente trabalho também mostrou escassez de estudos longitudinais e com método qualitativo. Considerando as possíveis dinâmicas na trajetória do adoecimento e a progressividade do câncer, estudos longitudinais podem ser importantes por possibilitar o acompanhamento e a avaliação da dimensão da sexualidade do diagnóstico à possível irreversibilidade dos quadros diante da progressão da doença. Também a ampliação de estudos qualitativos pode ser fundamental para que aspectos mais profundos das experiências da sexualidade possam ser levantados e, assim, operacionalizados para maior compreensão do fenômeno.

Algumas limitações identificadas no presente estudo foram a não realização da seleção dos artigos por dois avaliadores independentes e a não utilização de instrumento de

avaliação da qualidade metodológica dos estudos utilizados. Apesar disto, espera-se que este trabalho possa colaborar para o aprofundamento sobre o tema, especialmente o de profissionais de saúde. Com a ampliação do interesse e conhecimento sobre a temática, almeja-se que melhores estratégias de comunicação e abordagem possam ser implementadas na formação e capacitação em saúde, a fim de se proporcionar cuidado integral a este público.

Referências

- Akuoko, C. P., Chambers, S., & Yates, P. (2022). Supportive care needs of women with advanced breast cancer in Ghana. *European Journal of Oncology Nursing*, 58(102142). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102142>
- Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashreky, S. R. (2022). Quality of life of the câncer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLoS ONE*, 17(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268578>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121–136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Chando, S. C., Haley, E. M., Moore, C. M., & Neault, M. (2021). Introduction to sex-positive palliative care: best practices and interventions. *Journal of Palliative Care*, 24(7), 1111-1116. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0262>
- Instituto Nacional do Câncer (2022a). *O que é câncer*. <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
- Instituto Nacional do Câncer (2022). *Tratamento do câncer*. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>

- Janecki, M., Kaptacz, I., Janecka, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (2021). A pilot study on the quality of sexual life of patients receiving home palliative care in Poland. *Sexes*, 2, 174–182. <https://doi.org/10.3390/sexes2020015>
- Mairink, A. P. A. R., Gradim, C. V. C., Gozzo, T. O., Canete, A. C. S., Fendrich, L., & Panobianco, M. S. (2020). A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para câncer de mama. *Revista Anna Nery*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0360>
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020a). *Global atlas of palliative care at the end of life* (2^a ed). Worldwide Palliative Care Alliance. https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020b). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pereira, A. L. V. M. H. (2019). *A sexualidade e a intimidade na doença avançada: a perspectiva dos doentes oncológicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/39726>
- Rojj, J., Raijmakers, N., Johnsen, A. T., Hansen, M. B., Thijs-Visser, M., & Poll-Franse, L. (2022). Sexual health and closeness in couples coping with advanced cancer: Results of a multicenter observational study (eQuiPe). *Palliative Medicine*, 36(4), 698-707. <https://doi.10.1177/02692163221074541>

- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324219>
- Seven, M., Sahin, E., Yilmaz, S., & Akyuz, A. (2016) Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3152-3159. <https://doi.org/10.1111/jocn.13280>.
- Silva, C. K. S., Albuquerque, G. T. G. T., & Coutinho-Junior, G. A. (2022). Sexualidade e tratamento oncológico: uma revisão de literatura sobre a comunicação equipe de saúde-paciente. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 26281-26293. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-234>
- Silva, R. M., & Ribeiro, M. A. (2020). Doenças debilitantes e sexualidade do casal. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 18(1), 33-47. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v18i1.408>
- Taylor, B. (2014). Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: A phenomenological study. *Palliative Medicine*, 28(5) 438-447. <https://doi.org/10.1177/0269216313519489>
- Vassão, F. V., Barbosa, L. R., Moraes, G. M., & Domenico, E. B. L. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 567-571. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800078>
- Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, B. A., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L., & Chow, E. (2018). Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 7(2), 256-264. <http://doi.org/10.21037/apm.2017.10.05>

Capítulo 3

Sexualidade, Satisfação Sexual e Qualidade de Vida: Experiências de Mulheres com Câncer e em Cuidados Paliativos

Resumo

A sexualidade é um aspecto central do desenvolvimento humano e está relacionada à qualidade de vida. Embora os cuidados paliativos tenham como objetivo a promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, demandas relacionadas à sexualidade, embora comuns nessa população, raramente são consideradas e abordadas pela equipe de saúde. Diante disso, este estudo teve como objetivo conhecer e analisar a qualidade de vida, a vivência da sexualidade e a percepção sobre satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de abordagem mista, transversal, de caráter descritivo e exploratório, com delineamento de estudo de caso. Participaram 10 mulheres com câncer inseridas em cuidados paliativos, recrutadas em um ambulatório especializado e por meio de mídias digitais. Os instrumentos utilizados foram entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico, elaborados para a pesquisa, além da Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W) e do Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e Análise Temática. Os resultados foram organizados em quatro eixos: qualidade de vida; corpo e imagem corporal; satisfação sexual, sexualidade e relação conjugal; e relação com a equipe e sexualidade no cuidado em saúde. Os achados evidenciaram impactos significativos na qualidade de vida, especialmente no domínio físico, associados à dor, fadiga e limitações funcionais, além de repercussões psicossociais. Alterações na imagem corporal impactaram a autoestima e, em alguns casos, a vivência da sexualidade. Observou-se que a sexualidade foi experienciada de forma singular, marcada tanto por dificuldades quanto por adaptações e ressignificações, mediada especialmente pela qualidade da relação conjugal. Também foram identificadas lacunas na abordagem da sexualidade por profissionais de saúde. Conclui-se que a sexualidade permanece como dimensão relevante e ainda invisibilizada nos cuidados paliativos, sendo fundamental sua incorporação na prática assistencial para a promoção do cuidado integral e da qualidade de vida dessas mulheres.

Palavras-chave: sexualidade, cuidados paliativos, qualidade de vida, neoplasias, mulheres.

Abstract

Sexuality is a central aspect of human development and is closely related to quality of life. Although palliative care aims to promote the quality of life of patients and their families facing life-threatening diseases, sexuality-related concerns, although common in this population, are rarely considered or addressed by healthcare teams. In this context, the present study aimed to understand and analyze quality of life, the experience of sexuality, and the perception of sexual satisfaction among women with cancer receiving palliative care. This is a mixed-methods, cross-sectional, descriptive, and exploratory study, with a case study design. Ten women with cancer receiving palliative care participated, recruited from a specialized outpatient clinic and through digital media. The instruments used included a semi-structured interview and a

sociodemographic questionnaire developed for the study, as well as the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-Bref). Data were analyzed using descriptive statistics and Thematic Analysis. The results were organized into four thematic axes: quality of life; body and body image; sexual satisfaction, sexuality, and marital relationship; and relationship with the healthcare team and sexuality in health care. The findings revealed significant impacts on quality of life, particularly in the physical domain, associated with pain, fatigue, and functional limitations, as well as psychosocial repercussions. Changes in body image impacted self-esteem and, in some cases, the experience of sexuality. Sexuality was experienced in unique ways, marked by both difficulties and processes of adaptation and re-signification, especially mediated by the quality of the marital relationship. Gaps were also identified in the approach to sexuality by healthcare professionals. It is concluded that sexuality remains a relevant yet still invisible dimension in palliative care, and its incorporation into clinical practice is essential for promoting comprehensive care and improving the quality of life of these women.

Keywords: sexuality, sexual satisfaction, palliative care, quality of life, neoplasms, women.

Introdução

A sexualidade é um aspecto central da condição humana, está presente ao longo de todo o ciclo vital e não é restrita ao comportamento sexual. Engloba pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, papéis e relacionamentos, sendo vivenciada e expressa de múltiplas formas. Sua constituição ocorre na interação entre fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos, legais, espirituais e religiosos, estando também intimamente relacionada ao gênero e à orientação sexual, indo além da dimensão reprodutiva. Nesse sentido, é compreendida como condição essencial para o bem-estar biopsicossocial e para a qualidade de vida dos sujeitos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010).

A qualidade de vida (QV), por sua vez, também é um constructo multidimensional, que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, estando relacionada à percepção que o indivíduo possui sobre sua posição na vida, considerando seu contexto cultural, valores, objetivos, expectativas e preocupações (OMS, 1995). Entre os diferentes domínios que compõem a qualidade de vida, a sexualidade se destaca como uma dimensão particularmente sensível em contextos de adoecimento, sendo frequentemente impactada por alterações físicas, psicológicas e relacionais decorrentes da doença e de seus tratamentos

(Akuoko et al., 2022; Biswas et al., 2022; Seven et al., 2016). Entre as mulheres, a vivência da sexualidade no contexto do adoecimento tende a ser atravessada por construções socioculturais de gênero que historicamente regulam o corpo, o desejo e o prazer feminino (Zanello, 2018; Rubin, 2017). Nos contextos de atenção à saúde, a sexualidade feminina é frequentemente invisibilizada, sendo comum que demandas relacionadas ao desejo, à satisfação e à intimidade sejam negligenciadas ou pouco exploradas pelos profissionais, seja por limitações na formação, pela presença de tabus ou pela priorização de aspectos biológicos do adoecimento (Gonzaga, 2022; Kingsberg et al., 2019; Mercês & Lima, 2025; Sánchez et al., 2013; Souza et al., 2020).

No caso de pessoas com câncer em estágio avançado, impactos na sexualidade se manifestam por meio de mudanças no desejo, necessidade de adaptações na atividade sexual, reorganização de papéis, repercussões na intimidade e na qualidade das relações conjugais. Esses efeitos estão associados a intervenções como quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia, que resultam em ressecamento vaginal, fadiga, náuseas, dor e alterações anatômicas e fisiológicas (Mairink et al., 2020; Prates et al., 2014; Santos et al., 2016; Silva & Ribeiro, 2020; Varela et al., 2017; Wang et al., 2018). Prejuízos na atividade sexual e até mesmo sua interrupção podem ocorrer em alguns casos (Seven et al., 2016), atingindo especialmente mulheres (Akuoko et al., 2022). Nesse grupo, tais impactos podem ser intensificados por mudanças na imagem corporal e na percepção de si, influenciando negativamente o desejo e a vivência da sexualidade (Varela et al., 2017).

Diante de novas demandas em saúde, os cuidados paliativos emergem nas últimas décadas como uma abordagem voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, por meio do alívio e da prevenção do sofrimento, abrangendo dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (OMS, 2020a).

Entre as condições que demandam esse tipo de assistência, destacam-se as doenças oncológicas, que representam parcela significativa dos casos nesse contexto (OMS, 2020b).

A prática dos cuidados paliativos desempenha papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pessoas com doenças avançadas ao abordar integralmente as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dessas pessoas. Eles podem ser ofertados tanto por profissionais de saúde não especialistas, mas capacitados para a abordagem, como por profissionais especializados que oferecem cuidado mais abrangente a casos mais complexos. Em ambos os casos, possui potencial para oferecer melhor desfecho clínico ao paciente, assim como beneficia seus familiares (Pask et al., 2025).

Como apontado, embora seja um componente significativo na vida das pessoas, há lacunas na abordagem da sexualidade na área da saúde, o que pode ser potencializado quando se trata de doenças graves ameaçadoras à vida (Chando et al., 2021). Apesar dos benefícios evidentes de uma abordagem adequada da sexualidade para a melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos e em cuidados paliativos, ainda existem obstáculos significativos na abordagem da saúde sexual nos atendimentos de profissionais de saúde (Mairink et al., 2020; Pereira, 2019; Silva et al., 2022; Vassão et al., 2018; Vidotti & Queiroz, 2025; Wang et al., 2018).

No caso de mulheres com câncer e em cuidados paliativos, a temática raramente é abordada, seja pelos profissionais ou iniciado pelas pacientes, gerando um silenciamento mútuo. Quando emerge, ocorre de forma indireta, associada a questões como autoimagem, relacionamento conjugal e medo de abandono, indicando demandas latentes e pouco abordadas. A não abordagem dessas demandas pode contribuir para a manutenção de sofrimentos invisibilizados, como conflitos conjugais e situações de vulnerabilidade, o que reforça a necessidade de uma atuação mais proativa e integrada das equipes de saúde (Barbosa & Vidotti, 2025).

A negligência da sexualidade nos cuidados paliativos oncológicos não se limita à ausência de abordagem, configurando-se como um fenômeno relacional e estrutural, sustentado por lacunas na formação profissional, insegurança na comunicação e indefinição de responsabilidades na equipe (Barbosa & Vidotti, 2025). Nesse cenário, apesar de constituir dimensão relevante da experiência humana, constata-se um descompasso entre as demandas relacionadas à sexualidade e sua abordagem pelos profissionais de saúde, o que contribui para a marginalização dessa dimensão na assistência (Chando et al., 2021; Barbosa & Vidotti, 2025; Mairink et al., 2020; Vidotti & Queiroz, 2025; Vassão et al., 2018; Wang et al., 2018).

Considerando que a inclusão da sexualidade pode favorecer a qualidade de vida (Fleury et al., 2011; Vidotti & Queiroz, 2025) e que os cuidados paliativos têm como princípio o cuidado integral de pessoas com doenças ameaçadoras à vida (OMS, 2020b; Pereira & Reys, 2021), torna-se fundamental compreender como essa dimensão se manifesta nesses casos, assim como identificar possíveis lacunas na assistência e demandas para o cuidado. Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida, a vivência da sexualidade e a percepção sobre satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos, considerando suas experiências corporais, relacionais e comunicacionais ao longo do adoecimento. Compreende-se que ampliar o conhecimento sobre a sexualidade feminina pode contribuir para a promoção da qualidade de vida e para o aprimoramento das práticas assistenciais, buscando garantir o cuidado efetivo e integral a esse público.

Método

Caracterização de Estudo

Trata-se de um estudo de método misto, transversal, de caráter descritivo e exploratório. Como delineamento, foram realizados estudos de casos múltiplos. Métodos mistos podem ser definidos como um procedimento de coleta, análise e combinação de

técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. Entende-se que, por meio do uso e interação das duas abordagens em conjunto, ampliam-se as possibilidades analíticas (Creswell & Clark, 2011). A vantagem da integração destes dois métodos é retirar o melhor de cada um para responder a um problema de pesquisa específico (Paranhos et al., 2016).

A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais interpretativas que buscam tornar o mundo visível por meio de abordagem naturalística e interpretativa (Denzin & Lincoln, 2011). Segundo Creswell (2014), para estudar um problema de pesquisa que aborda os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social e humano, pesquisadores podem usar abordagem qualitativa de investigação, com coleta de dados em contexto natural e análise de dados que pode ser tanto indutiva quanto dedutiva, resultando em padrões de respostas ou temas. Visando identificar as interações complexas dos fatores envolvidos em determinada situação, o produto final da pesquisa aborda as falas dos participantes, a análise do pesquisador, a descrição, a interpretação e a contribuição que promove (Creswell, 2014).

Enquanto as técnicas qualitativas oferecem diferentes perspectivas sobre o tema, delineando aspectos subjetivos do fenômeno, os dados quantitativos podem revelar informações úteis, rápidas e confiáveis a respeito de um grande número de observações (Creswell, 2012). No caso do presente trabalho, estes dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora com as participantes, que também responderam um questionário e uma escala, os quais foram analisados com o auxílio de estatística descritiva (média e desvio padrão), sem objetivar a generalização dos dados.

A pesquisa de estudo de caso pode ser compreendida como uma abordagem qualitativa em que o pesquisador explora um ou múltiplos sistemas delimitados e contemporâneos da vida real. Sua intenção é entender uma questão, um problema ou uma

preocupação específica em profundidade. A coleta de dados é detalhada, podendo envolver fontes de informações diversas, como observações, entrevistas, questionários e documentos (Creswell, 2014). O estudo de caso pode ser utilizado para explicar vínculos causais ou, como no caso da presente pesquisa, para descrever contextos de vida reais e explorar situações que não apresentam um único e claro conjunto de resultados (Yin, 2015).

Este tipo de pesquisa pode envolver tanto estudos de caso único quanto estudo de casos múltiplos, especialmente quando há intenção de comparar os casos, como será feito neste estudo. Para sua realização, são conduzidos diversos estudos de caso com replicação dos procedimentos propostos, com objetivo de mostrar diferentes perspectivas da mesma questão. O produto é o relato da descrição de cada caso e, posteriormente, dos temas emergem entre os casos obtidos mediante análise cruzada, resultando em um conjunto único de conclusões (Creswell, 2014; Yin, 2015).

Participantes

Participaram do estudo 10 mulheres com câncer em cuidados paliativos. Como critérios de inclusão, as participantes deveriam ser maiores de 18 anos, diagnosticadas com câncer, de qualquer tipo, e terem tido contato com equipe de cuidados paliativos em pelos menos dois momentos ao longo da trajetória do tratamento. Foi considerado necessário que estivessem em relação estável com companheiro ou companheira para avaliação da satisfação sexual, não havendo necessidade de vida sexual ativa no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão estabelecidos foram estar em fase final de vida ou processo ativo de morte, e impossibilitadas de responder às perguntas, como traqueostomizadas ou com perda de função cognitiva.

A proposta inicial era que a coleta fosse inteiramente realizada no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital de Apoio de Brasília (HAB). Entretanto, a captação de

participantes que cumprissem os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, especialmente o de não estarem em fim de vida, característica comum no serviço público, foi um grande desafio. Além disso, estar em relação estável com companheiros ou companheiras e ter recebido alguma assistência declarada de cuidados paliativos, por mais que todas cumprissem esse critério ao diagnóstico, não favoreceram a composição da amostra. Foram várias idas ao HAB, muitas com insucessos relacionados ao quadro agravado das pacientes acompanhadas, reflexo do acesso tardio a serviços especializados. Após a submissão de emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi autorizada a realização da captação de participantes por meio da rede de contatos da pesquisadora e da divulgação em mídias digitais, bem como a condução da coleta de dados também em formato remoto.

As principais estratégias utilizadas foram o contato com profissionais da área e triagem de perfis na rede social *Instagram*. Alguns desafios na captação em formato remoto estiveram relacionados às especificidades dos critérios de inclusão e exclusão, além de barreiras tecnológicas, como mensagens enviadas que não foram visualizadas. Apesar do retorno de diversos profissionais, não houve indicações diretas provenientes desse público. Muitos relataram que, embora reconhecessem a relevância do tema, não identificavam pacientes que atendessem aos critérios estabelecidos. Uma das profissionais contatadas destacou que, embora acompanhasse diversas mulheres com câncer metastático consideradas pela equipe como pacientes em cuidados paliativos, essas não recebiam, de fato, assistência paliativa estruturada.

Apesar dos desafios chegou-se a uma amostra final de 10 mulheres, composta por duas oriundas do Ambulatório de Cuidados Paliativos no HAB, P1 e P2, tendo sido a mediação do contato realizada pelos profissionais da equipe do próprio hospital. P3 faz parte da rede de contatos direta da pesquisadora. P4 e P5 foram captadas em mídias digitais, com auxílio do *Instagram*. P6, P7, P8, P9 e P10 fazem parte de uma comunidade de mulheres com

câncer e em cuidados paliativos, também encontrada por intermédio das redes digitais. Para captação dessas participantes, houve a colaboração da psicóloga responsável pelo grupo para divulgação e mediação do contato. A Tabela 1 apresenta a caracterização das participantes.

Tabela 1

Caracterização das participantes

Participante	Idade	Estado civil	Tempo de relacionamento	Diagnóstico (primário)	Tempo de diagnóstico	Tempo de cuidados paliativos	Em serviço especializado de cuidados paliativos
P1	43	Casada	18 anos	Câncer de mama	2 anos	1 ano	Sim
P2	59	Casada	6 anos	Câncer de mama	6 anos	2 anos	Sim
P3	25	Casada	5 anos	Leiomiossarcoma	7 anos	7 anos	Não
P4	40	União estável	10 anos	Câncer de mama	3 anos e 6 meses	3 anos	Não
P5	46	Casada	19 anos	Câncer de mama	4 anos	4 anos	Não
P6	54	Casada	34 anos	Câncer de mama	5 anos e 6 meses	1 ano	Não
P7	51	Casada	9 anos	Câncer de mama	7 anos	6 anos	Sim
P8	44	Casada	8 anos	Câncer de mama	4 anos	4 anos	Não
P9	61	Solteira	8 anos	Câncer de mama	5 anos	4 anos	Não
P10	53	Casada	16 anos	Câncer de mama	8 anos	7 anos	Não

A amostra foi composta por 10 mulheres com idades entre 25 e 61 anos, com predominância (nove) de participantes na fase da vida adulta intermediária, enquanto uma das participantes (P3) é uma jovem adulta. Em relação ao estado civil, foram oito mulheres casadas, uma em união estável oficializada e uma solteira, embora em relacionamento estável há oito anos. Todas as participantes estão em relações heterossexuais, com tempo de relacionamento variando entre cinco e 34 anos.

Quanto ao diagnóstico, embora a intenção fosse compor uma amostra diversificada, nove participantes tinham como câncer primário o câncer de mama e uma (P3) apresentava um tipo raro de câncer, o leiomiossarcoma. Todas as participantes com câncer de mama possuíam metástases em fígado, pulmão e/ou ossos. O tempo desde o diagnóstico variou entre três anos e meio e oito anos. Em relação aos cuidados paliativos, o tempo de acompanhamento oscilou entre um e sete anos, evidenciando diferentes trajetórias de inserção nessa modalidade de cuidado. Enquanto P3, P5 e P8 tiveram contato com os cuidados

paliativos desde o diagnóstico inicial, já em contexto metastático, as demais foram encaminhadas posteriormente ao longo do adoecimento.

Apesar de todas se reconhecerem como pessoas em cuidados paliativos, a experiência e contato com essa abordagem mostrou-se bastante heterogênea. Atualmente, apenas P1, P2 e P7 estavam inseridas em serviços especializados de cuidados paliativos e recebiam acompanhamento sistemático. Nos demais casos, houve pelo menos dois momentos de contato com algum profissional especialista na área ao longo do adoecimento, mas a assistência permaneceu sob responsabilidade principal da equipe oncológica.

Local de Realização da Pesquisa

Em relação às duas participantes recrutadas no ambulatório do HAB, após o aceite para a colaboração com a pesquisa, foi realizado agendamento da coleta de dados, que ocorreu de modo presencial, em dia, horário e local apropriados para cada. Uma das entrevistas foi realizada no consultório particular da pesquisadora e a outra no próprio ambulatório do HAB. Foi garantido que ambas as coletas ocorressem em sala reservada, com preservação de sigilo e conforto e sem interrupções.

As entrevistas com as participantes recrutadas pela rede de contatos ou mídias sociais foram realizadas online, com o uso do aplicativo *Google Meet*. Todas foram orientadas a estar em local privado, com preservação de sigilo e possibilidade de livre expressão.

Instrumentos e Materiais

Para aprofundamento da compreensão dos fenômenos estudados, a presente pesquisa envolveu como instrumentos de coleta de dados o uso de um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), um questionário sociodemográfico (Apêndice B), o

Questionário Breve de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref, Anexo A) e a Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W, Anexo B), aplicados respectivamente nessa ordem.

O roteiro de entrevista semiestruturado foi elaborado pela pesquisadora e inclui perguntas referentes aos temas qualidade de vida, sexualidade e satisfação sexual. Foram investigadas questões relacionadas à autoimagem, relação com o próprio corpo, fontes e percepção de prazer, atividade sexual, qualidade da relação com parceiros sexuais e comunicação com equipe de saúde.

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) também é um instrumento elaborado pelas pesquisadoras com questões sobre procedência, idade, gênero, escolaridade, religião e informações sobre o diagnóstico e tratamentos realizados.

O WHOQOL-Bref é um questionário elaborado pela OMS que objetiva investigar a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É composto por 26 perguntas e as respostas seguem uma escala Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Este instrumento foi validado para o português por Fleck et al. (2000).

A SSS-W é um instrumento que objetiva investigar satisfação sexual de mulheres por meio de cinco domínios: contentamento, comunicação, compatibilidade, preocupação relacional e preocupação pessoal. A escala é composta por 30 itens apresentados em escala Likert (de discordo totalmente a concordo totalmente) e foi traduzida e adaptada por Catão et al. (2010).

O tempo para aplicação dos instrumentos variou entre uma a duas horas. Os materiais utilizados foram aparelho celular para gravação de voz, computador para realização das transcrições e bloco de notas para possíveis anotações.

Cuidados Éticos

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos, e com a Resolução nº 510/2016, que estabelece normas específicas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Inicialmente, o projeto foi encaminhado para o Núcleo de Ensino e Pesquisa do HAB que possui unidade de cuidados paliativos oncológicos, juntamente com o Termo de Concordância de Instituição Coparticipante (Apêndice C). Após avaliação e coleta de assinatura, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE 68030123.1.0000.5540. Posteriormente, o projeto foi novamente encaminhado ao CEP com emenda para que a coleta pudesse ser realizada também de modo remoto e com mulheres que não estivessem vinculadas ao HAB, obtendo aprovação.

Antes do início da entrevista, houve leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice D). No processo de consentimento, as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, o anonimato e sigilo das informações, a participação como voluntária e a liberdade de interromperem a participação na pesquisa em qualquer momento do estudo, sem qualquer ônus. Também houve cuidados com a manipulação dos dados gravados, que foram manuseados somente pelas pesquisadoras e armazenados com codificação para a não identificação das participantes. Por fim, as entrevistas foram transcritas literalmente e analisadas.

Análise dos Dados

Os resultados obtidos na SSS-W e no WHOQOL-Bref foram codificados de acordo com a proposta dos autores e analisados com o auxílio de estatística descritiva (média e desvio padrão [DP]).

A primeira etapa da análise interpretativa ocorreu por meio da análise individual de cada um dos 10 casos. Com objetivo de proporcionar maior validade dos achados, foi realizada a triangulação dos dados obtidos a partir das diversas fontes de coleta de dados (Creswell, 2014). Posteriormente, foi realizada a análise cruzada entre os casos (Creswell, 2014).

Para esta etapa, foi utilizada a Análise Temática Reflexiva (ATR) proposta por Braun e Clarke (2019; 2021), compreendida como uma abordagem qualitativa que enfatiza o papel ativo do pesquisador na produção do conhecimento. Nessa perspectiva, a análise é entendida como um processo reflexivo, criativo e interpretativo, no qual os significados são produzidos na relação entre pesquisador, dados e processo analítico. A análise ocorre de forma flexível e reflexiva, com envolvimento contínuo com os dados e clareza quanto aos pressupostos teóricos que orientaram suas interpretações.

Resultados e Discussão

Os resultados foram divididos em duas etapas. Em um primeiro momento, os dados obtidos por meio dos instrumentos utilizados foram organizados caso a caso e apresentados individualmente. Posteriormente, foi apresentada a análise cruzada entre os estudos de caso, organizada em quatro eixos temáticos obtidos por meio da Análise Temática Reflexiva (Braun & Clarke, 2019; 2021).

Estudos de caso

P1

P1, 43 anos, é casada há 18 anos, dois filhos, cabeleireira, foi diagnosticada com câncer de mama há 8 anos e é acompanhada por equipe de cuidados paliativos especializada há um ano. Em sua trajetória de adoecimento, realizou hormonioterapia e mastectomia

bilateral, além de cirurgias mamárias reparadoras. Enfrentou problemas importantes no pós-operatório, marcado por infecções e reabordagens cirúrgicas.

De modo geral, P1 apresenta comprometimento significativo da qualidade de vida atual. Os resultados do WHOQOL-Bref indicam percepção global de qualidade de vida baixa (escore 2 de 5), assim como baixa satisfação com a própria saúde (escore 2 de 5). Em relação à percepção da qualidade de vida por domínio, observa-se maior comprometimento do domínio físico (34%), marcado por questões relevantes relacionadas à dor, fadiga e capacidade funcional. Os domínios psicológico (56%) e de relações sociais (52%) apresentaram comprometimento moderado, enquanto o domínio meio ambiente apresenta melhor resultado (72%).

O resultado do WHOQOL-Bref no domínio físico se alinha à narrativa de dor persistente, fadiga e limitações funcionais. A participante descreve episódios de prostração intensa após atividades simples, decorrentes do adoecimento e dos tratamentos realizados. Segundo P1, *“Depois de uma caminhada, de qualquer coisa, eu não posso levantar da cama. É dois dias deitado de cama mesmo, então assim... Ai eu penso, vale a pena fazer uma caminhada?”*.

Tais repercussões na dimensão física também se refletem em sua atividade profissional: *“Sou cabeleireira, no momento não podendo participar das minhas atividades profissionais, e isso tá me angustiado bastante”*. Antes do diagnóstico, mantinha uma rotina intensa de trabalho, gostava de sua profissão e era independente financeiramente. Em decorrência das condições físicas, passou a apresentar dificuldade para retomar suas atividades, resultando em perda de sua capacidade produtiva.

Tentei fazer algumas escovas, quando eu tentei fazer, me limitou demais, doeu muito o braço, não consegui fazer. Eu amo fazer escova, mechas... Me cansa muito pra fazer, porque é muito tempo trabalhando os meus braços. Então, assim, é frustrante.

No âmbito financeiro, com o afastamento do trabalho, P1 mantém responsabilidades relacionadas ao salão do qual é proprietária, o que tem resultado em dívidas e instabilidade econômica. O marido passou a assumir as responsabilidades financeiras da casa, acumulando jornadas de trabalho, o que modificou a dinâmica familiar, além de resultar em dependência financeira.

Em relação à imagem corporal, relata que, antes do diagnóstico, “*tava numa mega, mega, mega fase da minha vida*”, com um corpo que descreve como “*quase perfeito*”, resultado de investimento em uma rotina saudável e fisicamente ativa, especialmente com a prática de crossfit. A retirada bilateral das mamas e suas complicações cirúrgicas, somadas às alterações hormonais decorrentes da hormonioterapia, resultaram em mudanças significativas que repercutem em dificuldade de reconhecimento do próprio corpo.

O percurso de P1 em relação à reconstrução mamária foi marcado por múltiplas intervenções e complicações. Após a mastectomia bilateral, optou pela colocação de próteses mamárias. Contudo, o pós-operatório foi acompanhado por infecção, dor persistente e necessidade de internações e reabordagens cirúrgicas. Atualmente, encontra-se em processo de reconstrução com uso de expansor tecidual, com planejamento cirúrgico para utilização de retalho muscular dorsal na reconstituição mamária.

Além das alterações estéticas, há impacto significativo na dimensão funcional, com limitação física, presença de fadiga intensa e impossibilidade de retomar atividades que antes faziam parte de sua rotina, como o exercício físico e o trabalho. Tal contexto contribui para a redução da autonomia e para impactos na percepção da autoimagem, podendo se relacionar com o baixo escore do domínio psicológico observado no WHOQOL-Bref (56%).

Para P1, a relação com o corpo está diretamente ligada à sua experiência de sexualidade:

E eu não tava preparada pra ele [corpo atual], meu corpo mega lindo, sabe [...]. De repente eu vejo as banhas, sabe assim, cara, meu corpo transformou totalmente.

Então assim, acho que isso também talvez não te atraia a ter relação. Quando você se olha no espelho, você se sente linda, se sente bem, acho isso também funciona, você a noite chegar querendo mostrar pro marido, né... Tem dia que eu tô “Meu Deus, eu não quero nem que me vejam”.

Sua trajetória sexual é marcada por um contraste acentuado entre o período anterior e posterior ao adoecimento. P1 descreve sua vida sexual prévia como intensa, prazerosa e em expansão, especialmente aos 40 anos: *“Eu tava na melhor fase da minha vida sexual [...] Então, assim, era bom e era maravilhoso, era muito tesão, muita paixão, loucura e tal”.*

Após o tratamento e com a menopausa induzida pela hormonioterapia, houve importante redução do desejo sexual: *“Então, assim, uma das minhas maiores frustrações é porque hoje, realmente, eu sou zero, zero vontade de sexo.”* Além da diminuição do desejo, a experiência sexual passou a ser atravessada por dor, ressecamento vaginal e dificuldade de atingir o orgasmo, o que transformou o ato sexual em uma experiência ambivalente e, muitas vezes, frustrante:

Chegar no orgasmo, tendo a menopausa química é muito difícil. Sabe, primeiro que a gente não... A gente tem um ressecamento horrível, então machuca, aí você tem a vontade, mas aí por mais que lubrifica, não é a mesma coisa, sabe?

Para P1, apesar de haver desejo em alguns momentos, a experiência sexual é relatada como dolorosa e frustrante, mesmo com o uso de lubrificantes:

E assim, quando você passa o lubrificante íntimo, cara, depois chega uma hora que começa a fazer, começa a ressecar de novo, começa a machucar. Nossa! E aí é aquela hora que vem assim uma série de coisas na cabeça da gente. Parar no meio do

sexo “Pô, sacanagem pro cara”. Meu, já quase não tem [sexo]. No dia que consegue, você vai falar, não, chega que tá doendo? Vamos fazer.

Apesar do desconforto, dispense esforço ativo para a manutenção da relação sexual, com o objetivo de não frustrar o parceiro, mesmo que reconheça apoio e compreensão por parte dele em relação às suas demandas e limites sexuais:

Ele super entende, ele super apoia. Às vezes, quando acaba, e que não foi bom, ele fala “por isso eu não gosto de fazer, não quero que você se machuque”. Mas eu sempre me machuco, e meio que sou machucada [...] [Eu falo] “não foi você”, o ato em si machuca, é muito ressecamento, então assim, sangra [...] fica ardido [...] queima [...] Acho que é um dos motivos também é que ele nem me procura, entendeu? Porque ele sabe que não é bom pra mim.

A relação conjugal é descrita como positiva em termos de vínculo, cuidado e comunicação. O parceiro é percebido como presente, compreensivo e afetivamente disponível e sua disponibilidade para adequação às suas demandas é valorizada pela paciente, que, em mais de um momento da entrevista, destaca:

Eu tenho um parceiro foda do meu lado [...] E ele, sim, ele me apoia em qualquer situação. Se eu disser que quero ficar sem, pra ele tá tudo bem. Se eu disser que quero também, ótimo, né? [...] Pra mim, é o que me ajuda bastante. [...] A gente tem uma comunicação muito, muito intensa mesmo.

A frequência da atividade sexual é descrita como em torno de uma vez por mês. No contexto das práticas sexuais, P1 refere alguns cuidados, como o uso de lubrificante íntimo e, por se tratar de região sensível, a não estimulação da mama durante o contato sexual. Sua percepção é de que a sexualidade com seu parceiro é vivida para além do ato sexual, havendo presença de gestos de cuidado e conexão emocional, estando seu parceiro disposto para satisfazê-la:

Ele é muito preocupado. Não é um cara que chega só e satisfaz e pronto, não. Ele tá o tempo todo tentando fazer com que fique bom. Então, assim, eu tenho essa grande vantagem [...]. Eu sou muito, muito agradecida a Deus.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) evidenciam escore geral de 3,5, indicando satisfação moderada a alta, com variações entre os domínios. Observam-se escores mais elevados em compatibilidade (5) e comunicação (4,5), enquanto o domínio contentamento apresenta valor reduzido (1,8), o que se mostra coerente com os achados da entrevista. Os domínios de preocupação relacional (3,3) e preocupação pessoal (2,8) apresentam valores intermediários.

A relação com a equipe de saúde é marcada por experiências ambivalentes, com episódios de cuidado qualificado e falhas importantes na comunicação e na condução do tratamento. A participante relata situações de negligência, invalidação da dor e falhas na investigação clínica, incluindo a atribuição de sua dor a fatores psicológicos.

Quanto à sexualidade, relata ausência de abordagem sistemática por parte da equipe de oncologia e de cuidados paliativos, sendo o tema vivido de forma solitária, o que evidencia uma lacuna assistencial e informacional importante. P1 relata não ter recebido orientações sobre os impactos do tratamento na vida sexual, tampouco suporte para manejo de sintomas como ressecamento vaginal, dor ou diminuição do desejo e que, quando precisa de informações, busca no *Google*.

As pessoas te passam o que vai acontecer, mas não conseguem realmente fazer com que a gente entenda a dimensão do problema. E até pra gente poder, não vou dizer assim, esperar o pior, mas entender o que pode acontecer de pior [...] Ninguém me contou [...] Que eu acho que num tratamento oncológico, que vai afetar na questão sexual, deveria ter uma equipe pra explicar pra gente.

Apesar de nunca terem abordado diretamente com a paciente questões relacionadas à sexualidade e satisfação sexual ao longo do adoecimento, a relação com a equipe de cuidados paliativos é avaliada como positiva, marcada por abertura ao diálogo e sensação de acolhimento. Afirmo que se sente confortável para fazer perguntas e esclarecer dúvidas sobre o tema, se necessário. Ainda assim, conforme evidenciado em seu relato, compreende que a temática da sexualidade deveria ser abordada de forma ativa pelas equipes de saúde.

Em síntese, P1 apresenta impactos importantes na qualidade de vida, com maior comprometimento no domínio físico, marcado por dor, fadiga e limitações funcionais, e comprometimento moderado nos domínios psicológico e de relações sociais. Há mudanças significativas decorrentes dos tratamentos realizados, com complicações cirúrgicas e alterações hormonais, resultando em impacto na imagem corporal e na funcionalidade. Na dimensão da sexualidade, observa-se redução importante do desejo, presença de dor, ressecamento vaginal e dificuldade de atingir o orgasmo, com baixa frequência de atividade sexual. A relação conjugal é descrita como positiva, com presença de comunicação, apoio e compreensão do parceiro. Em relação à equipe de saúde, há relato de ausência de abordagem sistemática da sexualidade, apesar de necessidades informacionais presentes.

P2

P2, 59 anos, casada há seis anos, sem filhos, diagnosticada com câncer de mama em 2019, não possui ocupação profissional. Começou a ser acompanhada pela equipe de cuidados paliativos após a descoberta de metástase na coluna, há aproximadamente dois anos. Ao longo do tratamento, realizou cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Antes do diagnóstico, sua trajetória pessoal foi marcada pelo cuidado com os pais, tendo adiado projetos pessoais para assumir essa função. O relacionamento com o parceiro se iniciou pouco antes do adoecimento, sendo logo atravessado pelo diagnóstico.

No que se refere à qualidade de vida, observa-se uma percepção global positiva (4 de 5) e satisfação com a saúde (4 de 5). Os domínios do WHOQOL-Bref apresentam os seguintes resultados: relações sociais (80%), domínio psicológico (76%), meio ambiente (77,4%) e domínio físico (57%). É possível observar que, apesar do bom resultado global, o domínio físico aparece como o mais comprometido.

Para P2, a presença de dor e limitações funcionais associadas à metástase óssea trazem impactos importantes para sua vida, que refletem em limitações cotidianas e necessidade de redistribuição de tarefas domésticas. Em decorrência das dores, refere restrições em atividades de vida diária, como os cuidados com a casa. Segundo ela, *“se eu começar a fazer as coisas [...] começa a doer a coluna [...] eu não posso mais passar pano na casa, nem lavar o banheiro”*,

Apesar do bom escore no domínio psicológico, a participante apresenta preocupação e tristeza relacionadas à possibilidade de progressão da doença e incerteza quanto à eficácia do tratamento. Atualmente, faz uso de medicação para manejo de ansiedade, conforme relata:

Aí, a gente fica assim, pra baixo, porque pensa assim, se aparecer mais em outros lugares, que se os remédios não conseguem vencer os tumores, né? Essas coisas que eu fico triste, fico angustiada [...] Eu tomo remédio também pra isso, tomo escitalopram [...] Eu preciso me sentir melhor e tento levar a minha vida normal, aí eu tenho que ter ajuda do remédio, né?

Outra estratégia utilizada por P2 para manutenção da qualidade de vida é a realização de caminhadas quando se sente disposta. As caminhadas são especialmente prazerosas na presença do marido e também são consideradas importantes para a manutenção do peso, principalmente após ter engordado cerca de 10 quilos. O aumento de peso é atribuído aos tratamentos realizados e à limitação da prática de atividade física após descoberta de metástase na coluna.

P2 relata incômodo com as mudanças na imagem corporal e conta que, ao compartilhar com a equipe sobre essa preocupação, foi questionada pelo médico responsável sobre o que seria melhor em sua condição atual: “*magra e doente ou gorda?*”. Apesar do incômodo, afirma aceitar tais mudanças, uma vez que não tem o que fazer em relação a elas. Quando questionada sobre a relação entre corpo e sexualidade, indica que as mudanças relacionadas à sexualidade estão mais associadas aos efeitos do tratamento, como perda de lubrificação e desejo sexual, do que à imagem corporal: “*É mais por causa do tratamento*”.

No plano da relação conjugal, relata vínculo marcado por presença de cuidado, proximidade e apoio contínuo. P2 descreve o parceiro como central em sua trajetória de enfrentamento da doença, especialmente durante o período mais intenso do tratamento:

Eu fiquei muito ruim na quimioterapia e ele era quem cuidava de mim [...] botava a comida na minha boca [...] me carregava no braço [...] eu fiquei como se eu fosse um bebezinho [...] exigindo todos os cuidados e ele cuidando do bebê. [...] Se eu não tivesse ele pra cuidar de mim, eu acho que eu teria morrido.

A relação é descrita como estável e sem conflitos: “*a gente vive tranquilo, vive em paz [...] ele nunca reclamou de nada*”. A intimidade do casal se mantém por meio de gestos de carinho, proximidade física e convivência cotidiana: “*a gente tá sempre junto, abraçadinho [...] tem beijo, ele me toca*”. A prática sexual com penetração cessou após o tratamento, em decorrência da ausência total de desejo e lubrificação. Segundo P2, “*eu fiquei 100% assim, ressecada [...] não sinto nada. Nada, nada, nada*”. A interrupção da atividade sexual ocorreu após tentativas iniciais frustradas, marcadas por dor e desconforto: “*no início a gente tentava, mas tava sendo muito ruim pra mim [...] aí percebeu que não dava e depois acabou mesmo*”.

Apesar da interrupção da prática sexual, a comunicação no casal é descrita como aberta, com expressão de sentimentos e negociação da situação vivida: “*eu falo assim que eu sinto muito [...] que eu não consigo mais, mas que não é minha culpa*”. O parceiro, por sua

vez, é descrito como compreensivo e respeitoso: “*ele sabe que eu não consigo [...] então ele respeita*”. Ainda assim, a participante reconhece o desejo do parceiro e demonstra preocupação com essa dimensão: “*eu penso no meu marido [...] porque ele sente muita necessidade [...] eu acho que fica difícil pra ele*”.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) indicam um escore geral de 4,8, evidenciando alta satisfação sexual. Todos os domínios apresentam escores elevados, com destaque para contentamento (5), comunicação (5) e preocupação pessoal (5), além de compatibilidade (4,6) e preocupação relacional (4,6). Esses resultados contrastam com a ausência de atividade sexual com penetração, evidenciando que a satisfação sexual para a participante não é sustentada pela penetração sexual, mas pela qualidade do vínculo afetivo, na comunicação, na intimidade e na postura respeitosa do parceiro.

Segundo P2, a dimensão sexual foi abordada tanto pela equipe oncológica quanto pela equipe de cuidados paliativos. Sobre o atendimento com oncologista, relata naturalização de suas dificuldades sexuais:

Eu conversei isso com a onco uma vez, né? Ai ela falou pra mim que era o seguinte, que eu não me preocupasse, porque isso aí faz parte do tratamento, que isso aí acontece com todas as mulheres [...] [A oncologista falou] “Eu trato muitas mulheres com câncer, todas reclamam da mesma coisa, perde a libido, perde tudo”.

Também houve abordagem do tema pela equipe de cuidados paliativos, embora P2 não se recorde de quem foi a iniciativa. Segundo P2, o médico paliativista abordou o casal e recomendou o uso de lubrificantes, que foi recusado pelo parceiro, que apresenta crenças e posicionamentos rígidos frente à expressão da sexualidade. Apesar de sua disponibilidade para utilizar recursos auxiliares, o parceiro não se mostra favorável ao uso dessas estratégias. Observa-se que, para o parceiro, a ausência de lubrificação natural significa ausência de desejo sexual, o que limita a possibilidade de retomada da atividade sexual:

Tem gel, essas coisas, mas ele não quer. Por mim, eu usaria, não me importa. O doutor disse, não, Sr., tem os remédios e tal, mas ele não quer, porque ele acha que só dá pra ter relação sexual se eu quiser, se eu tiver afim, se eu ficar lubrificada. Como que eu vou ficar lubrificada? Está tudo bloqueado, todos os hormônios. Não consigo nada. Aí ele não quer. O doutor conversou com ele e falou “não, tem que ser natural, tem que ser ela querendo.

A relação com a equipe de saúde é descrita de forma positiva, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, em que encontra abertura para conversar sobre suas dificuldades e esclarecer dúvidas. A participante destaca o acompanhamento como voltado para a melhora da qualidade de vida: *“ele sempre procura melhorar a qualidade de vida [...] você toma esse remédio [...] faz esse tratamento que sua vida melhora. Eu me sinto muito bem quando vou às consultas [...] a gente conversa muito”*.

Em relação à abordagem e comunicação sobre o tema da sexualidade com a equipe de saúde, afirma:

Se precisar eu falo, mas talvez se eles abordassem isso primeiro, talvez eu ficasse mais à vontade pra conversar, porque eu não me importo de conversar, pra mim tudo bem, toda conversa vale a pena [...] Sexo faz parte da vida.

É possível constatar que P2 apresenta qualidade de vida global positiva, com boa satisfação com a saúde, embora apresente maior comprometimento no domínio físico, relacionado à dor e limitações funcionais decorrentes de metástase óssea. Demonstra resignação em relação às mudanças corporais, que não são apontadas como centrais na vivência da sexualidade. Na dimensão da sexualidade, identifica-se ausência de desejo e de lubrificação, com consequente interrupção da atividade sexual com penetração. Ainda assim, os resultados apontam para boa percepção da sexualidade, associada à presença de intimidade, afeto, comunicação e proximidade no relacionamento. A relação conjugal é

descrita como estável, com forte presença de cuidado, apoio e respeito por parte do parceiro. A abordagem do tema da sexualidade com a equipe de cuidados paliativos foi considerada importante e a participante acredita que a equipe deve abordar ativamente a temática com os pacientes.

P3

P3, 25 anos, casada há cinco anos, sem filhos, estudante de Psicologia, transplantada renal há 11 anos, possui um tipo de raro câncer chamado leiomiossarcoma há sete anos, com metástases desde o diagnóstico. Teve contato com os cuidados paliativos logo após o diagnóstico e, como tratamento, realizou quimioterapia. Atualmente, realiza tratamento com antiviral, relacionado ao seu tipo de câncer, e embolização na metástase do fígado. O diagnóstico oncológico ocorreu aos 18 anos, marcado por perda significativa de peso e dificuldade diagnóstica inicial devido à raridade do tipo tumoral. Sua trajetória é marcada por períodos de maior estabilidade intercalados com intervenções mais intensivas, como a embolização hepática, período em que sente importante impacto em seu estado físico.

P3 avalia sua qualidade de vida geral como muito boa (5 de 5), apesar de baixa satisfação com a saúde (2 de 5). Os domínios psicológico (83%), relações sociais (93,3%) e meio ambiente (95%) apresentam escores elevados, enquanto houve menor pontuação no domínio físico (65,7%). Esses resultados estão em consonância com os relatos de impacto dos tratamentos e dos sintomas físicos experienciados, especialmente após as embolizações hepáticas: “[Quando eu faço] a embolização, eu fico umas três semanas bem ruim, sabe? Com a barriga inchada, com dor, com diarreia, com náusea, com vômito, não como direito.”

Esse impacto físico repercute nas atividades de vida de P3, com destaque para os impactos negativos em seu desempenho acadêmico: “eu me dedico, me dedico nos estudos, mas aí na hora de ter o resultado, se eu ficar ruim com a saúde, já era, eu perdi tudo aquilo

que eu esforcei”. Segundo a participante, houve necessidade de vários ajustes em sua grade curricular, resultando em atrasos em sua formação.

Repercussão importante também ocorre na imagem corporal, especialmente aumento do volume abdominal decorrente do acometimento hepático e dos efeitos dos tratamentos. Além do desconforto físico, expressa impacto estético e senso de desproporcionalidade associados à condição: *“Eu fico muito chateada com minha barriga [...] era tão linda quando eu era mais jovem [...] e aí com a questão do fígado, ela aumentou [...] eu me sinto uma grávida [...] fica muito desproporcional ao meu corpo”*. Apesar disso, sua relação com o corpo também é atravessada positivamente pelo olhar do parceiro: *“eu me sinto muito bonita também [...] ele sempre olha pra mim com um olhar de desejo”*.

Como estratégia para lidar com as mudanças, refere atividade física e cuidados alimentares, busca por suporte social e esforços para manutenção da vida diária próxima ao “normal”, como relata:

Na minha cabeça eu não tenho nada [...] todo dia eu acordo como se, tipo assim, vou viver o dia de hoje [...] eu acordo, tenho minha agenda, faço minhas coisas [...] tem dias que eu não consigo, claro, mas eu consigo muito viver uma vida normal.

A tentativa de manutenção de uma vida próxima ao normal, também é viabilizada pelo uso de antidepressivo. Segundo P3: *“tô tomando mais por conta do amparo psicológico do tratamento e conseguir ter uma vida, digamos assim, ter uma rotina”*.

Sobre a relação conjugal, observa-se um vínculo marcado por proximidade, cuidado e comunicação aberta. A intimidade do casal se expressa também na rotina de afeto: *“a gente é até um pouco meloso [...] todo dia a gente fica pedindo abraço [...] é carinho o dia todo”*. Apesar de acreditar que seu marido não entenda a seriedade do seu quadro, para P3, ele está sempre disponível para atender suas demandas:

Eu percebo que ele não entende 100% [...] Mas ele me escuta quando eu tô com um sofrimento de tipo, cara, eu tô muito cansada e nada demais. [...] Ele tá muito presente comigo, sabe? Ele tá muito disponível, porque ele fica no computador e aí, se precisar de alguma coisa, ele tá lá.

Quanto à prática sexual, relata manutenção da atividade, com frequência média de duas a três vezes por semana, com variações nos períodos de tratamento, especialmente após a embolização hepática, período em que permanece cerca de duas semanas sem atividade sexual:

Eu percebo que hoje os dois estão satisfeitos com a quantidade [...] Mas quando eu tô fazendo algum tratamento ele entende, ele é compreensível. Ele conversa assim comigo “tem mais de uma semana, né” e eu “pois é, eu não estou bem”. Aí passam os dias e a gente volta. Acho que ele é bem compreensível.

P3 acredita que impactos negativos em sua sexualidade são especialmente decorrentes do uso de antidepressivo, associado à redução da libido, conforme relata: “*eu faço uso de antidepressivo [...] que me deixa zero pensamento [...] da época que eu não usava eu tinha muito mais libido [...] era aquela paixão, aquele entusiasmo*”. Apesar de identificar tais dificuldades, refere não se sentir frustrada com sua atividade sexual. Segundo ela: “*Eu não me sinto frustrada [...] eu sou muito empática comigo [...] que me deixa frustrada mesmo é quando eu não chego lá*”.

Para a participante, os principais facilitadores para sua satisfação sexual são o uso de estratégias, como massagens e brinquedos sexuais, além da própria postura do companheiro, de compreensão e respeito:

A gente sempre tem algum brinquedo, alguma coisa. Então, eu nunca fico sem, né, eu sempre quero chegar lá. E ele é bem compreensível, assim. Então, é bem legal. [...] Eu falo assim, faz uma massagem, olha, eu tô tão tensa, mas eu já começo falando,

né? Então, eu acho que eu sou muito transparente. [...] eu falo, ah, de tal jeito é melhor e tal. E ele entende, ele é muito [...] tranquilo. Eu nunca me senti, assim... pressionada, forçada ou não ouvida nesse momento. [...] Além da química, eu percebo que a gente tem conexão, então é uma coisa de muito respeito, sabe? Eu agradeço muito a Deus por ter conhecido uma pessoa assim, porque ele é muito tranquilo nessa questão, então eu me sinto muito, muito tranquila.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) indicam escore geral de 4,5, com destaque para compatibilidade (4,8), preocupação relacional (4,6) e preocupação pessoal (4,3), além de boa comunicação (4,1), enquanto o domínio contentamento apresenta menor pontuação (3). Esses resultados corroboram com o relato da participante, que evidencia uma relação satisfatória, com boa comunicação e adaptação, ainda que com limitações relacionadas ao prazer.

A relação com a equipe de saúde também é descrita de forma positiva. Apesar de ser considerada uma paciente em cuidados paliativos desde seu diagnóstico, P3 relata apenas dois contatos com equipe especialista, mas associa esses atendimentos a um cuidado humanizado e centrados na escuta. Quanto à sexualidade, a participante relata que o tema não foi abordado nesses contatos pontuais:

Ela [a médica paliativista] é muito humana, muito cuidadosa, escuta muito [...] e me deixou muito confortável pra falar dos meus medos [...] A última consulta que ela ficou um tempão comigo, mas foi no quarto que eu estava internada, né? Eu acho que a gente conversou muito sobre tudo. [...] Eu fico muito feliz pelo fato de eu ter esse apoio, esse cuidado. Mas acho que a questão da libido, das dificuldades, eu acho que eu não entrei muito a fundo.

Sobre a abordagem da sexualidade pela equipe de saúde, considera essa temática como relevante e necessária no contexto do cuidado. A participante compreende que as

alterações físicas e emocionais decorrentes do tratamento oncológico, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade, impactam significativamente a vivência da sexualidade, incluindo a redução do desejo, da atividade sexual e das trocas afetivas no relacionamento. Por isso, avalia que a inclusão desse tema no acompanhamento em cuidados paliativos contribua para o acolhimento das demandas das pacientes, especialmente considerando que muitas mulheres enfrentam essas mudanças sem suporte, mesmo com repercussões nas relações conjugais.

Em resumo, a qualidade de vida global de P3 foi avaliada como boa, apesar de baixa satisfação com a saúde e comprometimento do domínio físico, especialmente relacionada aos efeitos dos tratamentos, como dor, náuseas e fadiga após intervenções. Há impacto na imagem corporal resultante do aumento do volume abdominal. Na dimensão da sexualidade, houve manutenção da atividade sexual, com frequência regular, ainda que com redução da libido associada ao uso de antidepressivo. A relação conjugal é descrita como de proximidade, com presença de afeto, comunicação aberta, respeito e compreensão por parte do parceiro. Em relação à equipe de saúde, o contato com cuidados paliativos foi pontual, com percepção de cuidado humanizado, porém sem abordagem específica da sexualidade.

P4

P4, 40 anos, analista de informação, em união estável há aproximadamente 10 anos, possui um filho e foi diagnosticada com câncer de mama há três anos e meio, durante período de amamentação. Em sua última quimioterapia, há cerca de três anos, descobriu que possuía metástases ósseas e, desde então, é considerada uma paciente em cuidados paliativos. Sua trajetória é marcada por diversas intervenções terapêuticas, incluindo quimioterapia, hormonoterapia, mastectomia e diversas tentativas de reconstrução mamária. Sua narrativa

evidencia um percurso intenso, com momentos difíceis e de maior sofrimento, ainda que, no momento da entrevista, descreva uma fase de maior estabilidade e bem-estar.

Agora eu tô numa fase, vamos dizer, muito boa. Porque a doença, ela tá controlada, né? [...] Eu retirei a mama, né? E eu reconstruí... Foi um período bem difícil de reconstrução, porque eu tive algumas rejeições, mas graças a Deus, a última que eu fiz no ano passado deu certo. Então, esse ano tá sendo assim... Um início de ano bem bom.

Em relação à qualidade de vida, apresenta avaliação global positiva (escore 4 de 5), apesar de baixa satisfação com a saúde (escore 2 de 5). Os domínios físico (57%) e psicológico (53,3%) apresentam maiores comprometimentos, seguidos pelos domínios relações sociais (60%) e meio ambiente (65%). O impacto no domínio físico decorre da presença de fadiga, dor, alterações emocionais e impacto funcional, além de alterações de humor. Para P4, é necessário esforço diário para manter sua funcionalidade: “*Todo dia é uma luta sair da cama, todo dia é uma luta vir trabalhar, todo dia é uma luta manter o bom humor*”.

A dimensão ocupacional aparece como importante área da vida impactada pelo adoecimento, com necessidade de afastamentos prolongados e mudanças na função exercida na empresa em que trabalha. Apesar dos desafios, o contexto laboral também se apresenta como protetivo por oferecer segurança em relação à manutenção do emprego e do salário, mesmo diante de suas limitações e ajustes necessários. Ela relata:

A gente se sente sem utilidade, né? E eu percebi também a memória, né? Que a quimioterapia acabou com a minha memória [...] Piorou, assim, a minha performance aqui, né? E assim, por eu ter muito exame, muitas consultas, a imunidade muito baixa [...] Isso tudo faz com que eles não coloquem coisas muito grandes pra mim fazer, né? [...] Por outro lado, eu tento entender que isso é bom. Eu

tô numa empresa que entende o meu estado de saúde, mesmo assim não me descartou. Diminuiu a minha quantidade de trabalho, mas não diminuiu o meu salário e me manteve. [...] Só que eu sinto assim, sabe, que hoje meio estagnado na questão profissional.

Importante ponto em sua trajetória de adoecimento foi o processo de reconstrução mamária. Após a mastectomia, realizou reconstrução imediata, mas passou por sucessivas complicações, que resultou em múltiplas intervenções acompanhadas por sofrimento físico e emocional. Ela conta: “*em 2023 eu fiquei tentando salvar a reconstrução ali, então eu não tive tempo pra me ver sem mama, porque eu ainda estava com mama*”. Esse processo foi acompanhado de afastamento do trabalho, sofrimento psíquico e uso de medicação psiquiátrica.

A experiência de ausência mamária ocorre de forma mais concreta posteriormente, quando há retirada definitiva dos dispositivos, momento em que passa a lidar diretamente com o corpo sem mama. Inicialmente, houve preocupação com a aparência e com o olhar de terceiros, levando-a ao uso de próteses externas: “*já na hora eu procurei prótese pra botar embaixo do sutiã, almofadinha, enchimento, por questão de estética mesmo, de botar uma blusa e ninguém perceber que ali eu não tinha mama*”. No entanto, o uso desses recursos foi abandonado em função do desconforto físico: “*aquela almofada ali ia machucando, porque o local ali era sensível*”. Segundo a participante, com o tempo, o cansaço envolvido nas tentativas de esconder a ausência da mama prevaleceram em relação ao desconforto de ser notada: “*chegou uma época que eu não me importava mais se os outros me olhavam porque eu não tinha mama, eu já estava cansada de tudo aquilo*”.

A relação com o corpo em P4 permanece atravessada por ambivalências, especialmente diante dos resultados das reconstruções: “*as reconstruções ficavam muito feias, muito feias, e aquilo pra mim me deixava muito mal*”. Seu processo de reconstrução

mamária também foi marcado por incompreensão dos profissionais de saúde: “*eu tentava mostrar pra eles que isso ali me machucava, eu sei que não vai ficar perfeito, mas eu não posso querer pelo menos o mínimo, que seja?*”. Atualmente, encontra-se em um novo momento, após realizar reconstrução com um profissional com o qual se sentiu escutada, o que contribui para maior satisfação com o corpo, ainda que reconheça algum nível de insatisfação: “*hoje eu me olho no espelho, eu não vou te dizer que eu gosto cem por cento do que eu vejo, mas eu tô feliz, só por ter dado certo depois de tudo que eu passei*”.

Além da mama, refere desconforto com outras alterações corporais decorrentes dos tratamentos: “*Minha barriga ficou cheia de buracos [...] uma parte tem gordura, outra não tem [...] então ela é bem defeituosa [...] e isso me incomoda*”. Essa percepção impacta diretamente nas situações de exposição social, em que adota estratégias evitativas: “*Se eu puder evitar, eu evito [...] convite pra piscina [...] eu tento não ir [...] se eu tivesse bem comigo, eu iria*”. Apesar dos impactos sociais resultantes das alterações na imagem corporal decorrentes do adoecimento, P4 não acredita que tais mudanças impactem na dimensão sexual.

No âmbito conjugal, relata importante vínculo com parceiro, marcado por apoio, cuidado e permanência ao longo do adoecimento. A participante descreve o parceiro como presente e compreensivo: “*Ele é muito compreensivo [...] nunca me abandonou [...] pelo contrário*”. A relação é sustentada por proximidade cotidiana e expressões de afeto: “*Ele vem quase todas as noites [...] pra ficar próximo [...] pra abraçar [...] e se acontecer alguma coisa, aconteceu*”. No entanto, a comunicação apresenta limites, especialmente na expressão emocional do parceiro: “*Ele não conversa [...] ele sabe tudo que acontece [...] mas ele não fala o que ele sente*”.

A vivência da sexualidade é marcada por mudanças significativas após o diagnóstico e início do tratamento, com redução importante da frequência sexual, ausência de desejo e presença de dor, além de períodos prolongados sem atividade sexual:

Desde que eu descobri o câncer, assim, foram meses sem relação. Principalmente períodos de quimioterapia, períodos de cirurgias. E até a medicação mesmo. Eu não tenho vontade nenhuma. A medicação, ela me deixa... ela muda o meu humor. Uma hora eu tô bem, outra hora eu não tô. [...] Só que ele é muito compreensivo, ele sabe o que a medicação causa.

A frequência de atividade sexual atual é reduzida e variável, ocorrendo aproximadamente uma vez ao mês, podendo haver meses sem relação ou, eventualmente, duas relações no mesmo mês:

[Transamos] bem esporadicamente, eu faço sem vontade, eu faço pra agradar ele, às vezes, né, que eu penso nele também, né, tento agradar ele, né, só que é muito esforço. Porque é bem difícil. [...] Eu não tenho vontade, eu tenho muito cansaço, fadiga, indisposição. Além de eu não ter vontade, de não ser prazeroso, dói pelo fato da atrofia. Por mais que eu fiz a fisioterapia pélvica, me ajudou bastante, mas chega num ponto que tu não pode ficar fazendo fisioterapia pélvica pra sempre, né, e quando tu para, volta a atrofiar de novo, se tu não tem relação, e como eu vinha de cirurgias e cirurgias e cirurgias e cirurgias, a gente ficava sem relação [...] Sinto muita dor [...] por mais que lubrifique [...] por mais que use óleo de coco [...] ainda assim dói, ainda assim sangra [...] é bem complicado”..

Para P4, a experiência sexual é atravessada por dor intensa, ressecamento vaginal e sangramento, mesmo com o uso de estratégias, como fisioterapia pélvica, lubrificante e ajustes na posição. Observa-se que a prática sexual, em alguns momentos, ocorre sem desejo, mobilizada pela preocupação com o parceiro. Segundo a participante, seu marido a procura

com carinhos todas as noites e depende dela retribuir para que o sexo ocorra. Na maioria das noites, ficam abraçados até dormirem, o sexo não acontece e eles não falam sobre isso.

Em dois momentos da entrevista, expressa preocupação relacionada aos impactos da doença para a vida sexual do companheiro: *“Eu me sinto mal por ele [...] eu acho que ele não merece isso [...] já pensei em separação [...] porque eu acho que ele precisa conhecer outra pessoa”*. Apesar disso, reafirma o vínculo e o desejo de continuidade da relação: *“Eu amo ele [...] eu gosto de estar com ele [...] não vejo a nossa vida longe um do outro”*.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) corroboram com os achados na entrevista, indicando baixo nível de satisfação sexual, com escore global 2. Observam-se escores reduzidos nos domínios contentamento (1,8), comunicação (2,3), preocupação relacional (1,3) e preocupação pessoal (1,6), enquanto o domínio compatibilidade apresenta valor mais elevado (4). Esses dados dialogam com a narrativa da participante, que evidencia impactos na dimensão da sexualidade, marcada por limitações físicas, ausência de desejo, baixa satisfação, pouca comunicação entre o casal e preocupação com o bem-estar do companheiro.

A relação com a equipe de saúde é descrita de forma predominantemente positiva, com destaque para a atuação da oncologista, que aborda de forma ativa e sistemática a sexualidade no contexto do tratamento:

Ela é uma médica fora da curva. Todo mundo quer tratar com ela. E ela não é apenas uma oncologista, né? Ela fala sobre tudo. Ela que entrou nesse assunto comigo, perguntou e como é que estava o relacionamento com o [nome do marido], daí ela que falou sobre minha atrofia vaginal, mandou fazer laser, mandou procurar fisioterapia pélvica. [...] Ela que me deu manipulados para ajudar, tanto na questão de cabelo quanto da lubrificação, receitou medicamentos em gel e apetrechos para usar com o marido, tudo.

A participante reconhece essa abordagem como fundamental: *“Foi muito importante [...] todos os oncologistas deveriam estar preparados pra falar sobre isso”*. Sobre os cuidados paliativos, afirma que o contato com a equipe foi pontual e direcionado principalmente a aspectos emocionais relacionados ao enfrentamento da doença e da finitude, sem abordagem específica da sexualidade. Para P4, é fundamental que o paciente seja cuidado por múltiplos profissionais e que diversas temáticas sejam abordadas ativamente, pois *“o câncer vai muito além disso e todo mundo acha assim, que a pessoa tá com câncer só quando tá careca fazendo quimioterapia”*. Sobre a prática sexual, acredita que seja fundamental que os profissionais deem dicas de outras maneiras de se relacionar com parceiro, que não estejam relacionadas apenas à penetração.

De modo geral, P4 apresenta qualidade de vida global positiva, apesar de baixa satisfação com a saúde, com maior comprometimento nos domínios físico e psicológico, marcados por fadiga, dor, alterações de humor e impacto funcional. Demonstra impacto importante na imagem corporal decorrente da mastectomia e de outros tratamentos, com dificuldade de exposição social. Observa-se redução importante da frequência da atividade sexual, ausência de desejo, presença de dor, ressecamento vaginal e sangramento, com prática sexual esporádica e, em alguns momentos, realizada sem desejo, com objetivo de agradar o parceiro. A relação conjugal é descrita como marcada por apoio e proximidade, embora com dificuldade na comunicação sobre aspectos sexuais. Em relação à equipe de saúde, há relato de abordagem ativa da sexualidade pela oncologista, com orientações e intervenções para manejo dos sintomas, o que é valorizado pela participante.

P5

P5, 46 anos, casada há 19 anos, sem filhos, advogada, conciliadora judicial e síndica, foi diagnosticada com câncer de mama há quatro anos, com várias metástases ósseas,

incluindo na calota craniana. Devido ao quadro, foi considerada paciente em cuidados paliativos desde o diagnóstico. A descoberta de seu adoecimento ocorreu de modo abrupto, com manifestação intensa de dores e limitações físicas, e marcada por erro médico na primeira biópsia realizada. Após processo de investigação, foi diagnosticada com câncer já em estágio avançado, e a principal estratégia de tratamento foi a terapia hormonal, não tendo sido realizada cirurgia e quimioterapia. Refere ter adotado postura ativa e de apropriação de sua doença desde o diagnóstico:

Todo mundo quando descobre um câncer, a maioria da comunidade, as pessoas ficam meses ali no quartinho escuro, remoendo aquilo. Eu não dei três dias, eu já tava correndo atrás de informação, já tava aceitando, já tava consolando as pessoas.

Apesar da gravidade do diagnóstico, sua narrativa é, a todo momento, pautada na necessidade de continuidade e na preservação de uma vida com qualidade. Suas falas são consistentes com os resultados do WHOQOL-Bref, em que apresenta qualidade de vida geral considerada boa (escore 4 de 5), mesmo que com satisfação intermediária com a saúde (escore 3 de 5). Destacam-se os escores elevados nos domínios psicológico (93,33%) e relações sociais (86,66%). O domínio meio ambiente também se apresentou favorável (75%), enquanto o domínio físico apresenta maior impacto (62,85%), evidenciado pela presença de dores crônicas, decorrentes principalmente das metástases ósseas, e redução da funcionalidade.

Segundo a participante, suas metástases encontram-se estabilizadas e há intenso investimento para promover adaptações e manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida, como realização de atividade física e terapias complementares:

Corro atrás de muita fisioterapia. Tenho que fazer muito tratamento complementar pra não ter dor, porque ter dor não tem como, né? Eu tenho dores crônicas? Sim. Mas eu tento, assim, fazer uma escalonagem de medicação. Às vezes eu volto pro

pronto-socorro. Eu tento não usar muita medicação forte, mas tem hora que não tem como. [...] Tem que fazer drenagem toda semana no corpo, porque a medicação, ela dá uma retenção de líquido muito forte.

P5 refere aceitação de mudanças nos projetos de vida advindas com o adoecimento, como o plano de passar em concurso público, embora mantenha suas atividades profissionais, e o plano pessoal da maternidade biológica. Em relação às mudanças corporais, ainda que reconheça alterações importantes, como perda de pelos e mudanças hormonais, apresenta imagem corporal predominantemente preservada. P5 refere rotina centrada no autocuidado, na vaidade e na preservação da identidade feminina:

Eu gosto de estar bem comigo. Eu penso que o exercício físico também me ajuda muito na parte mental da sexualidade. Quando eu não tô bem com o meu corpo, isso impacta [...] Eu já fiquei um tempo meio sem malhar, sem fazer muita atividade física em 2024 eu passei para uma radioterapia [...] tive que tomar corticoide [...] Eu não estava me sentindo bem com o meu corpo. Aí, graças a Deus, desde o ano passado para cá, eu consegui entrar de novo nos eixos, emagreci 6 quilos, isso parece que fez bastante diferença também.

Além da imagem corporal como mediadora da sua sexualidade, segundo a participante, as principais mudanças em seu corpo ocorreram como consequência do bloqueio hormonal, que trouxe impactos importantes para a prática sexual. “Com um mês de tratamento, a minha vagina fechou. Eu não tinha lubrificação nenhuma. Pra andar estava sendo dolorido. Eu comecei a ficar desesperada.”

A ausência de orientação profissional adequada intensificou esse sofrimento, como relata: “Eu passei por cinco ginecologistas e nenhum sabia o que fazer comigo. Era desesperadora a situação.” A partir do acesso a uma profissional especializada, ocorre uma inflexão importante na trajetória, com introdução de estratégias terapêuticas e educativas:

Ela me explicou que eu ia ter que repensar tudo. Me ensinou sobre lubrificação, sobre novas formas de relação, me mostrou meu corpo. [...] Ela brincava comigo no início, falava “você vai ter que fazer um sexo mais lésbico. Seu marido vai ter que participar”. Ela me deu a opção de fazer o laser íntimo. Que foi uma salvação pra minha vida. Eu faço há quatro anos, uma vez por ano. Três sessões.

Assim, foi necessário reaprender sobre o funcionamento do seu próprio corpo e realizar adaptações que favorecessem sua expressão sexual: “*Nunca volta a ser como antes. Eu sou outra pessoa. Mas eu aprendi a lidar*”. Para P5, foi fundamental ter recebido orientações de sua médica:

[Ela disse] A libido tá na sua cabeça. Não vai ser fácil. Vai ter que ter lubrificação. Seu marido é compreensivo? Falei “ele tá junto nessa jornada”. Desde que eu tive o câncer, eu abri a porta de casa [para ele sair]. Ele falou “não, tamo junto”. E aí, graças a Deus, eu também entendi que se eu não estimular, se não fizesse relação também, ia ter dor e a gente associa dor no cérebro e fica naquela caixinha. E quando você vai ter de novo, acessa aquela caixinha. Então vamos indo. E foi indo e foi indo. [Hoje] Eu tenho atividade sexual normal. Sou bem ativa. A paliativa transante [risos].

Atualmente, P5 apresenta vida sexual ativa, com prática sexual de três a quatro vezes por semana, mantendo experiência de satisfação sexual mesmo diante das limitações e transformações. Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) também evidenciam boa satisfação sexual, com escore global 4,4. Os escores por domínio foram máximos em comunicação (5), compatibilidade (5) e preocupação pessoal (5), seguidos pelos domínios contentamento (3,5) e preocupação relacional (3,6).

A relação conjugal aparece como um dos principais fatores de proteção para as experiências da participante, incluindo a dimensão sexual. O parceiro é descrito como

altamente participativo, colaborativo e emocionalmente disponível: *“Ele sempre foi muito companheiro. Foi em todas as consultas, ouviu tudo, participou de tudo. Ele abriu a cabeça junto comigo [...] Entendeu que eu deveria ser mais estimulada, às vezes uma besteirinha no ouvido, às vezes um carinho.”* A comunicação é aberta, fluida e permeada por humor e intimidade: *“A gente conversa sobre tudo. Não tem tabu. A gente adapta posição, ritmo, tudo. E a gente brinca também.”*

P5 descreve estratégias práticas construídas com a médica ginecologista e com o marido para lidar com as dificuldades sexuais, incluindo uso de lubrificantes e adaptações nas práticas sexuais: *“A gente comprou todos os lubrificantes possíveis. No final, a gente elegeu o óleo de coco como o melhor. Tem em todos os lugares da casa.”* O uso de fisioterapia pélvica foi contraindicado em decorrência de metástase na pélvis. Também indica a relação com o marido como favorecedora para a sexualidade, quando afirma:

A gente tenta manter aqui uma rotina de romance, meu marido manda bilhetinho de manhã, me chama de gostosa, tudo isso ajuda, ele colabora muito, eu acho que também 50% de todo o encanto vem dele, vem dessa colaboração. É muito bonitinho a primeira vez que ele viu um vídeo meu falando sobre sexualidade, eu achei que ele ia ficar envergonhado [...] Ai meu Deus, como ele vai interpretar? [...] Ele falou “nossa, maravilhoso! Parabéns!”.

Quanto à relação com a equipe de saúde, identifica-se lacuna importante na abordagem da sexualidade, como afirma:

Nenhum médico falou comigo sobre sexualidade. Nenhum. [...] Foi muito terrível você passar por um profissional e o profissional falar que não tem o que você fazer. Precisa aceitar que você vai viver sem sua sexualidade. Ninguém me deu uma opção.

P4 demonstra ter assumido posicionamento ativo e crítico relacionado à naturalização das dificuldades sexuais e ausência de prazer na relação em mulheres em cuidados paliativos,

que acabam sendo reproduzidos pelas companheiras de tratamento: *“Eu até brincava. Eu falava: “gente, é a morte da bacurinha? Como assim?”.*

A participante destaca a ausência de preparo dos profissionais, mesmo no contexto dos cuidados paliativos, em que a abordagem da sexualidade não surge de modo sistemático e o tema só aparece a partir de manifestações diretas das pacientes. P5 reforça a necessidade de mudança nesse cenário: *“O médico pergunta se você está bebendo água, indo ao banheiro, mas não pergunta se você transa. Isso faz parte da vida.”*

Além da vivência individual, observa-se que P5 assume um papel ativo na disseminação de informações e no suporte a outras mulheres que vivenciam o câncer, especialmente no que se refere à sexualidade. A participante relata envolvimento direto na organização de espaços de troca e educação em saúde. Além de participar de eventos em que dá depoimentos sobre sua experiência, busca pela ampliação do acesso a informações qualificadas a partir do acesso a profissionais especializados:

A gente trouxe sexólogas, psicólogas. Eu sempre fiz questão de trazer tudo que a gente conhecia. [...] Eu vou num congresso, eu vou nos eventos, então toda vez que eu conheço um profissional eu vou lá e pergunto “você não quer dar uma aula pra gente de graça? Pra minha comunidade?” Porque meu sonho é ver isso divulgado porque eu não quero que pacientes passem pelo que eu passei. [...] Informação salva. Eu fui salva por informações. [...] Existe vida. Mesmo com tudo isso, existe vida. E a sexualidade faz parte dessa vida.

Em síntese, P5 apresenta boa percepção sobre sua qualidade de vida, com satisfação intermediária com a saúde. O domínio físico apresenta maior comprometimento, associado à presença de dor crônica e limitações funcionais decorrentes de metástases ósseas. Embora reconheça mudanças, apresenta preservação da imagem corporal, associada a práticas de autocuidado, atividade física e perda de peso recente. Apesar de dificuldades sexuais iniciais,

há manutenção da atividade sexual com preservação da satisfação sexual, oportunizado pelo acesso a profissionais especializados, tratamentos, como laser íntimo, e recursos para melhorar a lubrificação. A relação conjugal é descrita como próxima, com companheirismo, com comunicação aberta e suporte. Em relação à equipe de saúde, há relato de ausência de abordagem ativa da sexualidade, sendo o acesso a orientações realizado de forma independente, a partir de busca por profissionais especializados.

P6

P6, 54 anos, casada há 34 anos, dois filhos, professora da educação infantil, atualmente aposentada por invalidez, foi diagnosticada com câncer de mama há aproximadamente cinco anos e meio, com metástase hepática identificada no início do processo diagnóstico. Já realizou protocolo quimioterápico, e atualmente realiza injeções com medicação para controle da doença a cada 21 dias. Não houve indicação de cirurgia. P6 apresentou boa resposta clínica e está em controle atual da doença, segundo ela *“Essa vacina está conseguindo controlar eles, deixar eles adormecidos”*. Seu contato com equipe especializada em cuidados paliativos foi apenas esporádico e seu tratamento é conduzido por equipe oncológica.

Quanto à qualidade de vida, P6 apresenta avaliação global intermediária (escore 3), com satisfação com a saúde considerada boa (escore 4 de 5), indicando uma percepção relativamente positiva diante da condição clínica atual, que é de controle da doença. Os domínios psicológico (80%) e meio ambiente (82,5%) apresentam bons escores, enquanto os domínios físico (51,42%) e relações sociais (53,33%) indicam maior comprometimento.

O relato de P6 confirma impacto importante na dimensão física, especialmente relacionado à presença de fadiga e limitação funcional: *“Eu sinto cansa, eu faço [atividades em geral], mas devagar e já sinto cansaço”*. Esse impacto se estende para as

atividades de vida diárias, com redução da autonomia e aumento do esforço em tarefas simples: *“Para limpar a minha casa, eu levo o dia inteiro. Eu basicamente fiquei meia lenta, sabe? [...] Eu que faço todo o meu serviço sozinha”*.

Em termos profissionais, antes de adoecer, descreve-se como ativa e envolvida com o trabalho como professora de educação infantil: *“Eu trabalhava na creche, dava aula para as criancinhas, eu gostava [...] Tinha plano de carreira”*. Com o adoecimento, veio a impossibilidade de trabalhar, culminando em aposentadoria por invalidez e impacto financeiro importante: *“Eu aposentei por invalidez. Caiu 90% [do salário]”*. Outra consequência no âmbito social foram mudanças de planos de lazer com a família diante da necessidade de deslocamentos:

Eu não tenho coragem de viajar, só de ir até lá eu já vou cansar [...] A gente tinha planos, sabe? Igual, eu tinha planos com a minha filha, com o meu filho, pra gente viajar, fazer as coisas, mas agora eu não consigo.

Para P6, que é evangélica, a única atividade mantida em relação ao momento anterior ao adoecimento foram as atividades religiosas, como a ida ao culto: *“De vez em quando eu sinto cansada pra não ir, mas eu gosto de ir. É muita força, vai, que lá vai te fazer bem [...] Eu canto, eu louvo a Deus, porque eu gosto demais, eu me sinto bem.”*

Sobre a relação com seu corpo, expressa percepção negativa da própria imagem corporal, relacionadas às mudanças físicas decorrentes do tratamento, resultando em estranhamento em relação à imagem anterior:

Eu me sinto assim um pouco velha, meu rosto ficou meio esquisito, eu me sinto muito envelhecida. [...] Eu olho as fotos antigas, eu era bem diferente, cabelo bonito, solto, a gente saía, passeava, era feliz. [...] Tem dia que eu olho no espelho assim, eu não gosto de ver, entendeu?

No plano conjugal, a relação é descrita como longa, mas pouco estável. Apesar de terem ocorrido mudanças importantes após o adoecimento, o relacionamento já enfrentava desafios anteriores, com pouca intimidade, histórico de traição do companheiro e filho fora do casamento. Apesar da relação conturbada, ao ser questionada sobre sua vida sexual, afirma: *“Era normal minha relação com meu marido, não tinha secreta vaginal, não sentia dor.”* Após cerca de dois anos de tratamento, surgiram alterações fisiológicas importantes: *“Depois de dois anos vem uma secreta tão forte em mim. Dói demais, é horrível.”*

Para P6, a atividade sexual é fortemente marcada por dor, medo e evitação, como expressa: *“Cada hora que eu penso de ter relação... Todo dia eu peço: ‘pai querido, ajuda ele não ter vontade’.* A participante relata ausência de desejo sexual e antecipação da dor que sentirá durante a prática sexual: *“Eu não tenho vontade, eu já fico com medo porque dói demais”.* A experiência sexual é marcada pela ausência total de prazer: *“Não, não tem”.*

Refere uso de lubrificante e óleo de coco como estratégias para manejo do ressecamento, com pouca efetividade: *“Eu pego o lubrificante e passo, e passo óleo de coco também, melhora pouco, mas ainda dói”.* P6 afirma que, apesar de contar para o marido sobre suas dificuldades, ele insiste na relação sexual: *“Eu falo pra ele que arde muito e dói, mas ele pressiona um pouco [...]. Ele finge que não, muitas vezes ele forçou”.*

Segundo P6, a frequência da atividade sexual apresentou redução significativa ao longo do tempo, passando de aproximadamente uma relação a cada quatro dias antes do diagnóstico para meses sem a prática. Para ela, essa redução não ocorreu apenas em decorrência do seu adoecimento: *“Ele não tem mais potência. [...] Faz tempo que ele não me procura. Hoje eu tô assim ‘pai de céu, que bênção para o senhor me dar que ele não me procura’.*

Observa-se também ausência de manifestações de afeto e intimidade no relacionamento: *“Não, não tem carinho, não tem beijo”.* A evitação do contato físico aparece

como estratégia para evitar a relação sexual: *“Eu não quero chegar perto porque senão ele vai querer e eu não dou conta”*. A participante refere não sentir falta de momento afetivos com o parceiro, associando essa ausência à prevenção da dor: *“Pra mim tá bom, porque eu sei que se tiver isso daí vai ter sexo e eu não consigo”*. Ao ser questionada sobre como imagina que seria falar para o companheiro sobre suas dificuldades ou negar a prática sexual, afirma: *“Se eu falar não, eu acho que sim [ele fica bravo]. Ele é agressivo”*.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) corroboram com os dados coletados na entrevista, demonstrando comprometimento significativo da dimensão sexual, com escore global 1, assim como escores mínimos nos domínios de comunicação (1), compatibilidade (1) e preocupação relacional (1), assim como baixa pontuação em contentamento (2,1), e maior pontuação em preocupação pessoal (3,3).

Na relação com a equipe de saúde, foi relatada ausência de abordagem ativa da sexualidade, tanto da equipe oncológica quanto da equipe de cuidados paliativos, sendo o tema trazido pela própria participante: *“Eles não perguntaram nada disso, eu que perguntei”*. A orientação recebida foi limitada ao uso de lubrificantes: *“A médica falou pra usar lubrificante e óleo de coco, só falou isso”*. Para a participante, é importante que profissionais abordem ativamente o tema: *“Acho que eles deviam perguntar. Às vezes a mulher fica com vergonha”*.

Em resumo, P6 apresenta qualidade de vida global intermediária, com boa satisfação com a saúde e maior comprometimento nos domínios físico e de relações sociais, especialmente relacionados à fadiga, limitação funcional e redução da autonomia. Há percepção negativa da imagem corporal, associada a mudanças físicas decorrentes do tratamento e sensação de envelhecimento. Na dimensão da sexualidade, observa-se ausência de desejo, presença de dor intensa, ressecamento vaginal e ausência de prazer, com redução significativa da frequência da atividade sexual e presença de evitação do contato íntimo. A

relação conjugal é longa, mas com desafios anteriores ao adoecimento. Há ausência de intimidade e comunicação, além de insistência do parceiro na prática sexual, mesmo diante das queixas de dor. Em relação à equipe de saúde, refere ausência de abordagem ativa da sexualidade.

P7

P7, 51 anos, casada há nove anos, possui dois filhos de relacionamento anterior, é analista financeiro, com diagnóstico de câncer de mama há aproximadamente sete anos e em acompanhamento em cuidados paliativos há cerca de seis anos. Seu câncer foi diagnosticado já em estágio metastático, em ossos e pulmão, com progressão há cerca de quatro anos. Os tratamentos realizados foram diversos, com quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, mastectomia parcial, hormonioterapia e retirada preventiva de útero e ovários.

No que se refere à qualidade de vida, apresenta avaliação global positiva (escore 4 de 5), bem como avaliação positiva da satisfação com a saúde (escore 4 de 5), indicando percepção favorável diante da condição clínica. Os domínios psicológico (66,66%), relações sociais (73,33%) e meio ambiente (70%) apresentam bons resultados, sugerindo preservação de recursos emocionais, suporte social e acesso a cuidados. O domínio físico (60%), embora inferior aos demais, ainda se mantém em nível intermediário e seu prejuízo pode ser associado à presença de dor e fadiga.

A participante reconhece a presença de limitações físicas importantes, especialmente relacionadas à fadiga oncológica e às dores musculares decorrentes do tratamento, como relata: *“A medicação que eu tomo tem muitas dores musculares, né? Eu percebo, com a idade agora também, que começa a pesar um pouco. As dores já te deixam um pouco mais dolorida”*. Apesar disso, afirma acreditar que vive com boa qualidade de vida.

P7 enfatiza estratégias ativas para enfrentamento e manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida, como a realização de atividade física: *“Quanto mais atividade física eu faço, mais ativa eu fico. E tenho menos dores”*. Outras estratégias são o pilates, além do acompanhamento com equipe multidisciplinar com psicóloga, nutricionista e médica paliativista: *“Tudo visando ter qualidade de vida, né? Porque não adianta a gente sobreviver à doença e depois ficar tudo capenga. Não conseguir levantar da cama, não é isso? Eu quero viver, né?”*.

Atuante na área financeira de grandes empresas, seu último trabalho foi como supervisora de tesouraria. Relata ter mantido o trabalho durante grande parte do tratamento, mesmo diante de limitações importantes, mas, recentemente está afastada e em processo de aposentadoria. Apesar da ruptura com a atividade laboral decorrente do adoecimento, para P7, essa foi uma decisão tomada pensando no investimento em sua saúde global:

Eu me afastei agora, né? Eu nunca me afastei do trabalho para fazer o tratamento [...]. Eu estou num momento que eu preciso aliviar a mente agora. Tenho que tratar muito da saúde emocional, que a gente acaba ficando muito cansada. Se cobra demais, né? Então, vamos cuidar dessa parte aí de qualidade de vida.

O contexto de trabalho, descrito como altamente exigente, com cobranças intensas e pouca compreensão sobre o adoecimento, contribuiu para a decisão de afastamento: *“As pessoas não entendem que você está em tratamento oncológico e que você faz um esforço gigantesco para estar ali”*. Apesar da decisão visando melhoria em sua qualidade de vida, em caso de aposentadoria, também relata preocupações relacionadas à manutenção do plano de saúde e à estabilidade financeira.

Mesmo com plano de saúde ativo, refere impactos financeiros associados ao tratamento, especialmente relacionados a custos não cobertos pelo convênio, como

procedimentos odontológicos decorrentes de efeitos colaterais da medicação: *“Eu tive uma necrose mandibular e eu tive que fazer uma cirurgia aqui na boca. Bem complicada”*.

P7 relata mudanças corporais importantes decorrente dos tratamentos realizados, especialmente ganho de peso e alteração da mama após cirurgia. Sobre a imagem corporal, relata:

É bem complicada [...] O quadrante não ficou bonito, né? Assim, a minha expectativa era fazer a reconstrução, e acabou não fazendo, porque eu tenho a mama muito densa. Aí falou que a cirurgia ia ser um pouco mais complicado pra eu me recuperar, né? [...] Enfim, não fiz. Aí ficou quadrado o peito, assim. Ficou parecendo um pastel. [...] Ah, eu não vou mexer nisso [cirurgia reparadora] agora. Por que? É outra cirurgia invasiva. Você vai ter que sofrer.

Em relação às mudanças no peso corporal, refere: *“essa parte de tá pesada... E a barriga? Tudo que você coloca fica aquela barriga. Eu coloquei um vestido outro dia e me perguntaram se eu tava gestante. Isso é triste pra mim”*. Apesar dos comprometimentos, P7 compreende que são alterações esperadas diante dos tratamentos realizados e que não são passíveis de mudança, demonstrando resignação em relação à imagem corporal atual.

P7 e o marido começaram a namorar logo antes do adoecimento e se casaram durante a pandemia da COVID-19. Sobre o começo do relacionamento, com posterior adoecimento, conta:

Aí começou a namorar. E foi todo aquele alvoroço de começo de relacionamento. Aquela coisa. Foi muito gostoso. A gente era bem afoito nisso, né [risos]? Aí veio a doença. Um balde de água fria. E teve que, bem ou mal, que fazer a quimio. A libido... A minha libido diminuiu um pouco. E teve muitas questões relacionadas à autoimagem, eu acho. Porque cai cabelo. Você não se acha bonita. [...] Eu sempre fui muito vaidosa.

Além dessas mudanças, P7 também refere aparecimento de unhas pretas e manchas no rosto, além de questões fisiológicas, como acidez e assaduras na região vaginal, resultando em dores durante a relação sexual com o parceiro durante as quimioterapias: *“Eu até falei pra ele, você tem certeza que você quer isso pra tua vida? Porque é uma montanha russa. E ele falou, vamos juntos”*.

No plano conjugal, a relação de parceria é descrita como um importante fator de suporte emocional. A participante destaca o envolvimento ativo do parceiro ao longo do tratamento: *“Ele que me ajudou, correu pra marcar os meus exames, pra começar a fazer quimioterapia, essas coisas”*. A relação é marcada por parceria e companheirismo: *“Ele sempre foi muito companheiro, ele tava lá comigo, sentadinho lá do lado, vendo as infusões”*. P7 também refere mudanças positivas na dinâmica do casal após o adoecimento: *“Ele fala pra mim que muita coisa mudou depois do câncer, que ele se viu mais próximo”*.

No que se refere à comunicação, observa-se dificuldades relacionadas à comunicação entre o casal sobre a dimensão sexual, observadas desde as primeiras mudanças até o momento atual:

Tinha coisa que eu via que ele deixava. Acho que ele também ficava meio constrangido de falar [...] É um assunto que a gente não conversa muito a respeito. Eu acho que ele é meio tímido nesse sentido. Ou ele não quer me ofender também, né? [...] Acho que é importante, né? A gente falar a respeito. Eu sou meio tímida também, nesse sentido. [...] Mas é importante, né? Tornar as coisas um pouco mais claras.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) corroboram com essas informações, indicando satisfação sexual global intermediária, com escore global 3, e variações importantes entre os domínios. Observam-se escores mais baixos nos domínios de comunicação (1,3), como observado em seu relato, e contentamento (2,1), enquanto os

domínios de compatibilidade (3,3), preocupação relacional (2,8) e preocupação pessoal (3,1) apresentam valores mais elevados, ainda que intermediários.

P7 afirma manutenção da vida sexual dentro das possibilidades do casal, com atividade variada, de uma vez por mês a meses sem relação sexual. Além dos aspectos fisiológicos, P7 acredita que sua imagem corporal tenha refletido na relação com o parceiro, segundo ela: *“Eu acho que isso dá segurança pra gente, né? Você tá se achando bonita e você vai, né? Eu acho que isso foi uma das questões que me fez afastar um pouco”*. Fatores que influenciam positivamente a prática sexual mencionados por P7, como melhora da lubrificação, foram a fisioterapia pélvica e o uso de óleo de coco durante a relação.

Sobre a relação com a equipe de saúde, refere experiência positiva, especialmente a partir do cuidado multiprofissional e da abordagem paliativa. A participante destaca a importância do acompanhamento integrado e da atuação conjunta dos profissionais: *“Não é um trabalho só de um só, o paliativo é isso, é um trabalho em conjunto”*. A presença de psicóloga, nutricionista e médica paliativista é referida como fundamental para o manejo das diferentes dimensões do adoecimento: *“A nutricionista me orienta, a psicóloga minha é maravilhosa também. Ela tem muita experiência e acaba ajudando bastante”*.

Apesar da avaliação positiva, relata que, ao longo dos tratamentos, não houve abordagem da sexualidade pela equipe: *“Nessa questão da sexualidade, da prática sexual. Não teve mudança quando veio os cuidados paliativos”*. Quando há necessidade informacional, relata ser curiosa e buscar as próprias informações. Também conta que participou de uma roda de conversa em que uma paciente deu dicas sobre o assunto. Segundo a participante, as informações sobre o tema nunca chegaram pela equipe de saúde. Para ela:

A equipe [deve] abordar, sim. Até porque, assim, todo mundo fala. Ah, não pode fazer a unha. Ah, só o cabelo vai cair. Tá, e a questão? Ninguém me falou a questão dessa parte sexual. Ninguém falou que a minha libido ia cair no chão. Porque são temas

que ninguém fala. Mas, né? Não é porque você está com câncer que quer deixar de viver isso. Eu estava no começo de um relacionamento. Pra mim, é imprescindível. Poderia até ser uma conversa que eu teria com ele durante o noivado, por exemplo. Você sabe que eu vou estar em tratamento? Que eu vou ter uma queda de libido? O que a gente vai fazer? Pra gente decidir junto também, né?

É possível constatar que P7 apresenta qualidade de vida global positiva e satisfação com a saúde. O domínio com maior comprometimento foi o físico, marcado pela presença de dor e fadiga decorrentes do tratamento. Foram relatadas alterações estéticas, como ganho de peso e assimetrias decorrente da cirurgia mamária, com impacto negativo na imagem corporal e na sexualidade. Sobre essa dimensão, refere redução da libido e presença de dor durante a prática sexual, além do uso de estratégias como fisioterapia pélvica e lubrificantes como estratégias de manejo. A relação conjugal é marcada por parceria, apoio e proximidade, embora haja dificuldades na comunicação sobre a sexualidade. Em relação à equipe de saúde, há relato de acompanhamento multiprofissional em cuidados paliativos, avaliado de forma positiva, porém sem abordagem ativa da sexualidade ao longo do tratamento.

P8

P8, 44 anos, casada há oito anos, não possui filhos, servidora pública aposentada por invalidez, foi diagnosticada com câncer de mama há quatro anos, tem metástase óssea é considerada paciente em cuidados paliativos desde o diagnóstico: “Eu descobri um câncer de mama já metastático em 2022. Então eu venho tratando o câncer metastático desde janeiro de 2022. Já era metastático ósseo. Até hoje eu continuo com metastático ósseo.” Ao longo do percurso terapêutico, realizou radioterapia, hormonioterapia, radiocirurgia e múltiplos protocolos quimioterápicos, estando atualmente em transição para a quinta linha de tratamento.

P8 apresenta percepção global intermediária de qualidade de vida (escore 3 de 5), bem como satisfação moderada com a saúde (escore 3 de 5). Os domínios psicológico (80%) e meio ambiente (85%) apresentam bons escores. O domínio físico (71,42%) também se mantém relativamente preservado, apesar da presença de metástases ósseas, com relato de dor, considerada variável e controlável. Maior comprometimento foi identificado no domínio de relações sociais (53,33%).

Sobre seu estado geral, afirma: *“Eu estou bem, embora assim, é a primeira vez que eu vou perder cabelo, porque até então todo tratamento meu não tinha queda de cabelo”*. A possibilidade iminente de queda de cabelo, efeito colateral provável do novo protocolo quimioterápico, aparece como um dos elementos de maior impacto no momento atual, especialmente pela visibilidade social da doença: *“Então o que pega nesse momento é isso, né? Essa novidade, porque até então eu faço tratamento, as pessoas não sabem sequer que eu tenho câncer. A hora que você fica careca fica na cara pra todo mundo”*.

Fator importante relacionado à sua qualidade de vida é a presença de dor. Segundo ela, a dor não é constante, estando diretamente relacionada à progressão da doença e à eficácia do tratamento medicamentoso para controle de dor:

Quando o medicamento tá fazendo efeito, as dores vão. Quando tem uma progressão, as dores voltam. [...] Eu sinto que tem uma dor aqui na torácica, tem uns pontos onde, digamos assim, tá pior. Mas não tenho sentido dor. Eu tô me exercitando, tô indo pra academia e não tenho sentido dor.

No momento atual, destaca um período de maior estabilidade, com manutenção das atividades cotidianas e prática de atividade física. Para P8, a dimensão psicológica é uma das que mais demanda atenção: *“O psicológico acho que é uma parte muito importante. Porque a gente tem que estar o tempo todo ali atento e vigilante pra a mente não se sabotar”*. Para ela, uma das principais limitações impostas pelo tratamento com impacto negativo atual é a

necessidade de terapias endovenosas frequentes, que restringem sua autonomia e mobilidade:

“Acho que o que mais tá impactando nesse momento é que eu vou ficar presa aqui, né?

Porque eu vou fazer toda semana [...] Por dois meses”.

Outras mudanças importantes que ocorreram com o adoecimento, mas que são avaliadas como positivas por P8, foram no âmbito laboral e espiritual. A aposentadoria por invalidez, considerada *“a única parte boa dessa doença”*, foi desejada e buscada ativamente pela participante, devido às dificuldades relacionadas às burocracias, como passar regularmente por perícias. Segundo ela, não houve impacto financeiro com a aposentadoria. Outra mudança ocorreu na dimensão espiritual: *“o que mais mudou pra mim foi a questão espiritual. Depois do diagnóstico. Foi quando eu fui buscar o centro espírita e foi quando eu retornei à prática espírita”.*

No que se refere à relação com o corpo, observa-se impacto significativo na autoimagem, associado às alterações físicas decorrentes dos tratamentos, especialmente da terapia hormonal:

Eu sou vaidosa, eu tô sempre fazendo procedimento estético, eu tô sempre tentando melhorar. [...] O tratamento acaba com a gente, né? Assim, colágeno, tudo foi embora. Então eu percebi que eu tô envelhecendo muito rápido. [...] Flacidez, Nossa Senhora, como eu estou flácida. Ah, isso mexeu também com a minha autoestima. Eu não me sinto mais atraente. Sendo bem sincera, se eu não tivesse casada hoje, se eu me separar, eu acho que eu vou ficar sozinha.”

Devido ao quadro metastático, não foi recomendada a realização de mastectomia, o que, para P8, evitou impactos nessa parte do corpo. É possível observar que, para ela, a relação com o corpo, atravessada pelas mudanças estéticas e alterações fisiológicas, está profundamente articulada à vivência de sua sexualidade:

Primeiro que eu não tenho atração. Acabou com os hormônios pra mim, acabou com tudo. E depois que eu realmente não me sinto atraente. De achar que eu vou estar no lugar e alguém vai se interessar por mim. [...] Como se eu não sentisse mais mulher.

No campo da sexualidade, relata ausência completa de desejo e prazer sexual: “*Eu não tenho mais libido. Eu não tenho mais vontade de ter relação. Eu não tenho mais orgasmo*”. A experiência sexual é descrita como marcada por dor intensa e sofrimento: “*É muito doloroso. Nossa, mas como é doloroso. Pra mim é uma obrigação que eu tenho que cumprir. [...] Eu fico querendo cumprir e me livrar*”. A prática sexual assume, nesse contexto, um caráter de obrigação conjugal, associado à manutenção do relacionamento diante do reconhecimento de necessidades sexuais do parceiro: “*Ele gosta muito. Então, infelizmente eu tenho que manter. Ou eu mantenho, ou eu termino o relacionamento. Porque não tem como [...] O homem se manter numa relação sem ter [sexo]...*”

A frequência da atividade sexual é descrita como semanal, ainda que com tentativas de redução: “*Todo final de semana ele quer. Às vezes eu ainda consigo fugir a cada quinze dias, mas normalmente uma vez por semana*”. A prática sexual é associada a desconforto, com prática regular, apesar do sofrimento associado. Segundo P8, apesar de manifestações verbais sobre seu desconforto e ausência de desejo para o marido, há legitimação do desejo e das necessidades sexuais do parceiro, o que contribui para a manutenção da dinâmica.

O ideal seria que eu tivesse vontade e não tivesse dor. Seria melhor para a relação como um todo. Mas a gente tem que trabalhar com a realidade. Então, a realidade é que para mim é um sacrifício. É um sacrifício que eu faço pelo relacionamento. Eu preferia que não tivesse? Preferia. Eu, por mim, não teria mais relação sexual.

No que se refere às estratégias de manejo das dificuldades sexuais, observa-se um percurso marcado por múltiplas tentativas, sem sucesso significativo: “*Eu já tentei de tudo pra melhorar a parte da vagina, do ressecamento*”. A participante relata uso de

radiofrequência, hidratantes vaginais de várias marcas, produtos manipulados, pompoarismo e diferentes tipos de lubrificantes, todos sem resolução do problema: “*Nada resolve*”.

Atualmente, está esperando a chegada de um novo produto receitado pela médica oncologista: “*Eu espero que funcione, mas talvez não funcione*”.

Apesar das dificuldades na dimensão sexual, a relação conjugal é descrita como preservada ou até fortalecida em outros aspectos, especialmente na comunicação e no cuidado: “*Talvez tenha até melhorado, de ter mais comunicação, dele estar mais cuidadoso*”. Segundo P8, há comunicação entre o casal sobre diversos assuntos, inclusive sobre o tratamento, mesmo que o marido não goste de falar sobre o câncer e adote padrão evitativo sobre o assunto.

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) indicam baixa satisfação sexual global, escore 2, com comprometimento em todos os domínios. Observam-se escores reduzidos em contentamento (2,16), comunicação (2,5), compatibilidade (2), preocupação relacional (1,8) e preocupação pessoal (2,8), evidenciando impacto significativo na experiência sexual, corroborando com o relato da participante.

Quanto à relação com a equipe de saúde, refere que, apesar de ser uma paciente paliativa, realiza o acompanhamento majoritariamente com médica oncologista, que trabalha com o olhar dos cuidados paliativos. Refere bom vínculo e confiança com a equipe médica que a acompanha, fazendo viagem interestadual para receber o atendimento, destacando o tratamento humanizado e olhar integral para o paciente.

Apesar do tratamento considerado integral, ao longo de sua trajetória, não houve abordagem ativa da sexualidade, tendo ocorrido exclusivamente por iniciativa da participante: “*É sempre uma queixa minha. [Tem abertura para falar], mas até então ela não prescrevia nada [para ajudar]*”. Embora a condução seja descrita como cautelosa e limitada em relação a esse tema, a abertura para o diálogo com a médica possibilitou a construção

conjunta de estratégias de manejo das dificuldades. Acredita que seja importante que os profissionais de saúde abordem ativamente possíveis demandas relacionadas à sexualidade com suas pacientes.

De modo geral, a qualidade de vida e satisfação com a saúde foram avaliadas por P8 como intermediárias. Apesar de comprometimento físico presente, o maior impacto foi do domínio das relações sociais. Prejuízos na imagem corporal foram significativos, associados a alterações físicas decorrentes do tratamento, como ganho de peso. Na dimensão da sexualidade, observa-se ausência de desejo, prazer e orgasmo, além de dor intensa durante a relação sexual. Apesar de forte desconforto, há manutenção da atividade sexual, que é considerada um sacrifício realizado para atender as necessidades do parceiro. A relação conjugal foi descrita como preservada em termos de comunicação, com intensificação do cuidado do marido após o adoecimento. Em relação à equipe de saúde, há abertura para diálogo, porém não houve abordagem ativa da sexualidade em sua trajetória.

P9

P9, 61 anos, sem filhos, solteira, namora há cerca de oito anos, é administradora, mas atualmente está desempregada. Foi diagnosticada com câncer de mama há cerca de cinco anos e está acompanhamento em cuidados paliativos há aproximadamente quatro anos. *“Eu sempre fui muito preventiva, sempre me cuidei muito. Aí eu passei um problema, perdi minha mãe num trauma, minha mãe foi atropelada, eu sou filha única, não tenho mais familiares, aí foi aquela sequência de períodos difíceis”*. Apresenta metástases no tórax, pulmão e fígado. Os tratamentos realizados foram mastectomia, radioterapia e hormonioterapia.

Em relação à qualidade de vida, P9 apresenta percepção global intermediária (escore 3 de 5) e satisfação com a saúde também moderada (escore 3 de 5). O domínio físico apresenta o maior comprometimento (48,57%), evidenciado pela presença de limitações funcionais

importantes, especialmente relacionadas à dor, fadiga e perda de mobilidade. Outro domínio com escore intermediário foi o do meio ambiente (55%), seguido pelo domínio psicológico (60%) e das relações sociais (73,33%).

A entrevista realizada revela que o impacto no domínio físico é reflexo de intervenções terapêuticas mais agressivas, como a radioterapia e a mastectomia, que resultaram em perda significativa de mobilidade e autonomia: *“Logo depois disso, eu perdi muito a minha mobilidade, me pegou muitas articulações”*. A participante descreve dificuldades em atividades básicas do cotidiano: *“Você começa a ver atividades que eram tão simples e que você já começa a ter muita dificuldade. Pronto. Começa a atingir a autoestima porque você já não tá legal. Então fala “nossa, não sou capaz, não tô conseguindo”*.

Em outros momentos da entrevista, P9 associa os impactos na dimensão física, como perda de autonomia, mobilidade e presença de dores crônicas, ao impacto e riscos para a dimensão psicológica:

O emocional [me preocupa], o que me chateia, me chateia muito, foi muito difícil de eu me adaptar. Eu sempre fui muito proativa, eu sempre fiz minhas coisas sozinhas e eu comecei a ver dificuldade física disso, de não conseguir. [...] Eu tomo muito cuidado com isso, porque te leva pra um caminho que pode te levar à depressão, porque você fica mal, você não consegue fazer coisas básicas.

Prejuízos no âmbito social também foram identificados, especialmente pela percepção de incompreensão sobre suas dificuldades e limitações: *“Tem uma certa dificuldade das pessoas entenderem. Marcou um aniversário? Aí eu levantei, não tô bem... Tem pessoas que às vezes não têm essa compreensão”*. É possível observar que P9 apresenta dificuldades relacionadas à exposição social, especialmente relacionadas às observações e abordagem das pessoas sobre seu adoecimento:

Se eu não tô bem aqui em casa, eu deito, eu sento, eu não preocupo as pessoas [...] Aí você se expõe, aí vem todo mundo “o que que você tá sentindo?” Aí aquelas palavras “tem que ter força, positivismo”, [...] você não tem fé. Então vai te privando do social, isso não é bom, mas ao mesmo tempo é bom, porque você não se expõe.

No âmbito profissional e financeiro, observa-se impacto significativo, com perda de estabilidade econômica e necessidade de reorganização constante para manutenção da vida diária: *“O meu padrão de vida mudou muito.”* A participante relata períodos de extrema vulnerabilidade financeira, inclusive com momentos de insegurança alimentar: *“Teve um dia que eu chorei, porque eu cheguei em casa, eu realmente não tinha quase nada”*. A manutenção da vida cotidiana passou a depender de auxílio-doença e, por um período em que ficou suspenso, do apoio de amigos: *“Eles fizeram um grupo e cada um me dava um pouquinho, então naquela época que eu não tive o auxílio, eu consegui me manter”*.

Segundo a participante, como trabalhava como autônoma e perdeu oportunidades durante a pandemia da COVID-19, época em que descobriu seu adoecimento, desde então, tem dificuldades no campo profissional. Refere limitações físicas e não linearidade do tratamento para a manutenção de um trabalho presencial, assim como dificuldade para conseguir emprego *home office* em sua área. Segundo ela: *“agora eu tô com 62 anos, vou fazer agora em julho, espero conseguir me aposentar, porque aí eu vou ficar um pouco mais estável”*.

Impacto importante na imagem e na aceitação corporal foram observadas pelo relato da participante. As mudanças observadas são decorrentes especialmente da mastectomia e do tratamento hormonal. A participante expressa dificuldade significativa de reconhecimento do próprio corpo: *“Me incomoda muito minha fisionomia, eu não me vejo, eu não consigo me aceitar dessa forma [...] Eu não estou careca porque eu quis raspar o cabelo”*. Essa

percepção também repercute nas interações sociais: *“Quando a gente sai em grupo, eu falo “eu não vou tirar foto” e eu não tiro”*.

A transformação corporal, atravessada pela percepção de envelhecimento e ganho de peso, também apresenta reflexo na funcionalidade: *“Agora o problema é o peso, aí te dói o joelho, não é só estético, é mobilidade. Eu vou andar, ando um pouco, para, ando um pouco, dói a articulação”*.

As dificuldades com a imagem corporal se estendem na relação com o parceiro, com limites na exposição corporal decorrentes da insegurança relacionada à sua imagem corporal: *“Meu namorado não me viu sem lenço, eu demorei muito, muito. A mastectomia, eu demorei para ficar sem regata [...] Ele falou “para mim está tudo bem”. Mas eu não era ele, eu é que tenho que me sentir bem”*.

Ainda que atravessada por questões físicas e emocionais, observa-se preservação da dimensão sexual para P9, tanto por meio de seu relato quanto dos resultados obtidos pela SSS-W (escala de 1 a 5), que indicam alto nível de satisfação sexual global, com escore global 5. Escores elevados foram encontrados em todos os domínios, incluindo contentamento (4), comunicação (4,6), compatibilidade (4,8), preocupação relacional (4,3) e preocupação pessoal (5).

Em seu relato, é possível observar que os principais impactos relacionados à dimensão sexual ocorreram por dificuldades experienciadas pela própria paciente, especialmente decorrentes das mudanças na imagem corporal:

Mas nossa vida sexual não mudou durante a quimioterapia, até a retirada da mama. Não por ele, por mim [...] Até hoje, tem dias que não consigo ficar totalmente nua com ele. Do ano passado pra cá que eu comecei a me soltar mais em relação a isso. Ele, maravilhoso. Nunca tive problema com ele, com relação a isso, com peso. Ele fala: “meu amor, tá tudo bem, você é minha gorditcha”.

Em vários momentos da entrevista, P9 demonstra valorização do companheiro, especialmente em relação à sua postura, suporte, condução da relação e respeito às suas demandas:

Nesse sentido, até acho que eu não o valorizo. Ele me vê e fala que eu não mudei nada. Claro que ele me diz para eu ficar bem, eu sei que eu tive. Mas nós não tivemos nenhuma mudança na parte sexual devido ao meu problema físico. Teve sim, mais por mim, por eu não me sentir à vontade [...] A sexualidade em si eu não tive mudança.

É possível observar que a relação é perpassada por vínculo significativo, com presença de relação afetiva e continuidade da vida conjugal. Não há, na narrativa, centralidade da queixa sexual, o que indica que a dimensão sexual ocupa um lugar menos conflituoso quando comparada a outras dimensões da qualidade de vida, como funcionalidade, imagem corporal e insegurança financeira.

Eu até me surpreendo, na época da quimioterapia, porque tinha dias que eu realmente estava cansada, e ele me respeitava. [...] Não tivemos problema nenhum nesse sentido. [...] Quando não tô bem, eu falo “desculpa, hoje não tô legal”. Eu não faço para agradar de forma alguma.

Segundo P9, houve uma época em que houve alteração da lubrificação com uso de medicação, que foi retomada após interrupção de medicação. Segundo a participante, mesmo durante essa época, em que sentia que a prática sexual machucava, eles buscavam outras estratégias para promover a lubrificação, além do uso de gel, como estimulação antes da penetração, beijos e carícias.

Teve períodos que eu o chamei para conversar e falei “você é jovem, você é um homem ativo [...]”. Eu falei “a amizade vai continuar a mesma, será que não seria bom você procurar uma pessoa que esteja no mesmo ritmo que o seu, porque eu não vou conseguir retribuir o que você está precisando. [...] E ele fala “lá vem você com

essa conversa, se eu estou aqui é porque eu quis”. Então eu acho que eu realmente tive sorte de ter uma pessoa com essa compreensão.

Por fim, no que se refere à relação com a equipe de saúde, relata vínculo importante com sua oncologista, mas pouco contato com equipe de cuidados paliativos. O único contato contínuo foi com a psicóloga da equipe, com retornos esporádicos. Afirma que, por mais que tenha acesso a tratamentos básicos no SUS, enfrenta filas e nem sempre consegue acesso a atendimentos e serviços que considera importante, tendo que esperar encaminhamentos e encaixes, como é o caso atual para a fisioterapia pélvica. Apesar das boas experiências gerais relacionadas a serviços de saúde, afirma que nunca houve abordagem sistemática dos profissionais sobre a dimensão da sexualidade e acredita que a própria equipe oncológica deveria abordar essa questão com os pacientes. Para ela, é fundamental que a equipe de saúde seja empática e acolhedora em relação a qualquer demanda que possa surgir.

De modo geral, P9 apresenta qualidade de vida global intermediária, com satisfação moderada com a saúde e maior comprometimento no domínio físico, relacionado à dor, fadiga e limitações funcionais. Alterações em sua imagem corporal, como aumento de peso e assimetria da mama, resultaram em impacto importante, com repercussões na autoestima, no senso de atratividade e na sexualidade. Apesar disso, houve manutenção da atividade sexual, atualmente considerada normal, com presença de satisfação e prazer. A relação conjugal é descrita como estável, com presença de vínculo afetivo forte. Em relação à equipe de saúde, é acompanhamento em cuidados paliativos com a qual possui bom vínculo, mas nunca houve para abordagem sistemática da sexualidade.

P10

P10, 53 anos, casada há 25 anos, psicóloga, dois filhos, foi diagnosticada com câncer de mama há aproximadamente oito anos, com metástase em linfonodo. Relata que começou a

receber os cuidados paliativos próximo ao diagnóstico, “*ainda que inicialmente isso não fosse chamado como cuidados paliativos*”. Os tratamentos realizados foram radioterapia, quimioterapia e mastectomia. Além do câncer de mama, também passou por tratamento de melanoma.

Em relação à qualidade de vida, P10 apresenta avaliação global intermediária (escore 3, de 5) e baixa satisfação com a saúde (escore 2, de 5). O domínio físico (57,14%) evidencia impacto importante de sintomas como dor, fadiga e limitações funcionais. O domínio de relações sociais (53,33%) também apresenta comprometimento moderado, enquanto o domínio psicológico (76,66%) e o domínio meio ambiente (75,5%) apresentam maior preservação. Ao ser questionada sobre a qualidade de vida atual, reforça a impossibilidade de manutenção da qualidade de vida anterior ao diagnóstico:

Você vai me contar [...] se alguém que você entrevistar disser para você que a qualidade de vida não mudou, porque essa pessoa é uma pessoa que você tem que dar um tratamento especial na sua amostra.

Em relação à dimensão física, relata sintomas persistentes, incluindo dor crônica, neuropatia e alterações do sono:

Eu tenho uma experiência de dor, uma espécie de neuropatia que me acompanha. Tem toda uma questão também do sono, é um sono triturado. [...] Eu passei um mês tendo uma dor que eu não conseguia dormir, que eu não conseguia raciocinar duas ideias, ali eu olhei e falei, cara, assim não vai dar. Desse jeito eu não consigo ficar.

Sobre a dimensão social, a experiência de ser uma pessoa com câncer é descrita como profundamente transformadora e atravessada por perdas e estigmas: “*A experiência de ter câncer, ela é uma experiência muito violenta do ponto de vista do estigma que você ganha de brinde, e é uma experiência também de muitas perdas*”. Além do estigma, relata episódio em que considera ter passado por capacitismo: “*Quando eu fui assumir um cargo, as pessoas me*

disseram *“uma pessoa na sua condição de saúde pode assumir essa função?” O nome disso é capacitismo. Isso é violento”*.

Para P10, o câncer reorganiza as relações sociais: *“Você falar “eu sou uma pessoa em tratamento de câncer de mama” eu digo que as pessoas viram a cabecinha assim, tipo, ela vai morrer”*. Diante das repercussões sociais e dos desafios de ser uma pessoa com câncer, afirma usar do humor como estratégia para o enfrentamento de sua realidade: *“Eu faço muita piada disso, falo muito abertamente disso, me divirto um pouco com a cara das pessoas também”*.

A relação de P10 com seu corpo ocupou espaço central na entrevista realizada. Para ela, a experiência corpórea é marcada por ruptura, estranhamento e dificuldade de reconhecimento:

É um corpo que não me pertence, ele é meu, mas ele não me pertence. [...] Eu tinha 45 anos, sei lá, em uma semana eu me transformei em uma pessoa velha. [...] Eu ganhei peso, isso me incomodou muito, me incomoda, me incomoda a barriga [...] Eu sinto muita saudade de ter um corpo silencioso. Eu não tenho um corpo silencioso, é um corpo barulhento, é um corpo que dói, é um corpo que incomoda, é um corpo ressecado, é um corpo que... São milhares de pequenos enguiços.

A noção de “corpo silencioso” emerge como expressão de um luto por um corpo anterior, que não exigia atenção constante, não produzia dor e não limitava a experiência cotidiana. O corpo atual, por sua vez, é descrito como permanentemente presente, marcado por sintomas e desconfortos, refletindo em uma experiência contínua de vigilância: *“Eu tenho uma sensação de, tem um descompasso, uma experiência radical de não reconhecimento”*.

No campo da sexualidade, a relação com o corpo transformado se articula diretamente à vivência de perda e afastamento. A participante descreve a sexualidade como uma dimensão esvaziada em sua vida: *“Essa é uma das coisas que a gente perde. A gente perde o*

tesão”. Além do ressecamento vaginal, relata perda de sensorialidade: *“Falta sensorialidade mesmo. Eu não sei te explicar. Tem um rebaixamento sensorial”*. Para a participante, esse esvaziamento é marcado por uma mecanização da prática sexual:

O ressecamento vaginal é incômodo. [...] Você passa a ter que ter uma transa cheia de 300 mil coisas, isso enche um pouco o saco. [...] A sexualidade meio que sai do seu cenário, ela desaparece, é muito doido, é uma coisa que vai desaparecendo. [...] Tudo que você sabe até então não serve mais. É um terreno que você não sabe por onde entra. Qual é a sexualidade possível? Qual é a transa possível? Qual é o tesão possível?

Os resultados da SSS-W (escala de 1 a 5) indicam satisfação sexual global satisfatória, com escore geral 4. Escores elevados em foram obtidos em comunicação (4,5) e compatibilidade (4,5), em contraste com contentamento (2,3), preocupação relacional (2) e preocupação pessoal (2,5), evidenciando contraste entre a percepção de boa qualidade relacional, com boa avaliação da comunicação e compatibilidade, mas baixo contentamento com as expressões sexuais e preocupações decorrentes.

Ao ser questionada sobre a frequência da prática sexual, afirma que, apesar de acreditar que ocorra relação uma vez a cada dois meses em média, em geral não há ritmo regular: *“Não é nem tão fácil eu te falar uma frequência, de tão errático que é”*. Para ela, quando ocorrem, as transas são consideradas *“tímidas, com um grau de entristecimento”*.

A relação é descrita como marcada por parceria, intimidade e comunicação, com a presença de expressões de afeto diversas, como carinhos, caminhadas, beijos, saídas para tomar café. Para P9:

Meu marido é um cara bem legal, muito parceiro. [...] Ele aprendeu muito a me ouvir nesse processo, a gente tem um grau de troca muito profundo nesse sentido. [...] Mas

esse [a sexualidade] é como se fosse um pedaço da vida que a gente não sabe onde está.

Apesar do bom relacionamento com o parceiro, como apontado pela SSS-W, há pendências relacionadas à sexualidade, que passa a ser marcada pela presença de um luto.

Para ela:

Falta intimidade. E não é uma intimidade psíquica. É uma intimidade física. [...] Tem hora que dá um pouco de raiva, assim. Que você gostaria que teu corpo estivesse em um outro lugar. Você gostaria de estar se sentindo de um outro jeito. Você se sente roubada de alguma coisa [...] Tem um luto. O câncer tem um luto.

Em relação à equipe de saúde, P10 apresenta uma narrativa crítica aos profissionais de saúde em geral, especialmente em relação à comunicação, à escuta profissional e à valorização das demandas do paciente. A experiência com os serviços de saúde é descrita como frequentemente insatisfatória: *“Eles não te escutam. Escutar é um negócio que não tem”*.

Sobre a sexualidade, afirma que nunca nenhum profissional abordou com ela a questão, informando sobre o que poderia ocorrer em sua vida sexual: *“Isso simplesmente não entra na conversa. É como se não fosse um assunto. A gente tenta descobrir sozinha, se virando com o que dá, tentando entender o que está acontecendo, mas isso faz falta, muita falta”*. Para ela, a abordagem não deve ser complicada, mas acredita ser importante que alguém abra a conversa sobre a sexualidade *“Porque faz parte da vida, não é um detalhe, não é uma coisa menor, não é uma coisa secundária”*. Por fim, reflete sobre a experiência de falar sobre o assunto na entrevista:

É interessante ter tido essa conversa. É interessante eu poder me ouvir falar sobre esse tema, no sentido de que, ainda que seja uma entrevista de pesquisa, poder falar disso abertamente produz espaços, abre brechas também. [...] A experiência de ter

câncer em que o destino seja “você vai morrer”, porque é isso que o mundo te diz o tempo inteiro, como se isso fosse uma novidade, sendo que é pra todo mundo, mas é como se pra você fosse mais... Então isso tira de cena o prazer, a alegria, o humor, as coisas divertidas, as bobagens, as cafonices, como se tudo isso não seja nada perto do que vai acontecer com você. [...] É uma experiência muito esquisita de morrer viva. E aí você vai se perdendo dessas conversas. Por isso acho que também os profissionais não fazem essas perguntas, porque, de alguma maneira, isso não importa.

Em síntese, P10 apresenta qualidade de vida global intermediária, com baixa satisfação com a saúde e maior comprometimento no domínio físico, marcado por dor, fadiga e alterações do sono. Apresenta estranhamento, luto e dificuldade de reconhecimento do próprio corpo, reflexo das decorrentes do adoecimento e dos tratamentos. Na dimensão da sexualidade, houve redução do desejo, ressecamento vaginal, diminuição da sensorialidade e irregularidade na prática sexual. A relação conjugal é marcada por proximidade, com comunicação, parceria e afeto, apesar de dificuldades relacionadas à intimidade no âmbito sexual. Sobre a equipe de saúde, há relato de ausência de abordagem da sexualidade, além de crítica à comunicação e à escuta profissional.

Eixos temáticos

A partir da análise cruzada dos casos, os dados foram organizados em quatro eixos temáticos centrais: 1) Qualidade de vida; 2) Corpo e imagem corporal; 3) Satisfação sexual, sexualidade e relação conjugal; 4) Relação com equipe e sexualidade no cuidado em saúde. Os eixos temáticos serão apresentados a seguir.

1) Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) é um constructo complexo e multifacetado, que deve ser compreendido a partir de múltiplas dimensões, como psicológica, ambiental, social e física (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1995). Os dados encontrados no estudo evidenciaram que, mesmo que todas as participantes apresentem algum nível de impacto negativo na qualidade de vida decorrente do adoecimento oncológico, as experiências são heterogêneas e estão atravessadas por questões estruturais, como condições socioeconômicas; pelas próprias características do adoecimento oncológico e de seus tratamentos, como dor, limitação funcional e fadiga; além de repercussões materiais e imateriais, como mudanças físicas e impacto profissional, psicológico e social.

A escala da WHOQOL-Bref varia de 1 a 5, e valores mais elevados indicam melhor percepção da qualidade de vida no domínio avaliado. Os resultados também podem ser expressos em termos percentuais, ou seja, quanto maior a porcentagem, melhor a percepção relacionada àquela dimensão. De modo geral, os resultados obtidos apontaram uma percepção intermediária e relativamente positiva da qualidade de vida global (média=3,5; DP=0,8), assim como satisfação intermediária com a saúde (média=3; DP=0,8). O desvio padrão indica variabilidade moderada entre as participantes. O resultado geral por domínio encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2

Resultado por domínio do Questionário Breve de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

	Domínio Físico	Domínio psicológico	Domínio das relações sociais	Domínio do meio ambiente
Média (1 a 5)	2,85	3,8	3,33	3,68
Porcentagem	57,14	76,33	66,66	73,75
Desvio Padrão	0,48	0,61	0,73	0,52

Os resultados por domínio mostram maior comprometimento no domínio físico (P1, P4, P6, P8, P10), seguido pelo domínio das relações sociais (P1, P6, P8), enquanto os domínios psicológico e do meio ambiente apresentaram melhores resultados (P2, P3, P5, P7, P10), ainda que afetados. Analisados com os dados obtidos nas entrevistas, os resultados indicam correspondência com a literatura da área, que aponta prejuízos frequentes na qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos (Biswas et al., 2022; Meneguín et al., 2018).

Assim como em Biswas et al. (2022), é possível observar comprometimento especialmente evidente na dimensão do bem-estar físico, em que as demandas mais comuns incluem dor, tristeza, mal-estar, fadiga, falta de energia e dificuldades para a prática sexual, como também identificados no presente estudo. Impactos na realização de atividades de vida diárias, na mobilidade e desconfortos decorrentes desses sintomas estão associados à piora da qualidade de vida em pacientes com câncer em cuidados paliativos (Janecki et al., 2021).

Tais queixas foram relatadas pelas participantes do estudo, ainda que em diferentes intensidades e com impacto também heterogêneo na qualidade de vida geral. A presença de dor foi relatada pela maioria das participantes e foi associada a diferentes causas, como o próprio câncer, especialmente no caso de metástases ósseas, procedimentos, complicações pós cirúrgicas e uso de medicações que causam dores. Para algumas participantes (P3, P5 e P9), a dor, apesar de existente, não apresenta centralidade na experiência. Para outras, ela é frequente, com menor impacto quando controlada (P2, P7 e P8). Entretanto, em alguns casos (P1, P4, P6 e P10), assumiu papel central, com interferência tanto em atividades de vida diária, como em planos de longo prazo.

A fadiga também aparece como uma demanda recorrente, ainda que em intensidades variadas e, para algumas (P1, P4, P6 e P10), repercute em importantes limitações da autonomia e nas atividades diárias. Segundo Piper e Cella (2010), a fadiga pode ser definida

como um estado subjetivo caracterizado por uma sensação de cansaço, além da percepção de diminuição da capacidade tanto para o trabalho físico quanto o mental, sendo um dos sintomas mais prevalentes em pacientes em cuidados paliativos ou em pessoas com câncer avançado. Apesar de afetar significativamente a qualidade de vida, ainda é um sintoma pouco abordado e subtratado nesse público.

Das participantes do estudo, oito foram submetidas à hormonioterapia, sendo comumente associada aos diversos efeitos colaterais manifestados. De acordo com Corpes et al. (2025), a hormonioterapia é uma abordagem terapêutica indicada para pessoas com câncer de mama que apresentam resultado positivo para receptores de estrogênio ou progesterona, sendo indicada em cerca de três quartos dos casos. Alguns dos principais efeitos colaterais são ondas de calor e sudorese, dor musculoesquelética, fadiga, além de repercussões sexuais, como secura vaginal, diminuição da libido e dispareunia (dor persistente durante a relação sexual). O uso associado da hormonioterapia com a quimioterapia pode potencializar as dores musculoesqueléticas, assim como o ganho de peso (Corpes et al., 2025).

A experiência de dor e fadiga também impactaram de modo significativo a atividade laboral da maioria das participantes (P1, P4, P6, P7, P8, P10). Enquanto algumas relatam adaptação, outras referem dificuldades importantes, como instabilidade financeira e desemprego (P1, P6 e P9) e sensação de estagnação e impossibilidade de crescimento profissional (P4). Para P1, P6 e P9, a insegurança financeira é importante fonte de angústia e frustração. Entre as participantes, duas estão aposentadas por invalidez (P6 e P8) e outra está afastada do trabalho e aguardando o trâmite de seu processo. As relações estabelecidas com a aposentadoria foram distintas: enquanto P8, que é funcionária pública, buscou pela aposentadoria e não teve prejuízos financeiros, P6 refere diminuição importante da renda.

A atividade laboral representa importante meio pela qual um indivíduo se manifesta, se identifica e se satisfaz em sua existência no mundo. Algumas enfermidades

frequentemente resultam em limitações físicas que perturbam e impedem o desempenho das tarefas diárias de trabalho, provocando sentimentos que afetam negativamente a qualidade de vida da pessoa adoecida (Formigosa et al, 2018). Além de impactos identitários, de acordo com Akuoko et al. (2022), dificuldades relacionadas à dimensão financeira são comuns em pacientes em cuidados paliativos.

Para algumas participantes, a presença de sintomas físicos gerou impactos na funcionalidade e, consequentemente, na atividade laboral, com reflexos financeiros, que repercutiram diretamente no acesso a recursos de cuidado em saúde, como profissionais especializados e estratégias terapêuticas. Enquanto algumas relataram acesso a diferentes formas de serviços, como fisioterapia pélvica, pilates, psicoterapia e procedimentos estéticos, ainda que com custos elevados (P5, P7 e P8), outras evidenciaram limitações importantes no acesso a recursos que poderiam refletir em melhorias no bem-estar (P1, P6 e P9).

Também no âmbito físico, secura vaginal e dor na relação sexual, associadas especialmente à hormonioterapia, foram relatadas por oito participantes (P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8 e P10). Suas repercussões na dimensão sexual são diversas e serão explorados no terceiro eixo temático, “Satisfação sexual, sexualidade e relação conjugal”. Mudanças corporais também foram relatadas por todas as participantes e repercutiram de forma diversa nos domínios psicológico e social, incluindo sentimentos de estranhamento, perda, estigma e dificuldades de exposição do corpo (P4, P6, P8, P9, P10). Suas repercussões também serão aprofundadas em eixo temático específico, "Corpo e imagem corporal".

Impactos sociais decorrentes do câncer como estigmas, preconceito e isolamento foram apontados por três participantes (P8, P9 e P10). P8 e P9 relataram mudanças na forma como são percebidas socialmente, com dificuldades de exposição do corpo modificado, limitações de situações de interação social e afastamentos. Para Formigosa et al. (2018), é comum que o paciente oncológico enfrente o desafio adicional de ter sua aparência afetada,

tendo que lidar com o estigma, o preconceito e dificuldades relacionais. Esses fatores podem intensificar as consequências psicológicas do adoecimento, criando obstáculo adicional para o enfrentamento do paciente (Formigosa et al, 2018). Desafios na dimensão social também foram apontadas por P10, que relatou experiências de preconceito e capacitismo.

Em cuidados paliativos, o conceito de dor recebe especial atenção, especialmente por não ser compreendida como uma experiência restrita à dimensão física, mas como um fenômeno complexo e multidimensional, frequentemente descrito como “dor total”, como proposto por Cicely Saunders (Gomes-Ferraz et al., 2022). Como observado entre as participantes do estudo, a dor também esteve associada especialmente a fatores emocionais e sociais. Compreende-se que a presença de dor pode intensificar o sofrimento psicológico, ao mesmo tempo em que esses outros fatores também podem amplificar a percepção da dor. Dessa forma, a avaliação e o manejo da dor em cuidados paliativos devem objetivar, além do controle dos sintomas, a redução do sofrimento global do paciente (Gomes-Ferraz et al., 2022).

Mesmo diante do cenário desafiador identificado nos resultados obtidos, também foi possível identificar a mobilização de diferentes estratégias dispendidas pelas participantes para lidar com as repercussões do adoecimento, com reflexos importantes na qualidade de vida. Destacam-se a prática de exercícios físicos (P2 e P7), atividades de lazer (P3, P5 e P8), cuidados com a saúde, como pilates, caminhadas, fisioterapia pélvica (P2, P5 e P7), religiosidade e espiritualidade (P6 e P8), além do uso de humor (P5, P9 e P10). Também houve relato de acesso a profissionais de saúde mental, como psicólogos (P2, P3, P5 e P7) e uso medicações psiquiátricas (P2, P3).

Apesar dos desafios, observa-se que, em alguns casos, a percepção sobre a qualidade de vida geral, mesmo que impactada, manteve-se preservada (P3, P5, P7). Esses resultados sugerem possibilidade de adaptação e estabelecimento de novos parâmetros de qualidade de

vida, especialmente quando estratégias e recursos são mobilizados, como acesso a equipe de saúde qualificada e dispositivos para auxiliar no manejo das repercussões do adoecimento. Entretanto, faz-se importante pontuar que o acesso a estes recursos esteve relacionado às características estruturais de cada participante, especialmente condições socioeconômicas. Nesse sentido, considerando a influência dos determinantes sociais na saúde, os dados reforçam a necessidade de garantia de acesso equitativo a profissionais e dispositivos de saúde pública qualificados.

Também em relação ao acesso a serviços de saúde, das 10 mulheres que participaram do estudo, apenas três (P1, P2 e P7) estavam inseridas em serviço especializado de cuidados paliativos, enquanto as outras tiveram contatos breves e esporádicos com equipe especializada. Assim, apesar de serem paciente elegíveis, a maioria ainda não recebe sistematicamente cuidado paliativo, sendo essa uma importante lacuna na assistência observada, pois contradiz o princípio de abordagem precoce do paciente com diagnóstico de doença grave. Segundo Victor (2021), a inserção antecipada do cuidado paliativo na assistência ao paciente oncológico se relaciona diretamente com a possibilidade de melhoria da qualidade de vida.

Apesar de ser uma prática ainda pouco difundida a nível mundial, a reabilitação paliativa pode ser compreendida, de modo geral, como uma abordagem orientada à funcionalidade, manejo de sintomas, melhoria da qualidade de vida e suporte à vida mesmo diante do declínio e da morte, podendo ocorrer de modo complementar e integrado aos cuidados paliativos. Em contextos marcados por sintomas intensos e dinâmicos, como no caso das participantes do estudo, deve buscar alcançar objetivos que resultem em impactos positivos, alinhados aos valores dos pacientes e familiares, mesmo que limitados em termos de tempo, progressão e agravamento da doença (Rezende et al., 2023).

Estudo realizado por Wang e Ding (2025) mostra que a implementação de estratégias de cuidado paliativo integrado aos cuidados padrões em pacientes com câncer avançado é capaz de ampliar o atendimento das demandas físicas, psicológicas, sociais e espirituais, atuando especialmente no controle de dor, apoio psicológico, cuidados compassivos e envolvimento familiar. Segundo os autores, essa abordagem reflete em aspectos como manutenção de perspectiva otimista em relação à doença, ao tratamento e à vida, alívio da dor e aumento conforto, alívio de estados emocionais negativos, fortalecimento da satisfação e aumento do apoio familiar (Wang & Ding, 2025).

De modo geral, foi possível constatar que os resultados obtidos com os casos realizados ampliam a literatura da área que aponta para importante impacto na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos (Akuoko et al., 2022; Seven et al., 2016). Os principais mediadores da qualidade de vida identificados no presente estudo foram a presença de dor, fadiga, impactos na funcionalidade, com reflexo em atividades de vida diária e na dimensão profissional, preocupações financeiras, acessibilidade aos serviços de saúde, além de questões relacionadas à imagem corporal e sexualidade. Compreende-se que a identificação, abordagem e atuação da equipe nesses mediadores podem contribuir para a melhoria da percepção e experiência da qualidade de vida de pessoas que vivem com o câncer, especialmente quando associadas a estratégias integradas de cuidado, como o manejo adequado da dor e intervenções voltadas à reabilitação e à preservação da funcionalidade.

2) Corpo e Imagem Corporal

A imagem corporal é um constructo multidimensional que envolve as percepções, pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao próprio corpo. Não se restringe à aparência física, abrangendo a forma como o indivíduo percebe seu corpo, os significados atribuídos a ele e as respostas emocionais e comportamentais decorrentes dessa percepção.

Envolve, portanto, experiência subjetiva e dinâmica, influenciada por fatores individuais, sociais e culturais (Banfield & McCabe, 2002).

Mudanças na imagem corporal decorrentes do adoecimento oncológico e consequentes tratamentos constituíram tema central nos dados coletados. Para a maioria das entrevistadas, as transformações corporais resultaram em rompimentos significativos, reposicionando-as no mundo e nas relações, tanto consigo como com os outros. As transformações relatadas foram diversas, decorrentes tanto de cirurgias, especialmente da mastectomia (perda da mama, mama reconstituída, assimetrias e cicatrizes), quanto dos efeitos colaterais de tratamentos realizados, como a hormonioterapia.

As principais repercussões corporais relatadas foram aumento de peso, volume abdominal, alopecia, mudanças na fisionomia, flacidez e percepção de envelhecimento. Apesar de todas as participantes identificarem mudanças, as experiências associadas e o consequente impacto na imagem corporal variou entre elas. Na maioria dos casos (P2, P3, P4, P7, P8, P9), houve impactos negativos, observados a partir de relatos de insatisfação com o corpo e manifestações de sentimentos negativos, como tristeza, frustração e inadequação. É possível observar impacto negativo na autoestima e mudanças comportamentais, como na forma de se vestir, de se relacionar socialmente e na dinâmica com o parceiro.

Das 10 participantes, seis foram submetidas à mastectomia (P1, P2, P4, P7, P9, P10) e referem, em intensidades variadas, impacto na imagem corporal resultante do procedimento. Além da intervenção cirúrgica para retirada do câncer, P1 e P4 passaram por intenso processo de reconstrução mamária, marcado por infecções, reabordagens, dores e frustrações, que ainda está em curso. O alto investimento na reconstrução sugere importante valor da mama na identidade e senso corporal dessas mulheres, que, apesar das dificuldades, continuam buscando alternativas para melhorar a percepção sobre seus corpos.

Impactos na imagem corporal em pacientes oncológicos, especialmente mulheres com câncer de mama, têm sido retratados na literatura (Pereira, 2019; Prates et al., 2014; Scorsolini-Comin et al., 2009; Taylor, 2014; Varela et al., 2017). Revisão da literatura realizada por Muniz e Méa (2025) evidencia que a mastectomia pode resultar em impactos significativos na autoestima e na autoimagem da mulher, especialmente por envolver a percepção de alterações físicas e preocupações estéticas.

Nesse cenário, são comuns reflexos na vivência da sexualidade, que passa a ser atravessada por sentimentos negativos, como vergonha de mostrar o próprio corpo (Muniz & Méa, 2025). Impactos na sexualidade resultantes das transformações corporais foram observados em quatro participantes (P1, P4, P7 e P8) e serão explorados no eixo temático “Satisfação sexual, sexualidade e relação conjugal”. Para essas mulheres, que referem não se sentir mais atraentes e desejáveis, o exercício da sexualidade está fortemente atravessado pelas percepções e sentimentos que possuem em relação à sua imagem corporal.

Na dimensão social e relacional, a preocupação com a exposição do corpo foi relatada por três participantes (P4, P8, P9). Essas experiências envolveram a tentativa de adequação estética, como o uso de próteses externas, mesmo na presença de desconforto (P4), a evitação de contextos de maior exposição corporal (P4), como piscinas, assim como evitação de registros fotográficos em grupo (P9) e evitação de exposição do corpo para o próprio parceiro (P9). Além disso, a visibilidade do corpo oncológico adoecido, como resultante da perda de cabelo, foi relacionada ao estigma e à identificação social como pessoa com câncer (P8, P10).

As mudanças na estética corporal são comumente fonte de sentimentos como angústia, vergonha e constrangimento para mulheres com câncer, contribuindo para experiências de inadequação, dificuldade de pertencimento social e sofrimento psíquico, especialmente diante de padrões culturais de corpo saudável e funcional (Varela et al., 2017; Vas et al., 2019). Além dos temores que acompanham o adoecimento oncológico, é comum o

desafio adicional de ter que lidar com estigmas, preconceito e dificuldade de compreensão sobre sua condição. Nesse sentido, a construção de uma autoimagem distante do considerado “ideal” pode gerar repercussões sociais importantes e intensificar as consequências psicológicas do adoecimento (Formigosa et al., 2018; Scorsolini-Comin et al., 2009).

A partir dos relatos, foi possível observar que, para além do distanciamento do ideal estético feminino, o sofrimento experienciado pelas participantes do estudo está, em um primeiro plano, relacionado ao afastamento da própria imagem e à ruptura com o corpo já conhecido. Essa ruptura pode ser constatada por meio de manifestações como estranhamento, não reconhecimento e não pertencimento ao próprio corpo (P1, P6, P9, P10). Ao relatarem as dificuldades e frustrações atuais, as mulheres do estudo não recorreram diretamente ao ideal estético do corpo feminino culturalmente associado ao corpo ideal e presente no imaginário social como referencial de beleza, mas recorreram ao corpo conhecido, pré-adoecimento.

A perda do corpo anterior, mais funcional, “silencioso”, deu lugar a um corpo adoecido, “barulhento”, trazendo sentimentos de insatisfação, tristeza e revolta, impactando a autoestima, a percepção de atratividade e, até mesmo, resultando em comportamentos evitativos, como dificuldade para se olhar no espelho, se ver em fotos e expor seu corpo ao parceiro. Apesar de ter sido nomeado apenas por uma das participantes (P10), é possível identificar um processo de luto associado à imagem corporal.

Segundo Doka (2006), o luto é uma reação à perda, ou à ameaça de perda, e não está restrito a experiências de morte, podendo ser compreendido como reação diante de diferentes formas de perda, tangíveis ou intangíveis. As perdas e, consequentemente o luto, ocorrem em diversos contextos. Em situações de adoecimento, os lutos englobam a perda de projetos futuros, de funções essenciais, como mobilidade e independência, impactos em atividades laborais, assim como a perda de partes do corpo e a rupturas com a imagem corporal, como observado nos casos apresentados (Doka, 2006).

No contexto do adoecimento oncológico grave, as mudanças corporais tendem a impactar o senso de si, pois envolvem aspectos como a discrepância entre o corpo atual e o corpo anterior, marcando um processo de perdas e de tentativas de adaptação e de valorização das possibilidades ainda existentes (Vas et al., 2019). Esses aspectos puderam ser observados nos resultados do presente estudo, em processos dinâmicos e singulares, com manifestações relacionadas à ruptura com o corpo perdido, tentativas de transformação e adequação do corpo e busca pela adaptação à nova realidade corporal.

Apesar de apontarem mudanças corporais importantes, quatro participantes (P2, P4, P5, P7) apresentaram relação preservada com a imagem corporal, muitas vezes associadas à concepção de necessidade de aceitação e resignação em relação às mudanças. Os relatos envolveram aceitação da mama imperfeita após reconstrução, reconhecimento das limitações, impossibilidade de retomada do corpo anterior, manejo dos incômodos e práticas da autocuidado. Uma das participantes demonstra satisfação com o corpo no momento atual (P5), especialmente após a retomada da prática de atividade física, perda de peso e melhoria na funcionalidade. Observa-se, então, que, diante do complexo cenário, algumas participantes apresentam boa relação com o corpo possível.

De modo geral, os resultados encontrados no presente eixo temático corroboram com Vas et al. (2019), que identificaram frustração resultante da perda de controle sobre o próprio corpo e apego à imagem corporal prévia em mulheres em cuidados paliativos. As transformações corporais identificadas no presente estudo não podem ser analisadas apenas como transformações externas, uma vez que, assim como apontado pelos autores, são transformações que têm potencial de impactar as dimensões identitárias, como gênero, sexualidade e relações sociais.

Conclui-se que a experiência corpórea da mulher com câncer em cuidados paliativos deve ser compreendida de modo multidimensional, atravessada por aspectos pessoais,

culturais e relacionais, com potencial de impacto na qualidade de vida, como apontado na categoria anterior. Apesar disso, para Vas et al. (2019), é possível que essa temática esteja sendo negligenciada dentro da abordagem paliativa. Conclui-se, portanto, que é fundamental que os profissionais estejam atentos para as transformações corporais que podem ocorrer ao longo do tratamento, a fim de oferecer suporte concreto para além do alívio dos sintomas físicos. Para isso, é necessário que haja reconhecimento de que o corpo da pessoa em cuidados paliativos é um corpo vivo, sendo legítimo que suas transformações ocupem espaço de sofrimento, luto, quando possível, adaptação e resignificação.

3) Satisfação Sexual, Sexualidade e Relação Conjugal

Em relação à satisfação sexual, os dados obtidos com o uso da SSS-W apontaram média do escore geral igual a 100 (total de 150, DP=32,15), correspondendo à satisfação global de 66,66%. Os resultados por domínio são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Resultado por domínio da Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W).

	Contentamento	Comunicação	Compatibilidade	Preocupação relacional	Preocupação pessoal
Média (escala de 1 a 30)	16,8	15,3	23,5	17,8	21,4
Desvio Padrão	6	8,8	7,9	7,8	6,78
%	56%	51%	78%	59%	71%

Os resultados obtidos na SSS-W (escala de 1 a 30) indicam que o domínio de compatibilidade foi o que apresentou a maior média (23,5; 78%), indicando percepção satisfatória de alinhamento entre as participantes e seus parceiros. Esse domínio foi seguido pelo da preocupação pessoal (21,4; 71%) e preocupação relacional (17,8; 59%), respectivamente, demonstrando maior desconforto gerado por preocupação com o

relacionamento interpessoal sexual do que por preocupações sexuais pessoais. Os menores escores foram obtidos nos domínios de contentamento (16,8; 56%) e comunicação (15,3; 51%), respectivamente, indicando percepção de satisfação sexual intermediária e possíveis dificuldades na expressão e no compartilhamento de aspectos relacionados à sexualidade com o parceiro.

Apesar de ser tema de interesse recente na literatura da área, os estudos realizados têm apontado para a piora da qualidade da vida sexual e da satisfação sexual em pacientes com câncer em cuidados paliativos (Biswas et al., 2022; Janecki et al., 2021; Vidotti & Queiroz, 2025). Os resultados obtidos no presente estudo também corroboram com estudos da área oncológica, já mais explorada, que mostram ser comum o impacto na sexualidade de mulheres com câncer, decorrente especialmente de desafios como percepção de mudanças na imagem corporal, sentimentos de tristeza, dificuldade em abordar questões relacionadas à sexualidade, além da diminuição da libido e desconforto físico (Varela et al., 2017).

Os resultados obtidos pela SSS-W apontam para uma satisfação sexual intermediária quando o dado é analisado pela média, mas revelam variedade de experiências entre as participantes quando observado pelas variações do desvio padrão nos domínios da sexualidade e pelas entrevistas realizadas. De modo geral, das participantes do estudo, apenas três explicitaram experiências de prazer e satisfação sexual (P3, P5 e P9), mesmo com a presença de mudanças, limitações e adaptações, enquanto seis apresentaram maior comprometimento da prática sexual (P1, P4, P6, P7, P8 e P10), ainda que em intensidades variadas. A caracterização da experiência sexual prévia ao adoecimento e da experiência sexual atual, associada aos escores de contentamento sexual (SSS-W), encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4

Caracterização da experiência sexual prévia ao adoecimento e da experiência sexual atual.

Participante	Experiência sexual prévia ao adoecimento	Experiência sexual atual	SSS-W Contentamento (1-5)
P1	Preservada	Dificuldade na prática sexual	1,8
P2	Preservada	Ausência de prática sexual	5
P3	Preservada	Satisfação na prática sexual	3
P4	Preservada	Insatisfação na prática sexual	1,8
P5	Preservada	Satisfação na prática sexual	3,5
P6	Preservada	Insatisfação na prática sexual	2,1
P7	Preservada	Dificuldade na prática sexual	2,1
P8	Preservada	Insatisfação na prática sexual	2,1
P9	Preservada	Satisfação na prática sexual	4
P10	Preservada	Dificuldade na prática sexual	2,3

A Tabela 4 evidencia que todas as participantes apresentaram percepção de experiência sexual preservada previamente ao adoecimento. Em relação à experiência sexual atual, observou-se heterogeneidade nos relatos: três participantes referiram satisfação na prática sexual (P3, P5 e P9), três relataram insatisfação (P4, P6 e P8), três descreveram dificuldades na prática sexual (P1, P7 e P10) e uma participante relatou ausência de prática sexual (P2). Os escores de contentamento sexual avaliados pelo SSS-W variaram de 1,8 a 5 pontos. Entre as participantes que relataram satisfação na prática sexual, os escores variaram entre 3 e 4 pontos, enquanto aquelas que relataram insatisfação ou dificuldade apresentaram, em geral, escores mais baixos, entre 1,8 e 2,3 pontos. Destaca-se que uma participante (P2), apesar de relatar ausência de prática sexual atual, apresentou escore máximo de contentamento sexual (5), o que sugere a relativização da penetração na satisfação sexual.

A redução da frequência de atividade sexual após o adoecimento foi apontada por cinco mulheres (P1, P4, P6, P7, P10) e é descrita atualmente como baixa ou esporádica. Quatro participantes referiram manutenção da frequência (P3, P5, P8, P9) e uma relatou interrupção da prática sexual com penetração (P2). Em relação ao desejo sexual e à libido,

predominaram experiências de ausência ou redução significativa do prazer sexual (P1, P2, P4, P6, P7, P8, P10). Houve, também, relatos de manutenção (P3, P5, P9). No domínio psicológico, foram identificadas a presença de sentimento de frustração (P1), preocupação com o parceiro (P2 e P4), além de medo e aversão relacionados à prática sexual (P6 e P8).

Dificuldades associadas à dimensão física na prática sexual estiveram presentes em muitos relatos, com destaque para a presença de dor (dispareunia) (P1, P4, P6, P7, P8) e ressecamento vaginal/ausência de lubrificação, apontados pela maioria das mulheres (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 e P10). Também foram identificados outros sintomas, como sangramento (P4), ardência (P6) e assadura (P7). Esses resultados reforçam os achados Roij et al. (2022), que identificaram limitação da relação sexual pelo funcionamento físico em pessoas com câncer em cuidados paliativos associado à piora da satisfação sexual.

Algumas estratégias relatadas para a facilitação da prática sexual foram o uso de lubrificantes, incluindo óleo de coco (P1, P4, P5, P6, P7, P9), a realização de fisioterapia pélvica (P4, P7), o uso de brinquedos sexuais (P3) e ajustes na prática sexual, como mudanças de posição e de estímulo (P1, P4, P9). As avaliações foram positivas, com identificação de melhoria da lubrificação e diminuição do desconforto, com exceção de P8, que refere sucessivas tentativas frustradas de recursos para melhoria da lubrificação e das dores.

Impactos na sexualidade decorrentes das mudanças na imagem corporal estiveram presentes na experiência de três participantes (P7, P8 e P9), como apontado na categoria anterior. Foram relatados sentimentos de não atratividade e insegurança corporal (P7, P8 e P9), assim como perda do senso de feminilidade (P8), indicando autoestima prejudicada pelas mudanças na imagem corporal, com reflexo na sexualidade. Uma das participantes conta que usou por anos regata durante a prática sexual como estratégias de evitação de exposição do corpo para o parceiro (P9).

Sobre a relação com o parceiro, predominaram avaliações positivas, caracterizadas por apoio, cuidado e parceria (P1, P2, P3, P5, P7, P9, P10), bem como pela presença de vínculo emocional e intimidade (P1, P2, P3, P5, P9) e por companheiros descritos como compreensivos, respeitosos em relação às limitações sexuais (P1, P2, P3, P5, P7), assim como preocupados e envolvidos ativamente na busca pela satisfação sexual das companheiras (P1, P3, P5 e P9). Em contraposição, houve relatos de relação sexual desassociada de prazer e realizada para a manutenção conjugal, expressas como dever ou obrigação (P1, P4, P8), preocupação de agradar o parceiro (P1, P4, P8) e sacrifício (P8).

Variações relacionadas à qualidade da comunicação sobre a sexualidade também foram observadas, com percepções de comunicação aberta, dificuldade de comunicação e comunicação das necessidades sexuais sem compreensão. Dificuldades comunicacionais também foram observadas na SSS-W, que apontou o domínio da comunicação (15,3; 51%) como o mais comprometido, com escores mais baixos que o domínio de contentamento (16,8; 56%). As relações conjugais com maior tensionamento na dimensão sexual foram marcadas por dificuldade de comunicação das necessidades sexuais (P4, P7), percepção de dificuldade de escuta e compreensão do parceiro (P8), e medo de manifestar suas demandas (P6).

Estudo realizado por Silva et al. (2023) aponta que os principais fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal são a discrepância do desejo sexual entre os membros do casal, a motivação para atender as necessidades dos parceiros, a auto-revelação sexual (comunicação e compartilhamento sobre as preferências sexuais), o tipo de apego (seguro, com confiança e intimidade *versus* evitativo ou ansioso, com insegurança e sentimentos negativos), e a sensibilidade à aversão sexual do parceiro; e a motivação sexual, ou seja, as razões que levam ao ato sexual.

Considerando os fatores mapeados por Silva et al. (2023), as principais influências negativas na dimensão sexual apontadas pelas entrevistadas parecem decorrer da discrepância

do desejo sexual entre o casal; dificuldades na comunicação; especialmente para a auto-revelação das necessidades sexuais; baixa sensibilidade à aversão ou dificuldades sexuais da parceira; e motivações extrínsecas para o ato sexual, como o sentimento de obrigação como mulher e necessidade de agradar ou atender as demandas do parceiro. Também foram identificados fatores ligados diretamente ao adoecimento oncológico e seus tratamentos, como presença de dor e outros sintomas físicos, diminuição do desejo e do prazer sexual e mudanças na imagem corporal.

O domínio da SSS-W de preocupação relacional, referente à presença de graus subjetivos de desconforto sobre apreensões no relacionamento interpessoal sexual, evidenciou que inseguranças relacionadas às repercussões sexuais na relação conjugal (17,8; 59%) estiveram mais presentes do que preocupações sexuais pessoais (21,4; 71%). Ou seja, para parte das mulheres que participaram do estudo, preocupações relacionadas à possibilidade de frustração e insatisfação do companheiro sobressaíram as possíveis frustrações e insatisfações pessoais relacionadas à dimensão sexual.

Os dados sugerem que a vivência da sexualidade no contexto do adoecimento oncológico paliativo não pode, portanto, ser compreendida apenas a partir de fatores individuais ou fisiológicos, pois é atravessada por fenômenos culturais importantes. Como apontam Foucault (1999) e (Rubin, 2017), a sexualidade da mulher é regulada por normas sociais e relações de poder que naturalizam desigualdades de gênero, controlando, normatizando e moralizando o prazer feminino. Esse cenário sociocultural colabora para a compreensão dos achados, que revelam que a sexualidade, em alguns casos, está distante do prazer pessoal, pois está subordinada ao prazer masculino. Essa subordinação se revela pela associação do sexo à obrigação da mulher, dó, necessidade de agradar o parceiro, ou até mesmo em estratégias coercitivas para a prática sexual.

Assim, alguns fenômenos observados, como a dificuldade de comunicação sobre sexualidade, a vivência da prática sexual como obrigação e a realização do ato sexual para atender às demandas do parceiro, podem ser compreendidos como expressões culturais nas quais a sexualidade feminina permanece vinculada à sustentação do vínculo e à responsividade às necessidades do outro, como aponta Zanello (2018). Para a autora, essa atribuição às mulheres está relacionada ao seu processo de subjetivação cultural e se manifesta no investimento contínuo de tempo, energia e cuidado direcionados ao parceiro, na tendência ao silenciamento de conflitos em nome da preservação do vínculo e na disponibilidade afetiva e sexual, mesmo quando em detrimento dos próprios desejos (Zanello, 2018).

Para Dantas-Berger e Giffin (2005), apesar da emergência de novas possibilidades na dimensão sexual para as mulheres, muitas ainda se sentem em débito conjugal, e acabam cedendo para a relação sexual, que muitas vezes ocorre sob forma de coerção “naturalizada” ou como “cláusula” das obrigações matrimoniais, mesmo na presença de nojo e repulsa. Essa situação de opressão raramente é nomeada como violência. Para Zanello (2014), a coerção sexual, quando naturalizada, invalida o caráter de violência de forma que a própria mulher não a percebe.

Por outro lado, manifestações de autonomia e poder de decisão sobre seus corpos na prática sexual também emergiram nos casos estudados. P3 e P9, por exemplo, afirmaram verbalizar a negativa ao marido quando há procura para a prática sexual, sem correspondência de desejo. No caso de P9, a proposta de separação ocorre como forma de afirmar que não terá relações para satisfazer o parceiro. P3, a participante mais jovem do estudo, afirma que é empática consigo em relação a seus limites sexuais. Além de negar a relação, afirma não se sentir frustrada quando não consegue corresponder às necessidades do parceiro. P2, apesar de se preocupar com o parceiro, não realiza mais prática sexual. Em

geral, foi possível observar melhor percepção de satisfação sexual nos casos em que houve melhor comunicação e compreensão do companheiro, com possibilidade de negociação, respeito às limitações e envolvimento ativo na promoção de prazer sexual para a mulher.

Assim, considerando as mudanças ocorridas nas relações nas últimas décadas decorrente da intensificação do debate sobre identidades, gênero e práticas (Louro, 2018), os resultados obtidos vão ao encontro de Dantas-Berger e Giffin (2005), que identificam indícios de menor tolerância à objetificação e à violência entre as mulheres na atualidade, com maior questionamento de padrões anteriormente naturalizados. Para as participantes mencionadas, houve possibilidade de recusa de relações sexuais indesejadas, expressão de insatisfação e resistência, além da proposta de rompimento da relação, o que reforça mudanças contemporâneas no posicionamento de mulheres em suas relações.

Os dados também revelaram relações de parceria e companheirismo, fatores associados a uma melhor percepção da sexualidade, mesmo em contextos marcados por limitações importantes ou pela ausência de prática sexual com penetração. A sexualidade para além do ato sexual foi observada em relatos que destacam expressões afetivas, como beijo, abraço, carinho, elogios e bilhetes, bem como a preservação da intimidade emocional e a compreensão ampliada da sexualidade, envolvendo cuidado e conexão. Também foram identificados relatos de intensificação da proximidade e do cuidado após o adoecimento (P7 e P8). Esses achados dialogam com Taylor (2014), que identificou que, em casais nos quais um dos parceiros se encontra em cuidados paliativos, a experiência de conexão pode ser mediada por elementos como intimidade para além do toque físico, percepção de apoio, sensação de pertencimento e ausência de sentimento de dívida.

As experiências abordadas no presente estudo reforçam que a sexualidade não deve ser compreendida como restrita à prática sexual e apontam que a satisfação sexual das mulheres com câncer em cuidados paliativos está fortemente vinculada à qualidade da relação

conjugal. Trata-se de uma dimensão complexa, atravessada por múltiplas demandas que se estendem dos aspectos físicos aos psicológicos e relacionais, bem como por manutenções construções histórico-culturais e relações de gênero que ainda regulam a sexualidade da mulher, requerendo, portanto, atenção qualificada da equipe de saúde. Dessa forma, os achados do presente estudo reforçam e ampliam a literatura da área ao evidenciar que a dimensão sexual constitui componente fundamental da vida de pacientes gravemente adoecidos e em cuidados paliativos, devendo ser incorporada de forma sistemática aos planos de cuidado (Mairink et al., 2020; Silva et al., 2022; Vidotti & Queiroz, 2025).

4) Relação com Equipe e Sexualidade no Cuidado em Saúde

Como mencionado em categoria anterior, apesar de todas as participantes do estudo serem consideradas mulheres em cuidados paliativos, apenas três são acompanhadas por equipe especializada e possuem como referências serviços específicos de cuidados paliativos (P1, P2, P7). As outras participantes tiveram contato pontual com esse tipo de cuidado em momentos distintos da trajetória do adoecimento e a maior parte da assistência em saúde atual é realizada por equipes oncológicas. Por terem câncer metastático, doença ameaçadora à vida, são elegíveis para receberem esse tipo de cuidado, assim como se reconhecem como pessoas em paliativas.

Em geral, a relação com as equipes de saúde foi diversa e marcada por experiências ambivalentes. Relações avaliadas como positivas foram caracterizadas pela presença de cuidado humanizado, escuta qualificada, abertura para o diálogo e construção conjunta de estratégias (P2, P3, P4, P7, P8). Em contraposição, foram mencionadas situações de negligência e despreparo profissional (P1, P5). Além disso, foram identificadas falhas na comunicação, incluindo dificuldades de escuta, invalidação da dor, insatisfação com a equipe e abordagem desumanizada e fragmentada (P1, P10).

Em relação à dimensão sexual, predominaram relatos de ausência de abordagem sistemática, tanto pelas equipes oncológicas quanto pela equipe de cuidados paliativos (P1, P3, P6, P7, P9, P10). Em alguns casos, a abordagem ocorreu de forma pontual e superficial, a partir de demandas trazidas pelas próprias participantes, com orientações práticas, como o uso de lubrificante (P2, P6, P8). Foram relatadas lacunas assistenciais e informacionais, com ausência de orientação e suporte (P1, P6, P7, P9, P10). Algumas participantes descreveram a necessidade de buscar ativamente informações sobre questões sexuais (P1, P5 e P10), recorrendo à busca de informações em fontes da internet (P1) ou procura por profissionais especializados (P5).

Também foram identificadas experiências de abordagem ativa e educativa sobre o tema, com escuta, oferta de explicações, orientações, encaminhamentos e construção de estratégias individualizadas (P4 e P5). No caso de P5, houve busca ativa por profissional especializada após atendimentos frustrados e peregrinação entre profissionais que naturalizaram e minimizaram suas queixas sexuais, recomendando a aceitação passiva do prejuízo. As experiências atuais de P4 e P5 são avaliadas como bastante positivas e valorizadas pelas participantes, que elogiaram a abordagem ativa e humanizada das profissionais que as acompanham.

A atitude de profissionais de saúde, especialmente médicos, de naturalizar ou minimizar as dificuldades sexuais decorrentes do tratamento foi mencionada por duas mulheres (P5 e P10). Nesses casos, observou-se reconhecimento e oposição a essa postura profissional, com manifestações que ressaltam a necessidade de valorização da sexualidade como parte intrínseca ao ser humano, em um movimento de afirmação da vida presente e de resistência à experiência de “morrer viva” (P5 e P10). Abordagem reducionista também ocorreu em P2 que, diante da manifestação de insatisfação com o ganho de peso corporal, foi

confrontada com a possibilidade de estar com o peso desejado e adoecida, desconsiderando os aspectos subjetivos relacionados às mudanças enfrentadas.

Esses achados podem ser compreendidos à luz da predominância do modelo biomédico no campo da saúde, que, segundo Scorsolini-Comin et al. (2009), tende a reduzir a doença a um evento estritamente orgânico, desconsiderando estratégias de enfrentamento e as possibilidades transformadoras implicadas no processo de adoecimento. Nesse contexto, a sexualidade feminina tem sido historicamente invisibilizada, sendo frequentemente negligenciada nos atendimentos, tanto em função de lacunas formativas quanto da presença de tabus e da centralidade desse modelo de cuidado. Como consequência, é comum que profissionais apresentem dificuldades na abordagem do tema, o que contribui para que essas demandas sejam tratadas de forma superficial ou não reconhecidas como questões legítimas de cuidado (Sánchez et al., 2013; Kingsberg et al., 2019; Gonzaga, 2022; Mercês & Lima, 2025).

No contexto dos cuidados paliativos, a marginalização da sexualidade também é atravessada por barreiras pessoais e institucionais, como despreparo profissional, insegurança, limitações de tempo, rotatividade das equipes e dependência do estabelecimento de vínculo para a abordagem do tema. Além disso, a permanência de elementos do modelo biomédico também nesse contexto, com centralidade na doença e em sua evolução, contribui para a desvalorização de dimensões subjetivas, como demandas sexuais e relacionais, no cuidado (Barbosa & Vidotti, 2025; Silva et al., 2022; Vassão et al., 2018; Vidotti & Queiroz, 2025).

No caso de mulheres com câncer em cuidados paliativos, essas dificuldades assumem contornos específicos. Estudo realizado por Barbosa e Vidotti (2025) aponta que, embora haja reconhecimento por parte das equipes de saúde sobre demandas relacionadas à sexualidade, é incomum que essa abordagem ocorra de forma ativa. A inexistência de

abordagem sistemática contribui para a negligência do tema, que frequentemente emerge de forma indireta ou apenas a partir da iniciativa das próprias pacientes. Soma-se a isso a inserção tardia dos cuidados paliativos, fazendo com que essas mulheres recebam esse tipo de assistência apenas em fases avançadas da doença, quando outras demandas concorrentes tendem a ser priorizadas (Barbosa & Vidotti, 2025).

Assim, o atravessamento da sexualidade pelo gênero configura um obstáculo adicional para o cuidado integral em cuidados paliativos. Segundo Rubin (2017), a construção social do corpo feminino historicamente restringe a legitimação do prazer da mulher, associando-o à maternidade, à submissão e à moralidade. Nesse sentido, a invisibilização da sexualidade feminina também se reproduz nos atendimentos em saúde, mesmo diante de demandas explícitas, sendo reforçada por formações profissionais centradas em aspectos anatômicos e fisiológicos, que pouco contemplam a dimensão subjetiva e relacional da sexualidade (Sánchez, 2013; Souza et al., 2020).

Ao serem questionadas sobre suas preferências quanto à abordagem da equipe de saúde, as participantes destacaram a importância de que a sexualidade seja discutida desde o diagnóstico, momento em que devem ser apresentados os possíveis impactos e alterações pelas quais poderão passar. Todas consideram que os profissionais devem abordar ativamente o tema, sem depender da iniciativa das pacientes, que podem apresentar vergonha em iniciar o assunto, como referido por P6. Além disso, algumas participantes ressaltaram que essa abordagem deve ocorrer de forma natural e descomplicada, assim como outros aspectos do adoecimento são discutidos, como a queda de cabelo e outros sintomas (P5, P7, P10).

Para que criem contextos para a abordagem adequada da sexualidade, os profissionais devem ser treinados para saber ouvir, compreender e avaliar possíveis demandas sexuais para que possam gerenciá-las, buscando alternativas para o melhor manejo das mudanças na relação entre o casal (Akuoko et al., 2022; Roij et al., 2022). Além disso, profissionais

também devem ser capacitados para identificar casos de vulnerabilidade física e emocional e violência conjugal em mulheres adoecidas, a fim de acolher, avaliar e estabelecer plano resolutivo, com base em protocolos de atendimento a mulheres vítimas de violência (Barbosa & Vidotti, 2025).

No âmbito da relação profissional-usuário, as habilidades comunicacionais mostram-se centrais para a oferta de uma assistência de qualidade, por contribuírem para a humanização e qualificação do cuidado em saúde, devendo ser desenvolvidas por profissionais de todas as especialidades. A escuta ativa, ao evitar suposições e juízos de valor, favorece o acolhimento das falas do paciente e estimula a expressão de pensamentos, sentimentos, valores, crenças e comportamentos. Por meio desses recursos, a comunicação torna-se mais horizontal e respeitosa, podendo impactar positivamente na adesão ao tratamento, na satisfação e no comprometimento do paciente com o cuidado (Seidl et al., 2025).

Nesse cenário, a equipe pode adotar estratégias que favoreçam o diálogo entre pacientes, familiares e equipe de saúde, como a realização de conferências familiares. A conferência familiar configura-se como uma ferramenta importante para a promoção de uma comunicação efetiva, especialmente na abordagem de temas difíceis. A criação de espaços que estimulem a abertura ao diálogo, com possibilidade de mediação de conflitos, pode contribuir para a humanização do cuidado, o empoderamento de pacientes e familiares, a construção de um cuidado centrado no paciente e o aprimoramento do processo de tomada de decisão (Santos et al., 2025).

Para que as demandas sejam atendidas e as lacunas formativas superadas, torna-se necessário investir na formação contínua de profissionais, incluindo não paliativistas, como aqueles da equipe multiprofissional oncológica, desde a graduação e ao longo da prática (Peeler et al., 2025). É necessário, também, que a formação dos profissionais de saúde

favoreça o desenvolvimento do trabalho em equipe, considerando a importância da integração entre diferentes saberes e da construção de ações articuladas. Destaca-se, nesse cenário, a relevância da inserção do psicólogo nas equipes, cuja presença é considerada importante para seu funcionamento, embora suas funções nem sempre estejam definidas ou sejam conhecidas pelos demais profissionais (Kohlsdorf & Borges, 2017).

A qualificação do profissional de saúde também é essencial para enfrentar possíveis barreiras na transição do cuidado oncológico para o paliativo, especialmente no que se refere à comunicação sobre o quadro de saúde e os objetivos do cuidado, à valorização da autonomia, ao alinhamento com os valores dos pacientes, à construção de vínculos de confiança, assim como à redução do estigma associado a essa abordagem (Gonçalves et al., 2025).

Considerando que a função sexual está relacionada à qualidade de vida das mulheres e, por isso, a promoção de saúde sexual e de função sexual satisfatória deve ser um foco de profissionais de saúde, o que envolve educação sexual, acesso à informação e cuidados de saúde adequados (Soares et al., 2024). Em se tratando do contexto paliativo e da assistência a mulheres com câncer, torna-se imprescindível o investimento na construção de vínculo, estabelecimento de comunicação acessível, proativa e esclarecedora, educação permanente, subsídio institucional e governamental, além da implementação dos cuidados paliativos precocemente (Barbosa & Vidotti, 2025).

A partir dessas considerações, os dados do presente estudo reforçam o papel da equipe de saúde na abordagem ativa, sistemática e acolhedora de questões relacionadas à sexualidade e à vida sexual, a partir de estratégias e habilidades comunicacionais adequadas para a promoção do cuidado. Como apontado na literatura na área, esse cuidado é especialmente relevante no contexto dos cuidados paliativos, em que os profissionais devem ser capacitados para promover a melhoria da qualidade de vida em suas múltiplas dimensões,

fornecendo o suporte adequado e estabelecendo terapias e tratamentos pertinentes às demandas que possam surgir, melhorando, assim sua qualidade de vida (Janecki et al., 2021; Santos et al., 2016; Seven et al., 2016; Vidotti & Barbosa, 2025; Wang, 2018).

É possível afirmar que os resultados do estudo evidenciam uma contradição central na assistência à mulher com câncer em cuidados paliativos, expressa no descompasso entre a existência de demandas relacionadas à sexualidade, seu reconhecimento pelas equipes de saúde e a ausência de abordagem efetiva. Essa lacuna configura importante falha assistencial, sustentada por fatores estruturais, como a persistência de tabus, a invisibilização do prazer feminino, a herança do modelo biomédico centrado na doença e o baixo investimento na formação profissional, somados às limitações decorrentes do acesso tardio aos cuidados paliativos na realidade brasileira. A não abordagem do tema contribui para manutenção da marginalização da sexualidade feminina na assistência à saúde e, no contexto dos cuidados paliativos, para a potencialização do sofrimento de mulheres que experienciam prejuízos importantes associados ao adoecimento e tratamentos realizados.

Considerações Finais

Os resultados do estudo evidenciam que a dimensão da sexualidade permanece como importante mediadora da qualidade de vida de mulheres em contexto de adoecimento grave. A experiência do adoecimento trouxe repercussões significativas para as participantes, especialmente na funcionalidade, na imagem corporal e na vivência da sexualidade, incluindo mudanças no desejo, no prazer e na relação conjugal, além de processos de perdas e lutos. Os domínios afetados se entrelaçam, refletindo na percepção de qualidade de vida e satisfação global com a saúde.

A sexualidade foi associada à manifestação de vida, em movimento de resistência aos estigmas associados ao diagnóstico de adoecimento oncológico metastático e aos cuidados

paliativos. O estudo reforça a compreensão de que a sexualidade é parte fundamental da experiência humana e se relaciona com a percepção sobre a qualidade de vida. Apesar disso, ainda se encontra invisibilizada na atenção às pessoas em cuidados paliativos, especialmente no caso de mulheres, que estruturalmente já passam pela marginalização de sua sexualidade. Apesar de objetivar oferecer cuidado integral, o não reconhecimento e não abordagem de possíveis demandas na dimensão da sexualidade e da conjugalidade contrapõem o cuidado integral e a promoção de qualidade de vida, princípios que norteiam os cuidados paliativos.

Faz-se importante ressaltar a singularidade das experiências relacionadas à sexualidade e à satisfação sexual. Essas experiências abrangeram desde a ausência total de satisfação até sua preservação, incluindo vivências de atividade sexual associadas tanto ao prazer quanto ao sacrifício e à obrigação, além de evitação da prática, luto pela sexualidade e pelas mudanças corporais, diferentes formas de adaptação, com e sem sucesso, bem como mudanças na forma de vivenciar a afetividade e, em alguns casos, aversão à intimidade conjugal. Apesar dessas singularidades, um ponto em comum entre todas as participantes foi o adoecimento oncológico como ponto de inflexão em suas vidas, com repercussões em múltiplas dimensões, especialmente nos âmbitos pessoal, profissional, social, conjugal e sexual.

De modo geral, a experiência da sexualidade das participantes do estudo foi mediada por múltiplos fatores. Entre eles, destacam-se aspectos relacionados à própria doença e ao tratamento, com suas repercussões, fatores pessoais, que envolvem avaliações e formas singulares de enfrentamento do adoecimento, fatores relacionais, especialmente associados à qualidade da dinâmica conjugal, à comunicação e ao nível de compreensão dos companheiros, aspectos contextuais e culturais, com impactos na imagem corporal, nos estigmas e nas relações de gênero, a qualidade da relação e da comunicação com a equipe de saúde, e, por fim, fatores econômicos, como o acesso a recursos e suporte.

Dessa forma, os resultados reforçam que a sexualidade não pode ser compreendida como um fenômeno estritamente individual, mas como resultado da interação entre múltiplos fatores. No caso dos cuidados paliativos oncológicos, torna-se fundamental que esses elementos sejam identificados no contexto do cuidado a fim de possibilitar intervenções da equipe de saúde voltadas à promoção de mudanças, ao manejo de sintomas, à adaptação às novas condições e ao enfrentamento de possíveis lutos relacionados às perdas.

Entre os mediadores identificados, destacam-se as características da dinâmica conjugal, como qualidade da comunicação, vínculo e postura acolhedora e respeitosa, com reconhecimento dos limites, que se mostraram fundamentais para a experiência global das mulheres do estudo, mesmo nos casos em que dificuldades e limitações estiveram presentes. Observa-se que a sexualidade experienciada com maior qualidade e satisfação também passou por transformações e ganhou outros contornos, com a valorização de outras formas de expressão na relação conjugal. Por outro lado, houve piora da percepção quando a dinâmica levou ao sexo a ocorrer de modo coercitivo, perpassado pela crença de obrigação, débito conjugal ou sensação de ameaça.

Apesar dos casos que indicam a permanência de relações marcadas por subordinação e pela adequação do comportamento sexual da mulher às necessidades do parceiro, observam-se também formas distintas de expressão da sexualidade e presença de vínculos afetivos seguros. A recusa ao ato sexual, a valorização dos limites e a priorização de demandas pessoais indicam transformações nas dinâmicas relacionais entre casais heterossexuais na atualidade, expressando maior autonomia da mulher. Destacam-se, também, relações pautadas no companheirismo, no cuidado e permanência do parceiro, com espaços para negociação e reciprocidade. Tais movimentos podem ser compreendidos como desdobramentos dos avanços teóricos e das mudanças socioculturais impulsionadas por movimentos sociais que tensionam as desigualdades de gênero.

Os dados obtidos reforçam a importância de se considerar as relações de gênero na proposta do cuidado, a partir de olhar amplo e contextualizado, considerando as construções históricas e culturais e transformações recentes em torno da sexualidade da mulher. É imprescindível que o profissional de saúde seja letrado e esteja munido de conhecimento sobre questões referentes ao tema, colocando-se no lugar de construtor – e não apenas reprodutor – das relações dos indivíduos com seus corpos e suas formas de expressões existenciais diante do adoecimento.

Não abordar a temática da sexualidade em pacientes mulheres em cuidados paliativos pode representar a negligência de importante demanda pela equipe de saúde. Assim, o sofrimento relativo à sexualidade da mulher adoecida não deva ser silenciado, devendo o profissional de saúde e pesquisadores da área se posicionarem como questionadores do distanciamento com o qual o tema é tratado. Para isso, devem ser instrumentalizados ao longo de sua formação tanto no campo teórico quanto prático com estratégias práticas para abordagem e condução efetivas de possíveis demandas nesse domínio, atuando tanto como agentes na promoção de qualidade de vida quanto produtores de novos discursos e práticas.

Nesse sentido, torna-se fundamental que demandas relacionadas à saúde sexual sejam abordadas de forma precoce, desde o momento do diagnóstico, de maneira ativa, sistemática e acolhedora pela equipe de saúde, seja oncologista ou paliativista. Tal abordagem deve considerar a dimensão relacional da sexualidade, incluindo o(a) parceiro(a) sempre que necessário, oferecendo espaço de escuta qualificada, acolhimento, orientação e educação em saúde. Além de habilidades interpessoais para a abordagem, é imprescindível que o profissional considere as intersecções que atravessam a dinâmica relacional, como as questões de gênero, levantadas neste trabalho, assim como outras, como raça/cor, etnia, orientação sexual e origem socioeconômica.

Faz-se importante destacar que, a maior parte das participantes, apesar de se reconhecerem como pessoas em cuidados paliativos e terem tido algum contato com a abordagem ao longo do adoecimento, possuem acesso limitado a esse suporte especializado, ainda que já tenham câncer metastático e haja demandas pertinentes à abordagem. São pessoas que, apesar de não estarem em suas fases finais de vida, convivem com o câncer metastático há anos, com prejuízos claros na qualidade de vida recebendo cuidados paliativos apenas de modo tangencial e, em alguns casos, praticamente inexistente. Esse cenário evidencia fragilidades na oferta e na efetividade dos cuidados paliativos, indicando possíveis lacunas na sua implementação e na capacidade de resposta às necessidades dessas pacientes.

Esse resultado reforçam os dados atuais da área que mostram que, apesar de os cuidados paliativos poderem ser destinados a qualquer pessoa com doença ameaçadora à vida, devendo ser inserido o mais precocemente possível, tem sido ofertado especialmente em casos de progressão ou limitação de tratamentos modificadores de doença. Para Pask et al. (2025), o encaminhamento a serviços especializados apenas em fases tardias limita os benefícios da abordagem.

Nesse contexto de potencialidades e desafios, reforça-se a importância de garantir o acesso precoce e universal aos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção do SUS, conforme previsto na Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2024), com a oferta de suporte adequado e interdisciplinar às diferentes demandas ao longo do adoecimento, assegurando integralidade, autonomia e equidade no acesso a profissionais e serviços de saúde, de acordo com as necessidades dos usuários.

Considerando os impactos do adoecimento na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida das pacientes, destaca-se, ainda, a necessidade de avançar na incorporação da reabilitação como componente dos cuidados paliativos, contemplando dimensões físicas e psicossociais, com foco no manejo das limitações e na valorização das potencialidades de

cada paciente. Para isso, também é necessário superar barreiras no contexto brasileiro, especialmente aquelas de ordem sistêmica e cultural, como a associação da reabilitação exclusivamente a objetivos curativos ou restauradores e incompatíveis com os cuidados paliativos, especialmente quando há incompreensão sobre seus princípios entre os próprios profissionais (Rezende et al., 2026).

Do ponto de vista metodológico, as diferentes fontes de captação de participantes resultaram em heterogeneidade no perfil dos casos no que diz respeito à assistência em saúde, incluindo tanto pacientes oriundas de hospital de referência em cuidados paliativos quanto participantes provenientes de grupos online, em sua maioria acompanhadas por oncologistas. Essa característica pode ser considerada uma limitação do estudo, uma vez que se pressupõe que o cuidado oferecido por equipes especializadas apresente especificidades que o diferenciem do acompanhamento exclusivamente oncológico.

Outra limitação importante do estudo foi a não caracterização do perfil socioeconômico das participantes, bem como de aspectos relacionados à raça/cor e etnia, que poderiam ter sido mapeados e explorados, considerando que a saúde e qualidade de vida são mediadas por determinantes sociais, como acesso e disponibilidade de recursos, como identificado nos casos estudados. Sugere-se que estudos sejam realizados considerando essas e outras interseccionalidades na vivência da sexualidade.

Também em relação às características das participantes, nove dos dez casos foram de mulheres com câncer de mama, o que limitou a exploração do tema na relação com outros tipos de adoecimento oncológico e seus possíveis desdobramentos na qualidade de vida e na experiência da sexualidade. Além disso, todas estavam em relações heterossexuais. Sugere-se que estudos futuros sejam realizados considerando perfis mais diversos de participantes. Apesar de não ter sido o foco da presente pesquisa, sugere-se também que estudos sejam realizados considerando a diáde paciente-companheiro, buscando aprofundar a compreensão

na dinâmica estabelecida e na perspectiva de quem experiencia as repercussões da sexualidade por um outro ângulo.

Por fim, também se compreende como limitação o fato de o estudo ser transversal, o que não permitiu a discussão sobre o impacto da temporalidade nos dados coletados, fator importante considerando as diversas etapas ao longo do adoecimento. Recomenda-se que sejam realizados estudos futuros com delineamentos longitudinais, que acompanhem mulheres ao longo das etapas do adoecer e a partir das implicações dos diversos tratamentos possíveis, assim como diante da inserção e/ou ampliação dos cuidados paliativos na assistência. Estudos comparativos entre pacientes que estão efetivamente inseridas em equipes de cuidados paliativos com grupos controles também podem colaborar na elucidação de como essa prática tem influenciado a experiência e a qualidade de vida desse público.

Apesar das limitações, considera-se que os achados do presente estudo podem contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a experiência de mulheres em cuidados paliativos, especialmente no que se refere aos mediadores da qualidade de vida e à sexualidade, dimensão ainda pouco explorada na literatura. Espera-se, ainda, fortalecer a compreensão da sexualidade como dimensão central da experiência humana, mesmo em contextos de adoecimento grave, assim como ampliar o debate sobre o papel ativo da equipe de saúde no atendimento às necessidades integrais dos pacientes, contribuindo para a promoção de bem-estar, qualidade de vida e qualificação da prática profissional.

Referências

Akuoko, C. P., Chambers, S., & Yates, P. (2022). Supportive care needs of women with advanced breast cancer in Ghana. *European Journal of Oncology Nursing*, 58(102142). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102142>

- Banfield, S., & McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37(146), 373-393
- Barbosa, M. T. M., & Vidotti, J. de F. (2025). A sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos: percepções e atuação de profissionais de saúde. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 14, e6183. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2025.e6183>
- Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashreky, S. R. (2022). Quality of life of the câncer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLoS ONE*, 17(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268578>
- Borges, R. P. C., & Kohlsdorf, M. (2017). A prática do cuidado: a psicologia pelo olhar do psicólogo e de equipes de saúde. *Perspectivas em Psicologia*, 21(1), 189-208. <https://doi.org/10.14393/PPv21n1a2017-12>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18, 328 - 352.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Catão, E., Rodrigues, O. M., Vivini, D. H., Finotelli, I., & Silva, F. R. C. S. (2010). Escala de satisfação sexual para mulheres: tradução, adaptação em estudo preliminar com amostra clínica. *Boletim de Psicologia*, 60(133), 181-190.
- Chando, S. C., Haley, E. M., Moore, C. M., & Neault, M. (2021). Introduction to sex-positive palliative care: best practices and interventions. *Journal of Palliative Care*, 24(7), 1111-1116. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0262>
- Corpes, E. F.; Yanez, R. J. V.; Santos, C. P. R. S.; Barbosa; M. D.; Alencar, M. M. S. C.; Almeida, P. C., Fernandes, A. F. C., & Castro, R. C. M. B. (2025). Efeitos colaterais

- da hormonioterapia em pacientes com neoplasia maligna mamária: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(4), e20240536. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0536pt>
- Creswell, J. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens* (3ª ed.). Penso.
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2ª ed.). Sage.
- Dantas-Berger, S. M.; & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade:
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4ª ed.). Sage.
- Doka, K. J. (2006). Grief: the constant companion of illness, *Anesthesiology Clinics of North America*, 24(1), 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.atc.2005.12.005>
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista De Saúde Pública*, 34(2), 178–183. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>
- Fleury, H. J., Pantaroto, H. S. C., & Abdo, C. H. N. (2011). Sexualidade em Oncologia. *Diagnóstico e Tratamento*, 16(2), 86-90.
- Formigosa, J. A. S., Costa, L. S., & Vasconcelos, E. V. (2018). Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 180-189. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.180-189>

- Gomes-Ferraz, C. A., Rezende, G., Fagundes, A. A., & De Carlo, M. M. R. D. P. (2022). Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. *Palliative Care & Social Practice*, 16, 1-12.
<http://doi.org/10.1177/26323524221125244>
- Gonçalves, B., Radojičić, T., Centeno, C., Garralda, E., Martínez, M., Preston, N., Hasselaar, J., & Arantzamendi, M. (2025). The transition from oncology to palliative care: barriers and facilitators explored through an integrative review. *BMC Palliat Care*, 24(1), 215. <http://doi.org/10.1186/s12904-025-01819-x>
- Gonzaga, P. R. B. (2022). Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42(spe), e262847.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>
- Dantas-Berger, S. M.; & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos Saúde Pública*, 21(2), 417-425. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>
- Janecki, M., Kaptacz, I., Janecka, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (2021). A pilot study on the quality of sexual life of patients receiving home palliative care in Poland. *Sexes*, 2, 174–182. <https://doi.org/10.3390/sexes2020015>
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., Gudeman, J., Krop, J., & Simon, J. A. (2019). Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient-Clinician Communications. *Journal of women's health*, 28(4), 432–443. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>
- Louro, G. L. (2018). Pedagogias da sexualidade. In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (4ª ed., pp. 9–34). Autêntica.
- Mairink, A. P. A. R., Gradim, C. V. C., Gozzo, T. O., Canete, A. C. S., Fendrich, L., & Panobianco, M. S. (2020). A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para

- câncer de mama. *Revista Anna Nery*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0360>
- Meneguín, S., Matos, T. D. S., & Ferreira, M. L. S. M. (2018). Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2114-2120. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>
- Mercês, É. C. A. M., & Lima, M. L. C. (2025). Sexualidade feminina e práticas de cuidado: Contribuições e enfrentamentos decoloniais na atenção básica em saúde. *Revista de Desenvolvimento Social e Saúde*, 11(1). <https://doi.org/10.18616/rdsd.v11i1.9572>
- Muniz, L. B., & Méa, C. P. D. (2025). Autoestima e autoimagem em mulheres mastectomizadas: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia e Saúde Em Debate*, 11(1), 815–837. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A1A47>
- Organização Mundial da Saúde (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1410.
- Organização Mundial da Saúde (2020a). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organização Mundial da Saúde (2020b). *Global atlas of palliative care at the end of life* (2ª ed). Worldwide Palliative Care Alliance.
- Organização Mundial da Saúde (2010). Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
- Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., Rocha, E. C., Silva Júnio, J. A., & Freitas, D. (2016). Uma introdução a métodos mistos. *Sociologias*, 18(42), 382-411. <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>

- Pask, S., Murtagh, F. E. M., & Boland, J. W. Palliative care: what's the evidence? *Clinical Medicine*, 25(4), 100320. <http://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100320>.
- Peeler, A., Afolabi, O. A., Sleeman, K. E., Akoum, M. E., Gafer, N., Hammerich, A., & Harding, R. (2005). Confronting global inequities in palliative care. *BMJ Global Health*, 10, e017624. <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017624>
- Pereira, A. L. V. M. H. (2019). *A sexualidade e a intimidade na doença avançada: a perspectiva dos doentes oncológicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].
- Pereira, E. A. L., & Reys, K. Z. (2021). Conceitos e princípios. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva & C S. Pinto (Org.), *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 3-6). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Piper B. F., & Cella D. (2010). Cancer-related fatigue: definitions and clinical subtypes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(8), 958-966. <http://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0070>.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., D'Alessandro, A. A. B., & Veloso, M. F. (2014). Indicadores de insatisfação relacionados à imagem corporal em pacientes submetidas à mastectomia. *Revista Brasileira de Mastologia*, 24(1), 23-8. <http://doi.org/10.5327/Z201400010005RBM>
- Rezende G., Santos, G. M. X., Bacon, I., De-Carlo, M. M. R. P. (2026). Rehabilitation in oncological palliative care, does it exist? A qualitative and multicentre study of healthcare professionals' perceptions. *Clinical Rehabilitation*, 40(1), 103-122. <http://doi.org/10.1177/02692155251387314>
- Rezende, G., Gomes-Ferraz, C. A., Bacon, I. G. F. I., & De Carlo, M. M. R. D. P. (2023). The importance of a continuum of rehabilitation from diagnosis of advanced cancer to

palliative care. *Disability and Rehabilitation*, 45(24),3978-3988.

<http://doi.org/10.1080/09638288.2022.2140456>

- Roij, J., Raijmakers, N., Johnsen, A. T., Hansen, M. B., Thijs-Visser, M., & Poll-Franse, L. (2022). Sexual health and closeness in couples coping with advanced cancer: results of a multicenter observational study (eQuiPe). *Palliative Medicine*, 36(4), 698-707. <https://doi.10.1177/02692163221074541>
- Rubin, G. (2017). *Políticas do sexo*. Ubu Editora.
- Sánchez, F. S., Correales, R. G., López, A. R. J., Blanco, C. S. M., Hernández, R. M. M., & Ubeda, M. J. T. (2013). La anamnesis em la história clínica em salud sexual: habilidades y actitudes. *Semerger*, 39(8), 433-439.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324219>
- Santos, S. F., Azevedo, S. L. F. L., Mollo, L. T., Coutinho, S. M. G., & Teixeira, J. T. (2025). Conferências familiares em cuidados paliativos: uma ferramenta para comunicação de más notícias em um hospice no Distrito Federal. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 8(18), e181872. <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.1872>
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, L. V. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos De Psicologia*, 14(1), 41–50. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100006>
- Seidl, E. M. F., Queiroz, E., Kohlsdorf, M. (2025). Comunicação em saúde: a importância de ações em nível populacional, na relação profissional-usuário e no trabalho em equipe. In M. N. Baptista, D. T. Laloni, M. C. O. S. Miyazaki & A. S. D. B. (Orgs.). *Psicologia hospitalar: teorias, aplicações e casos clínicos*. (4ª ed., pp. 65-78). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Seven, M., Sahin, E., Yilmaz, S., & Akyuz, A. (2016) Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3152-3159.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13280>.
- Silva, C. K. S., Albuquerque, G. T. G. T., & Coutinho-Junior, G. A. (2022). Sexualidade e tratamento oncológico: uma revisão de literatura sobre a comunicação equipe de saúde-paciente. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 26281-26293.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-234>
- Silva, M. J., Alves, C., Oliveira, M., Silva, S., & Figueiredo, M. H. (2023). Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 79-89. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.377>
- Silva, R. M., & Ribeiro, M. A. (2020). Doenças debilitantes e sexualidade do casal. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 18(1), 33-47.
<https://doi.org/10.35919/rbsh.v18i1.408>
- Soares, N. M. M. F., Santana, N. P., & Silva, L. M. G. (2024). Influência da função sexual na qualidade de vida de mulheres em idade fértil: uma revisão integrativa. *Livros Da Editora Integrar*, 22–32. <https://doi.org/10.55811/integrar/livros/4277>
- Souza, J. M. F., Rezende, K. T. A., Pedroso, L. A., & Tonhom, S. F. R. (2020). Women's sexuality: Difficulties, confrontations and performance of health services. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 609–622. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.609-622>
- Taylor, B. (2014). Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: a phenomenological study. *Palliative Medicine*, 28(5) 438-447.
- Varela, A. I. S. V., Rosa, L. M., Sebold, N., Laverde, A. G., Maçaneiro, A., & Erdmann, A. L. (2017). Comprometimento da sexualidade de mulheres com câncer de mama. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 67-71.

- Vas, S., Povey, R., & Clark-Carter, D. (2019). 'I would describe myself as a deformed troll': Using interpretative phenomenological analysis to explore body image struggles among palliative care patients. *Palliative Medicine*, 33(2), 232-240.
<https://doi.org/10.1177/0269216318811723>
- Vassão, F. V., Barbosa, L. R., Moraes, G. M., & Domenico, E. B. L. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 567-571. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800078>
- Victor, G. H. G. G. (2021). Cuidado paliativo precoce. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva & C. S. Pinto (Org.), *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 3-6). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Vidotti, J. de F., & Queiroz, E. (2025). A sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 11(2), 258–270. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A2A15>
- Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, B. A., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L., & Chow, E. (2018). Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 7(2), 256-264. <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2017.10.05>
- Wang, M., & Ding, X. (2025). Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*, 24(1), 162.
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01800-8>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (5ª ed.). Bookman.
- Zanello, V. (2014). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In C. Stevens, S. R. Oliveira, & V. Zanello (Org.), *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas* (pp. 108–118).

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*.

Appris.

Considerações Finais da Tese

A presente seção tem o objetivo de sintetizar os principais resultados da tese, apresentando algumas considerações sobre o trabalho realizado, suas limitações e sugestões futuras, além da avaliação geral da pesquisadora. Tem uma redação diferente dos manuscritos anteriores, considerando as exigências da escrita científica para a publicação de periódicos que direcionaram a elaboração dos capítulos.

A tese teve como objetivo analisar a qualidade de vida e a vivência da sexualidade de mulheres com câncer em cuidados paliativos, considerando suas experiências de satisfação sexual, as mudanças decorrentes do adoecimento e suas repercussões nas relações conjugais, bem como a comunicação com a equipe de saúde sobre o tema e possíveis demandas relacionadas. De modo geral, os objetivos foram atingidos, na medida em que foi possível aprofundar a compreensão sobre a sexualidade como dimensão central da experiência dessas mulheres, evidenciando seus múltiplos atravessamentos e as lacunas existentes na sua abordagem no contexto do cuidado em saúde.

O Capítulo 1 reforçou a compreensão da sexualidade feminina como uma construção histórica e sociocultural, mediada por relações de poder, normas de gênero e outras interseccionalidades que regulam o corpo, o desejo e o prazer. Apesar dos avanços no debate e na consolidação dos direitos sexuais, persistem desigualdades que impactam a autonomia e a legitimação do prazer feminino. No campo da saúde, essas construções configuram barreiras para a abordagem de demandas relacionadas a essa dimensão, especialmente em razão de tabus, lacunas formativas e limitações comunicacionais, contribuindo para sua invisibilização no cuidado. Além disso, foi possível identificar tanto permanências de desigualdades e dinâmicas de poder, expressas na naturalização da submissão e da adequação às demandas do parceiro, quanto movimentos de transformação nas relações conjugais, marcados por maior autonomia, afirmação do desejo, negociação e relações de cuidado.

Como contribuição, o Capítulo 1 foi fundamental para a construção do referencial analítico que orientou a leitura e a interpretação dos dados do estudo empírico apresentados no Capítulo 3. Ao trazer à luz lacunas existentes na abordagem da sexualidade no campo da saúde e discutir essa dimensão a partir de uma perspectiva histórica e sociocultural, forneceu subsídios teóricos para compreender as experiências das participantes e interpretar os sentidos atribuídos à sexualidade.

No Capítulo 2, observou-se que a sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos é impactada por alterações físicas, psicológicas e relacionais decorrentes do adoecimento e de seus tratamentos, com repercussões no desejo, na atividade sexual, na intimidade, na imagem corporal e na autoestima. Apesar de sua relevância para a qualidade de vida, o tema permanece pouco explorado na literatura e raramente é abordado de forma sistemática nos serviços de saúde, evidenciando um descompasso entre as demandas dos pacientes e as práticas assistenciais. Esse cenário revelou a persistente invisibilização da sexualidade no campo dos cuidados paliativos e reforçou a necessidade de ampliar sua consideração na assistência.

Como contribuição, o Capítulo 2 permitiu aprofundar a discussão sobre esse descompasso entre o reconhecimento da sexualidade como dimensão relevante da qualidade de vida e sua limitada incorporação na prática assistencial, além de evidenciar o ainda reduzido investimento da produção científica sobre o tema. Ao confirmar e ampliar os dados ainda escassos da literatura, acredita-se que a presente pesquisa tenha potencial para contribuir para a área da saúde, especialmente para a oncologia e os cuidados paliativos, fortalecendo a compreensão da sexualidade como componente fundamental da qualidade de vida, mesmo em contextos de adoecimento grave.

Por último, o Capítulo 3 evidenciou que a sexualidade permanece como dimensão significativa na vida de mulheres com câncer em cuidados paliativos, ainda que atravessada

por mudanças importantes decorrentes do adoecimento e seus tratamentos, seja na dimensão física ou relacional. As experiências mostraram-se heterogêneas, variando entre redução do desejo e da atividade sexual e sua manutenção, com necessidade de adaptações e valorização de outras formas de intimidade. A qualidade da relação conjugal destacou-se como elemento central, especialmente quando relacionada à comunicação e à postura do parceiro frente às mudanças na dimensão sexual. O estudo também revela lacunas na abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde. Considera-se que a articulação entre revisão narrativa, a revisão integrativa e estudo empírico permitiu uma compreensão ampliada sobre os principais impactos do adoecimento na sexualidade e sobre os fatores que a atravessam.

Em relação à proposta inicial da pesquisa, havia a expectativa de alcançar maior diversidade em relação aos diagnósticos oncológicos, incluindo experiências marcadas por outras repercussões corporais, como amputações e ostomias. Considerando a ampla produção científica sobre sexualidade e imagem corporal no contexto do câncer de mama, buscava-se ampliar a compreensão sobre como a sexualidade pode ser impactada mesmo quando não há comprometimento direto de órgãos culturalmente associados à prática sexual. No entanto, essa diversidade não foi plenamente alcançada na amostra, que foi composta por nove participantes com diagnóstico de câncer de mama como câncer primário.

Também se esperava que as colaboradoras estivessem efetivamente inseridas em equipes especializadas de cuidados paliativos, o que permitiria uma análise mais precisa da relação com a equipe de saúde e das possíveis mudanças decorrentes dessa inserção na abordagem da sexualidade. Como parte das participantes não estava vinculada a serviços especializados ou havia tido contato limitado com esses cuidados, não foi possível explorar a abordagem ou a negligência do tema por parte das equipes de cuidados paliativos, sendo esse um aspecto que pode ser mais explorado em estudos futuros.

A principal dificuldade encontrada para a realização do estudo esteve relacionada à coleta de dados, tanto na captação presencial no HAB quanto pela rede de contatos da pesquisadora. Em relação ao HAB, acredita-se que os desafios estiveram relacionados, sobretudo, ao perfil das pacientes quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Na proposta inicial submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não havia a exigência de que as participantes estivessem em relacionamento estável, considerando-se que a sexualidade não se limita à prática sexual e pode ser vivenciada independentemente da existência de um parceiro. No entanto, a inclusão desse critério foi sugerida pelo CEP como forma de justificar a utilização da Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W), sendo posteriormente acatada pela pesquisadora.

Além disso, após o exame de qualificação, em que foi apresentado estudo de caso com uma paciente recém-chegada ao HAB, foi estabelecido novo critério de inclusão que estabelecia a necessidade de pelo menos dois contatos com a equipe de cuidados paliativos a fim de possibilitar uma avaliação mais consistente dessa abordagem em relação à dimensão da sexualidade. A inclusão desses dois critérios (estar em relacionamento estável e pelo menos dois contatos com equipe especializada) resultou em restrição ainda maior das possibilidades de recrutamento de participantes.

Diante das dificuldades para compor a amostra prevista no projeto inicial (n=12), foi solicitada emenda ao CEP para ampliação das estratégias de coleta, incluindo a utilização da rede de contatos da pesquisadora e a adoção do formato remoto, tendo sido devidamente aprovado. Ainda assim, persistiram desafios na captação de participantes também por essa via, mesmo com a realização de múltiplos contatos com profissionais da área e ampla divulgação em mídias digitais.

Apesar da boa recepção e do reconhecimento da relevância do tema por parte dos profissionais contatados, houve pouco efeito na ampliação da amostra. Além do desafio de

encontrar potenciais participantes que atendessem aos critérios estabelecidos, houve também identificação de barreiras relacionadas às tecnologias utilizadas, como mensagens enviadas pelo *Instagram* que foram entregues, porém não lidas. Esse conjunto de fatores colaborou para que o processo de coleta de dados fosse moroso e desafiador. Ao final, considerando os desafios para a captação de participantes e que os dados coletados atendiam aos objetivos do estudo, a coleta foi encerrada com os 10 casos.

Apesar dos desafios no recrutamento, a partir da identificação de pessoas que atendessem aos critérios da pesquisa e da diminuição de barreiras comunicacionais, como acesso aos números de *WhatsApp*, os encontros remotos puderam ser agendados e, quando necessário, remarcados, o que favoreceu o andamento da coleta. É possível afirmar que a coleta de dados foi um processo rico e significativo, assim como a análise de dados, mesmo diante da demanda de imersão profunda nos dados e trabalho minucioso de leitura, escrita, pesquisa e refinamento. Assim, apesar de intensa, as etapas finais foram realizadas com entusiasmo, e as frustrações e dificuldades enfrentadas no processo deram espaço para retomada do sentido experienciado na idealização do projeto de pesquisa.

Ao longo do processo de coleta de dados, foi possível observar um potencial terapêutico associado à participação na pesquisa, uma vez que as participantes relataram ter encontrado, naquele espaço, uma oportunidade de escuta e acolhimento para uma dimensão frequentemente invisibilizada na assistência. Para algumas das participantes, a entrevista oportunizou um momento de reflexão e elaboração de suas próprias experiências, suscitando questionamentos sobre aspectos até então pouco explorados. Houve manifestações de agradecimento pela atenção e pela possibilidade de falar sobre algo que, em razão da centralidade atribuída à doença e à condição de estar em cuidados paliativos, tende a permanecer silenciado ou negligenciado. O reconhecimento da entrevista como uma

tecnologia social pelas próprias participantes reforça o uso desse recurso para viabilizar a participação das pessoas na solução de problemas que vivenciam diretamente.

Associados às dificuldades relatadas na condução do estudo empírico, houve desafios na elaboração dos estudos teóricos apresentados nos Capítulos 1 e 2. Em relação ao primeiro capítulo, faz-se importante contextualizar que o interesse pelo trabalho com mulheres teve origem na experiência prática da pesquisadora como psicóloga no contexto oncológico. Apesar do interesse no tema como psicóloga e como mulher, essa não é uma área de domínio e experiência no campo teórico e científico da pesquisadora. Como consequência, houve desafios relacionados a essa etapa do trabalho, especialmente quanto ao recorte a ser utilizado na tese, resultando em várias reformulações e reconfigurações da primeira parte até chegar em sua versão final. Quanto ao segundo capítulo, como mencionado na apresentação da tese, a proposta inicial era realizar revisão sobre sexualidade com o recorte de gênero, mais alinhado à proposta da tese. Entretanto, devido à quantidade limitada de estudos encontrados na revisão, houve necessidade de reformulação do objetivo e a ampliação do recorte.

Como discutido nas considerações finais do Capítulo 3, o estudo empírico apresenta algumas limitações. Destaca-se a heterogeneidade das participantes quanto às equipes de referência, incluindo mulheres acompanhadas em serviços especializados e não especializados, públicos e privados, o que limitou a análise do papel dos cuidados paliativos na abordagem na sexualidade. A predominância de casos de câncer de mama também restringiu o acesso a outras vivências oncológicas. A ausência de um mapeamento mais aprofundado do perfil socioeconômico limitou a compreensão de fatores relacionados à qualidade de vida e ao acesso ao cuidado. Por fim, o delineamento transversal não permitiu analisar mudanças ao longo do tempo, especialmente no que se refere à trajetória do adoecimento e à inserção nos cuidados paliativos sobre a sexualidade.

Sugere-se investigações futuras sejam realizadas considerando a centralidade da qualidade das relações conjugais na mediação das experiências de sexualidade, como observado no presente estudo. Para isso, recomenda-se o aprofundamento de pesquisas sobre conjugalidade no contexto oncológico avançado e nos cuidados paliativos, incluindo diferentes configurações relacionais e a perspectiva de parceiros(as). Também se mostra relevante ampliar análises sobre marcadores de gênero e seus efeitos na relação conjugal e na sexualidade, especialmente no que se refere ao comportamento sexual. Além disso, sugere-se maior investimento em estudos que explorem situações de vulnerabilidade e violência, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias assistenciais mais sensíveis e qualificadas para esse contexto.

Além das contribuições mencionadas em cada um dos capítulos, acredita-se que a presente tese contribui para o avanço da produção científica na área por constituir um estudo no contexto latino-americano e abordar um tema ainda pouco explorado em nível mundial, como identificado na revisão integrativa da literatura. Nesse sentido, ao investigar a sexualidade de mulheres com câncer em cuidados paliativos, os resultados evidenciaram que essa dimensão permanece relevante mesmo em contextos de adoecimento avançado, repercutindo na qualidade de vida e reforçando a necessidade de deslocamento de práticas assistenciais centradas em aspectos biomédicos e funcionais para abordagens mais integrais e sensíveis às necessidades dessas mulheres.

Considerando que a consolidação dos cuidados paliativos é historicamente recente no país e que avanços importantes ocorrerão a partir da recente instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2024), acredita-se que o estudo possa contribuir para ampliar a compreensão sobre demandas frequentemente negligenciadas na assistência e favorecer a incorporação da sexualidade como componente legítimo do cuidado integral e da promoção da qualidade de vida. Dessa forma, acredita-se que os resultados podem colaborar para o

fortalecimento e a estruturação dos cuidados paliativos como prática assistencial no contexto brasileiro.

Nesse contexto, espera-se também que os resultados colaborem para os processos de formação e qualificação de profissionais e equipes de saúde, favorecendo a incorporação de estratégias voltadas ao desenvolvimento de competências para uma abordagem qualificada da sexualidade na assistência. Destaca-se a necessidade de capacitação voltada à identificação de situações em que o tema se mostra relevante ao cuidado, ao reconhecimento de momentos oportunos e contextos adequados para sua abordagem e à condução dessas conversas de forma ética, sensível e individualizada. Para além do investimento no desenvolvimento de habilidades relacionais e comunicacionais, considera-se fundamental a capacitação para identificação de possíveis situações de vulnerabilidade e violência, de modo que essa ação seja incorporada aos fluxos institucionais e integrada às redes intersetoriais de cuidado e proteção.

Espera-se, ainda, que este estudo também contribua para as áreas da Psicologia da Saúde e da Psicologia Hospitalar, especialmente no contexto oncológico e paliativo. Esses campos de atuação e pesquisa buscam promover a saúde por meio da consideração dos aspectos subjetivos e psicossociais dos processos saúde-doença, como no caso da qualidade de vida e da sexualidade de pessoas com câncer em cuidados paliativos, foco da presente tese. Diante das lacunas na abordagem dessa temática na assistência, reforça-se o papel do psicólogo na escuta, avaliação e intervenção sobre possíveis demandas, bem como na mediação da comunicação entre pacientes, parceiros e equipe de saúde. Espera-se, portanto, contribuir para o fortalecimento da inserção do psicólogo nos contextos assistenciais em saúde, bem como para a formação de profissionais mais sensíveis à complexidade das experiências humanas e comprometidos com a promoção da qualidade de vida nos diversos contextos.

Anexo A

Questionário breve de qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua	1	2	3	4	5

	capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Anexo B

Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W)

1. Sinto-me satisfeita com minha vida sexual atual.
2. Geralmente sinto que falta algo na minha vida sexual atual.
3. Geralmente sinto que não existe intimidade suficiente em minha vida sexual.
4. Estou contente com a quantidade de expressões sexuais (beijos, carícias, relação...) na minha vida.
5. Não tenho nenhum problema importante ou preocupações sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.).
6. Quão satisfatória é sua vida sexual?
7. Meu parceiro(a) fica na defensiva quando tento conversar sobre sexo.
8. Meu parceiro(a) e eu não conversamos abertamente sobre sexo, ou não conversamos nada sobre sexo.
9. Geralmente me sinto completamente confortável discutindo sobre sexo sempre que meu parceiro deseja.
10. Meu parceiro(a) mostra-se muito à vontade quando quero conversar sobre sexo.
11. Não tenho dificuldades em falar de minhas emoções mais profundas quando meu parceiro(a) quer conversar.
12. Meu parceiro(a) não tem dificuldades em falar de emoções profundas quando eu quero conversar.
13. Geralmente sinto que meu parceiro não é sensível ou atento o suficiente sobre meus gostos ou desejos sexuais.
14. Geralmente sinto que meu parceiro(a) e eu não somos sexualmente compatíveis.

15. Geralmente sinto que as atitudes e crenças de meu parceiro(a) sobre sexo são diferentes das minhas.

16. Às vezes acho que meu parceiro(a) e eu não combinamos nas necessidades e desejos sexuais.

17. Às vezes sinto que meu parceiro(a) e eu não somos fortemente atraídos fisicamente um pelo outro.

18. Às vezes acho que meu parceiro(a) e eu não combinamos no estilo e preferências sexuais.

19. Preocupo-me que meu parceiro(a) se frustre com minhas dificuldades sexuais.

20. Preocupo-me que minhas dificuldades sexuais atrapalhem a relação do casal.

21. Preocupo-me que meu parceiro(a) possa ter um caso devido a minhas dificuldades sexuais.

22. Preocupo-me se meu parceiro(a) está sexualmente insatisfeito.

23. Preocupo-me que meu parceiro(a) perceba-me menos mulher devido a minhas dificuldades sexuais.

24. Sinto que desapontei meu parceiro(a), porque tenho problemas sexuais.

25. Minhas dificuldades sexuais estão me frustrando.

26. Minhas dificuldades sexuais me fazem sexualmente insatisfeita.

27. Preocupo-me se minhas dificuldades sexuais me farão buscar satisfação sexual fora do relacionamento.

28. Estou tão infeliz com minhas dificuldades sexuais que isto afeta minha autoestima.

29. Estou tão infeliz com minhas dificuldades sexuais que isto afeta meu bem estar.

30. Minhas dificuldades sexuais me irritam e me deixam com raiva.

Apêndice A

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

1. Como você está? Como avalia o momento do seu tratamento?
2. Há quanto tempo você está em tratamento?
3. Como isto tem repercutido nas suas relações familiares?
4. Qual seu estado civil?
5. Você considera que sua vida sexual foi impactada pelo diagnóstico oncológico? Se sim, de que forma?
6. O que é sexualidade para você? Como você percebe a sua sexualidade hoje?
7. Como é a sua relação com seu corpo hoje? Houve mudanças a partir do adoecimento oncológico?
8. Como você definiria sua vida sexual atualmente?
9. Qual a frequência da atividade sexual?
10. Há dificuldades na prática sexual? Se sim, quais?
11. Há cuidados específicos para a prática sexual? Se sim, quais?
12. Quais as principais mudanças ocorridas na relação com parceiros sexuais após o diagnóstico oncológico?
13. Houve mudanças após o acompanhamento pelos cuidados paliativos?
14. Como é a comunicação entre você e a equipe de cuidados paliativos? A temática da sexualidade é ou já foi abordada?
15. Você considera importante que a equipe aborde a sexualidade do paciente em cuidados paliativos? Se sim, por quê?

Apêndice B**Questionário Sociodemográfico**

Número da participante:

Idade:

Estado civil: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()

Relacionamento estável com companheiro(a): Sim () Não ()

Tempo de relacionamento (em meses):

Engajamento religioso/espiritual: Sim () Não

Possui filhos: Não () Sim ()

Quantos:

Cidade em que reside:

Estado:

Profissão/Ocupação:

Escolaridade (completa): Educação infantil () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Diagnóstico oncológico:

Tempo de tratamento oncológico (em meses):

Tratamentos realizados: Quimioterapia () Cirurgia () Radioterapia () Outros ()

Tempo de cuidados paliativos (em meses):

Apêndice C

Termo de Concordância de Instituição Coparticipante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Termo de Concordância de Instituição Coparticipante

AUTORIZAÇÃO

Eu, Alexandre Lyra de Aragão Lisboa, diretor do Hospital de Apoio de Brasília, estou ciente de minhas responsabilidades, como instituição coparticipante, no cumprimento da Resolução CNS-MS nº 466/2012 e de suas normas complementares, na realização do projeto de pesquisa Qualidade de vida, sexualidade e satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Janaina de Fátima Vidotti, para conhecer e analisar a qualidade de vida, vivência da sexualidade e percepção sobre satisfação sexual em mulheres com câncer em cuidados paliativos, a partir da aprovação pelo (s) Comitê (s) de Ética em Pesquisa para o(s) qual (is) a CONEP-MS direcionou a deliberação.

Esta instituição também está ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Diretor(a) responsável do Hospital de apoio de Brasília

Alexandre Lyra de A. Lisboa
MUT. 131.897-7 SES/GDF
Hospital de Apoio de Brasília/HAB
Diretor Geral

Nome/Assinatura/Carimbo

Chefe responsável pela Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Apoio de Brasília

Dr. Elza de C. M. Marques
CRP-DF 19007
Cirurgiã Geral

Nome/Assinatura/Carimbo

Página 2 de 2

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
Email: comitedetica.secretaria@gmail.com

Email: comitedetica.secretaria@gmail.com

1611.0117.1145
FAX: 6870

1611.0117.1145
FAX: 6870

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar do projeto “Qualidade de vida, sexualidade e satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos”, sob a responsabilidade da pesquisadora Janaína de Fátima Vidotti. O objetivo desta pesquisa é conhecer a qualidade de vida, a vivência da sexualidade e a percepção sobre satisfação sexual de mulheres com câncer em cuidados paliativos.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de uma entrevista e da aplicação de duas escalas, uma para conhecer sua qualidade de vida e outra para investigar sua satisfação sexual. Também serão realizadas perguntas sobre você, como idade e estado civil, e sobre seu tratamento. A coleta das informações será realizada em dia e horário que você preferir e terá duração média de duas horas, podendo ocorrer em um ou mais encontros. O local em que será realizada a coleta das informações dependerá da sua disponibilidade e interesse, podendo ser presencial, no consultório particular da pesquisadora, que também é psicóloga, em outro local privado que fique adequado para você, ou online, através de chamada de vídeo. Em ambos os casos, deverá ser um local que preserve conforto e sigilo durante toda a coleta de dados.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconforto emocional ou constrangimento, principalmente diante de questões relacionadas ao histórico de adoecimento e tratamentos e questões que abordem sexualidade e práticas sexuais. Diante destes riscos, alguns cuidados a serem tomados serão: coleta em local privado, que garanta livre expressão das emoções; disponibilidade temporal da pesquisadora, que é psicóloga, para seu acolhimento e assistência imediata; se necessário, será prestada assistência integral, através três sessões de apoio psicológico e/ou discussão do caso com equipe responsável pelo seu atendimento na instituição, mediante sua autorização.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre a vivência de mulheres com câncer em cuidados paliativos, auxiliando profissionais de saúde no cuidado integral a esta população e colaborando para que mulheres como você compreendam melhor suas experiências.

Você pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa.

A senhora pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas integralmente pelo orçamento da pesquisa.

A senhora tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB), localizada em Brasília, Distrito Federal, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Janaína de Fátima Vidotti, no telefone (61)991398456, no horário entre 8h e 18h e disponível para ligação a cobrar, ou pelo e-mail janavidotti@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade do pesquisador Janaína de Fátima Vidotti e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de ____ de ____