

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Como abordar a saúde sexual no doente oncológico: barreiras e estratégias

Pedro Lima Santos Moreira Lopes

M

2023



Como abordar a saúde sexual no doente oncológico: barreiras e estratégias

REVISÃO SISTEMÁTICA

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Estudante:

Pedro Lima Santos Moreira Lopes

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: pedro.moreira.lopes@gmail.com

Orientador:

Professor Doutor António Manuel Ferreira Araújo

Professor Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Assistente Graduado Sénior de Oncologia Médica do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Porto, maio de 2023

Pedro Lopes

Pedro Lima Santos Moreira Lopes

António Manuel Ferreira Araújo

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Araújo por todo o apoio, sugestões e opiniões.

À biblioteca do Centro Hospitalar Universitário de Santo António pela ajuda na cedência de alguns dos artigos incluídos.

À minha família, amigos e namorada por terem acreditado sempre em mim, pelo seu apoio incondicional e por me desafiarem diariamente a ser melhor.

Resumo

Introdução: A gestão do doente oncológico já não passa apenas pela sua sobrevivência, mas também pela melhoria da qualidade de vida, nomeadamente da sua saúde sexual. Apesar da elevada prevalência das preocupações quanto à sexualidade por parte dos doentes oncológicos e do crescente reconhecimento da necessidade da sua inclusão no tratamento e seguimento de rotina destes doentes, continua a ser uma área de grande necessidade pouco atendida e explorada.

Objetivos: Identificar as barreiras e os fatores facilitadores existentes na comunicação da saúde sexual no doente oncológico e discutir estratégias para melhorar essa abordagem.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática com base numa pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2016 e 2022, através da base de dados bibliográfica eletrónica *PubMed/MEDLINE*, utilizando três conjuntos de termos de pesquisa: “*Sexual Health*”, “*Cancer*” e “*Communication*”. Os dados foram sintetizados usando uma abordagem narrativa.

Resultados: Foram incluídos 48 estudos, 30 dos quais relacionados com barreiras e facilitadores da comunicação sobre a saúde sexual e 18 relativos a estratégias para ultrapassar as dificuldades encontradas. As principais barreiras na perspetiva dos profissionais de saúde centram-se sobretudo na falta de conhecimento/competências e de tempo para discutir estas questões com o doente, acabando muitas vezes por dirigir a sua atenção para outras problemáticas. Por sua vez, os doentes oncológicos destacam o desconforto pessoal como sendo a mais preponderante. No entanto, vários fatores devem ainda ser tidos em conta, desde a existência de crenças erradas a fatores relacionados com a idade, género, cultura e questões psicossociais. Relativamente às estratégias encontradas, estas utilizam diversos meios e focam-se em diferentes dimensões dos cuidados de saúde sexual, nomeadamente fatores relativos ao profissional de saúde, ao doente e organizacionais, e têm efeitos globalmente positivos.

Conclusão: Os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade de abordar a saúde sexual na sua prática clínica de rotina, com o doente a ter também um papel ativo. Esta discussão apresenta várias barreiras que ambos os intervenientes devem ter consciência, tentando superá-las através de estratégias educacionais, de modo a melhorar os cuidados nesta área.

Palavras-chave: Saúde Sexual, Cancro, Comunicação

Abstract

Background: The management of cancer patients is no longer just about their survival, but their quality of life also assumes a preponderant role, namely their sexual health. Despite the high prevalence of concerns about sexuality by cancer patients and the growing recognition of the need for its inclusion in the routine treatment and follow-up of this pathology, it continues to be an area of great unmet need and little explored.

Objectives: Identify existing barriers and facilitating factors in communicating sexual health in cancer patients and discuss strategies to improve this approach.

Methods: A systematic review was carried out based on a bibliographic search of articles published between 2016 and 2022, through the PubMed/MEDLINE electronic bibliographic database, using three sets of search terms: “Sexual Health”, “Cancer” and “Communication”. Data were synthesized using a narrative approach.

Results: Forty-eight studies were included, 30 of which related to barriers and facilitators of communication about sexual health and 18 on strategies to overcome the difficulties found. The main barriers from the perspective of healthcare professionals are mainly centered on the lack of knowledge/skills and time to discuss these issues with the patient, directing their attention to other problems. On the other hand, cancer patients report personal discomfort as being the most preponderant. However, several factors must still be considered, from misconceptions to factors related to age, gender, culture and psychosocial issues. Regarding the strategies found, these use different means and focus on different dimensions of sexual health care for cancer patients, namely healthcare professionals, patient and organizational factors, which have globally positive effects.

Conclusions: Not only the healthcare professionals must take responsibility for addressing sexual health in their routine clinical practice, but also the patient must take an active role. This discussion presents several barriers that both parties must be aware of, trying to overcome them through educational strategies, in order to improve care in this area.

Keywords: Sexual Health, Cancer, Communication

Lista de abreviaturas

Ca - Cancro

DS - Disfunção sexual

EE - Estratégia/intervenção educacional

PdS - Profissionais de Saúde

SS - Saúde sexual

Índice

Lista de Figuras	vi
Lista de Tabelas	vii
Introdução.....	1
Objetivos	2
Metodologia	2
Resultados	4
Discussão.....	11
Conclusões.....	18
Apêndices	19
Referências Bibliográficas	30

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2020 de seleção dos artigos	19
--	----

Lista de Tabelas

Tabela I - Resumo das características gerais dos estudos incluídos sobre barreiras e facilitadores	20
Tabela II - Resumo dos pontos-chave dos estudos incluídos sobre barreiras e facilitadores na comunicação da saúde sexual no doente oncológico.....	21
Tabela III - Principais barreiras e facilitadores identificados na comunicação da saúde sexual no doente oncológico	24
Tabela IV - Resumo dos pontos-chave dos estudos incluídos sobre estratégias para melhorar a comunicação da saúde sexual no doente oncológico.....	25
Tabela V - Resumo dos efeitos das estratégias implementadas para melhorar a abordagem da saúde sexual no doente oncológico	29

Introdução

O aumento da esperança média de vida verificado nas últimas décadas acarretou um acréscimo da incidência de neoplasias.[1] Concomitantemente, o avanço e a melhoria das opções terapêuticas permitem que os doentes oncológicos vivam mais tempo com a doença, levando a uma maior prevalência deste grupo de doenças, atualmente já consideradas como crónicas.[2] Nesse sentido, a gestão do doente oncológico já não passa apenas pela sua sobrevivência, mas também por outra dimensão fundamental e necessária: a qualidade de vida. Assim, vários aspetos funcionais da saúde, previamente ao tratamento, durante o mesmo e no pós-tratamento, ganharam maior visibilidade científica.

A qualidade de vida, para além de outros aspetos, contempla também a saúde sexual (SS), definida pela Organização Mundial da Saúde como um estado de bem-estar físico, mental, emocional e social em relação à sexualidade, constituindo esta última um direito e um dos componentes *major* de uma vida saudável e satisfatória.[3]

A prevalência de problemas sexuais em doentes oncológicos é elevada (as estimativas variam entre os 40% e os 100%), estando estes associados tanto à doença em si, como às consequências dos tratamentos, o que afeta o doente nas suas mais variadas vertentes.[4] É exemplo disso a disfunção sexual (DS) fisiológica (como a disfunção erétil e secura vaginal), as preocupações com a imagem corporal, a falta de libido e o sofrimento no relacionamento íntimo.[5–7] Assim, as preocupações sexuais estão entre os problemas mais comuns, angustiantes e persistentes na qualidade de vida após cirurgia e/ou tratamento médico oncológico.[5,6,8,9]

Nesse sentido, as preocupações com a SS são complexas e todos os aspetos fisiológicos, físicos, psicológicos e culturais devem ser tidos em conta para melhorar a qualidade de vida dos doentes com cancro (Ca).[10]

A inclusão da função sexual às “*Clinical Practice Survivorship Guidelines*” da *National Comprehensive Cancer Network* e de *Guidelines* da *American Society of Clinical Oncology* direcionadas à abordagem dos problemas sexuais em doentes oncológicos, bem como os esforços recentes para sistematizar a avaliação dos mesmos, mostram um crescente reconhecimento da importância de os abordar no acompanhamento do doente oncológico.[11–13]

Contudo, os estudos existentes sugerem que a SS representa uma área de grande necessidade não atendida para os doentes oncológicos, com muitos destes a não receberem assistência ou informação adequadas por parte dos profissionais de

saúde (PdS). No entanto, a SS é um aspeto muitas vezes negligenciado, não só pelos PdS, mas também pelos próprios doentes.[14]

Por isso, deve-se apurar os fatores envolvidos na abordagem da SS individual, tanto por parte do PdS como do doente. A identificação dos pontos de maior dificuldade e a compreensão da etiologia dessa barreira pode ser o ponto-chave para uma comunicação de maior qualidade entre PdS e doente. Alguns estudos vão sugerindo certos fatores relativos a ambas as partes, havendo necessidade de sistematizar esta temática na literatura de acordo com as investigações mais recentes.

Após o conhecimento dos fatores envolvidos na abordagem da SS, é importante averiguar e discutir as várias estratégias descritas na literatura. Estas ferramentas tentarão ajustar a comunicação da SS às preocupações e expectativas do doente, ultrapassando eventuais barreiras, de modo a promover uma melhor SS deste e dos parceiros envolvidos, bem como aliviar o PdS e o doente do peso que o desafio desta abordagem comporta.

As poucas revisões até agora realizadas nesta área muitas vezes não se focaram especificamente no doente oncológico, restringiram os PdS envolvidos ou a tipologia das estratégias adotadas na abordagem.

Assim, uma revisão sistemática abrangente da comunicação PdS-doente sobre preocupações sexuais em oncologia poderá informar sobre estratégias assistenciais e/ou educacionais, numa abordagem multidisciplinar, revelando pontos fortes e limitações na prática clínica atual, com vista a uma melhor prestação de cuidados nesta área.

Objetivos

Os objetivos principais são identificar as barreiras e os fatores facilitadores existentes na comunicação da SS no doente oncológico e discutir estratégias para melhorar essa abordagem.

Metodologia

Estratégia de pesquisa

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados nos últimos sete anos, em inglês, através da base de dados bibliográfica eletrónica *PubMed/MEDLINE*. Utilizaram-se três conjuntos de termos de pesquisa associados com “AND”: “*Sexual Health*”, “*Cancer*” e “*Communication*”, que constassem no título

e/ou resumo. Incluiu-se um “NOT” dos termos “HIV” e “HPV”, de modo a reduzir os falsos positivos. A data da última pesquisa foi 31 de dezembro de 2022.

Crítérios de inclusão e de exclusão

A população incluída abrange indivíduos do género masculino e/ou feminino, com mais de 18 anos, com qualquer tipo e estadio de Ca em tratamento e/ou sobreviventes, em regime de internamento ou ambulatório. Foram excluídos grupos minoritários, nomeadamente a população LGBTQIAPN+.

Foram incluídos apenas artigos originais (todos os tipos de estudos empíricos quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos). Excluíram-se as revisões de literatura.

Estudos que incluíam fatores que afetam a comunicação da SS no doente oncológico, quer por parte do PdS, quer pelo doente, foram incluídos. Foram também consideradas todas as estratégias para melhorar a abordagem da SS do doente oncológico pelo PdS, definida como: qualquer método que permita explorar os problemas e necessidades relacionadas com a intimidade e/ou sexualidade do doente oncológico, não incluindo tratamentos médicos e/ou cirúrgicos específicos da patologia. Todo o tipo de comparações ou controlos foram incluídos.

Seleção dos artigos

Os artigos recolhidos foram revistos por dois autores independentes. Numa primeira fase, os títulos e resumos foram selecionados com base nos critérios de elegibilidade descritos acima e, posteriormente, os textos completos foram analisados.

Síntese dos dados

Extraíram-se os seguintes dados de cada estudo: informações gerais (autores, ano, país), objetivos, métodos, características dos participantes, intervenção, resultados e discussão/conclusões. O processo de seleção foi ilustrado no fluxograma PRISMA (2020). Os resultados e outros dados extraídos foram sintetizados usando uma abordagem narrativa.

Resultados

Resultados da pesquisa

A amostra final consistiu em 48 estudos, que foram analisados de forma sistemática, segundo os objetivos propostos. O processo de seleção encontra-se ilustrado no fluxograma PRISMA (2020), presente na Figura 1.

Visão geral dos estudos sobre os fatores relacionados com a comunicação da saúde sexual

As características gerais dos estudos incluídos relativos a barreiras e facilitadores da abordagem da SS (n=30) estão representadas na Tabela I. Dos 30 estudos, 17 incluem apenas PdS, 10 foram realizados exclusivamente com doentes oncológicos e 3 artigos incluem ambos os intervenientes.

Os estudos foram realizados em vários países, maioritariamente europeus (n=12), seguidos dos Estados Unidos da América (n=10), da China (n=3) e de outros (n=5). O recurso a questionários foi a metodologia mais comum na obtenção de informação (n=16).

Os artigos que se focam nos PdS incluíram maioritariamente diferentes tipos de PdS (n=9) e estes eram sobretudo do género feminino (n=14).

A maioria dos estudos envolveu doentes com Ca da mama (n=6), seguido do Ca da próstata (n=3) e do Ca ginecológico (n=2). A população era sobretudo do género feminino (n=10) e tinha uma relação conjugal (n=11).

Para além das informações que constam na Tabela I, verificou-se que os doentes oncológicos, na sua maioria, eram de meia-idade (40-60 anos). No entanto, a população era frequentemente mais idosa em estudos com doentes com Ca da próstata. Quanto à afinidade populacional e à escolaridade, a maioria da população era caucasiana e tinha o ensino médio.

A Tabela II apresenta um resumo dos pontos mais relevantes dos estudos incluídos sobre barreiras e facilitadores na comunicação sobre a SS.

Fatores relacionados com a comunicação da saúde sexual

A Tabela III resume as principais barreiras e facilitadores na comunicação da SS, na perspetiva dos PdS e dos doentes oncológicos, elencando-se: fatores relacionados com o doente, com o PdS e os alheios a estes intervenientes.

Perspetiva dos profissionais de saúde

As barreiras identificadas nos diferentes estudos demonstram que frequentemente

a discussão sobre a SS não é prioritária. Os PdS entendem-na como uma experiência de saúde complexa, com componentes e implicações psicossociais, cuja abordagem pode provocar desconforto tanto ao doente como ao PdS.[15,16] Cada doente tem necessidades psicosssexuais únicas e os PdS devem estar atentos a dicas verbais e não verbais de conforto para avaliar a receptividade por parte do doente.[17]

A principal barreira referida é a falta de conhecimento (n=10), quer seja quanto ao tema, quer quanto à forma de abordagem e às competências necessárias, bem como às opções de tratamento e de referênciação. Wazqar concluiu que existe uma correlação moderadamente positiva entre o conhecimento e as atitudes dos PdS em relação aos cuidados de SS em doentes oncológicos, sugerindo que os PdS com mais informações têm atitudes mais positivas do que aqueles com baixo nível de conhecimento.[18] De igual forma, Canzona et al. verificaram que a falta de conhecimento e de ferramentas para abordar a SS faz com que os PdS sintam que estão a abrir uma “*caixa de pandora*”, constatando dificuldade na comunicação por serem sintomas que não sabem exatamente como os tratar, em doentes que já estão em sofrimento significativo. No mesmo estudo, os PdS referiam que não há nenhum livro didático ou um único local de consulta que agregue toda a informação, existindo poucos estudos conclusivos e as diretrizes mudam com grande frequência.[15] No entanto, os estudos são concordantes no facto da maioria dos PdS desejar ampliar os seus conhecimentos e competências sobre aconselhamento em SS.[19,20] Estas necessidades educacionais incidiam essencialmente nas alterações na função sexual, sexo seguro durante o tratamento, saúde reprodutiva e abordagens de aconselhamento sexual.[21]

A falta de tempo é também uma barreira relevante, amplamente referida nos estudos (n=8). Krouwel et al. constataram que a falta de tempo é sobretudo relatada por PdS menos experientes.[20] Canzona et al. observaram que as limitações de tempo condicionam a revisão da história do doente e a construção de uma relação médico-doente, o que leva à priorização das preocupações biomédicas em detrimento de questões psicossociais.[15] Annerstedt et al. afirmam ainda que para além da limitação de tempo, a própria lógica médica direccionou as abordagens dos PdS sobre a SS para uma visão física, o que faz priorizar outros temas. Contudo, a utilização de panfletos foi considerada uma forma vantajosa de diminuir estas barreiras.[22]

Outra das barreiras apontadas prende-se com o facto de se apurar quem deve iniciar a discussão de questões relacionadas com a SS. Laldjising et al.[19] revelam

que alguns PdS entendem que devem ser os próprios doentes a fazê-lo e outro estudo constata que quando um problema inclui aconselhamento psicossocial, os PdS consideram já estar fora do âmbito do seu trabalho.[15] No entanto, na maioria dos estudos, os PdS aceitam que o aconselhamento sobre a SS seja parte inerente da sua função, mas admitem não aconselhar os doentes rotineiramente sobre a SS.[20,21] Mesmo assumindo que deve ser o PdS a abordar o tema, mantém-se a indefinição sobre qual o PdS que deve iniciar essa discussão.[15] De todo o modo, os PdS preferem que seja o doente a iniciar e a conduzir a discussão.[15,23]

Apenas uma minoria dos doentes é informada sobre os efeitos colaterais dos tratamentos oncológicos a nível sexual. De acordo com Krouwel et al., a forma como encaram o prognóstico, a idade e o conhecimento autorreferido do doente são critérios que os PdS usam para avaliar quando devem informar os doentes sobre esses efeitos.[20] Williams et al. destacam que os PdS são influenciados por experiências e valores pessoais e profissionais, o que os levam, muitas das vezes, a fazerem suposições com base na idade, na história sexual atual e prévia, na aparência e no estado de saúde do doente, bem como quanto ao momento certo para a abordagem.[17] Exemplo disso é o facto dos PdS estarem mais suscetíveis a abordar precocemente a SS em doentes mais jovens ou que se encontram num relacionamento [17,22,24]. Gleeson et al. verificaram que, pelos sintomas de DS não serem os de apresentação, isso prejudica o início da discussão sobre SS e a sua abordagem por rotina.[25]

Outras barreiras apresentadas prendem-se com o género e idade de ambos os intervenientes na discussão. As diferenças de género entre PdS e doentes notaram-se sobretudo quando o PdS era do género masculino e o doente do género feminino. Relativamente às diferenças de idade, constatou-se uma maior dificuldade quando os doentes são muito mais novos ou muito mais velhos que os PdS.[15] Schroyen et al. verificaram que os PdS e estudantes de medicina com uma visão negativa face ao envelhecimento utilizavam enunciados mais curtos, realizavam mais repetições e evocavam menos efeitos adversos como os sexuais, tanto para doentes com 40 anos, como para doentes com 70 anos.[26] Ainda no que concerne à idade dos PdS, um estudo refere que os PdS mais experientes tendiam a concordar que o sexo era privado e que discuti-lo com os doentes iria interferir na relação PdS-doente.[24] Por sua vez, Ahn et al. constataram que PdS mais velhos têm uma atitude mais positiva e maior facilidade em abordar a SS.[21] Na perspetiva dos PdS, as questões socioculturais também interferem nesta comunicação por parte de ambos os intervenientes. Para além disso, fatores

organizacionais como a falta de privacidade nos locais onde ocorre a abordagem, a falta de apoios na gestão destas questões, bem como o excesso de burocracia acabam por condicionar negativamente esta comunicação.

Como fatores facilitadores, foram considerados a idade mais jovem do doente, o intuito de tratamento curativo e o género masculino do PdS.

Reese et al. descreveram que o recurso a ferramentas de telessaúde faz com que os PdS apontem como principais barreiras um maior desconforto clínico em abordar estas questões, bem como a natureza menos pessoal e a preocupação com questões de privacidade. Acresce ainda a dificuldade na perceção, por parte do PdS, dos fatores do próprio doente ao discutir preocupações sexuais, como o desconforto e a diminuição da sua prioridade quanto a esta temática.[27]

A proximidade com o doente oncológico faz com que os PdS, nomeadamente os enfermeiros, orientem o doente para outras áreas, tornando-se, assim, “*guardiões*” das opções de apoio do mesmo.[22] Schouten et al. verificaram que a maioria dos PdS não usa uma abordagem sistemática para discutir as preocupações psicossociais dos doentes, com 37,5% a usar a pergunta geral “*Como está?*”, sendo a SS e o retorno ao trabalho raramente mencionados.[28]

Perspetiva dos doentes

Gilbert et al. constataram que os doentes demonstram insatisfação com a relutância dos PdS em abordar a SS, tristeza quanto à natureza de tal comunicação e relatos positivos de discussões sobre SS com os mesmos.[29] De igual forma, no estudo de Speer et al. os doentes oncológicos referiram pouca abordagem de questões psicossociais.[30]

Zimmaro et al. mostraram que os doentes que referem mais barreiras a discutir SS, tanto a nível das suas crenças pessoais como as relativas aos PdS, relatam menor autoeficácia na comunicação sexual, expectativas de resultados e autoeficácia clínica geral.[31]

Na perspetiva dos doentes, a principal barreira prende-se com o desconforto pessoal. Ademais, as crenças sobre a doença, o contexto sociocultural da sexualidade, o género feminino do doente e a pouca atenção a questões psicossociais assumem-se também como importantes barreiras.

Wang et al. apuraram que o facto do PdS não abordar esta temática e do doente ter vergonha de perguntar ou de perder tempo de consulta para outros assuntos eram percebidas como barreiras pelos doentes.[32] A perceção do doente de que é muito cedo para falar sobre a SS também constitui um obstáculo relevante.[30] Reese et

al. verificaram que o autorrelato dos doentes omitia frequentemente a comunicação sobre preocupações sexuais, particularmente quando estes tinham menor escolaridade.[33] Observou-se ainda que os doentes expressam preferências por uma comunicação aberta e colaborativa, com os PdS a iniciarem a discussão e a serem os condutores da mesma, priorizando questões específicas de qualidade de vida.[34-36]

Canzona et al. revelam diferenças da perceção entre doentes e PdS, o que faz com que as escolhas de comunicação dos PdS possam não corresponder às expectativas dos doentes, prejudicando involuntariamente a relação entre ambos. Também verificam discordância relativa ao uso de sentidos figurados como “*o novo normal*”, as garantias do PdS e a necessidade de abordar verbalmente o tópico mais cedo.[34]

Wang et al. referem, como barreiras, o encontro do doente com a sexualidade alterada, o medo que o sexo prejudique a doença e a sobrevivência como prioridade. No entanto, quando o estado de saúde é estável já se verifica maior interesse na discussão sobre SS.[32] A crença de que a SS é intratável é uma barreira que faz com que os doentes não abordem essa questão, bem como o PdS sugerir que não há solução para as suas preocupações ou questionar a importância das mesmas.[34,37] Verificou-se ainda que a probabilidade de abordar a SS aumenta quando estão em causa problemas sexuais graves, o doente realiza previamente radioterapia, existem sequelas gerais, exibe um perfil mais ativo de procura de informação ou existe acompanhamento psicológico profissional prévio.[23,38] Para além disso, os doentes que inicialmente desejavam ajuda psicológica eram mais propensos a quererem uma discussão sobre SS.[38] Por outro lado, vários doentes procuram soluções para os seus problemas fora do contexto médico, acreditando que essas necessidades sejam atendidas mais rapidamente.[32]

As questões culturais também foram referidas como uma das barreiras, uma vez que as crenças próprias, como a noção de que o sexo é privado, constituem uma barreira por parte dos doentes.[32,40,41] Também o papel do homem na sociedade é tido como barreira por doentes com Ca da próstata.[39]

Charif et al. concluíram que doentes do género feminino têm menos discussões sobre SS com PdS e eram mais propensos a solicitar uma discussão por iniciativa própria.[38] Gilbert et al., num estudo com doentes e parceiros, verificaram que doentes do género masculino e mulheres parceiras era considerado fator facilitador.[29]

Relativamente à idade, os doentes sentem que quanto mais avançada for, mais a

SS é tida como tema de menor importância, em oposição às idades mais jovens, associadas a maior desejo na discussão da sexualidade e intimidade.[35,38]

Os doentes também identificam como barreiras a falta de um espaço privado e adequado a tal discussão, valorizando não só os intervenientes, mas também o ambiente em que a conversa ocorre.[40]

Entre os fatores facilitadores desta comunicação está a discussão confortável sobre SS, a perceção de similaridade/discordância demográfica, a comunicação centrada no doente e a capacidade de acesso a cuidados oportunos/coordenados.[37] O facto do doente apresentar um Ca sexual/reprodutivo é também visto como um fator facilitador.[29,38] Canzona et al. revelam áreas de concordância entre doentes oncológicos e PdS, nomeadamente nos aspetos que podem facilitar a comunicação como o ouvir, o prescrever estratégias pessoais concretas, o transmitir mensagens compassivas e utilizar comportamentos verbais e não verbais de forma a validar as preocupações do doente e o envolver.[34]

O *follow-up* foi identificado como o melhor momento para ocorrer a discussão sobre SS.[35]

Visão geral dos estudos relativos a estratégias para melhorar a comunicação sobre saúde sexual

A Tabela IV sumariza as informações relevantes dos estudos incluídos (n=18) quanto às estratégias encontradas na literatura.

A maioria das intervenções utilizadas tem como base o modelo PLISSIT e são sobretudo estratégias educacionais (EE), com o intuito de aumentar o conhecimento dos participantes e capacitá-los para a abordagem da SS.

Estratégias para melhorar a comunicação sobre saúde sexual

As várias EE encontradas procuram colmatar diversos aspetos da comunicação sobre SS, relativos ao PdS, ao doente ou a outros fatores, sobretudo os organizacionais. As intervenções variam desde estratégias educacionais, estruturas sistemáticas de abordagem, recursos multimédia, *e-learning* ou panfletos, até programas piloto organizacionais abrangentes.

A maioria das EE desenvolvidas para melhorar a comunicação da SS são baseadas na teoria da cognição social, que realça a construção da autoeficácia e a melhoria da expectativa de resultados através da capacitação do participante para discussões eficazes sobre SS.[36,41–43] Para além disso, o papel ativo do doente também é valorizado, nomeadamente na comunicação centrada no doente,

assumindo esta um papel importante na tentativa de facilitar a abordagem da SS, sugerindo Gorman et al. várias melhorias nestas decisões compartilhadas.[44]

Em várias EE verifica-se um aumento da consciência de que abordar SS com os doentes é da responsabilidade do PdS e que a mesma deve ser discutida também com os parceiros.[41,42,45]

De modo a tentar responder à barreira da falta de tempo, a EE de Reese et al. (*e-learning* e *workshop*) demonstra que, apesar da melhoria da comunicação de SS, nem a satisfação do doente (que já era elevada inicialmente), nem a duração da comunicação sobre SS se alteraram.[46]

A estrutura sistemática de comunicação proposta por McCaughan et al. enfatiza o envolvimento de rotina para normalizar as preocupações sexuais, através de uma avaliação breve, aconselhamento personalizado com base no tipo de tratamento e estado de relacionamento, bem como um mecanismo de referência para suporte adicional ou recursos de autogestão na forma de panfletos, tanto para o doente como para o parceiro. Essa estrutura poderia também ampliar a abrangência de tais discussões, além das disfunções mecânicas, e fornecer profundidade às mesmas.[41]

Os panfletos de reabilitação psicossocial e SS para os doentes, propostos por Lubotzky et al., revelam-se importantes para validar e superar as dificuldades com as alterações sexuais e úteis durante toda a doença, mesmo vários anos após a mesma.[47]

A EE proposta por Jonsdottir et al. assume-se como uma estratégia que atua nos domínios organizacionais e pessoais, para além de ser a longo prazo (2 anos). Combate a falta de competências e de tempo, avaliando ainda a necessidade de serviços especializados em aconselhamento sobre SS.[48]

A Tabela V resume os efeitos das estratégias implementadas onde foi avaliada a sua eficácia. Verificou-se que em todas as intervenções houve melhoria dos parâmetros avaliados com base no autorrelato dos participantes, exceto num caso, devido ao tempo insuficiente dos *workshops* para se traduzirem em mudanças significativas.[49] De realçar que uma EE mais abrangente, com mudanças em contexto de enfermagem, criação de um serviço de SS e formação pessoal é a que conduz a mais efeitos positivos na abordagem da SS.[48]

Discussão

A presença de múltiplos tipos de PdS nos estudos apresentados e os resultados dos mesmos realçam a importância da abordagem multidisciplinar do doente oncológico, nomeadamente a nível da SS. Contudo, é de referir que nos vários países há diferentes tipos de organização dos PdS, não só em termos nominativos, como de funções, pelo que as conclusões retiradas para posterior aplicação num contexto específico devem ser encaradas com cautela. Melhorar a comunicação sobre SS é do interesse de todos, não só do doente, mas também do PdS que se sente mais realizado. Contudo, num ambiente multidisciplinar, nem sempre é claro quem é o responsável por iniciar a discussão sobre SS, sendo importante esclarecer essa questão.

O PdS tem o poder de definir a agenda sobre a SS do doente, assumindo um papel importante na sua abordagem.[22] No entanto, verifica-se uma discrepância das suposições iniciais, o que sugere que estas se baseiam nas atitudes individuais do PdS e não na sua avaliação do doente.[17] O olhar do PdS tornou-se uma técnica disciplinar que tacitamente define quem, de que maneira e como a SS pode ser articulada num serviço de oncologia.[22] Por isso, as decisões do PdS são muitas vezes baseadas em suposições erróneas e constrangimentos situacionais [15]. Os PdS devem lidar com os problemas sexuais dos doentes e serem eles a iniciar a discussão do tema.[35,50] Gleeson et al. concluem que os PdS devem iniciar a conversa, indicando que é uma preocupação legítima, o que permite normalizar o tema.[25] Segundo Speer et al., os PdS devem considerar e discutir com os doentes a forma como as necessidades de comunicação psicosssexual e a capacidade de processamento de informação podem variar ao longo da evolução da doença. Acresce que devem iniciar discussões sobre as consequências dos tratamentos, para além dos aspetos biológicos e mecânicos, de modo a incluir fatores emocionais e relacionais. Devem ainda adaptar a sua comunicação à mistura dinâmica de características que moldam as necessidades psicosssexuais individuais dos doentes, incluindo o seu estado relacional, orientação sexual, motivações e valores sexuais.[30] Em particular, a ajuda psicológica pode melhorar a SS dos doentes ao facilitar uma discussão sobre esse tópico.[38]

Apesar do doente com Ca dos órgãos genitais/reprodutivos ser considerado um facilitador para a discussão de SS, indivíduos com outros tipos de Ca também relatam problemas sexuais graves e, por isso, não devem ser esquecidos. Inclusivamente, Charif et al. sugerem que as intervenções devem ser desenvolvidas

e disponibilizadas a todos os doentes, independentemente do local do tumor, género, idade, estado do relacionamento e gravidade dos problemas sexuais.[38] Apesar de uma grande parte dos doentes estar disposta a levantar o assunto se tiver algum problema sexual, nem todos o fazem.[50] Nesse sentido, saber também quem pretende informações sobre SS é algo que pode ser obtido, por exemplo, através de questionários pré-visita, de forma a maximizar o tempo de discussão e direcionar os cuidados.[35] Para além disso, são necessárias intervenções que capacitem os PdS com o conhecimento e as ferramentas para discutirem efetivamente as preocupações sexuais com os doentes.[46,51]

As barreiras descritas destacam que os PdS devem ser proativos e abertos para discutir questões sexuais com os doentes, para além do foco biomédico.[43,46] Foi também identificado que a discussão deve ser breve, abordar as barreiras e normalizar as questões sexuais. O objetivo é criar um contexto para a discussão e estabelecer um grau de confiança, sendo importante o envolvimento ativo do doente e parceiro.[36,41]

A discussão sobre SS deve ser iniciada idealmente antes do tratamento e continuar durante o *follow-up*, uma vez que as necessidades de cuidados em SS vão variando ao longo do tempo, nomeadamente devido a fatores imediatos e tardios do Ca ou do seu tratamento. Ademais, muitas vezes há preocupações negligenciadas devido a barreiras reais ou presumidas.[52] É fundamental que o PdS aborde a SS e deve estar capacitado para discutir os efeitos sexuais adversos do tratamento, durante todo o processo, como faria com qualquer outro efeito colateral.[16,17,20] Os doentes revelam preferência por uma abordagem holística, mas desejam que as questões sobre SS sejam direcionadas e específicas. Isto faz com que o PdS não deva incorporar as questões sexuais num conjunto global e vago de problemas, mas que seja uma preocupação específica e concreta, validando as preocupações do doente.

Relativamente à barreira da restrição de tempo, provou-se que, através de uma EE, é possível melhorar a comunicação em SS, não aumentando o tempo de discussão, nem diminuindo a satisfação dos doentes. Para além disso, demonstrou-se também que discutir SS não é desagradável para os doentes.[46] A formação dos PdS para abordar a SS de forma proativa pode também reduzir o número de referências pós-tratamento, o que diminui o tempo de espera e melhora o acesso dos doentes a assistência mais especializada.[52] Nesse sentido, outra das soluções poderia ser tornar a abordagem da SS numa atividade médica autónoma, retirando tempo da agenda e oferecendo um apoio mais especializado.[53] Pode-se também procurar

outros meios de fornecer cuidados de SS, tanto ao doente como ao parceiro, antes, durante e após o tratamento, como a internet, vídeos e aplicações, verificando a eficácia dessas intervenções.[20]

Para além da diminuição do tempo de discussão, os conteúdos multimédia podem ter utilidade na gestão das expectativas dos doentes. Uma vez que na fase inicial da doença há a tendência para pensar imediatamente em tratamentos curativos, a SS não é tão abordada, pelo que a visualização de um vídeo educacional com o objetivo de gerir as expectativas pré-tratamento pode ser relevante. Apesar desta EE não ter alterado as expectativas sexuais relativamente a um procedimento cirúrgico, necessita de ser aprimorada e de mais estudos futuros.[54]

A idade é um fator de risco bem reconhecido para o Ca. Nesse sentido, doentes de meia-idade diagnosticados com Ca podem repentinamente “envelhecer” aos olhos dos PdS com uma visão mais negativa do envelhecimento, o que os leva a adaptar inconscientemente a sua linguagem.[26] Os PdS devem olhar para além da idade de modo a identificar os doentes que mais beneficiam de uma discussão sobre SS, considerando tanto a atividade sexual, como o estado do relacionamento.[35]

As normas tradicionais do género masculino na sociedade, nomeadamente a necessidade de controlo emocional e de serem fortes e resistentes, provocam constrangimento, ansiedade, medo e angústia em relação à utilização dos serviços de saúde. A deterioração da saúde pode ser percebida, inclusive, como comprometimento da sua masculinidade, daí as barreiras serem maiores em homens idosos.[39] Por outro lado, as mulheres com Ca podem necessitar particularmente de apoio e informações de PdS sobre SS e, portanto, potencialmente têm mais necessidades sexuais não atendidas do que os homens. Uma das explicações para parceiros do género masculino não quererem discutir tanto a sexualidade é o facto do sexo penetrativo ter maior probabilidade de continuar a existir em casais heterossexuais onde a mulher tem Ca, em comparação com casais onde é o homem que tem Ca, mesmo que a mulher sinta dor ou ausência de desejo.[29]

O conceito de sexualidade varia consoante a cultura. Nomeadamente na cultura chinesa, influenciada pelo confucionismo, tem uma conotação física pessoal.[40] Para além disso, a atividade sexual é vista apenas com fins reprodutivos, daí que, quando não havia interesse em os manter, a SS foi considerada menos prioritária.[32,40] O domínio masculino e a submissão feminina são também enfatizados nesta cultura.[32] Quanto à intimidade, ao contrário dos homens ocidentais, os orientais consideram a sexualidade relacionada com a intimidade do

relacionamento, que é expressa por meio de companheirismo e apoio, daí que ser casado seja um fator facilitador e de apoio nesse estudo.[32] Adicionalmente, segundo o papel da mulher na cultura oriental, estas devem ser reservadas, o que constitui mais uma barreira.[40] Assim, revela-se crucial o reconhecimento do contexto sociocultural das necessidades dos doentes e a tomada de decisões em consonância com os seus valores.

Fatores alheios aos intervenientes, sobretudo organizacionais, apesar de não dependerem diretamente de nenhum dos intervenientes, podem ser modificados por estes, uma vez que EE capacitam os PdS e os doentes com ferramentas para contornar esses mesmos obstáculos. Quanto à dificuldade em encontrar um espaço apropriado, esta pode ser colmatada, por exemplo, pelo esforço do PdS em garantir privacidade às discussões, tanto em doentes internados como em ambulatório, ou fazer referência à SS em materiais expostos na instituição de saúde, normalizando o tema. O maior conhecimento sobre a área e as opções de tratamento ou de referenciação também ajudam na tentativa de melhorar os cuidados em SS.

Sugere-se programas específicos de formação educacional e prática sobre problemas de SS, psicoterapia ou terapia de casal e aconselhamento sexual de forma a atender às necessidades de SS dos doentes, bem como melhorar as atitudes dos PdS.[18] Ahn et al. defendem que os programas educativos para os PdS se devem focar em melhorar o conforto no aconselhamento de doentes oncológicos sobre SS, de modo a modificar primeiro as atitudes dos PdS.[21] Assim, as EE devem-se centrar inicialmente no aprofundamento da autoconsciência sobre as barreiras e posteriormente melhorar os conhecimentos e capacidades.

As EE têm como objetivo levar à mudança de comportamentos e, por isso, têm por base a teoria da cognição social que se foca na motivação e nas ações de um indivíduo com base em resultados situacionais, das ações e autoeficácia percebida.[55-57] Crenças comportamentais e normativas são integradas e sugerem que o fator de influência mais significativo é a intenção, determinada por atitudes em relação à discussão de questões sexuais. O modelo PLISSIT, que serve de base à abordagem de SS, sugere referir as mudanças da sexualidade juntamente com as alterações relacionadas com o Ca, dando ao doente informações limitadas sobre as mudanças da sexualidade, fazendo sugestões específicas que abordam a DS e referenciação do doente, se necessário, a um psicólogo, psiquiatra ou assistente social.[58] A escuta ativa e a demonstração de interesse pelas preocupações dos doentes, com base na comunicação centrada no doente, facilitam também a tomada de decisões conjuntas.[44]

Para melhorar as capacidades de comunicação num tópico delicado como a SS, a EE deve incorporar palestras, simulações e discussões orientadas por PdS treinados. O envolvimento e a participação ativos podem permitir aos participantes a oportunidade de desenvolver a sua confiança.[59] Para além disso, as EE devem ser contínuas, de modo a garantir resultados sustentados. Dada a importância de desenvolver a sensibilidade e as competências precocemente para este tema e garantir resultados a longo prazo, Bräutigam et al. sugerem mesmo incluir a sexualidade no *curriculum* da formação médica.[60]

Os recursos online são considerados como o melhor meio para este tipo de EE.[41] O *e-learning* é um componente cada vez mais importante dos programas de desenvolvimento profissional contínuo para PdS, oferecendo inúmeras vantagens, incluindo um amplo alcance, acesso mais prático pelo utilizador e facilidade no uso.[42,45] Este recurso funciona ao ritmo do participante, podendo este ter acesso a informação de acordo com as suas preferências, de forma breve e facilmente acessível. A nível logístico, não requer coordenadores da formação com experiência específica em cuidados sexuais.[42] Demonstrem também ter eficácia comparável e melhor custo-efetividade face aos meios tradicionais.[45] Apesar de ser uma modalidade apelativa, mesmo com pouco tempo disponível por parte do PdS, e frequentemente gratuita, o facto de normalmente estar em língua inglesa pode dificultar a adaptação à realidade concreta do PdS. Para além disso, ao uniformizar os conteúdos para obter um grande alcance, pode fazer com que certos conteúdos não estejam congruentes com as normas culturais do participante.

Relativamente à informação escrita para doentes, frequentemente referida por PdS e doentes, esta permite fornecer informações sobre SS, independentemente do género, idade, cultura, parceiro ou problema, evitando o contacto direto constrangedor e não sobrecarregando o doente com demasiada informação. Contudo, a informação não é personalizada e nem sempre o apoio referido à SS está disponível em todas as instituições de saúde que partilham essas informações. Nesse sentido, é importante ter capacidade de resposta, propor apoio disponível e informar explicitamente qual e onde o doente o pode encontrar. O fornecimento atual de informações escritas depende inteiramente do hospital ou serviço, devendo, por isso, haver um padrão uniforme de tópicos essenciais a serem abordados e também investigar, em futuros estudos, que conteúdo específico sobre SS é considerado importante pelos doentes.[61] A forma de apresentar a informação também deve ser questionada, uma vez que as preocupações sobre SS

podem vir num capítulo separado, para dar mais destaque, ou serem discutidas entre os efeitos colaterais, normalizando o tema.

A vantagem de várias das intervenções descritas é que, ao contrário de outros modelos de cuidados sexuais, a estrutura pode ser usada em diversos contextos e sem formação específica ou especialização em aconselhamento em SS.[41,43,45] Para além disso, a maioria é fácil e relevante, com efeitos positivos. No entanto, é importante conhecer as características individuais da população em questão antes de a aplicar, de modo a evitar facultar informações não relevantes, nomeadamente quanto a questões culturais e sociais.[43] Ademais, EE mais abrangentes, focando-se em diversos fatores em simultâneo, acabam por ter resultados tendencialmente mais positivos.[48]

Uma das limitações das intervenções descritas é não se saber se os resultados se vão manter consistentes a longo prazo.[36,43,45,46] Além disso, na maioria dos estudos não foram avaliados os efeitos da intervenção nos resultados de SS e componente psicológica dos doentes, por se basearem essencialmente em autorrelatos dos participantes. Nesse sentido, a investigação dos resultados clínicos deve ser validada em estudos futuros.

As medidas utilizadas nos vários estudos são qualitativas, o que dificulta a comparação entre os mesmos e a chegada a conclusões mais concretas e livres de erro. Acresce que a maioria dos estudos se baseia em autorrelatos, o que pode ter vieses, nomeadamente de memória. Frequentemente, os participantes têm como base situações hipotéticas ou as amostras incluem sobretudo PdS ou doentes mais interessados no tema, o que poderá desvirtuar o conhecimento ou capacidades reais nesta área. Ademais, não há grande heterogeneidade na população dos estudos, nomeadamente a nível de afinidade populacional e de escolaridade, sendo essencialmente caucasianos e, relativamente aos doentes, com ensino médio.

Os resultados obtidos nesta revisão têm vários pontos concordantes com os apresentados noutras revisões da área relativamente às barreiras da comunicação da SS. Assim, constata-se que esta problemática já é antiga e, apesar de vários progressos na oncologia, sobretudo a nível tecnológico e de tratamento, a comunicação de preocupações psicossociais não evoluiu na mesma proporção, permanecendo como uma temática difícil e constrangedora e, por isso, muitas vezes evitada.[62-65] Quanto às estratégias encontradas, os resultados são promissores e complementares aos de outras revisões na área.[66,67]

Relativamente a *guidelines* internacionais, os resultados desta revisão vão ao encontro das recomendações das mesmas, nomeadamente que a responsabilidade

de iniciar a discussão da SS é dos PdS e que estes a devem abordar por rotina com todos os doentes. Sugerem também a utilização de questionários para triagem dos doentes que mais necessitam desse apoio, bem como realçam a participação ativa dos doentes e dos parceiros na tomada de decisões. Também está concordante a importância da referenciação para especialistas na área, sempre que apropriado e disponível.[68,69]

Pontos fortes e limitações

Esta revisão apresenta os principais fatores intervenientes na comunicação sobre SS entre doente e PdS, dividindo as perspetivas de ambos relativamente à perceção que têm sobre se aqueles fatores constituem barreiras ou facilitadores. Para além disso, tenta dar resposta a algumas destas barreiras através de estratégias descritas na literatura. Aborda uma ampla gama de PdS, de doentes com diferentes tumores e em diversos estadios, sem se focar numa barreira em específico ou tipos de estratégias para melhorar a comunicação, o que permite ter uma visão global da temática.

No entanto, apresenta algumas limitações. O facto de ser bastante abrangente e não específica, nomeadamente no que respeita a características mais clínicas e específicas de cada Ca, tipos de PdS ou doentes envolvidos e tipologia de estratégias, faz com que particularizar determinados aspetos ou ter uma abordagem sistematizada direcionada possa ser uma tarefa mais difícil. A maioria da população dos estudos incluídos era caucasiana e heterossexual, o que faz com que outras devam ser melhor estudadas. Por outro lado, foi apenas considerada uma base de dados bibliográfica e estudos publicados nos últimos 7 anos, alguns desses marcados pela pandemia COVID-19, com alterações relevantes na forma como estes cuidados eram prestados e vistos pelos intervenientes. As estratégias consideradas abordam questões psicossociais, não estando incluídas opções terapêuticas médicas/cirúrgicas, peças essenciais na abordagem destes doentes e que também necessitam de melhoria. Considerando estas limitações, os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela.

Implicações para a prática clínica

Esta revisão refere vários fatores intervenientes na comunicação da SS, o que demonstra que há várias barreiras a serem ultrapassadas e fatores facilitadores a serem potenciados. As perceções dos doentes e PdS sobre os diferentes fatores não são consensuais, pelo que deve ser adotada uma comunicação aberta e

empática, evitando-se assumir falsas ideias. Os PdS e os doentes devem ser encarados como uma equipa que trabalha em conjunto para a resolução de um problema comum. O PdS deve abordar a SS em todos os doentes oncológicos, ao longo do curso da doença, dando principal enfoque aos que revelem esse interesse, numa abordagem multidisciplinar. A capacitação dos PdS e dos doentes através de EE revela-se uma peça chave na possibilidade de estes serem mais proativos e capazes de discutir esta temática delicada, pelo que a promoção de EE deve ser incentivada.

Conclusões

A comunicação sobre SS tem vários fatores envolvidos, como os relativos ao PdS, ao doente ou a fatores que lhes são alheios, sobretudo os organizacionais. Além disso, há interpretações diferentes quanto aos mesmos, dependendo da perspetiva de cada interveniente.

A falta de conhecimento e de tempo são as principais barreiras identificadas pelos PdS, sendo o desconforto a mais evidente por parte dos doentes. De forma a colmatar estas barreiras, a capacitação dos PdS e doentes através de EE apresenta resultados promissores. Estas EE podem utilizar diversos meios e atuar em diferentes aspetos, sendo que quanto mais abrangentes e coordenados forem, melhor tendem a ser os resultados.

Assim, os PdS devem assumir a responsabilidade de abordar a SS na sua prática de rotina, com o doente a ter também um papel ativo. Esta discussão apresenta várias barreiras de que ambos os intervenientes devem estar conscientes, de forma a tentar ultrapassá-las, nomeadamente através de EE, para melhorar os cuidados nesta área.

Apêndices

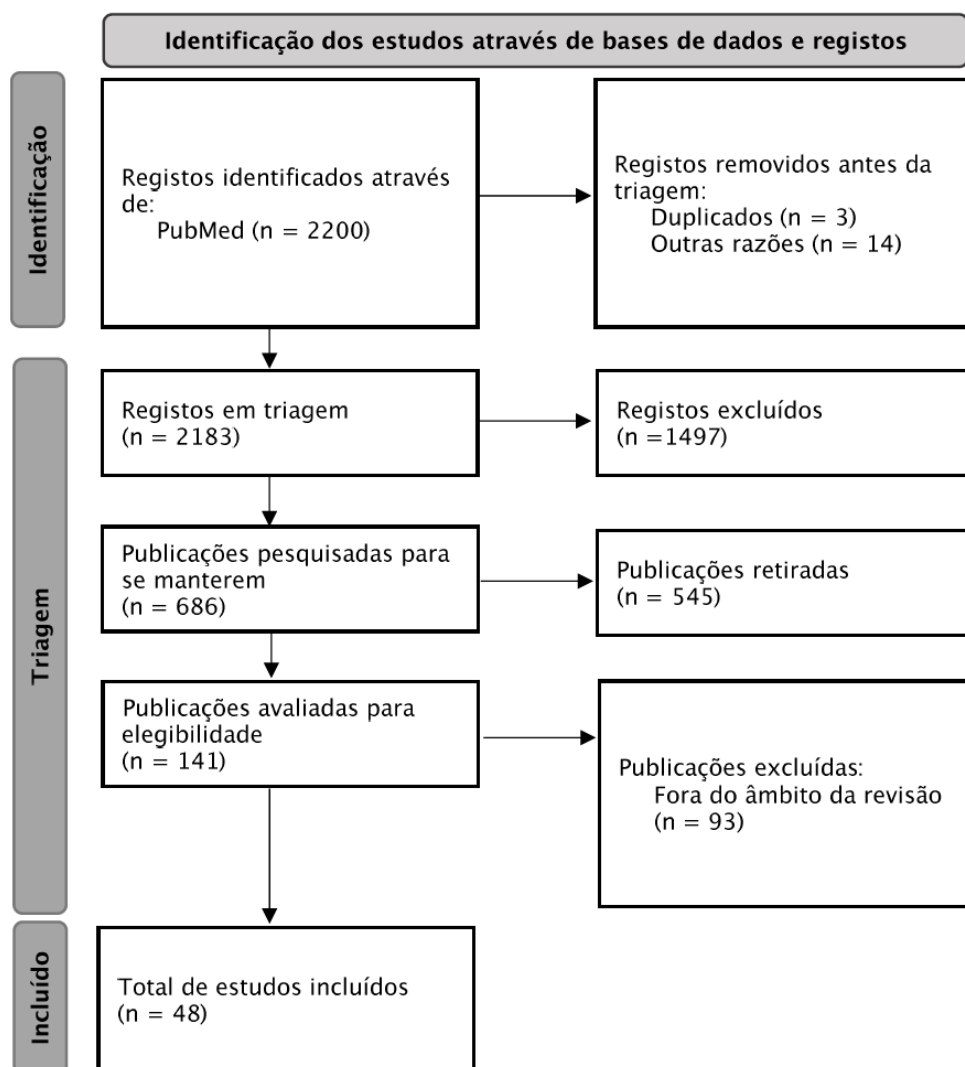


Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2020 de seleção dos artigos

Tabela I - Resumo das características gerais dos estudos incluídos sobre barreiras e facilitadores

Características dos estudos	Categorias	Nº de estudos
Todos os estudos (n=30)		
População do estudo	Profissionais de saúde	17
	Doentes	10
	Ambos	3
País	Europa	12
	Estados Unidos da América	10
	China	3
	Outros	5
Ano de publicação	2016-2019	17
	2020-2022	13
Metodologia	Questionário	16
	Entrevista	10
	Várias modalidades	3
	Outras	1
Estudos com profissionais de saúde (n=20)		
Tamanho da amostra	<100	11
	≥100	9
Tipo de profissional de saúde	Médicos	8
	Enfermeiros	2
	Outros tipos de profissionais	1
	≥2 tipos de profissionais	9
%mulheres	<50	3
	≥50	14
	Não mencionado	3
Estudos com doentes oncológicos (n=13)		
Tamanho da amostra	<100	6
	≥100	7
Localização do cancro	Mama	6
	Próstata	3
	Ginecológica	2
	≥2 localizações	2
%mulheres	<50	3
	≥50	10
%relação conjugal	<50	-
	≥50	11
	Não mencionado	2

Tabela II - Resumo dos pontos-chave dos estudos incluídos sobre barreiras e facilitadores na comunicação da saúde sexual no doente oncológico

Estudo	Ano	País	População	Metodologia	Resultados
Estudos com profissionais de saúde (n=17)					
Reese et al. [27]	2022	EUA	n=29; médicos	Questionário	-14% dos médicos relataram consultas mais curtas com 28% a afirmar ter menos tempo para discutir SS, quando utilizavam ferramentas de telessaúde. -35% relataram que a telessaúde era menos propícia para discutir SS. -Verificaram um maior desconforto clínico ao discutir questões da SS via telessaúde devido à natureza menos pessoal e a questões de privacidade.
Chanmekun et al. [70]	2022	Malásia	n=15; vários PdS	Entrevista	-3 principais barreiras: escassez de conhecimento relacionado, a influência de ideias socioculturais sobre sexo e a natureza centrada na especialidade do sistema de saúde. -A maioria dos PdS consideraram que falar sobre SS era embaraçoso para ambas as partes e, portanto, não era uma prioridade. Por isso, concentravam-se mais na sua especialidade, limitando assim o tempo para discutir SS com os seus doentes.
Laldjising et al. [19]	2021	Países Baixos	n=137; médicos	Questionário	-59,1% nunca discutiram SS, com uma tendência para discutir menos a problemática com doentes mais velhos. -57,7% dos neurocirurgiões afirmaram que os próprios doentes são os responsáveis por discutir SS e 41,6% acham que os neurocirurgiões são os responsáveis. -Principais barreiras: doentes não expressam os problemas espontaneamente, falta de formação/conhecimento, tempo insuficiente.
Ahn et al. [21]	2020	Correia do Sul	n=110; vários PdS	Questionário	-As características demográficas, incluindo sexo, estado civil e idade, foram associadas a atitudes e práticas de SS.
Bräutigam et al. [60]	2020	Áustria	n=41; médicos	Questionário	-4,9% exploravam por rotina questões de SS em 61-80% dos seus doentes; 31,7% suspeitaram de problemas sexuais, mas não levantaram a questão. A razão mais comum refere-se ao facto dos médicos assumirem que outros problemas são mais importantes, seguida da escassez de tempo. -Verificaram uma maior consciência para os problemas sexuais masculinos.
Wazqar [18]	2020	Arábia Saudita	n=150; vários PdS	Questionário	-Os participantes demonstraram um baixo conhecimento, com atitudes negativas e níveis mais altos de barreiras.
Cupta et al. [71]	2020	EUA	n=168; médicos	Questionário	-A maioria não aconselha rotineiramente os doentes sobre SS, DS do parceiro ou opções de referência para serviços de SS. -Mais propensos a não fornecer aconselhamento de rotina a doentes do sexo feminino, identificando como principais barreiras: idade avançada, tempo inadequado e incerteza sobre a função sexual inicial.
Krouwel et al [20]	2020	Países Baixos	n=120; médicos	Questionário	-81,5% afirmou que discutiu a função sexual com <50% dos seus doentes e 75,8% concordaram que abordar a função sexual é da sua responsabilidade. -As principais barreiras foram: falta de tempo, formação/prática e idade avançada do doente.
Almont et al. [53]	2019	Alemanha	n=165; vários PdS	Questionário	-90% dos entrevistados relataram discutir questões de SS com os doentes. -Os médicos relataram comunicar mais no anúncio do diagnóstico ou após tratamentos.
Schouten et al. [28]	2019	Bélgica	n=583; vários PdS	Questionário	-A maioria dos PdS não usa uma abordagem sistemática para discutir as preocupações psicossociais dos doentes, sendo a sexualidade raramente mencionada.

Annerstedt et al. [22]	2019	Suécia	n=7; enfermeiros	Entrevista	-A SS dos doentes teve baixa prioridade na clínica oncológica na perspetiva dos enfermeiros. -Os enfermeiros articularam uma norma de que o sexo pertence às pessoas jovens e em relações permanentes, monogâmicas e heterossexuais, sendo estes os critérios de inclusão e de exclusão dos doentes com quem os enfermeiros discutiam SS.
Lynch et al. [16]	2019	Irlanda	n=46; outros PdS	Questionário	-A discussão de questões sexuais era rara e a maioria dos participantes não achava que essas questões foram abordadas de forma eficaz. -Barreiras incluíam: baixo conhecimento, consciência e confiança, perceções dos limites do papel profissional e preocupações sobre desconforto pessoal e do doente.
Canzona et al. [15]	2018	EUA	n=36; médicos	Entrevista	-As decisões dos médicos são baseadas em: crenças sobre os doentes, incapacidade de abordar as preocupações dos doentes, restrições de tempo e visões da função profissional nos cuidados de saúde dos mesmos.
Schroyen et al. [26]	2018	Bélgica	n=40; vários PdS	Gravação de <i>podcast</i>	-Quando os PdS explicaram o tratamento ao doente mais velho, usaram enunciados mais curtos e fizeram mais repetições, evocaram menos efeitos colaterais, nomeadamente problemas sexuais. -Observou-se também uma redução na extensão dos enunciados e na taxa de palavras por minuto para os mais velhos quando os PdS têm uma visão positiva do envelhecimento.
Bedell et al. [24]	2017	EUA	n=141; vários PdS	Questionário	-Médicos sem formação formal em função sexual são mais propensos a concordar que há falta de informações sobre a função sexual em doentes com Ca do colo do útero em tratamento. -Médicos com > 10 anos de experiência e médicos internacionais tendiam a concordar que o sexo é privado e discutí-lo com os doentes iria interferir na relação médico-doente. - Os médicos internacionais também se sentiam mais desconfortáveis em iniciar discussões e tendiam a ter a crença de que se uma doente tivesse um problema sexual, levantariam o problema.
Gleeson et al. [25]	2017	País de Gales	n=121; vários PdS	Questionário	-A maioria dos PdS não avalia por rotina o bem-estar sexual. A justificação mais frequente prendeu-se com o facto de não ser o sintoma de apresentação. -A maioria sentiu que mais apoio e formação seriam benéficos, incluindo conhecimento de serviços especializados, informações escritas para doentes e acesso a ferramentas de avaliação.
Williams et al. [17]	2017	Austrália	n=17; enfermeiros	Entrevista	-5 temas afetam a prestação de cuidados psicossociais: (1) As enfermeiras utilizam estratégias para facilitar a conversa; (2) As mulheres têm necessidades psicossociais únicas; (3) As enfermeiras são influenciadas por experiências e valores pessoais e profissionais; (4) Os sistemas do serviço de saúde afetam o cuidado e (5) A sociedade influencia as atitudes em relação à sexualidade. Os pontos de vista das enfermeiras diferiram sobre se esses fatores tiveram um impacto positivo ou negativo na conversa necessária para fornecer esse cuidado.
Estudos com doentes oncológicos (n=10)					
Wang et al. [32]	2022	China	n=13; σ, Ca próstata	Entrevista	-4 temas principais identificados como barreiras à comunicação da SS: encontro com SS alterada, comunicação e ajustes sexuais, manutenção de relacionamento íntimo de qualidade e falta de apoio à SS.
Chen et al. [50]	2021	China	n=1192; ♀, Ca ginecológico	Questionário	-Fatores preditivos para consulta de SS: idade jovem, escolaridade mais elevada, interesse em atividades de aconselhamento sexual, questionar o médico se existir algum problema, os médicos devem levantar o tema das questões sexuais. -35,9% concordaram não ser o momento certo; <30% não se sentiam à vontade para, nem acham necessário intervir pela SS ser privada.
Gong et al. [40]	2021	China	n=20; ♀, Ca mama	Entrevista	-4 principais barreiras: espaço inadequado, tratamento da doença, sofrimento relacionado ao corpo e a sexualidade como metáfora.

Zimmaro et al. [31]	2020	EUA	n=144; ♀, Ca mama	Questionário	-Destacaram-se 2 fatores: as próprias crenças dos doentes ou incapacidade percebida de discutir SS (mais referidas) e as percepções dos doentes sobre as reações dos PdS a discutir SS. As mulheres que referiram mais barreiras relataram menor autoeficácia na comunicação sexual, expectativas de resultados e autoeficácia clínica geral.
Canzona et al. [37]	2019	EUA	n=305; ♀, Ca mama	Entrevista+ Questionário	-5 fatores relacionados com vontade de comunicar sobre SS: discussão confortável, percepção de similaridade/discordância demográfica, comunicação centrada no doente, crença de que a SS é (in)tratável e capacidade de acesso a cuidados oportunos/coordenados.
Hay et al. [35]	2018	EUA	n=83; ♀, Ca ginecológico	Questionário	-Os preditores demográficos da importância da sexualidade para o doente são a idade, o status de relacionamento e a atividade sexual. -O desconforto do doente em discutir a sexualidade é a principal barreira.
Speer et al. [30]	2017	Reino Unido	n=21; ♂, Ca próstata	Entrevista	-Os desafios de comunicação enfrentados pelos homens dividem-se em 3 temas: pode ser muito cedo para falar sobre sexualidade, falta a psicologia do sexo, a comunicação não é individualizada.
Medina-Perucha et al. [39]	2017	Reino Unido	n=20; ♂, Ca próstata	Entrevista	-Fatores relacionados com atitudes negativas face à procura de ajuda: o papel do género masculino; medo do estado de saúde, procedimentos médicos e tratamentos; constrangimento decorrente de exames médicos, comunicação com PdS e divulgação de sintomas relacionados com a sexualidade.
Gilbert et al. [29]	2016	Austrália	n=805; ♂ e ♀, vários tipos de Ca	Entrevista+ Questionário	-A discussão é mais frequente em homens, parceiras mulheres, Ca sexual/reprodutivo. -Alguns doentes revelaram insatisfação com a reticência dos PdS em discutir sexualidade e infelicidade com a natureza de tal discussão.
Charif et al. [38]	2016	França	n=4349; ♂ e ♀, vários tipos de Ca	Questionário	-A discussão da sexualidade ocorre menos frequentemente nas mulheres, apesar de serem mais propensas a fazê-lo por iniciativa própria. -Existe maior reticência nas idades mais avançadas, sendo mais frequentemente abordado quando há problemas sexuais graves, sequelas gerais, realização de RT, proatividade na busca de informações ou acompanhamento psicológico prévio.
Estudos com doentes oncológicos e profissionais de saúde (n=3)					
Reese et al. [33]	2020	EUA	n=134; doentes n=7; médicos	Gravação de entrevista clínica + Questionário	-As doentes muitas vezes omitiam a comunicação sobre preocupações sexuais quando tais preocupações não eram problemáticas e interpretavam discussões inespecíficas como incluindo tópicos específicos de interesse, mesmo quando não declarados explicitamente. -As omissões foram mais comuns para as mulheres com menor escolaridade.
Reese et al. [23]	2017	EUA	n=28; doentes n=11; médicos	Entrevista	-Principais facilitadores: um relacionamento doente-profissional e doente como condutor da comunicação. -Os doentes expressaram preferências por uma comunicação aberta e colaborativa; os PdS expressaram preferências por alvos de intervenção focados (identificando preocupações, oferecendo recursos/referenciação) e formato conveniente.
Canzona et al. [34]	2016	EUA	n=40; doentes n=40; médicos	Entrevista	-Doentes e PdS discutiram a importância de honrar as necessidades individuais do doente e transmitir mensagens compassivas. No entanto, os relatos variaram significativamente em relação ao momento apropriado e ao método de iniciar discussões sobre SS, bem como a utilidade de certos comportamentos de apoio e recursos linguísticos.

Ca – Cancro; EUA – Estados Unidos da América; PdS – Profissionais de Saúde; SS – Saúde Sexual

Tabela III – Principais barreiras e facilitadores identificados na comunicação da saúde sexual no doente oncológico

	Perspetiva do profissional de saúde		Perspetiva do doente	
	Barreira (n=)	Facilitador (n=)	Barreira (n=)	Facilitador (n=)
Fatores relacionados com o doente				
Idade avançada	4	-	1	-
Idade mais jovem	-	1	-	1
Faixa etária muito díspar em relação à do PdS	2	-	-	-
Género feminino	1	-	2	-
Género masculino	-	-	1	-
Género oposto ao do PdS	3	-	-	-
Estado civil: solteiro	2	-	-	-
Parceiro do género feminino	-	-	-	1
Menor escolaridade	-	-	2	-
Personalidade – proatividade na busca de informação	-	-	-	2
Cancro que afeta órgãos sexuais/reprodutivos	-	-	-	2
Contexto sociocultural da sexualidade	2	-	2	-
Desconforto pessoal	1	-	4	-
Ausência de papel ativo em expor as suas preocupações	1	-	-	-
Perceção de que é muito cedo para falar sobre sexualidade	-	-	1	-
Vontade inicial em desejar apoio	-	-	-	1
Acompanhamento psicológico prévio ao cancro	-	-	-	1
Cancro com tratamento com intuito curativo	-	1	-	-
Estar em tratamento ativo	-	-	1	-
Doença oncológica grave	-	-	1	-
Ter feito radioterapia	-	-	-	1
Sobrevivência como prioridade	-	-	1	-
Crenças erradas sobre a doença	-	-	2	-
Sofrimento relacionado com o corpo	-	-	1	-
Medo de perder tempo de consulta	-	-	1	-
Medo do estado de saúde/procedimentos médicos/tratamentos	-	-	1	-
Estado de saúde estável	-	-	-	1
Problemas sexuais graves	-	-	-	2
Fatores relacionados com o profissional de saúde				
Contexto sociocultural da sexualidade	4	-	1	-
Género masculino	-	1	-	-
Maior número de anos de serviço	1	1	-	-
Falta de conhecimento	10	-	-	-
Falta de tempo para discussão de SS	8	-	-	-
Desconforto pessoal	1	-	-	-
Priorização de outros temas não diretamente relacionados com a SS	3	-	-	-
Indefinição acerca do PdS que deve abordar o tema	1	-	-	-
Pouca atenção a questões psicossociais	1	-	2	-
Não avaliação por rotina do bem-estar sexual do doente	1	-	-	-
Comunicação centrada no doente	-	-	-	2
Mostrar validação das preocupações do doente	-	-	-	1
Transmitir mensagens compassivas	-	-	-	1
Prescrever estratégias pessoais concretas	-	-	-	1
Sugerir que não há solução para as preocupações sexuais	-	-	1	-
Questionar a importância das preocupações do doente	-	-	1	-
Fatores alheios ao doente/profissional de saúde				
Dificuldade em encontrar um local apropriado	1	-	1	-
Falta de apoios/cuidados de suporte na gestão de questões psicossociais	2	-	-	-
Excesso de burocracia na referência a cuidados mais especializados	2	-	-	-

PdS – Profissionais de Saúde; SS – Saúde Sexual

Tabela IV - Resumo dos pontos-chave dos estudos incluídos sobre estratégias para melhorar a comunicação da saúde sexual no doente oncológico

Estudo	Ano	País	População	Tipo de intervenção	Metodologia	Resultados
Sreith et al.[54]	2022	Canadá	n=57; Ca reto	Visualização de um vídeo de educação pré-operatória	-Após a consulta pré-operatória, mas antes da cirurgia, preencheram questionário sobre expectativas de estilo de vida após o tratamento. Seguidamente, assistiram a um vídeo educacional e repetiram o questionário para avaliar as mudanças nas expectativas.	-Os doentes têm expectativas variadas quanto à função intestinal, urinária e sexual após tratamentos. O vídeo educacional pré-tratamento resultou numa tendência de mudanças nas expectativas de resultados funcionais na maioria dos doentes, sobretudo a nível intestinal. Contudo, não alterou as expectativas quanto à SS. -O vídeo educacional foi classificado como útil ou muito útil por 82% dos doentes.
Wang et al.[51]	2022	Canadá	n=981; PdS	Projeto piloto (RBI) sobre a discussão sobre SS, baseado no modelo PLISSIT	-Os PdS foram recrutados para serem modelos defensores do RBI e tiveram formação em tópicos de RBI, formaram colegas e melhoraram as discussões sobre SS em doentes oncológicos.	-Antes, mais de 80% não iniciavam conversas sobre SS; no final, mais de 52% dos PdS relataram iniciar as mesmas. -O feedback dos doentes foi positivo. -As barreiras ao nível do conforto com a SS foram abordadas com sucesso com formação contínua e foram sendo ↓ à medida que o estudo avançava.
Bingham et al.[42]	2022	Irlanda do Norte	n=87; PdS	Recurso de e-Learning (MSW/CC)	-Os PdS completaram questionários pré e pós-teste usando a Escala de Atitudes e Crenças Sexuais (SABS) modificada de 12 itens. -Após a intervenção, os PdS avaliaram a aceitabilidade e usabilidade do MSW/CC.	-As pontuações do SABS ↑ significativamente, indicando uma ↓ nas barreiras nas atitudes dos PdS em fornecer apoio sexual. -O MSW/CC foi considerado aceitável e fácil de usar, sendo que os PdS recomendariam o uso do mesmo.
Chow et al.[72]	2021	China	n=80; ♀ com Ca ginecológico e parceiros, PdS	Novo modelo de prestação de cuidados de enfermagem em SS	-Adotou-se uma abordagem de mapeamento conceitual com 3 fases: entrevistas individuais, produção de mapa conceitual e avaliação da sua aplicabilidade à prática clínica.	-O mapa conceitual mostrava 7 grupos de declarações em nível decrescente de importância: discussão sobre o impacto sexual do tratamento, apoio organizacional, fornecimento de informações, atitude em relação ao cuidado da sexualidade, pessoal envolvido na prestação de cuidados de sexualidade, momento da prestação de cuidados de sexualidade e modo de atendimento da sexualidade. -Este mapa conceitual foi usado para desenvolver um modelo de prática adaptado do modelo PLISSIT, com o feedback dos participantes a apoiar a sua aceitabilidade e adequação.

Reese et al. [36]	2021	EUA	n=30; médicos	Intervenção "ISHAREmLearning" sobre conhecimento, crenças e o conforto em discutir SS	Ouviram um <i>podcast</i> educacional, em 2 partes, que oferecia informações sobre questões de SS relacionadas com Ca da mama e comunicação eficaz sobre o assunto, com base em entrevistas com especialistas convidados. A viabilidade da intervenção foi avaliada por meio de taxas de inscrição, retenção e conclusão da intervenção. A aceitabilidade foi avaliada por meio de avaliações do programa. Os médicos autorrelataram o seu conhecimento sobre preocupações de SS, crenças e conforto ao discutir SS na pré e pós-intervenção.	-Intervenção favorável, com boa viabilidade e aceitabilidade. -Tendências positivas para melhorar o conhecimento, as crenças e o conforto do clínico ao discutir questões de SS.
McCaughan et al. [45]	2021	Irlanda do Norte	n=44; PdS	Recurso educacional de <i>e-learning</i>	Os PdS preencheram um questionário online no início do estudo sobre atitudes e crenças sexuais, sendo este novamente preenchido imediatamente após o <i>e-learning</i> e em 4 semanas. O recurso consiste em 3 secções: introdução, uma estrutura sistemática de abordagem da SS (EASSI) e métodos para integrar o PdS na prática do mesmo.	-Melhorias significativas no 'conhecimento e compreensão', 'confiança em discutir o bem-estar sexual' e na aquisição de 'linguagem para iniciar conversas'. -O recurso foi considerado conciso, relevante para a prática e fornece informações úteis sobre os possíveis efeitos adversos do tratamento.
Reese et al. [43]	2021	EUA	n=144; ♀ Ca da mama	Intervenção multimídia sobre SS	Grupo de intervenção (vídeo de 20 min, pasta de trabalho e guia de recursos) e de controlo. Na consulta seguinte os diálogos foram gravados em áudio. Pesquisas de autorrelato sobre crenças das doentes sobre comunicação saudável em saúde, autoeficácia para interações clínicas, função/atividade sexual, sintomas de ansiedade/depressão e qualidade de vida no início do estudo, pós-intervenção e 2 meses.	-♀ do grupo de intervenção eram mais propensas a abordar e questionar sobre SS durante a consulta. No follow-up, mostraram melhor desempenho de comunicação sobre SS autoeficaz e sintomas de ansiedade. Contudo, a intervenção não teve efeitos significativos na sexualidade das doentes.
Gorman et al. [44]	2021	EUA	n=29; ♀ Ca da mama	Estratégias de comunicação baseadas na comunicação centrada no doente	Foram realizadas entrevistas telefónicas individuais. Identificação de temas considerados relevantes e exploração de como os mesmos se relacionam com a estrutura da comunicação centrada no doente, de forma a encontrar estratégias específicas para melhorar a comunicação.	-Surgiram 3 grandes temas: avaliação normalizadora e integrativa das preocupações com SS e reprodutiva; PdS que transmitem preocupação e investimento genuínos; melhorar a acessibilidade a serviços abrangentes. -Foram reveladas estratégias concretas para melhorar a comunicação centrada no doente, nomeadamente lembrar aos doentes que as preocupações com SS são comuns, questionar por rotina sobre SS, ouvir ativamente e criar uma ligação entre doentes e PdS para que se possa abordar as preocupações sobre SS.

Duimering et al. [52]	2020	Alemanha	n=130; vários Ca	Programa de SS multidisciplinar (OASIS)	-Foi realizada uma revisão retrospectiva complementar de registos para avaliar dados clínico-demográficos, incluindo respostas a questionários de SS validados, durante 2 anos.	-Verificaram-se necessidades de SS não atendidas e foi apresentada uma estrutura para abordar essas questões, destacando melhorias. Esta passa por apostar no papel do grupo de apoio à SS para melhorar a acessibilidade e na necessidade de educação dos PdS de modo que sejam proativos, antes do doente ser referenciado a cuidados especializados.
Eid et al. [59]	2020	EUA	n=65; enfermeiros	Workshop de educação em SS	-O <i>workshop</i> incluiu 4h de conteúdo sobre SS, com palestras, discussão e simulação. As estratégias basearam-se no modelo CARD. -Os participantes preencheram um questionário para avaliar o impacto da intervenção antes, imediatamente após e 3 e 6 meses após a mesma.	-↑ conhecimento autorrelatado e ↓ das barreiras para discutir SS em 3 e 6 meses. -↑ frequência de tais discussões em 3 meses e mantida em 6 meses.
McCaughan et al. [41]	2020	Irlanda do Norte	n=76; Ca da próstata e parceiros, PdS	Estrutura sistemática de comunicação (EASSI): 'Capacitação' (E), 'Avaliação' (A), 'Informação e Apoio' (S) e 'Sinalização' (Si)	- Utilização de "Estrutura de Domínios Teóricos" para orientar um processo multifásico de identificação dos componentes da estrutura com base em revisões, entrevistas semiestruturadas e <i>workshops</i> com as partes interessadas.	-Destacam o envolvimento de rotina para normalizar as preocupações sexuais de forma breve, aconselhamento personalizado e mecanismo de referência ou disponibilização de recursos para o doente e parceiro -Concluem ser apropriada para uso na prática diária e aceitável para doentes, parceiros e PdS e ajuda a preencher a falta de apoio à SS.
Feuz et al. [49]	2019	Canadá	n=12; PdS	Workshop sobre SS	-Participaram em 2 <i>workshops</i> sobre SS de 90 min cada e preencheram questionários pré e pós- <i>workshop</i> .	-Embora tenha havido potencial para algumas mudanças nos níveis de conhecimento geral dos participantes após a iniciativa, 2 <i>workshops</i> gerais sobre o tema não são suficientes para que se sintam confortáveis o suficiente para mudar a sua prática clínica.
Reese et al. [46]	2019	EUA	n=134; 9 Ca da mama n= 7; médicos	Estratégia educacional (ISHARE)	-Os médicos receberam formação em comunicação sobre SS com doentes com Ca da mama (módulo de estudo autónomo e <i>workshop</i> presencial) -A viabilidade e aceitabilidade da intervenção foram medidas por meio de inscrição/participação e avaliações do programa pós-intervenção, respetivamente. -Os efeitos da intervenção foram avaliados por meio de crenças autorrelatadas do médico sobre comunicação sobre SS (início, pós-intervenção imediato e 1 e 6 meses), comunicação clínica codificada a partir de consultas (pré e pós intervenção) e satisfação do doente após as mesmas.	-Boa aceitabilidade da intervenção. -↑ autoeficácia dos médicos e as expectativas de resultados para comunicar sobre SS e ↓ das barreiras. -Os comportamentos de comunicação de SS dos PdS ↑ desde o início até a pós-intervenção, incluindo iniciar o tópico, fazer perguntas e oferecer informações. Nem a satisfação do doente nem a duração da comunicação sobre SS mudaram.

Almeida et al. [73]	2019	Brasil	n=15; ♀ Ca da mama	Aconselhamento sexual, segundo o modelo PLISSIT	-Estudo de caso desenvolvido em ambulatório	-Houve melhoria da função sexual feminina pelo uso do Modelo PLISSIT. -A experiência de utilização do modelo PLISSIT foi positiva tanto para os investigadores como para os participantes da intervenção.
Grondhuis et al.[61]	2017	Países Baixos	n=49; PdS	Material informativo escrito sobre efeitos colaterais sexuais	-Resposta a um questionário por telemóvel ou por email e envio do material informativo por escrito.	-Foram analisados 59 panfletos -SS foi mencionada em 88,1% dos panfletos. 20,4% tinham informações extensas, 50,8% moderadas e 28,8% tinham pouca ou nenhuma informação. -Frequentemente não aborda a DS relacionada com o tratamento e os cuidados de SS não estão disponíveis em todos os locais.
Jonsdottir et al.[48]	2016	Islândia	n=206; médicos e enfermeiros	Intervenção educacional em SS abrangente, nomeadamente em contexto de enfermagem, criação de serviço de SS e formação pessoal	-Incluiu 2 <i>workshops</i> , reuniões educativas, uma guia de bolso, panfletos para os doentes e um site, implementado ao longo de um período de 2 anos. -Um questionário eletrónico foi enviado aos participantes no início do estudo, após 10 meses e 16 meses, para avaliarem práticas comuns, atitudes e possíveis barreiras e impacto.	-90% participantes considerou a comunicação sobre SS como parte das suas responsabilidades. O conhecimento e capacidades ↑ significativamente ao longo do tempo. -Ao todo, 10-16% relataram discutir questões relacionadas com SS com mais de 50% dos doentes e a frequência foi significativamente maior entre os participantes no <i>workshop</i> .
Jung et al.[58]	2016	Coreia	n=48; enfermeiros	Registo de enfermagem direcionado para a SS	-Os investigadores desenvolveram um registo de cuidados de SS e aplicaram-no no grupo de intervenção durante 1 mês.	-Os que usaram o registo de cuidados de SS tiveram níveis significativamente mais ↑ de prática de cuidados de SS, 4 semanas após a intervenção, em comparação com aqueles que forneceram cuidados habituais a doentes com Ca.
Lubotzky et al.[47]	2016	Austrália	n=20; ♀ submetidas a RT pélvica	Panfleto de reabilitação psicosssexual e SS	-As doentes forneceram feedback sobre o formato, conteúdo e utilidade do panfleto e discutiram as suas necessidades de informações pós-tratamento, por meio de uma entrevista semiestruturada por telefone.	-O panfleto foi considerado como muito útil, informativo e não angustiante, fornecendo informações adicionais àquelas discutidas com os médicos. -Após a leitura do mesmo, as doentes compreenderam melhor as estratégias para reduzir o impacto sexual do tratamento.

Ca – Cancro; DS – Disfunção sexual; EUA – Estados Unidos da América; PdS – Profissionais de Saúde; RT – Radioterapia; SS – Saúde Sexual; ↓ - menor/diminuição; ↑ - aumento

Tabela V – Resumo dos efeitos das estratégias implementadas para melhorar a abordagem da saúde sexual no doente oncológico

Efeitos Estudos	Conhecimento/ compreensão	Autoeficácia/ confiança	Capacidades de comunicação	Frequência de discussão
Wang et al., 2022 [51]		↑		↑
Bingham et al., 2022 [42]	↑	↑		
Reese et al., 2021 [43]	↑	↑		
McCaughan et al., 2021 [45]	↑	↑	↑	
McCaughan et al., 2020 [41]		↑		
Eid et al., 2020 [59]	↑		↑	↑
Feuz et al., 2019 [49]		0		
Reese et al., 2019 [46]		↑	↑	
Almeida et al., 2019 [73]			↑	
Jonsdottir et al. 2016 [48]	↑	↑	↑	↑
Jung et al., 2016 [58]	↑	↑		

↑: melhoria; 0: sem alteração

Referências Bibliográficas

1. Nolen SC, Evans MA, Fischer A, Corrada MM, Kawas CH, Bota DA. Cancer—Incidence, prevalence and mortality in the oldest-old. A comprehensive review. Vol. 164, Mechanisms of Ageing and Development. Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 113–26.
2. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. About Chronic Diseases [Internet]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>. Consultado pela última vez a 2023/05/02
3. World Health Organization. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) [Internet]. Disponível em: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health). Consultado pela última vez a 2023/05/02.
4. Zhou ES, Nekhlyudov L, Bober SL. The primary health care physician and the cancer patient: Tips and strategies for managing sexual health. Vol. 4, Translational Andrology and Urology. AME Publishing Company; 2015. p. 218–31.
5. Bober SL, Sanchez Varela V. Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. Vol. 30, Journal of Clinical Oncology. 2012. p. 3712–9.
6. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. Journal of Clinical Oncology. 2004;22(5):881–9.
7. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer Diagnosis. Vol. 17, J Clin Oncol. 2019.
8. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. Journal of Clinical Oncology. 20 de Junho de 2006;24(18):2815–21.
9. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. Journal of Sexual Medicine. 2010;7(1 PART 2):349–73.
10. Higano CS, Zarowski C, Wassersug R, Elliott S. Sexual health after cancer therapy. Vol. 12, Journal of Oncology Practice. American Society of Clinical Oncology; 2016. p. 305–6.
11. Ligibel JA, Denlinger CS. New NCCN guidelines® for survivorship care. Journal of the National Comprehensive Cancer Network; 2013; 11(5S): 640-644.
12. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. Journal of clinical oncology; 2018. 36.5: 492-511
13. Lindau ST, Abramsohn EM, Baron SR, et al. Physical examination of the female cancer patient with sexual concerns: What oncologists and patients should expect from consultation with a specialist. CA Cancer J Clin. Maio de 2016;66(3):241–63.

14. Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology*. Junho de 2012;21(6):594-601.
15. Canzona MR, Ledford CJW, Fisher CL, Garcia D, Raleigh M, Kalish VB. Clinician barriers to initiating sexual health conversations with breast cancer survivors: The influence of assumptions and situational constraints. *Families, Systems and Health*. 1 de Março de 2018;36(1):20-8.
16. Lynch O, O'Donovan A, Murphy PJ. Addressing treatment-related sexual side effects among cancer patients: Sub-optimal practice in radiation therapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 de Maio de 2019;28(3).
17. Williams NF, Hauck YL, Bosco AM. Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 1 de Outubro de 2017;30:35-42.
18. Wazqar DY. Sexual health care in cancer patients: A survey of healthcare providers' knowledge, attitudes and barriers. *J Clin Nurs*. 1 de Novembro de 2020;29(21-22):4239-47.
19. Laldjising E, Sekercan A, Gadjradj PS. Neurosurgeons' opinions on discussing sexual health among brain tumor patients: Room for improvement? *Journal of Clinical Neuroscience*. 1 de Dezembro de 2021;94:292-7.
20. Krouwel EM, Albers LF, Nicolai MPJ, et al. Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges. *Journal of Cancer Education*. 1 de Dezembro de 2020;35(6):1072-88.
21. Ahn SH, Kim JH. Healthcare Professionals' Attitudes and Practice of Sexual Health Care: Preliminary Study for Developing Training Program. *Front Public Health*. 16 de Outubro de 2020;8.
22. Annerstedt CF, Glasdam S. Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *J Clin Nurs*. 1 de Outubro de 2019;28(19-20):3556-66.
23. Reese JB, Beach MC, Smith KC, et al. Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Outubro de 2017;25(10):3199-207.
24. Bedell S, Manders D, Kehoe S, et al. The opinions and practices of providers toward the sexual issues of cervical cancer patients undergoing treatment. *Gynecol Oncol*. 1 de Março de 2017;144(3):586-91.
25. Gleeson A, Hazell E. Sexual well-being in cancer and palliative care: an assessment of healthcare professionals' current practice and training needs. *BMJ Support Palliat Care*. 2017;1-4.
26. Schroyen S, Adam S, Marquet M, et al. Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 de Janeiro de 2018;27(1).
27. Reese JB, El-Jawahri A, Sorice K, et al. Investigating the impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer clinicians' communication about sexual health. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Julho de 2022;30(7):5801-10.

28. Schouten B, Bergs J, Vankrunkelsven P, Hellings J. Healthcare professionals' perspectives on the prevalence, barriers and management of psychosocial issues in cancer care: A mixed methods study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 de Janeiro de 2019;28(1).
29. Gilbert E, Perz J, Ussher JM. Talking about sex with health professionals: The experience of people with cancer and their partners. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 de Março de 2016;25(2):280–93.
30. Speer SA, Tucker SR, McPhillips R, Peters S. The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment. *Soc Sci Med*. 1 de Julho de 2017;185:17–26.
31. Zimmaro LA, Lepore SJ, Beach MC, Reese JB. Patients' perceived barriers to discussing sexual health with breast cancer healthcare providers. *Psychooncology*. 1 de Julho de 2020;29(7):1123–31.
32. Wang T, Cheng HL, Wong PKK, Dong W. Men's experiences of sex and intimacy after prostate cancer treatment in China: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Abril de 2022;30(4):3085–92.
33. Reese JB, Sorice KA, Zimmaro LA, Lepore SJ, Beach MC. Communication about Sexual Health in Breast Cancer: What Can We Learn from Patients' Self-Report and Clinic Dialogue? *Patient Educ Couns*. 1 de Setembro de 2020;103(9):1821–9.
34. Canzona MR, Garcia D, Fisher CL, Raleigh M, Kalish V, Ledford CJW. Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives. *Patient Educ Couns*. 1 de Novembro de 2016;99(11):1814–20.
35. Hay CM, Donovan HS, Hartnett EG, et al. Sexual Health as Part of Gynecologic Cancer Care: What Do Patients Want? *International Journal of Gynecological Cancer*. 1 de Novembro de 2018;28(9):1737–42.
36. Reese JB, Sorice KA, Pollard W, et al. Efficacy of a multimedia intervention in facilitating breast cancer patients' clinical communication about sexual health: Results of a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 1 de Maio de 2021;30(5):681–90.
37. Canzona MR, Fisher CL, Wright KB, Ledford CJW. Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers. *Journal of Cancer Survivorship*. 1 de Dezembro de 2019;13(6):932–42.
38. Ben Charif A, Bouhnik AD, Courbiere B, et al. Patient Discussion About Sexual Health With Health Care Providers After Cancer—A National Survey. *Journal of Sexual Medicine*. 1 de Novembro de 2016;13(11):1686–94.
39. Medina-Perucha L, Yousaf O, Hunter MS, Grunfeld EA. Barriers to medical help-seeking among older men with prostate cancer. *J Psychosoc Oncol*. 3 de Setembro de 2017;35(5):531–43.
40. Gong N, Zhang Y, Suo R, Dong W, Zou W, Zhang M. The role of space in obstructing clinical sexual health education: A qualitative study on breast cancer patients' perspectives on barriers to expressing sexual concerns. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 de Julho de 2021;30(4).

41. McCaughan E, Parahoo K, Flannagan C, et al. Development of a conceptual framework to improve sexual wellbeing communication in routine prostate cancer care. *Patient Educ Couns*. 1 de Junho de 2020;103(6):1150–60.
42. Bingham SL, Semple CJ, Flannagan C, Dunwoody L. Enhancing healthcare professional-led sexual support in cancer care: Acceptability and usability of an eLearning resource and its impact on attitudes towards providing sexual support. *Psychooncology*. 1 de Setembro de 2022;31(9):1555–63.
43. Reese JB, Zimmaro LA, Bober SL, et al. Mobile technology-based (mLearning) intervention to enhance breast cancer clinicians' communication about sexual health: A pilot trial. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 1 de Outubro de 2021;19(10):1133–40.
44. Gorman JR, Drizin JH, Smith E, Flores-Sanchez Y, Harvey SM. Patient-Centered Communication to Address Young Adult Breast Cancer Survivors' Reproductive and Sexual Health Concerns. *Health Commun*. 2021;36(13):1743–58.
45. McCaughan EM, Flannagan C, Parahoo K, et al. Effects of a brief e-learning resource on sexual attitudes and beliefs of healthcare professionals working in prostate cancer care: A pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de Outubro de 2021;18(19).
46. Reese JB, Lepore SJ, Daly MB, et al. A brief intervention to enhance breast cancer clinicians' communication about sexual health: Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *Psychooncology*. 1 de Abril de 2019;28(4):872–9.
47. Lubotzky F, Butow P, Nattress K, et al. Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource. *Health Expectations*. 1 de Dezembro de 2016;19(6):1290–301.
48. Jonsdottir JI, Zoëga S, Saevarsdottir T, et al. Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*. 1 de Abril de 2016;21:24–30.
49. Feuz C, Tse K, Kwan M, et al. Implementing Workshops to Improve Radiation Therapists' Knowledge and Attitudes about Sexual Health Issues in Cancer Patients. *J Med Imaging Radiat Sci*. 1 de Março de 2019;50(1):98–105.
50. Chen W, Ma Q, Chen X, et al. Attitudes and Behavior of Patients with Gynecologic Malignancy Towards Sexual Issues: a Single-institutional Survey. *Journal of Cancer Education*. 1 de Junho de 2021;36(3):497–503.
51. Wang JM, Hart M, Jain P, et al. Relationships, body image, and intimacy: A pilot to increase sexual health conversations between radiation therapists and cancer patients in Ontario. *J Med Imaging Radiat Sci*. 1 de Junho de 2022;53(2):264–72.
52. Duimering A, Walker LM, Turner J, et al. Quality improvement in sexual health care for oncology patients: a Canadian multidisciplinary clinic experience. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Maio de 2020;28(5):2195–203.

53. Almont T, Farsi F, Krakowski I, El Osta R, Bondil P, Huyghe É. Sexual health in cancer: the results of a survey exploring practices, attitudes, knowledge, communication, and professional interactions in oncology healthcare providers. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Março de 2019;27(3):887–94.
54. Streith LD, Yip SJY, Brown CJ, et al. Effectiveness of a rectal cancer education video on patient expectations. *Colorectal Disease*. 1 de Setembro de 2022;24(9):1040–6.
55. Houlihan S. Dual-process models of health-related behaviour and cognition: a review of theory. Vol. 156, *Public Health*. Elsevier B.V.; 2018. p. 52–9.
56. Conner M, McEachan R, Lawton R, Gardner P. Basis of intentions as a moderator of the intention-health behavior relationship. *Health Psychology*. 1 de Março de 2016;35(3):219–27.
57. Paschal Sheeran. Supplemental Material for The Impact of Changing Attitudes, Norms, and Self-Efficacy on Health-Related Intentions and Behavior: A Meta-Analysis. *Health Psychology*. 2016;
58. Jung D, Kim JH. Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 1 de Outubro de 2016;9:21–6.
59. Eid K Al, Christensen S, Drake D, et al. Sexual health education: Knowledge level of oncology nurses and barriers to discussing concerns with patients. *Clin J Oncol Nurs*. 1 de Agosto de 2020;24(4):E50–6.
60. Bräutigam E, Schratter-Sehn A, Kottmel A, Bitzer J, Teleky B, Ucsnik L. Do radiation oncologists talk about sexual health and dysfunction with their cancer patients? Results of the igls-vienna-sexmed-survey. *Clin Transl Radiat Oncol*. 1 de Março de 2020;21:120–6.
61. Grondhuis Palacios LA, Krouwel EM, Duijn M, et al. Written information material and availability of sexual health care for men experiencing sexual dysfunction after prostate cancer treatment: An evaluation of Dutch urology and radiotherapy departments. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 de Março de 2017;26(2).
62. Reese JB, Sorice K, Beach MC, et al. Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. Vol. 11, *Journal of Cancer Survivorship*. Springer New York LLC; 2017. p. 175–88.
63. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. Vol. 10, *Journal of Sexual Medicine*. Blackwell Publishing Ltd; 2013. p. 2658–70.
64. O'Connor SR, Connaghan J, Maguire R, et al. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. Vol. 102, *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 850–63.
65. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. Vol. 17, *Supportive Care in Cancer*. 2009. p. 479–501.

66. Mrad H, Vinette B, Chouinard A, Bilodeau K. Educational interventions to improve communication about sexual health between nurses and gynecologic oncology patients: A narrative review. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 5 de Fevereiro de 2022;32(1):30-7.
67. Albers LF, Palacios LAG, Pelger RCM, Elzevier HW. Can the provision of sexual healthcare for oncology patients be improved? A literature review of educational interventions for healthcare professionals. Vol. 14, *Journal of Cancer Survivorship*. Springer; 2020. p. 858-66.
68. Denlinger CS, Sanft T, Baker KS, Baxi S, Broderick G, Demark-Wahnefried W, et al. *Survivorship, Version 2.2017: Clinical practice guidelines in oncology*. Vol. 15, *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Harborside Press; 2017. p. 1140-63.
69. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al. Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017;36:492-511. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017>.
70. Chanmekun SB, Zulkifli MM, Muhamad R, Mohd Zain N, Low WY, Liamputtong P. Managing sexual dysfunction for women with breast cancer: the perspective of healthcare providers in North East Malaysia. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Janeiro de 2022;30(1):401-11.
71. Gupta N, Kucirka LM, Semerjian A, et al. Comparing Provider-Led Sexual Health Counseling of Male and Female Patients Undergoing Radical Cystectomy. *Journal of Sexual Medicine*. 1 de Maio de 2020;17(5):949-56.
72. Chow KM, Chan CWH, Choi KC, White ID, Siu KY, Sin WH. A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach. *Supportive Care in Cancer*. 1 de Março de 2021;29(3):1663-73.
73. Almeida NG de, Britto DF, Figueiredo JV, Moreira TMM, Carvalho REFL de, Fialho AV de M. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm*. 19 de Agosto de 2019;72(4):1109-13.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

