

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

CÍNTIA CARDOSO PINHEIRO

ELABORAÇÃO DE MANUAL TÉCNICO DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL EM
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO:
um guia para profissionais de saúde

MANAUS

2020

CÍNTIA CARDOSO PINHEIRO

ELABORAÇÃO DE MANUAL TÉCNICO DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL EM
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO:
um guia para profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional em Cirurgia, da Universidade Federal do Amazonas, na área de concentração Inovação e reengenharia organizacional em Cirurgia para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Machado Duran Gutierrez

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ione Rodrigues Brum

MANAUS

2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pinheiro, Cintia Cardoso
P654e Elaboração de manual técnico de atenção à saúde sexual em
mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para
profissionais de saúde / Cintia Cardoso Pinheiro . 2020
221 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez
Coorientadora: Ione Rodrigues Brum
Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) - Universidade
Federal do Amazonas.

1. Sexualidade. 2. Disfunção sexual. 3. Câncer de mama. 4.
Câncer ginecológico. I. Gutierrez, Denise Machado Duran. II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

CÍNTIA CARDOSO PINHEIRO

ELABORAÇÃO DE MANUAL TÉCNICO DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL EM
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO:
um guia para profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional em Cirurgia, da Universidade Federal do Amazonas, na área de concentração Inovação e reengenharia organizacional em Cirurgia para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Aprovado em 19 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Denise Machado Duran Gutierrez (Membro Interno) – UFAM - PPGRACI



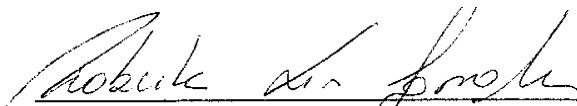
Prof. Dra. Rosane Dias da Rosa (Membro Interno) – UFAM - PPGRACI



Prof. Dra. Katia Luz Torres (Membro Externo) – UFAM - PPGCIS



Prof. Dr. Jonas Byk (Suplente Interno) – UFAM - PPGRACI



Prof. Dra. Roberta Lins Gonçalves (Suplente Externo) – UFAM - PPGCIS

MANAUS

2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e possibilidade de crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, Ana Amélia e José Eduardo, e irmãos, Eduardo e Beatriz, que sempre deram apoio nos momentos de dedicação aos estudos e ao trabalho.

Ao meu esposo, Leonardo Costa, pelo incentivo ao meu crescimento profissional e acadêmico.

Às Prof^a. Dr^a. Ione Rodrigues Brum e Denise Machado Duran Gutierrez por acreditarem no meu trabalho e orientar a elaboração do manual para que este fosse concretizado.

A Prof^a. Dr^a. Rossiclei Souza Pinheiro, que sempre me lembrou da importância social do meu projeto e pela coorientação na execução deste trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia (PPGRACI – UFAM) por estimular e incentivar a busca pelo conhecimento científico e meu aperfeiçoamento como professora da graduação em medicina.

A Prof^a. M.^a Hilka Flávia do Espírito Santo Pereira, que desde a graduação me incentivou a seguir a área da oncologia.

A Enf. M.^a Carmen Lúcia de Paula, pioneira na implantação do ambulatório de sexualidade do INCA e supervisora na construção do ambulatório de sexualidade para mulheres com câncer do Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM.

A Michele Saray Bonfim, Maria auxiliadora Maciel e Walkelen de Souza Morais, por terem acreditado na ideia e na implementação do ambulatório multidisciplinar de sexualidade para mulheres com câncer do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

A todas mulheres vítimas do câncer, que em razão do tratamento oncológico tiveram sua sexualidade afetada.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

JUSTIFICATIVA: As neoplasias malignas são a segunda maior causa de morbidade entre as mulheres no Brasil. O diagnóstico precoce e os avanços no tratamento oncológico nos estágios iniciais e avançados permitiram, em muitas situações, melhora no prognóstico e sobrevida longa, sendo o câncer considerado uma doença crônica. Apesar disso, o tratamento do câncer de mama e do câncer ginecológico podem deixar sequelas ou efeitos colaterais sobre a sexualidade que perduram por anos após o término dos tratamentos. A frequência de disfunções sexuais nessa população tende a ser alta e muitas mulheres sentem vergonha em expor o que sentem para a equipe de saúde e esperam que o profissional tome a iniciativa. No entanto, abordar queixas sexuais das pacientes pode ser um desafio para o profissional da saúde que não teve capacitação adequada na sua formação e pela dificuldade em abordar e lidar com crenças pessoais associadas ao assunto. A sexualidade é um componente importante na qualidade de vida dos pacientes oncológicos e promover reabilitação nessa esfera deve ser um dos pilares das políticas de saúde. **OBJETIVOS:** Elaborar Manual Técnico de orientação e manejo aos profissionais de saúde quanto a readaptação sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico; objetivos específicos: buscar na literatura as principais evidências relacionadas ao manejo das disfunções sexuais decorrentes do tratamento do câncer em mulheres e propor recomendações para atuação na prática clínica. **MÉTODO:** Foi realizada revisão sistemática da literatura recobrando o período de 2009 a 2019 através de levantamento de bases de dados de referência na área de saúde (MEDLINE/PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Colaboração Cochrane) dando preferência a ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais que avaliaram os tratamentos para disfunções sexuais em portadoras de câncer de mama e câncer ginecológico. As evidências encontradas foram analisadas conforme o Sistema GRADE para a elaboração de recomendações em formato de Manual Técnico para profissionais de saúde. **RESULTADOS:** A compilação de diversas formas de tratamento para disfunções sexuais em mulheres com câncer permitiu a construção de tabelas baseadas em evidências através do sistema GRADE para cada grande grupo de queixas sexuais (transtorno de desejo/excitação sexual/orgasmo, dor pélvica e fogachos) e a confecção de um manual com referências para capacitação de profissionais de saúde que atendam esse público. **CONCLUSÕES:** Este trabalho gerou a confecção do "Manual Técnico de atenção à saúde sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico: Um guia para profissionais de saúde", que descreve as bases para diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais e que se tornou a base do protocolo de atendimento do ambulatório de sexualidade para mulheres com câncer do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Universidade Federal do Amazonas.

DESCRITORES: Sexualidade. Disfunção Sexual. Neoplasia de mama. Neoplasia genital feminina.

ABSTRACT

BACKGROUND: Malignant neoplasms are the second largest cause of morbidity among women in Brazil. Early diagnosis and advances in cancer treatment in the early and advanced stages have, in many situations, improved prognosis and long survival, with cancer being considered a chronic disease. Despite this, the treatment of breast cancer and gynecological cancer may leave sequels or side effects on sexuality that persist for years after the end of treatments. The frequency of sexual dysfunctions in this population tends to be high and many women are embarrassed to expose their feelings to the health team and expect the professional to take the initiative. However, addressing patients' sexual complaints can be a challenge for the health professional who has not had adequate training in their formal education and for the difficulty and personal beliefs of dealing with the subject. Sexuality is an important component in the quality of life of cancer patients and promoting rehabilitation in this sphere should be one of the pillars of health policies. **OBJECTIVES:** To elaborate Technical Manual of orientation and management to the health professionals regarding the sexual readaptation in women with breast and gynecological cancer; specific objectives: to search the literature for the main evidence related to the management of sexual dysfunctions resulting from the treatment of cancer in women and to propose recommendations for action in clinical practice. **METHOD:** A systematic review of the literature was carried out reconnecting the period from 2009 to 2019 through a survey of health reference databases (MEDLINE/PUBMED, Virtual Health Library (VHL) and Cochrane Collaboration) giving preference to randomized clinical trials and observational studies that evaluated treatments for sexual dysfunction in patients with breast cancer and gynecological cancer. The evidence found was analyzed according to the GRADE System for the elaboration of recommendations in the format of a technical manual for health professionals. **RESULTS:** The compilation of various forms of treatment for sexual dysfunction in women with cancer allowed the construction of evidence-based tables through the GRADE system for each large group of sexual complaints (sexual desire/arousal disorder/orgasm, pelvic pain and hot flash) and making a manual with references for training health professionals that take care of these women. **CONCLUSIONS:** This work generated the creation of the "Technical Manual of attention to sexual health in women with breast and gynecological cancer: a guide for health care professional" that describes the bases for diagnosis and treatment of sexual dysfunction, which became the basis of the protocol for attending the sexuality outpatient clinic for women with cancer at the Getúlio Vargas University Hospital/Federal University of Amazonas.

KEY WORDS: Sexuality. Sexual Dysfunction. Breast Neoplasm. Female Genital Neoplasm.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em mulheres estimados para 2020, exceto pele não melanoma.....	19
Figura 2 - Incidência de câncer em mulheres na Região Norte do Brasil.....	20
Figura 3 - Artigos Publicados na PUBMED envolvendo disfunção sexual feminina e câncer.....	36
Figura 4 - Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados.....	38
Figura 5 - Aplicativo GRADE PRO.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perguntas de pesquisa com base na estrutura PICO.....	35
Tabela 2 - Descritores de pesquisa.....	35
Tabela 3 - Sequência de busca nas bases de dados.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Índice de Função Sexual Feminina.....	23
Quadro 2 -	Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients (SABIS).....	26
Quadro 3 -	Escala de sexualidade para Mulheres com câncer ginecológico..	28
Quadro 4 -	Exemplo de quadro descritivo utilizado em revisões sistemáticas	39
Quadro 5 -	Quadro-exemplo de análise do sistema GRADE.....	40
Quadro 6 -	Classificação da qualidade da evidência e força de recomendação.....	42
Quadro 7 -	Sumário de evidências: desejo, excitação e orgasmo.....	43
Quadro 8 -	Sumário de evidências: dor genital.....	45
Quadro 9 -	Sumário de evidências: fogachos.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
ASCO	American Society of Clinical Oncology
CA	Câncer
DHEA	Desidroepiandrosterona
EA	Eletroacupuntura
ECR	Ensaio clínico randomizado
EF	Exercício físico
EUA	Estados Unidos da América
<i>et al.</i>	e colaboradores
FDA	Food and Drug Administration
FSFI	Female Sexual Function Index
GP	Gabapentina
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HPV	Papiloma vírus humano
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IA	Inibidor de aromatase
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva
ISRS	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina
ISRSN	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio
PP	Pílulas de Placebo
PPGRACI	Programa de Pós-Graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Amazonas
PRISM	Programa de Saúde Sexual Integrativa
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
PSQI	Pittsburg Sleep Quality Index
QS-F	Quociente Sexual Feminino
SABIS	Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients
SH	Sham acupuntura

SPIRIT	Sisters Peer Counseling in Reproductive Issue after treatment
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH	Terapia hormonal
TMX	Tamoxifeno
TCC	Terapia cognitivo comportamental
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
VO	Via oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
	Objetivos.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1	Sexualidade feminina.....	17
2.2	Epidemiologia do câncer de mama e do câncer ginecológico.....	18
2.3	Avaliação da sexualidade nos serviços oncológicos.....	21
3	MÉTODO.....	34
3.1	Tipo de estudo.....	34
3.2	Características da amostra e critérios de elegibilidade.....	34
3.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	37
3.4	Instrumento de coleta de dados.....	37
3.5	Procedimentos.....	38
3.5.1	Recrutamento.....	38
3.5.2	Análise dos dados.....	39
3.6	Financiamento.....	42
3.7	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	42
4	RESULTADOS.....	43
4.1	Sumário de evidências: disfunção sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico.....	43
4.2	Sumário de evidências: dor genital em mulheres com câncer de mama e ginecológico.....	45
4.3	Sumário de evidências: sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama e ginecológico.....	50
4.4	Manual de atenção à saúde sexual de mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde.....	61
5	DISCUSSÃO.....	145
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
	REFERÊNCIAS.....	150
	APÊNDICES.....	161
	APÊNDICE A - Características dos Estudos Incluídos - Desejo/Excitação/Orgasmo.....	162
	APÊNDICE B - Características dos Estudos Incluídos – Dor Genital.....	167
	APÊNDICE C - Características dos Estudos Incluídos – Fogachos.....	179
	APÊNDICE D - Estudos Excluídos.....	206
	APÊNDICE E - Autorização para abertura do Ambulatório de Sexualidade do HUGV/UFAM.....	209
	APÊNDICE F - Relatório do INCA de avaliação do Ambulatório de Sexualidade do HUGV/UFAM.....	210
	APÊNDICE G - CHECK-LIST PRISMA.....	212
	APÊNDICE H – Produção acadêmica durante o mestrado.....	213
	APÊNDICE I - Autorização para uso de imagem no Manual Técnico de atenção à saúde sexual de mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde.....	221

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas são a segunda causa de mortalidade no Brasil entre as mulheres ficando atrás somente das doenças cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). O câncer de mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres no país e no mundo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), para o triênio de 2020-2022 estima-se o número de 66.280 novos casos de câncer de mama no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Os cânceres ginecológicos englobam o câncer de colo uterino, corpo uterino, ovário, trompas, vulva e vagina. O câncer de colo uterino ocupa terceira posição entre as neoplasias no Brasil e possui grande importância por possuir medidas estratégicas de prevenção primária através da vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV) e secundária, com diagnóstico e tratamento de lesões precursoras (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

A detecção precoce do câncer de mama e do de colo uterino permite taxas de cura de mais de 90%. Aliada ao desenvolvimento de melhores tratamentos, a sobrevivência de mulheres com câncer de mama atinge taxa de 89,7% de sobrevivência em 5 anos e prevalência estimada de 3.322.552 de mulheres sobreviventes segundo os dados do National Cancer Institute dos Estados Unidos (SEER, 2017).

Houve aumento de 78% para 87% na sobrevivência de mulheres com câncer de mama no período de 1995 a 2009 no Brasil (ALLEMANI et al, 2015). Apesar dos números favoráveis, a taxa de cobertura mamográfica é de ainda apenas 24,8% (FREITAS-JUNIOR et al, 2016), o que significa que o diagnóstico de muitos casos de câncer de mama acontece em estágio avançado que necessitarão de tratamentos mais complexos como mastectomias e uso de quimioterapia, radioterapia e terapias-alvo.

O câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar na região norte do Brasil, superando o câncer de mama e taxa de incidência de 26,24 novos casos/100 mil habitantes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019). A maioria dos casos de câncer de colo uterino tem diagnóstico tardio e estadiamento II ou maior e por isso necessita de tratamento com radioterapia e quimioterapia (NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2019).

A cirurgia oncológica tem alto impacto sobre a autoestima da mulher, principalmente nos casos de câncer de mama, onde muitas vezes ela vê a desconfiguração da sua sexualidade associada aos efeitos da quimioterapia sobre a

fertilidade e depleção ovariana. Os sintomas climatéricos são frequentes e impactam na função sexual feminina. Barni e Mondin (1997), ao questionarem mulheres após tratamento do câncer de mama, verificaram que 64% apresentavam ausência de desejo sexual; 38%, dispareunia; e 42% tinham dificuldade na lubrificação vaginal.

A cirurgia para o tratamento de câncer ginecológico, a depender da sua extensão, pode causar danos a nervos, vasos sanguíneos e disfunção hormonal, comprometendo a fisiologia do ciclo de resposta sexual. A radioterapia pélvica e a braquiterapia provocam uma destruição do epitélio superficial da vagina, com consequente diminuição de lubrificação local, estenose, dispareunia e sangramento (KIRCHHEINER et al, 2014). Em pesquisa realizada no INCA em 2007 com 142 mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino tratadas com radioterapia, foram verificados como complicações do tratamento casos de estenose vaginal (87%), retite actínica (59%), cistite actínica (29%) e formação de fístulas em 10% (VIDAL et al, 2013).

Protocolos de seguimento e reabilitação oncológica são importantes para proporcionar melhor qualidade de vida a essas sobreviventes. Apesar da alta incidência de disfunções sexuais em pacientes oncológicas, a abordagem e discussão sobre o tema com os profissionais de saúde ainda é bastante deficitária. Sporn et al (2014) verificaram que 97% dos pacientes com câncer relataram comunicação infrequente com seus oncologistas sobre disfunção sexual.

As dificuldades que podem estar relacionadas a abordagem de questões de sexualidade pelos profissionais de saúde passam por desconhecimento ou falta de treinamento sobre saúde sexual nas graduações e cursos de especialização (WIGGINS et al, 2007).

Instituições como National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e a Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) possuem guidelines de cuidados e suporte a sobreviventes com disfunções sexuais (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2017; CARTER et al, 2018). Apesar da importância da sexualidade para a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, nota-se que ainda existem muitos tabus e desconhecimento quanto ao funcionamento da resposta sexual, tanto pela população geral quanto pelos profissionais de saúde.

Justificativa

As políticas públicas para saúde devem abranger prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Tendo em vista a crescente incidência de neoplasias malignas, em 2013 foi atualizada a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil, com objetivo de implementar ações de apoio aos pontos fundamentais da assistência à saúde, além de abranger os cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Na assistência médica brasileira ainda existe muito enfoque no tratamento, mas assim como a prevenção é importante para diminuir morbidade e custos, a reabilitação promove qualidade de vida e a sexualidade se encaixa nesse contexto.

Em centros oncológicos internacionais, já existem ambulatórios de sexualidade para mulheres com câncer, como por exemplo o Programa de Saúde Sexual Integrativa (PRISM) da Universidade de Chicago; o Programa de Saúde Sexual Integrativa para Mulheres da Universidade de Wisconsin; e o Programa de Saúde Sexual Feminina do Memorial Sloan Kettering Cancer Center (HUFFMAN et al, 2016).

O INCA foi o primeiro serviço no Brasil a implementar o ambulatório de sexualidade voltado para mulheres com câncer ginecológico. A atenção multidisciplinar precoce permite a orientação sobre os efeitos colaterais do tratamento do câncer sobre a função sexual, resgate de autoestima e melhor qualidade de vida, tendo uma visão integral e humanizada (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

O estado do Amazonas apresenta alta incidência de câncer de colo uterino, muitas vezes diagnosticado em estágio avançado. A cirurgia, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia têm efeitos colaterais que afetam de forma importante a sexualidade de mulheres que muitas vezes ainda estão em idade reprodutiva.

A equipe multiprofissional do setor de ginecologia e obstetrícia do Ambulatório Araújo Lima do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), composta por ginecologista, psicóloga, fisioterapeuta pélvica e enfermeira, se organizou para criar um ambiente propício à discussão de um tema tão delicado quanto a sexualidade no contexto do câncer.

No dia 12 de abril de 2019, o HUGV, pertencente à Universidade Federal do Amazonas (UFAM), implantou o segundo ambulatório multidisciplinar de sexualidade voltado para mulheres portadoras de neoplasia ginecológica no Brasil, seguindo as

orientações do Instituto Nacional do Câncer (APÊNDICE E e F).

Sendo um hospital de referência no ensino e na assistência médica na região Norte e contextualizando com a mudança no perfil mundial de assistência oncológica, o presente trabalho descreve o protocolo de atendimento do ambulatório de sexualidade para mulheres com câncer do HUGV-AM baseado nos dados de literatura sobre o tema e que possibilitaram a confecção do seu Manual de Atenção à Saúde Sexual de Mulher com Câncer de mama e Ginecológico, para servir de base e fonte de multiplicação e formação de equipes multiprofissionais em demais unidades de tratamento oncológico, segundo os preceitos da medicina baseada em evidência.

O público-alvo, portanto, são os profissionais de saúde (oncologistas, mastologistas, cirurgiões oncológicos, radioterapeutas ginecologistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais), que trabalham diretamente com mulheres com câncer, assim como os estudantes da graduação dessas respectivas áreas que tenham interesse em aprofundar o conhecimento nessa temática.

Objetivos

Geral:

Elaborar manual técnico de orientação e manejo aos profissionais de saúde quanto à readaptação sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico.

Específicos:

- 1 - Identificar através de revisão sistemática da literatura as principais evidências relacionadas ao manejo das disfunções sexuais (Transtorno de desejo, excitação e orgasmo) decorrentes do tratamento do câncer de mama e ginecológico;
- 2 - Revisar a literatura científica sobre as evidências relacionadas ao manejo da dor genital decorrentes do tratamento do câncer de mama e ginecológico;
- 3 - Detectar na literatura científica as principais evidências relacionadas ao manejo dos sintomas climatéricos decorrentes do tratamento do câncer de mama e ginecológico;
- 4 - Compilar os dados da literatura científica para a elaboração do Manual de Atenção à Saúde Sexual de Mulheres com Câncer de Mama e Ginecológico: Um guia para profissionais de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sexualidade feminina

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é aspecto central dos seres humanos durante a vida que engloba sexo, gênero, identidade, papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É vivenciada e expressada por pensamentos, fantasias, desejos, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Múltiplos fatores podem influenciar na sexualidade como cultura, religião, contexto histórico, educação sexual, aspectos econômicos, doenças físicas e psíquicas, qualidade dos relacionamentos, além de abusos e traumas (LINDAU et al, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Crenças e mitos permeiam a imaginação das pessoas e podem gerar ansiedade e dificuldades na vida sexual. Muitas culturas e religiões tendem a limitar a educação sexual de meninas e pregar o sexo com algo pecaminoso ou sujo. Muitas mulheres adultas referem que nunca olharam seus genitais ou, se tentaram, encontraram dificuldade física e emocional em se ver e tocar (LINDAU et al, 2016).

As disfunções sexuais ocorrem quando há sofrimento ou angústia relacionada à sexualidade e são classificadas de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013):

- Transtorno do interesse/excitação sexual: diminuição ou ausência do interesse sexual, pensamentos eróticos ou fantasias; diminuição ou ausência de iniciativa para atividade sexual e tipicamente não receptiva a iniciativa do parceiro; diminuição ou ausência de excitação durante atividade sexual em 75% a 100%; diminuição ou ausência de sensação genital e não genital durante ato sexual em quase ou todas as vezes; diminuição ou ausência de interesse ou excitação em resposta a qualquer forma de estímulo sexual externo ou interno.

- Transtorno do orgasmo: atraso, infreqüência, ausência ou menor intensidade de orgasmo por pelo menos 6 meses em 75% a 100% das interações sexuais.

- Transtorno de dor gênito/pélvica: inclui a dor na penetração (dispareunia) e o vaginismo.

Para o diagnóstico de uma ou mais disfunções sexuais é necessário que a queixa perdure pelo mínimo por seis meses e cause sofrimento psíquico que pode ser mínimo, moderado ou grave. Deve ser investigado se a queixa é de ocorrência primária ou secundária (após o diagnóstico do câncer, por exemplo), generalizada ou situacional. Os fatores que influenciam na sexualidade devem ser pesquisados também para melhor caracterização do caso e tratamento.

O câncer é considerado uma causa médica ou orgânica de disfunções sexuais, podendo levar ainda a quadros de depressão e ansiedade, que devem ser prontamente tratados. Todas as neoplasias malignas em geral podem afetar a sexualidade, mas os que afetam os órgãos genitais geram um reforço maior por atingir locais importantes para identificação feminina, para a função sexual e relacionamento amoroso (GIANOTTEN; REISMAN, 2017).


Antes mesmo do diagnóstico do câncer, muitas mulheres que já possuíam alguma dificuldade nos relacionamentos sexuais tendem a ter seus sintomas intensificados após o diagnóstico e tratamento do câncer. Áreas erógenas, com a mama ou órgãos genitais, são diretamente afetadas quando o câncer acomete essas regiões. Além disso, o tratamento pode levar à menopausa precoce e mudanças importantes na imagem corporal, comprometendo a expressão da sexualidade (LINDAU et al, 2016).

2.2 Epidemiologia do câncer de mama e do câncer ginecológico

No mundo foram estimados 18.1 milhões de casos novos de câncer em 2018, sendo que 8,6 milhões correspondem a casos femininos. O câncer de mama ocupa o primeiro lugar com 24,2%, seguido pelo colo-retal (9,5%), pulmão (8,4%) e colo uterino (6,6%) (BRAY et al, 2018).

No Brasil, são estimados 297.980 novos casos de câncer entre as mulheres para o ano de 2020, sendo os mais frequentes: o câncer de mama, com 29,7% dos casos, seguido do colón e reto com 9,2%, colo uterino (7,4%), traqueia, brônquio e pulmão (5,6%), glândula tireoide (5,4%), estômago (3,5%), ovário (3%), corpo de útero (2,9%), entre outros conforme mostra a Figura 1 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Figura 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em mulheres estimados para 2020, exceto pele não melanoma*

	Localização Primária	Casos	%
Mulheres 	Mama feminina	66.280	29,7%
	Cólon e reto	20.470	9,2%
	Colo do útero	16.590	7,4%
	Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%
	Glândula tireoide	11.950	5,4%
	Estômago	7.870	3,5%
	Ovário	6.650	3,0%
	Corpo do útero	6.540	2,9%
	Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
	Sistema nervoso central	5.220	2,3%

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (2019).


*Números arredondados para múltiplo de 10.

A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, promovida pelo Ministério da Saúde desde 2005, tem como objetivo promover ações que ampliem o acesso à saúde para as brasileiras em todas as fases de vida e com foco também em prevenção e tratamento do câncer de mama e colo uterino (BRASIL, 2004).

O número de casos esperados de câncer de mama no Brasil a cada ano do triênio 2020-2022 é de 66.280 casos e para o câncer de colo uterino, 16.590 casos, sendo que este último equiparando-se aos casos de câncer de mama no norte do país com taxa de 21,20 novos casos/100mil habitantes (FIGURA 2) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

No estado do Amazonas, foram registrados 131 casos diagnosticados de câncer de mama com 125 óbitos (16,8%) e 73 casos novos de câncer de colo uterino com 189 óbitos (25,5%) no ano de 2018 pela Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON, 2018).

Figura 2 – Incidência de câncer em mulheres na Região Norte do Brasil

	Localização Primária	Casos	%
 Mulheres	Mama feminina	1.970	21,0%
	Colo do útero	1.940	20,6%
	Cólon e reto	590	6,3%
	Traqueia, brônquio e pulmão	590	6,3%
	Estômago	550	5,9%
	Leucemias	320	3,4%
	Sistema nervoso central	280	3,0%
	Ovário	310	3,3%
	Glândula tireoide	260	2,8%
	Corpo do útero	230	2,4%

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (2019).

O tratamento desses cânceres irá variar conforme o tipo de tumor, estadiamento e evolução da doença. Existe um estigma importante em relação ao tratamento do câncer de mama por consistir em cirurgia que pode ser muitas vezes mutiladora e pelos efeitos da quimioterapia. A escolha entre cirurgia conservadora da mama, mastectomia, biopsia de linfonodo sentinela ou linfadenectomia axilar irá depender de vários fatores pessoais e de prognóstico (NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2019).

O câncer de colo uterino também pode ter consequências importantes na qualidade de vida. Como muitos casos são diagnosticados em fase tardia, o tratamento tende a se basear em radioterapia com ou sem quimioterapia.

Fonseca et al (2010) analisaram dados de pacientes com câncer de colo uterino no estado de Roraima em 2009 e verificaram que apenas 9,3% dos casos estava em estágio IA, 12% em IB, 9,3% em IIA, 18,5% em IIB, 5,5% em IIIA, 24% em IIIB, 11,1% em IVA e 9,3% em IVB (FONSECA et al, 2010). No Amazonas, 75% das pacientes com câncer de colo uterino encontram-se em estágio avançado (maior que IIB) (SILVA; LEITE, 2020).

A cirurgia oncológica para tratamento de câncer ginecológico, a depender da sua extensão, pode causar danos a nervos, vasos sanguíneos e disfunção hormonal, o que pode comprometer a fisiologia do ciclo de resposta sexual. Como visto nos dados de Fonseca et al (2010), a maioria dos casos de câncer de colo uterino tem estadiamento II ou mais e por isso necessita de tratamento com radioterapia e quimioterapia (NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2019).

A radioterapia pélvica, assim como a braquiterapia, provocam uma destruição do epitélio superficial da vagina, com conseqüente diminuição de lubrificação local, estenose, dispareunia e sangramento (KIRCHHEINER et al, 2014). Em pesquisa realizada no INCA em 2007 com 142 mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino e que foram tratadas com radioterapia, verificou-se como complicações do tratamento a estenose vaginal em 87%, retite actínica em 59%, cistite actínica em 29% e formação de fístulas em 10% (VIDAL et al, 2013).

O impacto do tratamento oncológico sobre a qualidade de vida dessas mulheres é enorme e pode gerar conflitos importantes nas relações afetivas e sexuais. Ir além dos avanços do tratamento oncológico e buscar promover reabilitação e retorno às atividades prévias ao diagnóstico do câncer, incluindo restabelecer e minimizar os efeitos sobre a vida sexual, deve ser uma preocupação das equipes envolvidas no cuidado desses pacientes.

2.3 Avaliação da sexualidade nos serviços oncológicos

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica publicou em 2017 suas recomendações quanto ao manejo de queixas sexuais em pacientes oncológicos. A orientação é que a discussão sempre deve ser iniciada por um dos membros da equipe de saúde na época do diagnóstico do câncer e depois no seu seguimento. A conversa deve ser adequada ao nível de instrução da paciente, às suas crenças religiosas, culturais e quanto a orientação sexual, podendo incluir o parceiro da paciente, caso assim deseje (CARTER et al, 2018).

Muitos profissionais de saúde relatam dificuldade em abordar questões de sexualidade com as pacientes. É preciso criar uma rotina para o rastreamento de disfunções sexuais, além das questões habituais de tratamento e seguimento oncológico (DESIMONE, 2014). Uma forma de auxiliar nesse treinamento é a utilização de modelos como o **PLISSIT** (Permission – Limited information – Specific suggestions – Intensive therapy) (ANNON, 1976).

Segundo o modelo, na primeira fase, o profissional dá **permissão** ou abertura para que a paciente exponha suas queixas ou preocupações sexuais. Essa fase é importante, pois muitas pacientes se sentem inibidas ou envergonhadas de falar, pensar ou praticar sua sexualidade após o diagnóstico de câncer de mama. Muitos mitos e crenças permeiam o imaginário das pacientes e seus parceiros, gerando angústia e culpa.

Na sequência o profissional que utiliza o modelo deve esclarecer que exercer a sexualidade é aspecto fundamental na qualidade de vida e que apesar das adversidades do diagnóstico e tratamento do câncer, a intimidade se faz importante para melhor recuperação da saúde e do bem-estar.

É importante permitir que o casal exponha cada um suas dificuldades e com a segunda fase de **informação limitada** o profissional mostre as consequências e efeitos colaterais dos tratamentos do câncer sobre as fases do ciclo de resposta sexual. Explique que as mudanças físicas e psicológicas da paciente são decorrentes do tratamento e não uma diminuição de sentimentos ou amor pelo parceiro.

Na terceira fase são feitas **sugestões específicas** para o tratamento das disfunções sexuais. Para isso é necessário fazer uma boa anamnese sexual. Existem *guidelines* ou modelos de anamnese para auxiliar o profissional não habituado. Após definidas as áreas de trabalho, o tratamento específico para sintomas urogenitais pode ser prescrito ou encaminhar paciente para fisioterapia pélvica para os casos de vaginismo. A terceira fase é um preparatório para a quarta fase de **terapia intensiva**, que em geral é multidisciplinar (psicologia, serviço social, terapia de casal, terapia sexual, fisioterapia).

As duas últimas etapas demandam mais tempo e dedicação e caso o profissional não se sinta pronto para o tratamento específico, pode encaminhar para equipe de especialistas. Faghani et al (2016) realizaram trabalho onde 4 sessões foram realizadas baseadas no modelo do PLISSIT em mulheres submetidas a mastectomia e verificaram melhora na qualidade de vida após a intervenção em comparação com o grupo controle, demonstrando ser um método que pode ser reproduzido nos serviços de oncologia.

Existem alguns questionários de avaliação de disfunção sexual em mulheres que podem ser aplicados no contexto clínico ou de pesquisa para facilitar o diagnóstico e seguimento. Internacionalmente, o mais utilizado é o Índice de Função Sexual Feminina (Female Sexual Function Index – FSFI) que contém 19 questões com itens sobre desejo sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor na relação (ROSEN et al, 2000). Esse questionário já foi validado para pacientes com câncer (BASER; LI; CARTER, 2012) e traduzido, adaptado e validado para português por Thiel et al (2008) e aplicado em pacientes com câncer de mama no Brasil por Castelo (2014) (QUADRO 1).

Dalton et al (2009) desenvolveram um questionário que avalia tanto a imagem corporal como a sexualidade de pacientes com câncer de mama. Esse inventário se chama Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients (SABIS) e contém 28 questões, sendo 10 avaliando imagem corporal e 18 avaliando a função sexual, cujas respostas seguem o padrão de 5 pontos da escala de Likert (QUADRO 2).

Para avaliação de pacientes com câncer ginecológico, Zeng et al (2012) desenvolveram um questionário com 32 itens avaliando desde a imagem corporal, papéis de gênero e relacionamento, atividade sexual, função sexual e questões adicionais (QUADRO 3).

Quadro 1 - Índice de Função Sexual Feminina

<p>1. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>frequência</u> você sentiu desejo ou interesse sexual?</p> <p>(5) Sempre ou quase sempre (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (3) Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo) (1) Nunca ou quase nunca</p> <p>2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>nível (grau)</u> de desejo ou interesse sexual?</p> <p>(5) Muito alto (4) Alto (3) Moderado (2) Baixo (1) Muito baixo ou nenhum</p> <p><i>A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.</i></p> <p>3. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>frequência</u> você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?</p> <p>(0) Sem atividade sexual (5) Sempre ou quase sempre (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (3) Algumas vezes (metade das vezes) (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo) (1) Nunca ou quase nunca</p> <p>4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>nível (grau)</u> de excitação sexual durante a atividade sexual?</p> <p>(0) Sem atividade sexual (5) Muito alto (4) Alto (3) Moderado (2) Baixo (1) Muito baixo ou nenhum</p> <p>5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu <u>grau</u> de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?</p> <p>(0) Sem atividade sexual (5) Altíssima confiança</p>
--

- (4) Alta confiança
- (3) Moderada confiança
- (2) Baixa confiança
- (1) Baixíssima ou nenhuma confiança

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco difícil
- (5) Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual

- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Altíssimo
- (2) Alto

(3) Moderado (4) Baixo (5) Baixíssimo ou nenhum						
Domínios	Questões	Varição do Escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo	Escore
Desejo	1,2	1 - 5	0.6	1.2	6.0	
Excitação	3,4,5,6	0 - 5	0.3	0	6.0	
Lubrificação	7,8,9,10	0 - 5	0.3	0	6.0	
Orgasmo	11,12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0	
Satisfação	14, 15, 16	0(ou1)- 5	0.4	0.8	6.0	
Dor	17, 18, 19	0 - 5	0.4	0	6.0	
Escore Total				2.0	36.0	

Escore menor que 26 sugere disfunção sexual

Fonte: Thiel et al (2008).

Quadro 2 - Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients (SABIS)

Escala de Imagem Corporal	
1. Antes do diagnóstico de câncer mama, qual era o grau de satisfação com a sua atratividade física?	
Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita ()	
2. Qual o grau de satisfação com sua atratividade física após o diagnóstico de câncer de mama?	
Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita ()	
3. Antes do câncer de mama, qual era o seu grau de conforto em mostrar seu corpo para outras pessoas?	
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável ()	
4. Qual o grau de conforto você sente ao mostrar seu corpo para outros após o câncer de mama?	
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável ()	
5. Qual o grau de conforto você sente com as mudanças no seu corpo após o câncer de mama?	
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável ()	
6. Qual o grau de conforto você sente ao mostrar a área afetada pelo câncer de mama para outras pessoas?	
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável ()	
7. Antes do câncer de mama, qual o grau de conforto você estava com seu peso corporal?	
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável ()	
8. Qual o grau de conforto você sente com seu peso corporal desde o câncer de mama?	

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável ()

9. Antes do câncer de mama, qual o grau de conforto você estava com a forma e proporção do seu corpo?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável ()

10. Qual o grau de conforto com a forma e proporção do seu corpo após o câncer de mama?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável ()

Escala de Ajuste Sexual

11. Antes do câncer de mama, qual era o grau de satisfação com sua vida sexual?

Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita ()

12. Qual o grau de satisfação com sua vida sexual após o diagnóstico de câncer de mama?

Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita()

13. Antes do câncer de mama, o quão confiante você se percebia com ser sexual?

Não confiante() Pouco confiante() Moderadamente confiante() Muito confiante()
Extremamente confiante()

14. Qual o seu grau de confiança você sente como ser sexual desde o diagnóstico de câncer de mama?

Não confiante() Pouco confiante() Moderadamente confiante() Muito confiante()
Extremamente confiante()

15. Como o câncer de mama afetou o seu desejo por contato sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu() Não afetou() Aumentou() Aumentou significativamente()

16. Como o câncer de mama afetou os seus relacionamentos sexuais?

Piorou significativamente() Piorou() Não afetou() Melhorou() Melhorou significativamente()

17. Como o câncer de mama afetou a comunicação com seu parceiro(a) sobre suas necessidades sexuais?

Piorou significativamente() Piorou() Não afetou() Melhorou() Melhorou significativamente()

18. Como o câncer de mama afetou a frequência em que você inicia o contato sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu() Não afetou() Aumentou() Aumentou significativamente()

19. Como o câncer de mama afetou a frequência com que seu parceiro inicia o contato sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu() Não afetou() Aumentou() Aumentou significativamente()

20. Como o câncer de mama afetou a sua satisfação durante as relações sexuais?

Piorou significativamente() Piorou() Não afetou() Melhorou() Melhorou significativamente()

21. Como o câncer de mama afetou a frequência em que você se sente satisfeita durante relação sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu() Não afetou() Aumentou() Aumentou significativamente()

22. O quão importante são suas mamas para sua experiência sexual?

Não é importante() Pouco importante() Moderadamente importante() Muito importante()
Extremamente importante()

23. O quão importante são suas mamas para a experiência sexual do seu parceiro?

Não é importante() Pouco importante() Moderadamente importante() Muito importante()
Extremamente importante()

24. O quão confortável é para você quando o seu parceiro vê o seu tórax?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável()

25. O quão confortável é para seu parceiro ver o seu tórax?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável()

26. Qual o grau de conforto você sente quando o seu parceiro toca a área afetada pelo câncer de mama?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável()

27. Qual o grau de conforto o seu parceiro sente em tocar sua área afetada pelo câncer de mama?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável()
Extremamente confortável()

28. Quão importante são suas mamas para sua identidade sexual como mulher?

Não é importante() Pouco importante() Moderadamente importante() Muito importante()
Extremamente importante()

Fonte: Adaptado de Dalton et al (2009).

Quadro 3 – Escala de sexualidade para Mulheres com câncer ginecológico

Imagem corporal

Durante o último mês

1. Você não gosta da sua aparência

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

2. Você gosta da sua aparência do jeito que é

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

3. A maioria das pessoas considera você bonita

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

4. Você é pouco atraente fisicamente

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

5. Seu corpo parece sensual

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

Papéis de gênero e relacionamento

Durante o último mês

6. O câncer afetou sua percepção de feminilidade?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

7. Depois do tratamento, o câncer afetou o modo que seu parceiro íntimo percebe você como mulher?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

8. O câncer afetou o seu papel como esposa/parceira sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

9. O câncer afetou o seu papel como mãe?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

10. O câncer afetou seu relacionamento sexual como um todo com seu esposo/parceiro íntimo?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

Atividade sexual (Não limitado a penetração vaginal e incluindo qualquer atividade íntima sexual (ex: segurar mãos, beijos, abraços e toque)

Durante o último mês

11. "Ter sexo" foi uma parte importante da sua vida?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

12. Você teve atividade íntima neste mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

13. você gostou da atividade sexual neste mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

14. Qual a frequência de atividade sexual este mês?

5x ou mais() 3-4x() 1-2x() Nada()

15. Você está satisfeita com a frequência de atividade sexual neste mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

Função Sexual

Durante o último mês

16. Você está preocupada com a função sexual do seu esposo/parceiro íntimo?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

17. Você está preocupada com a sua própria função sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

18. Você teve desejo sexual este mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

19. Você sentiu ressecamento vaginal durante a relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

20. Você teve alguma dor ou desconforto sexual durante relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

21. Você tem sangramento durante a relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

22. Você sentiu incômodo durante a relação sexual por perceber sua vagina curta?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

23. Você conseguiu completar a relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

24. Você atingiu orgasmo?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

25. Você se sentiu satisfeita após ter relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

Itens adicionais

Comparado com antes do diagnóstico de câncer ginecológico

26. O seu interesse pela atividade sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

27. A frequência de atividade sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

28. Suas preferências de atividade sexual mudaram?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

29. A lubrificação vaginal mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

30. Você percebe que o tamanho da sua vagina mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

31. A dor durante a relação sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

32. A qualidade da sua relação sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

Fonte: Adaptado de Zeng et al (2012).

Múltiplas ferramentas podem ser aplicadas de acordo com o plano individual de tratamento do paciente. A psicoterapia sexual é muito utilizada e importante para o conhecimento do funcionamento da resposta sexual, para o trabalho de imagem corporal e intimidade no relacionamento, além de melhora na satisfação sexual. Para os sintomas genitais, o guideline recomenda uso de hidratantes e lubrificantes vaginais, lidocaína tópica em casos de dor persistente no introito vaginal e dispareunia. A terapia de reposição hormonal sistêmica ou local pode ser prescrita em casos de tumores não hormônio sensíveis. Além disso, a fisioterapia pélvica com uso de dilatadores vaginais é importante na prevenção e tratamento de vaginismo e estenose vaginal (CARTER et al, 2018).

A literatura científica apresenta evidência escassa e muitas vezes de baixa qualidade quanto ao manejo de queixas sexuais em paciente oncológicas. Em revisão publicada pela Cochrane em 2016 sobre as intervenções para disfunção sexual em mulheres com câncer, 11 ensaios clínicos randomizados foram selecionados para análise e 8 destes continham falhas metodológicas importantes e tamanho amostral pequeno em cada braço do estudo, dificultando a confiança na

efetividade dos mesmos. As evidências para o uso de creme de testosterona, gel de pH vaginal balanceado ou exercícios para o assoalho pélvico, por exemplo, são fracas e os resultados são mistos para as intervenções psicoterapêuticas (CANDY et al, 2016).

Apesar disso, os serviços oncológicos têm se organizado para contemplar as questões sexuais que ocorrem durante e após o tratamento do câncer. Em Nova Iorque, o Memorial Sloan-Kettering Cancer (MSKC) desde 2005 promove reabilitação sexual de pacientes oncológicos e tem como princípio 4 focos: cuidados clínicos; educação e suporte aos pacientes; pesquisa clínica e treinamento de profissionais. A equipe é composta por urologista, ginecologista, terapeuta sexual e profissional de saúde mental. O programa trabalha com vários aspectos da preservação da função sexual, tratamento de disfunções sexuais, como encarar novos relacionamentos, assim como abordar as questões médicas para possíveis parceiros, contracepção, fertilidade e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (KRYCHMAN, 2006).

No Memorial Sloan-Kettering Cancer, ocorre primeiro uma consulta com ginecologista e terapeuta sexual onde será estabelecido um plano individual de reabilitação sexual, com seguimento em 6 semanas, 3 meses, 6 meses e 1 ano. Para as mulheres em uso de dilatadores vaginais, a reavaliação é mais frequente para tirar dúvidas e garantir a aderência ao tratamento. Com relação à saúde mental, os psicólogos podem aplicar a terapia cognitiva comportamental, educação psicosssexual, aconselhamento individual e de casal ou mesmo terapia de grupo (KRYCHMAN, 2006).

O programa oferece ainda orientação pré e pós cirurgia oncológica, quimioterapia ou radioterapia sobre os possíveis efeitos colaterais dos tratamentos sobre a sexualidade. Existe na instituição um Departamento de Medicina Integrativa que pode auxiliar também na reabilitação dos pacientes (KRYCHMAN, 2006).

Até o ano de 2005, as queixas mais frequentes entre mulheres atendidas pelo programa do MSKC foram de dispareunia (72%) e atrofia vulvovaginal (65%), sendo os hidratantes e lubrificantes (89%) os tratamentos mais prescritos, seguido de aconselhamento psicosssexual (46%). A taxa de melhora dos sintomas foi de 70% (KRYCHMAN, 2006).

O treinamento de profissionais no MSKC foca em alguns tópicos como: tratamento do câncer e seus efeitos sobre a sexualidade; educação sobre a resposta sexual; anamnese sexual, além de diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais

(KRYCHMAN, 2006).

A Sociedade Britânica de Menopausa recomenda algumas práticas para o controle de sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama inicial (MARSDEN; MARSH; RIGG, 2019):

- A paciente com câncer de mama deve ser referenciada para especialistas no manejo de sintomas da menopausa;
- É importante sempre questionar sobre sintomas climatéricos e sexuais para a paciente, pois dificilmente essas questões são relatadas de forma espontânea;
- É responsabilidade da equipe de cuidados oncológicos orientar sobre preservação de fertilidade em casos de risco de comprometimento do mesmo decorrente do tratamento para o câncer;
- Deve-se orientar a mulher usar anticoncepção não hormonal caso entre em amenorreia;
- Os métodos não hormonais (clonidina, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores seletivos de recaptação de noradrenalina e serotonina, gabapentina) para sintomas vasomotores são primeira linha de tratamento, mas em muitos casos tendem a ser descontinuados devido a efeitos colaterais. Se forem inefetivos, a terapia de reposição hormonal sistêmica pode ser considerada desde que haja discussão com a equipe oncológica e consentimento escrito da paciente;
- Cuidado com os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, que podem ter interferência em graus variados com a enzima CY2D6 (principalmente fluoxetina e paroxetina) e alterar o metabolismo do tamoxifeno e conseqüentemente sua efetividade no controle do câncer;
- Em mulheres que usam inibidores de aromatase, a troca por tamoxifeno pode aliviar os sintomas da menopausa após alguns meses, mas a mudança só deve ser feita se não houver alteração em riscos prognósticos;
- Os hidratantes e lubrificantes vaginais são tratamentos de primeira linha para a atrofia vulvovaginal. Se persistirem os sintomas, pode ser considerado uso de estrogênios vaginais de baixa dose em mulheres com tumores hormônios negativos ou em uso de tamoxifeno, desde que em comum acordo com a equipe oncológica;
- O modulador seletivo de receptor de estrogênio oral (SERM), ospemifeno, não é recomendado;
- Considerar a terapia cognitiva comportamental (TCC) para alívio de sintomas de

ansiedade e alteração de humor decorrentes da menopausa. A mudança na percepção dos sintomas pode ter benefícios no alívio inclusive dos sintomas vasomotores;

- Mudanças do estilo de vida e práticas de alongamento e exercícios físicos promovem alívio dos sintomas climatéricos e de artralgia;
- Devem ser evitados erva de São João, fitoterápicos, vitamina E e cimicifuga racemosa;
- Mulheres com disfunção sexual podem ser encaminhadas para aconselhamento psicosssexual, fisioterapia pélvica, uso de dilatadores vaginais e suporte para os efeitos de imagem corporal decorrentes da cirurgia na mama.

A utilização de materiais de referência sobre sexualidade em mulheres com câncer permite ao profissional de saúde melhorar sua forma de atendimento, promovendo assim acessibilidade e qualidade de vida para essa população. Pensando neste propósito, o presente trabalho descreve na sessão seguinte o método aplicado para obtenção e análise de dados da literatura que serviram de base para a composição do Manual Técnico de Atenção à saúde sexual de mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Foram realizadas três revisões sistemáticas da literatura sobre tratamentos para disfunções sexuais em portadoras de câncer de mama e câncer ginecológico de acordo com a queixa clínica e divididas em 3 áreas temáticas:

- 1) Disfunções sexuais (Transtorno de desejo, excitação e orgasmo);
- 2) Transtorno de dor pélvica;
- 3) Sintomas climatéricos.

As pesquisas seguiram os princípios das Diretrizes Metodológicas para tomada de decisão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), que segue a metodologia do Sistema GRADE e avaliação de evidência pelo Manual de Revisões Sistemáticas da Cochrane (HIGGINS et al, 2017). O relato das revisões seguiu o check-list do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) (APÊNDICE G).

3.2 Características da amostra e critérios de elegibilidade

A pesquisa foi formulada com base na estrutura PICO (população, intervenção, comparação e desfecho). As perguntas pertinentes ao tema serviram para guiar as estratégias de busca utilizando vocabulário controlado MeSH, DeCS (TABELA 1 e 2).

As bases de dados utilizadas foram MEDLINE/PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e COCHRANE DATABASE com seleção preferencial de artigos primários/originais e secundários de intervenção e revisões sistemáticas e metanálises da Colaboração Cochrane que envolvam mulheres com câncer de mama e ginecológico com as sintomatologias relacionadas à disfunção sexual. Essas bases foram utilizadas por serem referências na área da saúde e por conterem artigos de revistas de repercussão mundial (MEDLINE/PUBMED), latino-americano e do Caribe (BVS) e revisões sistemáticas (COCHRANE).

Livros de sexualidade (ABDO, 2012; CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012; GIANOTTEN; REISMAN, 2017; KATZ, 2018; LEIBLUM, 2011) e guias de orientação da American Society of Clinical Oncology (CARTER et al, 2018), da NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (2017) e da Sociedade Britânica de Menopausa (MARSDEN; MARSH; RIGG, 2019) também foram utilizados para a

composição do "Manual de atenção à saúde sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde".

O período de seleção dos artigos selecionados nas bases de dados foi entre os anos de 2009 a 2019, devido a observação que 1622 (69%) dos artigos indexados envolvendo disfunção sexual feminina e câncer na maior base de dados (PUBMED) ocorreram durante este período conforme demonstra a Figura 3.

As estratégias de busca para cada tema e base de dados estão descritas na Tabela 3, com última pesquisa realizada em 01/12/2019.

Tabela 1 - Perguntas de pesquisa com base na estrutura PICO

Pesquisa 1 - Disfunções sexuais (Transtorno de desejo, excitação e orgasmo)	
População	Mulheres com câncer de mama e ginecológico e queixas sexuais
Intervenção	Tratamento
Comparação	Controle
Desfecho	Melhora de disfunções sexuais
Pesquisa 2 - Transtorno de dor pélvica	
População	Mulheres com câncer de mama e ginecológico e dor pélvica
Intervenção	Tratamento
Comparação	Controle
Desfecho	Melhora da dor pélvica
Pesquisa 3 - Sintomas climatéricos	
População	Mulheres com câncer de mama e ginecológico e sintomas climatéricos
Intervenção	Tratamento
Comparação	Controle
Desfecho	Melhora de sintomas climatéricos

Fonte: A autora (2019).

Tabela 2 - Descritores de pesquisa

Pesquisa 1 - Disfunções sexuais (Transtorno de desejo, excitação e orgasmo)	
DeCs	"Neoplasias da mama", neoplasias dos genitais femininos, disfunção sexual fisiológica
MeSH	"Breast neoplasm", "female genital neoplasms", "Psychological sexual dysfunctions"
Sinônimos	"Breast cancer", hypoactive sexual desire disorder", "sexual arousal

	disorder, "orgasmic disorder", "câncer de mama", gynecologic* neoplasm", câncer ginecológico, transtorno de desejo sexual hipotativo, transtorno de orgasmo, transtorno de excitação sexual
--	---

Pesquisa 2 - Transtorno de dor pélvica

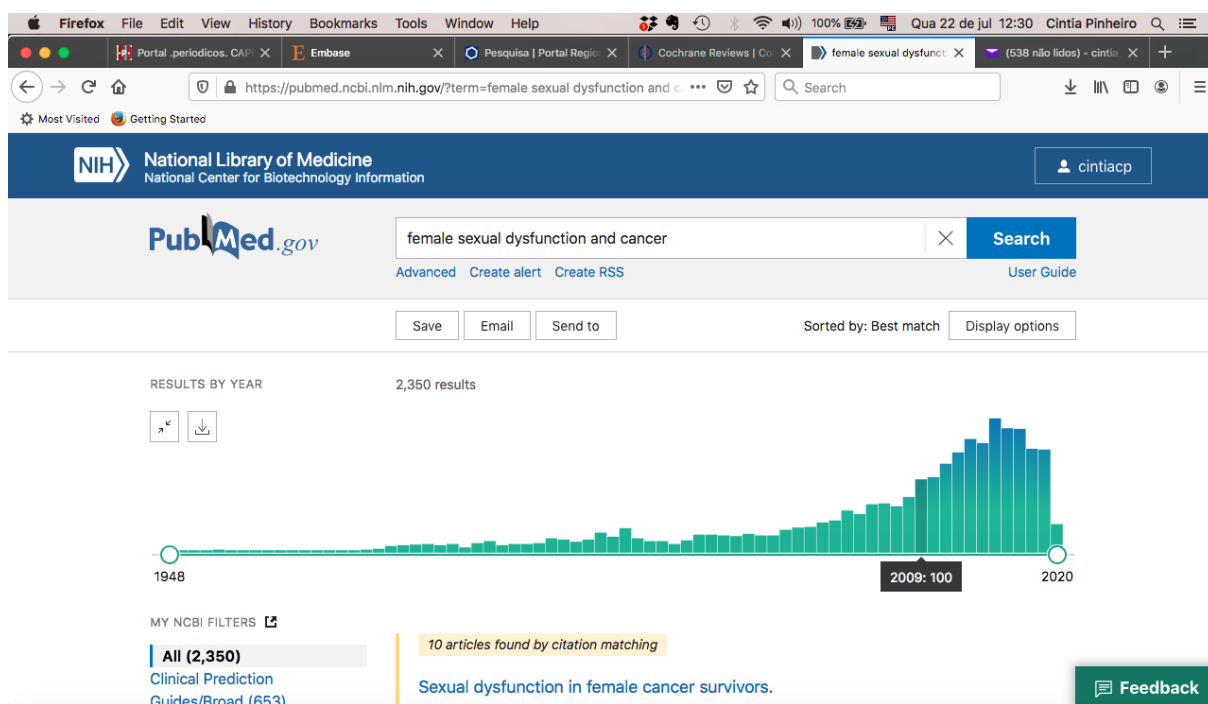
DeCs	"Neoplasias da mama", neoplasias dos genitais femininos, dispareunia, vaginismo, dor pélvica
MeSH	"Breast neoplasm", "female genital neoplasms", "dyspareunia", "vaginismus"
Sinônimos	Vaginal stenosis, câncer de mama, câncer ginecológico

Pesquisa 3 - Sintomas climatéricos

DeCs	"Neoplasias da mama", neoplasias dos genitais femininos, fogachos
MeSH	"Breast neoplasm", "female genital neoplasms", "hot flash
Sinônimos	Câncer de mama, câncer ginecológico

Fonte: BVS; PUBMED (s.d.).

Figura 3 - Artigos Publicados na PUBMED envolvendo disfunção sexual feminina e câncer



Fonte: Pubmed.gov (s.d.).

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

- Inclusão

Artigos que envolveram mulheres com câncer de mama e ginecológico e queixas sexuais;

Artigos que envolvam mulheres maiores de 18 anos;

Artigos originais: ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais;

Artigos em inglês, português e espanhol;

Artigos publicados no período de 2009 a 2019.

- Exclusão

Não conformidade com o objetivo da busca;

Relatos de caso, série de casos e revisão da literatura;

Artigos com modelos animais ou in vitro;

Editoriais e cartas.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Realizada busca em bancos de dados como MEDLINE/PUBMED e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Embase e Cochrane através dos descritores encontrados no DeCS, MeSH e (TABELA 2). As sequências de busca foram (TABELA 3):

Tabela 3 - Sequência de busca nas bases de dados

Pesquisa 1 - Disfunções sexuais (Transtorno de desejo, excitação e orgasmo)	
MEDLINE COCHRANE	(Hypoactive sexual desire disorder OR sexual arousal disorder OR orgasmic disorder) AND (breast cancer OR breast neoplasm OR female genital neoplasms OR gynecologic neoplasm)
BVS	(Disfunção sexual fisiológica OR transtorno de desejo sexual hipoativo OR transtorno de orgasmo OR transtorno de excitação sexual) AND ("neoplasias da mama" OR cancer de mama OR neoplasias dos genitais femininos OR cancer ginecológico)
Pesquisa 2 - Transtorno de dor pélvica	
MEDLINE COCHRANE	(Dyspareunia OR Vaginismus OR Vaginal atrophy OR vaginal stenosis) AND (breast cancer OR breast neoplasm OR female genital neoplasms OR gynecologic* neoplasm OR cervical cancer)
BVS	(Dispareunia OR vaginismo OR dor pélvica) AND (neoplasias da mama OR cancer de mama OR neoplasias dos genitais femininos OR

	cancer ginecológico)
Pesquisa 3 - Sintomas climatéricos	
MEDLINE COCHRANE	Hot flashes AND (Breast cancer OR Female Genital Neoplasms OR Gynecologic neoplasm)
BVS	Fogachos AND (neoplasias da mama OR cancer de mama OR neoplasias dos genitais femininos OR cancer ginecológico)

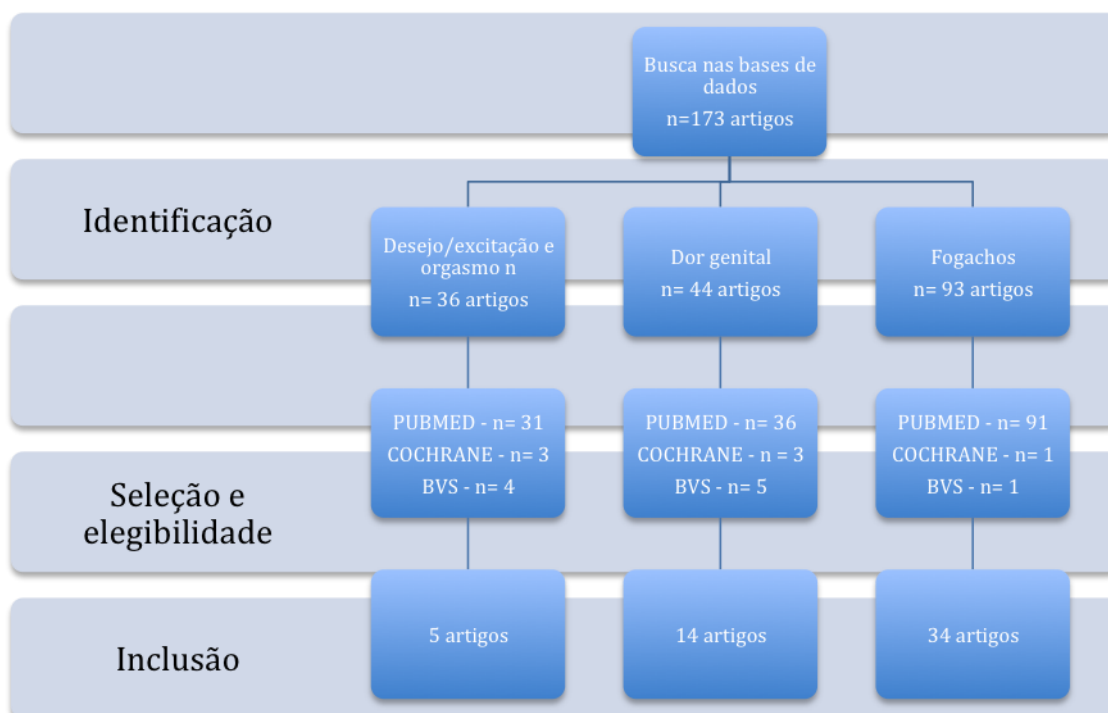
Fonte: A autora (2019).

3.5 Procedimentos

3.5.1 Recrutamento

A triagem dos trabalhos foi feita pela pesquisadora principal, mestranda Cíntia Cardoso Pinheiro, através da leitura dos títulos e resumos (abstract). Para a confirmação dos artigos para a pesquisa, foi realizada leitura completa dos artigos selecionados na triagem. Após avaliação com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 5 artigos sobre desejo/excitação/orgasmo, 14 artigos para dor genital e 34 artigos para fogachos, totalizando a análise de 53 artigos pelo sistema GRADE (FIGURA 4).

Figura 4 –Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados



Fonte: A autora (2019).

3.5.2 Análise dos dados

O corpo das evidências selecionado foi analisado segundo o sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). A colaboração Cochrane é mundialmente conhecida por elaborar e divulgar revisões sistemáticas e metanálises. Para determinar o grau de confiança nos dados da literatura avaliada para suas revisões, a Cochrane tem utilizado o sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (ATKINS et al, 2004).

Segundo a Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Interventions, para a avaliação da qualidade da evidência é necessário avaliar os seguintes pontos: geração de sequência de randomização (viés de seleção); ocultação da alocação (Viés de seleção); cegamento dos participantes e pesquisadores (viés de performance); desfechos incompletos (viés de atrito); tamanho amostral; e relato seletivo de desfechos (viés de relato) (QUADRO 4) (HIGGINS et al, 2017).

Quadro 4 - Exemplo de quadro descritivo utilizado em revisões sistemáticas
BERLIÈRE et al, 2018

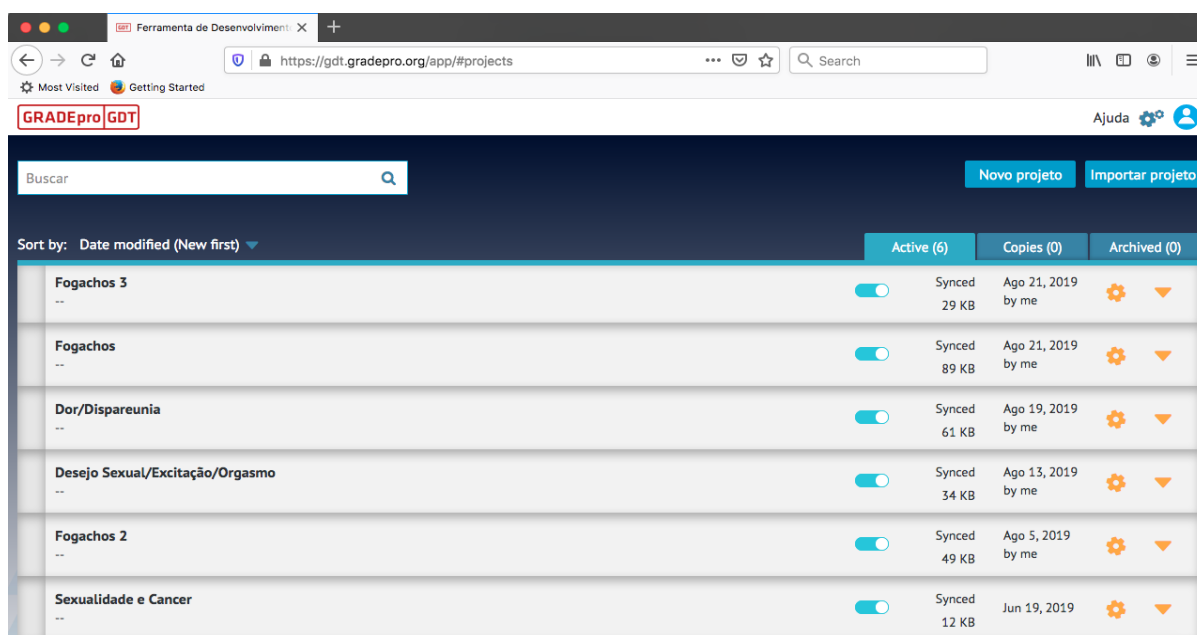
Método	Estudo Observacional – coorte	
Participantes	300 mulheres com câncer de mama	
Intervenções	150 foram submetidas a cirurgia de mama sob anestesia geral (grupo 1); 150 foram submetidas a cirurgia de mama sob sedação hipnótica (grupo 2)	
Desfechos	Diminuição de fogachos no grupo 2 ($p= 0.0000000000021$)	
Nota	Os fogachos foram avaliados durante o período de terapia endócrina, mas não fala qual a medida utilizada (desfecho secundário). Tabela demográfica equilibrada, apesar de não descrever critérios de seleção e exclusão e alocação. Descreveu o processo de hipnose. Não relata tempo de seguimento. Não cita confundidores – uso de medicações para tratamento de fogachos?	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	Não randomizado
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	Não randomizado
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	Não se aplica
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	Não se aplica
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	Não mostra como o desfecho foi avaliado e nem a quantidade de ocorrência em cada grupo.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco alto	Relata apenas que há diferença estatística entre os grupos, mas sem

relato)		informar valores.
	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da sedação hipnótica

Fonte: Adaptado de Higgins et al (2017).

O sistema GRADE tem um aplicativo (<http://gdt.gradepro.org/app>) (FIGURA 5), onde os dados podem ser aplicados e avaliar se a evidência é alta, moderada, baixa ou muito baixa e a partir disso sugerir recomendações a favor ou contra uma intervenção (QUADRO 5).

Figura 5 - Aplicativo GRADE PRO



Fonte: Gradepro.org (s.d.).

Quadro 5 - Quadro-exemplo de análise do sistema GRADE

Avaliação da evidência							Evidência	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações		
1	Ensaio clínico randomizados	Muito grave ^a	Não grave ^b	Não grave	Grave ^c	Todos os potenciais fatores de confusão reduziram o efeito demonstrado	⊕⊕○○ BAIXA	IMPORTANTE

Pergunta: Terapia cognitiva comportamental baseada em Mindfulness comparado a Controle para Disfunção sexual

Contexto: Mulheres tratadas por câncer ginecológico

Bibliografia: BROTTTO et al, 2012 a. Amostra pequena. Não explica como foi a randomização;

b. Não descreve as características de cada grupo. Não tem tabela comparando variáveis dos grupos. Apenas cita no texto que não tem diferença.

c. Apesar da magnitude de efeito ser estatisticamente significativa, o tamanho da amostra foi pequeno e teve grande variação no número de participantes em cada grupo.

Fonte: gradepro.org (s.d.).

Dentre os fatores que diminuem a qualidade da evidência para ensaios clínicos randomizados:

- 1) Limitações do estudo (risco de viés): diminui 1 ponto se risco sério na metodologia e 2 pontos se muito sério;
- 2) Inconsistência dos resultados (heterogeneidade): avaliação pelas estimativas, intervalo de confiança e testes de heterogeneidade e I quadrado. Diminui 1 ponto se inconsistência importante;
- 3) Evidência indireta: Verificar se há diferença entre populações estudadas, entre intervenções ou desfechos entre os estudos. Diminui 1 ponto se evidência indireta for séria e 2 pontos, se muito séria;
- 4) Imprecisão: Verificar amplitude de intervalo de confiança, ou se o número de eventos e o tamanho da amostra são pequenos. Diminui 1 ou 2 pontos;
- 5) Viés de publicação: analisar se há possibilidade de estudos não terem sido publicados ou a publicação ter influência de financiadores da pesquisa. Diminui 1 ponto.

Já os fatores que aumentam a qualidade da evidência em estudos observacionais são:

- 1) Grande magnitude de efeito: aumenta qualidade em 1 ponto (se $RR \geq 2$ ou $\leq 0,5$) ou 2 pontos (se $RR \geq 5$ ou $\leq 0,2$);
- 2) Gradiente dose-resposta: a observação de efeito conforme a exposição se modifica e favorece causalidade. Aumento de 1 ponto;
- 3) Confundidores ou vieses diminuiriam o efeito encontrado: Aumenta um 1 ponto se a presença de confundidores não impede o resultado favorável da intervenção.

Para o desenvolvimento de recomendações é importante avaliar a importância do problema e a qualidade das evidências encontradas; pesar riscos e benefícios; avaliar valores e preferências para pacientes; e a gestão de custos. Deve-se observar ainda se a intervenção promove equidade, é bem aceita pelos gestores, pacientes e profissionais de saúde e se a aplicação é viável.

Os dados de cada artigo foram inseridos na tabela de Perfil de Evidência do aplicativo online do GRADE (<http://gdt.gradepro.org/app>). Através dos dados inseridos, o aplicativo avalia a qualidade da evidência e classifica em 4 categorias:

alta, moderada, baixa e muito baixa. Com os achados é possível fazer recomendações contra ou a favor da intervenção clínica (QUADRO 6).

Quadro 6 – Classificação da qualidade da evidência e força de recomendação

Qualidade da Evidência	Força de Recomendação
Alta	Forte recomendação a favor
Moderada	Forte recomendação contra
Baixa	Fraca recomendação a favor
Muito baixa	Fraca recomendação contra

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

O compilado dos sumários de evidências para desejo/excitação/orgasmo, dor genital e fogachos, além dos uso de livros de sexualidade e guidelines de sociedades permitiu a elaboração do "Manual Técnico de Atenção à Saúde Sexual em Mulheres com Câncer: Um guia para profissionais de saúde", servindo de norteamento para o atendimento do Ambulatório de Sexualidade para Mulheres com Câncer do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Universidade Federal do Amazonas.

3.6 Financiamento

O estudo foi realizado sem o auxílio monetário das agências de fomento à pesquisa, de instituições públicas ou empresas privadas.

3.7 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Não se aplica, por ser pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão de literatura científica, de acordo com o item VI do parágrafo único do artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

4 RESULTADOS

4.1 Sumário de evidências: disfunção sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico

Na pesquisa sobre desejo/excitação/orgasmo foram selecionados cinco artigos para análise do nível de evidência e força de recomendação (QUADRO 7). A descrição com as características de cada artigo pode ser encontrada no Apêndice A, assim como os artigos excluídos estão no Apêndice D.

Quadro 7- Sumário de evidências: Desejo, excitação e orgasmo

Autor, Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Resultados	Nível de Evidência	Grau de recomendação
GOETSCH et al, 2015	ECR, duplo cego	46 Sobreviventes de câncer de mama com dispareunia severa	Solução salina X lidocaína 4% no vestíbulo vulvar por 3 minutos antes da penetração vaginal - 2x/semana. 1 Fase - Duplo cego por 1 mês 2 Fase - lidocaína nos 2 grupos - aberto por 2 meses	Usuários de lidocaína tiveram menos dor na fase cega (escore 1.0 X 5.3 da solução salina p=.007); Na fase aberta, 37 (90%) de 41 usuários da lidocaína, tiveram conforto na penetração vaginal e a função sexual melhorou em todas em pelo menos um domínio. Nenhum parceiro relatou dormência no pênis.	Evidência moderada	Recomendação forte a favor da lidocaína tópica
ZHONG et al, 2016	Estudo observacional prospectivo	106 Mulheres com câncer de mama	Reconstrução mamária imediata com tecido autólogo (N=30) X Reconstrução tardia (N=76)	A reconstrução tardia teve impacto na autoimagem (p=0.01) pré tratamento, na sexualidade (p=.001) e pior satisfação com a mama (p<0.01), psicológica (p<0.01) e bem-estar (p<0.01). Após 18 meses de reconstrução imediata e tardia, houve melhora significativa em ansiedade, depressão, autoimagem, sexualidade e qualidade de vida. O tamanho do efeito da satisfação com os seios no grupo de reconstrução tardia	Evidência moderada	Recomendação a favor da reconstrução imediata.

				comparando antes e 12 meses após foi de 1.34 (grande efeito) comparado com a reconstrução imediata. O efeito sobre bem-estar psicossocial e sexual foi moderado.		
BROTTO et al, 2012	ECR	34 Mulheres com câncer ginecológico (endometrial e cervical) com disfunção sexual	Terapia cognitiva comportamental baseada em Mindfulness (N = 31) X controle (lista de espera de 2 meses) (N =9)	TCC mostrou melhora importante em todos os domínios da resposta sexual e uma tendência a diminuir o estresse sexual. A percepção de excitação genital durante filme erótico aumentou significativamente apesar de não haver mudança na medida fisiológica da excitação.	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da TCC com Mindfulness
CLASSEN et al, 2013	ECR	27 Mulheres com câncer ginecológico	Grupo de suporte online 12 semanas (N =13) X lista-controle por 4 meses (N=14)	A análise por intenção de tratar sugere efeito pequeno na redução de distress sexual. Não houve diferença entre os grupos. A maioria das participantes estavam satisfeitas com a intervenção.	Evidência muito baixa	Recomendação fraca contra suporte online
KIM et al, 2017	ECR, duplo cego	136 Mulheres com câncer de mama	Gel vaginal de ácido láctico - pH balanceado X Placebo	Apesar de não haver diferença entre os grupos, houve melhora importante da dispareunia. O gel de pH balanceado não foi superior ao placebo em relação a dispareunia e função sexual.	Evidência alta	Recomendação forte contra o uso de gel com pH balanceado.

Fonte: A autora (2019).

4.2 Sumário de evidências: dor genital em mulheres com câncer de mama e ginecológico

Na pesquisa sobre dor genital foram selecionados catorze artigos para análise do nível de evidência e força de recomendação (QUADRO 8). A descrição com as características de cada artigo pode ser encontrada no Apêndice B, assim como os artigos excluídos estão no Apêndice D.

Quadro 8 – Sumário de evidências: dor genital

Autor, Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Resultados	Nível de Evidência	Grau de recomendação
GOETSCH et al, 2014	ECR, duplo cego	49 Mulheres com câncer de mama com dispareunia moderada a severa	Lidocaína tópica 4% X Solução salina	A lidocaína tópica reduziu para 0 a sensibilidade vestibular em todos os pontos de dor. Desfecho primário: Mudança de sensibilidade após a aplicação do primeiro líquido.	Evidência alta	Recomendação forte a favor da lidocaína tópica
GOETSCH et al, 2015	ECR, duplo cego	46 Mulheres com câncer de mama com dispareunia	Lidocaína 4% tópica (N=23) X Solução salina (N=23) em vulva por 3 minutos antes da penetração vaginal por 1 mês duplo cego--> depois todas receberam lidocaína 4% por 2 meses - estudo aberto	Usuárias da lidocaína 4% reportaram menos dor na fase cega do estudo (média inicial de 8 na escala de dor; após a fase cega: Lidocaína (1) e solução salina (5.3) p= .007). Após a fase aberta, 37 (90%) de 41 participantes referiram penetração confortável com a lidocaína. O estresse sexual diminuiu: média de 14 (inicial era de 30; IQR 3 a 20; p=<.001) e a função sexual melhorou em todos os domínios. Das 20 participantes que estavam em abstinência sexual antes do estudo, 17 (85%) retomaram as relações sexuais com penetração de forma confortável. Nenhum parceiro relatou diminuição de sensibilidade	Evidência moderada	Recomendação a favor da lidocaína tópica

				em pênis. No seguimento de 6 meses, 95% das participantes continuavam a usar a lidocaína tópica para evitar dor na relação sexual. 83% referiram ter mais satisfação sexual; 49% disseram ter tido melhora na qualidade do orgasmo e 51% tiveram melhora na libido.		
BARTON et al, 2017	ECR, controlado, multicêntrico	464 mulheres com câncer de mama e ginecológico pós-menopausa	DHEA 3.25mg (147), DHEA 6.5mg (149), hidratante vaginal comum por 12 semanas	Nenhuma das doses do DHEA mostrou diferença em relação ao controle, apesar de haver diferença do DHEA com 8 semanas ($p=0.005$). Em 12 semanas, tanto o DHEA como o Hidratante vaginal comum melhoraram os sintomas vaginais. Não houve diferença em toxicidades e poucas efeitos colaterais. Mas a alteração em voz nos grupos de DHEA com diferença estatística em relação ao controle.	Evidência Alta	Recomendação forte a favor do hidratante vaginal
ADVANI et al, 2017	ECR	57 mulheres com câncer de mama inicial	Grupo 1 - Cuidados usuais através de folhetos (N=21); Grupo 2 - uso de hidratante vaginal a base de ácido hialurônico (H) por 6 meses (N = 18); Grupo 3 (P) - Hidratante vaginal com prebióticos (lactobacilos) (N=17). O grupo 2 e 3 eram orientados sobre o uso de lubrificante nas relações sexuais e uso de dilatadores, além de uso por senha de web site educacional com coach por telefone.	O grupo ativo teve redução da dispareunia ($p=0.07$) e distress sexual ($p=0.02$) em 6 meses. O grupo H teve melhora importante no escore do FSFI em 6 meses comparado ao grupo P ($p= 0.04$) Conc: O aconselhamento ajudou a manter estável a função sexual. As intervenções melhoraram ainda mais os resultados em 6 meses, mas descreve que havia diferença entre os grupos.	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do hidratante vaginal de ácido hialurônico.

DINICOLA et al, 2015	ECR	45 mulheres com câncer de colo uterino submetida a radioterapia pélvica	23 usaram supositórios vaginais de ácido hialurônico e Vitamina A e E /dia por 4 meses; e 22 mulheres estavam no grupo controle	Na segunda biópsia houve melhora significativa em inflamação, atipia celular, fibrose, mucosite e sangramento. O mesmo em relação à terceira biópsia. Eficácia também na severidade da dor. Redução na incidência de sangramento (14% X56%), mucosite (14 X 50%), dor (27% X 62%)	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do supositórios vaginais de ácido hialurônico e Vitamina A e E
DE ROSA et al, 2017	Observacional prospectivo	52 mulheres com câncer de colo uterino com atrofia vulvovaginal	Ospemifeno 60mg VO	Índice de Saúde Vaginal no tempo basal era de 10. Em 6 meses, o índice aumentou para 16 (evidência indireta). Na escala de sintomas (dor) não houve diferença no antes do tratamento e 6 meses após. A função sexual teve melhora significativa	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do ospemifeno
DELPUP; POSTRUZNIK; CORONA, 2012	Observacional, antes e depois	17 mulheres com câncer ginecológico com ressecamento vaginal e dispareunia	Promestrieno vaginal por 1 mês	Sulfato de estrona basal médio era de 533 e foi para 374 (p= 0.39) (evidência indireta)	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do promestrieno
DONDERS et al, 2014	Fase I farmacocinética, bicêntrico, estudo antes e depois	16 Mulheres com câncer de mama na pós-menopausa e em uso de inibidor de aromatase com atrofia vaginal	Comprimido vaginal de estriol em dose ultra baixa e Lactobacillus acidophilus (Gynoflor®)	A atrofia vaginal melhorou em todas as mulheres. Houve aumento pequeno e transitório no estriol sérico, mas não no estradiol e estrona. Pode ser considerado seguro e eficaz no tratamento de atrofia vaginal em mulheres com câncer de mama. Sintomas clínicos de atrofia vaginal como como ressecamento e dispareunia melhoraram durante o tratamento (-<0.001)	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do estriol com lactobacilos acidófilos
HICKEY et al, 2016	ECR, duplo cego,	46 Mulheres com câncer de mama e	Lubrificante a base de silicone (N=24) X lubrificante a base de água	Não houve diferença estatística entre os grupos em relação a desconforto sexual (diferença de 0.7, IC95% 0-1.4).	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do lubrificante

	crossover	desconforto sexual	(N=22) - cada lubrificante por 4 semanas	Na análise post-hoc houve melhora maior do desconforto com lubrificante a base de silicone (odds ratio 5.4, IC 95% 1.3-22.1, p=0.02). O dobro das pacientes preferiu o lubrificante a base de silicone (N=20) em comparação com o lubrificante a base de água (N=11), mas sem diferença estatística. 88% informaram continuar com desconforto sexual independente do lubrificante utilizado.		de silicone
PFEILER et al, 2011	Observacional, tipo antes e depois	10 mulheres com câncer de mama em uso de inibidor de aromatase	Estriol vaginal diário por 2 semanas	Não houve mudança nos níveis de estradiol, mas houve redução de FSH e LH, demonstrando efeito sistêmico. - Evidência indireta. 5 de 6 pacientes notam melhora no ressecamento vaginal e dispareunia.	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do creme de estriol
MELISKO et al, 2017	ECR, aberto, fase 2	76 Mulheres com câncer de mama em uso de inibidores de aromatase e com ressecamento vaginal e diminuição de libido por 12 semanas. ---> 69 completaram tratamento em 12 semanas.	Creme vaginal de testosterona (N=34) X Anel vaginal de estradiol (N=35)	Média basal de E2 foi de 20pg/ml. Elevação persistente de E2 não foi observado no grupo do anel vaginal, mas esteve presente em 4 participantes no grupo da testosterona. Elevação transitório de E2 foi observado em 4 com anel vaginal e em 4 do grupo da testosterona. Atrofia vagina, interesse sexual e disfunção sexual melhoraram em todas as pacientes. Conc: As duas intervenções foram seguras.	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do anel vaginal e creme de testosterona

WITHERB Y et al, 2011	Estudo de fase I/II, antes e depois	20 Mulheres com câncer de mama em uso de inibidor de aromatase	Testosterona tópica vaginal diário por 28 dias (10 receberam 300µg e 10 receberam 150µg)	A dosagem de estradiol se manteve suprimida. Houve melhora de dispareunia (p=.0014) e de ressecamento vaginal (p<.001). A melhora foi semelhante nas duas dosagens (p=.37)	Evidência muito baixa	Recomendaçã o fraca a favor da testosterona vaginal
KIM et al, 2017	ECR, duplo cego	136 Mulheres com câncer de mama	Gel vaginal de ácido láctico - pH balanceado (N =69) X Placebo (N=67) 3x/semana e durante as relações sexuais por 8 semanas.	Apesar de não haver diferença entre os grupos, houve melhora importante da dispareunia. O gel de pH balanceado não foi superior ao placebo em relação a dispareunia e função sexual.	Evidência alta	Recomendaçã o forte contra o uso de gel com pH balanceado.
LEE et al, 2011	ECR, duplo cego, controla do	98 Mulheres com câncer de mama	Gel vaginal pH balanceado (N =49) X Placebo (N=49) 3x/semana por 12 semanas.	Ressecamento vaginal e dispareunia melhoraram mais com o gel de pH balanceado que o placebo (média basal de 8.2 comparado com a média final de 4.23 [p=.001] e 8.23 comparado com 5.48 [p=.04], respectivamente). O gel de pH balanceado reduziu o pH vaginal (p<0.001) e melhorou o índice de maturação vaginal (p<0.001) e de saúde vaginal (p=.002). Não houve diferença entre os grupos com relação a efeitos adversos, exceto pela leve irritação inicial com o gel de pH balanceado.	Evidência moderada	Recomendaçã o forte a favor do gel vaginal de ácido láctico

Fonte: A autora (2019).

4.3 Sumário de evidências: sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama e ginecológico

Na pesquisa sobre fogachos foram selecionados 34 artigos para análise do nível de evidência e força de recomendação (Quadro). A descrição com as características de cada artigo pode ser encontrada no Apêndice C, assim como os artigos excluídos estão no Apêndice D.

Quadro 9 – Sumário de evidências: fogachos

Autor, Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Resultados	Nível de Evidência	Grau de recomendação
BIGLIA et al, 2009	ECR	115 mulheres com câncer de mama com sintomas vasomotores	900mg de gabapentina (n = 60) X Vitamina E 800UI (n = 55) por 12 semanas	A frequência e o escore de fogachos diminuíram em 57.05% e 66.8% respectivamente para a gabapentina (p<0.05); A vitamina E reduziu a frequência de fogachos em 10.02% e o escore em 7.28% (p>0.05%). A gabapentina melhorou a qualidade do sono em 21,33% (p<0.05%).	Evidência Alta	Recomendação forte a favor da gabapentina
BOEKHOUT et al, 2011	ECR, duplo cego, controlado, multicêntrico	102 mulheres com câncer de mama	Clonidina 0.1mg (N=28) X Venlafaxina 75mg (N=35) X Placebo (N=17) por 12 semanas	Comparado ao placebo, tanto a clonidina como a venlafaxina apresentaram redução de 45% nos fogachos, com respostas semelhantes com 12 semanas. Mas a venlafaxina teve um início de ação mais rápido. Disfunção sexual e qualidade de sono não tiveram diferença significativa entre os grupos.	Evidência alta	Recomendação forte a favor da venlafaxina
BORDELEAU et al, 2010	ECR, multicêntrico, cross-over	66 Mulheres com câncer de mama	Venlafaxina X Gabapentina: 7 dias de Venlafaxina 37.5mg/dia seguido de 75mg/dia por 21 dias. Gabapentina 300mg/dia por 3 dias,	56 informaram preferência: 18 (32%) gabapentina e 38 (68%) venlafaxina (p= .01). Os dois reduziram os fogachos em 66% Venlafaxina: Náuseas, perda de apetite, constipação e redução humor negativo, dificuldade em atingir orgasmo;	Evidência alta	Recomendação forte a favor da venlafaxina

			seguinte de 600mg/dia por 3 dias e depois 900mg/dia por 22 dias. 2 semanas de washout	Gabapentina: tontura e aumento de apetite		
MAO et al, 2015	ECR	120 Mulheres com câncer de mama	Eletroacupuntura (N=30) X Gabapentina 900mg (N=28) X controle (Sham acupuntura (N=32) X pílulas de placebo (N=30))	A média de redução dos fogachos foi maior no grupo da eletroacupuntura, seguindo da sham acupuntura, gabapentina e pílula de placebo (-7.4 v -5.9 v -5.2 v -3.4, p<0.001). Os efeitos adversos foram maiores com as pílulas: gabapentina (39.3%), pílula de placebo (20%), eletroacupuntura (16.7%), sham acupuntura (3.1%) p=.005. Em 24 semanas, a redução dos fogachos foi maior na eletroacupuntura, seguindo da sham acupuntura, pílula de placebo e gabapentina (-8.5 v -6.1 v 4.6 v 2.8; p=.002)	Evidência alta	Recomendação forte a favor da eletroacupuntura
LESI et al, 2016	ECR, controlado, multicêntrico	190 Mulheres com câncer de mama	Acupuntura + Autocuidado (N =85) X Autocuidado (N =105) por 12 semanas	Acupuntura reduziu significativamente os fogachos (p< .001) e em 3 e 6 meses (p=.0028 e p= .001, respectivamente). Acupuntura foi associada a menos sintomas climatéricos e melhor qualidade de vida nas dimensões vasomotoras, física e psicossocial p<.05). A média dos fogachos foi de 22.7 e 11.3 no grupo controle e na acupuntura, respectivamente, com diferença estimada em -11.4 (IC95%, -16.4 a -6.3; p<.001).	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor da acupuntura
CAAN et al, 2012	Estudo observacional	3088 mulheres com câncer de mama	Controle de peso e fogachos após 2 anos do diagnóstico do câncer	69.2% mantiveram entre 10% do peso antes do diagnóstico do câncer; 4.8% perderam 10% do peso inicial; 26% ganharam pelo menos 10% do peso inicial; As que ganharam peso tiveram mais chance de reportar fogachos do que as mulheres que mantiveram o peso (OR 1.33; IC 95% 1.11 -1.60, p=0.03); A perda de peso foi	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor do controle de peso

				associada a redução de fogachos, mas de forma não significativa (OR 0.72; IC 95% 0.47-1.08, p=.118);		
CAPRIGLI ONE et al, 2016	ECR, duplo cego, placebo controlado	80 (91%) pacientes com câncer ginecológico (total -86)	Paroxetina 7.5mg (n= 42) X Placebo (n=38) 16 semanas	A redução na frequência dos sintomas vasomotores foi maior no grupo da paroxetina (- 46.5) que no grupo placebo (- 39.3) p=0.009 em 16 semanas. Melhora do sono no grupo da paroxetina.	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor da Paroxetina
SCHOVER et al, 2011	ECR	300 mulheres afro-americanas com câncer de mama	Sisters Peer Counseling in Reproductive Issue after treatment (SPIRIT) program. Receber manual + 3 sessões presenciais de aconselhamento (N =151) X Receber manual + < de 30 minutos de aconselhamento por telefone (N =146). Minutos de aconselhamento por telefone	Em ambos os grupos houve melhora significativa em melhora do conhecimento, redução de estresse e fogachos. A função sexual melhorou no seguimento de 6 meses, mas não em 1 ano. O aconselhamento presencial teve discreto benefício sobre o aconselhamento por telefone. Após o aconselhamento presencial houve melhora de depressão, mas não houve diferença no seguimento de 12 meses. Não houve diferença no FSFI, mas no seguimento de 6 meses houve melhora para as mulheres sexualmente ativas. O programa foi considerado útil para 66% das participantes.	Evidência moderada	Recomendação forte a favor do manual de orientação
DUIJTS et al, 2012	ECR, multicêntrico	422 Mulheres com câncer de mama	TCC (N =109) X Exercícios físicos (N=104) X TCC + EF (106) X lista de espera - controle (103).	Os grupos de intervenção tiveram redução significativa dos sintomas endócrinos (p<0.001; tamanho de efeito 0.31-0.52) e de sintomas urinários e na função física; Os grupos com TCC tiveram diminuição na percepção da intensidade dos fogachos e suores noturnos (p<.001; tamanho de efeito 0.39-0.56) e aumentou a atividade sexual.	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor da TCC + EF

MANN et al, 2012	ECR	96 Mulheres com Câncer de Mama	Terapia cognitiva comportamental + cuidados usuais (N =47) X cuidados usuais (N = 49)	TCC reduziu fogachos em 9 semanas (redução média de -1.67, IC 95%: -2.43 a -0.91, p<0.0001) e manteve efeito em 26 semanas (diferença média -1.76, -2.54 a -0.99, p<0.0001)	Evidência moderada	Recomendação forte a favor da TCC
CHILCOT et al, 2014	ECR	96 Mulheres com câncer de mama	Terapia cognitivo-comportamental (N=47) X Cuidados usuais (N =49)	A TCC diminuiu a taxa de fogachos em 9 semanas, independentemente da idade, IMC, tempo desde o diagnóstico do câncer, status menopausal ao diagnóstico ou tipo de tratamento do câncer (radioterapia ou quimioterapia ou terapia endócrina). O benefício foi maior em mulheres que não receberam quimioterapia, nas que tinham maiores nível de estresse psicológico no tempo basal e em mulheres não-brancas. Pensamentos sobre o controle dos fogachos foram os principais mediadores na melhora dos sintomas. A mudança cognitiva melhora ainda o humor e o sono.	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor da TCC
BERLIÈRE et al, 2018	Estudo Observacional - coorte	300 mulheres com câncer de mama	150 foram submetidas a cirurgia de mama sob anestesia geral (grupo 1); 150 foram submetidas a cirurgia de mama sob sedação hipnótica (grupo 2)	Diminuição de fogachos no grupo 2 (p= 0.0000000000021)	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da sedação hipnótica
BIGLIA et al, 2016	ECR	58 Mulheres com câncer de mama com comprometimento emocional --- > 34 iniciaram o	Duloxetina 60mg/dia (SNRI) (n =28) X Escitalopram 20mg/dia (SSRI) (n=30) 12 semanas	Em ambos os grupos houve redução da frequência e intensidade dos fogachos em 12 semanas sem diferença significativa. Redução da frequência de fogachos em 49.8% no grupo da duloxetina e 53% no grupo do escitalopram.	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da duloxetina e escitalopram

		estudo de fato				
ROSSI et al, 2018	Estudo observacional, retrospectivo, comparação antes e depois	357 Pacientes com câncer: câncer de mama (N = 204 - 57.1%), colón (7.3%), pulmão (5%), ovário (3.9%), estômago (2.5%), próstata (2.2%) e útero (2.5%). ---> 294 (82.5%) são mulheres e 63 (17.5%) são homens	Medicina integrativa (homeopatia, suplementos alimentares, acupuntura)	Melhora de náuseas, insônia, depressão, ansiedade, fadiga, mucosite, fogachos ($p < 0.01$), artralgia, disgeusia e neuropatia. 42 pacientes com fogachos: Primeira visita: G0 (0), G1 (8), G2 (18), G3 (16); Visita de seguimento: G0 (19), G1 (12), G2 (10) e G3 (1).	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da medicina integrativa
CARSON et al, 2009	ECR	37 mulheres com câncer de mama	Programa de Yoga (17) X Lista de espera - controle (20) 8 atividades em grupo/ semana com duração de 120min 40 min de alongamento, 10 min de técnica de respiração, 25 min de meditação, 20min de estudo de tópicos pertinentes, 25 min de discussão de grupo.	Melhora no controle da frequência dos fogachos e severidade, além de melhora de dores articulares, fadiga, distúrbio de sono e vigor. Em 3 meses após a intervenção, houve manutenção dos desfechos e melhora significativa em humor negativo, relaxamento e aceitação.	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da Yoga

DE VALOIS et al, 2010	Estudo observacional - sem braço controle, avaliação antes e depois	50 Mulheres com câncer de mama	Acupuntura tradicional - 8 sessões 1x/semana, seguimento até 18 semanas após o término da intervenção	Redução na frequência de fogachos em 49.8% (IC 95%: 40.5-56.5) N=48 A percepção dos fogachos como um problema reduziu em 2.2 pontos (DP=2.15, n=48, t= 7.16, p<0.0001) Houve melhora em 7 domínios dos Questionário de Saúde Feminina incluindo ansiedade/medo, concentração/memória, problemas menstruais, comportamento sexual, problemas com sono, sintomas somáticos e vasomotores. Além da redução dos fogachos, houve melhora no bem-estar físico e emocional. Poucos efeitos colaterais.	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da acupuntura
FRISK et al, 2011	ECR, multicêntrico	45 Mulheres com câncer de mama	Eletroacupuntura (N= 27) por 12 semanas X Terapia hormonal estrogênio-progesterona (TH) (N=18) por 24 meses. Seguimento de 2 anos.	EA - Escore de Fogachos diminuiu 80% Ambos EA e TH melhoram a qualidade de vida e sono, por diminuírem a frequência e o incomodo dos fogachos. EA: a média no número de fogachos/24h reduziu em 55% (p<0.001) após 12 semanas e redução de 49% em 12 meses (p=0.009); ---> TH: a média no número de fogachos/24h reduziu em 100% (p<0.001) após 12 semanas	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da EA
GARLAND et al, 2017	ECR	58 Sobreviventes de câncer de mama	Eletroacupuntura (EA) por 8 semanas (N=30) X Gabapentina 900mg/dia (N=28)	A média de redução no PSQI escore foi significativamente maior no grupo da EA (-2.6 X -0.8, p=0.044) As pacientes do grupo da EA tiveram melhor sono pelo PSQI (-2.6 X -0.8; p=0.044), menor período de latência para o sono (-0.5 X 0.1; p= 0.041); melhor eficiência no sono (-0.6 X 0.0; p =0.05); Em ambos os grupos houve redução significativa dos fogachos (EA: 15.5 para 8.1, Δ =7.4; GP: 13.2 para 8.0, Δ 5.2).	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da EA e da gabapentina

WALKER et al, 2009	ECR	50 Mulheres com câncer de mama	Acupuntura (N =25) X Venlafaxina 75mg (controle) (N =25) por 12 semanas.	Ambos os grupos demonstraram redução significativa de fogachos, sintomas depressivos e sintomas outros de qualidade de vida. Após 2 semanas pós-tratamento, o grupo da venlafaxina apresentou aumento de fogachos, enquanto que o grupo da acupuntura, os sintomas se mantiveram baixos.	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da acupuntura
OTHMAN; ZAKY, 2014	ECR	40 Mulheres com câncer de mama	Bloqueio de gânglio estrelado (N=20) X Pregabalina 75mg 2x/dia (N=20) por 3 meses	O bloqueio do gânglio estrelado apresentou redução significativa dos fogachos em comparação com a pregabalina ($p < 0.05$) Grupo 1: Redução dos fogachos em 239.2 para 30 ao final de 3 meses ($p < 0.005$) Grupo 2: Redução dos fogachos em 206 para 53.2 ao final de 3 meses ($p < 0.005$) Na comparação dos grupos ao fim de 3 meses, o bloqueio de gânglio estrelado foi mais efetivo ($p = 0.006$).	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do bloqueio de gânglio estrelado
HAEST et al, 2011	Estudo observacional, coorte não controlada	34 Mulheres com câncer de mama	Bloqueio do gânglio estrelado	Os fogachos reduziram em 64% na primeira semana (IC 95%: - 74% a -49%) e em 47% em 24 semanas (IC 95%: - 62% a -27%). O OR para melhora na qualidade do sono foi de 3.4 na primeira semana (IC 95%: 1.6 a 7.2) e de 4.3 na semana 24 (IC 95%: 1.9 a 9.8)	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do bloqueio de gânglio estrelado
HERVIK; MJALAND, 2009	ECR, controlado	59 Mulheres com câncer de mama	Acupuntura Tradicional Chinesa por 10 semanas (N = 30) X Sham acupuntura (controle) (N= 28)	Redução de 50% dos fogachos diurnos e noturno no grupo da acupuntura ($p = 0.002$) e em 30% no seguimento de 12 semanas. Sham acupuntura: redução de 25% nos fogachos diurnos, mas foi revertido no seguimento de 12 semanas. O índice de Kupperman reduziu em 40% no grupo da acupuntura e sem mudança no grupo da sham acupuntura.	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da acupuntura tradicional chinesa

MARSHAL L-MCKENNA et al, 2016	ECR, de fase II	74 Mulheres com câncer de mama	Bolsa de gel fria para travesseiro (N =37) X controle (N=38) (cuidados usuais) por 4 semanas	Houve redução significativa dos fogachos no grupo da bolsa de gel (-2.5 v -1.5) (p= 0.09) Melhora no score de sono para a bolsa de gel X controle (8.4 v 4.3), p= 0.024 A maioria das participantes achou a bolsa de gel fria confortável e eficiente na redução dos fogachos. Mas foi descrito como duro, desconfortável e demorou alguns dias para se acostumar.	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor da bolsa de gel fria para travesseiro
PARK et al, 2011	EC não randomizado, não controlado (quase-experimental) tipo antes e depois	29 Mulheres com câncer de mama --> 25	Suplemento de óxido de magnésio 400mg por 4 semanas, escalando para 800mg se necessário.	17 pacientes escalonaram a dose 14 pacientes (56%) tiveram redução de 50% no escore de fogachos e 19 (76%) tiveram redução de > 25% no fim de 4 semanas. A média de fogachos basal era de 52.2 e de 27.7 na semana 5, com redução de 41.4% (p=0.009)	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do óxido de magnésico
ROSTOCK et al, 2011	Estudo observacional, prospectivo, antes e depois	50 Mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno	Cimicifuga racemosa 40mg por 6 meses	Redução na escala de menopausa de 17.6 (severo) para 13.6 (moderado) com p<0.001 Fogachos, sudorese, insônia e ansiedade melhoraram. Não houve melhora em sintomas urogenitais e musculoesqueléticos. 22 referiram efeitos colaterais, mas não relacionados à medicação (?). 90% referiram que a tolerabilidade foi boa ou muito boa. 15 pacientes aumentaram a dose para 80mg, 3 para 60mg e 2 reduziram para 20mg/dia. 4 mudaram para uma preparação composta pela cimicifuga racemosa com extrato de	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor da cimicifuga racemosa

				São João.		
HEUDEL et al, 2018	ECR, multicêntrico, fase III, duplo cego, controlado por placebo	299 Mulheres com câncer de mama --> 138	Completo de homeopatia BRN-01 (Actheane®) (N=65) X Placebo (N = 73) por 4 semanas Prévia de 2 a 4 semanas de administração de placebo e depois a randomização ---> 138	Não houve diferença significativa na redução dos fogachos entre os grupos	Evidência alta	Recomendação forte contra o uso de homeopatia
CARPENTER et al, 2012	ECR, parcialmente randomizado 2:2:1 e estratificado por grupo	218 mulheres (96 sobreviventes de câncer de mama e 122 mulheres menopausadas sem câncer)	Treinamento e suporte para respiração ritmada durante a onda de calor (88) X Controle de respiração superficial e rápida (86) X controle (44)	Não houve diferença significativa entre os grupos com relação ao desfecho primário (frequência e severidade dos fogachos) em 16 semanas. A maioria das participantes das intervenções não atingiram 50% de redução dos sintomas vasomotores. Conclusão: A respiração ritmada é improvável de promover benefício clínico.	Evidência Alta	Recomendação forte contra a respiração ritmada
PARK et al, 2015	ECR, duplo cego, controlado, 4 braços	289 Mulheres com câncer de mama ---> 267 (92%)	Óxido de Magnésio 800mg (N=96) X Óxido de Magnésio 1200mg (N=97) X Placebo X Placebo (N = 96) (2:2:1:1) por 8 semanas.	Não houve diferença entre os grupos em relação a média de fogachos. Os resultados não suportam o uso de óxido de magnésio para fogachos.	Evidência Moderada	Recomendação forte contra o uso de óxido de magnésio.
PRUTHI et al, 2012	ECR, duplo cego, placebo controlado	188 Mulheres com e sem câncer de mama ---> 146	Semente de Linhaça (N=88) X Placebo (N=90)	A média do escore de fogachos foi reduzida em 4.9 no grupo da linhaça e 3.5 no placebo (p=0.29) (IC 95%, -0.7 a 3.5). Em ambos os grupos as mulheres perceberam redução em 50% dos fogachos. Ambos os grupos relataram distensão abdominal, flatulência, diarreia e náuseas. Aderência e habilidade em detectar o tratamento designado foi semelhante nos	Evidência moderada	Recomendação forte contra a semente de linhaça

				grupos		
CHEN et al, 2014	ECR, duplo cego, placebo controlado	95 mulheres com câncer de mama na pós menopausa	Melatonina 3mg (N = 48) X Placebo (N = 47) por 4 meses	Houve melhora na qualidade do sono (-1.9X-0.1) P= 0.001 Não houve diferença em fogachos e depressão entre os grupos.	Evidência Baixa	Recomendação fraca contra a melatonina
JOFFE et al, 2010	ECR, duplo cego, placebo controlado	53 Mulheres com câncer de mama	Zolpidem 10mg + Venlafaxina XR 75mg (N =25) X Placebo + SSRI/SNRI (N=28)	Não houve diferença entre os grupos em relação à melhora dos fogachos. O crescimento do Zolpidem favoreceu o sono (40 X14%, p-0.035), assim como qualidade de vida.	Evidência Baixa	Recomendação fraca contra o uso de zolpidem para fogachos
WU et al, 2009	ECR, duplo cego, placebo controlado	65 Mulheres com ou em alto risco para câncer de mama e que apresentam fogachos ---> 46	Sertralina (N=24) X Placebo (N=22) por 4 semanas	Houve redução de fogachos com a sertralina, mas não houve significância estatística. Estudo falhou em demonstrar eficácia. O bem-estar emocional melhorou significativamente com a sertralina (p=0.041)	Evidência baixa	Recomendação fraca contra a sertralina
NUÑEZ et al, 2013	ECR, duplo-cego, crossover, fase II	55 Mulheres com câncer de mama	Bupropiona 150mg 2X/dia por 4 semanas + 1 semana de washout + 4 semanas de placebo 2x/dia (N=28) X vice-versa (N =27)	A bupropiona reduziu os fogachos em 1.26/dia e o escore de fogachos em 6.31%, enquanto que o placebo reduziu em 2.11/dia (P>0.05) e o escore de fogachos em 30.47% (p> 0.05). Não houve diferença estatística em nenhuns desfechos secundários. Ao final do estudo 47% das pacientes preferiram a bupropiona e 53% preferiram o placebo. Não houve diferença em relação a efeitos adversos.	Evidência Baixa	Recomendação contra o uso de Bupropiona

LILJEGRE N et al, 2010	ECR, controla do	84 Mulheres com Câncer de Mama -- >74	Acupuntura (38) X Acupuntura-controle (36) por 5 semana	Sem diferença significativa entre os grupos. Grupo acupuntura: redução dos fogachos em 42% e no grupo controle, redução de 47% Na análise de subgrupo, houve diferença significativa na severidade dos suores noturnos (p=0.03)	Evidência baixa	Recomendaçã o fraca contra a acupuntura
------------------------------	------------------------	--	---	--	--------------------	---

Fonte: A autora (2019).

**4.4 Manual de atenção à saúde sexual de mulheres com
câncer de mama e ginecológico: um guia para
profissionais de saúde**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL
EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E
GINECOLÓGICO:
um guia para profissionais de saúde**

Cíntia Cardoso Pinheiro
Ione Rodrigues Brum
Denise Machado Duran Gutierrez

Manaus- AM
2020

**MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL EM
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E
GINECOLÓGICO:
um guia para profissionais de saúde**

AUTORES

Cíntia Cardoso Pinheiro

Professora auxiliar em Saúde da Mulher na Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Graduação em Medicina pela UFAM. Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Residência médica em mastologia pela Universidade de São Paulo (FMUSP). Especialização em Sexualidade Humana pela FMUSP. Mestranda em Cirurgia pelo PPGRACI/UFAM.

Ione Rodrigues Brum

Graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (1985) e doutorado em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela Universidade de São Paulo (1999). Prof. Associado da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Materno Infantil. Atualmente Diretor da Faculdade de Medicina. Associado e Colaborador da Federação Brasileira de Ginecologia Obstetrícia.

P654m Pinheiro, Cíntia Cardoso.

Manual de atenção à saúde sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde / Cíntia Cardoso Pinheiro; Ione Rodrigues Brum; Denise Machado Duran Gutierrez. Manaus: UFAM, 2020.

75 p.: il.: 21 cm

1. Sexualidade. 2. Disfunção sexual. 3. Neoplasia de mama. I. Gutierrez, Denise Machado Duran. II. Brum, Ione Rodrigues. III. Universidade Federal do Amazonas. IV. Título.

CDU 618.19-006 (035)

Denise Machado Duran Gutierrez

Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1983), Mestrado em Psicologia da Saúde pela Katholieke Universiteit van Brabant (1993) e Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira - FIO CRUZ, R.J. (2009). Professora Associada da Universidade Federal do Amazonas/Faculdade de Psicologia. Tem experiência na área de Psicologia, Clínica, atuando principalmente nos temas: Cuidados da saúde na família, Intervenções com famílias e crianças nas instituições. Exerce o cargo de Coordenadora de Tecnologia Social no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA/Manaus). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Cirurgia - mestrado profissional (PPGRACI) da Faculdade de Medicina da UFAM.

AUTORES - COLABORADORES

Maria Auxiliadora de Sousa Maciel

Possui Graduação em Fisioterapia pela Universidade Paulista - UNIP (2004). Mestranda em Ginecologia (UNIFESP/SP), Pós-Graduada em Terapia Manual e Postural (CESUMAR-Londrina-PR) e Fisioterapia em Uroginecologia (Faculdades CBES-São Paulo/SP- 2010). Especialista Profissional em Saúde da Mulher pela ABRAFISM/ COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em 2012). Aperfeiçoamento Internacional em Fisioterapia Pélvica (Universidade de Maastricht Holland nos anos de 2013 a 2016). Fisioterapeuta na Clínica Physio Life Serviço De Fisioterapia, Consultório Particular e no Hospital Universitário Getúlio Vargas/Ambulatório Araújo Lima (HUGV/UFAM), atuando na Preceptoría (Estágio Prático) das Disfunções do Assoalho Pélvico, da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como colaboradora.

Michele Saray Bonfim

Psicóloga, mestre em Processos Psicológicos e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas - PPGPSI / UFAM, especialista em Psicologia em Saúde e Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Possui pós-graduação Psicopatologia Clínica pela Universidade Cruzeiro do Sul de São Paulo - SP e em Recursos Humanos e Gestão de

Pessoas. Trabalha como psicóloga hospitalar no Hospital Universitário Getúlio Vargas, desenvolvendo estudos nas áreas de metodologias, educação, psicologia da saúde e gênero. Atualmente é chefe da Unidade de Atenção à Saúde da mulher, criança e adolescente do HUGV/UFAM/EBSERH.

Walkellen de Souza Morais

Enfermeira do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

APRESENTAÇÃO

Receber e dar o diagnóstico de neoplasia maligna nunca é fácil. O primeiro pensamento, em geral, dos pacientes é: "vou morrer?". Dependendo do estágio da doença, o tratamento pode ter fins curativos, com cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia e terapias-alvo, ou fins paliativos focando em medidas de conforto.

Os avanços nos tratamentos oncológicos têm permitido o aumento importante de sobreviventes do câncer. E pensar no período de pós-tratamento significa olhar para a qualidade de vida e alívio dos efeitos indesejáveis do tratamento. O câncer de mama e o câncer ginecológico, principalmente, têm efeitos sobre a autoestima, relacionamentos e sexualidade que podem perdurar por muitos anos após o tratamento.

Fatores culturais, religiosos e emocionais podem dificultar para a paciente pedir ajuda sobre as questões sexuais para os profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado. Isso pode ser mais difícil ainda, se o profissional não

der abertura para que a paciente fale sobre seus conflitos.

Poucas graduações da área da saúde abordam a sexualidade e, portanto, muitos profissionais têm dificuldade em lidar com as queixas sexuais dos pacientes. Muitos mitos sobre o câncer interferem nessa busca por ajuda. Alguns afirmam que o paciente deve ficar feliz por estar curado do câncer e que a sexualidade seria um fator secundário, sem importância.

Na prática, vemos o quão importante é ter uma boa vida sexual para adesão aos tratamentos e cuidados de saúde, além da manutenção da qualidade de vida. Como profissionais de saúde não podemos mais fechar os olhos ou sair pela tangente quando o paciente expõe problemas com a sexualidade decorrentes do tratamento oncológico.

Este manual pretende dar atenção aos efeitos colaterais dos tratamentos dos principais cânceres que atingem as mulheres sobre a sexualidade e orientar os profissionais de saúde sobre como investigar e tratar as disfunções sexuais. Este trabalho é resultante de pesquisa da mestranda Cíntia Pinheiro para o mestrado profissional em

cirurgia pelo Programa de Pós-graduação em Cirurgia (PPGRACI/UFAM) e foi inspirado em iniciativas multiprofissionais de assistência a sexualidade em serviços oncológicos como o do Instituto Nacional do Câncer, pioneiro no Brasil, e no ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Universidade Federal do Amazonas.

A dissertação de mestrado com a pesquisa completa pode ser encontrada no site <http://www.tede.ufam.edu.br>.

Cíntia Cardoso Pinheiro

Ione Rodrigues Brum

Denise Machado Duran Gutierrez

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela vida e possibilidade de crescimento pessoal e profissional.

Agradecemos à Universidade Federal do Amazonas pela formação de vasta gama de profissionais que atuam na oncologia.

Agradecemos ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia (PPGRACI – UFAM) pelo estímulo e incentivo na formação de mestres no Amazonas.

Agradecemos à Enf. Carmen Lúcia de Paula que foi a pioneira na implantação do ambulatório de sexualidade do INCA e supervisora na construção do ambulatório de sexualidade para mulheres com câncer do Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM.

Agradecemos às nossas famílias que sempre nos deram apoio nos momentos de dedicação aos estudos e ao trabalho.

PREFÁCIO

Honro-me em prefaciar o presente estudo que resultou na elaboração do manual técnico, que foi desenvolvido para contribuir com o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam de modo interdisciplinar no cuidado com as mulheres com câncer de mama e ginecológico.

Abordar a sexualidade e manejar as disfunções sexuais em mulheres com câncer é desafiador dentro de uma proposta de política de saúde que prioriza a integralidade do cuidado e qualidade de sobrevivência independente do estadiamento da doença e propostas terapêuticas.

O manual foi elaborado por Cíntia Pinheiro Cardoso, médica mastologista coordenadora do ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Manaus e Ione Rodrigues Brum e Denise Machado Duran Gutierrez que, com sensibilidade, habilidade técnica e conhecimento científico, organizaram em onze capítulos os conteúdos dessa produção técnica.

O primeiro capítulo descreve a sexualidade feminina – conceitos, teorias e abordagem, o segundo capítulo aborda o câncer de mama, efeitos colaterais do tratamento e impacto do tratamento do câncer de mama sobre a função sexual. O

terceiro capítulo destaca os tumores ginecológicos com as propostas terapêuticas e os efeitos adversos da radioterapia na região pélvica e a importância do cuidado interdisciplinar na prevenção da estenose vaginal.

O capítulo quatro enfatiza cuidados paliativos, ressaltando que a sexualidade não deve ser excluída da vida das mulheres, em nenhuma fase do adoecimento, e que adaptar as práticas sexuais torna possível viver momentos de prazer e intimidade. O capítulo cinco é dedicado a anticoncepção e preservação da fertilidade. O capítulo seis discute o manejo das disfunções sexuais em mulheres com câncer: Transtorno de interesse/desejo e excitação sexual, do capítulo sete até o capítulo dez amplia-se a discussão sobre o manejo das disfunções sexuais em mulheres com câncer: Tratamento de sintomas climatéricos, Transtorno de dor gênito-pélvica e autoestima e, finalizando o manual, apresenta-se o capítulo onze com o Protocolo de Atendimento do Ambulatório de Sexualidade do HUGV, pioneiro da região norte com essa proposta de cuidado inovadora no Sistema Único de Saúde.

Carmen Lúcia de Paula.

Dedicamos este manual a todas as mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna que tiveram dificuldade durante o processo de diagnóstico e tratamento do câncer e muitas vezes não encontram apoio com relação aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento sobre a sexualidade.

*A mulher havia perdido um seio.
Chorando, ela abraçava o marido, sentindo-
se mutilada na sua feminilidade e beleza.
Como poderia continuar a ser amada pelo
marido? O marido a aperta carinhosamente
contra o peito e lhe diz: "De agora em diante,
ao abraçar você, o meu peito estará mais
perto do seu coração".*

Rubem Alves

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Sexualidade Feminina - Conceitos, teorias e abordagem.....	
1.1 Ciclo de resposta sexual	
1.2 Classificação das disfunções sexuais.....	
1.3 Abordagem diagnóstica das queixas sexuais.....	
1.4 Exame físico ginecológico de pacientes com câncer.	
Capítulo 2 - Câncer de mama.....	
2.1 Efeitos colaterais do tratamento do câncer de mama...	
2.2 Impacto do tratamento do câncer de mama sobre a função sexual.....	
Capítulo 3 - Câncer ginecológico.....	
3.1 Câncer de colo uterino.....	
3.2 Câncer de endométrio.....	
3.3 Câncer de ovário.....	
3.4 Câncer de vulva.....	
Capítulo 4 - Cuidados Paliativos.....	

Capítulo 5 - Anticoncepção e Preservação de fertilidade.....	
5.1 Anticoncepção em sobreviventes de câncer.....	
5.2 Preservação de fertilidade em pacientes com câncer.....	
Capítulo 6 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: Transtorno de interesse/desejo e excitação sexual.....	
Capítulo 7 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: Tratamento de sintomas climatéricos.....	
Capítulo 8 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: Transtorno de orgasmo.....	
Capítulo 9 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: Transtorno de dor gênito-pélvica.....	
Capítulo 10 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: Autoestima	
Capítulo 11 - Protocolo de atendimento do Ambulatório de Sexualidade do HUGV.....	
Considerações Finais.....	
Índice Remissivo.....	

Capítulo 1 - Sexualidade Feminina - Conceitos, teorias e abordagem

Cíntia Cardoso Pinheiro

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é aspecto central dos seres humanos durante a vida que engloba sexo, gênero, identidade, papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É vivenciada e expressa por pensamentos, fantasias, desejos, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos (WHO, 2002).

Múltiplos fatores podem influenciar na sexualidade como cultura, religião, contexto histórico, educação sexual, aspecto econômicos, doenças físicas e psíquicas, qualidade dos relacionamentos, além de abusos e traumas (LINDAU et al, 2016; WHO, 2002).

Crenças e mitos permeiam a imaginação das pessoas e podem gerar ansiedade e dificuldades na vida sexual (QUADRO 1). Muitas culturas e religiões tendem a limitar a

educação sexual de meninas e pregar o sexo com algo pecaminoso ou sujo. Muitas mulheres adultas referem que nunca olharam seus genitais ou, se tentaram, encontraram dificuldade física e emocional em se ver e tocar (LINDAU et al, 2016).

Antes mesmo do diagnóstico de câncer, muitas mulheres que já possuíam alguma dificuldade nos relacionamentos sexuais tendem a ter seus sintomas intensificados após o diagnóstico e tratamento do câncer. Áreas erógenas, como a mama ou órgãos genitais, são diretamente afetadas quando o câncer acomete essas regiões. Além disso, o tratamento pode levar à menopausa precoce e mudanças importantes na imagem corporal, comprometendo a expressão da sexualidade (LINDAU et al, 2016).

Quadro 1 - Mitos em relação a sexualidade e câncer

Paciente com câncer não pensa em sexo.
Mulher idosa e com câncer não tem mais necessidade de ter relações sexuais.
O câncer como punição por comportamentos sexuais prévios
Medo de ficar radioativa e transmitir a radiação ou o câncer para o parceiro
A sexualidade deixa de existir no contexto dos cuidados paliativos

Fonte: Adaptado de Lindau et al (2016).

Protocolos de seguimento e reabilitação oncológica são importantes para proporcionar melhor qualidade de vida a essas sobreviventes. Apesar da alta incidência de disfunções sexuais em pacientes oncológicas, a abordagem e discussão sobre o tema com os profissionais de saúde ainda é bastante deficitária. Sporn et al (2014) verificaram que 97% dos pacientes com câncer relataram comunicação infrequente com seus oncologistas sobre disfunção sexual. Na revisão sistemática sobre comunicação de queixas sexuais entre pacientes com câncer e oncologistas, Reese et al (2016) verificaram que essa discussão era mais frequente no gênero masculino (64%) do que com as pacientes

femininas (28%).

Em estudo qualitativo feito na Austrália com 50 pacientes com câncer e 32 profissionais de saúde foi verificado desencontro sobre as percepções da sexualidade. A maioria dos pacientes procuram formas de adaptação quanto a sexualidade após o câncer, enquanto que muitos profissionais de saúde assumem que essa não é uma questão pertinente para o paciente e que a busca pelo tratamento do câncer e sobrevida tem um peso maior. Pressuposições feitas pelos profissionais baseadas na idade, sexo, cultura, diagnóstico e status civil do paciente, impedem a discussão sobre as dificuldades sexuais pós-tratamento do câncer (HORDERN, 2007).

As dificuldades, que podem estar relacionadas a dificuldade de abordagem de questões de sexualidade pelos profissionais de saúde, passam por desconhecimento ou falta de treinamento sobre saúde sexual nas graduações e cursos de especialização.

Uma pesquisa feita com gineco-oncologistas na Inglaterra identificou que apenas 48% dos especialistas

realizam anamnese sexual de pacientes novas e 80% relatam não dispor de tempo suficiente para explorar tais queixas (WIGGINS et al, 2007). Esses dados serviram como base para a criação do primeiro centro multidisciplinar em sexualidade, intimidade e fertilidade para mulheres com câncer em Rhode Island (WIGGINS et al, 2007).

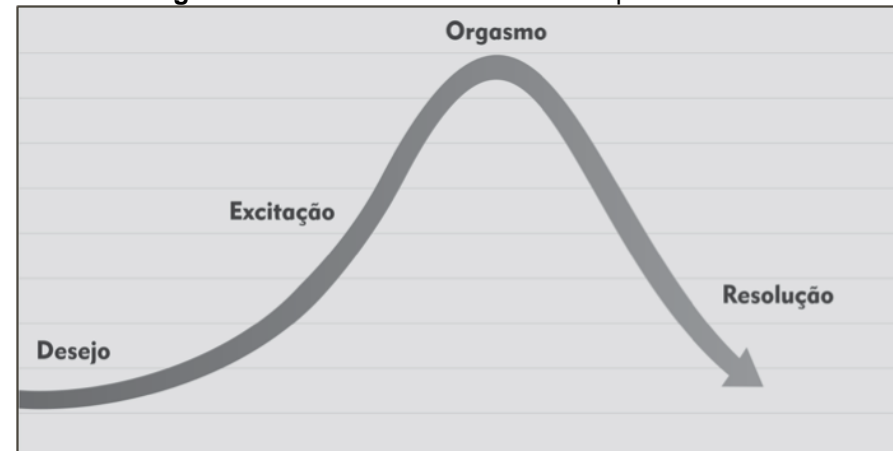
1.1 Ciclo de Resposta Sexual

Para entendermos como o câncer pode afetar a sexualidade, é importante conhecer o funcionamento e as teorias do ciclo de resposta sexual. Master e Johnson em 1966 publicaram os resultados de sua pesquisa em anatomia e fisiologia da sexualidade masculina e feminina e propuseram a primeira teoria sobre o ciclo resposta sexual comum a homens e mulheres. Consiste em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. A excitação envolve estimulação psicológica e fisiológica, representada principalmente pela ereção peniana e lubrificação vaginal. O *platô* corresponde ao período de excitação contínua, culminando com o *orgasmo* que é caracterizado por

descarga de tensão e intenso prazer. Após a resolução ocorre bem-estar, relaxamento e retorno ao estado de repouso pré-excitação (SENA, 2010).

Percebendo que fantasias, pensamentos e interesses sexuais são importantes para o início da resposta sexual, Kaplan em 1974 modificou o modelo linear de Master e Johnson acrescentando o desejo como primeira fase do ciclo e excluiu o platô por ser continuação da excitação (FIGURA 1) (KAPLAN, 1975).

Figura 1 - Modelo linear de ciclo de resposta sexual

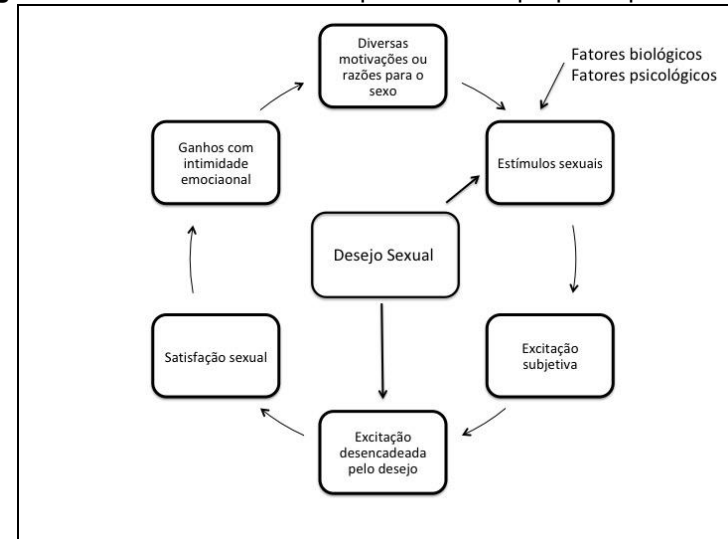


Fonte: adaptada por Kaplan (1975).

Somente em 2001, Rosemary Basson, observando que o modelo linear se aplicava melhor à resposta sexual masculina, propôs um modelo circular que se encaixaria de forma mais adequada à complexa resposta sexual feminina. Por esse modelo, a resposta sexual feminina não necessariamente seria iniciada pelo desejo. Em muitos relacionamentos, principalmente os de longo prazo, o desejo espontâneo não ocorre de forma fácil para as mulheres. O mais comum é que as mulheres entrem em uma atividade devido a diversas motivações pessoais como obter maior intimidade com o parceiro, engravidar, ganho social, agradar parceiro, dinheiro, dentre outras (BASSON, 2008; BASSON, 2012).

A partir das motivações e com estímulo sexual adequado, inicia o processo de desejo e excitação subjetiva e física (ex: lubrificação vaginal, ereção de pêlos e mamilos) levando à satisfação sexual, com ou sem orgasmo. É a satisfação ou insatisfação que será o estímulo reforçador ou inibidor de um novo ato sexual (BASSON, 2008; BASSON, 2012).

Figura 2 - Modelo circular de resposta sexual proposta por Basson.



Fonte: Adaptado de Basson (2008; 2012).

Lembrando que o diagnóstico e tratamento de câncer de mama pode afetar o casal com relação a auto-imagem da mulher, a percepção de feminilidade da mulher tanto por esta como pelo parceiro, o medo de "machucar" a área afetada durante a relação sexual, o desejo de satisfazer apenas o parceiro por medo do abandono, acabam interferindo na adequação sexual do casal.

Nas mulheres com câncer, vários fatores biológicos e psicológicos importantes para a resposta sexual podem ser afetados pelo tratamento oncológico, dificultando o desejo, excitação e satisfação ou orgasmo. Além disso os motivadores podem mudar após o diagnóstico do câncer, fazendo com que muitas mulheres interrompam as atividades sexuais durante o tratamento (SANTOS, 2016).

Santos et al (2016) verificaram que 66% das mulheres interromperam a atividade sexual durante o tratamento do câncer de mama e que o retorno ocorreu em média 7 meses após o diagnóstico para apenas 39,6% das entrevistadas. Destas 49% retomaram as relações sexuais por iniciativa própria, 32,6% por insistência do parceiro e 18,2% por concordância do casal ou mudança de parceiro.

1.2 Classificação das disfunções sexuais

As disfunções sexuais femininas podem ser classificadas de acordo com o Manual de diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-V) (APA, 2013):

- Transtorno do interesse/excitação sexual: diminuição ou ausência do interesse sexual, pensamentos eróticos ou fantasias; diminuição ou ausência de iniciativa para atividade sexual e tipicamente não receptiva a iniciativa do parceiro; diminuição ou ausência de excitação durante atividade sexual em 75% a 100%; diminuição ou ausência de sensação genital e não genital durante ato sexual em quase ou todas as vezes; diminuição ou ausência de interesse ou excitação em resposta a qualquer forma de estímulo sexual externo ou interno.

- Transtorno do orgasmo: atraso, infrequência, ausência ou menor intensidade de orgasmo por pelo menos 6 meses em 75% a 100% das interações sexuais.

- Transtorno de dor gênito/pélvica: inclui a dor na penetração (dispareunia) e o vaginismo.

Para o diagnóstico de uma ou mais disfunções sexuais é necessário que a queixa perdure pelo mínimo de 6 meses e cause sofrimento psíquico que pode ser mínimo, moderado ou grave. Deve ser investigado se a queixa é de ocorrência primária ou secundária (após o diagnóstico do câncer, por

exemplo), generalizada ou situacional. Os fatores que influenciam na sexualidade devem ser pesquisados também para melhor caracterização do caso e tratamento.

O câncer é uma causa médica ou orgânica de disfunções sexuais, podendo levar ainda a quadros de depressão e ansiedade, que devem ser prontamente tratados. Todas as neoplasias malignas em geral podem afetar a sexualidade, mas as que afetam os órgãos genitais geram um reforço maior por atingir locais importantes para identificação feminina, para a função sexual e do relacionamento amoroso (GIANOTTEN; REISMAN, 2017).

1.3 Abordagem diagnóstica das queixas sexuais

A história sexual deve avaliar se a queixa é de ordem primária (presente desde o início da vida sexual) ou secundária (surgimento após fase de adequação e satisfação sexual) e se ocorre de forma generalizada (em todas as situações, circunstâncias e parcerias) ou se é situacional (ocorre em apenas determinado período ou com certa pessoa).

É importante saber o tempo de evolução da queixa e se existem dificuldades de comunicação e conflitos entre o casal, além de avaliar nível de afeto e compromisso. Crenças, religião e educação sexual na infância e adolescência podem ter impacto no comportamento sexual quando adulto. Busque também questionar sobre doenças e medicações que possam ter efeito direto e indireto sobre a sexualidade.

Conhecer a motivação do parceiro em acompanhar o tratamento (individual ou de casal) e quais as suas expectativas.

Muitos profissionais de saúde relatam dificuldade em abordar questões de sexualidade com as pacientes. É preciso criar uma rotina para o rastreamento de disfunções sexuais, além das questões habituais de tratamento e seguimento oncológico (DESIMONE, 2014). Uma forma de auxiliar nesse treinamento é a utilização de modelos como o **PLISSIT** (Permission – Limited information – Specific suggestions – Intensive therapy) (ANNON, 1976).

Segundo o modelo, na primeira fase, o profissional dá **permissão** ou abertura para que a paciente exponha suas queixas ou preocupações sexuais. Essa fase é importante, pois muitas pacientes se sentem inibidas ou envergonhadas de falar, pensar ou praticar sua sexualidade após o diagnóstico de câncer de mama. Muitos mitos e crenças permeiam o imaginário das pacientes e seus parceiros, gerando angústia e culpa.

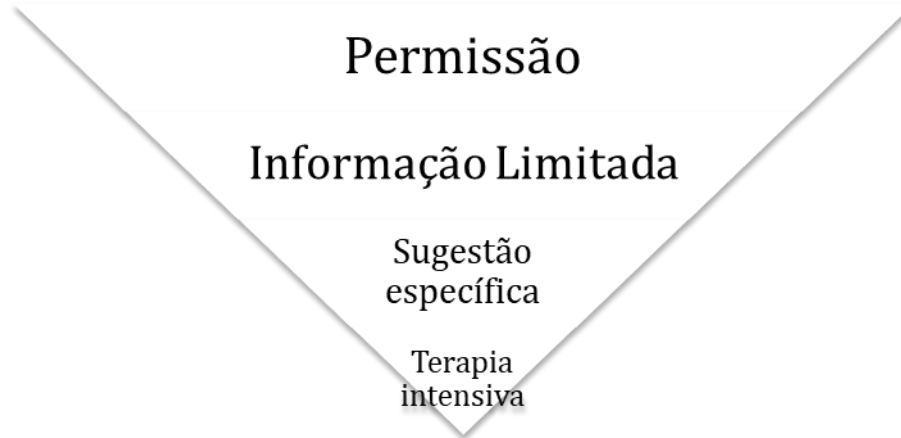
Esclarecer que exercer a sexualidade é aspecto fundamental na qualidade de vida e que apesar das adversidades do diagnóstico e tratamento do câncer, a intimidade se faz importante para melhor recuperação de saúde e do bem-estar.

Permita que o casal exponha cada um as suas dificuldades e com a segunda fase de **informação limitada** mostre as consequências e efeitos colaterais dos tratamentos do câncer sobre as fases do ciclo de resposta sexual. Explique que as mudanças físicas e psicológicas da paciente são decorrentes do tratamento e não uma diminuição de sentimentos ou amor pelo parceiro.

Na terceira fase são feitas **sugestões específicas** para o tratamento das disfunções sexuais. Para isso é necessário fazer uma boa anamnese sexual. Existem guidelines ou modelos de anamnese para auxiliar o profissional não habituado. Após definida as áreas de trabalho, o tratamento específico para sintomas urogenitais pode ser prescrito ou encaminhar paciente para fisioterapia pélvica para os casos de vaginismo. A terceira fase é um preparatório para a quarta fase de **terapia intensiva**, que em geral é multidisciplinar (psicologia, serviço social, terapia de casal, terapia sexual, fisioterapia).

As duas últimas etapas demandam mais tempo e dedicação e, caso o profissional não se sinta pronto para o tratamento específico, pode encaminhar para equipe de especialistas. Faghani et al (2016) realizaram trabalho onde 4 sessões foram aplicadas baseadas no modelo do PLISSIT em mulheres submetidas a mastectomia e verificou melhora na qualidade de vida após a intervenção em comparação com o grupo controle, demonstrando ser um método que pode ser reproduzido nos serviços de oncologia.

Figura 3 - Modelo de PLISSIT



Fonte: Adaptado de Annon (1976).

Dados de identificação da paciente são importantes para avaliar fatores que possam influenciar a sexualidade, como idade, religião, escolaridade, profissão, estado civil, tempo de relacionamento e condição financeira. Obter as mesmas informações do parceiro(a) ajuda a avaliar possíveis conflitos entre o casal que possam influenciar no relacionamento (LARA et al, 2018)

A queixa sexual deve ser caracterizada quanto ao início do sintoma, duração, fatores que melhoram e/ou

pioram. Patologias, medicamentos, cirurgias e hábitos devem ser pesquisados. Na história gineco-obstétrica, descreve-se a idade da menarca, data da última menstruação e caracterização da mesma quanto a intervalo, duração e fluxo de sangue; número de gestações e tipos de parto; patologias e cirurgias obstétricas e ginecológicas; amamentação; anticoncepção, menopausa e terapia de reposição hormonal.

A história sexual antes do câncer deve ser pesquisada quanto a idade de início das relações sexuais, número de parceiros, frequência das relações sexuais e história de abuso sexual. Com relação a queixa atual, avaliar se é primária (desde o início da vida sexual) ou secundária (surgiu após algum tempo de vida sexual satisfatória). Questionar sobre preliminares, ambiente das relações sexuais, presença de fantasias sexuais ou sonhos eróticos; masturbação; adequado desejo sexual, lubrificação e orgasmo; qualidade do relacionamento (ABDO, 2012).

Quadro 2 - Entrevista - anamnese

Identificação:			
Paciente			
Nome:			
Idade:			
Grau de escolaridade:			
Etnia:			
Naturalidade:			
Profissão:			
Estado civil:			
Religião:			
Relacionamentos anteriores:		Tempo de relacionamento atual:	
Filhos (número, gênero, idade):			
Parceiro (a)			
Nome:		Idade:	
Escolaridade:		Naturalidade:	Profissão:
Religião:			

Anamnese:			
Queixa sexual (início – primária ou secundária –, duração, frequência, gravidade):			
Fase do ciclo de resposta sexual prejudicada (desejo, excitação, orgasmo, dor).			
Satisfação sexual: SIM Não			
Atividade sexual:			
- Quem inicia:			
- Frequência sexual:			
- Como é o repertório sexual? Preliminares:			
- Fantasias sexuais: SIM NÃO quais?			
- Masturbação: SIM NÃO			
- Sexo oral: SIM NÃO			
- Sexo anal: SIM NÃO			
- Outras práticas sexuais:			
- Dor na penetração vaginal:			

- Sangramento durante penetração vaginal:			
Qualidade geral do relacionamento?			
Percepção do parceiro:			
Abuso sexual: SIM NÃO			
Violência doméstica: SIM NÃO			
Crenças e mitos:			
Estressores (problemas financeiros, fadiga, falecimento ou doença de familiar próximo, filhos pequenos, conflitos familiares):			

Histórico médico geral:			
Doenças:			
Medicamentos:			
Cirurgias:			
Quimioterapia:			
Radioterapia:			
Tabagismo:		Etilismo:	
Tratamento dos efeitos colaterais do câncer (orientação, psicoterapia, fisioterapia pélvica, dilatadores vaginais):			

Histórico gineco-obstétrico:			
Menarca:			
Sexarca:			
Número de parceiros sexuais:			
Histórico de infecção sexualmente transmissível:			
Data da última menstruação:			
Gestações:		Partos:	Abortos:
Métodos anticoncepcionais:			
Amamentação:			
Deseja ter mais filhos?			
Terapia de reposição hormonal:			

Fonte: A autora (2019).

Existem alguns questionários de avaliação de disfunção sexual em mulheres que podem ser aplicados no

contexto clínico ou de pesquisa para facilitar o diagnóstico e seguimento. Internacionalmente, o mais utilizado é o Índice de Função Sexual Feminina (Female Sexual Function Index – FSFI) que contém 19 questões com itens sobre desejo sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor na relação (ROSEN et al, 2000). Esse questionário já foi validado para pacientes com câncer (BASER; LI; CARTER, 2012) e traduzido, adaptado e validado para português por Thiel et al (2008) e aplicado em pacientes com câncer de mama no Brasil por Castelo (2014) (QUADRO 3).

No Brasil, Abdo (2009) publicou o Quociente Sexual-Versão Feminina (QS-F) que possui 10 questões envolvendo desejo e interesse sexual, preliminares, excitação da mulher e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual, orgasmo e satisfação sexual (QUADRO 4).

Dalton et al (2009) desenvolveram um questionário que avalia tanto a imagem corporal como sexualidade de pacientes com câncer de mama. Esse inventário se chama Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients (SABIS) e contém 28 questões, sendo 10 avaliando

imagem corporal e 18 avaliando a função sexual, cujas respostas seguem o padrão de 5 pontos da escala de Likert (QUADRO 5).

Para avaliação de pacientes com câncer ginecológico, Zeng et al (2012) desenvolveram um questionário com 32 itens avaliando desde a imagem corporal, papéis de gênero e relacionamento, atividade sexual, função sexual e questões adicionais (QUADRO 6).

Quadro 3 - Índice de Função Sexual Feminina

<p>1. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>frequência</u> você sentiu desejo ou interesse sexual?</p> <p>(5) Sempre ou quase sempre (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (3) Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) (2) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo) (1) Nunca ou quase nunca</p> <p>2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>nível (grau)</u> de desejo ou interesse sexual?</p> <p>(5) Muito alto (4) Alto (3) Moderado (2) Baixo (1) Muito baixo ou nenhum</p> <p><i>A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália,</i></p>

lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (metade das vezes)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito alto
- (4) Alto
- (3) Moderado
- (2) Baixo
- (1) Muito baixo ou nenhum

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Altíssima confiança
- (4) Alta confiança
- (3) Moderada confiança
- (2) Baixa confiança
- (1) Baixíssima ou nenhuma confiança

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

(2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)

(1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco difícil
- (5) Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil

- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

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

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de

Domínios	Questões	Varição do Escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo	Escore
Desejo	1,2	1 - 5	0.6	1.2	6.0	
Excitação	3,4,5,6	0 - 5	0.3	0	6.0	
Lubrificação	7,8,9,10	0 - 5	0.3	0	6.0	
Orgasmo	11,12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0	
Satisfação	14, 15, 16	0(ou1)- 5	0.4	0.8	6.0	
Dor	17, 18, 19	0 - 5	0.4	0	6.0	
Escore Total				2.0	36.0	

satisfação com sua vida sexual?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita

- (3) Indiferente
 (2) Moderadamente insatisfeita
 (1) Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
 (1) Sempre ou quase sempre
 (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 (5) Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
 (1) Sempre ou quase sempre
 (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 (5) Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
 (1) Altíssimo
 (2) Alto
 (3) Moderado
 (4) Baixo
 (5) Baixíssimo ou nenhum

Score menor que 26 sugere disfunção sexual
 Fonte: Thiel et al (2008).

Quadro 4 - Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca 3 = aproximadamente 50% das vezes
 1 = raramente 4 = a maioria das vezes
 2 = às vezes 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
 0 1 2 3 4 5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
 0 1 2 3 4 5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
 0 1 2 3 4 5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
 0 1 2 3 4 5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
 0 1 2 3 4 5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
 0 1 2 3 4 5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
 0 1 2 3 4 5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
 0 1 2 3 4 5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
 0 1 2 3 4 5
10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?
 0 1 2 3 4 5

Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

Resultado = padrão de desempenho sexual:		<i>Como obter o resultado:</i>	
82 - 100 pontos	<i>bom a excelente</i>	Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:	
62 - 80 pontos	<i>regular a bom</i>	$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5-Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$	
42 - 60 pontos	<i>desfavorável a regular</i>	(Q = questão)	
22 - 40 pontos	<i>ruim a desfavorável</i>	[5-Q ₇] = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões	
0 - 20 pontos	<i>nulo a ruim</i>		

Fonte: Abdo (2009).

Quadro 5 - Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients (SABIS)

Escala de Imagem Corporal	
1. Antes do diagnóstico de câncer mama, qual era o grau de satisfação com a sua atratividade física?	
Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita()	
2. Qual o grau de satisfação com sua atratividade física após o diagnóstico de câncer de mama?	
Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita()	
3. Antes do câncer de mama, qual era o seu grau de conforto em mostrar seu corpo para outras pessoas?	
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável()	
4. Qual o grau de conforto você sente ao mostrar seu corpo para outros após o câncer de mama?	

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
Muito confortável() Extremamente confortável()
5. Qual o grau de conforto você sente com as mudanças no seu corpo após o câncer de mama?
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
Muito confortável() Extremamente confortável()
6. Qual o grau de conforto você sente ao mostrar a área afetada pelo câncer de mama para outras pessoas?
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
Muito confortável() Extremamente confortável()
7. Antes do câncer de mama, qual o grau de conforto você estava com seu peso corporal?
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
Muito confortável() Extremamente confortável()
8. Qual o grau de conforto você sente com seu peso corporal desde o câncer de mama?
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
Muito confortável() Extremamente confortável()
9. Antes do câncer de mama, qual o grau de conforto você estava com a forma e proporção do seu corpo?
Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
Muito confortável() Extremamente confortável()
10. Qual o grau de conforto com a forma e proporção do seu corpo após o câncer de mama?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável()
 Muito confortável() Extremamente confortável()

Escala de Ajuste Sexual

11. Antes do câncer de mama, qual era o grau de satisfação com sua vida sexual?

Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita()

12. Qual o grau de satisfação com sua vida sexual após o diagnóstico de câncer de mama?

Insatisfeita() Pouco satisfeita() Moderadamente satisfeita() Muito satisfeita() Extremamente satisfeita()

13. Antes do câncer de mama, o quão confiante você se percebia com ser sexual?

Não confiante() Pouco confiante() Moderadamente confiante () Muito confiante () Extremamente confiante ()

14. Qual o grau de confiança que você sente como ser sexual desde o diagnóstico de câncer de mama?

Não confiante() Pouco confiante() Moderadamente confiante () Muito confiante() Extremamente confiante()

15. Como o câncer de mama afetou o seu desejo por contato sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu () Não afetou () Aumentou () Aumentou significativamente()

16. Como o câncer de mama afetou os seus relacionamentos sexuais?

Piorou significativamente() Piorou () Não afetou () Melhorou ()
 Melhorou significativamente()

17. Como o câncer de mama afetou a comunicação com seu parceiro(a) sobre suas necessidades sexuais?

Piorou significativamente() Piorou () Não afetou () Melhorou ()
 Melhorou significativamente()

18. Como o câncer de mama afetou a frequência em que você inicia o contato sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu () Não afetou () Aumentou ()
 Aumentou significativamente()

19. Como o câncer de mama afetou a frequência com que seu parceiro inicia o contato sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu () Não afetou () Aumentou ()
 Aumentou significativamente()

20. Como o câncer de mama afetou a sua satisfação durante as relações sexuais?

Piorou significativamente() Piorou () Não afetou () Melhorou ()
 Melhorou significativamente()

21. Como o câncer de mama afetou a frequência em que você se sente satisfeita durante relação sexual?

Diminuiu significativamente() Diminuiu () Não afetou () Aumentou ()
 Aumentou significativamente()

22. O quão importante são suas mamas para sua experiência sexual?

Não é importante() Pouco importante() Moderadamente importante() Muito importante() Extremamente importante()

23. O quão importante são suas mamas para a experiência sexual do seu parceiro?

Não é importante() Pouco importante() Moderadamente importante() Muito importante() Extremamente importante()

24. O quão confortável é para você quando o seu parceiro vê o seu tórax?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável()

25. O quão confortável é para seu parceiro ver o seu tórax?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável()

26. Qual o grau de conforto você sente quando o seu parceiro toca área afetada pelo câncer de mama?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável()

27. Qual grau de conforto o seu parceiro sente em tocar sua área afetada pelo câncer de mama?

Desconfortável() Pouco confortável() Moderadamente confortável() Muito confortável() Extremamente confortável()

28. Quão importante são suas mamas para sua identidade sexual como mulher?

Não é importante() Pouco importante() Moderadamente importante() Muito importante() Extremamente importante()

Fonte: Adaptado de Dalton et al (2009).

Quadro 6 - Escala de sexualidade para Mulheres com câncer ginecológico

Imagem corporal

Durante o último mês

1. Você não gosta da sua aparência

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

2. Você gosta da sua aparência do jeito que é

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

3. A maioria das pessoas considera você bonita

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

4. Você é pouco atraente fisicamente

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

5. Seu corpo parece sensual

Concordo definitivamente() Concordo() Discordo() Discordo definitivamente()

Papéis de gênero e relacionamento

Durante o último mês

6. O câncer afetou sua percepção de feminilidade?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

7. Depois do tratamento, o câncer afetou o modo que seu parceiro íntimo percebe você como mulher?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

8. O câncer afetou o seu papel como esposa/parceira sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

9. O câncer afetou o seu papel como mãe?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

10. O câncer afetou seu relacionamento sexual como um todo com seu esposo/parceiro íntimo?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

Atividade sexual (Não limitado a penetração vaginal e incluindo qualquer atividade íntima sexual (ex: segurar mãos, beijos, abraços e toque)

Durante o último mês

11. "Ter sexo" foi uma parte importante da sua vida?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

12. Você teve atividade íntima neste mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

13. você gostou da atividade sexual neste mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

14. Qual a frequência de atividade sexual este mês?

5x ou mais() 3-4x () 1-2x() Nada()

15. Você está satisfeita com a frequência de atividade sexual neste mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

Função Sexual

Durante o último mês

16. Você está preocupada com a função sexual do seu esposo/parceiro íntimo?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

17. Você está preocupada com a sua própria função sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

18. Você teve desejo sexual este mês?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

19. Você sentiu ressecamento vaginal durante a relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

20. Você teve alguma dor ou desconforto sexual durante relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

21. Você tem sangramento durante a relação sexual?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

22. Você sentiu incômodo durante a relação sexual por perceber sua vagina curta?

Muito() Mais ou menos/médio() Um pouco() Nada()

23. Você conseguiu completar a relação sexual?

Muito () Mais ou menos/médio () Um pouco () Nada ()

24. Você atingiu orgasmo?

Muito () Mais ou menos/médio () Um pouco () Nada ()

25. Você se sentiu satisfeita após ter relação sexual?

Muito () Mais ou menos/médio () Um pouco () Nada ()

Itens adicionais

Comparado com antes do diagnóstico de câncer ginecológico

26. O seu interesse pela atividade sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

27. A frequência de atividade sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

28. Suas preferências de atividade sexual mudaram?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

29. A lubrificação vaginal mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

30. Você percebe que o tamanho da sua vagina mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

31. A dor durante a relação sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

32. A qualidade da sua relação sexual mudou?

Muito() Médio() Um pouco() Nada()

Fonte: Adaptado de Zeng et al (2012).

1.4 Exame físico ginecológico em pacientes com câncer

Eaton et al (2017) avaliaram ferramentas para análise de sinais e sintomas vaginais em paciente com câncer e verificaram que 66% das pacientes tinham ressecamento vaginal moderado a severo, sendo que 79% queixavam-se de dispareunia moderada a severa.

O exame físico ginecológico para avaliar órgãos internos pode ser adiado ou evitado em casos de adolescentes, em pacientes que se recusam ou não suportam o exame ou encontram-se próximos ao fim de vida (LINDAU et al, 2016). Um espelho de mão pode facilitar para a paciente localizar áreas de dor.

Fístula vesico-vaginal deve ser suspeitada quando houver tecido de granulação persistente e em paciente com secreção volumosa, contínua de água ou serossanguinolenta (LINDAU et al, 2016).

Uma forma de avaliar alterações na vulva e vagina de acordo com a intensidade dos sinais e sintomas é através do Quadro 6. Pontos de dor na vulva podem ser pesquisados

com um cotonete seguindo os ponteiros de um relógio e a qualificação da dor pode ser através da escala visual de dor.

Quadro 7 - Quadro de avaliação ginecológica

Avaliação Ginecológica						
Dor pélvica durante exame	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Leve (1)	<input type="checkbox"/> moderada (2)	<input type="checkbox"/> severa (3)	<input type="checkbox"/> Não (0)	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)
Aglutinação vaginal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Leve (1)	<input type="checkbox"/> moderada (2)	<input type="checkbox"/> severa (3)	<input type="checkbox"/> Não (0)	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)
Lacerações e aderências	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Leve (1)	<input type="checkbox"/> moderada (2)	<input type="checkbox"/> severa (3)	<input type="checkbox"/> Não (0)	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)
Avaliação vaginal						
(0)/99	(1)		(2)	(3)		
pH	<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> 5-6.5	<input type="checkbox"/> > 6.5	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)		
Umidade	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)		
Rugosidade	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)		

Elasticidade	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)
Comprimento vaginal	<input type="checkbox"/> > 6cm	<input type="checkbox"/> 6 - 4 cm	<input type="checkbox"/> < 4cm	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99)
Atrofia Vulvar	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99) <input type="checkbox"/> Ausente
Irritação vulvar	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99) <input type="checkbox"/> Ausente
Irritação vaginal	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Não avaliado (99) <input type="checkbox"/> Ausente
Irritação vestibular	<input type="checkbox"/> Sim		Estenose vaginal <input type="checkbox"/> Sim (1)	
(1)	<input type="checkbox"/> Não (0)		<input type="checkbox"/> Não (0)	
Incontinência	Fecal <input type="checkbox"/> Sim		Uso de Absorvente <input type="checkbox"/> Sim (1)	
(1)	<input type="checkbox"/> Não (0)		<input type="checkbox"/> Não (0)	
	Urinária <input type="checkbox"/> Sim			
(1)	<input type="checkbox"/> Não (0)			

Fonte: Adaptado de Eaton (2017).

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. **Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher**. Diagn Tratamento, [s.l.], 14, p.89-91, 2009.
- ABDO, C.H.N. **Sexualidade Humana e seus transtornos**. 4. ed. atual. São Paulo: Leitura Médica, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. EUA: American Psychiatric Press, 2013.
- ANNON, J.S. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. **Journal of Sex Education and Therapy**, [s.l.], 2:1, p.1-15, 1976.
- BASER, R.E.; LI, Y.; CARTER, J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. **Cancer**, [s.l.], 118, p. 4606-4618, 2012. doi:10.1002/cncr.26739
- BASSON, R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. **Int J Impot Res**, [s.l.], v. 20, n. 5, p. 466-78, 2008.
- BASSON, R. Queixas de baixo desejo sexual: como a avaliação terapêutica orienta novas intervenções. *In:*
- LEIBLUM, S.R. **Tratamento dos transtornos do desejo sexual: casos clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.141-56.
- BOLIVAR, F.S.S.C. **Adaptação transcultural da escala de preocupações reprodutivas após o câncer (Reproductive concerns after cancer scale) em mulheres em idade reprodutiva com diagnóstico de câncer: primeiras etapas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.
- CASTELO, A.R.P. **Aplicação da female sexual function index em mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas: estudo comparativo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- DALTON, E.J.; RASMUSSEN, V.N; CLASSEN, C.C.; GRUMANN, M.; PALESH, O.G.; ZARCONE, J.; KRAEMER, H.C.; KIRSHNER, J.J.; COLMAN, L.K.; MORROW, G.R.; SPIEGEL, D. Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): a new measure for breast cancer patients. **Breast J**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 287-90, maio-jun. 2009. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00718.x.
- DESIMONE, M.; SPRIGGS, E.; GASS, J.S.; CARSON S.A.; KRYCHMAN, M.L.; DIZON, D.S. Sexual dysfunction in female cancer survivors. **Am J Clin Oncol**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.101-6, fev. 2014. doi: 10.1097/COC.0b013e318248d89d.

EATON, A.A.; BASER, R.E.; SEIDEL, B.; STABILE, C.; CANTY, J.P.; GOLDFRANK, D.J.; CARTER, J. Validation of clinical tools for vaginal and vulvar symptom assessment in cancer patients and survivors. **J Sex Med**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 144-151, jan. 2017.

FAGHANI, S.; GHAFFARI, F. effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. **Asian Pac J Cancer Prev**, [s.l.], v. 17, n. 11, p. 4845-4851, nov. 2016. PubMed PMID: 28030909

GIANOTTEN, W.L.; REISMAN, Y. Sexual aspects of specific cancers. In: GIANOTTEN, W.L.; REISMAN, Y. **Cancer, intimacy and sexuality**. Springer: Switzerland, 2017. E-book.

HORDERN, A.J.; STREET, A.F. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. **Med J Aust**, [s.l.], v. 186, n. 5, p. 224-7, mar. 2007.

KAPLAN, H.S. **Manual ilustrado de terapia sexual: la solución a los trastornos sexuales más comunes** (Spanish Edition). Barcelona: Penguin Random House Grupo Editoria, 1975/2015.

LARA, L.A.; LOPES, G.P.; SCALCO, S.C.; RUFINO, A.C.; TRONCON, J.K.; SERAPIÃO, J.J.; AGUIAR, Y. **Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções**

sexuais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.

LINDAU, S.T; ABRAMSOHN, E.; BARON, S.R.; FLORENDO, J.; HAEFNER, H.K.; JHINGRAN, A.; KENNEDY, V.; KRANE, M.K.; KUSHNER, D.M.; MCCOMB, J.; MERRITT, D.F.; PARK, J.E.; SISTON, A.; STRAUB, M.; STREICHER, L. 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**, [s.l.], v. 66, n. 3, p. 241-63, maio 2016.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; FERGUSON, D.; D'AGOSTINO, R. Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 191-208, abr.-jun. 2000.

REESE, J.B et al. Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. **J Cancer Surviv**, [s.l.], v.11, n. 2, p.175-188, nov. 2016.

SANTOS, D.B.; SANTOS, M.A.; CESNIK-GEEST, V.M.; VIEIRA, E.M. Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. 4, e324219, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400219&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

SENA, T. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 221-240, apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2019.

SPORN, N.J. et al. Sexual health communication between cancer survivors and providers: how frequently does it occur and which providers are preferred? **Psycho-oncology**. [s.l.], v. 24, n. 9, p. 1167-73, dez. 2014.

THIEL, R.R.C; DANBROM, M.; PALMA, P.C.R; THIEL, M.; RICCETTO, C.L.Z; RAMOS, M.F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 504-510, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032008001000005>.

ZENG, Y.C.; LI, Q.; LI, X.; LOKE, A.Y. Chinese women's sexuality concerns after gynecologic cancer. **Cancer Nurs**, [s.l.], v. 35, p. 257-64, 2012.

WENZEL, L.; DOGAN-ATES, A.; HABBAL, R.; BERKOWITZ, R.; GOLDSTEIN, D.P.; BERNSTEIN, M.; KLUHSMAN, B.C.;

OSANN, K.; NEWLANDS, E.; SECKL, M.J.; HANCOCK, B.; CELLA, D. Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. **J Natl Cancer Inst Monogr**. [s.l.], v. 34, p. 94-8, 2005. PubMed PMID: 15784834.

WIGGINS, D.L.; WOOD, R.; GRANAI, C.O.; DIZON, D.S. Sex, intimacy, and the gynecologic oncologist. **Journal of Psychosocial Oncology**, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 61-70, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneve, 2002.

Capítulo 2 - Câncer de mama

Cíntia Cardoso Pinheiro

O câncer de mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres no Brasil e no mundo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o ano de 2018 estimou-se o número de 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil. No entanto, apesar da alta incidência, o câncer de mama apresenta taxa de 89,7% de sobrevida em 5 anos, segundo os dados do National Cancer Institute (SEER, 2017), com prevalência estimada de 3.322.552 de mulheres vivendo com câncer de mama atualmente nos Estados Unidos.

No Brasil, houve aumento de 78% para 87% na sobrevida de mulheres com câncer de mama no período de 1995 a 2009 (ALLEMANI et al, 2015). Programas de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama e a melhora dos tratamentos empregados são os principais fatores envolvidos. A preocupação urgente que surge é proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas

sobreviventes. O tratamento do câncer de mama inclui cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora) em associação com terapias adjuvantes como quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal.

A cirurgia oncológica tem alto impacto sobre a autoestima da mulher, principalmente nos casos de câncer de mama, onde muitas vezes ela vê a desconfiguração da sua sexualidade, associada aos efeitos da quimioterapia sobre a fertilidade e depleção ovariana. Os sintomas climatéricos são frequentes e impactam na função sexual feminina. Barni e Mondin (1997), ao questionar mulheres após tratamento do câncer de mama, verificaram que 64% apresentavam ausência de desejo sexual; 38%, dispareunia; e 42% tinham dificuldade na lubrificação vaginal.

Em mulheres brasileiras com câncer de mama e em tratamento anti-hormônio, verificou-se que 75% referiram diminuição de desejo sexual, sendo que 36.1% tinham excitação baixa ou ausente e 44% referiam nunca ou raramente atingir orgasmo; 60.5% apresentavam desconforto durante ato sexual (PERORAREI, 2017).

Pacientes submetidas a mastectomia radical sem reconstrução imediata apresentam mais quadros de disfunção sexual (63%) quando comparado com mulheres que fizeram cirurgia conservadora (14%) ou mastectomia com reconstrução (29%) (CORTÉS-FLORES et al, 2017).

Na pesquisa de Castelo (2014), observou-se índice de 76% de prevalência de disfunção sexual em mulheres mastectomizadas em comparação com 30,6% em mulheres saudáveis. Dentre as mulheres que realizaram mastectomia com reconstrução mamária houve melhor escore do FSFI quanto a desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação do que em mulheres mastectomizadas sem reconstrução ($p < 0,05$) (CASTELO, 2014).

2.1 Efeitos colaterais do tratamento do câncer de mama

A cirurgia é indicada de acordo com o tamanho do tumor e o volume mamário. Pode ser conservador, quando se retira o tumor com margem de segurança de tecido mamário normal e preservando o restante da mama ou a mastectomia, que é a exérese completa da mama. A avaliação linfática

axilar é feita pela biópsia do linfonodo sentinela ou pelo esvaziamento axilar a depender do grau de comprometimento do mesmo (CHAGAS, 2011).

No Brasil, a reconstrução mamária é um direito das pacientes com câncer de mama previsto pela Lei nº 9.797/99, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela saúde suplementar através da Lei 9656/98.

Os principais problemas físicos decorrentes do tratamento cirúrgico são:

- **Linfedema:** quadro crônico, lento e progressivo que se caracteriza por acúmulo de líquido intersticial, proteínas e alterações teciduais decorrentes de insuficiência da drenagem linfática
- **Restrição de movimento:** causada por trombose linfática superficial (*web syndrome*), que é a inflamação do vaso linfático, ocasionando a diminuição de sua mobilidade e elasticidade, restringindo assim o movimento.
- **Dor e parestesia:** geralmente relacionada com lesão de estruturas nervosas, principalmente o nervo intercostobraquial.

- **Escápula alada:** decorrente de lesão do nervo torácico longo.

A quimioterapia e a hormonioterapia são formas de tratamento sistêmico. Podem ser indicadas antes (neoadjuvante) ou após tratamento cirúrgico (adjuvante). O tratamento neoadjuvante visa diminuir a massa tumoral e permitir cirurgias mais conservadoras.

A quimioterapia tem como efeitos colaterais as náuseas, vômitos alopecia, possibilidade de perda da fertilidade e indução de sintomas menopáusicos como fogachos, secura vaginal, suores noturnos, irritabilidade e distúrbio do sono.

A terapia hormonal também promove sintomas como fogachos, secura vaginal e vulvar, dispareunia e diminuição do desejo sexual.

Quando a menopausa ocorre abruptamente devido ao tratamento do câncer de mama, os sintomas tendem a ser mais intensos em comparações com mulheres que tiveram uma menopausa natural (SCHOVER, 2008).

Os principais efeitos colaterais do **Tamoxifeno** são:

- *Cardiovasculares:* rubor, hipertensão, edema periférico, eventos tromboembólicos venosos, angina, isquemia cardíaca.
- *Neurológicos:* alterações de humor, depressão, insônia, tonturas, cefaleia, ansiedade, fadiga.
- *Cutâneos:* rash, alopecia
- *Endócrinos:* fogachos, retenção hídrica, alterações menstruais, amenorreia, hipercolesterolemia.
- *Gastrointestinais:* náuseas, perda ou aumento de peso, diarreia ou constipação.
- *Genitourinários:* alterações vaginais, sangramento vaginal, hiperplasia endometrial, pólipos, câncer de endométrio.
- *Músculo-esqueléticos:* fraqueza, artrite, artralgia.
- *Oculares:* diminuição da acuidade visual, trombose de veia retiniana, retinopatia, alteração da percepção de cores, catarata.

Efeitos colaterais dos Inibidores da Aromatase

- *Cardiovasculares:* vasodilatação, hipertensão, edema periférico, doença isquêmica.

- *Neurológicos*: alterações de humor, depressão, insônia, tonturas, cefaleia, ansiedade, fadiga, sonolência, letargia.
- *Cutâneos*: rash, alopecia, prurido
- *Gastrointestinais*: náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, dor abdominal, alteração de peso, anorexia, xerostomia, dispepsia.
- *Genitourinários*: infecções urinárias, vulvovaginites, alterações vaginais como ressecamento, sangramento, leucorreia.
- *Músculo-esqueléticos*: fraqueza, parestesia, artrite, artralgia, mialgia, fraturas, dor lombar, dor óssea, osteoporose.

Por fim a radioterapia serve para controle local da doença e diminuição do risco de recidivas. Pode ter efeitos colaterais locais como a radiodermite e/ou sistêmicos como a fraqueza, astenia e falta de apetite.

2.2 Impacto do tratamento do câncer de mama sobre a função sexual

O câncer em geral e seu tratamento podem causar impacto na função sexual em todas as fases do ciclo de resposta sexual levando a disfunção desejo/excitação, orgasmo e dor (FAUBION, 2015). Além disso, a identidade e o relacionamento também são afetados.

A neoplasia maligna de mama desconfigura o órgão de identidade feminina e com função importante na amamentação e de sexualidade. A cirurgia, a alopecia, o ganho de peso, diminuição de libido e ressecamento vaginal podem fazer a paciente não se sentir mais como uma mulher desejável e atraente sexualmente. A mudança na auto-imagem afeta por consequência o relacionamento conjugal, com diminuição da intimidade e frequência sexual.

A seguir a fala de uma paciente com câncer de mama sobre sua percepção da sexualidade após o tratamento oncológico (KRYCHMANN; SPADT, 2010):

"Me sinto uma mulher velha agora. Da noite para o dia parei de menstruar, desenvolvi graves ondas

de calor e minha vagina simplesmente secou. Não me sinto mais uma mulher atraente e vital".

Para alguns casais, a mama faz parte do repertório de preliminares e de estímulo sexual e a perda da mesma com a mastectomia ou cicatriz sobre a mama nas cirurgias conservadoras, muda a rotina de intimidade. A mulher pode ter medo de se despir e o parceiro medo de machucar a parceira. Em geral, o que se estabelece é um ciclo de silêncio e evitação que acaba afastando o casal.

Apesar de haver pesquisa mostrando que o diagnóstico de câncer de mama não aumenta a taxa de divórcios (LAITALA et al, 2015), o relacionamento pode ficar comprometido.

A quimioterapia induz à menopausa precoce em pacientes com câncer de mama na pré-menopausa, aumentando os riscos a longo prazo de diminuição cognitiva, mudança de humor, aumento de doença cardiovascular, doença de Parkinson, perda de massa óssea e disfunção sexual e mortalidade geral (FAUBION et al, 2015). A ooforectomia bilateral pode ser indicada também como forma

de tratamento para câncer de mama ou naquelas com mutação do gene do BRCA 1 ou 2, gerando também insuficiência hormonal em pacientes jovens.

O casamento ou relacionamento conjugal em geral é um ponto de apoio emocional para algumas pacientes com câncer de mama, enquanto que para outras, a desigualdade de gênero a torna vulnerável e piora as condições de saúde. A pesquisa de Santos et al (2016) verificou que 66% das mulheres interromperam a atividade sexual durante o tratamento do câncer de mama e que o retorno ocorreu em média 7 meses após o diagnóstico para 39,6% das entrevistadas. Destas 49% retomaram as relações sexuais por iniciativa própria, 32,6% por insistência do parceiro e 18,2% por concordância do casal ou mudança de parceiro.

O profissional de saúde deve estar atento aos aspectos relacionais da paciente, assim como a qualidade de comunicação do casal, para identificar possível distress psicológico e encaminhar para tratamento especializado.

REFERÊNCIAS

ALLEMANI, C.; WEIR, H.K.; CARREIRA, H.; HAREWOOD, R.; SPIKA, D.; WANG, X.S. et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **Lancet**, [s.l.], v. 385, n. 9972, p. 977-1010, mar. 2015.

BARNI, S; MONDIN, R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. **Ann Oncol**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 149-53, fev. 1997.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

CORTÉS-FLORES, A.O.; VARGAS-MEZA, A.; MORGAN-VILLELA, G.; JIMÉNEZ-TORNERO, J.; DEL VALLE, C.J.Z.; SOLANO-GENESTA, M.; MIRANDA-ACKERMAN, R.C.; VÁZQUEZ-REYNA, I.; GARCÍA-GONZÁLEZ, L.A.; CERVANTES-CARDONA, G.A.; CERVANTES-GUEVARA, G.; FUENTES-OROZCO, C.; GONZÁLEZ-OJEDA, A. Sexuality among women treated for breast cancer: a survey of three surgical procedures. **Aesthetic Plast Surg.**, v. 41, n. 6, p.1275-1279, dez. 2017.

CASTELO, A.R.P. **Aplicação da female sexual function index em mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas**: estudo comparativo. 2014. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology. Survivorship. Version1.2017. Disponível em: <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

PEGORARE, B.G.S.; SILVEIRA, K.R.; BARBOSA, S.R.M. Assessment of female sexual function and quality of life among breast cancer survivors who underwent hormone therapy. **Mastology**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 237-44, 2017.

SEER. Cancer stat facts: female breast cancer. National Cancer Institute. Bethesda, MD. 2017. Disponível em: <<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>>. Acesso em: 25 maio 2019.

CHAGAS, C.R.; MENKE, C.H.; VIEIRA, R.J.S.; BOFF, R.A. **Tratado de mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

FAUBION, S.S.; RULLO, J.E. Sexual dysfunction in women: a practical approach. **Am Fam Physician**, [s.l.], v. 15, n. 92, p. 281-8, ago. 2015.

FAUBION, S.S.; KUHLE, C.L.; SHUSTER, L.T.; ROCCA, W.A. Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for

management. **Climacteric**: the journal of the International Menopause Society, v. 18, n. 4, p. 483-491, 2015. doi:10.3109/13697137.2015.1020484.

KRYCHMAN, M.; SPADT, S.K. O desejo de sentir-se completa novamente. A busca do desejo sexual após o câncer de mama. *In*: LEIBLUM, S. **Tratamento dos transtornos do desejo sexual**: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 239-250.

SANTOS, D.B.; SANTOS, M.A.; CESNIK-GEEST, V.M.; VIEIRA, E.M. Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. 4, e324219, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400219&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

LAITALA, V.S.; SAARTO, T.; EINIÖ, E.K.; MARTIKAINEN, P.; SILVENTOINEN, K. Early-stage breast cancer is not associated with the risk of marital dissolution in a large prospective study of women. **Br J Cancer**, v. 113, n. 3, p. 543-7, jul. 2015. doi: 10.1038/bjc.2015.216.

SCHOVER, L.R. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. **J Clin Oncol**, v. 26, n. 5, p.753-8, fev. 2008.

Capítulo 3 - Câncer Ginecológico

Cíntia Cardoso Pinheiro

No câncer ginecológico, as dificuldades sexuais surgem antes mesmo do tratamento do câncer, por conta dos sintomas de fluxo menstrual aumentado, dor abdominal, sangramento pós-coito. E os efeitos colaterais que surgem após o tratamento perpetuam o sentimento de culpa em relação a sexualidade e relembram a todo momento o luto pelo diagnóstico do câncer (SEARS, 2018).

A cirurgia para câncer ginecológico pode estar associada a alterações vulvo-vaginais ou clitorianas como encurtamento da vagina, alteração da anatomia genital externa, danos a nervos pélvicos e mudança na vascularização local, levando a alteração de autoestima, lubrificação, sensibilidade e prazer (SEARS, 2018).

3.1 Câncer de colo uterino

Dependendo do estágio da doença, o câncer de colo uterino pode ser tratado com técnicas preservadoras de

fertilidade como conização (estágio IA1 sem invasão linfovascular e IA2), traquelectomia (estágio IA1 com invasão linfovascular, IA2 e IB1) e técnicas não preservadoras de fertilidade como histerectomia simples, histerectomia radical com linfadenectomia, exenteração pélvica, radioterapia e quimioterapia. Quanto mais radical ou mais intenso os tratamentos, maiores são os efeitos colaterais e impacto sobre a sexualidade. Os danos podem ser em nervos, vasos sanguíneos e função hormonal (NCCN, 2019).

3.2 Câncer de endométrio

O câncer de endométrio ocupa o sétimo lugar na ordem de frequência dos cânceres entre as mulheres no Brasil (INCA, 2018). É mais comum na pós-menopausa e o sangramento nessa fase é um sinal de alerta que costuma ocorrer em estágio inicial do tumor. Dependendo do estadiamento o tratamento pode ser com histerectomia, salpingo-ooforectomia, linfadenectomia pélvica e para-aórtica, associado ou não a adjuvância com radioterapia e quimioterapia. Mesmo nos casos iniciais, onde o tratamento é

apenas com histerectomia, observa-se disfunções sexuais pós-tratamento, principalmente relacionada a dor no coito (ONUJIOGUT et al, 2011).

3.3 Câncer de ovário

Apesar da menor incidência, o câncer de ovário tem a sua importância pelo alto índice de mortalidade em comparação aos outros cânceres que acometem as mulheres. Por não existir um exame de rastreamento com boa sensibilidade, em geral, o diagnóstico é tardio e, portanto, o seu estadiamento e tratamento costuma ser amplo, com histerectomia, salpingo-ooforectomia, omentectomia, linfadenectomia e quimioterapia. Os sintomas climatéricos e disfunções sexuais decorrentes do tratamento são frequentes.

3.4 Câncer de vulva

O câncer de vulva tem sua importância pelo impacto que causa na autoestima e sexualidade da mulher. A cirurgia provoca deformação da anatomia local, gerando cicatrizes

inestéticas e com alteração na sensibilidade que pode dificultar a obtenção de prazer sexual. Quando associado a radioterapia, ocorre mudança na qualidade dos tecidos, também alterando a percepção cutânea e a dificuldade de lubrificação vaginal (HUFFMAN, 2016).

Em estudo prospectivo controlado com 29 mulheres com diagnóstico de neoplasia intraepitelial vulvar e câncer de vulva estágio IA e IB tratadas somente com cirurgia, verificou-se escores menores de qualidade no relacionamento com o parceiro, menor satisfação no casamento e dificuldades de comunicação, mesmo após 6 meses do diagnóstico (AERTS et al, 2014).

Além disso, após 1 ano de seguimento, persistia queixas de dispareunia e dificuldade de atingir orgasmo. Houve forte correlação positiva entre depressão e dispareunia, com forte correlação negativa entre qualidade de relacionamento e problemas em atingir orgasmo (AERTS et al, 2014).

O câncer de colo uterino também é tratado com cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo a cirurgia

reservada para os casos em estágio I e alguns casos em estágio II e a radioterapia e quimioterapia são aplicadas nos estágios II, III e IV. Em pesquisa com pacientes com câncer de colo uterino em um estado da região norte do Brasil no ano de 2009 foram identificados 9,3% de casos em estágio IA, 12,9% em IB, 9,3% em IIA, 18,5% em IIB, 5,5% em IIIA, 24% em IIIB, 11,1% em IVA e 9,3% em IVB (FONSECA et al, 2010).

A cirurgia oncológica para tratamento de câncer ginecológico, a depender da sua extensão, pode causar danos a nervos, vasos sanguíneos e disfunção hormonal, o que pode comprometer a fisiologia do ciclo de resposta sexual. Como visto nos dados de Fonseca et al (2010), a maioria dos casos de câncer de colo uterino tem estadiamento II ou mais e por isso necessita de tratamento com radioterapia e quimioterapia (NCCN, 2019).

A radioterapia pélvica, assim como a braquiterapia, provocam uma destruição do epitélio superficial da vagina, com conseqüente diminuição de lubrificação local, estenose, dispareunia e sangramento (PITKIN et al, 1965). Em

pesquisa realizada no INCA em 2007 com 142 mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino e que foram tratadas com radioterapia, verificou-se como complicações do tratamento casos de estenose vaginal (87%), retite actínica (59%), cistite actínica (29%) e formação de fístulas em 10% (VIDAL et al, 2013).

Em pacientes com câncer de colo uterino submetidas a radioterapia verificam-se taxas de diminuição da libido em 66%, diminuição do prazer sexual em 60%, sangramento durante o ato sexual de 49% e dispareunia em 53% (VIDAL et al, 2013).

O profissional de saúde deve estimular que as pacientes expressem suas dificuldades sexuais e deve encaminhar ao fisioterapeuta sempre que perceber que exercício de dilatação não está sendo eficaz, além de diagnosticar precocemente a estenose vaginal, para que possa ser revertida enquanto possível (VIDAL, 2008).

- Consequências da Retite actínica: uso de fraldas e absorventes, privação do convívio social, restrição alimentar,

limita as posições de descanso e altera auto-estima (VIDAL, 2008).

- Consequências da fístula: Odor fecal contínuo, dermatite perineal e perianal constante, podendo ser necessário reversão cirúrgica com ostomia temporária ou definitiva (VIDAL, 2008).

Em pesquisa realizada no Instituto Nacional do Câncer (INCA) no ano de 2007, com 300 mulheres com câncer de colo uterino entre IB a IIB, verificou-se que o tempo médio para a formação de estenose vaginal era de 49,2 meses e quanto maior o estadiamento, menor o tempo de evolução para estenose vaginal (VIDAL, 2008).

Revisão da Cochrane sobre intervenções para disfunção sexual em mulheres submetidas a radioterapia pélvica mostrou evidência forte IC para o uso de estrogênio tópico e benzidamida para as complicações agudas da radioterapia (DENTON; MAHER, 2003). Além disso, o uso de dilatadores vaginais para prevenção de estenose vaginal é suportado por nível de evidência IIC. E a terapia hiperbárica e

a reconstrução vaginal têm evidência fraca IIIC (DENTON; MAHER, 2003).

Dados limitados sugerem que TRH pode ser usada em pacientes com câncer de endométrio de baixo grau e em estágio I; Câncer ovariano epitelial e em tumor de células germinativas, mas deve ser evitado em mulheres com câncer de endométrio avançado, adenocarcinoma de ovário e tumor de célula granulares. Em câncer de colo de útero escamoso e de vulva pode ser usado TRH (KUHLE, 2016).

O uso de dilatadores vaginais é bastante prescrito na profilaxia e tratamento de estenose vaginal e vaginismo, principalmente após radioterapia pélvica. Em revisão sistemática pela Cochrane em 2014, não foram evidenciados estudos de boa qualidade que comprovem essa efetividade. A aderência ao uso de dilatadores tende a ser baixa e pode ser uma situação estressante para algumas mulheres (MILES; JOHNSON, 2014).

É importante orientar sobre a manutenção da atividade sexual e aderência à fisioterapia pélvica para manutenção da satisfação sexual e também como condição médica ao

permitir manter seguimento com coleta de colpocitologia oncológica. Para as mulheres sem parceiro, o uso de dilatadores pode auxiliar no tratamento e deve ser utilizado pela mulher pelo menos 3 vezes por semana durante 10 a 15 minutos por sessão. Orienta-se que o trabalho de dilatação vaginal seja iniciado de 4 a 6 semanas após o término da radioterapia.

Para conseguir aderência melhor ao uso de dilatadores deve ser orientado que tem função de restauração da saúde e faz parte do processo de reabilitação pós-radioterapia.

REFERÊNCIAS

AERTS, L.; ENZLIN, P.; VERHAEGHE, J.; VERGOTE, I.; AMANT, F. Psychologic, relational, and sexual functioning in women after surgical treatment of vulvar malignancy: a prospective controlled study. **Int J Gynecol Cancer**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 372-80, fev. 2014. doi: 10.1097/IGC.000000000000035.

DENTON, A.S.; MAHER, E.J. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic

radiotherapy. **Cochrane Database Syst Rev**, [s.l.], v. 1, CD003750, 2003. Review.

FONSECA, A.J.; FERREIRA, L.P.; DALLA-BENETTA, A.C.; ROLDAN, C.N.; FERREIRA, M.L.S. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 32, n. 8, p. 386-92, 2010.

HUFFMAN, L.B.; HARTENBACH, E.M.; CARTER, J.; RASH, J.K.; KUSHNER, D.M. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide. **Gynecol Oncol**, v. 140, n. 2, p. 359-68, fev. 2016.

KUHLE, ;CAROL, L.; KAPOOR, E.K.T.A.; SOOD RICH, THIELEN JACQUELINE M, JATOI AMINAH, FAUBION STEPHANIE S. **Menopausal hormone therapy in cancer survivors: a narrative review of the literature.** *Maturitas*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.07.018>

MILES, T.; JOHNSON, N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], Issue 9. Art. No.: CD007291, 2014.

NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cervical

Cancer. Version3.2019. Disponível em: <https://www.nccn.org>. Acesso em: 07 mar. 2019.

ONUJIOGU, N.; JOHNSON, T.; SEO, S.; MIJAL, K.; RASH, J.; SEABORNE, L.; ROSE, S.; KUSHNER, D.M. Survivors of endometrial cancer: who is at risk for sexual dysfunction? **Gynecol Oncol**, [s.l.], v. 123, n. 2, p. 356-9, nov. 2011.

PITKIN, R.M.; BRADBURY, J.T. The effect of topical estrogen on irradiated vaginal epithelium. **Am J Obstet Gynecol**, [s.l.], v. 15, n. 92, p. 175-82, maio 1965.

SEARS, C.S.; ROBINSON, J.W.; WALKER, L.M. A comprehensive review of sexual health concerns after cancer treatment and the biopsychosocial treatment options available to female patients. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 27, n. 2, p.e12738, mar. 2018. doi: 10.1111/ecc.12738.

VIDAL, M.L.B.; SANTANA, C.J.M.; PAULA, C.L.; CARVALHO, M.C.M.P. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.l.], v. 59, n. 1, p. 17-24, 2013.

VIDAL, M.L.B. **Efeitos adversos subsequentes ao tratamento radioterápico para o câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual.** Dissertação (Mestrado) – INCA, Rio de Janeiro, 2008.

Capítulo 4 - Cuidados Paliativos

Cíntia Cardoso Pinheiro

Os cuidados paliativos visam promover qualidade de vida para pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida através da prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce e tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Entende-se que os cuidados paliativos podem ser aplicados desde o diagnóstico do câncer como forma de prevenção do agravamento de sintomas como dor e entre outros ao longo do curso da doença.

Para o paciente com câncer a preservação da sexualidade pode representar uma forma de se identificar como um ser vivo, com dignidade e que tem autonomia para procurar formas de intimidade.

No entanto, muitas dificuldades podem ocorrer no exercício da sexualidade em paciente em cuidados paliativos. Na sociedade em geral, acredita-se que a sexualidade não

faz parte desse contexto, pois o paciente tem uma doença que ameaça a vida. Até mesmo os profissionais de saúde podem pensar dessa maneira e não abrir espaço para discussão com o paciente (SILVA, 2019).

Os tratamentos para o câncer de mama e ginecológico podem ter impacto importante na sexualidade e, mesmo quando não há perspectiva de cura, os tratamentos para alívio dos sintomas como dor, náuseas ou fadiga também dificultam as fases do ciclo de resposta sexual.

Aspectos psicossociais podem ser observados nesse contexto de cuidados paliativos e que interferem na sexualidade, como a mudança de papéis, alteração na imagem corporal, dificuldades de comunicação.

O profissional de saúde pode orientar sobre os efeitos colaterais das medicações e possibilitar a expressão de dúvidas e queixas da paciente através do método PLISSIT (CAPÍTULO 1).

O paciente oncológico se sente confiante e mais confortável de conversar sobre a sexualidade com o profissional que já lhe acompanha. Questionar sobre como o

paciente experimenta a sexualidade, sem pressuposições ou julgamentos, permite que o paciente exponha suas dúvidas e possa encontrar formas de auxílio com relação as dificuldades sexuais (HORDERN, 2003).

Saber a importância da sexualidade agora e antes do diagnóstico da doença e sua evolução, permite ao profissional compreender as dificuldades e sugerir tratamento de possíveis disfunções sexuais.

Envolver o parceiro na conversa é importante, pois os sentimentos e dúvidas podem ser diferentes. Casais que conseguem renegociar a sexualidade ao longo da doença, apresentam menos sensação de ansiedade e frustração (HORDERN, 2015).

Manter intimidade com o parceiro proporciona conexão e significado para vida: diminuição de estresse emocional, ansiedade, depressão, relaxamento muscular melhorando o sono (HORDERN, 2015).

Lembrar ao paciente que o toque com o parceiro é muito importante e permitido. O parceiro pode ter medo de machucar o paciente durante intimidade e é importante

tranquilizar o casal afirmando que beijos, abraços, massagem não machucam e trazem benefícios para ambos e ganham um peso maior em relação a atividade sexual com penetração (HORDERN, 2003).

Os sintomas mais comuns que interferem na sexualidade de pacientes em cuidados paliativos são fadiga, depressão, atrofia genital, dor pélvica, incontinência urinária, fogachos, vômitos e efeitos colaterais de medicações.

Orientar sobre medidas de controle de dor antes da intimidade, favorece o prazer e conseqüentemente o orgasmo que pode ter efeito também analgésico e de relaxamento. Lembrando que dependendo da dose do analgésico, pode haver sedação, o que dificulta a intimidade.

A incontinência urinária decorrente do tratamento do câncer gera baixa autoestima e desejo sexual hipoativo pela circunstância. Uma forma de contornar o problema pode ser pela auto-cateterização antes do momento de intimidade e uso de forros para proteger a cama. O banho pode ser também um momento de intimidade mais confortável para os casos de incontinência urinária (HORDERN, 2003).

No contexto domiciliar, é bastante comum que o paciente seja deslocado para sala de estar ou local central da casa e com isso a privacidade pode ficar limitada ou ausente, dificultando a possibilidade de contato mais íntimo do casal (KATZ, 2018).

Orientar o paciente para aproveitar os momentos em que esteja mais descansado e disposto para buscar intimidade e que não existe maneira certa ou errada em ser sexual (KATZ, 2018).

Uma das dificuldades encontradas para manter a intimidade em paciente em cuidados paliativos é quando o mesmo se encontra em internação hospitalar. Providenciar momentos de privacidade, permitir dormir na mesma cama e respeitar o "Não perturbe" permite maior contato entre o casal (HORDEN, 2003; SILVA, 2019).

REFERÊNCIAS

HORDERN, A.J.; CURROW, D.C. A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. **Med J Aust.**, [s.l.], v. 15, n. 179, (6 Suppl), p. S8-11, set. 2003.

HORDERN, A.J. Sexual dysfunction: discussing patient sexuality and intimacy in palliative care. *In*: OXFORD HANDBOOK OF PALIATIVE CARE. 5. ed. 2015. Cap 88. p. 480-489.

KATZ, A. **Breaking the silence on cancer and sexuality: a handbook for healthcare providers.** 2. ed. Pittsburg: ONS Oncology Nursing Society, 2018. Capítulo 13 e 16.

SILVA, S. M.; MARQUES, J.; REIS-PINA, P. How prepared are we to address sexuality in palliative care? **Acta Médica Portuguesa**, [s.l.], v. 32, n. 10, p. 625-627, oct. 2019.

Disponível em:

<<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12265>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

doi:<http://dx.doi.org/10.20344/amp.12265>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. World Health Organization. 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 17 jul. 2020.

Capítulo 5 - Anticoncepção e preservação da fertilidade

Cíntia Cardoso Pinheiro

Pacientes jovens com diagnóstico de câncer podem ter sua sexualidade afetada pela possibilidade de não conseguir gestar. E para as mulheres jovem com prole constituída e que não desejam mais ter filhos é importante uma adequada avaliação dos métodos contraceptivos, suas indicações e contraindicações.

Uma ferramenta útil para avaliar o grau de preocupação em relação ao tema é a Escala de Preocupações Reprodutivas após o Câncer (QUADRO 7), elaborada por Wenzel et al (2005) e traduzida e aplicada no Brasil por Bolivar (2017).

Quadro 7 - Escala de Preocupações reprodutivas após o câncer

Considerando a sua opinião neste momento sobre ter (mais) filhos biológicos algum dia, por favor, assinale se você discorda totalmente, discorda, nem concorda nem discorda, concorda ou concorda totalmente com cada uma das frases. Se você acha que a frase não se aplica você, marque “nem concordo nem discordo”.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho medo de não poder ter (mais) filhos.					
2. Me preocupo em passar o risco genético de câncer para os meus filhos.					
3. Fico preocupada em contar para meu (futuro) esposo/companheiro que talvez eu não possa ter filhos.					
4. Fico assustada de um dia não estar por perto para cuidar dos meus filhos.					

5. Eu consigo aceitar se um dia eu não puder ter (mais) filhos.						11. Ter (mais) filhos me deixará preocupada se terei câncer de novo.					
6. A ideia de engravidar (novamente) me angustia.						12. Receio de que engravidar (novamente) exija muito tempo e esforço.					
7. Estou preocupada caso meu (futuro) esposo/companheiro se decepcione comigo caso eu não possa engravidar.						13. Tomo cuidado para não ter (mais) filhos porque posso não estar aqui para criá-los.					
8. Estou preocupada com a minha capacidade de engravidar (novamente).						14. É estressante pensar em engravidar (novamente).					
9. Estou preocupada caso meu histórico familiar de câncer possa afetar a saúde dos meus filhos.						15. Pra mim está tudo bem se não tiver (mais) filhos.					
10. Eu viverei satisfeita tendo ou não (mais) filhos algum dia.						16. Não fico à vontade com a ideia de contar ao meu (futuro) marido/companheiro que talvez eu não possa ter filhos.					

17. Estou preocupada com o fato de que talvez não possa ter (mais) filhos.						esterilização cirúrgica feminina ou masculina (GOMPEL et al, 2019).
18. Tenho medo que meus filhos tenham alto risco de ter câncer.						Os tratamentos oncológicos para os diversos tipos de câncer ginecológico podem levam a infertilidade, mas em casos selecionados existem cirurgias preservadoras da fertilidade. Nessa situação, havendo indicação, pode-se utilizar métodos contraceptivos.

Fonte: Wenzel et al (2005); Tradução de Bolivar (2017).

5.1 Anticoncepção em mulheres com câncer

A contracepção em mulheres em idade reprodutiva e que não possam engravidar devido ao tratamento ativo do câncer ou por assim não desejarem precisa ser discutido entre oncologistas e ginecologista e a paciente.

Segundo os critérios de elegibilidade para métodos contraceptivos da OMS, está contraindicado uso de anticoncepção hormonal em mulheres com câncer de mama pelo risco de recidiva da doença e metástase (WHO, 2015).

As opções não hormonais para mulheres com câncer de mama são mais indicadas, como o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, métodos de barreira (menor eficácia) ou

No caso do câncer de colo uterino, o DIU de cobre ou de levornogestrel são categoria 4 pela OMS e não devem ser utilizados (WHO, 2015). São permitidos o uso de contraceptivos hormonais combinados ou de progesterona adicionado a métodos de barreira (GOMPEL et al, 2019).

Em paciente jovens com câncer de endométrio, o método de escolha são os de progesterona isolada, pois permitem a terapêutica oncológica conservadora e contraceptiva ao mesmo tempo (GOMPEL et al, 2019).

Para o câncer de ovário, pode-se usar os diversos métodos contraceptivos. A literatura é escassa quanto ao uso de contracepção de emergência em pacientes com câncer,

mas a princípio não há contraindicações reportadas (GOMPEL et al, 2019).

5.2 Preservação de fertilidade em pacientes com câncer

O diagnóstico de câncer é associado a medo com relação ao risco de morte. Em pessoas jovens, esse diagnóstico pode significar também a pausa nas atividades habituais e adiamento ou mesmo suspensão de sonhos.

O tratamento do câncer tem impacto importante na capacidade de procriar, podendo levar a estresse e angústia pela infertilidade gerada. Isso é especialmente importante para jovens diagnósticos com câncer e que ainda não possuam filhos.

A fertilidade pode ser afetada pela cirurgia quando o câncer acomete órgãos reprodutivos que precisam ser removidos, como por exemplo, útero, ovários ou testículos. A quimioterapia pode gerar diminuição da reserva de oócitos nos ovários com consequente menopausa precoce temporária ou mesmo permanente. Nos homens, a

quimioterapia pode levar a diminuição na produção de testosterona e alteração na qualidade e quantidade dos espermatozoides.

A radioterapia gera danos no DNA das células e quando aplicada em órgãos reprodutivos ou próximos a estes pode também prejudicar a fertilidade em homens e mulheres.

É importante que, antes do início do tratamento oncológico, seja discutido com o/a paciente esse possível efeito colateral e as medidas que podem ser tomadas para preservar a fertilidade.

Para as mulheres, pode ser feita a criopreservação ou congelamento de óvulos ou embriões e nos homens o congelamento de espermatozoides. Assim, após o tratamento do câncer, esse material pode ser utilizado em técnicas de reprodução assistida, caso haja dificuldade para engravidar naturalmente. Existem ainda algumas medicações que podem ser utilizadas em associação com a quimioterapia com o objetivo de diminuir o impacto sobre a reserva gonadal (CAMBIAGHI; LEÃO, 2014).

Algumas cirurgias conservadoras, a depender do estadiamento do câncer, podem manter a fertilidade, como por exemplo em casos iniciais de câncer de colo uterino onde se retira o colo uterino e seus ligamentos, mas se preserva o corpo do útero. Em pacientes que necessitam de radioterapia pélvica, os ovários ou até mesmo o útero podem ser deslocados e retirados do campo de tratamento radioterápico (CAMBIAGHI; LEÃO, 2014).

Para muitos pacientes a maternidade e paternidade é uma forma de superação das adversidades causadas pelo câncer. Por isso é importante lembrar e discutir a preservação da fertilidade em paciente em idade reprodutiva, antes do tratamento oncológico, para assim evitar a frustração e diminuição de quantidade de vida que pode surgir em caso de dificuldade de gravidez.

REFERÊNCIAS

BOLIVAR, F.S.S.C. **Adaptação transcultural da escala de preocupações reprodutivas após o câncer em mulheres em idade reprodutiva com diagnóstico de câncer:**

primeiras etapas. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.

CAMBIAGHI, A.S.; LEÃO, R.F. **Oncofertilidade na prática médica.** São Paulo: Editora LaVidapress, 2014.

GOMPEL, A.; RAMIREZ, I.; BITZER, J.; EUROPEAN SOCIETY OF CONTRACEPTION EXPERT GROUP ON HORMONAL CONTRACEPTION. Contraception in cancer survivors: an expert review Part I. Breast and gynaecological cancers. **The European journal of contraception & reproductive health care:** the official journal of the European Society of Contraception, v. 24, n. 3, 167-174, 2019. doi.org/10.1080/13625187.2019.1602721.

WENZEL L, DOGAN-ATES A, HABBAL R, BERKOWITZ R, GOLDSTEIN DP, BERNSTEIN M, KLUHSMAN BC, OSANN K, NEWLANDS E, SECKL MJ, HANCOCK B, CELLA D. Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. **J Natl Cancer Inst Monogr.** V. 34, p. 94-8, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical eligibility criteria por contraceptive use. 5. ed. Switzerland: WHO press, 2015.

Capítulo 6 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: transtorno de interesse/desejo e excitação sexual

Cíntia Cardoso Pinheiro

Múltiplas terapias podem ser aplicadas a pacientes com câncer que apresentem disfunções sexuais. A presença de equipe multiprofissionais favorece a eficácia dos tratamentos baseados em evidência. Importante fazer uma boa anamnese para a escolha da terapêutica.

Em estudo com 31 pacientes com câncer de colo uterino e endométrio, foi comparada a terapia cognitiva comportamental baseada em Mindfulness para tratamento de disfunções sexuais. Todas as pacientes haviam sido submetidas a hysterectomia, sendo que em 27 foi realizada salpingo-ooforectomia bilateral. O grupo intervenção era composto de 22 pacientes que foram submetidas a 3 sessões mensais com duração de 90 minutos cada, onde era feito trabalho de educação sexual e aplicação de técnicas de

Mindfulness e terapia sexual (QUADRO 8), enquanto o grupo-controle era a lista de espera de 9 pacientes. Através do índice de função sexual e medidas de excitação fisiológica e subjetiva, verificou-se que houve incremento significativo com relação a desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação (BROTTO et al, 2012).

Apesar das limitações metodológicas, a técnica de terapia cognitiva comportamental baseada em Mindfulness pode ser promissora, mas necessita de mais estudos robustos para melhor avaliar sua eficácia. Grupos de suporte online para mulheres com câncer ginecológico têm boa aceitação, apesar da não comprovação de eficácia em relação a distúrbios sexuais (CLASSEN et al, 2013).

Quadro 8 - Terapia Cognitiva Comportamental baseada em Mindfulness

Sessão 1	<ul style="list-style-type: none"> - Educação sobre as causas multifatoriais das dificuldades sexuais em mulheres - Introdução aos desafios cognitivos das crenças sexuais - Educação sobre a prevalência de disfunções sexuais após o câncer - Introdução a exercícios de imagem corporal e Mindfulness
Sessão 2	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de tarefas para casa - Desafio cognitivo

	<ul style="list-style-type: none"> - Prática de Mindfulness - Educação sobre associação entre mindfulness, imagem corporal e sexualidade - Educação sobre técnicas para aumentar a excitação
Sessão 3	<ul style="list-style-type: none"> - Educação sobre a associação entre relacionamentos, mindfulness e sexualidade - Educação sobre saúde do assoalho pélvico - Técnica de terapia sexual com foco sensorial - Incorporação do Mindfulness nos exercícios sexuais

Fonte: Adaptado de Brotto et al (2012).

Interessante como o alívio da dor durante a penetração vaginal pode fazer com que os distúrbios sexuais diminuam. No estudo de Goetsch et al (2015), a aplicação de lidocaína a 4% durante 3 minutos antes da relação sexual promoveu melhora importante na disfunção sexual medida pela Escala de distúrbio sexual feminino (de 30.5 para 14 pontos, $p < .001$). Os dados corroboram com o funcionamento do ciclo de resposta sexual de Basson (2008). Quando há melhora na causa bloqueadora da resposta sexual (dor), o ciclo consegue ser satisfatório.

Com esse mesmo princípio, foi avaliado se o uso de gel vaginal com pH balanceado por ácido láctico seria benéfico na melhora da dispareunia e disfunção sexual em mulheres

pré-menopáusicas com câncer de mama, mas, apesar do bom desenho metodológico do estudo de Kim et al (2017), não houve diferença em comparação ao placebo.

Em pacientes com câncer de mama submetidas a mastectomia, o tempo entre a realização de reconstrução mamária com tecido autólogo de forma imediata ou tardia tem impacto sobre a sexualidade. As pacientes reconstruídas de forma imediata apresentam menos distúrbios sexuais e apesar de haver melhora da disfunção sexual quando é feito a reconstrução mamária tardia, orienta-se priorizar a forma imediata para evitar distúrbios psicológicos durante essa espera (ZHONG et al, 2016).

Em 2015, a US Food and Drug Administration (FDA) aprovou a medicação flibanserina para o tratamento de desejo sexual hipoativo em mulheres na pré-menopausa. A via de administração é oral e deve ser feita diariamente. No entanto, ainda não há avaliação de eficácia em pacientes com câncer (HUFFMAN et al, 2016). Outra medicação aprovada em 2019 pelo FDA é a bromelanotide para uso injetável antes da relação sexual em mulheres na pré-

menopausa com desejo sexual hipativo. Também não foi avaliado em pacientes com neoplasia.

A terapia cognitivo-comportamental pode ser aplicada nas disfunções sexuais através de 2 técnicas: o treinamento assertivo e a reestruturação cognitiva (LEIBLUM, 2011).

O treinamento assertivo permite o desenvolvimento da capacidade de resposta adequada e boa comunicação às adversidades. Pessoas não assertivas tendem a ter comportamento passivo ou agressivo. É especialmente importante para as pacientes que tendem a se fechar em silêncio e têm dificuldade de expor o que sentem para o parceiro e para o profissional de saúde.

A reestruturação cognitiva tenta desconstruir crenças, tabus e preconceitos que impedem de viver plenamente a sexualidade. A mudança acontece com a percepção de pensamentos irracionais contrapostos com conceitos lógicos e racionais, permitindo a mudança de visão da sexualidade.

Na investigação é importante focar em questões como desejo e prática da autoestimulação/masturbação; avaliar

presença de pensamentos sexuais/fantasias e sonhos eróticos (KRYCHMANN; SPADT, 2010).

Uma forma de estimular as fantasias e pensamento eróticos é através da biblioterapia, ou seja, sessões regulares de leitura erótica, de forma privada, por pelo menos 20 minutos, na frequência de 3 vezes por semana com ou sem autoestimulação, como forma de aumentar o desejo e a excitação sexual.

A terapia cognitivo-comportamental individual e terapia de casal tem como finalidade facilitar a comunicação e perceber as necessidades sexuais do casal. É importante restaurar a intimidade e a comunicação antes de se voltar a relação sexual propriamente dita.

Orientações que podem ser dadas para melhora da excitação e desejo sexual do casal são a partilha de fantasias entre parceiros, leitura e filmes eróticos, focagem de sensações e treinamento assertivo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

A baixa auto-estima geralmente está associada à passividade e dificuldade do paciente em exprimir seus

pensamentos e desejos. O treinamento assertivo visa a trabalhar os medos, ansiedades e insegurança e possibilitar uma melhor comunicação entre o casal.

REFERÊNCIAS

- BASSON R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. **Int J Impot Res**, [s.l.], v. 20, n. 5, p. 466-78, 2008.
- BROTTO, L.A.; ERSKINE, Y.; CAREY, M.; EHLEN, T.; FINLAYSON, S.; HEYWOOD, M.; KWON, J.; MCALPINE, J.; STUART, G.; THOMSON, S.; MILLER, D. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. **Gynecol Oncol**, [s.l.], v. 125, n. 2, p. 320-5, maio 2012. Doi: 10.1016/j.ygyno.2012.01.035.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2012.
- CLASSEN, C.C.; CHIVERS, M.L.; UROWITZ, S.; BARBERA, L.; WILJER, D.; O'RINN, S.; FERGUSON, S.E. Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group. **Psychooncology**, [s.l.], v. 22, n. 4, p. 930-5, abr. 2013. doi: 10.1002/pon.3058.
- GOETSCH, M.F.; LIM, J.Y.; CAUGHEY, A.B. A practical solution for dyspareunia in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. **J Clin Oncol**, [s.l.], v. 33, n. 30, p. 3394-400, out. 2015.
- HUFFMAN, L.B.; HARTENBACH, E.M.; CARTER, J.; RASH, J.K.; KUSHNER, D.M. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide. **Gynecol Oncol**, v. 140, n. 2, p. 359-68, fev. 2016.
- KIM, Y.H.; PARK, S.; LEE, M.; HAHN, S.; JEON, M.J. Effect of a ph-balanced vaginal gel on dyspareunia and sexual function in breast cancer survivors who were premenopausal at diagnosis: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**, v. 129, n. 5, p. 870-876, maio 2017. doi: 10.1097/AOG.0000000000001988.
- KRYCHMAN, M.; SPADT, S.K. O desejo de sentir-se completa novamente: a busca do desejo sexual após o câncer de mama. *In*: LEIBLUM, S. **Tratamento dos transtornos do desejo sexual**: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 239-250.
- LEIBLUM, S.R. **Princípios e práticas da terapia sexual**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2011.
- ZHONG, T.; HU, J.; BAGHER, S.; VO, A.; O'NEILL, A.C.; BUTLER, K.; NOVAK, C.B.; HOFER, S.O.; METCALFE, K.A. A Comparison of psychological response, body image,

sexuality, and quality of life between immediate and delayed autologous tissue breast reconstruction: a prospective long-term outcome study. **Plast Reconstr Surg**, [s.l.], v. 138, n. 4, p.772-80, out. 2016. doi: 10.1097/PRS.0000000000002536.

CAPÍTULO 7 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: Tratamento de sintomas climatéricos

Cíntia Cardoso Pinheiro

Dois trabalhos importantes avaliaram os efeitos da terapia de reposição hormonal em pacientes com câncer de mama. O trial HABITS precisou ser encerrado prematuramente devido ao aumento no número de recidivas (HOLMBERG et al, 2004).

Já o estudo LIBERATE (Livial Intervention following Breast Cancer: Efficacy, Recurrence and Tolerability Endpoints), que utilizou a tibolona, também teve que ser encerrado antes do previsto devido a aumento de risco de recorrência da doença (KENEMANS et al, 2009).

Para os sintomas climatéricos, como fogachos, deve-se avaliar tratamentos não hormonais em casos de tumor sensível a hormônio, como o câncer de mama. Pode-se lançar mão dos antidepressivos como desvenlafaxina e

venlafaxina ou também da gabapentina ou clonidina (QUADRO 9).

Lembrar que os antidepressivos tricíclicos (fluoxetina, paroxetina) são contra-indicados, pois interferem no metabolismo do tamoxifeno, diminuindo sua biodisponibilidade e aumentando o risco de recorrência do câncer de mama.

No ensaio randomizado conduzido por Duijts et al (2012) foi verificado que a aplicação de terapia cognitivo comportamental (TCC) melhorou a percepção dos fogachos, sudorese noturna e função sexual. E a associação de TCC e exercícios físicos tem impacto nos sintomas endócrinos, urinários e de condicionamento físico. Mann et al (2012) também evidenciaram eficácia da TCC na redução de fogachos em comparação com cuidados usuais.

A gabapentina na dose 900 mg/dia mostrou benefício ao reduzir a frequência dos fogachos em 57% em comparação com a Vitamina E, que tem uma redução espúria dos sintomas. É uma opção para mulheres com tumores hormonais positivos, mas pode haver efeitos colaterais como

tontura e sonolência, levando a abandono do tratamento em 28% dos casos (BIGLIA et al, 2009). Recomenda-se o aumento gradual da dose, pesando o melhor benefício e tolerabilidade, sendo indicado também para pacientes com dor neuropática decorrentes do tratamento oncológico.

Outras opções de tratamento são os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina e os inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina. Em estudo comparando a duloxetina 60mg/dia e o escitalopram 20mg/dia foi verificado que os dois são igualmente eficazes na melhora dos fogachos com diminuição dos sintomas em 49.8% e 53%, respectivamente. Apesar da amostra pequena e com problemas metodológicos do estudo, essas medicações foram bem toleradas e com poucos efeitos colaterais, sendo uma alternativa para pacientes que apresentam alteração de humor e sintomas climatéricos importantes (BIGLIA et al, 2018).

Boekhout et al (2011) compararam o uso de clonidina, venlafaxina e placebo no tratamento dos fogachos para mulheres com câncer de mama. Após 12 semanas, as duas

intervenções apresentaram redução de cerca de 45% dos sintomas vasomotores em comparação com o placebo, mas a venlafaxina teve a vantagem de início de ação mais rápida. Não foram encontrados efeitos colaterais importantes causando descontinuação de nenhuma das medicações.

Para avaliar a preferência das pacientes com câncer de mama e sintomas vasomotores, Bordeleau et al (2010) realizou estudo randomizado, cross-over com escalonamento de dose entre venlafaxina e gabapentina. Das 56 participantes, 38 (68%) informaram preferir a venlafaxina, e 18 (32%), a gabapentina ($p=.01$). Os principais efeitos colaterais encontrados para a venlafaxina foram náuseas, perda de apetite, constipação e redução de humor negativo, dificuldade em atingir orgasmo; para a gabapentina: tontura e aumento de apetite. Apesar da eficácia semelhante na redução dos fogachos, o resultado desse estudo dá suporte ao uso de venlafaxina como primeira escolha.

Orientações sobre mudança de comportamento também são importantes para o controle dos sintomas vasomotores. No estudo observacional de Caan et al (2012),

foi observado que mulheres com câncer de mama ao longo do seguimento oncológico, que tiveram ganho de pelo menos 10% do peso basal antes do diagnóstico do câncer apresentaram risco aumentado de queixa de fogachos em comparação com mulheres que mantiveram o peso. Para as mulheres que perderam pelo menos 10% do peso inicial, houve uma tendência, mas não significativa de redução dos fogachos.

Em mulheres com câncer ginecológico, terapias não hormonais também podem ser aplicadas para o tratamento dos sintomas climatéricos. A paroxetina 7.5mg reduz a frequência desses sintomas em comparação ao placebo, além de proporcionar melhora na qualidade do sono, que tende a ser bastante afetada em consequência do hipoestrogenismo (CAPRIGLIONE et al, 2016).

Medicina alternativa ou integrativa ou complementar

O uso de técnicas de respiração ritmada e pausada ou superficial e rápida durante as ondas de calor não se mostrou eficaz tanto em mulheres com câncer de mama ou mulheres

na menopausa sem câncer e não deve ser orientado como forma de tratamento dos fogachos (CARPENTER et al, 2012). Outra medida que não mostra benefício na redução dos fogachos é o uso de melatonina via oral (CHEN et al, 2014).

A pesquisa multicêntrica comparando o complexo homeopático Actheane® com placebo foi incapaz de demonstrar eficácia e, portanto, possui recomendação forte para a não utilização no tratamento de fogachos em mulheres com câncer de mama (HEUDEL et al, 2019).

Já o estudo piloto sobre um programa de Yoga envolvendo alongamento, relaxamento, técnicas de respiração mostra efetivo no controle de fogachos e na sua severidade, além de melhora de dores articulares, fadiga, distúrbio de sono e vigor (CARSON et al, 2009).

A acupuntura ou eletroacupuntura podem reduzir em 55% o número de fogachos em 24 horas em mulheres com câncer de mama, com benefícios ainda sobre a qualidade do sono e persistência dos efeitos a longo prazo (FRISK et al, 2012; GARLAND et al, 2017; HERVIK; MJANLAND, 2009;

LESI et al, 2016). Na comparação entre eletroacupuntura com gabapentina e seus placebos, observou-se melhora importante com a eletroacupuntura a longo prazo e com menos efeitos adversos (MAO et al, 2015).

REFERÊNCIAS

- BIGLIA, N.; BOUNOUS, V.E.; SUSINI, T.; PECCHIO, S.; SGRO, L.G.; TUNINETTI, V.; TORTA, R. Duloxetine and escitalopram for hot flushes: efficacy and compliance in breast cancer survivors. **Eur J Cancer Care** (Engl), v. 27, n. 1, jan. 2018. doi: 10.1111/ecc.12484.
- BIGLIA, N.; SGANDURRA, P.; PEANO, E.; MARENCO, D.; MOGGIO, G.; BOUNOUS, V.; TOMASI CONT, N.; PONZONE, R.; SISMONDI, P. Non-hormonal treatment of hot flushes in breast cancer survivors: gabapentin vs. vitamin E. **Climacteric**, v. 12, n. 4, p. 310-8, ago. 2009. doi: 10.1080/13697130902736921.
- BOEKHOUT, A.H.; VINCENT, A.D.; DALESIO, O.B.; VAN DEN BOSCH, J.; FOEKEMA-TÖNS, J.H.; ADRIAANSZ, S.; SPRANGERS, S.; NUIJEN, B.; BEIJNEN, J.H.; SCHELLENS, J.H. Management of hot flashes in patients who have breast cancer with venlafaxine and clonidine: a randomized, double-

blind, placebo-controlled trial. **J Clin Oncol**, v. 29, n. 29, p. 3862-8, out. 2011. doi: 10.1200/JCO.2010.33.1298.

BORDELEAU, L.; PRITCHARD, K.I.; LOPRINZI, C.L.; ENNIS, M.; JUGOVIC, O.; WARR, D.; HAQ, R.; GOODWIN, P.J. Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. **J Clin Oncol**, v. 28, n. 35, p. 5147-52, dez., 2010. doi: 10.1200/JCO.2010.29.9230.

CAAN, B.J.; EMOND, J.A.; SU, H.I.; PATTERSON, R.E.; FLATT, S.W.; GOLD, E.B.; NEWMAN, V.A.; ROCK, C.L.; THOMSON, C.A.; PIERCE, J.P. Effect of postdiagnosis weight change on hot flash status among early-stage breast cancer survivors. **J Clin Oncol**, v. 30, n. 13, p. 1492-7, mai. 2012. doi: 10.1200/JCO.2011.36.8597.

CAPRIGLIONE, S.; PLOTTI, F.; MONTERA, R.; LUVERO, D.; LOPEZ, S.; SCALETTA, G.; ALOISE, A.; SERRA, G.B.; ANGIOLI, R. Role of paroxetine in the management of hot flashes in gynecological cancer survivors: Results of the first randomized single-center controlled trial. **Gynecol Oncol**, v. 143, n. 3, p. 584-588, out. 2016. doi:10.1016/j.ygyno.2016.10.006

CARPENTER, J.S.; BURNS, D.S.; WU, J.; OTTE, J.L.; SCHNEIDER, B.; RYKER, K.; TALLMAN, E.; YU, M. Paced respiration for vasomotor and other menopausal symptoms: a

randomized, controlled trial. **J Gen Intern Med.**, v. 28, n. 2, p. 193-200, fev. 2013. doi: 10.1007/s11606-012-2202-6.

CARSON, J.W.; CARSON, K.M.; PORTER, L.S.; KEEFE, F.J.; SEEWALDT, V.L. Yoga of Awareness program for menopausal symptoms in breast cancer survivors: results from a randomized trial. **Support Care Cancer**, v. 17, n. 10, p. 1301-9, out. 2009. doi: 10.1007/s00520-009-0587-5.

CHEN, W.Y.; GIOBBIE-HURDER, A.; GANTMAN, K.; SAVOIE, J.; SCHEIB, R.; PARKER, L.M.; SCHERNHAMMER, E.S. A randomized, placebo-controlled trial of melatonin on breast cancer survivors: impact on sleep, mood, and hot flashes. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 145, n. 2, p. 381-8. doi: 10.1007/s10549-014-2944-4, jun. 2014.

DUIJTS, S.F.; VAN BEURDEN, M.; OLDENBURG, H.S.; HUNTER, M.S.; KIEFFER, J.M.; STUIVER, M.M.; GERRITSMA, M.A.; MENKE-PLUYMERS, M.B.; PLAISIER, P.W.; RIJNA, H.; LOPES CARDOZO, A.M.; TIMMERS, G.; VAN, D.M.S.; VAN, D. V.H.; BIJKER, N.; DE WIDT-LEVERT, L.M.; GEENEN, M.M.; HEUFF, G.; VAN DULKEN, E.J.; BOVEN, E.; AARONSON, N.K. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. **J Clin Oncol**, [s.l.], v. 30, n. 33, p. 4124-33, nov. 2012.

FRISK, J.; KÄLLSTRÖM, A.C.; WALL, N.; FREDRIKSON, M.; HAMMAR, M. Acupuncture improves health-related quality-of-life (HRQoL) and sleep in women with breast cancer and hot flashes. **Support Care Cancer**, v. 20, n. 4, p. 715-24, abr. 2012. doi: 10.1007/s00520-011-1134-8.

GARLAND, S.; XIE, S.X.; LI, Q.; SELUZICKI, C.; BASAL, C.; MAO, J.J. Comparative effectiveness of electro-acupuncture versus gabapentin for sleep disturbances in breast cancer survivors with hot flashes: a randomized trial. **Menopause**, v. 24, n. 5, p. 517-523, maio 2017. doi: 10.1097/GME.0000000000000779.

HERVIK, J.; MJÅLAND, O. Acupuncture for the treatment of hot flashes in breast cancer patients, a randomized, controlled trial. **Breast Cancer Res Treat.**, [s.l.], v. 116, n. 2, p. 311-6, jul. 2009. doi: 10.1007/s10549-008-0210-3.

HEUDEL, P.E.; VAN PRAAGH-DOREAU, I.; DUVERT, B.; CAUVIN, I.; HARDY-BESSARD, A.C.; JACQUIN, J.P.; STEFANI, L.; VINCENT, L.; DRAMAIS, D.; GUASTALLA, J.P.; BLANC, E.; BELLEVILLE, A.; LAVERGNE, E.; PÉROL, D. Does a homeopathic medicine reduce hot flashes induced by adjuvant endocrine therapy in localized breast cancer patients? A multicenter randomized placebo-controlled phase III trial. **Support Care Cancer**, [s.l.], v. 27, n. 5, p. 1879-1889, maio 2019. doi: 10.1007/s00520-018-4449-x.

HOLMBERG, L.; ANDERSON, H.; HABITS steering and data monitoring committees. HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer--is it safe?), a randomized comparison: trial stopped. **Lancet**, [s.l.], v. 363, n. 9407, p. 453-5, fev. 2004. PubMed PMID: 14962527.

KENEMANS, P.; BUNDRED, N.J.; FOIDART, J.M.; KUBISTA, E.; VON SCHOULTZ, B.; SISMONDI, P.; VASSILOPOULOU-SELLIN, R.; YIP, C.H.; EGBERTS, J.; MOL-ARTS, M.; MULDER, R.; VAN OS, S.; BECKMANN, M.W.; LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomized, non-inferiority trial. **Lancet Oncol**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 135-46, fev. 2009. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70341-3.

LESI, G.; RAZZINI, G.; MUSTI, M.A.; STIVANELLO, E.; PETRUCCI, C.; BENEDETTI, B.; RONDINI, E.; LIGABUE, M.B.; SCALTRITI, L.; BOTTI, A.; ARTIOLI, F.; MANCUSO, P.; CARDINI, F.; PANDOLFI, P. Acupuncture as an integrative approach for the treatment of hot flashes in women with breast cancer: a prospective multicenter randomized controlled trial (AcCliMaT). **J Clin Oncol.**, v. 34, n. 15, p. 1795-802, maio 2016. doi: 10.1200/JCO.2015.63.2893.

MAO, J.J.; BOWMAN, M.A.; XIE, S.X.; BRUNER, D.; DEMICHELE, A.; FARRAR, J.T. Electroacupuncture versus gabapentin for hot flashes among breast cancer survivors: a

randomized placebo-controlled trial. **J Clin Oncol.**, v. 33, n. 31, p. 3615-20, nov. 2015. doi: 10.1200/JCO.2015.60.9412.

MANN, E.; SMITH, M.J.; HELLIER, J.; BALABANOVIC, J.A.; HAMED, H.; GRUNFELD, E.A.; HUNTER, M.S. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. **Lancet Oncol.**, v. 13, n. 3, p. 309-18, maio 2012. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70364-3.

CAPÍTULO 8 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: transtorno de orgasmo

Cíntia Cardoso Pinheiro

Segundo o consenso na Sociedade Internacional de Medicina Sexual (SIMS), para o diagnóstico e tratamento do distúrbio do orgasmo feminino é necessária a pesquisa exaustiva se há estimulação sexual adequada e frequente o suficiente para que a devida excitação sexual leve ao orgasmo. Muitas mulheres que não atingem orgasmo com a penetração vaginal podem conseguir quando têm estímulo clitoriano adequado, significando que não há uma patologia e sim uma falta de conhecimento quanto ao funcionamento da resposta sexual (LAAN et al, 2013).

É necessário que haja angústia expressa pela paciente sobre a dificuldade em alcançar o orgasmo. Vários fatores que podem levar a essa dificuldade devem ser pesquisados como religiosidade, pobre educação sexual, crenças que levam à culpa em relação ao sexo; ansiedade, depressão,

pobre imagem corporal e história de abuso; dificuldades de comunicação com o parceiro e de referir as preferências e fantasias sexuais; comorbidades e medicações (LAAN et al, 2013).

Para o tratamento, muitas vezes é necessário incluir o parceiro nas orientações para melhor eficácia. O método PLISSIT (capítulo 1) é recomendado pela Sociedade Internacional de Medicina Sexual. Técnicas de terapia cognitivo comportamental com masturbação direta (manual ou com vibradores) apresenta altas taxas de resposta (LAAN et al, 2013).

Em caso de disfunção de orgasmo induzida por antidepressivo, deve-se aguardar tolerância. Caso não tenha melhora após 6 meses, pode-se reduzir a dose da medicação (muitas vezes não é possível pelo risco de recaída da depressão) ou trocar por outra com menos efeitos sobre a função sexual (mirtazapina, bupropiona) ou mesmo estabelecer "pausas do antidepressivo" em períodos bem estabelecidos para as relações sexuais (LAAN et al, 2013).

REFERÊNCIAS

LAAN, E.; RELLINI, A.H.; BARNES, T. international society for sexual medicine. Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the international society for sexual medicine. **J Sex Med**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 74-82, jan. 2013. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02880.x.

CAPÍTULO 9 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: transtorno de dor gênito-pélvica

Cíntia Cardoso Pinheiro

A queixa de ressecamento vaginal, prurido, ardor e dispareunia é bastante frequente entre as pacientes com câncer de mama. Isso se deve principalmente pela potencialização dos sintomas climatéricos que ocorre após a administração da quimioterapia e da terapia hormonal (tamoxifeno e inibidores de aromatase). Estes últimos são importantes para diminuir o risco de recorrência e aumentar a sobrevida das pacientes, sendo utilizados por 5 anos, com tendência de extensão para 10 anos em casos selecionados (DAVIES et al, 2013).

O tempo prolongado de bloqueio hormonal pode diminuir de forma importante a qualidade de vida dessas mulheres, pois aumenta a chance de haver dor, dificuldade e sangramento durante as relações sexuais, levando à diminuição de frequência e também a desejo sexual

hipoativo. O impacto ocorre não só no relacionamento com o parceiro, mas também no tratamento, pois a não aderência pode aumentar risco de recidivas e metástases.

Devido ao bloqueio na produção e função do estrogênio, o epitélio urogenital se torna fino, liso e ressecado, o que predispõe a lacerações, infecções e sangramentos.

Esses efeitos colaterais causam dor no ato sexual, o que leva a um ciclo de ansiedade e medo gerando diminuição de desejo sexual e culpa (SEARS, 2018). Além disso, a paciente pode ter a percepção de estar "velha" e "indesejada".

Nas consultas de seguimento com a equipe multidisciplinar de oncologia, além dos sintomas habituais, deve ser inquirido como está a sexualidade e qual o impacto do tratamento sobre o relacionamento do casal.

Classicamente o padrão-ouro para o tratamento desses sintomas é com estrogênio tópico local, mas nas pacientes com câncer de mama é uma contraindicação formal pela possibilidade de absorção sistêmica. Em 2016, o

American College Of Obstetricians And Gynecologists (ACOG) publicou nota que, em caso de insucesso com terapias não-hormonais, o promestrieno pode ser utilizado com cautela, pois a absorção estrogênica desta composição é mínima. A boa orientação com decisão compartilhada e termo de consentimento são importantes, além da concordância com o oncologista da paciente.

Existem várias marcas de lubrificantes vaginais e eles podem ser a base água ou silicone. Um estudo randomizado, duplo cego, comparou os dois tipos de lubrificantes quanto ao desconforto sexual em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama. Não houve diferença estatisticamente significativa entre eles, mas a análise post-hoc sugere que a dor e o desconforto durante a penetração foram menores com os lubrificantes a base de silicone. Apesar de bem desenhado, o estudo tem uma amostra pequena (38 pacientes) e, portanto, são necessárias mais pesquisas para avaliar a efetividade dessa opção terapêutica (HICKEY et al, 2016).

Acredita-se que, na pós-menopausa, a dor vulvar crônica (vestibulodínia/vulvodínea) pode contribuir para o desconforto na relação sexual, além do estado do hipoestrogenismo. Para esses casos, a associação com anestésico local, como a lidocaína tópica com massagem local por 3 minutos no introito vaginal antes da penetração vaginal pode tornar a penetração mais confortável com melhora da função sexual (GOETSCH et al, 2015). Nas pacientes que evitam relação sexual por medo de dor, pode ser utilizado tampão vaginal com lidocaína até que a paciente se sinta confortável para tentar a penetração vaginal.

O uso de creme vaginal bioadesivo de DHEA (deidroepiandrosterona) é aprovado pelo FDA em mulheres na pós-menopausa com queixa de dispareunia. Em mulheres com câncer, essa forma de tratamento foi testada por Barton et al (2017) que demonstraram melhora dos sintomas vaginais com a dose 6.5mg após uso diário por 8 semanas, mas sem diferença no uso maior por até 12 semanas em comparação ao placebo. Houve melhora significativa também na lubrificação vaginal e dor pelo Índice de Função Sexual

Feminina. Estudos maiores são necessários, mas em casos específicos pode ser uma alternativa de tratamento.

Um tratamento em estudo no quadro de atrofia vulvovaginal relacionado ao tratamento do câncer de mama é o laser de CO₂ que pode ser aplicado em 3 ciclos com melhora significativa quanto a sensibilidade durante ato sexual, secura vaginal, prurido, dispareunia e disúria ($p < 0.001$), sangramento ($p = 0.001$) (PAGANO et al, 2017).

Biglia et al (2017) realizaram 120 entrevistas com médicos oncologistas italianos sobre o diagnóstico de atrofia vulvo-vaginal em pacientes com câncer de mama. Foi observado que apesar de ser um sintoma comum, apenas 48% dos oncologistas informavam a paciente que este pode ser efeito colateral consequente ao tratamento do câncer. Em 41%, os casos eram encaminhados para avaliação do ginecologista e somente em 35,1% dos oncologistas se sentiam confortáveis em tratar a atrofia vulvovaginal.

A preferência é pelo tratamento não-hormonal, mas em situações excepcionais de dispareunia severa com impacto na vida sexual (51,7%), a pedido da paciente (26%)

ou infecção vaginal ou urinária recorrente (16,7%), o tratamento tópico vaginal com hormônios pode ser uma opção.

Um dado interessante é que somente 1,7% dos oncologistas conheciam novas formas de tratamento como o laser vaginal (BIGLIA et al, 2017).

O uso de dilatadores tem benefício físico (mecânico), psicológico (dar confiança a paciente e diminuir ansiedade). Para evitar a descontinuação é necessário o seguimento com orientações e desfazer o embaraço.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE. FARRELL, R. ACOG Committee Opinion no. 659: The use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer. **Obstet Gynecol.**, v. 127, n. 3, p. e93-6, mar. 2016.

BARTON, D.L.; SLOAN, J.A.; SHUSTER, L.T.; GILL, P.; GRIFFIN, P.; FLYNN, K.; TERSTRIEP, S.A.; RANA, F.N.; DOCKTER, T.; ATHERTON, P.J.; TSAI, M.; STURTZ, K.; LAFKY, J.M.; RIEPL, M.; THIELEN, J.; LOPRINZI, C.L.

Evaluating the efficacy of vaginal dehydroepiandrosterone for vaginal symptoms in postmenopausal cancer survivors: NCCTG N10C1 (Alliance). **Support Care Cancer**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 643-650, fev. 2017.

BIGLIA N, BOUNOUS VE, D'ALONZO M, OTTINO L, TUNINETTI V, ROBBA E, PERRONE T. Vaginal atrophy in breast cancer survivors: attitude and approaches among oncologists. **Clinical Breast Cancer**, 2017. doi: 10.1016/j.clbc.2017.05.008.

DAVIES, C.; PAN, H.; GODWIN, J.; GRAY, R.; ARRIAGADA, R.; RAINA, V.; ABRAHAM, M.; MEDEIROS, A.V.H.; BADRAN, A.; BONFILL, X.; BRADBURY, J.; CLARKE, M.; COLLINS, R.; DAVIS, S.R.; DELMESTRI, A.; FORBES, J.F.; HADDAD, P.; HOU, M.F.; INBAR, M.; KHALED, H.; KIELANOWSKA, J.; KWAN, W.H.; MATHEW, B.S.; MITTRA, I.; MÜLLER, B.; NICOLUCCI, A.; PERALTA, O.; PERNAS, F.; PETRUZELKA, L.; PIENKOWSKI, T.; RADHIKA, R.; RAJAN, B.; RUBACH, M.T.; TORT, S.; URRÚTIA, G.; VALENTINI, M.; WANG, Y.; PETO, R. Adjuvant tamoxifen: longer against shorter (ATLAS) collaborative group. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet*, [s.l.], v. 381, n. 9869, p. 805-16, mar. 2013.

GOETSCH, M.F.; LIM, J.Y.; CAUGHEY, A.B. A practical solution for dyspareunia in breast cancer survivors: a

randomized controlled trial. **J Clin Oncol**, [s.l.], v. 33, n. 30, p. 3394-400, out. 2015.

HICKEY, M.; MARINO, J.L.; BRAAT, S.; WONG, S. A randomized, double-blind, crossover trial comparing a silicone- versus water-based lubricant for sexual discomfort after breast cancer. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 158, n. 1, p. 79-90, jul. 2016.

PAGANO, T.; DE ROSA, P.; VALLONE, R.; SCHETTINI, F.; ARPINO, G.; GIULIANO, M.; LAURIA, R.; DE SANTO, I.; CONFRTI, A.; GALLO, A.; NAZZARENO, G.; DE PLACIDO, S.; LOCCI, M.; DE PLACIDO, G. . Fractional microablative CO2 laser in breast cancer survivors affected by iatrogenic vulvovaginal atrophy after failure of nonestrogenic local treatments: a retrospective study [published correction appears in *Menopause*, 25(10):1169]. **Menopause**, v. 25, n. 6, p. 657-662, out. 2018. doi:10.1097/GME.0000000000001053

SEARS, C.S.; ROBINSON, J.W.; WALKER, L.M. A comprehensive review of sexual health concerns after cancer treatment and the biopsychosocial treatment options available to female patients. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 27, n. 2, p. e12738, mar. 2018. doi: 10.1111/ecc.12738.

CAPÍTULO 10 - Manejo das disfunções sexuais em Mulheres com câncer: autoestima

Cíntia Cardoso Pinheiro

A autoestima das mulheres com câncer de mama e ginecológico pode ficar extremamente abalada pelas consequências do próprio câncer e dos seus tratamentos. Perda de cabelo, perda ou ganho de peso, cicatrizes, sudorese, dormências de cirurgias, são alguns dos sinais e sintomas que podem interferir na sexualidade.

Em mulheres com câncer de mama, a cirurgia pode interferir no órgão que representa a identidade feminina, assim como na função da mama na amamentação e no prazer sexual. Assimetrias mamárias, linfedema e alterações de sensibilidade podem fazer que a paciente tenha vergonha de seu corpo e evite se olhar no espelho ou se despír diante do parceiro.

Alguns parceiros podem ficar relutantes em tocar a mama afetada por medo de causar dor e a mulher pode interpretar isso como rejeição (KATZ, 2018).

A perda dos cabelos durante a quimioterapia pode gerar sofrimento para algumas mulheres ainda maior que a desconfiguração da mama causada pela cirurgia. Estar careca é um símbolo para a sociedade que a mulher está doente.

Novos trabalhos têm mostrado benefício no uso de toucas frias no couro cabeludo durante a quimioterapia, com redução da alopecia em 61% (RICE et al, 2018). Outras opções são o uso de lenços e perucas para disfarçar a perda dos cabelos.

Ter um parceiro que compreende e dê suporte pode minimizar/atenuar muitas das questões relacionadas à imagem corporal e autoestima.

No câncer ginecológico, a perda de capacidade reprodutiva pode afetar o modo como a mulher se identifica. A cicatriz de histerectomia pode ser um lembrete do câncer e

seu tratamento. A mulher deve ser orientada que a cicatriz tende a melhorar com o tempo (KATZ, 2018).

Muitas pacientes têm medo de relatar que sofrem de problemas com a autoestima por receio de serem julgadas. Importante o acompanhamento com a psicoterapia para diminuir ansiedade e ressignificar os mitos e as consequências do diagnóstico do câncer.

Nos casos de depressão e grave ansiedade, o acompanhamento psiquiátrico se faz necessário. Os profissionais de saúde têm papel fundamental nas orientações visando melhora da autoestima.

Em pacientes com linfedema de membro superior ou inferior é importante o acompanhamento com a fisioterapia para a realização de drenagem linfática e orientações sobre o uso de malha de compressão local.

A atividade física garante controle do peso e proporciona bem estar e elevação da autoestima.

Mulheres submetidas à radioterapia na mama ou pélvica devem manter a hidratação constante da pele, já que este é um órgão sensório importante na sexualidade. A

alteração de cor causada pela radioterapia tende a amenizar com o passar do tempo.

Importante a orientação sobre as mudanças corporais previamente à cirurgia de mama ou ginecológica para que a mulher esteja melhor preparada e que possa conversar de maneira franca com o parceiro sobre quais sensações proporcionam prazer e quais ela não gosta.

Mulheres com câncer de mama que foram submetidas a mastectomia sem reconstrução costumam usar sutiãs especiais com encaixe para prótese externa. Isso evita os olhares e questionamentos das outras pessoas e a paciente pode se sentir mais confortável em estar na sociedade. Existem lingerie desenvolvidas com essa finalidade, mas com o cuidado de ter cores e rendas vibrantes para que a mulher se sinta confiante e atraente na sua sexualidade.

Existem ainda biquínis e maiôs com prótese externa de mama permitindo que a mulher não se limite em suas atividades sociais.

Para as mulheres com câncer de colo uterino, intestino, reto ou bexiga que possuam colostomia, ileostomia

ou urostomia podem se beneficiar de calcinhas de altura alta e com renda que escondem a bolsa de costomia. Espartilhos, modeladores ou mesmo faixas rendadas são comercializadas com essa mesma finalidade (MORAES, 2015).

Mulheres solteiras com câncer de mama ou ginecológico podem ter dificuldades em buscar novo relacionamento por medo de revelar sua condição médica. O trabalho de desenvolvimento da auto-confiança e melhora da autoestima pode facilitar a retomada da vida amorosa.

Figura 4 - Sutiã para mulheres mastectomizadas



Fonte: Monnali Ateliê (s.d.).

Figura 5 - Biquíni para mulheres mastectomizadas



Fonte: Monnali Ateliê (s.d.).

REFERÊNCIAS

KATZ, A. **Breaking the silence on cancer and sexuality: a handbook for healthcare providers**. 2. ed. Pittsburg: ONS Oncology Nursing Society, 2018. Capítulo 13 e 16.

MORAES, D. **Mulher com ostomia: você é capaz de manter o encanto**. 7. ed. Goiânia: Kelps, 2015.

RICE, B.A.; VER HOEVE, E.S.; DELUCA, A.N.; ESSERMAN, L.J.; RUGO, H.S.; MELISKO, M.E. Registry study to assess hair loss prevention with the Penguin Cold Cap in breast cancer patients receiving chemotherapy. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 167, n. 1, p. 117-122, jan. 2018.

Capítulo 11 - Protocolo de atendimento do Ambulatório de Sexualidade do HUGV

Cíntia Cardoso Pinheiro
Maria Auxiliadora de Sousa Maciel
Michele Saray Bonfim
Walkellen de Souza Morais

O ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM surgiu da necessidade de seguimento e tratamento das queixas sexuais de mulheres submetidas à tratamento oncológico para o câncer de colo uterino e mama. O estado do Amazonas apresenta alta incidência de câncer de colo uterino, muitas vezes diagnosticado em estágio avançado. A cirurgia, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia tem efeitos colaterais que afetam de forma importante a sexualidade de mulheres, que muitas vezes ainda estão em idade reprodutiva.

A equipe de multiprofissional do setor de ginecologia e obstetrícia do Ambulatório Araújo Lima do H.U.G.V., composta por ginecologista, psicóloga, fisioterapeuta pélvica

e enfermeira, se organizou para criar um ambiente propício à discussão de um tema tão delicado quanto a sexualidade no contexto do câncer.

Para a construção do serviço, houve apoio e aconselhamento de Carmen Lúcia de Paula, coordenadora do primeiro ambulatório de sexualidade para mulheres com câncer ginecológico do Brasil com sede no INCA e inaugurado em janeiro de 2017.

Os atendimentos do ambulatório de sexualidade do HUGV iniciaram no dia 12 de abril de 2019, como um projeto piloto e posteriormente com adaptações que serão descritas a seguir conforme fluxograma.

Atendimento de Enfermagem

A consulta de enfermagem é a porta de entrada ou triagem para os encaminhamentos internos para o ambulatório de sexualidade. O atendimento é vinculado às consultas da cirurgia oncológica e da mastologia, como forma de captar pacientes de forma precoce e dar as primeiras orientações sobre o impacto do tratamento oncológico sobre

a sexualidade e o que pode ser feito de tratamento com equipe multidisciplinar especializada.

Esse é um momento importante para desfazer dúvidas e mitos, além de orientar e acolher a paciente em seu momento de maior fragilidade. A partir desse primeiro encontro, a paciente é direcionada para a consulta com ginecologista, psicólogo e fisioterapeuta pélvico.

Atendimento ginecológico

O atendimento ginecológico inicial busca diagnosticar transtornos sexuais relacionados ao câncer e orientar sobre a necessidade de manejo multidisciplinar. Na consulta é realizada anamnese geral e sexual, buscando esclarecer mitos e dúvidas e orientar sobre o impacto do diagnóstico e tratamento do câncer com relação à sexualidade (Quadro 2).

O exame físico ginecológico tem como objetivo identificar alterações anatômicas e de sensibilidade decorrentes do tratamento oncológico.

Pode ser o primeiro atendimento da mulher no ambulatório de sexualidade em caso de encaminhamento

externo, funcionando como triagem para diagnóstico e tratamento específico de queixas ginecológicas e sexuais, como fogachos, ressecamento vaginal, diminuição de desejo sexual, dificuldade de obter orgasmo, dispareunia e vulvodínea. Além disso, para as pacientes jovens será feita orientação quanto a fertilidade e contracepção.

Caso sejam identificadas comorbidades, como, por exemplo, depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, cistite actínica, retite actínica, fístulas genitais, linfedema ou obesidade, a paciente será encaminhada para avaliação especializada com psiquiatra, urologista, coloproctologista, fisioterapeuta e nutricionista da instituição.

A partir dessa primeira consulta a paciente é direcionada para o atendimento psicológico para avaliação e preparação para o grupo.

As pacientes que foram submetidas a radioterapia pélvica e braquiterapia são direcionadas para avaliação com fisioterapeuta pélvica para prevenção e/ou tratamento de estenose vaginal e dispareunia.

Atendimento Fisioterápico

Em decorrência da maior sobrevivência de pacientes com câncer, é primordial uma intervenção fisioterápica ampla, priorizando o bem-estar físico, psicológico, social, relacional e sexual desses pacientes (FLEURY et al, 2011).

A funcionalidade do assoalho pélvico é um dos aspectos prevalentes, que são afetados durante o tratamento do câncer ginecológico, tendo como consequência o surgimento de prolapso de órgãos pélvicos, incontinência urinária e fecal e distúrbios sexuais (RUTLEDGE et, 2010). A redução do orgasmo, da libido e prazer, do desejo, atraso da excitação e diminuição da lubrificação, além da insatisfação sexual e angústia são outras queixas decorrentes dos tratamentos cirúrgicos (histerectomia), quimioterápicos e da radioterapia (FALK; DIZON, 2013; ETIENNE; WAITMAN, 2009).

Visando o tratamento das disfunções sexuais, a fisioterapia, que trata principalmente queixas associadas às disfunções da região pélvica, em especial, da musculatura do assoalho pélvico (CHAMBLESS,1984), utiliza de vários

recursos que abrangem a cinesioterapia, percepção corporal, educação comportamental, exercícios sexuais, biofeedback, massagem perineal, dessensibilização vaginal e dilatadores vaginais (DENTON; MAHER, 2003; ETIENNE; WAITMAN, 2006).

O Biofeedback atua na normalização do tônus, gerando aumento da vascularização, melhora da propriocepção e do desempenho muscular (CHAMBLESS, 1984). Já o exercício do assoalho pélvico, principalmente dos isquiocavernoso e bulboesponjoso, auxiliaria na excitação e no orgasmo, devido suas inserções constituírem-se no corpo cavernoso do clitóris (FERREIRA; OSIS, 2010). Porém, exercícios de contrações fásicas e tônicas, em diferentes posições, intercalando períodos de relaxamento, possuem resultados favoráveis na função sexual, bem como no aumento da força do AP (RENATA, 2009).

O core exercício associado ao Biofeedback ativaria o sinergismo entre os músculos abdominais e músculos do AP, promovendo estabilização da pelve e do tronco, que otimiza a

força e eficácia das contrações dos MAP, além da melhora da função física de qualidade de vida em sobreviventes de câncer ginecológico (WURN, 2004). Outros recursos que podem ser empregados em mulheres com estenose vaginal, e conseqüentemente dispareunia, após tratamento de câncer, são o uso de dilatadores vaginais e terapia manual associado ao uso de gel lubrificante a base de água, que melhoram a qualidade de vida sexual e a autoestima da mulher, além de prevenir a estenose, reduzindo a hipertonia espástica da musculatura e inativação de trigger points, melhorando o quadro algico e a anorgasmia (DENTON, 2003; WURN, 2004).

Etienne e Waitman (2009) ressaltam que a terapêutica também deve englobar orientações domiciliares de exercícios fisioterapêuticos e exercícios sexuais específicos, individuais ou com o parceiro, tendo como objetivo a melhora da função sexual e interação entre os parceiros (CHAMBLESS, 1984).

É importante enfatizar que o tratamento das disfunções sexuais tem caráter interdisciplinar, sendo necessária uma ampla intervenção. Os sintomas não devem

ser negligenciados, devendo ser esclarecidos à paciente. Esta, por sua vez, deve ser incluída nas discussões médicas, com objetivo de melhor adesão ao tratamento e na prevenção de morbidades sexuais da mulher em todos os seus aspectos sejam físicos, psicológicos como sexuais (LINDAU; GAVRILOVA; ANDERSON, 2007; FLEURY et al, 2011).

Atendimento Psicológico

É realizado com intuito de acolhimento, sendo realizada a anamnese psicológica e exame do estado mental das mulheres objetivando tanto a avaliação de perfil psicológico para serem encaminhadas ao grupo, como preparação para o mesmo.

Qualquer que seja o tipo da preparação psicológica para atendimento grupal, ele deve incluir dois aspectos fundamentais: a informação sobre os detalhes da experiência a ser vivida e o ensino de estratégias efetivas de enfrentamento. A finalidade da informação é promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo seus objetivos, seu significado e seu

propósito, além de corrigir o que não ficou claro. Le Roy et al (2003) recomendam que se faça uma avaliação acurada da mulher e de suas condições psicossociais, e citam fatores importantes a serem avaliados juntos, tais como: o nível de desenvolvimento cognitivo e seu estilo de enfrentamento; a compreensão da sobre sua condição médica; experiências prévias; sintomas emocionais, cognitivos e físicos; medos em geral e de procedimentos específicos; composição familiar, incluindo fatores culturais e religiosos; outros estressores familiares, como os financeiros e sociais; outros eventuais problemas de saúde.

As pacientes que não possuem perfil para atendimento grupal serão atendidas individualmente. Caso sejam identificadas morbidades psiquiátricas, a mulher será encaminhada para avaliação especializada. E se identificada a necessidade de consulta com enfermagem, será feito nesse momento.

Ocasionalmente o acompanhamento poderá ser superior a três atendimentos.

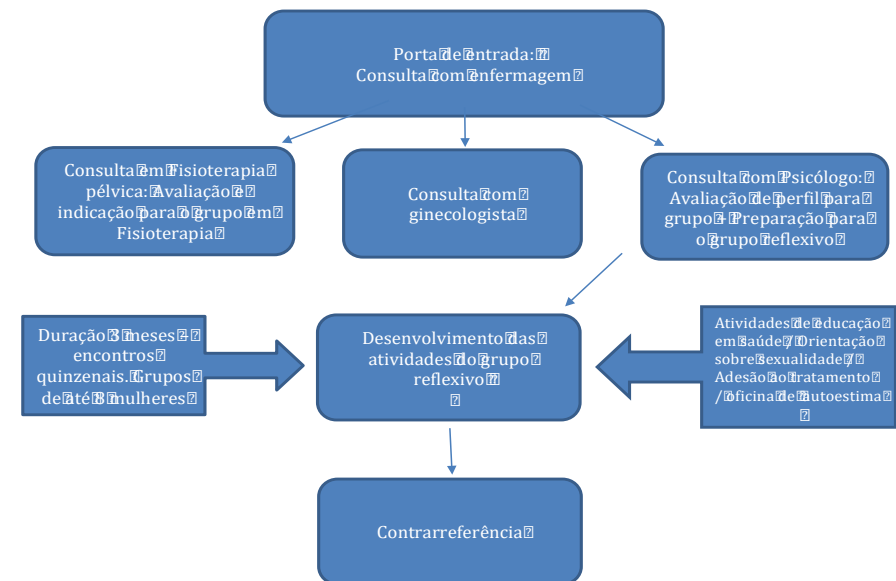
A partir dessa etapa a paciente é direcionada para o atendimento em grupo coordenado pela psicologia e enfermagem, para orientação sobre educação sexual, auto-estima, avaliação de dificuldades sexuais e adesão ao tratamento. Os grupos reflexivos são trabalhados através de técnicas com características metodológicas focais nas temáticas eleitas pelas participantes bem como propostos pela equipe multiprofissional.

A utilização de grupos – de apoio, psicoeducativo ou de autoajuda – tem uma tradição já consolidada no contexto da saúde, com resultados majoritariamente positivos. O grupo auxilia suas integrantes a manter a esperança em face à doença grave, na medida em que oferece apoio e informação de forma ativa, contribuindo para reduzir o sentimento de isolamento e os níveis de estresse, além de ajudar as mulheres a desenvolverem habilidades de resolução de problemas.

O grupo objetiva ainda criar condições favoráveis de interação entre as mulheres com câncer de mama ou ginecológico, estimulando reflexões sobre eventos da vida

diária, especialmente as repercussões na sexualidade, além de promover a melhora da autoestima e da qualidade de vida. O formato grupal favorece condições que proporcionam vivências que facilitam a troca de experiências e a catarse, fatores terapêuticos importantes do suporte oferecido para a reabilitação sexual e psicossocial

Figura 6 – Fluxo da paciente no ambulatório de sexualidade - HUGV



Fonte: Autoras (2019).

- A. PRÉ-REQUISITOS: Mulheres em tratamento de câncer ou em seguimento pós-tratamento oncológico, com queixas sexuais.
- B. PROFISSIONAIS SOLICITANTES: ginecologistas, mastologistas, cirurgiões oncológicos, oncologistas clínicos, radioterapeutas.
- C. CONTRA-REFERÊNCIA: a depender da necessidade de avaliação de outras especialidades, como por exemplo psiquiatria, urologia, coloproctologia, cirurgia plástica, nutricionista e outros, a paciente será encaminhada para os profissionais desta instituição ou da rede de saúde do município e estado.

REFERÊNCIAS

- CHAMBLESS, D.L.; SULTAN, F.E.; STERN, T.E.; O'NEILL, C.; GARRISON, S.; JACKSON, A. Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. **J Consult Clin Psychol**, [s.l.], v. 52, n. 1, p. 114-8.26, 1984.
- DENTON, A.S.; MAHER, J. **Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy**. [S.l.]: The Cochrane Library, 2003.
- ETIENNE, M.A.; WAITMAN, M.C. Fisioterapia nas disfunções sexuais femininas. *In*: MORENO A.L. **Fisioterapia em**

uroginecologia. 2. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2009. p. 201-10.

ETIENNE, M.A.; WAITMAN, M.C. A fisioterapia e as disfunções sexuais femininas. *In*: ETIENNE, M.A, WAITMAN, M.C. **Disfunções sexuais femininas**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006. p. 64-102.

FALK, S.J.; DIZON, D.S. Sexual dysfunction in women with cancer. **Fertility and sterility**, v. 100, n. 4, p. 916-21, 2013.

FERREIRA, N.D.O.; OSIS, M.J.D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, [s.l.], v. 32, n. 5, p. 234-40, 2010.

FLEURY, H.J.; PANTAROTO HS, CHN. Sexualidade em oncologia. **Diagn Tratamento**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 86-90, 2011.

LE ROY, S.; ELIXSON, E. M.; O'BRIEN, P.; TONG, E.; TURPIN, S.; UZARK, K. Recommendations for preparing adult and adolescents for invasive cardiac procedures. **Circulation: Journal of the american heart association**, v. 108, p. 2550-2564, 2003.

LINDAU, S.T.; GAVRILOVA, N.; ANDERSON, D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. **Gynecol oncol**, v. 106, n. 2, p. 413-18, 2007.

RENATA, A.F. Pilates em uroginecologia. *In*: MORENO, A.L. Fisioterapia em uroginecologia. 2. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2009. p. 153-7.

RUTLEDGE, T.L.; HECKMAN, S.R.; QUALLS, C.; MULLER, C.Y.; ROGERS, R.G. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. **Am J Obstet Gynecol**, v. 203, n. 5, p. 514-e1, 2010.

WURN, L.J.; WURN, B.F.; KING, CR.; ROSCOW AS, SCHARF ES, SHUSTER JJ. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. **Med Gen Med.**, v. 6 n. 4, p. 47, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade como fator de qualidade de vida em mulheres com câncer sempre deve ser lembrada nos cuidados de saúde. Nem sempre é um tema fácil de abordar tanto para as pacientes como para os profissionais de saúde.

Os cursos de graduação e especialização abordam pouco o assunto e junto com os mitos e tabus individuais e coletivos da sociedade, a sexualidade no contexto do câncer acaba sendo preterida.

Múltiplas abordagens são necessárias para o tratamento das disfunções sexuais decorrentes do tratamento oncológico. Buscar conhecimento à luz das evidências científicas possibilita a melhor escolha terapêutica de forma individualizada para cada paciente.

A formação de equipes multiprofissionais voltados para sexualidade no ambiente oncológico deve ser incentivada como forma de política pública de reabilitação desses pacientes.

O presente manual foi elaborado para dar suporte aos profissionais de saúde da oncologia e assim promover

qualidade de vida a mulheres com câncer de mama e ginecológico através da boa saúde sexual.

Tabela 1 - Manejo multidisciplinar das disfunções sexuais em mulheres com câncer

Conversa sobre queixas sexuais e esclarecimento de dúvidas e mitos

Psicoterapia: trabalho da autoestima, luto e dificuldades no relacionamento

Psiquiatria: tratamento de depressão e ansiedade

Terapia sexual: buscar novas formas de estímulo

Tratamento da atrofia urogenital: lubrificantes, hidratantes vaginais, estrogênios locais, fisioterapia pélvica, laser.

Tratamento de dor gênero-pélvica: Anestésicos locais, dilatadores vaginais, exercícios pélvicos.

Tratamento de sintomas climatéricos: medicações não-hormonais, hormonais, exercícios físicos, terapia cognitivo comportamental.

Melhora da autoestima: Touca fria, lenços, maquiagem, reconstrução mamária.

Fonte: As autoras (2019).

ÍNDICE REMISSIVO**A**

abuso sexual, 17
abusos, 10
acupuntura, 54
alopecia, 36
alopécia, 34, 35, 49
amamentação, 17, 36
ambulatório de Sexualidade, 67
amenorreia, 35
anamnese sexual, 12, 16
anorgasmia, 70
ansiedade, 10, 15, 35, 55, 56, 58, 61, 68
antidepressivos, 52, 53
artralgia, 35
assoalho pélvico, 49, 69, 72
atrofia vulvovaginal, 57
autoestima, 33, 39, 40, 44, 49, 61, 70
autoestimulação, 51
auto-imagem, 14, 36

B

bem-estar, 12, 16, 69
benzidamida, 41
biblioterapia, 51
biofeedback, 69
braquiterapia, 41, 67, 68

BRCA, 37

C

câncer, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 64, 67, 68, 69, 71
câncer de colo uterino, 39, 40, 41, 49, 59, 67
câncer de endométrio, 9, 39
câncer de mama, 33, 37
câncer de ovário, 9, 39
casal, 14, 15, 16, 17, 36, 37, 44, 51, 56
cicatriz, 36
ciclo de resposta sexual, 12, 13, 16, 18, 36, 40, 50
cinesioterapia, 69
cirurgia, 5, 33, 34, 36, 39, 40, 47, 67, 71
cirurgia conservadora, 33
cirurgia oncológica, 33, 40, 67
cirurgia plástica, 34, 71
cistite actínica, 41, 68
clonidina, 52, 53
colo uterino, 9, 39, 40, 41, 43, 47, 49, 59, 67
colpocitologia oncótica, 42
comorbidades, 55, 68
congelamento de óvulos, 47
conização, 39
contracepção, 68
crenças, 10, 15, 16, 18, 49, 51, 55
criopreservação, 47

cuidados paliativos, 11, 44
cultura, 10, 11

D

deidroepiandrosterona, 57
depressão, 15, 35, 40, 55, 61, 68
desejo, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 24, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 38, 44, 49, 50, 51, 56, 64, 68, 69
desejos, 10, 51
desvenlafaxina, 52
dilatadores vaginais, 41, 42, 61, 69
disfunção sexual, 11, 18, 22, 33, 34, 37, 41, 50
disfunções sexuais, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 30, 39, 40, 49, 51, 52, 55, 56, 59, 61, 69, 70, 72
dispareunia, 14, 27, 33, 35, 40, 41, 50, 56, 57, 58, 68, 69
dor gênito/pélvica, 14
DSM-V, 14
duloxetina, 53

E

educação sexual, 10, 15, 49, 55, 71
efeitos colaterais, 5, 7, 16, 34, 35, 36, 39, 52, 53, 56, 67
eletroacupuntura, 54
enfermagem, 30, 37, 67, 71
enfermeira, 67
erotismo, 10
Escala de Preocupações Reprodutivas após o Câncer, 45
escápula alada, 34
estenose vaginal, 41, 42, 68, 69

estresse pós-traumático, 68
estrogênio tópico, 41, 56
esvaziamento axilar, 34
exame físico ginecológico, 28, 68
excitação, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 33, 34, 36, 49, 51, 55, 69
exenteração pélvica, 39
exercícios físicos, 52, 61

F

fadiga, 18, 35, 54
fantasia, 12
fantasias, 10, 14, 17, 51, 55
feminilidade, 9, 14, 26
fertilidade, 10, 12, 33, 34, 45, 46, 47, 68
fisioterapeuta pélvica, 67, 68
fisioterapia pélvica, 16, 42, 61
fístula vesico-vaginal, 28
flibanserina, 50
focagem de sensações, 51
fogachos, 35, 52, 53, 54, 68
função sexual, 9, 15, 19, 27, 33, 36, 43, 49, 52, 55, 57, 69, 70

G

gabapentina, 52, 53, 54
ganho de peso, 36
gênero, 10, 11, 18, 19, 26, 31, 37
ginecologista, 58, 67, 68

H

histerectomia, 39, 40, 49, 69

I

identidade, 10, 25, 36, 44, 49

idosa, 11

imagem corporal, 11, 19, 49, 55

INCA, 6, 33, 37, 39, 41, 43, 67

incontinência urinária, 44, 69

Índice de Função Sexual Feminina, 19

inibidores de aromatase, 56

insatisfação sexual, 69

insônia, 35

intimidade, 10, 12, 13, 16, 36, 44, 51

Yoga, 54

K

Kaplan, 12, 13

L

laser de CO₂, 57

laser vaginal, 58

libido, 36, 41, 69

lidocaína, 50, 57

linfadenectomia, 39, 40

linfedema, 34, 68

linfonodo sentinela, 34

lubrificação, 12, 13, 17, 19, 20, 27, 33, 34, 39, 40, 41, 49, 57, 69

lubrificantes vaginais, 57

M

mama, 5, 9, 11, 14, 16, 19, 23, 24, 25, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 59, 64, 67

massagem perineal, 69

mastectomia, 16, 33, 34, 36, 50, 59

Master e Johnson, 12

mastologia, 2, 67

masturbação, 17, 51, 55

maternidade, 47

medicações, 15, 47, 53, 55, 61

menopausa, 11, 17, 35, 36, 39, 47, 50, 54, 57

metástases, 56

mindfulness, 49

mitos, 5, 10, 16, 18, 61, 67, 68

multidisciplinar, 12, 16, 17, 56, 61, 67, 68

N

náuseas, 35

neoplasias malignas, 15

O

oncologista, 57

oncologistas, 11, 12, 57, 58, 71

ooforectomia, 37

órgão sexual, 36

órgãos genitais, 11, 15
 órgãos reprodutivos, 47
 orgasmo, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 27, 33, 34, 36, 40, 44,
 49, 53, 55, 68, 69
 orientação sexual, 10

P

parceiro, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 25, 26, 27, 36, 37,
 40, 42, 51, 55, 56, 70
 paroxetina, 52, 54
 platô, 12
 PLISSIT, 15, 16, 17, 29, 30, 55
 prazer, 10, 12, 39, 40, 41, 44, 61, 69
 preconceitos, 51
 profissionais de saúde, 1, 5, 11, 12, 15, 44
 prolapso de órgãos pélvicos, 69
 promestrieno, 56
 prótese externa, 59
 psicóloga, 67
 psicologia, 16, 71

Q

qualidade de vida, 5, 11, 16, 33, 56, 69
 queixa sexual, 17
 quimioterapia, 5, 33, 34, 36, 39, 40, 47, 49, 56, 67
 Quociente Sexual- Versão Feminina, 19

R

radiação, 11

radiodermite, 36
 radioterapia, 5, 33, 36, 39, 40, 41, 42, 47, 67, 68, 69
 reabilitação, 11, 42
 recidivas, 36, 52, 56
 reconstrução mamária, 34, 50, 61
 reestruturação cognitiva, 51
 relacionamentos, 5, 10, 11, 13, 24, 49
 relações sexuais, 11, 14, 17, 25, 37, 55, 56
 relaxamento, 12, 44, 54, 69
 religião, 10, 15, 17
 reprodução, 10, 47
 ressecamento vaginal, 27, 36, 56, 68
 retite actínica, 41, 68
 Rosemary Basson, 13

S

Salpingo-ooforectomia, 39, 40, 49
 sangramento pós-coito, 39
 satisfação sexual, 13, 15, 19, 42
 serviço social, 16
 serviços de oncologia, 16
 sexo, 10, 11, 26, 44, 55
 Sexual Adjustment and Body Image in Breast Cancer
 Patients, 19, 23
 sexualidade, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 26, 33, 36, 39,
 40, 44, 45, 49, 50, 51, 56, 59, 67, 68
 sintomas climatéricos, 10, 33, 40, 52, 53, 54, 56, 61
 sintomas urogenitais, 16
 sistema único de saúde, 34

sobrevida, 11, 33, 56, 68
sobreviventes, 5, 11, 33, 69

T

tabus, 51
tamoxifeno, 52, 56
terapia cognitiva comportamental, 49
terapia cognitivo comportamental, 52, 55, 61
terapia de reposição hormonal, 17, 52
terapia hormonal, 33, 35, 49, 56
terapia sexual, 16, 49, 64
tibolona, 52
toucas frias, 49
traumas, 10
treinamento assertivo, 51
trigger points, 70

V

vaginismo, 14, 16, 42
venlafaxina, 52, 53
vestibulodínia, 57
vida sexual, 5, 10, 15, 17, 21, 24, 58, 70
vitamina E, 52
vulva, 9, 28, 40, 42
vulvodínea, 57, 68

5 DISCUSSÃO

Para uma boa prática médica é importante que haja a constante atualização e análise das evidências científicas disponíveis para cada tipo de terapia existente. Em se tratando de câncer, o tratamento aplicado pode interferir diretamente na sobrevivência do paciente e na sua qualidade de vida.

As queixas de disfunção sexual, sintomas climatéricos e dor pélvica são frequentes em mulheres submetidas ao tratamento oncológico. Existem diversas formas de terapêutica para contornar esses efeitos colaterais e o sistema GRADE facilita a tomada de decisão compartilhada sobre quais terapias escolher (HIGGINS et al, 2017).

Ainda existem poucas pesquisas direcionadas especificamente para o tratamento de disfunções sexuais em mulheres com câncer. Na atual investigação, foram identificados apenas 5 trabalhos que avaliavam saúde sexual com relação a desejo, excitação e orgasmo. Para dor pélvica foram identificados 14 artigos e o que possui maior evidência é quanto ao tratamento dos fogachos, com 34 publicações.

Com nível de evidência moderada, verificou-se que a lidocaína tópica a 4% (GOETSCH et al, 2015) aplicada em introito vaginal antes do intercursos sexual com penetração, além de aliviar a dor e tornar o ato sexual mais confortável, promove melhora de forma geral do estresse sexual, função sexual e retomada das atividades sexuais. Quanto a dor pélvica, a evidência do uso de lidocaína tópica foi considerada alta, favorecendo sua aplicação nas duas situações (GOETSCH et al, 2014). Isso se explica pelo reestabelecimento do ciclo de resposta sexual, onde a melhora da dor se torna um reforço positivo para o desejo e satisfação sexual (BASSON, 2008).

A reconstrução mamária também tem impacto importante na melhora da percepção de autoimagem, da sexualidade, qualidade de vida e menores índices de depressão, principalmente quando a reconstrução é realizada de forma imediata ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, com nível de evidência moderada (ZHONG et al, 2016). Os dados são compatíveis com o trabalho de Cortés-flores et al (2017), que identificou maiores taxas de disfunção sexual (63%) em mulheres submetidas a mastectomia radical sem reconstrução imediata, em comparação com a cirurgia conservadora (14%) e mastectomia com reconstrução imediata (29%).

Castelo (2014) observou que há melhora significativa no desejo sexual,

excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação através do FSFI em mulheres que realizaram mastectomia com reconstrução, mostrando que o restabelecimento anatômico é importante para a sexualidade e identidade feminina.

A terapia cognitiva comportamental baseada em Mindfulness pode ter algum benefício na diminuição do estresse sexual, mas ainda apresenta baixo nível de evidência (BROTTO et al, 2012). Já o uso de suporte online por 12 semanas (CLASSEN et al, 2013) não conseguiu demonstrar benefício na redução do estresse sexual (evidência baixa), assim como o uso de gel vaginal com ácido láctico não é melhor que o placebo para dispareunia e função sexual, contraindicando o seu uso (evidência alta).

Interessante notar que para o tratamento de sintomas vasomotores, a terapia cognitiva comportamental apresenta evidências melhores (MANN et al, 2012), assim como sua associação com atividade física frequente (DUIJTS et al, 2012).

Para tratamento de sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama, as evidências favorecem métodos não hormonais como a gabapentina 900mg/dia (BIGLIA et al, 2009), venlafaxina 75mg (BORDELEAU et al, 2010; BOEKHOUT et al, 2011), acupuntura e eletroacupuntura (MAO et al, 2015; LESI et al, 2016), controle de peso corpóreo (CAAN et al, 2012) e uso de paroxetina (CAPRIGLIONE et al, 2016).

Muitas pacientes com câncer de mama desconhecem que existem medidas para controle dos fogachos fora da terapia de reposição hormonal e convivem com baixa qualidade de vida por não terem tratamento adequado. A avaliação clínica da paciente e qual a melhor indicação terapêutica para tratamento dos fogachos devem ser analisadas pelo ginecologista e oncologista que acompanha a paciente.

Para o tratamento da dor genital relacionada ao tratamento oncológico, principalmente no câncer ginecológico, os profissionais da fisioterapia pélvica utilizam bastante exercícios locais e dilatadores vaginais como forma de prevenção e tratamento de dor e estenose vaginal consequente à radioterapia pélvica e braquiterapia. Em revisão sistemática pela Cochrane em 2014, não foram evidenciados estudos de boa qualidade que comprovem essa efetividade. A aderência ao uso de dilatadores tende a ser baixa e pode ser uma situação estressante para algumas mulheres (MILES; JOHNSON, 2014). Isso mostra a

necessidade de estudos randomizados de boa qualidade para avaliação de efetividade dos dilatadores vaginais utilizados na fisioterapia pélvica.

Tanto pacientes com câncer de mama e ginecológico tendem a apresentar ressecamento vaginal como consequência dos tratamentos oncológicos. Importante a prescrição de lubrificantes e hidratantes vaginais para amenizar a dor durante o ato sexual com penetração (BARTON et al, 2017; HICKEY et al, 2016). Para as pacientes com câncer ginecológico que não apresentem contraindicação, a terapia de reposição hormonal pode ser aplicada.

Observamos que há pouca pesquisa relacionada ao bem-estar sexual de mulheres com câncer de mama e ginecológico e muitos artigos apresentam baixa qualidade de evidência. O presente trabalho apresenta algumas limitações que podem ter contribuído para não identificação de novas modalidades de tratamento de disfunções sexuais. A pesquisa muito ampla com grupos diferentes de câncer em mulheres associada a inúmeros tratamentos, que no primeiro momento foi importante para a confecção do Manual Técnico e escrita do protocolo do Ambulatório de Sexualidade do HUGV, pode ter limitado de certo aspecto o aprofundamento em cada modalidade terapêutica e localização de trabalhos abordando novas técnicas, mesmo com os ajustes nas sequências de busca e verificação de descritores.

As revisões sistemáticas da literatura foram realizadas por apenas uma pesquisadora. Ter um segundo ou terceiro avaliador poderia ampliar a identificação e seleção de artigos da revisão, sendo uma sugestão para refinamento da pesquisa em futura publicação.

A pesquisa na literatura em bases de línguas além do inglês, espanhol e português poderia identificar mais estudos de interesse da área da sexualidade. Porém é importante indicar que algumas práticas podem ou não serem adequadas a algumas culturas ou populações e as intervenções devem ser adequadas a cada contexto clínico. Um exemplo disso é a acupuntura para tratamento de sintomas climatéricos e disfunções sexuais: é uma técnica bastante difundida nos países orientais e onde artigos de boa qualidade podem ter sido publicados em língua diferente das utilizadas nos critérios de inclusão do presente trabalho e por isso não encontrados para o escopo deste material.

De todo modo, a compilação dos dados permitiu confeccionar um manual

claro e técnico para profissionais de saúde com informações sobre como investigar e conduzir as queixas sexuais das mulheres em tratamento ou seguimento de câncer de mama e ginecológico e é importante como material complementar para a formação de profissionais na área da sexualidade. A deficiência no aprofundamento deste assunto nas graduações e especializações da área da saúde pode ser amenizada e deve ser estimulada a divulgação do conhecimento para ampliação de ambulatórios de sexualidade em serviços de oncologia.

A qualidade de vida pode ser promovida pela orientação e tratamento de queixas sexuais em pacientes oncológicos que veem a sexualidade como forma de manter sua autonomia e percepção como ser vivo apesar do câncer. O trabalho em equipe multiprofissional é essencial para garantir a melhor adequação, readaptação e melhora de auto-estima dessas pacientes durante e após o tratamento do câncer.

As lacunas na literatura sobre a sexualidade em mulheres com câncer de mama e ginecológico devem ser preenchidas com pesquisas clínicas futuras de boa qualidade e também com revisões sistemáticas e metanálises, seguindo os preceitos de orientação de Colaboração Cochrane, com registro adequado e seguindo checklist específico de relato de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais e de revisões sistemáticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As revisões sistemáticas realizadas sobre desejo/excitação/orgasmo, dor genital e fogachos em mulheres com câncer de mama e ginecológico permitiram organizar as evidências de acordo com os principais sintomas e formular quadros de recomendações para aplicação de tratamentos.

A pesquisa nas bases de dados sobre disfunção de desejo/excitação e orgasmo, assim como para a queixa de dor genital resultou em poucos artigos e alguns de baixa qualidade de evidência, demonstrando a necessidade de aprofundamento da ciência nesses tópicos.

Quanto aos sintomas de fogachos, identificamos maior número de informações disponíveis e com qualidade de evidência melhor. Sendo o câncer de mama o mais frequente nas mulheres e com contraindicação para uso de terapia de reposição hormonal, existe amplo campo de informações sobre os tratamentos não hormonais para sintomas climatéricos nessa população.

Verifica-se que existe um vasto campo de pesquisa experimental e secundária que pode ser feita sobre as disfunções da sexualidade em mulheres com câncer e quanto mais dados estiverem disponíveis melhor pode ser a formação dos profissionais de saúde nesse tema. Os achados revisados neste trabalho devem ser publicados em revistas científicas para ampliação do conhecimento e incentivo de novos estudos.

A compilação dos dados da literatura, junto com livros sobre sexualidade e guidelines de sociedades médicas, auxiliaram na elaboração do "Manual Técnico de atenção à saúde sexual em mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde", que descreve as bases para diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais, além do protocolo de atendimento do ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Universidade Federal do Amazonas, que é o segundo do Brasil e pode ser tomada como modelo para ampliação em serviços de oncologia.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 4. ed. atual. São Paulo: Leitura Médica, 2012.

ADVANI, P.; BREWSTER, A.M.; BAUM, G.P.; SCHOVER, L.R. A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. **J Cancer Surviv**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 477-485, 2017. doi: 10.1007/s11764-017-0606-3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1007%2Fs11764-017-0606-3>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

ALLEMANI, C; WEIR, HK; CARREIRA, H; HAREWOOD, R.; SPIKA, D.; WANG, X.S. et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **Lancet**, [s.l.], v. 385, n. 9972, p. 977-1010. mar. 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467588/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. EUA: American Psychiatric Press, 2013.

ANNON, J.S. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. **Journal of Sex Education and Therapy**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.1-15, 1976. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01614576.1976.11074483>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

ATKINS, D.; ECCLES, M.; FLOTTORP, S.; GUYATT, G.H.; HENRY, D.; HILL, S.; LIBERATI, A.; O'CONNELL, D.; OXMAN, A.D.; PHILLIPS, B.; SCHÜNEMANN, H.; EDEJER, T.T.; VIST, G.E.; WILLIAMS, J.W.Jr. GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. **BMC Health Serv Res**. [s.l.], v. 4, n. 1, p. 38. dez. 2004. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-4-38>>. Acesso em: 5 set. 2018.

BARNI, S.; MONDIN, R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. **Ann Oncol**, [s.l.], v. 8, n.2, p. 149-53, fev. 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Annals+of+Oncology+8%3A+149-153%2C1997>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BARTON, D.L.; SLOAN, J.A.; SHUSTER, L.T.; GILL, P.; GRIFFIN, P.; FLYNN, K.; TERSTRIEP, S.A.; RANA, F.N.; DOCKTER, T.; ATHERTON, P.J.; TSAI, M.; STURTZ, K.; LAFKY, J.M.; RIEPL, M.; THIELEN, J.; LOPRINZI, C.L. Evaluating the efficacy of vaginal dehydroepiandrosterone for vaginal symptoms in postmenopausal cancer survivors: NCCTG N10C1 (Alliance). *Support Care Cancer*, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 643-650, 2017. doi: 10.1007/s00520-017-3878-2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1007%2Fs00520-017-3878-2>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BASER, R.E.; LI, Y.; CARTER, J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. **Cancer**, [s.l.], 118, p. 4606-4618, 2012. doi:10.1002/cncr.26739. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1002%2Fcncr.26739>>. Acesso em: 9 set. 2018.

BASSON R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. **Int J Impot Res**, [s.l.], v. 20, n. 5, p. 466-78, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Women%E2%80%99s+sexual+function+and+dysfunction%3A+current+uncertainties%2C+future+directions>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BIGLIA, N.; SGANDURRA, P.; PEANO, E.; MARENCO, D.; MOGGIO, G.; BOUNOUS, V.; TOMASI CONT, N.; PONZONE, R.; SISMONDI, P. Non-hormonal treatment of hot flashes in breast cancer survivors: gabapentin vs. vitamin E. **Climacteric**, v. 12, n. 4, p. 310-8, ago. 2009. doi: 10.1080/13697130902736921. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1080%2F13697130902736921>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

BOEKHOUT, A.H.; VINCENT, A.D.; DALESIO, O.B.; VAN DEN BOSCH, J.; FOEKEMA-TÖNS, J.H.; ADRIAANSZ, S.; SPRANGERS, S.; NUIJEN, B.; BEIJNEN, J.H.; SCHELLENS, J.H. Management of hot flashes in patients who have breast cancer with venlafaxine and clonidine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **J Clin Oncol**, v. 29, n. 29, p. 3862-8, out. 2011. doi: 10.1200/JCO.2010.33.1298. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1200%2FJCO.2010.33.1298>> . Acesso em: 18 jun. 2019.

BORDELEAU, L.; PRITCHARD, K.I.; LOPRINZI, C.L.; ENNIS, M.; JUGOVIC, O.; WARR, D.; HAQ, R.; GOODWIN, P.J. Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. **J Clin Oncol**, v. 28, n. 35, p. 5147-52, dez., 2010. doi: 10.1200/JCO.2010.29.9230. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1200%2FJCO.2010.29.9230>> . Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nota Técnica. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 02 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE - Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para a tomada de decisão em saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/diretrizes_metodologicas_sistema_grade) > bvs > diretrizes_metodologicas_sistema_grade > . Acesso em: 27 ago. 2017.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; JEMAL, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, [s.l.], v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.3322%2Fcaac.21492>> . Acesso em: 10 out. 2019.

BROTTO, L.A.; ERSKINE, Y.; CAREY, M.; EHLEN, T.; FINLAYSON, S.; HEYWOOD, M.; KWON, J.; MCALPINE, J.; STUART, G.; THOMSON, S.; MILLER, D. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. **Gynecol Oncol**, [s.l.], v. 125, n. 2, p. 320-5, maio 2012. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.01.035. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1016%2Fj.ygyno.2012.01.035>> . Acesso em: 09 set. 2018.

CANDY, B.; JONES, L.; VICKERSTAFF, V.; TOOKMAN, A.; KING, M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], Issue 2. Art. No.: CD005540, 2016. doi:10.1002/14651858.CD005540.pub3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1002%2F14651858.CD005540.pub3>> . Acesso em: 06 ago. 2017.

CAPRIGLIONE, S.; PLOTTI, F.; MONTERA, R.; LUVERO, D.; LOPEZ, S.; SCALETTA, G.; ALOISE, A.; SERRA, G.B.; ANGIOLI, R. Role of paroxetine in the management of hot flashes in gynecological cancer survivors: Results of the first randomized single-center controlled trial. **Gynecol Oncol**, v. 143, n. 3, p. 584-588, out. 2016. doi:10.1016/j.ygyno.2016.10.006

CARTER, J.; LACCHETTI, C.; ANDERSEN, B.L.; BARTON, D.L; BOLTE, S.; DAMAST, S.; DIEFENBACH, M.A.; DUHAMEL, K.; FLORENDO, J.; GANZ, P.A.; GOLDFARB, S.; HALLMEYER, S.; KUSHNER, D.M.; ROWLAND, J.H. 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**, [s.l.], v. 36, n. 5, p. 492-511, 2018. DOI: 10.1200/JCO.2017.75.8995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1200%2FJCO.2017.75.8995>> . Acesso em: 11 nov. 2018.

CASTELO, A.R.P. **Aplicação da female sexual function index em mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas**: estudo comparativo. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
Disponível em: < www.repositorio.ufc.br/handle/riufc >. Acesso em: 8 set. 2018.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2012.

CLASSEN C.C.; CHIVERS M.L.; UROWITZ S.; BARBERA L.; WILJER D.; O'RINN S.; FERGUSON, S.E. Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group. **Psychooncology**, [s.l.], v. 22, n. 4, p. 930-5, 2013. doi: 10.1002/pon.3058. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1002%2Fpon.3058>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CORTÉS-FLORES, A.O.; VARGAS-MEZA, A.; MORGAN-VILLELA, G.; JIMÉNEZ-TORNERO, J.; DEL VALLE, C.J.Z.; SOLANO-GENESTA, M.; MIRANDA-ACKERMAN, R.C.; VÁZQUEZ-REYNA, I.; GARCÍA-GONZÁLEZ, L.A.; CERVANTES-CARDONA, G.A.; CERVANTES-GUEVARA, G.; FUENTES-OROZCO, C.; GONZÁLEZ-OJEDA, A. Sexuality among women treated for breast cancer: a survey of three surgical procedures. **Aesthetic Plast Surg.**, v. 41, n. 6, p.1275-1279, dez. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28842752> >. Acesso em: 18 jun. 2018.

DALTON, E.J.; RASMUSSEN, V.N; CLASSEN, C.C.; GRUMANN, M.; PALESH, O.G.; ZARCONE, J.; KRAEMER, H.C.; KIRSHNER, J.J.; COLMAN, L.K.; MORROW, G.R.; SPIEGEL, D. Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): a new measure for breast cancer patients. **Breast J**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 287-90, maio-jun. 2009. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00718.x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1111%2Fj.1524-4741.2009.00718.x> >. Acesso em: 24 mar. 2019.

DELPUP, L; POSTRUZNIK, D; CORONA, G. Effect of one-month treatment with vaginal promestriene on serum estrone sulfate levels in cancer patients: a pilot study. **Maturitas**, v. 72, n;. 1, p. 93-4, maio 2012. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.01.017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1016%2Fj.maturitas.2012.01.017> >. Acesso em: 17 jun. 2019.

DE ROSA, N; LAVITOLA, G; GIAMPAOLINO, P; MORRA, I; NAPPI, C; BIFULCO, G. Impact of ospemifene on quality of life and sexual function in young survivors of cervical cancer: a prospective study. **Biomed Res Int.**, 2017, p. 7513610, 2017. doi: 10.1155/2017/7513610. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1155%2F2017%2F7513610> >. Acesso em: 17 jun. 2019.

DINICOLA, S.; PASTA, V.; COSTANTINO, D.; GUARALDI, C.; BIZZARRI, M. Hyaluronic acid and vitamins are effective in reducing vaginal atrophy in women receiving radiotherapy. **Minerva Ginecol**, [s.l.], v. 67, n. 6, p. 523-31, 2015. PubMed PMID: 26788875. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=26788875> >. Acesso em: 17 jun. 2019.

DONDERS, G.; NEVEN, P.; MOEGELE, M.; LINTERMANS, A.; BELLEN, G.; PRASAUSKAS, V.; GROB, P.; ORTMANN, O.; BUCHHOLZ, S. Ultra-low-dose estriol and Lactobacillus acidophilus vaginal tablets (Gynoflor®) for vaginal atrophy in postmenopausal breast cancer patients on aromatase inhibitors: pharmacokinetic, safety, and efficacy phase I clinical study. **Breast Cancer Res Treat**, [s.l.], v. 145, n. 2, p. 371-9, 2014. doi: 10.1007/s10549-014-2930-x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1007%2Fs10549-014-2930-x>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

DUIJTS, S.F.; VAN BEURDEN, M.; OLDENBURG, H.S.; HUNTER, M.S.; KIEFFER, J.M.; STUIVER, M.M.; GERRITSMA, M.A.; MENKE-PLUYMERS, M.B.; PLAISIER, P.W.; RIJNA, H.; LOPES CARDOZO, A.M.; TIMMERS, G.; VAN, D.M.S.; VAN, D. V.H.; BIJKER, N.; DE WIDT-LEVERT, L.M.; GEENEN, M.M.; HEUFF, G.; VAN DULKEN, E.J.; BOVEN, E.; AARONSON, N.K. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. **J Clin Oncol**, [s.l.], v. 30, n. 33, p. 4124-33, nov. 2012.

FONSECA, A.J.; FERREIRA, L.P.; DALLA-BENETTA, A.C.; ROLDAN, C.N.; FERREIRA, M.L.S. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 32, n. 8, p. 386-92, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2020.

FREITAS-JUNIOR, R.; RODRIGUES, D.C.N.; CORRÊA, R.S.; PEIXOTO, J.E.; OLIVEIRA, H.V.C.G.; RAHAL, R.M.S. Contribuição do Sistema Único de Saúde no rastreamento mamográfico no Brasil, 2013. **Radiol Bras.**, [s.l.], v. 49, n. 5, p. 305-310, set.-out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842016000500008&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 29 nov. 2018.

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS - FCECON. Relatório de gestão 2018. Disponível em: <<http://www.fcecon.am.gov.br/institucional/aceso-a-informacao/relatorios-de-gestao/>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

GIANOTTEN, W.L.; REISMAN, Y. Sexual aspects of specific cancers. *In*: GIANOTTEN, W.L.; REISMAN, Y. **Cancer, intimacy and sexuality**. Springer: Switzerland, 2017. E-book.

GOETSCH, M.F.; LIM, J.Y.; CAUGHEY, A.B. A practical solution for dyspareunia in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. **J Clin Oncol**, [s.l.], v. 33, n. 30, p. 3394-400, out. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1200%2FJCO.2014.60.7366.>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

GOETSCH, M.F.; LIM, J.Y.; CAUGHEY, A.B. Locating pain in breast cancer survivors experiencing dyspareunia: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**,

[s.l.], v. 123, n. 6, p. 1231-6, 2014. doi: 10.1097/AOG.0000000000000283.

Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1097%2FAOG.0000000000000283>>

. Acesso em: 17 jun. 2019.

HICKEY, M.; MARINO, J.L.; BRAAT, S.; WONG, S. A randomized, double-blind, crossover trial comparing a silicone- versus water-based lubricant for sexual discomfort after breast cancer. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 158, n. 1, p. 79-90, jul. 2016. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1007%2Fs10549-016-3865-1>>.

Acesso em: 18 ago. 2019.

HIGGINS, J.P.T.; ALTMAN, D.G.; STERNE, J.A.C. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. *In*: HIGGINS, J.P.T.; CHURCHILL, R.; CHANDLER, J.;

CUMPSTON, M.S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 5.2.0. Cochrane, [s.l.], 2017. Disponível em:

<www.training.cochrane.org/handbook>. Acesso em: 8 abr. 2019.

HUFFMAN, L.B.; HARTENBACH, E.M.; CARTER, J.; RASH, J.K.; KUSHNER, D.M. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a

comprehensive review and clinical guide. **Gynecol Oncol**, v. 140, n. 2, p. 359-68, fev. 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26556768> >.

Acesso em: 30 jun 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/estimativa>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Sem tabus: ambulatório de sexualidade do INCA trata disfunções em pacientes com câncer ginecológico. Rede Câncer, ed. 37, abr. 2017. Disponível em: <

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/revistas/rede-cancer-ndeg-37> >. Acesso em: 16 jul. 2019.

KATZ, A. **Breaking the silence on cancer and sexuality**: a handbook for healthcare providers. 2. ed. Pittsburg: ONS Oncology Nursing Society, 2018. Capítulo 13 e 16.

KIM, Y.H.; PARK, S.; LEE, M.; HAHN, S.; JEON, M.J. Effect of a ph-balanced vaginal gel on dyspareunia and sexual function in breast cancer survivors who were premenopausal at diagnosis: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**, v. 129, n. 5, p. 870-876, maio 2017. doi: 10.1097/AOG.0000000000001988. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1097%2FAOG.0000000000001988>>. Acesso em: 18 ago. 2019.

KIRCHHEINER, K.; NOUT, R.A.; TANDERUP, K.; LINDEGAARD, J. C.; WESTERVELD, H.; HAIE-MEDER, C.; PETRIČ, P.; MAHANTSHETTY, U.; DÖRR, W.; PÖTTER, R. Manifestation pattern of early-late vaginal morbidity after definitive

radiation (chemo)therapy and image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer: an analysis from the EMBRACE study. **Int J Radiat Oncol Biol Phys.**, v. 89, n. 1, p. 88-95, 2014. doi:10.1016/j.ijrobp.2014.01.032. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24725693/>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

KRYCHMAN, M.L. Sexual rehabilitation medicine in a female oncology setting. **Gynecol Oncol**, [s.l.], v. 101, n. 3, p. 380-4, 2006. PubMed PMID: 16616327. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=16616327>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

LEE, Y.K.; CHUNG, H.H.; KIM, J.W.; PARK, N.H.; SONG, Y.S.; KANG, S.B. Vaginal pH-balanced gel for the control of atrophic vaginitis among breast cancer survivors: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**, [s.l.], v. 117, n. 4, p. 922-7, abr. 2011. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182118790. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1097%2FAOG.0b013e3182118790>>. Acesso em: 18 ago. 2019.

LEIBLUM, S.R. **Princípios e práticas da terapia sexual**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2011.

LESI, G.; RAZZINI, G.; MUSTI, M.A.; STIVANELLO, E.; PETRUCCI, C.; BENEDETTI, B.; RONDINI, E.; LIGABUE, M.B.; SCALTRITI, L.; BOTTI, A.; ARTIOLI, F.; MANCUSO, P.; CARDINI, F.; PANDOLFI, P. Acupuncture as an integrative approach for the treatment of hot flashes in women with breast cancer: a prospective multicenter randomized controlled trial (AcCliMaT). **J Clin Oncol.**, v. 34, n. 15, p. 1795-802, maio 2016. doi: 10.1200/JCO.2015.63.2893. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1200%2FJCO.2015.63.2893>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

LINDAU, S.T; ABRAMSOHN, E.; BARON, S.R.; FLORENDO, J.; HAEFNER, H.K.; JHINGRAN, A.; KENNEDY, V.; KRANE, M.K.; KUSHNER, D.M.; MCCOMB, J.; MERRITT, D.F.; PARK, J.E.; SISTON, A.; STRAUB, M.; STREICHER, L. 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**, [s.l.], v. 66, n. 3, p. 241-63, maio 2016. Disponível em: < [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cancer+J+Clin%2C+%5Bs.l.%5D%2C+66\(3\)%2C+p.241-63](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cancer+J+Clin%2C+%5Bs.l.%5D%2C+66(3)%2C+p.241-63)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MANN, E.; SMITH, M.J.; HELLIER, J.; BALABANOVIC, J.A.; HAMED, H.; GRUNFELD, E.A.; HUNTER, M.S. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. **Lancet Oncol.**, v. 13, n. 3, p. 309-18, maio 2012. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70364-3

MAO, J.J.; BOWMAN, M.A.; XIE, S.X.; BRUNER, D.; DEMICHELE, A.; FARRAR, J.T. Electroacupuncture versus gabapentin for hot flashes among breast cancer survivors: a randomized placebo-controlled trial. **J Clin Oncol.**, v. 33, n. 31, p. 3615-20, nov. 2015. doi: 10.1200/JCO.2015.60.9412. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1200%2FJCO.2015.60.9412>>.
Acesso em: 01 ago. 2019.

MARSDEN, J; MARSH, M; RIGG, A. British Menopause Society. British Menopause Society consensus statement on the management of estrogen deficiency symptoms, arthralgia and menopause diagnosis in women treated for early breast cancer. **Post Reprod Health**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 21-32, 2019. doi: 10.1177/2053369118824920. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1177%2F2053369118824920>>.
Acesso em: 01 ago. 2019.

MARSHALL-MCKENNA, R.; MORRISON, A.; STIRLING, L.; HUTCHISON, C.; RICE, A.M.; HEWITT, C.; PAUL, L.; RODGER, M.; MACPHERSON, I.R.; MCCARTNEY, E. A randomised trial of the cool pad pillow topper versus standard care for sleep disturbance and hot flushes in women on endocrine therapy for breast cancer. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 4, p. 1821-9, abr. 2016. doi: 10.1007/s00520-015-2967-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26446702/>. Acesso em: 01 ago. 2019.

MELISKO, M.E.; GOLDMAN, M.E.; HWANG, J.; DE LUCA, A.; FANG, S.; ESSERMAN, L.J.; CHIEN, A.J.; PARK J.W.; RUGO H.S. Vaginal Testosterone Cream vs Estradiol Vaginal Ring for Vaginal Dryness or Decreased Libido in Women Receiving Aromatase Inhibitors for Early-Stage Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Oncol**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 313-319, 2017. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.3904. Disponível em: <<http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 03 maio 2019.

MILES, T.; JOHNSON, N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], Issue 9. Art. No.: CD007291, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informações sobre mortalidade - SIM. DATASUS, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 03 maio 2019.

NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK - NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology - Cervical Cancer. Version3.2019. Disponível em: <https://www.nccn.org>. Acesso em: 07 mar. 2019.

NACIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK - NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology - Survivorship. Version1.2017. Disponível em: <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

NUÑEZ, G.R.; PINCZOWSKI, H.; ZANELATO, R.; TATEYAMA, L.; SCHINDLER, F.; FONSECA, F.; DEL GIGLIO, A. Bupropion for control of hot flashes in breast cancer survivors: a prospective, double-blind, randomized, crossover, pilot phase II trial. **J Pain Symptom Manage.**, v. 45, n. 6, p. 969-79, jun. 2013. doi:

10.1016/j.jpainsymman.2012.06.011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1016%2Fj.jpainsymman.2012.06.011>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

OTHMAN, A.H.; ZAKY, A.H. Management of hot flushes in breast cancer survivors: comparison between stellate ganglion block and pregabalin. **Pain Med.**, v. 15, n. 3, p. 410-7, mar. 2014. doi: 10.1111/pme.12331. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1111%2Fpme.12331>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

PARK, H.; PARKER, G.L.; BOARDMAN, C.H.; MORRIS, M.M.; SMITH, T.J. A pilot phase II trial of magnesium supplements to reduce menopausal hot flashes in breast cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 19, n. 6, p. 859-63, jun. 2011. doi:

10.1007/s00520-011-1099-7. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1007%2Fs00520-011-1099-7>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

PARK, H.; QIN, R.; SMITH, T.J.; ATHERTON, P.J.; BARTON, D.L.; STURTZ, K.; DAKHIL, S.R.; ANDERSON, D.M.; FLYNN, K.; PUTTABASAVIAH, S.; LELINDQWISTER, N.A.; PADULA, G.D.; LOPRINZI, C.L. North Central Cancer Treatment Group N10C2 (Alliance): a double-blind placebo-controlled study of magnesium supplements to reduce menopausal hot flashes. **Menopause**, v. 22, n. 6, p. 627-32, jun. 2015. doi: 10.1097/GME.0000000000000374. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1097%2FGME.0000000000000374>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

PFEILER, G.; GLATZ, C.; KÖNIGSBERG, R.; GEISENDORFER, T.; FINK-RETTNER, A.; KUBISTA, E.; SINGER, C.F.; SEIFERT, M. Vaginal estriol to overcome side-effects of aromatase inhibitors in breast cancer patients. **Climacteric**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 339-44, 2011. doi: 10.3109/13697137.2010.529967. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.3109%2F13697137.2010.529967>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

PRUTHI, S.; QIN, R.; TERSTREIP, S.A.; LIU, H.; LOPRINZI, C.L.; SHAH, T.R.; TUCKER, K.F.; DAKHIL, S.R.; BURY, M.J.; CAROLLA, R.L.; STEEN, P.D.; VUKY, J.; BARTON, D.L. A phase III, randomized, placebo-controlled, double-blind trial of flaxseed for the treatment of hot flashes: North Central Cancer Treatment Group N08C7. **Menopause**, v. 19, n. 1, p. 48-53, jan. 2012. doi:

10.1097/gme.0b013e318223b021. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1097%2Fgme.0b013e318223b021>>. Acesso em: 5 ago. 2019.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; FERGUSON, D.; D'AGOSTINO, R. Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 191-208, abr.-jun. 2000. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10782451>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

ROSSI, E.; NOBERASCO, C.; PICCHI, M.; STEFANO, M.D.; ROSSI, A.; NURRA L, VENTURA, L. Complementary and integrative medicine to reduce adverse effects of anticancer therapy. **J Altern Complement Med.**, v. 24, n. 9-10, p. 933-941, set./out. 2018. doi: 10.1089/acm.2018.0143. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1089%2Fbcm.2018.0143>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

ROSTOCK, M.; FISCHER, J.; MUMM, A.; STAMMWITZ, U.; SALLER, R.; BARTSCH, H.H. Black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) in tamoxifen-treated breast cancer patients with climacteric complaints - a prospective observational study. **Gynecol Endocrinol.**, v. 27, n. 10, p. 844-8, out. 2011. doi: 10.3109/09513590.2010.538097. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.3109%2F09513590.2010.538097>>. Acesso em: 6 ago. 2019.

SEER. Cancer stat facts: female breast cancer. National Cancer Institute. Bethesda, MD. 2017. Disponível em: <<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>>. Acesso em: 25 maio 2019.

SILVA, J.D.S.; LEITE, P.D. Challenges in cervical cancer in the Amazon (Brazil). **International Journal of Gynecologic Cancer Published Online First**: 18 June 2020. doi: 10.1136/ijgc-2020-001474. Disponível em: <<https://ijgc.bmj.com/content/early/2020/06/18/ijgc-2020-001474>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SPORN, N.J. et al. Sexual health communication between cancer survivors and providers: how frequently does it occur and which providers are preferred? **Psycho-oncology**. [s.l.], v. 24, n. 9, p. 1167-73, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1002%2Fpon.3736>>. Acesso em: 8 jan. 2019.

THIEL, R.R.C; DANBROM, M.; PALMA, P.C.R; THIEL, M.; RICCETTO, C.L.Z; RAMOS, M.F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 504-510, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Feb. 2019.

VIDAL, M.L.B.; SANTANA, C.J.M.; PAULA, C.L.; CARVALHO, M.C.M.P. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.l.], v. 59, n. 1, p. 17-24, 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/arc-6748>>. Acesso em: 5 abr 2019.

WIGGINS, D.L.; WOOD, R.; GRANAI, C.O.; DIZON, D.S. Sex, intimacy, and the gynecologic oncologist. **Journal of Psychosocial Oncology**, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 61-70, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18032265>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

WITHERBY, S.; JOHNSON, J.; DEMERS, L.; MOUNT, S; LITTENBERG, B.; MACLEAN, C.D.; WOOD, M.; MUSS, H. Topical testosterone for breast cancer patients with vaginal atrophy related to aromatase inhibitors: a phase I/II study. **Oncologist**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 424-31, 2011. doi: 10.1634/theoncologist.2010-0435. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1634%2Ftheoncologist.2010-0435>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health. Geneve, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/>. Acesso em: 16 out. 2019.

ZENG, Y.C.; LI, Q.; LI, X.; LOKE, A.Y. Chinese women's sexuality concerns after gynecologic cancer. **Cancer Nurs**, [s.l.], v. 35, p. 257-64, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067684>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

ZHONG, T.; HU, J.; BAGHER, S.; VO, A.; O'NEILL, A.C.; BUTLER, K.; NOVAK, C.B.; HOFER, S.O.; METCALFE, K.A. A Comparison of psychological response, body image, sexuality, and quality of life between immediate and delayed autologous tissue breast reconstruction: a prospective long-term outcome study. **Plast Reconstr Surg**, [s.l.], v. 138, n. 4, p.772-80, out. 2016. doi: 10.1097/PRS.0000000000002536. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1097%2FPRS.0000000000002536>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Características dos Estudos Incluídos: Desejo/Excitação/Orgasmo

BROTTO et al, 2012

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	34 Mulheres com câncer ginecológico (endometrial e cervical) com disfunção sexual	
Intervenções	Terapia cognitiva comportamental baseada em Mindfulness (N = 31) X controle (lista de espera de 2 meses) (N =9)	
Desfechos	TCC mostrou melhora importante em todos os domínios da resposta sexual e uma tendência a diminuir o estresse sexual. A percepção de excitação genital durante filme erótico aumentou significativamente apesar de não haver mudança na medida fisiológica da excitação.	
Nota	3 sessões de 90 minutos de TCC baseada em Mindfulness Avaliação basal, 1 mês e 6 meses 31 mulheres completaram o estudo (22 no grupo de tratamento imediato e 9 no grupo controle) Razões para as perdas: dificuldade de locomoção; desconforto em falar sobre sexualidade; desconforto com o teste de avaliação da excitação. Índice de Função Sexual Feminina, Questionário de função sexual, Inventário de Depressão de Beck Avaliação de excitação: Foto-pletismografia vaginal As pacientes com câncer cervical eram mais novas que as com câncer de endométrio. Todas fizeram histerectomia e 87%, salpingo-ooforectomia.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco alto	Não descreve método de randomização
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto/alto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Estudo aberto
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco incerto	Não descreve de forma clara as perdas em cada grupo
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da TCC com Mindfulness

CLASSEN et al, 2013

Método	Ensaio Clínico Randomizado
Participantes	27 Mulheres com câncer ginecológico
Intervenções	Grupo de suporte online 12 semanas (N =13) X lista-controle por 4 meses (N=14)
Desfechos	Questionário basal, 4 meses e 8 meses A análise por intensão de tratar sugere efeito pequeno na redução de distress sexual. Não houve diferença entre os grupos

	A maioria das participantes estavam satisfeitas com a intervenção.	
Nota	21 participantes completaram o seguimento de 4 meses e 23, o de 8 meses. Escala de disfunção sexual feminina revisada; Escala de Ansiedade e depressão hospitalar; Escala de pensamentos intrusivos	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve método de randomização
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Estudo aberto
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco incerto	Não deixa claro
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca contra suporte online

GOETSCH et al, 2015

Método	Ensaio clínico controlado, duplo cego
Participantes	46 Mulheres com câncer de mama com dispareunia
Intervenções	Lidocaína 4% tópica (N=23) X Solução salina (N=23) em vulva por 3 minutos antes da penetração vaginal por 1 mês duplo cego--> depois todas receberam lidocaína 4% por 2 meses - estudo aberto.
Desfechos	Desfecho primário: dor na penetração Desfecho secundário: estresse/angústia sexual (escala de estresse sexual feminino), função sexual (Questionário de função sexual) e retorno às atividades sexuais com penetração. Usuárias da lidocaína 4% reportaram menos dor na fase cega do estudo (média inicial de 8 na escala de dor; após a fase cega: Lidocaína (1) e solução salina (5.3) p= .007). Após a fase aberta, 37 (90%) de 41 participantes referiram penetração confortável com a lidocaína. O estresse sexual diminuiu: média de 14 (inicial era de 30; IQR 3 a 20; p=<.001) e a função sexual melhorou em todos os domínios. Das 20 participantes que estavam em abstinência sexual antes do estudo, 17 (85%) retomaram as relações sexuais com penetração de forma confortável. Nenhum parceiro relatou diminuição de sensibilidade em pênis. No seguimento de 6 meses, 95% das participantes continuavam a usar a lidocaína tópica para evitar dor na relação sexual. 83% referiram ter mais satisfação sexual; 49% disseram ter tido melhora na qualidade do orgasmo e 51% tiveram melhora na libido.
Nota	Cálculo amostral de 44 participantes para atingir poder de 94% em detectar diferença de 1.5 e perda de 5% dos participantes. Tabela demográfica semelhante entre os grupos
Risco de Viés	

Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Randomização pela farmácia de pesquisa da Universidade de Oregon. Não relata o método.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	O placebo e a lidocaína eram líquidos claros e sem odor.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Estudo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Não relata
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	43 completaram a fase cega do estudo e 41 completaram as duas fases.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação a favor da lidocaína tópica

KIM et al, 2017

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego	
Participantes	136 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Gel vaginal de ácido láctico - pH balanceado (N =69) X Placebo (N=67) 3x/semana e durante as relações sexuais por 8 semanas.	
Desfechos	Desfecho primário: Dispareunia (escore de dor no IFSF) Desfecho secundário: domínios do IFSF, pH vaginal, índice de maturação vaginal e efeitos adversos. Apesar de não haver diferença entre os grupos, houve melhora importante da dispareunia. O gel de pH balanceado não foi superior ao placebo em relação a dispareunia e função sexual.	
Nota	Cálculo amostral de 47 participantes por grupo com poder de 80% em mostrar diferença de 19% no desfecho primário. Assumindo perda de 30%, foram recrutados 136 participantes. Análise por intenção de tratar e por protocolo. Tabela demográfica sem diferença entre os grupos. A análise por protocolo foi semelhante à da intenção de tratar.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	A randomização foi feita pelo pesquisador coordenador através de site usando tabela de randomização gerada por computador em blocos de 4 ou 6 e estratificado de acordo com o status menopausal pós-tratamento do câncer de mama e com o tratamento com tamoxifeno.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Tubos idênticos de gel com e sem ácido láctico e identificado com números sequenciais de acordo com o código de randomização.
Cegamento dos participantes e	Risco baixo	Todos os participantes foram mascarados

profissionais (viés de performance)		
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Os avaliadores foram mascarados
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	4 participantes deixaram o estudo sem especificar o motivo e 19 foram perdidos no seguimento. 4 participantes do gel de pH balanceado e 2 do placebo descontinuaram o tratamento (01 de cada devido a irritação vaginal).
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte contra o uso de gel com pH balanceado.

ZHONG et al, 2016

Método	Estudo observacional prospectivo	
Participantes	106 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Reconstrução mamária imediata com tecido autólogo (N=30) X Reconstrução tardia (N=76)	
Desfechos	<p>A reconstrução tardia teve impacto na autoimagem ($p=0.01$) pré tratamento, na sexualidade ($p=.001$) e pior satisfação com a mama ($p<0.01$), psicológica ($p<0.01$) e bem-estar ($p<0.01$).</p> <p>Após 18 meses de reconstrução imediata e tardia, houve melhora significativa em ansiedade, depressão, autoimagem, sexualidade e qualidade de vida.</p> <p>O tamanho do efeito da satisfação com os seios no grupo de reconstrução tardia comparando antes e 12 meses após foi de 1.34 (grande efeito) comparado com a reconstrução imediata. O efeito sobre bem-estar psicossocial e sexual foi moderado.</p> <p>Conc: A reconstrução imediata pode proteger as pacientes de um período de estresse psicológico, pobre imagem corporal, e bem-estar diminuído comparada com quem fazer a reconstrução tardia.</p>	
Nota	<p>Escala de depressão e ansiedade hospitalar; Escala de imagem corporal; escala de sexualidade e BREST-Q aplicados no pré e no pós-operatório em 6, 12 e 18 meses.</p> <p>Estudo desenhado para detectar diferença entre os grupos com poder de 80% e erro alfa de 0.05. Calculado 25 participantes por grupo.</p> <p>No grupo da reconstrução tardia, o tempo de espera foi em média de 2.8 anos.</p> <p>Tabela demográfica: maior número de casos de câncer de mama invasivo no grupo de reconstrução tardia, assim como maior número de pacientes que fizeram quimioterapia neoadjuvante e hormonioterapia.</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de	Não se aplica	

performance)		
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação a favor da reconstrução imediata.

APÊNDICE B - Características dos Estudos Incluídos - Dor Genital

ADVANI et al, 2017

Método	ECR com 3 grupos de intervenção	
Participantes	57 mulheres com câncer de mama inicial	
Intervenções	Grupo 1 - Cuidados usuais através de folhetos (N=21); Grupo 2 - uso de hidratante vaginal a base de ácido hialurônico (H) por 6 meses (N = 18); Grupo 3 (P) - Hidratante vaginal com prebióticos (lactobacilos) (N=17). O grupo 2 e 3 eram orientados sobre o uso de lubrificante nas relações sexuais e uso de dilatadores, além de uso por senha de web site educacional com coach por telefone.	
Desfechos	Avaliação basal, com 6 meses e 12 meses através de questionários (Índice de função sexual feminina, Questionário de interesse sexual na menopausa, Escala de Distress sexual feminino, escala de sintomas menopausal). O grupo ativo teve redução da dispareunia (p=0.07) e distresse sexual (p=0.02) em 6 meses. O grupo H teve melhora importante no escore do FSFI em 6 meses comparado ao grupo P (p= 0.04) Conc: O aconselhamento ajudou a manter estável a função sexual. As intervenções melhoraram ainda mais os resultados em 6 meses, mas descreve que havia diferença entre os grupos.	
Nota	Mantiveram seguimento 45 mulheres (86%) Não mostra tabela demográfica dos grupos. O grupo P tinha escores de dor mais alto que o grupo H no tempo basal. (p =0.03). O Grupo H teve melhora significativa no escore de IFSF do que o grupo P (p=0.04).	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por minimização e estratificação por idade, etnia e educação.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não informa
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Estudo aberto
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	8 (14%) participantes desistiram antes de começar o seguimento. No seguimento de 6 meses o N= 49 e com 12 meses o N= 46.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco alto	Não mostra tabela demográfica dos grupos.
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do hidratante vaginal de ácido hialurônico.

BARTON et al, 2017

Método	Ensaio clínico, randomizado, controlado, multicêntrico Medida: escala ordinal e FSFI	
Participantes	464 Mulheres com câncer de mama e ginecológico pós-menopausa, sem evidência de doença, que concluíram tratamento com quimioterapia e radioterapia com queixa de para ressecamento vaginal e dispareunia de intensidade moderada a severa, por pelo menos 2 meses. Mulheres poderiam estar em uso de tamoxifeno ou IA por pelo menos 8 semanas. Uso de lubrificante a base de água durante o intercurso sexual era permitido. Exclusão: cirurgia pélvica com distorção anatômica, radioterapia de pelve, infecção vaginal ativa e uso de hormônio vaginal.	
Intervenções	DHEA 3.25mg (147), DHEA 6.5mg (149), hidratante comum (147) por 12 semanas	
Desfechos	Nenhuma das doses do DHEA mostrou diferença em relação ao controle, apesar de haver diferença do DHEA com 8 semanas ($p=0.005$). Em 12 semanas, tanto o DHEA como o Hidratante vaginal comum melhoraram os sintomas vaginais. Não houve diferença em toxicidades e poucas efeitos colaterais. Mas a alteração em voz nos grupos de DHEA com diferença estatística em relação ao controle.	
Nota	Na conclusão informa que o controle e o DHEA melhoram sintomas vaginais em 12 semanas Teve perdas, mas foram semelhantes nos grupos. Tabela demográfica sem diferenças significativas. Cálculo amostral de 145 participantes por grupo para demonstrar 80% de poder em detectar diferença de 0.36 do desvio padrão com erro tipo I de 2.5%.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Alocação dinâmica de Pocock-Simon que balanceia os fatores de estratificação (histerectomia, tabagismo, tamoxifeno e IA)
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não informa
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Baixo risco	Houve cegamento de participantes e investigadores
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não relata
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Perdas: Hidratante vaginal: (14/29) devido a efeitos colaterais; DHEA 3.25mg: (13/24) devido a efeitos colaterais; DHEA 6.5mg: (17/37) devido a efeitos colaterais;
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência Alta	Recomendação forte a favor do hidratante vaginal

DE ROSA et al, 2017

Método	Estudo observacional, prospectivo	
Participantes	52 mulheres com câncer de colo uterino com atrofia vulvovaginal	
Intervenções	Ospemifeno 60mg VO por 6 meses	
Desfechos	Índice de Saúde Vaginal no tempo basal era de 10. Em 6 meses, o índice aumentou para 16 (evidência indireta). Na escala de sintomas (dor) não houve diferença no antes do tratamento e 6 meses após. A função sexual teve melhora significativa Conc: Ospemifeno parece ter efeito no tratamento da atrofia vulvovaginal	
Nota	Índice de Saúde Vaginal Sem efeitos adversos	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Não relata perda. Sem efeitos colaterais.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do ospemifeno

DELPUP et al, 2012

Método	Estudo observacional, antes e depois	
Participantes	17 mulheres com câncer ginecológico com ressecamento vaginal e dispareunia (6 com câncer colo uterino; 4 com câncer endometrial; 3 com câncer ovariano; 2 com câncer vulvar).	
Intervenções	Promestrieno vaginal por 1 mês	
Desfechos	Sulfato de estrona basal médio era de 533 e foi para 374 ($p= 0.39$) (evidência indireta)	
Nota		
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	

Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	2 perdas - 01 paciente iniciou tratamento com letrozol (critério de exclusão); 01 paciente morreu por causa não relacionada a medicação.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do promestrieno

DINICOLA et al, 2015

Método	Ensaio Clínico Randomizado	
Participantes	45 mulheres com câncer de colo uterino submetida a radioterapia pélvica	
Intervenções	23 usaram supositórios vaginais de ácido hialurônico e Vitamina A e E /dia por 4 meses; e 22 mulheres estavam no grupo controle	
Desfechos	Análise por biópsia vaginal (evidência indireta) Na segunda biópsia houve melhora significativa em inflamação, atipia celular, fibrose, mucosite e sangramento. O mesmo em relação à terceira biópsia. Eficácia também na severidade da dor. Redução na incidência de sangramento (14% X 56%), mucosite (14 X 50%), dor (27% X 62%) Conc: A molécula de ácido hialurônico apresenta boa performance no tratamento dos danos decorrentes da radioterapia.	
Nota	Sem dados demográficos	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Software de randomização
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco alto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Estudo aberto
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Perdas: ácido hialurônico (01) Controle (6)
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco alto	Avaliação de produto comercial
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor dos supositórios vaginais de ácido hialurônico e Vitamina A e E

DONDERS et al, 2014

Método	Fase I farmacocinética, bicêntrico, estudo antes e depois	
Participantes	16 Mulheres com câncer de mama na pós-menopausa e em uso de inibidor de aromatase com atrofia vaginal	
Intervenções	Comprimido vaginal de estriol em dose ultrabaixa e Lactobacillus acidophilus (Gynoflor®)	
Desfechos	Desfecho primário – concentração sérica de estriol, estradiol e estrona; Desfecho secundário: medidas clínicas de eficácia e efeitos colaterais; mudança microscópica em epitélio vaginal e microflora; FSH, LH e SHBG. A atrofia vaginal melhorou em todas as mulheres. Houve aumento pequeno e transitório no estriol sérico, mas não no estradiol e estrona. Pode ser considerado seguro e eficaz no tratamento de atrofia vaginal em mulheres com câncer de mama. Sintomas clínicos de atrofia vaginal como ressecamento e dispareunia melhoraram durante o tratamento (<0.001)	
Nota	O produto foi bem tolerado e sem descontinuação.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	-
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Cego
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	-
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco alto	Produto comercial conflito de interesse
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do estriol com lactobacilos acidófilos (Gynoflor)

GOETSCH et al, 2014

Método	Estudo clínico randomizado, duplo cego
Participantes	49 Mulheres com câncer de mama com dispareunia moderada a severa
Intervenções	Lidocaína tópica 4% X Solução salina
Desfechos	A lidocaína tópica reduziu para 0 a sensibilidade vestibular em todos os pontos de dor. Desfecho primário: Mudança de sensibilidade após a aplicação do primeiro líquido.
Nota	Após a aplicação do primeiro líquido por 3 minutos, o teste do cotonete era repetido e o outro líquido não identificado era aplicado e refeito o teste do cotonete. Todas as pacientes receberam os dois líquidos, sem washout. Tamanho amostral calculado para alcançar 90% com significância de 0.05. A amostra de 44 participantes teve 94% de poder em detectar diferença de 1.5 entre tratamento e placebo, levando em consideração de efeito placebo de 10%. Para compensar perdas de 10%, o tamanho necessário seria de 50 participantes.

Tabela demográfica sem diferenças entre os grupos		
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por computador usando o www.randomization.com
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Envelopes selados, opacos e com números sequenciais. Foram abertos somente após o teste do cotonete demonstrar ponto de sensibilidade.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Sim Líquidos claros e sem odor
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descreve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Não houve perdas
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte a favor da lidocaína tópica

GOETSCH et al, 2015

Método	Ensaio clínico controlado, duplo cego	
Participantes	46 Mulheres com câncer de mama com dispareunia	
Intervenções	Lidocaína 4% tópica (N=23) X Solução salina (N=23) em vulva por 3 minutos antes da penetração vaginal por 1 mês duplo cego--> depois todas receberam lidocaína 4% por 2 meses - estudo aberto.	
Desfechos	<p>Desfecho primário: dor na penetração</p> <p>Desfecho secundário: estresse/angústia sexual (escala de estresse sexual feminino), função sexual (Questionário de função sexual) e retorno as atividades sexuais com penetração.</p> <p>Usuárias da lidocaína 4% reportaram menos dor na fase cega do estudo (média inicial de 8 na escala de dor; após a fase cega: Lidocaína (1) e solução salina (5.3) $p = .007$).</p> <p>Após a fase aberta, 37 (90%) de 41 participantes referiram penetração confortável com a lidocaína.</p> <p>O estresse sexual diminuiu: média de 14 (inicial era de 30; IQR 3 a 20; $p < .001$) e a função sexual melhorou em todos os domínios.</p> <p>Das 20 participantes que estavam em abstinência sexual antes do estudo, 17 (85%) retomaram as relações sexuais com penetração de forma confortável. Nenhum parceiro relatou diminuição de sensibilidade em pênis.</p> <p>No seguimento de 6 meses, 95% das participantes continuavam a usar a lidocaína tópica para evitar dor na relação sexual.</p> <p>83% referiram ter mais satisfação sexual; 49% disseram ter tido melhora na qualidade do orgasmo e 51% tiveram melhora na libido.</p>	
Nota	Cálculo amostral de 44 participantes para atingir poder de 94% em detectar diferença de 1.5 e perda de 5% dos participantes. Tabela demográfica semelhante entre os grupos	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de	Risco incerto	Randomização pela farmácia de pesquisa da Universidade de Oregon.

seleção)		Não relata o método.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	O placebo e a lidocaína eram líquidos claros e sem odor.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Estudo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Não relata
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	43 completaram a fase cega do estudo e 41 completaram as duas fases.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação a favor da lidocaína tópica

HICKEY et al, 2016

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, crossover	
Participantes	46 Mulheres com câncer de mama e desconforto sexual	
Intervenções	Lubrificante a base de silicone (N=24) X lubrificante a base de água (N=22) - cada lubrificante por 4 semanas	
Desfechos	<p>Não houve diferença estatística entre os grupos em relação a desconforto sexual (diferença de 0.7, IC95% 0-1.4).</p> <p>Na análise post-hoc houve melhora maior do desconforto com lubrificante a base de silicone (odds ratio 5.4, IC 95% 1.3-22.1, p=0.02).</p> <p>O dobro das pacientes preferiu o lubrificante a base de silicone (N=20) em comparação com o lubrificante a base de água (N=11), mas sem diferença estatística.</p> <p>88% informaram continuar com desconforto sexual independente do lubrificante utilizado.</p>	
Nota	<p>Não houve período de washout, pois os lubrificantes não persistem no local e não são absorvidos sistemicamente.</p> <p>Questionário de atividade sexual, Escala revisada de estresse sexual feminina, Escala geral de acesso ao tratamento oncológico, Escala de câncer de mama e sintomas endócrinos, Índice de eficácia de intervenção feminina.</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização 1:1 em blocos de 4 cm sequencia gerada por Excel.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Líquidos claros e sem odor em embalagens idênticas.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não informa

Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Descreve perdas de seguimento e desistência. Semelhante entre os grupos.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	Não houve mudança de protocolo depois que o estudo iniciou.
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do lubrificante de silicone

KIM et al, 2017

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego	
Participantes	136 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Gel vaginal de ácido láctico - pH balanceado (N =69) X Placebo (N=67) 3x/semana e durante as relações sexuais por 8 semanas.	
Desfechos	Desfecho primário: Dispareunia (escore de dor no IFSF) Desfecho secundário: domínios do IFSF, pH vaginal, índice de maturação vaginal e efeitos adversos. Apesar de não haver diferença entre os grupos, houve melhora importante da dispareunia. O gel de pH balanceado não foi superior ao placebo em relação a dispareunia e função sexual.	
Nota	Cálculo amostral de 47 participantes por grupo com poder de 80% em mostrar diferença de 19% no desfecho primário. Assumindo perda de 30%, foram recrutados 136 participantes. Análise por intenção de tratar e por protocolo. Tabela demográfica sem diferença entre os grupos. A análise por protocolo foi semelhante à da intenção de tratar,	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	A randomização foi feita pelo pesquisador coordenador através de site usando tabela de randomização gerada por computador em blocos de 4 ou 6 e estratificado de acordo com o status menopausal pós-tratamento do câncer de mama e com o tratamento com tamoxifeno.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Tubos idênticos de gel com e sem ácido láctico e identificado com números sequenciais de acordo com o código de randomização.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Todos os participantes foram mascarados
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Os avaliadores foram mascarados
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	4 participantes deixaram o estudo sem especificar o motivo e 19 foram perdidos no seguimento. 4 participantes do gel de ph balanceado e 2 do placebo descontinuaram o tratamento (01 de cada devido a irritação vaginal).
Relato de desfechos seletivo (viés de	Risco baixo	

relato)		
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte contra o uso de gel com pH balanceado.

LEE et al, 2011

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado	
Participantes	98 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Gel vaginal pH balanceado (N =49) X Placebo (N=49) 3x/semana por 12 semanas.	
Desfechos	Ressecamento vaginal e dispareunia melhoraram mais com o gel de pH balanceado que o placebo (média basal de 8.2 comparado com a média final de 4.23 [p=.001] e 8.23 comparado com 5.48 [p=.04], respectivamente). O gel de pH balanceado reduziu o pH vaginal (p<0.001) e melhorou o índice de maturação vaginal (p<0.001) e de saúde vaginal (p=.002). Não houve diferença entre os grupos com relação a efeitos adversos, exceto pela leve irritação inicial com o gel de pH balanceado.	
Nota	Ressecamento vaginal e dispareunia foram analisados através de escala analógica de dor, índice de saúde vaginal e pH vaginal. Endométrio e ovários avaliados por ultrassom transvaginal. Cálculo amostral de 49 participantes em cada grupo com margem de perda de 20%. Análise por intenção de tratar. Na tabela demográfica não houve diferença entre os grupos.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por lista de blocos permutados de 4 por terceiro antes do estudo.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Tubos de gel vaginal de tamanho e embalagem idênticas com número sequencial de acordo com código de randomização.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descreve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Não houve diferença entre os grupos com relação a efeitos adversos, exceto pela leve irritação inicial com o gel de pH balanceado. Perda de 12 participantes (12%): 5 do gel pH balanceado e 7 do placebo.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação forte a favor do gel vaginal de ácido láctico

MELISKO et al, 2017

Método	Ensaio clínico randomizado, aberto, fase 2	
Participantes	76 Mulheres com câncer de mama em uso de inibidores de aromatase e com ressecamento vaginal e diminuição de libido por 12 semanas. ---> 69 completaram tratamento em 12 semanas.	
Intervenções	Creme vaginal de testosterona (N=34) X Anel vaginal de estradiol (N=35)	
Desfechos	<p>Média basal de E2 foi de 20pg/ml.</p> <p>Elevação persistente de E2 não foi observado no grupo do anel vaginal, mas esteve presente em 4 participantes no grupo da testosterona.</p> <p>Elevação transitório de E2 foi observado em 4 com anel vaginal e em 4 do grupo da testosterona.</p> <p>Atrofia vagina, interesse sexual e disfunção sexual melhoraram em todas as pacientes.</p> <p>Conc: As duas intervenções foram seguras.</p>	
Nota	<p>A intervenção seria considerada insegura se mais de 25% das participantes apresentassem elevação persistente de estradiol (> 10pg/ml ou pelo menos 10pg/ml acima do basal depois do início do tratamento em 2 testes consecutivos com intervalo de pelo menos 2 semanas. – Evidência indireta.</p> <p>Sem grupo placebo.</p> <p>Com 35 participantes em cada braço, o estudo foi desenhado para ter 98% de poder.</p> <p>Média basal de E2 entre os grupos era diferente (Anel: 26.8; Testos: 9.0pg/ml).</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização 1:1 pelo coordenador do estudo com blocos permutados estratificado pelo uso de antidepressivos e status de relacionamento.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco alto	As intervenções foram utilizadas em veículos diferentes.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Não houve
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Não houve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	<p>- 4 Pacientes do grupo do anel vaginal descontinuaram: 2 por inabilidade em manter o anel na vagina; 1 devido a odor vaginal e desconforto; 1 por emergência familiar.</p> <p>- 2 Pacientes descontinuaram a testosterona: 01 devido a herpes vulvar com celulite; 1 por aumento de E2. 01 perdeu seguimento.</p>
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do anel vaginal e creme de testosterona

PFEILER et al, 2011

Método	Estudo observacional, tipo antes e depois	
Participantes	10 mulheres com câncer de mama em uso de inibidor de aromatase	
Intervenções	Estriol vaginal diário por 2 semanas	
Desfechos	Não houve mudança nos níveis de estradiol, mas houve redução de FSH e LH, demonstrando efeito sistêmico. – Evidência indireta. 5 de 6 pacientes notam melhora no ressecamento vaginal e dispareunia.	
Nota		
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Não se aplica	
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do creme de estriol

WITHERBY et al, 2011

Método	Estudo de fase I/II, antes e depois	
Participantes	20 Mulheres com câncer de mama em uso de inibidor de aromatase	
Intervenções	Testosterona tópica vaginal diário por 28 dias (10 receberam 300µg e 10 receberam 150µg)	
Desfechos	A dosagem de estradiol se manteve suprimida. Houve melhora de dispareunia (p=.0014) e de ressecamento vaginal (p<.001). A melhora foi semelhante nas duas dosagens (p=.37)	
Nota	Dosagem de estradiol e testosterona sérica. Exame ginecológico com avaliação de pH e citologia, sintomas de atrofia vaginal Questionário de avaliação de sintomas	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	Conveniência
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos	Risco baixo	Sim

avaliadores dos desfechos (viés de detecção)		
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Não se aplica	
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Não se aplica	
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor da testosterona vaginal

APÊNDICE C - Características dos Estudos Incluídos – Fogachos

BERLIÈRE et al, 2018

Método	Estudo Observacional - coorte	
Participantes	300 mulheres com câncer de mama	
Intervenções	150 foram submetidas a cirurgia de mama sob anestesia geral (grupo 1); 150 foram submetidas a cirurgia de mama sob sedação hipnótica (grupo 2)	
Desfechos	Diminuição de fogachos no grupo 2 ($p= 0.0000000000021$)	
Nota	Os fogachos foram avaliados durante o período de terapia endócrina, mas não fala qual a medida utilizada (desfecho secundário). Tabela demográfica equilibrada, apesar de não descrever critérios de seleção e exclusão e alocação. Descreveu o processo de hipnose. Não relata tempo de seguimento. Não cita confundidores – uso de medicações para tratamento de fogachos?	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	Não randomizado
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	Não randomizado
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	Não se aplica
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	Não se aplica
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	Não mostra como o desfecho foi avaliado e nem a quantidade de ocorrência em cada grupo.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco alto	Relata apenas que há diferença estatística entre os grupos, mas sem informar valores.
	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da sedação hipnótica

BIGLIA et al, 2009

Método	Ensaio Clínico Randomizado
Participantes	115 mulheres com câncer de mama com sintomas vasomotores
Intervenções	900mg de gabapentina (n = 60) X Vitamina E 800UI (n = 55) por 12 semanas
Desfechos	<i>Objetivo Primário:</i> Sintomas vasomotores (diário, Escore de Menopausa - MRS): a frequência e o escore de fogachos diminuíram em 57.05% e 66.8% respectivamente para a gabapentina ($p<0.05$); A vitamina E reduziu a frequência de fogachos em 10.02% e o escore em 7.28% ($p>0.05\%$). <i>Objetivo secundário:</i> qualidade de sono e qualidade de vida (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh e SF-36 Health Survey): A gabapentina melhorou a qualidade do sono em 21,33% ($p<0.05\%$).
Nota	(N tratamento = 43) Gabapentina foi interrompida por 12 (28%) devido a tontura e sonolência ---> 30 completaram o estudo em 3 meses. (N tratamento =46). A Vit. E foi interrompida por (16) 34.78% devido ineficácia. Nenhuma desistiu por efeito colateral. Descreve critérios de inclusão e exclusão. Houve escalonamento da gabapentina até a dose de 900mg/dia

	<p>Dosagem de FSH, LH e estradiol basal e com 12 semanas. O uso de diário para os fogachos foi mantido até 3 meses após o término da intervenção. Tabela demográfica -ok 17 (28.3%) do grupo da gabapentina e 9 (16.36%) do grupo da Vit E. desistiram antes de iniciar intervenção, por receio no uso de antiepilético e seus efeitos colaterais e no grupo da Vit. E. não queriam adicionar nova medicação aos já usados para o tratamento do câncer de mama. Tamanho amostral pequeno.</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Tabela de randomização
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco alto	Não cego
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco incerto	Não há descrição
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não há descrição
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Baixo risco	Gabapentina foi interrompida por 28% devido a tontura e sonolência A Vit. E foi interrompida por 34.78% devido ineficácia
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Baixo risco	-
Outros Viés	Evidência Alta	Recomendação forte a favor da gabapentina

BIGLIA et al, 2016

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	58 Mulheres com câncer de mama com comprometimento emocional ---> 34 iniciaram o estudo de fato	
Intervenções	Duloxetina 60mg/dia (SNRI) (n =28) X Escitalopram 20mg/dia (SSRI) (n=30) 12 semanas	
Desfechos	<p>Diário de frequência e intensidade de sintomas Em ambos os grupos houve redução da frequência e intensidade dos fogachos em 12 semanas sem diferença significativa. Redução da frequência de fogachos em 49.8% no grupo da duloxetina e 53% no grupo do escitalopram.</p>	
Nota	<p>12 pacientes no grupo da duloxetina (42.8%) e 12 pacientes do grupo do escitalopram (40%) desistiram antes de iniciar o tratamento. 3 pacientes de cada grupo desistiram do estudo devido a efeitos colaterais (náuseas, boca seca, sonolência, fraqueza). Efeitos colaterais limitados e restritos a primeira semana Tabela demográfica – sem diferença entre os grupos Limitação – amostra pequena e ausência de grupo placebo</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve o método de randomização

Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco alto	Estudo não cego
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo não cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descreve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Baixo risco	Descreve as perdas - balanceadas Não mudaria desfecho
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Baixo risco	
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da duloxetina e escitalopram

BOEKHOUT et al, 2011

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, controlado por placebo, multicêntrico	
Participantes	102 mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Clonidina 0.1mg (N=28) X Venlafaxina 75mg (N=35) X Placebo (N=17) por 12 semanas	
Desfechos	<p>Questionário avaliou o escore diário de fogachos</p> <p>Em 12 semanas, 80 pacientes foram avaliadas.</p> <p>Comparado ao placebo, tanto a clonidina como a venlafaxina apresentaram redução de 45% nos fogachos, com respostas semelhantes com 12 semanas. Mas a venlafaxina teve um início de ação mais rápido.</p> <p>Venlafaxina - náuseas, perda de apetite e constipação. O ideal é que a venlafaxina seja iniciada com 37.5mg/dia e seja aumentada conforme a necessidade e assim diminuir os efeitos colaterais.</p> <p>Disfunção sexual e qualidade de sono não tiveram diferença significativa entre os grupos.</p>	
Nota	Descreve os critérios de inclusão e exclusão	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Randomização (2:2:1) pela Central de Dados do Instituto do Câncer da Holanda com estratificação por idade, duração dos sintomas, terapia endócrina concomitante e quimioterapia prévia.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Baixo risco	Manipulação de cápsulas idênticas
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Baixo risco	Cegamento de participantes e profissionais
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	A central de dados do Instituto Nacional do Câncer da Holanda e o farmacêutico sabiam da alocação
Desfechos incompletos (viés de	Baixo risco	Não houve diferença significativa entre os grupos com relação as perdas;

atrito)		
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco incerto	Não descreve valores sobre função sexual, ansiedade e qualidade do sono. Apenas cita que não houve diferença entre os grupos.
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte a favor da venlafaxina

BORDELEAU et al, 2010

Método	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, cross-over	
Participantes	66 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Venlafaxina X Gabapentina: 7 dias de Venlafaxina 37.5mg/dia seguido de 75mg/dia por 21 dias. Gabapentina 300mg/dia por 3 dias, seguindo de 600mg/dia por 3 dias e depois 900mg/dia por 22 dias. 2 semanas de washout	
Desfechos	Uso de diários para mensurar fogachos e possíveis toxicidades das medicações e questionário de preferência no final do estudo 56 informaram preferência: 18 (32%) gabapentina e 38 (68%) venlafaxina ($p = .01$). Os dois reduziram os fogachos em 66% Venlafaxina: Náuseas, perda de apetite, constipação e redução humor negativo, dificuldade em atingir orgasmo; Gabapentina: tontura e aumento de apetite	
Nota	Critérios de inclusão e exclusão – ok	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por uma central em Hospital Monte Sinai Blocos de randomização com mistura de blocos de tamanho 4 e 2.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Envelopes sequenciais, numerados e selados
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Apesar de ser estudo aberto, houve cross-over entre os participantes.
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não informa
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	8 pacientes desistiram sem informar a preferência, mas não causou modificação entre os grupos. Término antes por rejeitar a hipótese nula Venlafaxina: 7 desistiram por efeitos colaterais; gabapentina: 12 desistiram por efeitos colaterais.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	Não detectado
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte a favor da venlafaxina

CAAN et al, 2012

Método	Estudo observacional	
Participantes	3088 mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Observar a relação entre peso e fogachos após 2 anos do diagnóstico do câncer	
Desfechos	69.2% mantiveram entre 10% do peso antes do diagnóstico do câncer; 4.8% perderam 10% do peso inicial; 26% ganharam pelo menos 10% do peso inicial; As que ganharam peso tiveram mais chance de reportar fogachos do que as mulheres que mantiveram o peso (OR 1.33; IC 95% 1.11 -1.60, p=0.03); A perda de peso foi associada a redução de fogachos, mas de forma não significativa (OR 0.72; IC 95% 0.47-1.08, p=.118); No período basal, 36% das 2938 pacientes reportaram fogachos moderados a intensos;	
Nota	Coletada de dados durante visitas - basal, 1 ano e 4 anos. Questionário - Center for Epidemiologic Studies Depression screen; Qualidade de vida: Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey; Atividade física: Women's Health Initiative; Tabela demográfica –ok	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Não se aplica	
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Baixo risco	
Outros Viés	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor do controle de peso

CAPRIGLIONE et al, 2016

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado	
Participantes	80 (91%) pacientes com câncer ginecológico (total -86)	
Intervenções	Paroxetina 7.5mg (n= 42) X Placebo (n=38) 16 semanas	
Desfechos	Avaliação basal, 4 semanas e 16 semanas. A redução na frequência dos sintomas vasomotores foi maior no grupo da paroxetina (- 46.5) que no grupo placebo (-39.3) p=0.009 em 16 semanas. Melhora do sono no grupo da paroxetina.	
Nota	As análises foram por intenção de tratar Na tabela demográfica não cita os tipos de câncer ou tratamento oncológico em cada grupo (fatores de confusão importantes) Sem efeitos colaterais significativos.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento

Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Randomização 1:1
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Sem informação
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Baixo risco	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não informado
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	-
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	8 perdas, mas sem diferença entre os grupos.
Outros Viés	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor da Paroxetina

CARPENTER et al, 2012

Método	Ensaio clínico randomizado, parcialmente randomizado 2:2:1 e estratificado por grupo	
Participantes	218 mulheres (96 sobreviventes de câncer de mama e 122 mulheres menopausadas sem câncer)	
Intervenções	Treinamento e suporte para respiração ritmada durante a onda de calor (88) X Controle de respiração superficial e rápida (86) X controle (44)	
Desfechos	Não houve diferença significativa entre os grupos com relação ao desfecho primário (frequência e severidade dos fogachos) em 16 semanas. A maioria das participantes das intervenções não atingiram 50% de redução dos sintomas vasomotores. Conclusão: A respiração ritmada é improvável de promover benefício clínico.	
Nota	Mulheres em tratamento para fogachos não foram excluídas, mas esse dado foi usado como covariável. Diário eletrônico basal, 8 semanas e 16 semanas. 0 a 10 Foi calculado amostra de 193 participantes para obter 80% de poder em demonstrar diferença entre os grupos. Estimativa de 50% de redução dos sintomas no grupo intervenção versus 25% dos grupos controles (placebo)	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização 2:2:1 em blocos de 10 e estratificação por grupo
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização com lista eletrônica protegida por senha
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Cegamento parcial
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de	Risco baixo	Houve cegamento dos coletores de dados

detecção)		
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Demonstra todos os dados e perdas.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	Demonstra todos os dados
Outros Viés	Evidência Alta	Recomendação forte contra a respiração ritmada

CARSON et al, 2009

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	37 mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Programa de Yoga (17) X Lista de espera – controle (20) 8 atividades em grupo/ semana com duração de 120min 40 min de alongamento, 10 min de técnica de respiração, 25 min de meditação, 20min de estudo de tópicos pertinentes, 25 min de discussão de grupo.	
Desfechos	Melhora no controle da frequência dos fogachos e severidade, além de melhora de dores articulares, fadiga, distúrbio de sono e vigor. Em 3 meses após a intervenção, houve manutenção dos desfechos e melhora significativa em humor negativo, relaxamento e aceitação.	
Nota	Cálculo amostral de 40 pacientes (20 em cada grupo) para atingir poder de 80% em demonstrar diferença entre os grupos ---> O estudo não atingiu o n necessário. Diário	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Tabela numérica
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Envelopes
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Não há como fazer cegamento de participantes
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Houve cegamento
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Perda – Yoga (13/17 = 76%) e controle (17/20 = 85%). p=.5
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da Yoga

CHEN et al, 2014

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado	
Participantes	95 mulheres com câncer de mama na pós menopausa	
Intervenções	Melatonina 3mg (N = 48) X Placebo (N = 47) por 4 meses	
Desfechos	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh; questionário de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; Diário de fogachos do North Central Cancer Treatment Group. 86 (91%) completaram o estudo	

	Houve melhora na qualidade do sono (-1.9X-0.1) P= 0.001 Não houve diferença em fogachos e depressão entre os grupos.	
Nota	Aderência: Diário de medicação e contagem de pílulas Análise por intenção de tratar Avaliação de fogachos foi feita em 44 pacientes que tinham os sintomas antes da alocação -80% de poder em detectar diferença de 2.4 no escore médio. ---> Desfecho secundário Perdas: 01 participante do grupo controle devido a insônia; 4 participantes do grupo da melatonina devido a toxicidade grau I e II (dor de cabeça, insônia e pesadelos); 3 participantes perderam seguimento (2 do grupo controle e 1 da melatonina); 1 do grupo placebo para realizar radioterapia devido a recidiva do câncer.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Randomização 1:1 Não relata o processo
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Cápsulas idênticas
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Cegamento
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Taxa de atrito de 9.5% (8.5% no placebo e 10.4% na melatonina) p =0.75
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca contra a melatonina

CHILCOT et al, 2014

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	96 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Terapia cognitivo-comportamental (N=47) X Cuidados usuais (N =49)	
Desfechos	A TCC diminuiu a taxa de fogachos em 9 semanas, independentemente da idade, IMC, tempo desde o diagnóstico do câncer, status menopausal ao diagnóstico ou tipo de tratamento do câncer (radioterapia ou quimioterapia ou terapia endócrina). O benefício foi maior em mulheres que não receberam quimioterapia, nas que tinham maiores nível de estresse psicológico no tempo basal e em mulheres não-brancas. Pensamentos sobre o controle dos fogachos foram os principais mediadores na melhora dos sintomas. A mudança cognitiva melhora ainda o humor e o sono.	
Nota	6 sessões semanais de 1,5h, gravadas. 2 psicólogos Em cada sessão, os participantes recebiam tarefas para casa e depois faziam o feedback. Relaxamento e respiração ritmada	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de	Risco baixo	Randomização por blocos em sistema por internet

seleção)		1:1 estratificação
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não há relato
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	O coordenador do estudo e o estatístico não souberam da alocação
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Não relata perdas.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor da TCC

DE VALOIS et al, 2010

Método	Estudo observacional – sem braço controle, avaliação antes e depois	
Participantes	50 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Acupuntura tradicional – 8 sessões 1x/semana, seguimento até 18 semanas após o término da intervenção	
Desfechos	<p>Diário de fogachos, questionário de saúde feminina, questionário de fogachos e suores noturnos</p> <p>Redução na frequência de fogachos em 49.8% (IC 95%: 40.5-56.5) N=48</p> <p>A percepção dos fogachos como um problema reduziu em 2.2 pontos (DP=2.15, n=48, t= 7.16, p<0.0001)</p> <p>Houve melhora em 7 domínios dos Questionário de Saúde Feminina incluindo ansiedade/medo, concentração/memória, problemas menstruais, comportamento sexual, problemas com sono, sintomas somáticos e vasomotores.</p> <p>Além da redução dos fogachos, houve melhora no bem-estar físico e emocional.</p> <p>Poucos efeitos colaterais.</p>	
Nota		
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	1 perda devido a dificuldade de transporte; 01 perda com causa desconhecida.
Relato de desfechos	Risco baixo	

seletivo (viés de relato)		
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor da acupuntura

DUIJTS et al, 2012

Método	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico	
Participantes	422 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	TCC (N =109) X Exercícios físicos (N=104) X TCC + EF (106) X lista de espera - controle (103).	
Desfechos	<p>Questionário (Hot Flush Rating Scale) aplicado em tempo 0, 12 semanas e 6 meses.</p> <p>Os grupos de intervenção tiveram redução significativa dos sintomas endócrinos ($p < 0.001$; tamanho de efeito 0.31-0.52) e de sintomas urinários e na função física;</p> <p>Os grupos com TCC tiveram diminuição na percepção da intensidade dos fogachos e suores noturnos ($p < .001$; tamanho de efeito 0.39-0.56) e aumentou a atividade sexual.</p> <p>A maioria dos efeitos persistiram no seguimento de 6 meses.</p>	
Nota	<p>TCC - 6 sessões em grupo/semanais de 90 minutos, incluindo exercícios de relaxamento.</p> <p>EF - 12 semanas, individual, em casa de 2.5 a 3h por semana. Todas receberam monitor cardíaco e tinham auxílio de fisioterapeuta para a escolha da melhor atividade física.</p> <p>Com mais de 100 pessoas por grupo, o estudo teve 90% em detectar tamanho de efeito de 0.4.</p> <p>Tabela demográfica - ok</p> <p>Baixa adesão - 58% TCC, 64% EF, 70% TCC+EF não preencheram critérios para adesão</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Randomização em bloco
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Não houve cegamento, mas não mudaria o desfecho
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descreve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	A análise de protocolo foi semelhante a por intenção de tratar
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor da TCC + EF

FRISK et al, 2011

Método	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico	
Participantes	45 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Eletoacupuntura (N= 27) por 12 semanas X Terapia hormonal estrogênio-progesterona (TH) (N=18) por 24 meses. Seguimento de 2 anos.	
Desfechos	EA - Escore de Fogachos diminuiu 80% Ambos EA e TH melhoram a qualidade de vida e sono, por diminuírem a frequência e o incomodo dos fogachos. Diário e questionário Women's Health Questionnaire e Psychological and General Well-Being Index --> EA: a média no número de fogachos/24h reduziu em 55% (p<0.001) após 12 semanas e redução de 49% em 12 meses (p=0.009); ---> TH: a média no número de fogachos/24h reduziu em 100% (p<0.001) após 12 semanas	
Nota	Este estudo é um braço do estudo HABITS (ECR TH X Não TH em mulheres com câncer de mama para avaliar recorrência - estudo encerrado precocemente devido ao aumento no número de recidivas). Houve poder de 90% com nível de significância de 95%.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por computador na Universidade de Uppsala e estratificado por centro participante, uso prévio de TH e tratamento atual com tamoxifeno.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não há relato
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Não tem como fazer cegamento
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não há relato
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	Perda de 1 paciente do grupo da EA, que iniciou outra terapia alternativa. 19 pacientes completaram as 12 semanas de EA e no seguimento de 24 meses, havia 7 pacientes. 2 pacientes do grupo TH por recorrência 11 pacientes do grupo TH completaram o seguimento de 24 meses.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da EA

GARLAND et al, 2017

Método	Ensaio clínico randomizado
Participantes	58 Sobreviventes de câncer de mama
Intervenções	Eletoacupuntura (EA) por 8 semanas (N=30) X Gabapentina 900mg/dia (N=28)
Desfechos	Desfecho primário: Índice de Qualidade do sono de Pittsburg (PSQI) Desfecho secundário: Domínios específicos do PSQI

	<p>Diário de Fogachos A média de redução no PSQI escore foi significativamente maior no grupo da EA (-2.6 X -0.8, p=0.044) As pacientes do grupo da EA tiveram melhor sono pelo PSQI (-2.6 X -0.8; p=0.044), menor período de latência para o sono (-0.5X 0.1; p= 0.041); melhor eficiência no sono (-0.6 X0.0; p =0.05); Em ambos os grupos houve redução significativa dos fogachos (EA: 15.5 para 8.1, Δ =7.4; GP: 13.2 para 8.0, Δ 5.2).</p>	
Nota	A razão para não aderência à EA foi ter que marcar o retorno e o tempos dispensada. A justificativa para não aderência a gabapentina foram os efeitos colaterais.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Randomização por números gerados por computadores. Randomização estratificada por estatus hormonal e em blocos de 4 ou 8.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Baixo risco	Envelopes selados
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Cegamento não é possível
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não há descrição.
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	27 (90%) completaram o tratamento da EA. 21 (75%) do grupo da gabapentina foram aderentes ao tratamento.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo.	-
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da EA e da gabapentina

HAEST et al, 2011

Método	Estudo observacional, coorte não controlada	
Participantes	34 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Bloqueio do gânglio estrelado	
Desfechos	Os fogachos reduziram em 64% na primeira semana (IC 95%: - 74% a - 49%) e em 47% em 24 semanas (IC 95%: - 62% a -27%). O OR para melhora na qualidade do sono foi de 3.4 na primeira semana (IC 95%: 1.6 a 7.2) e de 4.3 na semana 24 (IC 95%: 1.9 a 9.8)	
Nota	Formulário de Sintomas Climatéricos, diário, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh Em curto prazo, o Bloqueio do gânglio estrelado parece ser efetivo no tratamento de fogachos com morbidade aceitável, com melhora da qualidade do sono a longo prazo. Todas as pacientes tiveram a Síndrome de Horner (miose, ptose, anidrose e enoftalmia) temporária por 2 a 6h. Sem efeitos colaterais sérios em curto e longo prazo. Procedimento invasivo.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência	Não se aplica	

aleatória (viés de seleção)		
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	Efeito placebo. Não teve grupo controle
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do bloqueio de gânglio estrelado

HERVIK; MJALAND, 2009

Método	Ensaio clínico randomizado, controlado	
Participantes	59 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Acupuntura Tradicional Chinesa por 10 semanas (N = 30) X Sham acupuntura (controle) (N= 28)	
Desfechos	Índice de Kupperman Seguimento por 12 semanas após término da intervenção Redução de 50% dos fogachos diurnos e noturno no grupo da acupuntura ($p=0.002$) e em 30% no seguimento de 12 semanas. Sham acupuntura: redução de 25% nos fogachos diurnos, mas foi revertido no seguimento de 12 semanas. O índice de Kupperman reduziu em 40% no grupo da acupuntura e sem mudança no grupo da sham acupuntura.	
Nota	Não mostra tabela demográfica	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco alto	Não descreve método de randomização Não mostra tabela demográfica
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Envelope selado
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Cegamento dos participantes
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Atitude neutra era aplicada em relação aos pacientes e todas as informações eram manejadas por uma secretária "cega" em relação ao grupo de tratamento.
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco incerto	Não descreve perdas
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Baixo risco	-

relato)		
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da acupuntura tradicional chinesa

HEUDEL et al, 2018

Método	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, fase III, duplo cego, controlado por placebo	
Participantes	299 Mulheres com câncer de mama --> 138	
Intervenções	Completo de homeopatia BRN-01 (Actheane®) (N= 65) X Placebo (N = 73) por 4 semanas Prévia de 2 a 4 semanas de administração de placebo e depois a randomização ---> 138	
Desfechos	Diário Não houve diferença significativa na redução dos fogachos entre os grupos	
Nota	Fatores de confusão foram coletados (IMC, tabagismo, etilismo, práticas de relaxamento, atividade física, acupuntura, psicologia, suporte homeopático, antidepressivos, etc.). Estudo desenhado com poder de 90% em detectar variação de 5 pontos entre os grupos. Cálculo de tamanho amostral de 280 para randomização de 138 (69 por cada braço) Análise por intenção de tratar. Aderência foi similar entre os grupos	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Randomização (1:1) por plataforma centralizada em web e estratificada por terapia endócrina e local de recrutamento. Em bloco de 4.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Os comprimidos e embalagens eram idênticos
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Baixo risco	Cegamento dos pacientes
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Baixo risco	Cegamento dos avaliadores
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Baixo risco	Houve descrição clara das perdas e foram semelhantes nos grupos
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Baixo risco	Protocolo
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte contra o uso de homeopatia

JOFFE et al, 2010

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado	
Participantes	53 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Zoldipem 10mg + Venlafaxina XR 75mg (N =25) X Placebo + SSRI/SNRI (N=28)	
Desfechos	Não houve diferença entre os grupos em relação à melhora dos fogachos. O crescimento do Zolpidem favoreceu o sono (40 X14%, p=0.035), assim como qualidade de vida.	
Nota	38 completaram o protocolo (57% no grupo placebo e 88% no grupo	

	zolpidem) Diário de sintomas vasomotores do grupo de tratamento do câncer do Norte Monitor cutâneo para avaliar os fogachos noturnos. Foi calculado amostra de 35 participantes em cada braço do estudo para detectar diferença de 0.75 com 90% de poder. Com 52 participantes recrutadas, o comitê de monitorização do Dana Farber orientou alterar o cálculo amostral devido as perdas desiguais de participantes entre os grupos (diminuição no poder para 80% em detectar diferenças). Tabela demográfica - sem diferenças entre os grupos Avaliação por intenção de tratar Mulheres que já utilizavam o SSRI/SNRI foram mais propensas a continuar no estudo do que as pacientes que iniciaram a venlafaxina recente.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Randomização por bloco de 4 e estratificação por uso de SSRI/SNRI
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Baixo risco	Sim
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descreve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	38 (71%) completaram o protocolo (57% no grupo placebo e 88% no grupo zolpidem).
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca contra o uso de zolpidem para fogachos

LESI et al, 2016

Método	Ensaio clínico randomizado, controlado, multicêntrico
Participantes	190 Mulheres com câncer de mama
Intervenções	Acupuntura + Autocuidado (N =85) X Autocuidado (N =105) por 12 semanas
Desfechos	Acupuntura reduziu significativamente os fogachos ($p < .001$) e em 3 e 6 meses ($p = .0028$ e $p = .001$, respectivamente). Acupuntura foi associada a menos sintomas climatéricos e melhor qualidade de vida nas dimensões vasomotoras, física e psicossocial ($p < .05$). A média dos fogachos foi de 22.7 e 11.3 no grupo controle e na acupuntura, respectivamente, com diferença estimada em -11.4 (IC95%, -16.4 a -6.3; $p < .001$). A análise por protocolo foi semelhante. Sem diferença entre os grupos no domínio sexual. A atividade física foi mais frequente no grupo controle. 12 participantes da acupuntura tiveram efeitos adversos leves (dor de cabeça, dor muscular e sangramento menstrual)
Nota	Autocuidado: livreto com os sintomas climatéricos e formas de manejo. Seguimento de 6 meses após o tratamento.

	Análise por intenção de tratar. Tabela demográfica semelhante entre os grupos	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Baixo risco	Randomização 1:1 por uma central estatística usando Microsoft Excel e com estratificação por terapia hormonal
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Baixo risco	Alocação via web somente após o recrutamento
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo não cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descrito
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Teve mais perda (perda de seguimento) no grupo controle (14) X acupuntura (2). Não modificaria resultados
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência Moderada	Recomendação forte a favor da acupuntura

LILJEGREN et al, 2010

Método	Ensaio clínico randomizado, controlado	
Participantes	84 Mulheres com Câncer de Mama -->74	
Intervenções	Acupuntura (38) X Acupuntura-controle (36) por 5 semanas	
Desfechos	Sem diferença significativa entre os grupos. Grupo acupuntura: redução dos fogachos em 42% e no grupo controle, redução de 47% Na análise de subgrupo, houve diferença significativa na severidade dos suores noturnos (p=0.03)	
Nota	Cálculo amostral de 84 participantes para detectar redução de 60% dos sintomas com a acupuntura com poder de 80% e nível de significância de 5%. Uso de diário Na semana 18, os participantes foram questionados se eles sabiam para qual grupo foram alocados e a razão. 69.4% do grupo da acupuntura acertaram e 63.9% do grupo controle acertaram. Análise por intenção de tratar Tabela demográfica balanceada	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco Baixo	A randomização foi feita por telefone para uma central de pesquisa clínica no Centro de oncologia do Hospital Universitário de Karolinska. Randomização foi feita usando lista balanceada estratificada para quimioterapia adjuvante usando técnica de permuta em bloco.
Ocultação da	Risco Baixo	Descrição da técnica de acupuntura e

alocação (viés de seleção)		do controle. Medidas tomadas para cegamento.
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Cegamento dos participantes, mas não eficiente em mais de 60% dos participantes.
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Não houve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco Baixo	90% de aderência ao grupo da acupuntura e 86% ao grupo controle. O texto explica os motivos das perdas nada que comprometa a avaliação).
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco Baixo	-
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca contra a acupuntura

MANN et al, 2012

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	96 Mulheres com Câncer de Mama	
Intervenções	Terapia cognitiva comportamental + cuidados usuais (N =47) X cuidados usuais (N = 49)	
Desfechos	TCC reduziu fogachos em 9 semanas (redução média de -1.67, IC 95%: -2.43 a -0.91, p<0.0001) e manteve efeito em 26 semanas (diferença média -1.76, -2.54 a -0.99, p<0.0001)	
Nota	TCC: sessões de 90min por semana durante 6 semanas e inclui psicoeducação, respiração pausada e estratégias cognitiva comportamentais para o manejo dos fogachos. Avaliação basal, 9 semanas e 26 semanas. Análise por intenção de tratar modificada Sem efeitos adversos Cálculo amostral de 96 pacientes para conseguir um poder de 90% em demonstrar diferença de 2 pontos entre o TCC e os cuidados usuais. Esse cálculo permitia perdas de 20%.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização em blocos de 12-20 participantes, estratificado por idade e feita sequência gerada por computador. (1:1)
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Não foi possível
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Estatístico e pesquisador que avaliou as medidas de desfecho foram cegados sobre a alocação dos grupos.
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Perdas foram semelhantes entre os grupos (p=0.99 em 9 semanas e p=0.76 em 26 semanas) Aderência de 91% no grupo do TCC.

Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	Os financiadores não tiveram participação do desenho do estudo, nem avaliação, assim como na escrita do artigo.
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação forte a favor da TCC

MAO et al, 2015

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	120 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Eletroacupuntura (N=30) X Gabapentina 900mg (N=28) X controle (Sham acupuntura (N=32) X pílulas de placebo (N=30))	
Desfechos	<p>A média de redução dos fogachos foi maior no grupo da eletroacupuntura, seguindo da sham acupuntura, gabapentina e pílula de placebo (-7.4 v -5.9 v -5.2 v -3.4, p<0.001).</p> <p>Os efeitos adversos foram maiores com as pílulas: gabapentina (39.3%), pílula de placebo (20%), eletroacupuntura (16.7%), sham acupuntura (3.1%) p=.005.</p> <p>Em 24 semanas, a redução dos fogachos foi maior na eletroacupuntura, seguindo da sham acupuntura, pílula de placebo e gabapentina (-8.5 v -6.1 v 4.6 v 2.8; p=.002)</p> <p>Conc: A acupuntura produz maior efeito placebo e menor efeito nocebo.</p>	
Nota	<p>Cálculo de 26 participantes em cada grupo placebo para detectar diferença de 20% com poder de 80%, com nível de significância de 0.05. Assumindo perda de 20%, seria necessário recrutar 30 participantes por grupo, com total de 120 pessoas.</p> <p>Tabela demográfica balanceada.</p> <p>Na avaliação do cegamento a proporção de acertos e erros entre os grupos de acupuntura e sham acupuntura foram semelhantes (p=.45) e entre gabapentina e pílulas de placebo também (p=.26). Entre as intervenções controle, também foi semelhante (p=.50).</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização com números gerados por computador, estratificado por terapia hormonal e incluiu blocos de 4 ou 8 participantes.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco baixo	Envelope opaco e selado
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Foram cegados
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	Foram cegados
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Aderência: Eletroacupuntura (90%); Sham acupuntura (81.2%), gabapentina (75%) e pílula de placebo 80%) Perdas de seguimento: EA (4), SA (4), GP (1) PP (4)
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência alta	Recomendação forte a favor da eletroacupuntura

MARSHALL-MCKENNA et al, 2016

Método	Ensaio clínico randomizado, de fase II	
Participantes	74 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Bolsa de gel fria para travesseiro (N =37) X controle (N=38) (cuidados usuais) por 4 semanas	
Desfechos	<p>Houve redução significativa dos fogachos no grupo da bolsa de gel (-2.5 v - 1.5) (p= 0.09)</p> <p>Melhora no score de sono para a bolsa de gel X controle (8.4 v 4.3), p= 0.024</p> <p>A maioria das participantes achou a bolsa de gel fria confortável e eficiente na redução dos fogachos. Mas foi descrito como duro, desconfortável e demorou alguns dias para se acostumar.</p>	
Nota	<p>Diário de fogachos</p> <p>Cuidados usuais: Orientação sobre atividade física, dieta, redução de cafeína e álcool + folheto sobre sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama.</p> <p>Cálculo de 37 participantes por grupo para demonstrar poder de 80% e nível de significância de 10%.</p> <p>Tabela demográfica balanceada.</p>	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização (1:1) por minimização e estratificada pelo score de sono e status menopausal
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não relata
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Não houve
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Não houve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Não houve perda de seguimento. Apenas 1 desistência no grupo controle.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor da bolsa de gel fria para travesseiro

NUÑEZ et al, 2013

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, crossover, fase II	
Participantes	55 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Bupropiona 150mg 2X/dia por 4 semanas + 1 semana de washout + 4 semanas de placebo 2x/dia (N=28) X vice-versa (N =27)	
Desfechos	<p>Desfecho primário: Número de fogachos/dia</p> <p>Desfechos secundário: disfunção sexual, depressão e qualidade de vida (Arizona Sexual Experience Scale, Beck Depression Inventory, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - C30).</p> <p>A bupropiona reduziu os fogachos em 1.26/dia e o escore de fogachos em 6.31%, enquanto que o placebo reduziu em 2.11/dia (P>0.05) e o escore de fogachos em 30.47% (p> 0.05). Não houve diferença estatística em</p>	

	nenhuns desfechos secundários. Ao final do estudo 47% das pacientes preferiram a bupropiona e 53% preferiram o placebo. Não houve diferença em relação a efeitos adversos.	
Nota	O poder do estudo foi de 80% e o nível de significância de 5%. Foi considerado possibilidade de perda de 20-30%. O objetivo era detectar redução em 50% no score de fogachos. --> Cálculo amostral de 52 participantes.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Não descrito
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descrito
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Baixo risco	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descrito
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Baixo risco	Perda de 4 pacientes por efeitos colaterais (3 do grupo placebo e 1 do grupo bupropiona). 1 paciente foi excluída por não ter completado o diário de fogachos.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação contra o uso de Bupropiona

OTHMAN; AZIK, 2014

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	40 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Bloqueio de gânglio estrelado (N=20) X Pregabalina 75mg 2x/dia (N=20) por 3 meses	
Desfechos	O bloqueio do gânglio estrelado apresentou redução significativa dos fogachos em comparação com a pregabalina ($p < 0.05$) Grupo 1: Redução dos fogachos em 239.2 para 30 ao final de 3 meses ($p < 0.005$) Grupo 2: Redução dos fogachos em 206 para 53.2 ao final de 3 meses ($p < 0.005$) Na comparação dos grupos ao fim de 3 meses, o bloqueio de gânglio estrelado foi mais efetivo ($p = 0.006$).	
Nota	Diário e questionário Tabela demográfica com poucas variáveis. Apenas 01 paciente do grupo I necessitou de novo procedimento após 15 dias. Todas apresentaram a Sind. de Horner. No grupo de pregabalina, 5 pacientes apresentaram tontura leve.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Método de loteria
Ocultação da	Risco alto	Não descreve

alocação (viés de seleção)		
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco incerto	Não houve
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não houve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Não relata perdas
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor do bloqueio de gânglio estrelado

PARK et al, 2011

Método	Ensaio clínico não randomizado, não controlado (quase-experimental) tipo antes e depois	
Participantes	29 Mulheres com câncer de mama --> 25	
Intervenções	Suplemento de óxido de magnésio 400mg por 4 semanas, escalando para 800mg se necessário.	
Desfechos	17 pacientes escalaram a dose 14 pacientes (56%) tiveram redução de 50% no escore de fogachos e 19 (76%) tiveram redução de > 25% no fim de 4 semanas. A média de fogachos basal era de 52.2 e de 27.7 na semana 5, com redução de 41.4% (p=0.009)	
Nota	Cálculo de tamanho amostral de 25 participantes para demonstrar 50% de redução no desfecho com nível de significância de 0.05% e poder de 97%.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	1 perda de seguimento 3 participantes descontinuaram o tratamento (2 por efeitos colaterais; 1 por ter que realizar cirurgia durante o experimento)
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor do óxido de magnésico

PARK et al, 2015

Método	Ensaio Clínico Randomizado, duplo cego, controlado, 4 braços	
Participantes	289 Mulheres com câncer de mama ---> 267 (92%)	
Intervenções	Óxido de Magnésio 800mg (N=96) X Óxido de Magnésio 1200mg (N=97) X Placebo X Placebo (N = 96) (2:2:1:1) por 8 semanas.	
Desfechos	Não houve diferença entre os grupos em relação a média de fogachos. Os resultados não suportam o uso de óxido de magnésio para fogachos.	
Nota	Diário de fogachos validado Análise por intensão de tratar modificada Cálculo amostral de 80 participantes por braço, o estudo tem 80% de poder em detectar diferença clinicamente significativa da 5.1 com nível de significância de 5%. O cálculo amostral foi aumentado em 20% para os casos de inelegibilidade, cancelamento e violações. Não houve crossover ou co-intervenções.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por alocação dinâmica. Estratificação por idade, terapia antihormonal e frequência diária de fogachos.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Não houve cegamento
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Poucas perdas e semelhante entre os grupos
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	Estudo com resultado negativo
Outros Viés	Evidência Moderada	Recomendação forte contra o uso de óxido de magnésio.

PRUTHI et al, 2012

Método	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado	
Participantes	188 Mulheres com e sem câncer de mama ---> 146	
Intervenções	Semente de Linhaça (N=88) X Placebo (N=90)	
Desfechos	A média do escore de fogachos foi reduzida em 4.9 no grupo da linhaça e 3.5 no placebo (p=0.29) (IC 95%, -0.7 a 3.5). Em ambos os grupos as mulheres perceberam redução em 50% dos fogachos. Ambos os grupos relataram distensão abdominal, flatulência, diarreia e náuseas. Aderência e habilidade em detectar o tratamento designado foi semelhante nos grupos	
Nota	Diários Cálculo de 64 mulheres por braço para alcançar 80% de poder e taxa de 5% de erro tipo 1. Tabela demográfica bem balanceada. 52% de cada responderam que estavam recebendo placebo e 48%,	

	responderam linhaça.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por computador e alocação dinâmica e estratificada por idade, uso de Tamoxifeno/inibidor da aromatase, duração dos fogachos e número diário de fogachos.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não descreve	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Não cego
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Avaliação de 69 participantes no grupo da linhaça e 77 no grupo placebo. Aderência semelhante entre os grupos.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	Estudo negativo
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação forte contra a semente de linhaça

ROSSI et al, 2018

Método	Estudo observacional, retrospectivo, comparação antes e depois	
Participantes	357 Pacientes com câncer: câncer de mama (N = 204 - 57.1%), colón (7.3%), pulmão (5%), ovário (3.9%), estômago (2.5%), próstata (2.2%) e útero (2.5%). ---> 294 (82.5%) são mulheres e 63 (17.5%) são homens	
Intervenções	Medicina Integrativa	
Desfechos	<p>Melhora de náuseas, insônia, depressão, ansiedade, fadiga, mucosite, fogachos (p<0.01), artralgia, disgeusia e neuropatia.</p> <p>42 pacientes com fogachos: Primeira visita: G0 (0), G1 (8), G2 (18), G3 (16); Visita de seguimento: G0 (19), G1 (12), G2 (10) e G3 (1).</p> <p>21 pacientes com câncer curável recusaram (18) ou descontinuaram (3) o tratamento convencional para o câncer mesmo contra as recomendações. Dessas 17 (80.1%) tivera seguimento: 9 (53%) morreram, 7 (41.2%) continuavam em boa saúde, e 1 (5.9%) estava em declínio progressivo.</p>	
Nota	<p>O avaliador dos dados foi cegado/mascarado.</p> <p>Análise dos sintomas antes e depois do tratamento integrativo (medicamentos homeopáticos e botânicos; acupuntura; orientação dietética; atividade física; mudança de hábitos); Os sintomas são classificados em G0 (ausente), G1 (leve), G2 (moderado), forte (G3).</p> <p>Para cada sintoma, a causa era hipotetizada (ao tratamento do câncer, efeito concomitante ou pelo câncer em si).</p> <p>Radiodermatite: G1: eritema leve ou indolor, epilação, descamação e ressecamento; G2: eritema intenso e doloroso, com descamação, sudorese parcial e edema moderado; G3: descamação sudorese difusa e edema bem demarcado; G4: ulceração, hemorragia e necrose.</p>	
Risco de Viés	Falta de grupo controle; avaliação geral não específica.	
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência	Não se aplica	

aleatória (viés de seleção)		
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco baixo	O avaliador dos dados foi cegado/mascarado
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco incerto	
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	
Outros Viés	Evidência Baixa	Recomendação fraca a favor da medicina integrativa

ROSTOCK et al, 2011

Método	Estudo observacional, prospectivo, antes e depois	
Participantes	50 Mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno	
Intervenções	Cimicifuga racemosa 40mg por 6 meses	
Desfechos	<p>Redução na escala de menopausa de 17.6 (severo) para 13.6 (moderado) com $p < 0.001$</p> <p>Fogachos, sudorese, insônia e ansiedade melhoraram.</p> <p>Não houve melhora em sintomas urogenitais e musculoesqueléticos.</p> <p>22 referiram efeitos colaterais, mas não relacionados à medicação (?).</p> <p>90% referiram que a tolerabilidade foi boa ou muito boa.</p> <p>15 pacientes aumentaram a dose para 80mg, 3 para 60mg e 2 reduziram para 20mg/dia. 4 mudaram para uma preparação composta pela cimicifuga racemosa com extrato de São João.</p>	
Nota	Avaliação em 1, 3 e 6 meses usando a escala de Menopausa	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Não se aplica	
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Não se aplica	
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Não se aplica	
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Não se aplica	
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	4 descontinuaram a terapia devido a efeitos adversos: náusea, fogachos, sonolência, dor de cabeça e artralgia e pólipos endometriais (relacionados ao tamoxifeno).
Relato de desfechos	Risco baixo	

seletivo (viés de relato)		
Outros Viés	Evidência muito baixa	Recomendação fraca a favor da cimicifuga racemosa

SCHOVER et al, 2011

Método	Ensaio Clínico Randomizado	
Participantes	300 mulheres afro-americanas com câncer de mama	
Intervenções	Sisters Peer Counseling in Reproductive Issue after treatment (SPIRIT) program. Receber manual + 3 sessões presenciais de aconselhamento (N =151) X Receber manual + < de 30 minutos de aconselhamento por telefone (N =146).	
Desfechos	Em ambos os grupos houve melhora significativa em melhora do conhecimento, redução de estresse e fogachos. A função sexual melhorou no seguimento de 6 meses, mas não em 1 ano. O aconselhamento presencial teve discreto benefício sobre o aconselhamento por telefone. Após o aconselhamento presencial houve melhora de depressão, mas não houve diferença no seguimento de 12 meses. Não houve diferença no FSFI, mas no seguimento de 6 meses houve melhora para as mulheres sexualmente ativas. O programa foi considerado útil para 66% das participantes.	
Nota	Questionários foram aplicados no tempo basal, pós-tratamento, no seguimento de 6 meses e 12 meses avaliando estresse emocional, função sexual, satisfação no relacionamento, espiritualidade, sintomas climatéricos e conhecimento. Mudança dos profissionais responsáveis pelo aconselhamento. A maioria das pacientes já conheciam o conselheiro, o que pode ter inibido as respostas.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco baixo	Randomização por minimização estratificada pela idade, status cível e menopausa.
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco alto	Não informa
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Estudo aberto
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco alto	14 mulheres desistiram do aconselhamento em grupo: saúde ruim, estresse. Desconforto com os tópicos sexuais foram motivo para algumas. Seguimento de 62% em 1 ano.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência moderada	Recomendação forte a favor do manual de orientação

WALKER et al, 2009

Método	Ensaio clínico randomizado	
Participantes	50 Mulheres com câncer de mama	
Intervenções	Acupuntura (N =25) X Venlafaxina 75mg (controle) (N =25) por 12 semanas.	
Desfechos	Ambos os grupos demonstraram redução significativa de fogachos, sintomas depressivos e sintomas outros de qualidade de vida. Após 2 semanas pós-tratamento, o grupo da venlafaxina apresentou aumento de fogachos, enquanto que o grupo da acupuntura, os sintomas se mantiveram baixos. Conc: A acupuntura é equivalente ao tratamento medicamentoso. É seguro, efetivo e com efeito duradouro no tratamento dos sintomas vasomotores.	
Nota	Diário de fogachos, Questionário de qualidade de vida específico para menopausa, Inventário de Depressão de Beck Seguimento de 1 ano pós-tratamento. O grupo da venlafaxina teve 18 episódios de efeitos adversos (ex. náuseas, boca seca, tontura e ansiedade), enquanto que a acupuntura não teve efeitos adversos.	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco alto	Estudo aberto
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco alto	Estudo aberto
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco baixo	Perdas semelhantes entre os grupos
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca a favor da acupuntura

WU et al, 2009

Método	Estudo clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado	
Participantes	65 Mulheres com ou em alto risco para câncer de mama e que apresentam fogachos ---> 46	
Intervenções	Sertralina (N=24) X Placebo (N=22) por 4 semanas	
Desfechos	Houve redução de fogachos com a sertralina, mas não houve significância estatística. Estudo falhou em demonstrar eficácia. O bem-estar emocional melhorou significativamente com a sertralina (p=0.041)	
Nota	Diário de fogachos Tabela demográfica semelhante entre os grupos. O estudo foi planejado para detectar diferença de 15% nos scores de fogachos entre os grupos com desvio padrão de 28%. Foi calculado amostra de 112 participantes por grupo. Mas devido as dificuldades de	

	recrutamento, o estudo foi encerrado com 65 participantes, dos quais 46 receberam tratamento e tiveram dados avaliáveis. 8 participantes foram recrutadas e randomizadas em erro e eram inelegíveis pelos critérios de exclusão. Interação entre sertralina e tamoxifeno	
Risco de Viés		
Viés	Julgamento do autor	Suporte para o julgamento
Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve método de randomização
Ocultação da alocação (viés de seleção)	Risco incerto	Não descreve
Cegamento dos participantes e profissionais (viés de performance)	Risco baixo	Duplo cego
Cegamentos dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção)	Risco incerto	Não descreve
Desfechos incompletos (viés de atrito)	Risco incerto	Não descreve o motivo das perdas/desistências.
Relato de desfechos seletivo (viés de relato)	Risco baixo	-
Outros Viés	Evidência baixa	Recomendação fraca contra a sertralina

APÊNDICE D - Estudos Excluídos

Desejo/Excitação/Orgasmo/ Disfunção sexual:

Estudo	Razões para exclusão
ROBINSON et al, 2017	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
OBERGUGGENBERGER et al, 2017	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
BOQUIREN et al, 2016	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
AERTS et al, 2014	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
VOMVAS et al, 2012	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
CORREIA et al, 2016	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
BAKKER et al, 2017	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
JURASKOVA et al, 2013	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
CAVALHEIRO et al, 2012	Estudo epidemiológico. Não avalia tratamento
VAZ et al, 2011	Não avalia tratamento de disfunção sexual
NACHTIGALL et al, 2011	Não avaliou pacientes com câncer
NAGELE et al, 2016	Não avaliou pacientes com câncer
FALLOWFIELD et al, 2017	Não avaliou pacientes com câncer
VAN DRIEL et al, 2019	Não avaliou pacientes com câncer
WANG et al, 2013	Não avaliou pacientes com câncer
SIMON et al, 2017	Não avaliou pacientes com câncer
GIANNELLA et al, 2013	Não avaliou pacientes com câncer
WHITE et al, 2012	Não avaliou pacientes com câncer
SETTY et al, 2016	Não avaliou pacientes com câncer
CONSTANTINE et al, 2015	Não avaliou pacientes com câncer
GARZA et al, 2011	Não avaliou pacientes com câncer
JEFFERS et al, 2019	Não avaliou pacientes com câncer
CUSACK et al, 2013	Artigo de Revisão
SCOTT et al, 2009	Artigo de Revisão
VERSACE et al, 2013	Artigo de fisiologia
GOETSCH et al, 2014	Artigo de fisiologia
DEL PUP et al, 2012	Artigo de fisiologia
PFEILER et al, 2011	Artigo de fisiologia
MCBRIDE D, 2016	Sem abstract e artigo completo disponível
HUMMEL et al, 2015	Protocolo de pesquisa. Sem resultados
HICKEY et al, 2016	Não avalia desejo, excitação e orgasmo

Dor Genital:

Estudo	Razões para exclusão
BAKKER et al, 2017	Não avalia tratamento de disfunção sexual
CORREIA et al, 2016	Não avalia tratamento de disfunção sexual
KIRCHHEINER et al, 2014	Não avalia tratamento de disfunção sexual
RUDDY et al, 2014	Não avalia tratamento de disfunção sexual
FOERSTER et al, 2016	Não avalia tratamento de disfunção sexual
DICKLER et al, 2010	Não avalia tratamento de disfunção sexual
ARDOVINO et a, 2013	Não avalia tratamento de disfunção sexual
KIETPEERAKOOL et al, 2019	Não avalia tratamento de disfunção sexual
LAWRIE et al, 2019	Não avalia tratamento de disfunção sexual
CHEN et al, 2019	Não avalia tratamento de disfunção sexual
SIMON et al, 2018	Não avaliou pacientes com câncer
SIMON et al, 2014	Não avaliou pacientes com câncer
CONSTANTINE et al, 2015	Não avaliou pacientes com câncer
FREGA et al, 2015	Não avaliou pacientes com câncer
RICHARDS et al, 2015	Não avaliou pacientes com câncer
UNKILA et al, 2013	Não avaliou pacientes com câncer
SIMON et al, 2010	Não avaliou pacientes com câncer
GHEZZI et al, 2012	Não avaliou pacientes com câncer

GARZA et al, 2011	Não avaliou pacientes com câncer
UNKILA et al, 2013	Estudo pré-clínico: ratos
SCHOFIELD et al, 2013	Protocolo de estudo

Fogachos:

Estudo	Razões para exclusão
SMITH et al, 2017	Não aborda tratamento de fogachos
JOHNSON et al, 2016	Não aborda tratamento de fogachos
OTTE et al, 2016	Não aborda tratamento de fogachos
GOSS et al, 2013	Não aborda tratamento de fogachos
LEYLAND-JONES et al, 2015	Não aborda tratamento de fogachos
THOMIN et al, 2014	Não aborda tratamento de fogachos
FONTEIN et al, 2017	Não aborda tratamento de fogachos
CARPENTER et al, 2012	Não aborda tratamento de fogachos
SMET et al, 2018	Não aborda tratamento de fogachos
SESTAK et al, 2012	Não aborda tratamento de fogachos
SESTAK et al, 2018	Não aborda tratamento de fogachos
RAMPURWALA et al, 2017	Não aborda tratamento de fogachos
MALY et al, 2017	Não aborda tratamento de fogachos
HENRY et al, 2016	Não aborda tratamento de fogachos
KYVERNITAKIS et al, 2014	Não aborda tratamento de fogachos
OTTE et al, 2009	Não aborda tratamento de fogachos
VON MINCKWITZ et al, 2011	Não aborda tratamento de fogachos
RUDDY et al, 2014	Não aborda tratamento de fogachos
STEARNS et al, 2015	Não aborda tratamento de fogachos
NESTORIUC et al, 2016	Não aborda tratamento de fogachos
LINTERMANS et al, 2016	Não aborda tratamento de fogachos
FABIAN et al, 2015	Não aborda tratamento de fogachos
BERGH et al, 2012	Não aborda tratamento de fogachos
RAZZABONI et al, 2013	Não aborda tratamento de fogachos
KIRCHHEINER et al, 2015	Não aborda tratamento de fogachos
OHASHI et al, 2018	Não aborda tratamento de fogachos
FOX et al, 2016	Não aborda tratamento de fogachos
LEE et al, 2014	Não aborda tratamento de fogachos
STEFANOPOULOU et al, 2013	Não aborda tratamento de fogachos
VAN ONSELEN et al, 2013	Não aborda tratamento de fogachos
LAVIGNE et al, 2012	Não aborda tratamento de fogachos
COWLES et al, 2012	Não aborda tratamento de fogachos
HENRY et al, 2011	Não aborda tratamento de fogachos
MASUDA et al, 2012	Não aborda tratamento de fogachos
Mocellin et al, 2019	Não aborda tratamento de fogachos
RAND et al, 2011	Não aborda tratamento de fogachos
CARLSON et al, 2010	Não aborda tratamento de fogachos
PARSANEZHAD et al, 2010	Não aborda tratamento de fogachos
CARPENTER et al, 2009	Não aborda tratamento de fogachos
EE et al, 2016	Não avaliou pacientes com câncer
SOOD et al, 2013	Não avaliou pacientes com câncer
SIMON et al, 2018	Não avaliou pacientes com câncer
COLACURCI et al, 2013	Não avaliou pacientes com câncer
DONNEZ et al, 2012	Não avaliou pacientes com câncer
WEBSTER et al, 2018	Não avaliou pacientes com câncer
WALEGA et al, 2014	Não avaliou pacientes com câncer
ESTEVE et al, 2012	Não avaliou pacientes com câncer
BENSHUSHAN et al, 2009	Não avaliou pacientes com câncer
DIMITRAKAKIS et al, 2010	Comentário Crítico
ATEMA et al, 2016	Protocolo de pesquisa

MANN et al, 2011	Protocolo de pesquisa
ELKINS et al, 2011	Protocolo de pesquisa
PIROTTA et al, 2014	Protocolo de pesquisa
BALABANOVIC et al, 2012	Estudo qualitativo
VITOLINS et al, 2013	Câncer de próstata
SHARPLEY et al, 2014	Câncer de próstata
YOUSAF et al, 2012	Câncer de próstata
JENSEN et al, 2012	Série de casos
BEFORT et al, 2011	Estudo Transversal

APÊNDICE E - Autorização para abertura do Ambulatório de Sexualidade do HUGV/UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO ARAUJO LIMA



EBSERH

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE AGENDA

Eu Cintia Cardoso Pinheiro Médico/especialista Sexualidade
(nome completo) (categoria ambulatório)

lotado no setor Hospital Universitário Getúlio Vargas e Ambulatório Araújo Lima, **solicito abertura de**

agenda neste Hospital/Ambulatório, dias da semana: Terça-feira

nos horários 16:00 - 19:00 08 - 11h

Descrever atividades do ambulatório: atendimento ginecológico e de sexualidade para pacientes portadores de câncer e sobreviventes de câncer. Sendo 3 pacientes de 1º contato e 3 pacientes de retorno (AGHU)

DEFERIDO

INDEFERIDO (motivo): _____

E-MAIL: cintia_cpinheiro@yahoo.com.br

TELEFONE (92) 981324-8139

Manaus, 25 de Fevereiro de 2019.

Dra. Cintia Cardoso Pinheiro
Ginecologista - Obstetrícia - Mastologia
CRM-AM: 5978

(Assinatura do Requerente)

Despacho/Data (PRAZO PARA DESPACHOS 10 DIAS ÚTEIS)

Chefe da Unidade

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS

[Assinatura]
Diretor de Atenção à Saúde
Assessor de Planejamento e Avaliação em Saúde
HUGV/UFAM/EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
Gerente de Atenção à Saúde
Luiz Carlos de Lima
Gerente de Atenção à Saúde
do HUGV/UFAM/EBSERH



OBS: SOLICITAR ABERTURA COM NO MÍNIMO 30 DIAS, COM CADASTRO NO CNES

AGHU e SISREG OK.

APÊNDICE F - Relatório do INCA de avaliação do Ambulatório de Sexualidade do HUGV/UFAM

MINISTÉRIO DA SAÚDE www.inca.gov.br

INCA **RELATÓRIO DE VIAGEM**

Objetivos da visita:

- ✚ Fazer a primeira visita técnica no ambulatório de sexualidade para mulher com câncer ginecológico (Hospital Getúlio Vargas);
- ✚ Verificar as etapas da implantação do ambulatório de sexualidade para mulher com câncer ginecológico;
- ✚ Avaliar a dinâmica de atendimento no ambulatório de sexualidade para mulher com câncer ginecológico;
- ✚ Participar como palestrante do I Simpósio de Sexualidade do Hospital Getúlio Vargas.

Período: 19 a 20 de setembro.

A visita teve início no ambulatório de ginecologia do Hospital Getúlio Vargas as 10:00 (dez) horas com a equipe do ambulatório de sexualidade (psicóloga, ginecologista, fisioterapeuta e enfermeira).

A reunião foi conduzida por mim, enfermeira Carmen Lucia de Paula, consultora em saúde e educação sexual e coordenadora do ambulatório de sexualidade do Instituto Nacional de Câncer/Hospital do Câncer II.





Aspectos avaliados:

- ✚ Estrutura física
- ✚ Recursos humanos/composição da equipe
- ✚ Instrumentos de avaliação
- ✚ Métodos de trabalho
- ✚ Conhecimento específico

Cada profissional relatou sua dinâmica de atendimento cuja trajetória teve início em abril de 2019.

Recomendações:

- ✚ Inserir a profissional (enfermeira) no fluxograma do ambulatório de sexualidade;

nº 010





- ✦ Abrir agenda (dia e horário definido) para atendimento da enfermeira no ambulatório de sexualidade;
- ✦ Elaborar/selecionar instrumento de avaliação;
- ✦ Realizar consulta de enfermagem sistematizada (Lei 7.498/ 25 de Junho de 1986 e Resolução COFEN 358/2009);
- ✦ Divulgar o ambulatório de sexualidade na mídia, destacando mais uma oferta de serviço disponível no ambulatório de ginecologia do Hospital Getúlio Vargas ,ressaltando que o mesmo é o segundo ambulatório de sexualidade para mulher com câncer ginecológico do Brasil e é o primeiro ambulatório de sexualidade da região Norte;
- ✦ Registrar os dados e avaliar o impacto do serviço para equipe, instituição e usuários;
- ✦ Definir meta(s) e indicadores;
- ✦ Agendar segunda visita técnica para avaliação (intervalo até seis meses).

Considerações sobre o evento:

- ✦ Excelente programação;
- ✦ Palestrantes com domínio sobre o tema abordado;
- ✦ Temática relevante e atual;
- ✦ Público interativo e motivado.
- ✦ Parabéns a comissão organizadora.

Atenciosamente,

Carmen Lucia de Paula
Enfermeira Carmen Lucia de Paula.

Carmen Lucia de Paula
Enfermeira
COREN-RJ 76.779

Coordenadora do Ambulatório de Sexualidade/Inca.

Consultora em Saúde e Educação Sexual.

APÊNDICE G - CHECK-LIST PRISMA

Seção/tópico	N. Item do checklist	Relatado na página nº
TÍTULO		
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.
RESUMO		
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.
INTRODUÇÃO		
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e delineamento dos estudos (PICOS).
MÉTODOS		
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.
Crítérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex.: PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, a situação da publicação) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex.: base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, rastreados, elegíveis, incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, incluídos na meta-análise).
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex.: formulários piloto, de forma independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex.: PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer suposições ou simplificações realizadas.
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito no nível dos estudos ou dos resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex.: risco relativo, diferença média).
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex.: viés de publicação, relato seletivo nos estudos).
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex.: análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.
RESULTADOS		
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex.: tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.
Risco de viés em cada estudo	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os desfechos considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex.: análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).
DISCUSSÃO		
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex.: profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex.: risco de viés) e no nível da revisão (ex.: obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.
FINANCIAMENTO		
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex.: suprimento de dados); papel dos financiadores na revisão sistemática.

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
For more information, visit: www.prisma-statement.org.

APÊNDICE H – Produção acadêmica durante o mestrado

46 Revista Brasileira de
Sexualidade Humana
DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.67>

OPINATIVOS E DE REVISÃO

QUALIDADE DE VIDA APÓS O CÂNCER GINECOLÓGICO: MENOPAUSA E FUNÇÃO SEXUAL

*Nathalia Moreira Ramalho¹, Cintia Cardoso Pinheiro², Carmen Lúcia de Paula³,
Vandré Cabral Gomes Carneiro⁴, Jurema Telles de Oliveira Lima⁵*

QUALITY OF LIFE AFTER GYNECOLOGICAL CANCER: MENOPAUSE AND SEXUAL FUNCTION

CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL CÁNCER GINECOLÓGICO: MENOPAUSIA Y FUNCIÓN SEXUAL

Resumo: Muitas mulheres com malignidades ginecológicas serão curadas ou tornar-se-ão sobreviventes de longo prazo. Diferentes tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) para cânceres ginecológicos podem causar insuficiência ovariana ou aumento dos sintomas da menopausa, além de efeitos negativos a curto e longo prazo sobre a saúde sexual e qualidade de vida (QV). O manejo dos sintomas menopausais e da disfunção sexual é importante nos esforços para otimizar a QV dessas mulheres. O objetivo deste artigo é apresentar uma visão abrangente da saúde sexual das sobreviventes de câncer ginecológico e discutir as opções de tratamento baseadas em evidências. **Método:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa para verificação do benefício e da segurança do uso de terapia hormonal nessas pacientes, bem como os problemas de saúde sexual comumente encontrados e as opções para seu manejo. **Resultados:** Dados disponíveis sugerem que o uso de terapia hormonal em pacientes com cânceres ginecológicos não tem um impacto negativo no resultado oncológico e resulta em melhora dos sintomas vasomotores e geniturinários da menopausa. Evidências quanto à segurança do uso de terapia hormonal em mulheres com neoplasias dependentes de estrogênio são escassas. A disfunção sexual é prevalente entre as sobreviventes de câncer ginecológico como resultado de seu tratamento, impactando negativamente a QV. Muitas pacientes esperam que os profissionais de saúde iniciem uma discussão sobre sexualidade, mas a maioria nunca discutiu questões relacionadas à saúde sexual com seu médico. **Conclusões:** Profissionais da oncologia podem ter um impacto significativo na QV das sobreviventes de câncer ginecológico abordando os sintomas menopausais e as preocupações de saúde sexual. As candidatas à terapia hormonal em oncologia ginecológica incluem mulheres com menopausa induzida ou sintomas menopausais diagnosticadas com câncer endometrial de baixo grau, em estágio inicial, e cânceres de colo uterino, vulva, vagina e ovário. Estratégias simples podem ser implementadas na prática clínica para tratar as questões sexuais. O encaminhamento para provedores especializados em saúde sexual pode ser necessário nos casos mais complexos.

Palavras-chave: Neoplasia dos genitais femininos. Menopausa. Sexualidade.

¹ Médica ginecologista pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Especialista em Ginecologia Endócrina, Climatério e Contracepção pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Preceptora da graduação em medicina e residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo IMIP. Médica responsável pelo atendimento ginecológico de pacientes oncológicas do Núcleo em Atendimento Integral em Oncologia (Nati-Oncolmip). Membro da The Scientific Network on Female Sexual Health and Cancer. E-mail: nathaliaramalho@gmail.com

² Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros. Residência médica em Mastologia na Universidade de São Paulo (USP). Especialista em sexualidade humana pela USP. Professora de Ginecologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestranda em Cirurgia pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia na UFAM.

³ Enfermeira do Ambulatório de Sexualidade e Oncoginecologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA) / Hospital do Câncer II. Coordenadora do módulo de Oncoginecologia do programa de residência multiprofissional do Inca. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Enfermagem pela UERJ.

⁴ Médico cirurgião oncológico. Coordenador do Serviço de Câncer Ginecológico do Hospital de Câncer de Pernambuco. Coordenador do Serviço de Câncer Hereditário do Hospital de Câncer de Pernambuco, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Doutor em Oncologia pelo A. C. Camargo Cancer Center.

⁵ Médica oncologista clínica. Coordenadora do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Doutora em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer/IMIP.

Abstract: Many women with gynecological malignancies will be cured or become long-term survivors. Different treatments (surgery, radiationtherapy, chemotherapy) for gynecological cancers can cause ovarian failure or increase in menopausal symptoms in addition to short-term and long-term negative effects on sexual health and quality of life (QoL). Management of menopausal symptoms and sexual dysfunction is important in efforts to optimize QoL in these women. The aim of this article is to present a comprehensive view of the sexual health of gynecological cancer survivors and to discuss evidence-based treatment options. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach to verify the hormone therapy's benefit and safety in these patients as well as the common sexual health problems and the options for their management. **Results:** Available data suggest that the use of hormonal therapy in patients with gynecological cancers does not have a negative impact on the oncological result and results in an improvement in the vasomotor and genitourinary symptoms of menopause. Evidence regarding the safety of hormone therapy in women with estrogen-dependent neoplasias is rare. Sexual dysfunction is prevalent among survivors of gynecological cancer as a result of their treatment, negatively impacting on QoL. Many patients expect health professionals to start a discussion about sexuality, but most have never discussed sexual health issues with their doctors. **Conclusions:** Oncology professionals may have a significant impact on the QOL of gynecological cancer survivors by addressing menopausal symptoms and sexual health concerns. Candidates for hormone therapy in gynecological oncology include women with induced menopause or menopausal symptoms diagnosed with low-grade, early-stage endometrial cancer and cancers of the uterine cervix, vulva, vagina and ovary. Simple strategies can be implemented in clinical practice to address sexual issues. Referral to specialized sexual health providers may be necessary in the setting of more complex problems.

Keywords: Female genital neoplasms. Menopause. Sexuality.

Resumen: Muchas mujeres con malignidades ginecológicas serán curadas o se convertirán en sobrevivientes a largo plazo. Diferentes tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia) para cánceres ginecológicos pueden causar insuficiencia ovárica o aumento de los síntomas de la menopausia además de efectos negativos a corto y largo plazo sobre la salud sexual y la calidad de vida (CV). El manejo de los síntomas menopausales y de la disfunción sexual es importante en los esfuerzos para optimizar la CV de esas mujeres. El objetivo de este artículo es presentar una visión integral de la salud sexual de las sobrevivientes de cáncer ginecológico y discutir las opciones de tratamiento basadas en evidencias. **Método:** Este es un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo para verificar el beneficio y la seguridad del uso de la terapia hormonal en estos pacientes, así como los problemas de salud sexual que se encuentran comúnmente y las opciones para su manejo. **Resultados:** Los datos disponibles sugieren que el uso de terapia hormonal en pacientes con cáncer ginecológico no tiene un impacto negativo en el resultado oncológico y resulta en la mejora de los síntomas vasomotores y genitourinarios de la menopausia. Evidencias en cuanto a la seguridad del uso de terapia hormonal en mujeres con neoplasias dependientes de estrógeno son escasas. La disfunción sexual es prevalente entre las sobrevivientes de cáncer ginecológico como resultado de su tratamiento, afectando negativamente a la CV. Muchos pacientes esperan que los profesionales de la salud inicien una discusión sobre sexualidad, pero la mayoría nunca discutió cuestiones relacionadas con la salud sexual con su médico. **Conclusiones:** Los profesionales de la oncología pueden tener un impacto significativo en la QV de las sobrevivientes de cáncer ginecológico abordando los síntomas menopausales y las preocupaciones de salud sexual. Las candidatas para terapia hormonal en oncología ginecológica incluyen mujeres con menopausia inducida o síntomas menopáusicos diagnosticados con cáncer endometrial de bajo grado en etapa temprana y cánceres de cuello uterino, vulva, vagina y ovario. Las estrategias simples pueden ser implementadas en la práctica clínica para tratar las cuestiones sexuales. El encaminamiento a proveedores especializados en salud sexual puede ser necesario en el caso de problemas más complejos.

Palabras clave: Neoplasia de los genitales femeninos. Menopausia. Sexualidad.

Introdução

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), estima-se que os cânceres ginecológicos incluíam mais de 29 mil novos casos de câncer no Brasil em 2018. O local mais comum de diagnóstico é o colo do útero, seguido do corpo do útero e do ovário (INSTITUTO NACIONAL DO

CÂNCER, 2018). Muitas dessas mulheres serão curadas de seus cânceres e terão uma significativa expectativa de vida. Mulheres com neoplasias ginecológicas que desenvolvem doença recorrente também podem se tornar sobreviventes com câncer. Com o crescente número de sobreviventes de câncer ginecológico, a atenção à Qualidade de vida (QV) é crucial para o cuidado integral das pacientes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). A prevalência de disfunção sexual em pacientes com câncer ginecológico chega até 90% (ONUJILOGU et al., 2011), causando pior ajuste psicossocial e pior QV (LEVIN et al., 2010). A morbidade sexual afeta pacientes com câncer ginecológico imediatamente após o tratamento e durante a sobrevivência a longo prazo (CARTER et al., 2010; LINDAU; GAVRILOVA; ANDERSON, 2007).

Efeitos do tratamento oncológico na saúde sexual feminina

O tratamento do câncer ginecológico pode causar efeitos de curto e longo termo na sexualidade e QV por envolver diretamente os órgãos sexuais. Entre os efeitos mais comuns do tratamento oncológico dessas neoplasias estão a menopausa induzida e a estenose vaginal.

Menopausa induzida

Estima-se 30 a 40% das mulheres com câncer ginecológico são diagnosticadas na pré ou perimenopausa (IBEANU et al., 2011; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2016). O tratamento dos cânceres ginecológicos atinge diretamente os órgãos sexuais e envolve cirurgia, quimioterapia e/ou Radioterapia (RT). Esses tratamentos geralmente resultam em perda de função ovariana e menopausa induzida, definida pela North American Menopause Society (Nams) como a cessação da menstruação após ooforectomia terapêutica ou iatrogênica ou ablação da função ovariana resultante da administração de quimioterapia ou radiação pélvica (THE NAMS, 2017).

A menopausa induzida como consequência do tratamento oncológico é de início súbito e pode manifestar-se com sintomas mais graves do que a menopausa natural ou espontânea. O início dos sintomas pode ocorrer dentro de dias após a ooforectomia, e dentro de até 12 semanas do início da RT pélvica. Nessas pacientes, a menopausa induzida pode levar a resultados adversos à saúde, incluindo doenças cardiovasculares, osteoporose e comprometimento cognitivo. É importante ressaltar que a deficiência estrogênica pode também resultar em sintomas vasomotores, suores noturnos, fadiga e mudanças de humor. O manejo dos sintomas climatéricos é fundamental nos esforços para otimizar a QV dessas mulheres (HINDS; PRINCE, 2010).

A síndrome geniturinária da menopausa refere-se às alterações que ocorrem na vagina, vulva e trato urinário inferior decorrentes da perda de estrogênio. Ela está presente em pelo menos um terço das mulheres na pós-menopausa. Os sintomas incluem secura vaginal, corrimento e dispareunia. Em pacientes com cânceres

ginecológicos, a síndrome geniturinária pode resultar da menopausa induzida, RT e/ou quimioterapia ou ainda ser agravada por esses fatores (KAUNITZ; MANSON, 2015).

Estenose vaginal

Outro efeito colateral comumente observado da RT pélvica é a estenose vaginal, definida como um aperto e/ou encurtamentos anormais da vagina devido à formação de fibrose (BAKKER et al., 2014; LANCASTER, 2004). A estenose vaginal pode ocorrer após a RT por feixe externo, braquiterapia ou ambas, administradas no cenário definitivo, adjuvante ou paliativo.

A incidência relatada de estenose vaginal induzida por RT é altamente variável e depende de fatores da paciente, do tumor e do tratamento. Esses fatores incluem local da doença, modalidade de RT, dose e esquema de fracionamento, quimioterapia concomitante e outros fatores pessoais, como idade e radiosensibilidade inerente dos tecidos. Essa variação é refletida na literatura, com taxas citadas de estenose vaginal variando de 1,25% a 88% (ELTABBAKH et al., 1997; HARTMAN; DIDDLE, 1972; MIRABEAU-BEALE, 2015). Em estudo realizado no Hospital do Câncer Il/Inca em mulheres submetidas a RT para tratamento do câncer do colo do útero, o efeito mais encontrado foi estenose vaginal (87%). Na função sexual, houve referência à diminuição da libido em 66% e do prazer sexual em 60%. A ocorrência de sangramento durante o ato sexual foi relatada por 49% das mulheres e a dispareunia em 53% dos casos (VIDAL et al., 2013).

É bem reconhecido que a estenose vaginal induzida por RT pode ter impactos negativos no bem-estar da paciente, em particular disfunção sexual, incluindo dispareunia e sangramento pós-coital (ABBOTT-ANDERSON; KWEKKEBOOM, 2012; LINDAU; GAVRILOVA; ANDERSON, 2007), podendo representar uma fonte de sofrimento psicológico e físico em longo prazo (DENTON et al., 2000; JURASKOVA et al., 2003; MILES; JOHNSON, 2014). Em casos graves, pode ocorrer a incapacidade de manter relações sexuais e de realizar o exame físico adequado no período de acompanhamento pós-tratamento para detectar a recorrência da doença (MILES; JOHNSON, 2014). Reconhece-se que a gravidade do impacto da estenose vaginal pode ser multifatorial e, em parte, devido a outros sintomas e efeitos colaterais associados, como secura vaginal e atrofia devido a danos no epitélio (DENTON et al., 2000). Estes podem ser ainda exacerbados por falência ovariana pós-tratamento ou estado menopausal, resultando em maior diminuição da lubrificação e afinamento dos tecidos vaginais (DENTON et al., 2000).

Estratégias terapêuticas

As estratégias terapêuticas utilizadas devem ser individualizadas e definidas a partir do tipo de neoplasia, da sensibilidade tumoral aos hormônios, do tipo de tratamento empregado e dos efeitos colaterais do tratamento bem como de outros fatores de risco inerentes à própria paciente, ou seja, não relacionados ao câncer nem ao seu tratamento (idade, presença de comorbidades etc.).

Menopausa induzida

O tratamento da menopausa induzida tem como objetivo, além da melhora dos sintomas vasomotores e da síndrome genitourinária da menopausa, prevenir a perda de massa óssea e as alterações cardiovasculares secundárias ao hipoestrogenismo.

Sintomas vasomotores

O estrogênio é o tratamento mais eficaz para manejo dos sintomas vasomotores da menopausa (GRADY et al., 2002; HULLEY et al., 1998; MANSON et al., 2013; ROSSOUW et al., 2002; THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE STEERING COMMITTEE, 2004). No entanto, existe uma preocupação de que o uso de terapia hormonal pelas pacientes com cânceres ginecológicos, principalmente o de endométrio, possa estimular o crescimento desses tumores (GRADY et al., 2002; HILLEY et al., 1998; ROSSOUW et al., 2002).

Os cânceres cervical, vulvar e vaginal não são considerados estrogênio-dependentes. Mulheres com câncer não hormônio-sensível que desenvolvem sintomas menopausais como consequência do tratamento do câncer devem ser aconselhadas a considerar a terapia hormonal até a idade média da menopausa, aproximadamente 51 anos, quando devem ser reavaliadas. Além da idade de 51 anos, a terapia hormonal é uma terapia individual com poucos riscos para pacientes na janela de oportunidade. A terapia estrogênica isolada – oral, transdérmica ou vaginal – é recomendada para mulheres histerectomizadas, pois tem um perfil de risco/benefício mais favorável (CARTER et al., 2018). Pacientes com cânceres ginecológicos e útero intacto, incluindo aquelas que foram submetidas à RT pélvica, devem receber terapia hormonal contendo progesterona (SINGH; OEHLER, 2010).

O uso de terapia hormonal sistêmica não é necessariamente contraindicado em pacientes com outros cânceres hormônio-sensíveis, como câncer de endométrio e ovário.

O adenocarcinoma do endométrio é considerado uma neoplasia dependente de estrogênio, porém nunca foi demonstrado aumento de recorrência em pacientes que receberam terapia estrogênica após histerectomia. Vários estudos sobre terapia hormonal em pacientes submetidas a tratamento de câncer de endométrio em

estádios iniciais (I e II) mostraram não haver aumento da recorrência ou mortalidade. A terapia estrogênica é uma opção razoável para pacientes que estão em baixo risco de recorrência tumoral e deve ser individualizada e discutida em detalhes com a paciente (NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY, 2019).

Preocupações com o aumento da chance de recidiva do câncer de ovário associada ao uso de terapia hormonal decorrem do fato de que algumas células tumorais expressam receptores de estrogênio e progesterona. A análise de dados sobre a administração de hormonioterapia em pacientes com diagnóstico prévio de câncer de ovário, na verdade, sugere uma melhora na sobrevida para aquelas que receberam tal terapia, além de vantagens em termos de QV (EALES et al., 2015).

Para mulheres que recusam a terapia hormonal ou para as quais está contraindicada, existem alternativas não hormonais que podem ser utilizadas – por exemplo: paroxetina, venlafaxina, gabapentina ou clonidina. Os médicos devem discutir todas as opções, incluindo abordagens integrativas, com sua paciente, delineando os benefícios e riscos de cada uma (CARTER et al., 2018).

Síndrome geniturinária

Para mulheres com apenas sintomas leves de síndrome geniturinária, lubrificantes vaginais podem ajudar a aliviar a dispareunia. Esses produtos não revertem as alterações atróficas vaginais. Dados sobre a eficácia dos hidratantes vaginais no tratamento da síndrome geniturinária são escassos. Para pacientes em uso de hidratantes vaginais para o tratamento de sintomas leves, usar um lubrificante no momento da relação sexual também é recomendado (KAUNITZ; MANSON, 2015).

A terapia com estrogênio vaginal em baixas doses pode ser a intervenção mais apropriada para o manejo dos sintomas da síndrome geniturinária moderada ou grave. Estrogênio vaginal de baixa dose pode ser mais eficaz no tratamento da síndrome geniturinária do que a terapia estrogênica sistêmica. Para mulheres com câncer hormônio sensível que são sintomáticas e não respondem a medidas conservadoras, o estrogênio vaginal em baixas doses pode ser considerado após uma discussão aprofundada dos riscos e benefícios (CARTER et al., 2018).

Estenose vaginal

Dilatadores vaginais podem ser benéficos no manejo do vaginismo e/ou estenose vaginal e devem ser oferecidos a qualquer mulher que tenha dores durante a realização do exame ginecológico e/ou atividade sexual. Isso é particularmente importante para as mulheres tratadas com RT pélvica (ou vaginal). Idealmente, o benefício é maior quando iniciado precocemente. O uso de dilatadores vaginais não deve ser recomendado apenas com base na atividade sexual ou orientação sexual, mas

para todas as mulheres em risco de alterações vaginais (CARTER et al., 2018).

A justificativa para a terapia de dilatação é que a mucosa vaginal pode ser estimulada a crescer de novo se pressão adequada for aplicada. A dilatação também deve ser realizada para desfazer aderências e manter a patência vaginal. Uma estratégia concorrente ou alternativa é estimular a relação sexual regular (MORRIS et al., 2017).

Há uma falta de consenso sobre múltiplos aspectos do uso do dilatador, incluindo a frequência, duração, intervalo de tempo apropriado para iniciar o uso após a realização da RT pélvica, o tamanho do dilatador, a técnica de inserção e a real necessidade de dilatadores em pacientes sexualmente ativas. Não há evidências para apoiar o uso de dilatadores durante a RT, o que de fato pode ser prejudicial (MORRIS et al., 2017).

Postulou-se que a aplicação de estrogênio ou benzydamina local para tratar alterações agudas relacionadas à radiação pode impedir o desenvolvimento de complicações vaginais tardias, como a estenose vaginal, através da promoção da regeneração epitelial e efeitos anti-inflamatórios. O uso do estrogênio vaginal está associado com melhora da toxicidade aguda e tardia do tratamento radioterápico. As pacientes tratadas com estrogênio vaginal apresentaram menos dispareunia, menos alterações no epitélio vaginal e menor estreitamento vaginal (MORRIS et al., 2017).

Conclusão

Um número significativo de mulheres com câncer ginecológico será curado do câncer ou tornar-se-á sobrevivente em longo prazo. O tratamento de cânceres ginecológicos geralmente resulta em perda da função ovariana de início súbito e sintomas mais graves do que a menopausa natural.

A disfunção sexual é uma morbidade prevalente, porém pouco reconhecida e subtratada no contexto do câncer ginecológico. Os profissionais de saúde devem iniciar uma discussão sobre a função sexual com a paciente no momento do diagnóstico e perguntar periodicamente durante o tratamento e no seguimento.

O manejo dos sintomas da menopausa otimiza a QV dessas sobreviventes de câncer. O uso de terapia hormonal em pacientes com câncer ginecológico selecionadas pode ser apropriado. Quando essa terapia é contraindicada ou indesejada, alternativas não hormonais podem ser utilizadas.

Oferecer um serviço composto por equipe interdisciplinar garante a continuidade do cuidado de forma ampliada. Essa abordagem agrega valores e benefícios e possibilita identificar as necessidades atuais dessas mulheres, estabelecer intervenções de acordo com as

necessidades específicas e manejar os resultados obtidos com avaliações sequenciais.

Os profissionais da oncologia podem ter um impacto significativo na QV das sobreviventes de câncer ginecológico, abordando questões de saúde sexual. Estratégias simples podem ser implementadas na prática clínica para discutir e tratar muitos problemas sexuais. O encaminhamento para provedores especializados em saúde sexual pode ser necessário nos casos mais complexos.

Referências

ABBOTT-ANDERSON, K.; KWEKKEBOOM, K. L. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 124, n. 3, p. 477-489, Mar. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+systematic+review+of+sexual+concerns+reported+by+gynecological+cancer+survivors>. Acesso em: 1 jul. 2019.

BAKKER, R.M. et al. Sexual rehabilitation after pelvic radiotherapy and vaginal dilator use: consensus using the Delphi method. *International Gynecological Cancer Society*, Cambridge, v. 24, n. 8, p. 1499-1506, Oct. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sexual+rehabilitation+after+pelvic+radiotherapy+and+vaginal+dilator+use%3A+consensus+using+the+Delphi+method>. Acesso em: 1 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2019.

CARTER, J. et al. A 2-year prospective study assessing the emotional, sexual, and quality of life concerns of women undergoing radical trachelectomy versus radical hysterectomy for treatment of early-stage cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 119, n. 2, p. 358-365, Nov. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+2-year+prospective+study+assessing+the+emotional+sexual+and+quality+of+life+concerns+of+women+undergoing+radical+trachelectomy+versus+radical+hysterectomy+for+treatment+of+early-stage+cervical+cancer>. Acesso em: 1 jul. 2019.

- CARTER, J. *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*, Alexandria, v. 36, n. 5, p. 492-511, Feb. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Interventions+to+address+sexual+problems+in+people+with+cancer%3A+American+Society+of+Clinical+Oncology+Clinical+Practice+Guideline+Adaptation+of+Cancer+Care+Ontario+Guideline>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- DENTON, A. S. *et al.* UK Link Gynaecology-Oncology Group. National audit of the management and outcome of carcinoma of the cervix treated with radiotherapy in 1993. *Clinical oncology: a journal of the Royal College of Radiologists*, London, v. 12, n. 6, p. 347-353, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=National+audit+of+the+management+and+outcome+of+carcinoma+of+the+cervix+treated+with+radiotherapy+in+1993>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- EALLES, R. A. *et al.* Adjuvant Hormone Therapy May Improve Survival in Epithelial Ovarian Cancer: Results of the AHT Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 33, n. 35, p. 4138-44, Dec. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Adjuvant+Hormone+Therapy+May+Improve+Survival+in+Epithelial+Ovarian+Cancer%3A+Results+of+the+AHT+Randomized+Trial>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- ELTABBAKH, G. H. *et al.* Excellent long-term survival and absence of vaginal recurrences in 332 patients with low-risk stage I endometrial adenocarcinoma treated with hysterectomy and vaginal brachytherapy without formal staging lymph node sampling: report of a prospective trial. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, New York, v. 38, n. 2, p. 373-380, May 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Excellent+long-term+survival+and+absence+of+vaginal+recurrences+in+332+patients+with+low-risk+stage+I+endometrial+adenocarcinoma+treated+with+hysterectomy+and+vaginal+brachytherapy+without+formal+staging+lymph+node+sampling>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- GRADY, D. *et al.* Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study followup (HERS II). *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 1, p. 49-57, July, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cardiovascular+disease+outcomes+during+6.8+years+of+hormone+therapy%3A+Heart+and+Estrogen+Progestin+Replacement+Study+followup>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- HARTMAN, P.; DIDDLE, A.W. Vaginal stenosis following irradiation therapy for carcinoma of the cervix uteri. *Cancer*, v. 30, n. 2, p. 426-429, Aug. 1972. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5051667>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- HINDS, L.; PRICE, J. Menopause, hormone replacement and gynaecological cancers. *Menopause International*, London, v. 16, n. 2, p. 89-93, June, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20729501>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- HULLEY, S. *et al.* Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA*, Chicago, v. 280, n. 7, p. 605-613, Aug. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Randomized+trial+of+estrogen+plus+progestin+for+secondary+prevention+of+coronary+heart+disease+in+postmenopausal+women>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- IBEANU, O. *et al.* Hormone replacement therapy in gynecologic cancer survivors: why not?. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 122, n. 2, p.447e-4454, Aug. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21474167>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- JURASKOVA, I. *et al.* Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology*, Chichester, v. 12, n. 3, p.267-279, Apr./May 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Post-treatment+sexual+adjustment+following+cervical+and+endometrial+cancer%3A+a+qualitative+insight>. Acesso em: 1 jul. 2019.
- KAUNITZ, A. M.; MANSON, J. E. Management of menopausal symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, New York, v. 126, n. 4, p. 859-876, Oct. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26348174>. Acesso em: 1 jul. 2019.

LANCASTER, L. Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: an overview of Australian practices. *European Oncology Nursing Society*, v. 8, n. 1, p. 30-39, Mar. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Preventing+vaginal+stenosis+after+brachytherapy+for+gynaecological+cancer%3A+an+overview+of+Australian+practices>. Acesso em: 1 jul. 2019.

LEVIN, A. O. *et al.* Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *International Gynecological Cancer Society*, Cambridge, v. 20, n. 3, p. 461-470, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sexual+morbidity+associated+with+poorer+psychological+adjustment+among+gynecological+cancer+survivors>. Acesso em: 1 jul. 2019.

LINDAU, S. T.; GAVRILOVA, N.; ANDERSON, D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 106, n. 2, p. 413-418, Aug. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sexual+morbidity+in+very+long+term+survivors+of+vaginal+and+cervical+cancer%3A+a+comparison+to+national+norms>. Acesso em: 1 jul. 2019.

MANSON, J. E. *et al.* Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*, Chicago, v. 310, n. 13, p. 1353-1368, Oct. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Menopausal+hormone+therapy+and+health+outcomes+during+the+intervention+and+extended+poststopping+phases+of+the+Women%27s+Health+Initiative+randomized>. Acesso em: 1 jul. 2019.

MILES, T.; JOHNSON, N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, v. 9, CD007291, Sept. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25198150>. Acesso em: 1 jul. 2019.

MIRABEAU-BEALE, K. *et al.* Clinical and treatment factors associated with vaginal stenosis after definitive chemoradiation for anal canal cancer. *Practical Radiation Oncology*, New York, v. 5, n. 3, p. e113-e118, May/June 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Clinical+and+treatment+factors+associated+with+vaginal+stenosis+after+definitive+chemoradiation+for+anal+canal+cancer>. Acesso em: 1 jul. 2019.

MORRIS, L. *et al.* Radiation-induced vaginal stenosis: current perspectives. *International Journal of Women's Health*, v. 9, p. 273-279, May 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Radiation-induced+vaginal+stenosis%3A+current+perspectives>. Acesso em: 1 jul. 2019.

NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY. *Uterine Neoplasms: version3.2029*. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf. Acesso em: 1 jul. 2019.

ONUJIOGU, N. *et al.* Survivors of endometrial cancer: who is at risk for sexual dysfunction?. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 123, n. 2, p. 356-359, Nov. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21855974>. Acesso em: 1 jul. 2019.

ROSSOUW, J. E. *et al.* Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, v. 288, n. 3, p. 321-333, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Risks+and+benefits+of+estrogen+plus+progestin+in+healthy+postmenopausal+women%3A+principal+results+From+the+Women%27s>. Acesso em: 1 jul. 2019.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics 2016. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, v. 66, n. 1, p. 7-30, Jan./Feb. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26742998>. Acesso em: 1 jul. 2019.

SINGH, P.; OEHLER, M. K. Hormone replacement after gynaecological cancer. *Maturitas*, v. 65, n. 3, p. 190-197, Mar. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20018467>. Acesso em: 1 jul. 2019.

THE NAMS 2017 HORMONE THERAPY POSITION STATEMENT ADVISORY PANEL. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 24, n. 7, p. 728-753, July, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28650869>. Acesso em: 1 jul. 2019.

THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE STEERING COMMITTEE. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*, v. 291, n. 14, p. 1701-1712, Apr. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082697>. Acesso em: 1 jul. 2019.

VIDAL, M. L. B. *et al.* Disfunção Sexual Relacionada à Radioterapia na Pelve Feminina: Diagnóstico de Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2013. Disponível em: www.l.inca.gov.br/rbc/pdf/04-disfuncao-sexual-relacionada-a-radiote. Acesso em: 1 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Developing sexual health programmes: a framework for action*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>. Acesso em: 1 jul. 2019.

APÊNDICE I - Autorização para uso de imagem no Manual Técnico de atenção à saúde sexual de mulheres com câncer de mama e ginecológico: um guia para profissionais de saúde

