

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Camila Cristina de Souza Moura Mancini

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com câncer de mama

Juiz de Fora

2026

Camila Cristina de Souza Moura Mancini

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com câncer de mama

Defesa apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Natália Maria Vieira Pereira Caldeira

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mancini, Camila Cristina de Souza Moura .
Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com câncer de mama /
Camila Cristina de Souza Moura Mancini. -- 2026.
113 p.

Orientadora: Natália Maria Vieira Pereira Caldeira
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz
de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2026.

1. Neoplasias da mama. 2. Saúde sexual. 3. Saúde reprodutiva. I.
Caldeira, Natália Maria Vieira Pereira , orient. II. Título.

Camila Cristina de Souza Moura Mancini

Saúde Sexual e Reprodutiva de mulheres com câncer de mama

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 14 de agosto de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Natália Maria Vieira Pereira Caldeira - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Nayara Gonçalves Barbosa

Universidade de São Paulo

Profª. Drª. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 14/08/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Natalia Maria Vieira Pereira Caldeira, Professor(a)**, em 18/08/2026, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **NAYARA GONÇALVES BARBOSA, Usuário Externo**, em 31/08/2026, às 07:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Professor(a)**, em 09/09/2026, às 16:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3146601** e o código CRC **A80FD7D4**.

Dedico esta conquista a todas as mulheres que
enfrentam o câncer de mama com coragem e
resiliência. Que a ciência e o cuidado
transpessoal caminhem sempre juntos para
acolher suas dores e celebrar suas vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Sua graça, fidelidade e amor incondicional, sendo o meu sustento e a fonte de sabedoria e serenidade em toda esta caminhada.

À Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo suporte acadêmico e institucional. Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro (Código 001).

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a. Natália Maria Vieira Pereira Caldeira, pela condução firme, partilha generosa de conhecimento e rigor metodológico com que me guiou.

Um agradecimento especial às mulheres que participaram deste estudo. A disposição em partilhar vivências e vulnerabilidades tornou este trabalho possível; ele é, essencialmente, por e para vocês.

Aos meus pais, minhas raízes, pelo amor incondicional e por investirem na minha educação. Ao meu esposo, Thiago, meu porto seguro, pelo apoio diário, paciência nas ausências e parceria essencial em cada etapa. Ao meu irmão, João, pela leveza e alegria contagiante que trouxeram conforto aos dias mais cansativos. A todos os meus familiares, pela torcida constante e orações que firmaram o meu percurso.

Aos colegas de pós-graduação e do grupo de pesquisa, pelas discussões enriquecedoras e pelo companheirismo.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada.

RESUMO

Objetivo: compreender os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento oncológico. **Métodos:** estudo transversal, exploratório, analítico e descritivo de abordagem mista (quantitativa e qualitativa). A amostra final foi composta por 68 mulheres em acompanhamento oncológico na cidade de Juiz de Fora (MG). A coleta de dados quantitativos ocorreu por meio de um questionário sociodemográfico, clínico e pela aplicação da escala *Female Sexual Function Index – Breast Cancer* (FSFI-BC). Os dados qualitativos foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, sendo avaliados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2011) com o apoio lexical do *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** a análise quantitativa revelou que a maioria da amostra (61,8%) se encontrava sexualmente inativa no momento da coleta. Na avaliação da função sexual pela FSFI-BC, o domínio "Angústia" obteve as maiores médias de escore, tanto no grupo de mulheres sexualmente ativas (21,88) quanto nas mulheres inativas (26,50). Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,046$) entre o domínio "Mudanças após o câncer" e o estadiamento clínico da doença. Sob a ótica qualitativa, o processamento dos dados originou categorias que evidenciam o impacto da materialidade, da doença e das intervenções clínicas no corpo feminino. As narrativas demonstraram profunda alteração na autoimagem e na feminilidade (acentuadas pela alopecia e consequências das cirurgias), rupturas nos planos reprodutivos, e a centralidade das redes de apoio familiar e da espiritualidade como estratégias de enfrentamento. **Considerações:** o câncer de mama e seus tratamentos impõem severos impactos à saúde sexual e reprodutiva, gerando altas taxas de angústia e distanciamento da vida sexual. Fica evidente a urgência de transcender o modelo biomédico tradicional na assistência oncológica, sendo necessário o alcance da holisticidade e humanização. Pautando-se na Teoria do Cuidado Transpessoal, torna-se essencial que a enfermagem promova um acolhimento integral, criando espaços seguros para a discussão e a reabilitação psicossocial e reprodutiva da mulher.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Saúde sexual. Saúde reprodutiva.

ABSTRACT

Objective: To understand aspects related to the sexual and reproductive health of women diagnosed with breast cancer undergoing oncological treatment. **Methods:** This is a cross-sectional, exploratory, analytical, and descriptive study using a mixed-methods approach (quantitative and qualitative). The sample consisted of 68 women undergoing oncological care in the city of Juiz de Fora (MG). Quantitative data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire, along with the Female Sexual Function Index – Breast Cancer (FSFI-BC) scale. Qualitative data were obtained through semi-structured interviews and evaluated using Bardin (2011) Content Analysis supported by the IRAMUTEQ lexical software. **Results:** Quantitative analysis revealed that the majority of the sample (61.8%) was sexually inactive at the time of data collection. In the sexual function assessment via FSFI-BC, the "Distress" domain yielded the highest mean scores in both the active (21.88) and inactive (26.50) groups. A statistically significant association ($p = 0.046$) was also found between the "Changes after cancer" domain and the clinical staging of the disease. From a qualitative perspective, data processing formed categories that highlighted the impact of the disease's materiality and clinical interventions on the female body. The narratives demonstrated profound alterations in body image and femininity (exacerbated by alopecia and surgeries), disruptions in reproductive plans, and the centrality of family support networks and spirituality as coping strategies. **Final Considerations / Conclusion:** Breast cancer and its treatments impose severe impacts on sexual and reproductive health, generating high rates of distress and detachment from sexual life. There is a clear and urgent need to transcend the traditional biomedical model in oncological care. Guided by the Theory of Transpersonal Caring, it is essential for Nursing to provide comprehensive support, creating safe spaces for the discussion and psychosocial and reproductive rehabilitation of women.

Keywords: Breast Neoplasms. Sexual Health. Reproductive Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Pontos de corte de cada domínio da escala FSFI- BC: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.....	35
Quadro 2 – Os 10 Caritives Factors e Caritas Processes, de acordo com Watson (2007)	38
Figura 1 – Dendrograma.....	60
Figura 2 – Análise de Similitude	66
Figura 3 – Nuvem de palavras.....	71
Figura 4 – Joint Display: Integração dos Resultados Quantitativos (FSFI-BC) e Qualitativos	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo caracterização sociodemográfica e comportamental: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil (n=68).....	50
Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo tratamento do câncer realizado (n=68)	52
Tabela 3 – Distribuição dos escores obtidos na Escala Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC) em mulheres sexualmente ativas (n=26)	54
Tabela 4 – Distribuição dos escores obtidos na Escala Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC) em mulheres sexualmente inativas (n=42)	54
Tabela 5 – Comparação dos escores no domínio mudanças após o câncer em mulheres sexualmente ativas, com base na Escala Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC), distribuídos por características das participantes (n=26).....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCO	American Society of Clinical Oncology
BLS	Biópsia do Linfonodo Sentinela
BRCA1	<i>Breast Cancer</i> gene 1
BRCA2	<i>Breast Cancer</i> gene 2
CDI	Carcinoma ductal infiltrante
CDIS	Carcinoma ductal <i>in situ</i>
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CHEK2	<i>Checkpoint Kinase 2</i>
CLI	Carcinoma lobular infiltrante
CMG	Câncer de mama gestacional
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
DSM-5	<i>Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais</i> (5. ed.)
FertiQoL	<i>Fertility Quality of Life</i>
FSH	Hormônio folículo-estimulante
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
FSFI-BC	<i>Female Sexual Function Index</i> Adaptation for Breast Cancer Patients
HDA	Hiperplasia ductal atípica
HER2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
HU-UFJF/Ebserh	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/Ebserh
IA	Inibidores da aromatase
IARC	Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer
IHQ	Imuno-histoquímica
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>

LHRH	Hormônio liberador do hormônio luteinizante
M	Presença de metástases à distância
N	Comprometimento de linfonodos regionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PALB2	<i>Partner and Localizer of BRCA2</i>
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PET-CT com FDG	Tomografia por Emissão de Pósitrons acoplada à Tomografia Computadorizada utilizando Fluordesoxiglicose
QS-F	Quociente Sexual – Versão Feminina
RE	Receptor de estrogênio
RH	Receptores hormonais
RP	Receptor de progesterona
RT	Radioterapia
SNVs	<i>Single Nucleotide Variants</i> (variantes de nucleotídeo único)
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Extensão do tumor primário
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidades de Contexto Elementares
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UICC	<i>Union for International Cancer Control</i>
VPs	Variantes patogênicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 MAPEAMENTO LITERÁRIO	17
3.1 CÂNCER DE MAMA.....	17
3.1.1 Epidemiologia	17
3.1.2 Etiologia e manifestações clínicas	19
3.1.3 Diagnóstico	21
3.1.4 Tratamento	24
3.1.5 Prognóstico	28
3.2 SAÚDE SEXUAL: O IMPACTO BIOPSISSOCIAL	29
3.3 SAÚDE REPRODUTIVA FEMININA	32
3.4 AVALIAÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	33
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
5 MÉTODO	41
5.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO	41
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
5.3 COLETA DE DADOS	43
5.3 AMOSTRA.....	44
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	45
5.5.1 Dados Quantitativos	46
5.5.2 Dados Qualitativos	46
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	49
6 RESULTADOS	50
6.1 DADOS QUANTITATIVOS	50
6.1.1 Caracterização sociodemográfica, reprodutiva e clínica das participantes	50
6.1.2 Sexualidade após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama	53
6.2 DADOS QUALITATIVOS.....	58
6.2.1 Categoria 1: A trajetória clínica do câncer de mama e as intervenções oncológicas	60

6.2.2 Categoria 2: Repercussões biopsicossociais do câncer de mama e os processos de cuidado transpessoal	62
6.3 <i>JOINT DISPLAY</i> : INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	72
7 DISCUSSÃO	75
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	102
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	104
APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	105
APÊNDICE D – ADAPTAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA PARA PACIENTES DE CÂNCER DE MAMA (FSFI-BC)	106

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama constitui-se uma doença multifatorial resultante de uma multiplicação desordenada de células anormais da mama, com formação de tumores capazes de invadir outros órgãos do corpo (Ministério da Saúde, 2024). Segundo a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), em 2020, esse foi o tipo de câncer mais diagnosticado no mundo, com mais de 2,26 milhões de novos casos. Ainda segundo essa Agência, em 2022, foram estimados mais de 2,31 milhões de casos, sendo essa doença a mais diagnosticada no mundo, ultrapassando o câncer de pulmão (International Agency for Research on Cancer, 2020; World Health Organization, 2021). No Brasil, foram estimados, para cada ano do triênio 2026-2028, 78.610 casos novos de câncer de mama (Instituto Nacional de Câncer, 2024).

Entre as mulheres, o câncer de mama é o mais frequente (30% dos casos novos), seguido pelos cânceres de cólon e reto (10,5%); colo do útero (7,4%); traqueia, brônquio e pulmão (6,4%); e glândula tireoide (5,1%). Os cânceres de mama feminina e de próstata aparecem como os mais frequentes, respondendo, cada um, por aproximadamente 15% das novas ocorrências. Observa-se, portanto, a predominância de tumores cuja incidência está associada a fatores reprodutivos, hormonais e comportamentais (Martins *et al.*, 2026).

Desde a confirmação diagnóstica até o curso do tratamento, a paciente oncológica vivencia estressores severos que comprometem a qualidade de vida, a autoimagem e autoestima. Esse panorama evoca sentimentos complexos, como a angústia diante da gravidade da patologia e o confronto direto com a própria finitude, demandando suporte psicossocial contínuo da equipe de saúde (Barros *et al.*, 2026). Dentre os impactos causados pelo câncer de mama, a qualidade de vida sexual é uma das queixas mais frequentes, associada a dificuldades físicas e emocionais de longo prazo (Lukasiewicz *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde sexual como “um estado de bem estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou incapacidade” (Organização Mundial da Saúde, 2006, recurso *online*).

Outro aspecto relevante ao câncer de mama diz respeito à função reprodutiva, haja vista que mulheres jovens, quando submetidas ao tratamento oncológico, podem ter sua fertilidade afetada diretamente devido ao comprometimento na fisiologia dos órgãos reprodutores decorrente dos tratamentos locais e/ou sistêmicos como a quimioterapia. Ressalta-se que a infertilidade pode impactar de forma negativa nos planos reprodutivos da mulher e/ou casal que ainda não têm prole constituída (Silva; Albuquerque; Coutinho Jr., 2022).

Apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama, ainda persistem lacunas importantes no cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, especialmente no que se refere à identificação, à avaliação e ao manejo das disfunções sexuais e das repercussões sobre a fertilidade. Esses aspectos frequentemente permanecem subnotificados na prática clínica, uma vez que questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva ainda são pouco abordadas pelas equipes de saúde durante o tratamento e o seguimento oncológico, apesar do reconhecido impacto na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama (Carter *et al.*, 2017; Paterson *et al.*, 2020). Tal cenário evidencia a necessidade de estudos que aprofundem essa temática a partir da perspectiva das próprias mulheres, contribuindo para a implementação de um cuidado mais integral, humanizado e centrado na pessoa.

Diante desse contexto, o objeto de estudo desta pesquisa é a saúde sexual e reprodutiva de mulheres com câncer de mama em tratamento oncológico, considerando suas dimensões físicas, emocionais, relacionais e sociais.

Assim, emerge a seguinte questão norteadora: como o câncer de mama impacta a saúde sexual e reprodutiva de mulheres submetidas ao tratamento oncológico?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento oncológico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais de mulheres com câncer de mama no momento da coleta de dados;
- Analisar a existência de associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com indicadores de saúde sexual e reprodutiva;
- Explorar quais as percepções das mulheres acerca das repercussões do câncer de mama e do tratamento oncológico em sua saúde sexual e reprodutiva.

3 MAPEAMENTO LITERÁRIO

O presente mapeamento literário constitui-se como uma etapa fundamental para a contextualização teórica e científica desta pesquisa, permitindo a compreensão ampliada do câncer de mama e de suas repercussões na vida das mulheres, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Inicialmente, aborda-se o câncer de mama, com ênfase em sua epidemiologia e no contexto clínico, considerando sua magnitude como problema de saúde pública e os impactos do diagnóstico e do tratamento ao longo do ciclo vital feminino.

Em seguida, discute-se a saúde sexual sob uma perspectiva biopsicossocial, destacando as implicações físicas, emocionais e àquelas relacionais associadas à vivência da doença.

Na sequência, são apresentados os principais conceitos relacionados à saúde reprodutiva feminina, considerando as particularidades impostas pelo câncer de mama e pelas terapêuticas adotadas.

Posteriormente, descrevem-se os instrumentos utilizados para a avaliação da saúde sexual e reprodutiva, enfatizando a aplicabilidade em pesquisas e na prática clínica em enfermagem.

3.1 CÂNCER DE MAMA

A seguir serão apresentados aspectos relevantes relacionados ao câncer de mama, tais como: epidemiologia, etiologia e manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

3.1.1 Epidemiologia

No cenário global, o câncer de mama destaca-se como a neoplasia de maior incidência feminina e a segunda na classificação geral, respondendo por 11,6% do total de casos de câncer. Embora as maiores taxas de incidência concentrem-se em regiões desenvolvidas, como França, Austrália, Nova Zelândia, América do Norte e Europa Ocidental, observa-se um crescimento acelerado em nações em transição na América do Sul, África e Ásia. Esse fenômeno é atribuído a mudanças nos padrões reprodutivos e de estilo de vida, bem como à ampliação do acesso ao diagnóstico e rastreamento mamográfico (Jardim *et al.*, 2024).

De acordo com Sung *et al.* (2021), o câncer de mama configura-se como o câncer mais comum em mulheres de todo o mundo. A taxa de mortalidade por câncer de mama, na

perspectiva da população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira (Ministério da Saúde, 2024).

Ainda, em relação ao contexto brasileiro, a mortalidade permanece significativa. Em 2023, foram registrados 20.165 óbitos, resultando em uma taxa estimada de 18,59 mortes por 100 mil mulheres (Instituto Nacional de Câncer, 2026).

Analizando o panorama geral do Brasil, seis são as localizações mais frequentes: mama feminina, próstata, cólon e reto, pulmão, estômago e colo do útero, que juntas compreendem 65% de todos os novos casos previstos. O padrão de incidência é observado em países de média e alta rendas, onde a transição epidemiológica está mais avançada, com a predominância dos tumores associados ao envelhecimento e a fatores de riscos modificáveis como dieta inadequada, obesidade, consumo de álcool, tabagismo e inatividade física (Martins *et al.*, 2026).

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma (Instituto Nacional de Câncer, 2026). Segundo o INCA (2026), o câncer de mama é o mais incidente no país em mulheres de todas as regiões, com taxas mais altas nas regiões Sul (47,65 por 100 mil) e Sudeste (51,72 por 100 mil). Para cada ano do triênio 2026-2028, foram estimados 78.610 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 42,50 casos por 100.000 mulheres (Martins *et al.*, 2026).

Percebe-se que a predominância dos tumores está associada a fatores reprodutivos, hormonais, comportamentais, e a determinantes sociais como o grau de urbanização e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, que contribuem para as diferenças regionais observadas no país. Em relação às regiões do país, nas regiões Sul e Sudeste, há o predomínio de câncer associado ao envelhecimento e aos estilos de vida mais urbanos; já no Norte e Nordeste verificam-se padrões de influência associados aos fatores infecciosos e também às desigualdades estruturais de acesso à prevenção e diagnóstico precoce. A região Centro-Oeste tem um perfil intermediário, mostrando o avanço gradual da transição demográfica e epidemiológica (Martins *et al.*, 2026).

Estabelecido o diagnóstico, são avaliadas a extensão da doença, suas características biológicas e as condições gerais da paciente para a escolha dos tratamentos indicados. Dessa forma, os tratamentos são divididos em intervenção local na mama ou sistêmica. A intervenção local possui como alternativa a cirurgia e a radioterapia (RT), já na intervenção sistêmica existe a possibilidade da realização de quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (Ministério da Saúde, 2024).

3.1.2 Etiologia e manifestações clínicas

Comumente, o câncer de mama ocorre a partir dos 35 anos, sendo raro em idades menores e, se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente positivo (Ministério da Saúde, 2024).

A etiologia do câncer de mama é multifatorial, abrangendo aspectos endócrinos, reprodutivos, ambientais, genéticos e relacionados ao estilo de vida. O envelhecimento constitui o principal determinante de risco, especialmente após os 50 anos, devido às alterações biológicas e ao acúmulo de exposições hormonais. A história reprodutiva desempenha papel central, em que uma janela estrogênica prolongada, caracterizada por menarca precoce e menopausa tardia, associada à nuliparidade e ao uso de hormônios exógenos (contraceptivos ou reposição pós-menopausa), eleva a suscetibilidade à doença (World Health Organization, 2021).

Paralelamente, fatores modificáveis como o sedentarismo, o consumo de álcool e o excesso de tecido adiposo são agravantes significativos. Na esfera ambiental e ocupacional, a exposição à radiação ionizante e o trabalho noturno são reconhecidos carcinógenos. Por fim, a predisposição hereditária, embora corresponda a uma menor parcela dos casos (5 a 10%), é crítica em portadoras de mutações em genes de alta penetrância, como *Breast Cancer gene 1* (BRCA1), *Breast Cancer Gene 2* (BRCA2), *Partner and Localizer of BRCA2* (PALB2) e *Checkpoint Kinase 2* (CHEK2) (Instituto Nacional de Câncer, 2026).

Aliadas a esses fatores, têm-se as variantes patogênicas (VPs) mais raras em genes de alta ou moderada penetrância e variantes de nucleotídeo único (SNVs) mais comuns (Guo *et al.*, 2025). Ademais, devido à natureza estrogênio-dependente de grande parte dos tumores, características da história reprodutiva e hormonal são fatores de risco clássicos e consolidados. Esses compreendem a janela prolongada de exposição estrogênica, marcada pela menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), nuliparidade e a primeira gestação após os 30 anos (Instituto Nacional de Câncer, 2024; Sociedade Brasileira de Mastologia, 2026).

O câncer de mama é uma neoplasia mamária que se origina, principalmente, no tecido glandular mamário e apresenta uma grande diversidade morfológica e molecular, sendo o carcinoma ductal o tipo histológico mais frequente. A classificação molecular permite identificar subgrupos com características distintas de prognóstico e sensibilidade às terapias (World Health Organization, 2021). O crescimento desordenado de células que passaram por um processo complexo de alterações celulares anômalos adquire a capacidade de invadir tecidos

adjacentes por expansão local ou de se disseminar para sítios distantes por meio de metástases. Entre as principais manifestações clínicas locais, destacam-se a presença de nódulos palpáveis e as modificações na morfologia da mama, como retrações, abaulamentos, aspecto cutâneo enrugado e inversão do mamilo. Em alguns casos podem ocorrer secreção mamilar sanguinolenta, linfonodomegalias axilares e sinais inflamatórios, como hiperemia. Além disso, sintomas gerais, a exemplo de astenia e febre, podem estar associados, compondo o quadro clínico da doença (Urbanetz, 2021).

O desenvolvimento do câncer de mama ocorre por meio de um processo de carcinogênese, geralmente lento, que pode transcorrer por anos até a formação de uma massa tumoral palpável. Biologicamente, esse fenômeno estrutura-se nos estágios de iniciação, promoção e progressão, sendo o último definido pela proliferação celular descontrolada, autônoma e irreversível (Guerra *et al.*, 2020).

A compreensão do espectro das lesões proliferativas é fundamental para a estratificação de risco e o planejamento do cuidado. Nem toda proliferação epitelial atua como precursora da malignidade, a exemplo das hiperplasias ductais usuais, que possuem baixo potencial de progressão. Entretanto, lesões como a atipia epitelial plana, a hiperplasia ductal atípica (HDA), a neoplasia lobular e o carcinoma ductal *in situ* (CDIS) integram um *continuum* morfológico de alto risco. Estudos moleculares demonstram que essas lesões compartilham alterações genéticas precoces com os carcinomas invasivos. O reconhecimento clínico dessas alterações é imprescindível para a equipe de enfermagem e de saúde, pois determina a necessidade de intervenção cirúrgica, quimioprevenção e a adoção de protocolos de rastreamento intensificado (Gheban *et al.*, 2026; Instituto Nacional de Câncer, 2022a; 2022b).

As neoplasias lobulares caracterizam-se como lesões não invasivas que comprometem a unidade lobular, podendo estender-se aos ductos. Frequentemente identificadas como achados incidentais em biópsias, essas neoplasias apresentam uma tendência marcante à multicentricidade e à bilateralidade (Carvalho *et al.*, 2020). Por sua vez, o carcinoma ductal *in situ* configura uma proliferação neoplásica intraductal que, embora confinada pelos limites da membrana basal, é classificada em graus (alto e baixo) que refletem a agressividade biológica da lesão (Cavalcante *et al.*, 2020).

A progressão da doença culmina no carcinoma invasivo, grupo de tumores epiteliais malignos que rompem a membrana basal da unidade ducto-lobular terminal, infiltrando o estroma adjacente e adquirindo potencial metastático. Por fim, embora a linhagem epitelial seja a mais prevalente, a mama pode ser sítio de outras neoplasias raras e de prognóstico reservado, como linfomas, sarcomas e melanomas (Costa Vieira *et al.*, 2023).

O câncer de mama apresenta heterogeneidade molecular e pode ser classificado em três grandes subtipos, com base na expressão dos receptores hormonais (RH), dos receptores de estrogênio (RE) e de progesterona (RP), bem como do receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2, do inglês *human epidermal growth factor receptor 2*): Estágio (1) RH+/HER2-; Estágio (2) HER2+; e Estágio (3) RE-/RP-/HER2- câncer de mama triplo-negativo. De modo geral, o subtipo RH+/HER2- (Estágio 1) é o mais prevalente, correspondendo a aproximadamente 70% dos casos de câncer de mama. O subtipo HER2+ (com superexpressão de HER2 - Estágio 2) representa cerca de 15–20% dos casos, enquanto o câncer de mama triplo-negativo (RE-/RP-/HER2-) ocorre em aproximadamente 15% das pacientes diagnosticadas (Waks; Winer., 2019).

3.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de mama baseia-se na avaliação clínica, em métodos de imagem como mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética, além do estudo anatomopatológico. O tratamento é definido de acordo com o estadiamento da doença e a estratificação de risco, sendo realizado principalmente por meio de cirurgia, quimioterapia, radioterapia (RT) e terapia-alvo molecular. Atualmente, a imunoterapia também tem sido incorporada em alguns cenários clínicos como uma quinta modalidade terapêutica no manejo do câncer de mama (Esteva *et al.*, 2019).

O estadiamento do câncer de mama constitui uma etapa crítica na definição da conduta clínica e no planejamento terapêutico, sendo realizado a partir da integração entre avaliação clínica, exames de imagem e análise anatomopatológica. Nesse contexto, destaca-se o sistema TNM, proposto pela *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) e pela *Union for International Cancer Control* (UICC), que classifica a doença com base na extensão do tumor primário (T), no comprometimento de linfonodos regionais (N) e na presença de metástases à distância (M). O parâmetro T avalia o tamanho e a invasão do tumor na mama, variando desde a ausência de evidência tumoral até lesões com comprometimento de estruturas adjacentes; o componente N refere-se ao grau de envolvimento linfonodal; e o parâmetro M indica a presença ou ausência de disseminação sistêmica (Instituto Nacional de Câncer, 2022a; 2022b; National Cancer Institute, 2025).

Na prática clínica, o estadiamento é operacionalizado por meio de uma abordagem escalonada. Inicialmente, a avaliação inclui exames de imagem, como mamografia e ultrassonografia mamária, seguidos da confirmação diagnóstica por biópsia com análise imuno-

histoquímica (IHQ), a qual permite não apenas a confirmação da malignidade, mas também a caracterização de fatores biológicos relevantes, como a expressão de receptores hormonais e o status do HER2, fundamentais para a definição terapêutica (Instituto Nacional de Câncer, 2022a; 2022b). Para pacientes classificadas a partir do Estágio II, torna-se necessária a investigação de possível disseminação sistêmica, incluindo tomografias de tórax e abdome superior, cintilografia óssea, além de avaliação laboratorial da função bioquímica e hepática. Adicionalmente, o ecocardiograma é frequentemente indicado para avaliação basal da função cardiovascular, especialmente em regimes terapêuticos que envolvem agentes potencialmente cardiotoxicos.

A partir da integração desses achados, os casos são agrupados em estágios clínicos que variam de 0 a IV, permitindo uma estratificação mais precisa do prognóstico e a individualização do tratamento. Ressalta-se que, na contemporaneidade, o estadiamento do câncer de mama ultrapassa a dimensão puramente anatômica, incorporando fatores biológicos e moleculares que ampliam a acurácia prognóstica e contribuem para uma abordagem terapêutica mais personalizada (National Cancer Institute, 2025).

É importante ressaltar que os marcadores tumorais séricos não possuem papel estabelecido no diagnóstico ou no prognóstico primário. Quanto aos métodos avançados de imagem, a ressonância magnética atua como ferramenta complementar na detecção de doença metastática, enquanto a Tomografia por Emissão de Pósitrons acoplada à Tomografia Computadorizada usando Fluordesoxiglicose (PET-CT com FDG), embora útil em cenários específicos, não é padronizada como exame de rotina para o estadiamento inicial da patologia (Bhushan; Gonsalves; Menon, 2021).

Sempre que houver suspeita clínica fundamentada por métodos de detecção precoce ou por achados anormais no exame físico, a investigação diagnóstica deve ser prontamente aprofundada. Clinicamente, as características sugestivas de malignidade incluem a presença de um nódulo mamário geralmente único, isolado e de consistência endurecida (pétrea). Frequentemente, tais lesões apresentam-se aderidas a tecidos adjacentes, podendo manifestar-se acompanhadas de assimetria mamária ou retração cutânea. Diante de tais evidências semiológicas, torna-se imperativa a confirmação histopatológica da lesão (Milosevic *et al.*, 2018).

A abordagem inicial deve priorizar a obtenção de material tecidual suficiente para o diagnóstico por meio de técnicas minimamente invasivas, visando reduzir a morbidade e evitar a excisão cirúrgica desnecessária de lesões benignas (Barba *et al.*, 2021). Uma vez confirmado o diagnóstico, a anamnese deve ser direcionada à investigação da história familiar,

comorbidades e cronologia da evolução da doença. Complementarmente, é indispensável a realização de um exame físico sistêmico, com foco rigoroso na palpação das cadeias linfonodais axilares, cervicais e fossas supraclaviculares, para a detecção de potenciais sítios de disseminação locorregional (McDonald *et al.*, 2016).

No que tange à caracterização patológica, o carcinoma ductal infiltrante (CDI) é a linhagem invasiva mais prevalente, observada em mais de 90% dos casos. O carcinoma lobular infiltrante (CLI) constitui o segundo tipo mais comum (5% a 10%), apresentando distinções biológicas e clínicas relevantes em relação ao CDI (Barba *et al.*, 2021; Costa Vieira *et al.*, 2023).

Diferentemente do padrão ductal, o CLI apresenta maior tendência à multicentricidade e à bilateralidade ao diagnóstico, acometendo predominantemente mulheres em faixas etárias mais avançadas. Em sua variante clássica, o CLI frequentemente exhibe positividade para receptores hormonais (RH), o que costuma conferir-lhe um prognóstico mais favorável em comparação ao CDI. Contudo, sua história natural é marcada pelo risco de metástases tardias em sítios atípicos, como o trato gastrointestinal, o peritônio e as meninges (Jafari *et al.*, 2018).

Outro diagnóstico que merece destaque refere-se ao câncer de mama gestacional (CMG), definido como aquele que é diagnosticado durante a gravidez, ou até um ano após o parto e com prevalência durante o ciclo gravídico-puerperal, de um caso a cada 3.000 - 10.000 gravidezes, na dependência da população estudada (Antonelli *et al.*, 1996). Quando se trata de CMG, o diagnóstico muitas vezes é tardio devido a dois fatores, práticas de autocuidado não muito valorizadas e exames de imagem das mamas não incluídas como rotina no acompanhamento da gestante (Alquimim *et al.*, 2011).

Durante o ciclo gravídico, ocorrem diversas alterações mamárias devido ao aumento do nível hormonal que consiste em intensa proliferação ductal, discreto crescimento lobular, decréscimo do estroma fibrogorduroso e aumento da vascularização glandular e do componente fibroglandular do parênquima mamário, contribuindo para uma discreta hipoeogenicidade difusa, proliferação celular com crescimento lobular considerável e diminuição estromal relativa (Alquimim *et al.*, 2011). Com isso, no ciclo gravídico-puerperal, podem surgir nódulos indolores que passam despercebidos devido ao aumento de volume e ingurgitamento mamário, sendo o diagnóstico retardado em 5-15 meses em 40% dos casos (Rosas *et al.*, 2020). Ao vincular o câncer à gravidez, percebe-se que as mães, ao receberem tal diagnóstico, passam a ter diversas sensações, desde o medo da morte à felicidade de ser progenitora, gerando conflitos emocionais e éticos, não só para elas, como também para seus familiares e os profissionais de

saúde que fazem o seu acompanhamento (Oliveira; Cipriano, 2016), sempre considerando os aspectos psicológicos, religiosos, éticos e as diferentes realidades socioeconômicas.

3.1.4 Tratamento

As estratégias terapêuticas para o câncer de mama são multidisciplinares e fundamentam-se no controle local e sistêmico. O tratamento local compreende a exérese cirúrgica do tumor primário, a abordagem da cadeia linfonodal axilar e a radioterapia adjuvante. Já o tratamento sistêmico envolve a quimioterapia, a hormonioterapia e as terapias-alvo, podendo ser administrado em caráter neoadjuvante (antes da cirurgia) ou adjuvante (após o controle local).

As modalidades combinadas podem ter finalidade curativa ou paliativa, a depender da extensão da doença ao diagnóstico. O protocolo de escolha deve basear-se em intervenções que demonstrem impacto comprovado na redução da mortalidade e na modificação da história natural da doença, respeitando as diretrizes de aprovação dos órgãos regulatórios, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Menon; Alkabban; Ferguson, 2024).

O tratamento do câncer de mama pode ser árduo devido a uma série de fatores complexos associados a essa doença. Algumas das razões pelas quais o tratamento do câncer de mama pode ser difícil incluem: heterogeneidade do câncer, sendo possível a existência de mais de um tipo de câncer; metástases, que acontecem quando as células do câncer se desprendem do tumor principal e se disseminam para outras partes do corpo; resistência ao tratamento; diagnóstico em estágios avançados; e tolerância do paciente (Martins, *et al.*, 2020).

O manejo não medicamentoso do carcinoma mamário fundamenta-se em um tripé terapêutico composto pela ressecção tumoral, associada ou não à reconstrução, pelo estadiamento axilar e pela radioterapia. Historicamente, a intervenção cirúrgica permanece como o pilar do tratamento em estágios precoces. A literatura aponta uma transição paradigmática nesses procedimentos, em que a redução da invasividade tem permitido ganhos estéticos significativos sem prejuízo ao desfecho oncológico e à cura. A escolha terapêutica é multifatorial, norteadas por exames clínicos e de imagem, pela relação entre o volume tumoral e a mama, bem como pela autonomia da paciente, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (Ministério da Saúde, 2024).

No âmbito cirúrgico, a conduta divide-se primordialmente entre abordagens conservadoras e não conservadoras. A cirurgia conservadora, ou parcial, é indicada para a

obtenção de margens livres com preservação tecidual, englobando técnicas como as quadrantectomias e tumorectomias. Esse é o procedimento de escolha quando há uma proporção favorável entre o tamanho do tumor e o volume mamário, frequentemente associado a manobras de simetrização contralateral. Por outro lado, a cirurgia não conservadora, caracterizada pela mastectomia, é reservada para casos de desproporção entre o tumor e o parênquima ou diante da impossibilidade de obtenção de margens cirúrgicas negativas após múltiplas ressecções. Destaca-se a mastectomia radical modificada, que apresenta variações quanto à preservação ou ressecção dos músculos peitorais. Complementarmente, a reconstrução mamária, seja de forma imediata ou tardia, consolida-se como uma etapa fundamental do cuidado integral, condicionada à necessidade de tratamentos locais complementares e às diretrizes regulatórias vigentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2024).

Concomitantemente à abordagem mamária, a avaliação do status linfonodal é imperativa. A Biópsia do Linfonodo Sentinela (BLS) estabeleceu-se como o procedimento de escolha para o estadiamento de pacientes com axila clinicamente negativa, com o intuito de minimizar a morbidade associada aos esvaziamentos axilares radicais, podendo ser subsidiada por punção guiada por ultrassonografia. No contexto de recorrência local, a cirurgia de salvamento desponta como uma alternativa viável para pacientes clinicamente operáveis. Contudo, a ressecção do tumor primário em vigência de doença metastática permanece como objeto de debate. Embora evidências retrospectivas sugiram potenciais ganhos de sobrevida global ao se obter margens negativas, tal prática carece de recomendação formal de rotina, aguardando validação por estudos prospectivos robustos para a consolidação dessa conduta (Ministério da Saúde, 2024).

Atuando em sinergia com a intervenção cirúrgica, a radioterapia (RT) compõe o tratamento locorregional para garantir o controle da doença e mitigar o risco de recidiva. Sua indicação adjuvante é estratificada pelo estadiamento, sendo recomendada após cirurgias conservadoras e em casos de pós-mastectomia que apresentem fatores de alto risco, como margens exíguas, tumores maiores que cinco centímetros ou acometimento linfonodal. Atualmente, os esquemas de hipofracionamento, caracterizados por um menor número de sessões com maior dose por fração, aliados à radioterapia conformal 3D, constituem a modalidade preferencial. Esses protocolos oferecem tratamentos mais curtos com segurança e eficácia comprovadas, minimizando a exposição de órgãos adjacentes. Em estádios avançados ou oligometastáticos, a radioterapia pode assumir caráter ablativo ou paliativo, utilizando

técnicas de alta precisão como a radioterapia estereotáxica para o controle de sintomas e progressão tumoral (Ministério da Saúde, 2024).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do câncer de mama fundamenta-se na literatura científica contemporânea e nas tecnologias aprovadas pela ANVISA, visando à redução da mortalidade por meio de esquemas terapêuticos incorporados ao SUS após avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). No âmbito das intervenções sistêmicas, a quimioterapia constitui a modalidade habitual, podendo ser administrada nos cenários neoadjuvante ou adjuvante com perfis equivalentes de segurança e eficácia em doenças inicialmente operáveis. Na abordagem neoadjuvante, o objetivo primordial é a redução volumétrica de tumores inicialmente inoperáveis por técnicas conservadoras, visando à conversão para quadros operáveis com melhores desfechos estéticos e funcionais, sem prejuízo à sobrevida global ou ao risco de recidiva à distância. Por outro lado, a quimioterapia adjuvante é reconhecida como um dos principais fatores para a redução da mortalidade oncológica, apresentando benefícios consolidados na sobrevida livre de doença, mesmo em acompanhamentos superiores a quinze anos (Ministério da Saúde, 2024).

A seleção do esquema quimioterápico é guiada pelo subtipo molecular da doença, utilizando biomarcadores preditivos como o receptor de estrogênio (RE), receptor de progesterona (RP) e a expressão da proteína HER-2. Quando a imuno-histoquímica (IHQ) indica positividade para HER-2, caracterizada por escores de duas ou três cruzes confirmados por técnicas moleculares como o FISH, impõe-se a utilização de terapia direcionada ao receptor. Em contrapartida, resultados de IHQ categorizados como zero ou uma cruz são interpretados como negativos para a amplificação gênica, dispensando a investigação por hibridização *in situ* (Ministério da Saúde, 2024).

Complementarmente à quimioterapia, a hormonioterapia, ou terapia endócrina, é indicada para pacientes que apresentam qualquer grau de positividade para receptores hormonais na análise imuno-histoquímica, atuando tanto no cenário adjuvante quanto paliativo. A definição da estratégia terapêutica depende intrinsecamente do estado menopausal, que é definido clinicamente pela interrupção permanente da menstruação. Para evitar confusões com a supressão temporária induzida pelo tratamento, o status pós-menopausal deve ser confirmado por critérios como a ooforectomia bilateral prévia, idade igual ou superior a sessenta anos, ou amenorreia por período igual ou superior a doze meses na ausência de interferências farmacológicas, associada a níveis de estradiol e hormônio folículo estimulante (FSH) compatíveis. Em mulheres na pré-menopausa, pode-se optar pela ablação ovariana concomitante à hormonioterapia, embora o estado menopausal não possa ser definido durante

o uso de agonistas ou antagonistas do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH) (Ministério da Saúde, 2024).

No contexto da doença metastática, a hormonioterapia permanece como o tratamento preferencial para tumores com receptores hormonais positivos, mesmo na presença de acometimento visceral, exceto em situações de crise visceral ou suspeita de resistência endócrina. Essa resistência é classificada como primária quando ocorre a recorrência do tumor nos dois primeiros anos de tratamento adjuvante ou progressão nos seis primeiros meses de terapia de primeira linha na doença metastática. Já a resistência secundária é caracterizada quando a progressão ocorre após os dois primeiros anos de hormonioterapia adjuvante, durante o primeiro ano após sua conclusão, ou após os seis primeiros meses de tratamento em casos de câncer de mama metastático (Ministério da Saúde, 2024).

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (2024), a definição da estratégia terapêutica no câncer de mama fundamenta-se na integração de variáveis clínicas e biológicas analisadas pelo oncologista, as quais atuam como fatores prognósticos determinantes para o risco de recidiva e mortalidade. Entre os principais parâmetros considerados, destacam-se a idade da paciente, as dimensões do tumor primário e o status linfonodal, especificamente quanto à presença e ao número de linfonodos patológicos identificados. Adicionalmente, a caracterização molecular por meio da expressão de receptores hormonais, do status do HER-2 e do índice proliferativo é essencial para o direcionamento das modalidades de tratamento sistêmico.

Nesse contexto, a avaliação desses fatores pode ser subsidiada pelo emprego de calculadoras de risco extensamente validadas na literatura científica. Preconiza-se a utilização de ferramentas como o modelo PREDICT, particularmente em cenários onde a realização de perfis de expressão gênica para guiar a terapêutica não é viável. A ferramenta PREDICT, caracterizada por ser um algoritmo baseado em variáveis clínico-patológicas clássicas e acessíveis (como idade, tamanho e grau do tumor, status de RE e HER2), permite estimar com precisão a sobrevida global de longo prazo e o benefício absoluto de diferentes terapias adjuvantes, auxiliando a tomada de decisão clínica no câncer de mama inicial de forma custo-efetiva. Sendo assim, apresenta utilidade clínica relevante na tomada de decisão sobre a condução terapêutica adjuvante em mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico por carcinoma mamário invasivo em estádios iniciais, permitindo uma estimativa mais acurada do benefício de intervenções adicionais, com base nas características individuais da doença.

O seguimento de pacientes submetidas ao tratamento de câncer de mama localizado deve ser realizado por um período mínimo de cinco anos, com uma periodicidade de avaliação

clínica que decresce conforme o tempo de estabilidade da doença. O exame físico deve ser conduzido em intervalos de três a seis meses durante os primeiros três anos; posteriormente, a frequência é reduzida para intervalos de seis a doze meses nos dois anos subsequentes, passando a ser anual após esse período. No que tange ao rastreamento mamográfico, a vigilância deve ser anual para mulheres com histórico pessoal da patologia, iniciando-se doze meses após a mamografia inicial. Para pacientes submetidas à cirurgia conservadora, o exame deve ser realizado respeitando-se o intervalo mínimo de seis meses após a conclusão da radioterapia (Ministério da Saúde, 2024).

É fundamental destacar que a literatura e as diretrizes oficiais não preconizam a realização rotineira de exames laboratoriais, como hemograma completo e dosagens bioquímicas séricas, nem de exames de imagem complexos (incluindo cintilografia óssea, radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou PET-CT) em pacientes assintomáticas e sem achados clínicos sugestivos de recidiva. Da mesma forma, a dosagem de marcadores tumorais não é indicada para o monitoramento de rotina nesse perfil de paciente, devendo a investigação ser pautada exclusivamente pela anamnese e pelo exame clínico detalhado (Ministério da Saúde, 2024).

O monitoramento de efeitos adversos relacionados à terapia endócrina também exige protocolos específicos. Para pacientes em uso de tamoxifeno, independentemente do estado menopausal, não há benefício comprovado na realização de ecografia transvaginal ou biópsias endometriais de rotina. Em contrapartida, a utilização de inibidores da aromatase (IA) demanda uma vigilância rigorosa da saúde óssea e cardiovascular. Devido ao risco elevado de perda de massa óssea e fraturas, a densitometria óssea deve ser solicitada para todas as pacientes que possuam fatores de risco adicionais para osteoporose, com reavaliações periódicas a cada um ou dois anos com o intuito de guiar a necessidade de intervenção farmacológica. Adicionalmente, o monitoramento da dislipidemia e do risco cardiovascular é aconselhável em decorrência do perfil de toxicidade associado a essa classe de medicamentos. Por fim, em pacientes na perimenopausa sob terapia, torna-se imperativo o monitoramento seriado dos níveis de gonadotrofina e estradiol, além da vigilância quanto ao retorno da função menstrual, garantindo a eficácia do bloqueio hormonal pretendido (Ministério da Saúde, 2024).

3.1.5 Prognóstico

É importante compreender que as estratégias de rastreamento precoce favorecem a melhora do prognóstico e da qualidade de vida, possibilitam tratamentos menos agressivos e,

consequentemente, contribuem para a redução da mortalidade (Dourado *et al.*, 2022). Além disso, os atrasos no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama intensificam a ansiedade vivenciada pelas mulheres e podem comprometer a possibilidade de tratamentos curativos, resultando em menores taxas de sobrevivência (Souza; Oliveira, 2023).

Além dos desafios médicos e estruturais relacionados ao diagnóstico e ao tratamento, o câncer de mama impõe um impacto expressivo na vida das pacientes, abrangendo não apenas aspectos físicos, como dor e efeitos colaterais terapêuticos, mas também dimensões emocionais, relacionais e de gênero. Nesse contexto, a vivência do adoecimento pode desencadear mecanismos de negação, influenciar a forma como a mulher compreende o diagnóstico e repercutir na sua sexualidade, na conjugalidade e na construção da própria identidade, afetando diretamente seu percurso terapêutico e sua qualidade de vida (Brilhante *et al.*, 2025).

Apesar da magnitude desses impactos, evidencia-se uma importante lacuna assistencial no contexto da enfermagem oncológica: a avaliação da saúde sexual e reprodutiva ainda não é sistematicamente incorporada à prática clínica. Tal ausência decorre não apenas de limitações no preparo técnico-científico dos profissionais, mas também de barreiras socioculturais que dificultam a abordagem da sexualidade no cuidado em saúde. Ademais, fatores estruturais, como a sobrecarga de trabalho, a insuficiente capacitação continuada e as fragilidades na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, contribuem para a manutenção de um modelo assistencial centrado predominantemente em aspectos biológicos, em detrimento de uma abordagem integral. Esses aspectos são corroborados por Silva e Messias (2025) ao evidenciarem dificuldades relacionadas à capacitação profissional, limitações institucionais e entraves na operacionalização de práticas assistenciais mais abrangentes no cuidado à mulher com câncer de mama.

O aumento das taxas de sobrevida, associado à ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, tem transformado o câncer de mama em uma condição de curso prolongado para muitas mulheres. Nesse cenário, a atenção à saúde não pode restringir-se ao controle tumoral, sendo necessário compreender as repercussões funcionais, emocionais e relacionais decorrentes da doença e de suas terapias, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

3.2 SAÚDE SEXUAL: O IMPACTO BIOPSIKOSSOCIAL

A definição de sexualidade apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é ampla e abrange várias dimensões da vida humana. Ela destaca que a sexualidade é uma energia que motiva as pessoas a buscar amor, contato, ternura e intimidade, estando presente em nossos

sentimentos, movimentos, toques e interações. Além disso, a sexualidade é um fator importante que influencia a saúde física e mental em todas as suas dimensões, incluindo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, religiosos, políticos e legais. Assim, determinando que a sexualidade não se limita apenas a atividade sexual (sexo), mas inclui também diferentes aspectos (Organização Mundial da Saúde, 2006).

A sexualidade humana configura-se como um construto multidimensional, que integra aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, constituindo um elemento central da qualidade de vida e da identidade dos indivíduos. Essa dimensão ultrapassa o ato sexual em si, envolvendo a subjetividade, a autoimagem e a capacidade de estabelecer vínculos afetivos. No contexto do câncer de mama, a literatura evidencia que a sexualidade é profundamente impactada pelo diagnóstico e pelos tratamentos, resultando em alterações no desejo sexual, dificuldades na relação sexual e preocupações com a imagem corporal (Panobianco *et al.*, 2026).

De acordo com Vegunta *et al.* (2022), a sexualidade da paciente oncológica é atravessada por uma tríade complexa que envolve a integridade da imagem corporal, a manutenção da autoestima e a funcionalidade biológica da resposta sexual.

Nesse sentido, as modalidades de tratamento, as quais incluem procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, impõem alterações orgânicas e endócrinas significativas. Tais intervenções são responsáveis por desencadear disfunções que variam desde o declínio do desejo sexual e a redução da lubrificação vaginal até alterações na sensibilidade erógena e anorgasmia (Vegunta *et al.*, 2022).

Somam-se a esses danos físicos as repercussões psicológicas, como quadros de ansiedade, depressão e a perda da confiança interpessoal, fatores que operam sinergicamente para o comprometimento da satisfação sexual e da intimidade do casal (Brilhante *et al.*, 2025). Os efeitos colaterais do tratamento podem resultar em uma diminuição da quantidade e qualidade das relações sexuais, causando sintomas como: dispareunia, dores nas relações, dificuldade na lubrificação, falta de desejo e secura vaginal, prejudicando a vida sexual (Tigre; Rodrigues; Pucci, 2022).

Sendo assim, no âmbito feminino, a sexualidade encontra expressão em várias dimensões, e as mamas emergem como elementos fundamentais nesse cenário, pois além de sua função biológica, desempenham um papel crucial na autoestima das mulheres, sendo influenciadas por interações entre fatores sociais, culturais e individuais. A representação social e cultural das mamas frequentemente as associa à feminilidade e à beleza, moldando a maneira como as mulheres percebem seus próprios corpos. Em muitas culturas, as mamas tornaram-se

símbolos poderosos de feminilidade e atratividade. A pressão para atender a padrões de beleza específicos, que incluem seios considerados ideais, pode criar expectativas inatingíveis, impactando diretamente a autoestima feminina. A mídia, com suas imagens idealizadas de corpos femininos, contribui significativamente para a formação desses padrões, influenciando a percepção das mulheres sobre si mesmas (Hirschle, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interfere na qualidade de vida das pessoas. A disfunção sexual envolve bloqueios nas respostas fisiológicas do desejo, excitação e orgasmo, prejudicando uma ou mais fases do ciclo sexual. Tratamentos adjuvantes, como quimioterapia, podem desencadear ou agravar essas disfunções. Logo, o diagnóstico das disfunções sexuais é essencial, equiparando-se à identificação de outros agravos à saúde.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), a disfunção sexual é definida como

um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual. Um mesmo indivíduo poderá ter várias disfunções sexuais ao mesmo tempo. Nesses casos, todas as disfunções deverão ser diagnosticadas (American Psychiatric Association, 2023, p. 423).

Nesse contexto, a disfunção sexual apresenta uma prevalência alarmante. Estudos indicam que mais de 75% das mulheres submetidas ao tratamento oncológico manifestam algum grau de disfunção, o que corrobora diretamente para a redução dos índices de bem-estar (Silva; Albuquerque; Coutinho Jr., 2022).

Nesse sentido, o reconhecimento dessas demandas é imperativo para a consolidação de um cuidado integral. Portanto, o suporte adequado não deve se restringir à remissão da patologia, mas sim promover a reabilitação da identidade e do bem-estar biopsicossocial da mulher. A compreensão da interseccionalidade entre o câncer de mama e a sexualidade é condição crucial para que as mulheres possam ressignificar suas trajetórias e recuperar sua autonomia afetivo-sexual no período pós-tratamento (Thornton; Lewis-Smith, 2021).

Poucos estudos nacionais correlacionam função sexual e qualidade de vida, sendo que a maioria das investigações se concentra no período de diagnóstico e tratamento, havendo escassez de publicações que explorem os impactos na sexualidade e na vida sexual após o término terapêutico. Ademais, observa-se na prática assistencial que profissionais de saúde

ainda abordam de forma limitada a sexualidade e o funcionamento sexual com mulheres e seus parceiros após o tratamento do câncer de mama, evidenciando a necessidade de maior aprofundamento sobre o tema para subsidiar uma atenção integral à saúde da mulher (Panobianco *et al.*, 2026).

3.3 SAÚDE REPRODUTIVA FEMININA

A interseção entre oncologia e medicina reprodutiva consolidou o campo da oncofertilidade, área que se torna crucial diante do aumento da incidência de câncer de mama em mulheres em idade reprodutiva. Para muitas mulheres, a maternidade é um projeto de vida central, e a ameaça de infertilidade decorrente do tratamento pode gerar sofrimento psíquico equiparável ao próprio diagnóstico de câncer (Lambertini *et al.*, 2021). Com isso, a oncofertilidade surge no auxílio de mesclar conhecimentos da endocrinologia reprodutiva com a oncologia, sendo que o momento ideal para o encaminhamento das mulheres a esse tipo de serviço deve ser realizado o mais breve possível no curto período entre o diagnóstico e o início do tratamento (Silva; Albuquerque; Coutinho Jr., 2022).

Corroborando esse aspecto, no planejamento do tratamento oncológico de mulheres jovens, torna-se imprescindível considerar que a fertilidade pode ser comprometida tanto pelo próprio câncer, que interfere na fisiologia dos órgãos reprodutivos, quanto pelos tratamentos locais e sistêmicos empregados. A quimioterapia, um dos recursos sistêmicos mais frequentemente utilizados, apresenta impacto relevante sobre a função reprodutiva, sendo que os diferentes agentes quimioterápicos variam quanto à sua toxicidade, podendo ocasionar desde ausência de efeitos até amenorreia transitória ou falência ovariana permanente, resultando em infertilidade (Silva; Albuquerque; Coutinho Jr., 2022)

O principal mecanismo de dano reprodutivo associado ao tratamento oncológico é a genotoxicidade induzida pela quimioterapia, especialmente por agentes alquilantes, como a ciclofosfamida, que promovem a destruição dos folículos ovarianos. Esse processo pode resultar em insuficiência ovariana prematura, levando à infertilidade ou à menopausa precoce. O risco dessa toxicidade varia de acordo com a idade da paciente, a reserva ovariana prévia e o tipo e intensidade do regime quimioterápico utilizado (Lambertini *et al.*, 2021)

De acordo com as recomendações da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), os oncologistas devem se preparar para discutir infertilidade e o potencial risco das terapias o mais breve possível a partir do diagnóstico do câncer, podendo ser simultâneo ao estadiamento e ao planejamento do tratamento. Recomenda-se, ainda, o encaminhamento das mulheres que

manifestarem interesse na fertilidade, bem como aquelas que não tiverem certeza, para especialistas em reprodução o mais breve possível; além de referenciar para atendimento psicológico (Oktay *et al.*, 2001). Complementarmente às estratégias de preservação da fertilidade, a manutenção da saúde sexual e da qualidade de vida durante o bloqueio hormonal configura-se como um desafio terapêutico contemporâneo, especialmente para pacientes jovens que enfrentam a secura vaginal e a perda de libido decorrentes da menopausa química (Brilhante *et al.*, 2025).

Evidências recentes indicam que o uso de testosterona tópica em baixa dose (3 mg/dia) apresenta-se como uma estratégia promissora e segura para mitigar efeitos reprodutivos indesejáveis em pacientes sob supressão ovariana e uso de inibidores da aromatase. Ao utilizar o inibidor da aromatase de forma concomitante, a conversão da testosterona em estradiol é efetivamente bloqueada, mantendo os níveis estrogênicos indetectáveis e garantindo a segurança oncológica. Há ainda melhora estatisticamente significativa em múltiplos domínios da função sexual, incluindo desejo, lubrificação e satisfação geral, sugerindo que o manejo sistêmico da deficiência androgênica pode ser superior às abordagens puramente locais na reabilitação da saúde reprodutiva e bem-estar da sobrevivente ao câncer de mama (Taranto *et al.*, 2024).

Além do impacto biológico, a saúde reprodutiva envolve o aconselhamento pré-concepcional. Nesse sentido, destaca-se a figura do enfermeiro oncológico que pode atuar na educação em saúde, orientando sobre os riscos reprodutivos antes do início da terapia sistêmica e encaminhando, quando viável, para estratégias de preservação da fertilidade (como criopreservação de oócitos ou embriões). A negligência nesse aconselhamento é considerada uma falha na assistência, pois priva a mulher da autonomia sobre seu futuro reprodutivo (Silva; Albuquerque; Coutinho Jr., 2022).

Diante da complexidade e da relevância da saúde sexual e reprodutiva, torna-se essencial a avaliação das mesmas durante o tratamento do câncer de mama. Para tanto, é fundamental a utilização de instrumentos válidos e confiáveis para essa avaliação.

3.4 AVALIAÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Para que a assistência de enfermagem ultrapasse os aspectos relacionados à subjetividade e avance para a prática baseada em evidências, é fundamental o uso de instrumentos validados que mensuram a magnitude das disfunções. Na literatura, destacam-se escalas psicométricas específicas para as dimensões sexual e reprodutiva tais como a *Female*

Sexual Function Index (FSFI), Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) e a *Fertility Quality of Life* (FertiQoL).

A *Female Sexual Function Index* (FSFI) é um instrumento validado internacionalmente para avaliação multidimensional da função sexual feminina, composto por 19 itens distribuídos em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O questionário avalia a experiência sexual nas quatro semanas anteriores à aplicação, permitindo a análise dos diferentes componentes da resposta sexual feminina (Rosen *et al.*, 2000; Thiel *et al.*, 2008).

Os itens são pontuados em escala Likert, com escores ponderados por fatores de correção específicos para cada domínio. O escore total varia de 2 a 36 pontos, sendo que valores mais elevados indicam melhor função sexual. Na versão validada para o português brasileiro, pontuações $\leq 26,55$ sugerem disfunção sexual feminina (Thiel *et al.*, 2008). O instrumento apresenta elevada confiabilidade e validade, com excelente consistência interna (alfa de Cronbach $>0,90$) e adequada estabilidade teste–reteste, consolidando-se como uma ferramenta de referência na avaliação da sexualidade feminina, além de ter sido traduzido, adaptado culturalmente e validado para a população brasileira, demonstrando adequação para avaliação da função sexual feminina (Rosen *et al.*, 2000).

Posteriormente, no contexto oncológico, foi desenvolvida a versão adaptada *Female Sexual Function Index – Breast Cancer* (FSFI-BC), direcionada à avaliação da função sexual de mulheres com câncer de mama, considerando as repercussões específicas da doença e dos tratamentos antineoplásicos. O instrumento contempla sete domínios: mudanças após o câncer, desejo/excitação, lubrificação, orgasmo, dor, satisfação e angústia, permitindo uma análise mais sensível das alterações decorrentes da cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (Bartula; Sherman, 2015).

A escala diferencia mulheres sexualmente ativas e inativas, investigando, entre estas últimas, possíveis motivos relacionados à ausência de atividade sexual, como dor, falta de lubrificação, redução do desejo, questões relacionadas ao parceiro ou ao sofrimento emocional. A pontuação é obtida a partir dos itens de cada domínio, sendo que menores escores indicam maior comprometimento da função sexual, com exceção do domínio satisfação, no qual valores mais elevados representam maior satisfação sexual (Quadro 1). Embora existam pontos de corte estabelecidos para a maioria dos domínios, a subescala satisfação ainda não apresenta ponto de corte clínico validado, devendo ser interpretada de forma descritiva (Bartula; Sherman, 2015).

A utilização do FSFI-BC nesta pesquisa justifica-se por sua capacidade de avaliar de forma abrangente os impactos do câncer de mama e de seus tratamentos sobre a sexualidade feminina, contribuindo para a identificação de alterações compatíveis com o diagnóstico de

enfermagem Disfunção Sexual (00059) e subsidiando o planejamento de intervenções assistenciais fundamentadas em evidências.

Quadro 1 – Pontos de corte de cada domínio da escala FSFI- BC: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Domínios da escala FSFI-BC	Ponto de corte clínico
Mudanças após o câncer	15
Angústia	18
Desejo/Excitação	12
Lubrificação	12
Orgasmo	9
Dor	9

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão das experiências relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres com câncer de mama requer uma abordagem ampliada, capaz de ultrapassar a dimensão estritamente biológica da doença e contemplar os aspectos emocionais, sociais, culturais, espirituais e existenciais envolvidos no processo de adoecimento e tratamento. Nessa perspectiva, a enfermagem assume papel fundamental ao desenvolver práticas de cuidado centradas na pessoa, considerando suas necessidades, valores, crenças, sentimentos e singularidades. Entre os referenciais teóricos que sustentam essa compreensão ampliada do cuidado destaca-se a Teoria do Cuidado Transpessoal, desenvolvida por Jean Watson, uma das principais teóricas da enfermagem contemporânea (Watson, 2007).

A Teoria do Cuidado Transpessoal fundamenta-se na concepção de que o cuidado constitui a essência da enfermagem e que a relação entre enfermeiro e pessoa cuidada transcende a execução de procedimentos técnicos, configurando-se como um encontro humano, ético e transformador. Para Watson (2007), o cuidado envolve presença autêntica, empatia, respeito à dignidade humana e reconhecimento da integralidade do ser, considerando a pessoa em suas dimensões física, mental, emocional, social e espiritual. Assim, o processo de cuidar não se limita ao tratamento da doença, mas envolve a criação de uma relação capaz de favorecer significado, enfrentamento, adaptação e potencialização dos processos de cura.

Jean Watson graduou-se em Enfermagem em 1964 e concluiu doutorado em Psicologia Educacional e Aconselhamento em 1973. Após sua formação, integrou o corpo docente da Faculdade de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Colorado, nos Estados Unidos, onde desenvolveu estudos voltados à construção de uma ciência do cuidado humano (Alligood, 2008). Sua teoria foi inicialmente apresentada em 1979, na obra *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, na qual foram descritos os *Caring Factors*, elementos fundamentais para a prática do cuidado de enfermagem. Posteriormente, esses fatores foram ampliados e transformados nos *Caritas Processes*, incorporando uma perspectiva mais profunda, espiritual e transpessoal do cuidar (Watson, 2007).

A evolução da teoria de Watson ocorreu por meio de diferentes paradigmas. O primeiro paradigma, desenvolvido na década de 1980, fundamentava-se nos valores humanísticos-altruístas e na compreensão do cuidado como elemento central da enfermagem. Em 2008, a autora ampliou essa perspectiva ao propor os *Clinical Caritas Processes*, enfatizando a consciência, a presença genuína e a relação transpessoal estabelecida entre cuidador e cuidado. Posteriormente, Watson introduziu o paradigma Caritas-Veritas, que amplia o conceito de

cuidado para uma consciência unitária, fundamentada na conexão entre ser humano, universo, espiritualidade e amor como elementos constitutivos do processo de cuidar-curar (Afonso *et al.*, 2024).

O conceito de cuidado transpessoal representa uma das principais contribuições da teoria de Watson, pois compreende que o encontro entre enfermeiro e paciente constitui uma experiência singular, na qual ambos participam de uma relação intersubjetiva que ultrapassa o contato físico e técnico. Esse momento de cuidado envolve disponibilidade, escuta, presença e compartilhamento de experiências humanas, permitindo uma conexão entre o corpo, a mente e a dimensão espiritual dos envolvidos (Evangelista *et al.*, 2020; Simões *et al.*, 2023). Dessa forma, o cuidado transcende a perspectiva da “tecnocura”, na qual a assistência se restringe à aplicação de conhecimentos técnicos, reafirmando a enfermagem como ciência humana e relacional (Watson, 2007).

A Teoria do Cuidado Transpessoal está sustentada por quatro metaparadigmas fundamentais da enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. A pessoa é compreendida por Watson (2007) como um ser humano integral, dotado de corpo, mente e espírito, inserido em um processo contínuo de construção de significado e evolução. Essa compreensão rompe com uma visão fragmentada do indivíduo e reconhece a subjetividade e a singularidade das experiências humanas.

A saúde, na perspectiva de Watson (2007), ultrapassa a ausência de doença e envolve harmonia, equilíbrio e integração das dimensões física, emocional, social e espiritual do ser. Essa concepção apresenta estreita relação com a experiência das mulheres com câncer de mama, considerando que as repercussões da doença e dos tratamentos não se restringem às alterações fisiológicas, mas envolvem mudanças na identidade feminina, autoestima, imagem corporal, sexualidade, relações afetivas e projetos relacionados à maternidade e reprodução.

O ambiente, denominado também campo fenomenológico, representa o espaço no qual ocorre a experiência do cuidado. Watson (2007) compreende que esse ambiente deve favorecer segurança, conforto, dignidade e possibilidade de expressão dos sentimentos, constituindo um espaço terapêutico capaz de contribuir para o processo de recuperação e fortalecimento da pessoa. Nesse sentido, a criação de ambientes acolhedores torna-se essencial no cuidado às mulheres com câncer de mama, especialmente diante das dificuldades relacionadas à sexualidade e à saúde reprodutiva.

A enfermagem, por sua vez, é compreendida como ciência e arte do cuidado humano, cuja finalidade ultrapassa a realização de intervenções técnicas. Para Watson (2007), o enfermeiro atua como facilitador de um encontro terapêutico, mediando processos de cuidado

que favoreçam a compreensão da experiência vivida, o enfrentamento das dificuldades e a busca por equilíbrio e significado.

Os 10 *Caritas Processes* (Quadro 2) representam a operacionalização da teoria e orientam uma prática de cuidado fundamentada na presença, na sensibilidade e na valorização da pessoa em sua totalidade. Esses processos incluem: praticar bondade e amorosidade; manter a fé e esperança; cultivar sensibilidade consigo e com o outro; desenvolver uma relação de confiança; acolher sentimentos positivos e negativos; utilizar conhecimentos científicos e criatividade no cuidado; promover ensino-aprendizagem significativo; construir ambientes de cura; atender às necessidades humanas básicas de forma intencional; e reconhecer as dimensões existenciais e espirituais da vida (Watson, 2007).

Quadro 2 – Os 10 *Caritives Factors* e *Caritas Processes*, de acordo com Watson (2007)

(continua)

<i>Caritives Factors</i>	<i>Caritas Processes</i>
1. Valores humanísticos-altruísticos.	Praticar bondade e amorosidade consigo e com os outros.
2. Inculir/habilitar o sistema de fé e esperança.	Estar autenticamente presente para habilitar, manter e honrar o sistema de crenças e mundo subjetivo de si e do outro.
3. Cultivo de sensibilidade para consigo mesmo e com os outros.	Cultivar próprias práticas espirituais, aprofundando a autoconsciência, indo além do ego.
4. Desenvolvimento de ajuda e confiança, na relação humana de cuidado.	Desenvolver e sustentar uma ajuda confiável e autêntica na relação de cuidado.
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.	Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão com o mais profundo espírito de si mesmo e daquele que está sendo cuidado.

(conclusão)

<i>Caritives Factors</i>	<i>Caritas Processes</i>
6. Uso criativo e sistemático de resolução de problemas no processo de cuidar.	Usar criativamente a presença de si mesmo e todas as formas de saber, múltiplas formas de ser/fazer no processo de cuidar; engajar-se na arte de práticas de cura e cuidados.
7. Promoção do ensino-aprendizagem transpessoal.	Envolver-se em experiências genuínas de ensino-aprendizagem que atente para a pessoa inteira, seu significado; tentando ficar dentro do quadro de referência do outro.
8. Provisão para um suporte, proteção e/ou ambiente corretivo mental, social e espiritual.	Criação de ambiente de cura em todos os níveis (físico, não físico, ambiente sutil de energia e consciente em que a integridade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados).
9. Assistência às satisfações das necessidades humanas.	Ajudar nas necessidades básicas com um cuidado intencional e a consciência de tocar e trabalhar com o espírito corporificado do indivíduo, honrando a unidade do Ser; permitindo a emergência espiritual.
10. Permissão para as dimensões existenciais-fenomenológicas- espirituais.	Abrir e entender ao mistério espiritual, a desconhecida dimensão existencial de vida-morte; atendendo ao cuidado da própria alma do ser cuidado.

Fonte: Adaptado de Watson (2007).

Esses elementos apresentam importante aproximação com a assistência às mulheres com câncer de mama, uma vez que o impacto da doença e dos tratamentos envolve experiências complexas relacionadas à perda da feminilidade percebida, alterações corporais, dificuldades na vivência da sexualidade, medo da rejeição, sofrimento emocional e questionamentos relacionados à fertilidade e maternidade. Nesse contexto, o cuidado fundamentado na perspectiva transpessoal possibilita que essas experiências sejam reconhecidas e acolhidas, permitindo uma assistência que considere não apenas a doença, mas a mulher em sua integralidade.

A escolha da Teoria do Cuidado Transpessoal como referencial deste estudo justifica-se por possibilitar uma compreensão ampliada das repercussões do câncer de mama sobre a saúde sexual e reprodutiva feminina. Ao reconhecer que tais repercussões ultrapassam alterações orgânicas e envolvem dimensões subjetivas, relacionais e existenciais, a teoria de Watson (2007) oferece suporte para uma prática de enfermagem humanizada, integral e centrada na pessoa. Assim, o cuidado transpessoal possibilita compreender a experiência da mulher com câncer de mama para além da perspectiva biomédica, valorizando sua história, seus sentimentos, seus significados e suas necessidades de cuidado.

5 MÉTODO

5.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, com estratégia convergente, que envolve a coleta e a análise independente, porém simultânea, de dados quantitativos e qualitativos, seguida da integração dos resultados para uma interpretação abrangente do fenômeno investigado (Creswell; Clark, 2013). Essa estratégia é indicada quando se busca uma compreensão mais completa do objeto de estudo, tendo o pragmatismo como filosofia orientadora (Fetters; Curry; Creswell, 2013).

O estudo caracteriza-se como exploratório, de delineamento transversal, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa) e caráter descritivo e analítico. A etapa quantitativa foi realizada por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico (Apêndice A), contendo variáveis como escolaridade, cor da pele, renda, ocupação, entre outras, além do instrumento *Female Sexual Function Index Adaptation for Breast Cancer Patients* (FSFI-BC). A etapa qualitativa foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres em tratamento para o câncer de mama, fundamentadas no referencial da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (Watson, 2007). A integração dos achados quantitativos e qualitativos possibilitou uma compreensão ampliada da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh) e no Instituto Oncológico, ambos localizados no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O HU-UFJF/Ebserh caracteriza-se como um hospital universitário voltado ao ensino, à pesquisa e à assistência, com 100% dos atendimentos financiados SUS, constituindo-se como referência para a macrorregião Sudeste de Minas Gerais e para a formação acadêmica vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora.

O Instituto Oncológico constitui-se como uma instituição de referência regional na prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa em oncologia, oferecendo assistência especializada a pacientes provenientes de Juiz de Fora e municípios da região, além de atender usuários de diferentes localidades dos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo.

A coleta de dados foi realizada nos ambulatórios de oncologia e mastologia do HU-UFJF/Ebserh e do Instituto Oncológico, bem como na unidade de quimioterapia da instituição oncológica. Esses cenários foram selecionados por concentrarem mulheres em diferentes etapas

do tratamento oncológico, permitindo o acesso ao público-alvo da investigação no contexto de sua trajetória assistencial.

As entrevistas foram conduzidas individualmente, em espaços reservados das instituições, previamente organizados de modo a assegurar privacidade, sigilo das informações, conforto e segurança às participantes. Foi realizado um único encontro com cada participante, destinado à aplicação dos instrumentos de coleta de dados e à realização da entrevista, conforme previsto no delineamento metodológico do estudo.

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídas no estudo mulheres com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama em processo de investigação diagnóstica ou em acompanhamento terapêutico no HU-UFJF/Ebserh e no Instituto Oncológico.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão: mulheres com diagnóstico concomitante de outras neoplasias malignas ativas; participantes que apresentassem limitações cognitivas que impossibilitassem a compreensão e o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados; e aquelas cujos prontuários apresentassem ausência de informações referentes às variáveis essenciais para análise dos desfechos investigados.

Inicialmente, 80 mulheres foram convidadas a participar da pesquisa. Dessas, 68 aceitaram participar e compuseram a amostra final do estudo, enquanto 12 recusaram o convite. Assim, a amostra foi constituída pelas participantes que atenderam aos critérios de elegibilidade e manifestaram concordância voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo apresenta riscos mínimos para a participante, no entanto, por se tratar de uma pesquisa com pessoas em sua grande maioria fragilizadas emocionalmente, elas podem se sentir constrangidas e angustiadas durante a entrevista ao falar sobre o câncer de mama. Para minimizar esses riscos, as entrevistas foram realizadas de forma individual e em um ambiente privativo cedido pelo hospital. Além disso, caso a participante se sentisse constrangida e não quisesse falar sobre alguns acontecimentos, poderia encerrar sua participação imediatamente. Já os benefícios consistem na possibilidade de a participante refletir sobre sua condição de saúde, além de contribuir para a construção de protocolos de cuidados de enfermagem mais específicos para mulheres em tratamento oncológico, visando à melhoria da assistência e do suporte à saúde sexual e reprodutiva.

5.3 COLETA DE DADOS

As coletas dos dados foram realizadas nas dependências dos hospitais, em ambiente reservado, no período de julho de 2025 a fevereiro de 2026. Foram convidadas a participarem do estudo aquelas mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

Para tanto, as mulheres foram recrutadas e convidadas para participarem da pesquisa antes das consultas médicas previamente agendadas e encaminhadas para um ambiente privativo para obtenção e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Nesse momento, foram ressaltados os objetivos da pesquisa e sanadas as dúvidas com relação ao estudo. Foi informado às participantes que a participação é voluntária, sem vantagens financeiras e que seria mantido o anonimato e a confidencialidade das informações, e que elas poderiam interromper a participação em qualquer momento do estudo. Após a assinatura em duas vias do TCLE pela participante e pela pesquisadora responsável, cada uma ficou com uma via e foi dado prosseguimento à coleta de dados.

Para a realização da coleta de dados, as mulheres foram entrevistadas em dois momentos distintos. Inicialmente, foram obtidos os dados quantitativos, por meio do preenchimento dos seguintes questionários:

I) Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica: foi utilizado um instrumento estruturado para a obtenção de informações sociodemográficas e clínicas das participantes. As variáveis sociodemográficas incluíram idade, cor autodeclarada, religião, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, entre outras. As variáveis clínicas contemplaram tipo de câncer, estadiamento da doença, modalidade terapêutica instituída, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, idade da primeira gestação, número de filhos e outras informações relevantes para a caracterização da amostra.

II) *Female Sexual Function Index Adaptation for Breast Cancer Patients* (FSFI-BC): para a avaliação da função sexual, foi utilizado a FSFI-BC. Trata-se de uma adaptação do instrumento original (FSFI), especificamente validado para o português do Brasil para mulheres com histórico de câncer de mama. A escolha por essa versão justifica-se pelo fato de que pacientes oncológicas enfrentam desafios específicos, como alterações na imagem corporal devido à cirurgia e efeitos colaterais severos da hormonioterapia, que podem não ser plenamente captados por instrumentos genéricos (Vaz *et al.*, 2024). O FSFI-BC foi utilizado para avaliar a função sexual, refletindo alterações específicas do câncer de mama. A coleta dos dados quantitativos foi realizada através de um *tablet*

por meio do questionário sociodemográfico e do FSFI-BC, que foram disponibilizados aos participantes em formato digital no aplicativo KoboToolbox, garantindo registro automático, organização e segurança das respostas.

Em seguida, foram coletados os dados qualitativos com a aplicação de um roteiro semiestruturado composto por perguntas norteadoras, sobre as quais as mulheres discorreram livremente, conforme recomendado por Minayo (2014).

Foram utilizadas como questões norteadoras: Me conte um pouco de sua vida e como você chegou até aqui. Como você se sentiu quando foi diagnosticada com câncer de mama? Você considera que o câncer de mama impactou a sua vida sexual, como? Sua atividade sexual sofreu alguma mudança, quais? Fale um pouco sobre planejamento familiar (número de filhos e métodos contraceptivos) e como você acredita que o câncer de mama pode impactá-lo.

O diário de campo foi empregado para registrar as expressões não verbais, tendo em vista que a linguagem não se resume às palavras proferidas, mas inclui também a escuta e o silêncio. As entrevistas foram gravadas em áudio MP3, com o auxílio de um *smartphone* e os depoimentos transcritos na íntegra pela pesquisadora, garantindo o conteúdo integral das falas.

Durante a condução da entrevista, perguntas de sondagem (*probing questions*) também foram realizadas para aprofundar os dados, por exemplo: “Por favor, conte-me mais sobre isso?”; “Por favor, explique-me o que isso significa?” ou “Você pode me dar um exemplo?”.

A coleta dos dados qualitativos foi finalizada quando o conjunto de dados obtidos foi o suficiente para responder aos objetivos da pesquisa (Saunders *et al.*, 2018). As participantes foram identificadas pelo número da entrevista, a fim de preservar seu anonimato.

5.3 AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas em dois estabelecimentos de saúde do município de Juiz de Fora (MG). Considerando a ausência de informações sobre o número total de pacientes com essa condição nos serviços selecionados, optou-se por utilizar a fórmula de cálculo amostral para populações infinitas, conforme demonstrado a seguir:

$$n = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / e^2$$

Em que:

n = tamanho mínimo da amostra;

Z = valor correspondente ao nível de confiança desejado (1,96; para 95% de confiança);

p = proporção esperada do fenômeno (adotou-se 0,5; valor que maximiza a variabilidade);

e = erro amostral tolerável (adotado 0,12; equivalente a 12%).

Substituindo os valores:

$$n = (1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)) / 0,12^2 \approx 68$$

Assim, o tamanho amostral mínimo estimado foi de 68 participantes, número considerado suficiente para assegurar precisão estatística dentro da amostra estudada, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 12%.

Embora tenha sido realizado cálculo amostral para estimativa mínima de participantes, a seleção ocorreu por conveniência, não permitindo inferência populacional, mas assegurando número adequado para análises descritivas e exploratórias.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Em consonância com o delineamento de métodos mistos, os dados quantitativos e qualitativos foram analisados de forma independente, respeitando as especificidades metodológicas de cada abordagem. Para facilitar a apresentação e a compreensão dos achados, os resultados foram organizados em duas seções.

A primeira seção apresenta os resultados da etapa quantitativa, contemplando a caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental das participantes, bem como as análises referentes à saúde sexual e reprodutiva. A segunda seção reúne os resultados da etapa qualitativa, construídos a partir da análise das narrativas das participantes, permitindo compreender os significados atribuídos às experiências vivenciadas durante o processo de adoecimento e tratamento do câncer de mama.

A integração entre os achados quantitativos e qualitativos será realizada no capítulo de discussão, possibilitando uma interpretação abrangente e complementar do fenômeno investigado, conforme os pressupostos da estratégia convergente dos métodos mistos e à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007).

5.5.1 Dados Quantitativos

Os dados quantitativos foram inicialmente coletados por meio do *Google Forms* e posteriormente exportados para o software Stata/IC versão 16.0, no qual foram realizadas as análises estatísticas descritivas e inferenciais.

Para fins analíticos, as participantes foram organizadas em três blocos: o primeiro composto pela amostra total do estudo; o segundo constituído pelas participantes sexualmente ativas; e o terceiro formado pelas participantes sexualmente inativas. Em todos os grupos foram realizadas análises descritivas, com cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e clínicas.

As frequências de respostas aos itens da Escala Adaptada do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes com Câncer de Mama (FSFI-BC) foram analisadas considerando a totalidade das participantes.

Para os grupos de mulheres sexualmente ativas e sexualmente inativas, foram calculados, separadamente, os escores da FSFI-BC referentes a cada domínio da escala, bem como o escore total. As medidas de tendência central e dispersão foram apresentadas por meio da média, desvio-padrão, mediana, intervalo interquartilico, valores mínimo e máximo.

Posteriormente, em cada bloco de análise, foram investigadas as associações entre as variáveis explicativas do estudo e os escores obtidos nos domínios da FSFI-BC e no escore total da escala. Considerando a distribuição não normal dos dados, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney, para comparação entre dois grupos independentes, e Kruskal-Wallis, para comparação entre três ou mais grupos independentes.

Os resultados das análises foram apresentados em tabelas, e o nível de significância estatística adotado em todas as análises foi de 5% ($p < 0,05$).

5.5.2 Dados Qualitativos

Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, mediante autorização das participantes. As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora em dois momentos. Inicialmente, realizou-se a transcrição literal dos áudios, buscando preservar a fidelidade das narrativas. Em seguida, os áudios foram novamente ouvidos para conferência das transcrições, assegurando a fidedignidade dos registros e minimizando possíveis inconsistências.

A análise dos dados qualitativos foi conduzida com base na análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011), compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, possibilita a descrição do conteúdo das mensagens e a produção de inferência de conhecimentos relativos aos significados presentes no discurso (Valle; Ferreira, 2025).

A aplicação dessa análise na pesquisa qualitativa oferece rigor metodológico e uma compreensão aprofundada dos fenômenos, organizando-se obrigatoriamente em três fases cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise correspondeu à fase de organização do material e de aproximação inicial com o corpus. Nessa etapa, realizou-se a leitura flutuante de todas as entrevistas, permitindo uma compreensão global das narrativas e a identificação das primeiras impressões analíticas. Posteriormente, procedeu-se à constituição do corpus, observando-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência propostos por Bardin (2011).

Como estratégia complementar de organização dos dados, foi utilizada a técnica de colorimetria, consistindo na atribuição de cores distintas aos trechos das entrevistas que apresentavam conteúdos semelhantes ou relacionados aos objetivos da pesquisa. Esse recurso visual possibilitou identificar padrões de significado, recorrências temáticas, convergências e singularidades entre os relatos, favorecendo a identificação preliminar dos núcleos de sentido e subsidiando a organização inicial do corpus. Embora a colorimetria não constitua uma etapa formal da análise de conteúdo, sua utilização contribuiu para a sistematização dos dados, aumentando a transparência e a rastreabilidade do processo analítico.

Na exploração do material, o corpus foi preparado para processamento no software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), utilizado como ferramenta de apoio à análise lexical. Inicialmente, procedeu-se à padronização, organização e codificação do corpus textual, seguida do processamento no software, que realizou a segmentação das entrevistas em Unidades de Contexto Iniciais (UCI) e, posteriormente, em Unidades de Contexto Elementares (UCE).

Foram empregadas as análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras.

Na CHD, o IRAMUTEQ agrupou os segmentos textuais de acordo com a proximidade lexical, formando classes caracterizadas pela frequência e associação estatística das palavras. Para identificar a força de associação entre os vocábulos e as classes, o software utilizou o teste do qui-quadrado (χ^2), considerando-se como relevantes as palavras com χ^2 superior a 3,84 e p

$< 0,0001$ (Souza *et al.*, 2018). Esse processamento resultou na elaboração do dendrograma, que representa graficamente a distribuição e a relação entre as classes lexicais.

A Análise de Similitude foi utilizada para identificar as conexões entre os vocábulos do corpus, fundamentando-se na Teoria dos Grafos e permitindo visualizar a estrutura das relações entre as palavras. Complementarmente, a Nuvem de Palavras possibilitou a representação gráfica da frequência dos termos mais recorrentes nas entrevistas, contribuindo para a compreensão do conteúdo lexical do corpus (Kami *et al.*, 2016).

Na terceira etapa, correspondente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados produzidos pelo IRAMUTEQ foram analisados criticamente pela pesquisadora. Os segmentos textuais pertencentes a cada classe lexical foram submetidos à leitura interpretativa, considerando seu contexto de produção, os objetivos da pesquisa e os pressupostos da Análise de Conteúdo. A partir dessa análise, as classes foram nomeadas e agrupadas em categorias temáticas, buscando representar os significados atribuídos pelas participantes às suas experiências relacionadas à saúde sexual e reprodutiva no contexto do câncer de mama.

A interpretação dos resultados foi realizada à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007), utilizando seus pressupostos para compreender os significados presentes nas narrativas e discutir os achados em uma perspectiva de cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa. Dessa forma, o IRAMUTEQ constituiu uma ferramenta de apoio à organização e à exploração lexical dos dados, enquanto a interpretação e a construção das categorias permaneceram fundamentadas na Análise de Conteúdo de Bardin (2011) e conduzidas pela pesquisadora.

Por fim, após a conclusão das análises quantitativa e qualitativa, os resultados foram integrados por meio da técnica de *Joint Display* (exibição conjunta), conforme preconizado para estudos de métodos mistos com estratégia convergente. Essa integração possibilitou comparar os achados quantitativos, provenientes dos escores do *Female Sexual Function Index – Breast Cancer* (FSFI-BC), com os resultados qualitativos das entrevistas, permitindo identificar convergências, divergências e complementaridades entre os dados e ampliar a compreensão do fenômeno investigado.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob número de CAAE: 88440825.90000.5147 e nº de parecer: 7.727.312. Todos os aspectos éticos foram contemplados considerando-se as leis 466/2012 e 510/2016.

6 RESULTADOS

6.1 DADOS QUANTITATIVOS

6.1.1 Caracterização sociodemográfica, reprodutiva e clínica das participantes

Participaram do estudo 68 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, das quais 26 possuem atividade sexual e as outras 42 são sexualmente inativas, com predominância da faixa etária com 60 anos ou mais (36,76%). Quanto a autodeclaração da cor de pele, 50% da amostra se declarou branca. Em relação à situação marital, observou-se maior frequência de mulheres casadas, seguidas viúvas, divorciadas e solteiras. A maioria das participantes relatou possuir parceiro fixo (91,18%) e identificou-se como heterossexual (98,53%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo caracterização sociodemográfica e comportamental: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil (n=68)

(continua)

Variáveis	Mulheres sexualmente ativas (N=26)		Mulheres sexualmente inativas (N=42)		Todas as participantes (N=68)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
Até 45 anos	6	24,0	3	7,32	10	14,71
46 a 59 anos	12	48,0	11	26,83	23	33,82
60 a 70 anos	5	20,0	19	46,34	25	36,76
71 anos ou mais	2	8,0	8	19,51	10	14,71
Situação marital						
Casada	19	73,08	19	45,24	38	55,88
Viúva	1	3,85	9	21,43	10	14,71
Divorciada	1	3,85	7	16,67	8	11,76
Solteira	2	7,69	5	11,9	7	10,29
Amasiada	3	11,54	2	4,76	5	7,35

(conclusão)

Variáveis	Mulheres sexualmente ativas (N=26)		Mulheres sexualmente inativas (N=42)		Todas as participantes (N=68)	
	n	%	n	%	n	%
Parceria						
Fixa	26	100,0	36	85,71	62	91,18
Eventual	0	0	6	14,29	6	8,82
Orientação sexual						
Heterossexual	26	100,0	41	97,62	67	98,53
Outro	0	0	1	2,38	1	1,47
Possui filhos						
Sim	22	84,62	35	83,33	57	83,82
Não	4	15,38	7	16,67	11	16,18
Número de filhos						
Um	12	54,55	7	20,0	19	33,33
Dois	4	18,18	19	54,29	23	40,35
Três	5	22,73	6	17,14	11	19,30
Quatro	1	4,55	2	5,71	3	5,26
Sete	0	0	1	2,86	1	1,75
Idade da primeira menstruação						
Menor que 12 anos	6	23,08	8	19,05	14	20,59
Maior que 12 anos	20	76,92	34	80,95	54	79,41
Idade da primeira relação sexual						
Menor de 16 anos	2	7,69	1	2,38	3	4,41
De 16 a 20 anos	15	57,69	19	45,24	34	50,0
Maior que 20 anos	9	34,62	22	52,38	31	45,59

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

No que se refere às características reprodutivas, verificou-se predominância de mulheres com filhos, sendo mais frequente a presença de um a dois filhos. Quanto à história ginecológica,

a menarca ocorreu predominantemente após os 12 anos de idade, enquanto a primeira gestação concentrou-se principalmente após os 20 anos, sugerindo um grupo com trajetória reprodutiva já estabelecida.

Em relação a caracterização do tratamento do câncer, observou-se distribuição variável entre os diferentes estadiamentos da doença, sendo que 51,47% das mulheres apresentavam BIRADS 4. A maior parte das participantes foi submetida a tratamento cirúrgico (76,47%), quimioterapia (82,35%), radioterapia (55,88%) e hormonioterapia (26,47%), refletindo a diversidade dos protocolos terapêuticos empregados no tratamento do câncer de mama (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo tratamento do câncer realizado (n=68)

(continua)

Variáveis	n	%
Estadiamento do câncer		
1	3	4,41
2	11	16,18
3	19	27,94
4	35	51,47
Tratamento cirúrgico		
Sim	52	76,47
Não	16	23,53
Radioterapia		
Sim	38	55,88
Não	30	44,12
Quimioterapia		
Sim	56	82,35
Não	12	17,65
Hormonioterapia		
Sim	18	26,47
Não	50	73,53
Terapia biológica		
Sim	12	17,65
Não	56	82,35

		(conclusão)
Variáveis	n	%
Tempo de tratamento		
Até 6 meses	19	27,94
7 a 23 meses	14	20,59
2 a 5 anos	27	39,71
6 anos ou mais	8	11,76

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Com relação a caracterização clínica, do total de participantes, 36 (52,94%) possuíam doenças sistêmicas. A HAS foi a comorbidade mais prevalente (47,06%), seguida por depressão/ansiedade (8,82%).

Percebe-se nessa amostra uma população composta por mulheres em idade mais avançada, inseridas em relações conjugais estáveis e com histórico reprodutivo consolidado. Essas características são relevantes para compreensão dos resultados referentes à saúde sexual e reprodutiva, uma vez que fatores como idade, situação conjugal, contexto socioeconômico e maternidade podem influenciar tanto a vivência do câncer quanto a experiência da sexualidade após o diagnóstico e tratamento.

6.1.2 Sexualidade após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama

A sexualidade das participantes foi avaliada por meio da Escala Adaptada do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes com Câncer de Mama (FSFI-BC). Entre as 68 participantes, 42 mulheres (61,8%) encontravam-se sexualmente inativas e 26 (38,2%) relataram atividade sexual no momento da coleta de dados. Em razão dessa distribuição, os resultados foram apresentados separadamente para os dois grupos.

Entre as mulheres sexualmente ativas ($n = 26$), o domínio Angústia apresentou a maior média de escore ($21,88 \pm 6,51$), seguido pelos domínios Desejo/Excitação ($17,30 \pm 5,43$), Lubrificação ($15,57 \pm 6,15$) e Satisfação ($14,50 \pm 4,37$). Os menores escores médios foram observados nos domínios Orgasmo ($9,80 \pm 3,87$), Mudanças após o câncer ($11,23 \pm 4,26$) e Dor ($11,26 \pm 3,13$). A distribuição das medidas de tendência central e dispersão encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos escores obtidos na Escala Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC) em mulheres sexualmente ativas (n=26)

Domínio	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo/ Máximo
Desejo/excitação	17,3 (5,43)	17,5 (14)	6/ 30
Lubrificação	15,57 (6,15)	17 (14)	4/ 24
Orgasmo	9,8 (3,87)	10 (11)	3/ 15
Satisfação	14,5 (4,37)	14,5 (8)	4/20
Dor	11,26 (3,13)	13 (5)	3/ 14
Angústia	21,88 (6,51)	22 (14)	10/ 30
Mudanças após o câncer	11,23 (4,26)	11,5 (9,0)	5/ 20

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Entre as mulheres sexualmente inativas (n = 42), o domínio Angústia também apresentou a maior média de escore ($26,50 \pm 5,66$), seguido pelo domínio Desejo/Excitação ($13,85 \pm 4,96$). Os menores escores médios foram observados nos domínios Orgasmo ($8,66 \pm 3,50$), Mudanças após o câncer ($10,14 \pm 3,99$), Dor ($10,66 \pm 3,14$) e Lubrificação ($10,97 \pm 4,11$). Os resultados desse grupo são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos escores obtidos na Escala Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC) em mulheres sexualmente inativas (n=42)

Domínio	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo/ Máximo
Desejo/excitação	13,85 (4,96)	13,5 (14)	6/ 24
Lubrificação	10,97 (4,11)	12 (12)	4/ 20
Orgasmo	8,66 (3,5)	9 (12)	3/ 15
Satisfação	11,14 (3,94)	10,5 (12)	5/ 21
Dor	10,66 (3,14)	12 (13)	3/ 15
Angústia	26,5 (5,66)	29,5 (15)	6/ 30
Mudanças após o câncer	10,14 (3,99)	10,5 (10)	5/ 18

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Na comparação descritiva entre os grupos, observou-se que o domínio Angústia apresentou média mais elevada entre as mulheres sexualmente inativas, enquanto as

participantes sexualmente ativas apresentaram médias superiores nos domínios Desejo/Excitação, Lubrificação, Satisfação, Dor, Orgasmo e Mudanças após o câncer. Em ambos os grupos, verificou-se variabilidade dos escores, evidenciada pelos desvios-padrão e pela amplitude entre os valores mínimos e máximos observados.

Na análise inferencial, os escores dos domínios da FSFI-BC foram comparados segundo características sociodemográficas, reprodutivas e clínicas das participantes.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre os domínios da função sexual e as variáveis faixa etária, situação marital, número de filhos, idade da menarca, idade da primeira gestação, presença de comorbidades ou modalidades terapêuticas empregadas ($p>0,05$). Entretanto, identificou-se associação estatisticamente significativa entre o domínio Mudanças após o câncer e o estadiamento da doença ($p = 0,046$), indicando diferença entre os grupos avaliados de acordo com o estágio clínico da doença (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação dos escores no domínio Mudanças após o câncer em mulheres sexualmente ativas, com base na Escala Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC), distribuídos por características das participantes (n=26)

				(continua)
Variáveis	Média ($\pm$ DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo/ Máximo	Valor de p
Faixa etária				0,330 [†]
Até 45 anos	12,66 (5,35)	11,5 (3)	7/ 20	
46 a 59 anos	11,66 (3,74)	12,5 (4)	5/ 15	
60 a 70 anos	8,4 (3,91)	6 (5)	5/ 14	
71 anos ou mais	13,5 (3,53)	13,5 (5)	11/ 16	
Escolaridade máxima				0,157 [†]
Analfabeto	5 (0)	5 (0)	5/ 5	
Ensino Fundamental	11,11 (4,04)	13 (3)	5/ 15	
Ensino Médio	11,33 (4,11)	11,5 (7)	5/ 18	
Ensino Superior	10,33 (3,05)	11 (6)	7/ 13	
Pós-graduação	20 (0)	20 (0)	20/ 20	

(continuação)

Variáveis	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo/ Máximo	Valor de p
Cor da pele				0,053 [†]
Branca	13,09 (4,06)	13 (4)	5/ 20	
Parda	9,22 (3,8)	7 (4)	5/ 15	
Preta	13 (3,55)	14 (8)	8/ 16	
Amarela	6,5 (2,12)	6,5 (3)	5/ 8	
Situação marital				0,621 [†]
Casada	10,57 (4,14)	11 (8)	5/ 20	
Viúva	16 (0)	16 (0)	16/ 16	
Divorciada	15 (0)	15 (0)	15/ 15	
Solteira	13 (7,07)	13 (10)	8/ 18	
Amasiada	11,33 (4,72)	13 (9)	6/ 15	
Renda familiar bruta				0,510 [†]
4 a 6 salários mínimos	13,5 (6,6)	14 (14)	6/ 20	
1 a 3 salários mínimos	10,9 (3,61)	11,5 (8)	5/ 16	
Sem renda	10 (7,07)	10 (10)	5/ 15	
Possui filhos				0,703 ^l
Sim	11,09 (4,5)	11 (9)	5/ 20	
Não	12 (2,94)	12,5 (7)	8/ 15	
Número de filhos				0,959 [†]
Um	11,58 (5,14)	11,5 (8)	5/ 20	
Dois	10,25 (3,59)	9,5 (8)	7/ 15	
Três	10,6 (4,72)	13 (8)	5/ 15	
Quatro	11 (0)	11 (0)	11/ 11	
Uso de cigarro				0,356 ^l
Sim	8,5 (3,53)	8,5 (5)	6/ 11	
Não	11,45 (4,3)	12 (9)	5/ 20	
Possui doença sistêmica				0,709 ^l
Sim	10,75 (4,74)	12 (2)	5/ 16	
Não	11,44 (4,16)	11,5 (8)	5/ 20	

(continuação)

Variáveis	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo/ Máximo	Valor de p
Possui HAS				0,709 ^l
Sim	10,75 (4,74)	12 (2)	5/ 16	
Não	11,44 (4,16)	11,5 (8)	5/ 20	
Possui DM				0,806 ^l
Sim	10,5 (7,77)	10,5 (11)	5/ 16	
Não	11,29 (4,13)	11,5 (9)	5/ 20	
Possui hipotireoidismo				0,796 ^l
Sim	12 (1,41)	12 (2)	11/ 13	
Não	11,16 (4,42)	11,5 (9)	5/ 20	
Idade da primeira menstruação				0,719 ^l
Menor que 12 anos	10,66 (4,5)	12,5 (1)	5/ 15	
Maior que 12 anos	11,4 (4,29)	11 (8)	5/ 20	
Idade da primeira relação sexual				0,821 [†]
Menor de 16 anos	10 (2,82)	10 (4)	8/ 12	
De 16 a 20 anos	11,66 (4,53)	12 (8)	5/ 20	
Maior que 20 anos	10,77 (4,35)	11 (6)	5/ 16	
Idade da primeira gestação				0,297 ^l
De 16 a 20 anos	13,66 (1,52)	14 (3)	12/ 15	
Maior que 20 anos	10,68 (4,7)	11 (9)	5/ 20	
Estadiamento do câncer				0,046 [†]
1	12 (0)	12 (0)	12/ 12	
2	13,5 (9,19)	13,5 (13)	7/ 20	
3	15,4 (1,81)	15 (1)	13/ 18	
4	9,77 (3,6)	10,5 (5)	5/ 15	
Tratamento cirúrgico				0,582 ^l
Sim	11 (4,62)	11 (9)	5/ 20	
Não	12,2 (2,28)	12 (1)	10/ 16	
Radioterapia				0,616 ^l
Sim	11,6 (3,97)	13 (8)	5/ 18	
Não	10,72 (4,77)	10 (4)	5/ 20	

				(conclusão)
Variáveis	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo/ Máximo	Valor de p
Quimioterapia				0,550 ^l
Sim	10,95 (4,61)	11 (9)	5/ 20	
Não	12,16 (2,92)	13 (2)	7/ 15	
Hormonioterapia				0,481 ^l
Sim	12,33 (3,26)	13,5 (1)	6/ 15	
Não	10,9 (4,54)	11 (9)	5/ 20	
Terapia biológica				0,541 ^l
Sim	10 (4,76)	10 (10)	5/ 15	
Não	11,45 (4,25)	11,5 (9)	5/ 20	
Tempo de tratamento				0,562 [†]
Até 6 meses	11,75 (3,84)	12,5 (1)	5/ 16	
7 a 23 meses	9,71 (5,25)	8 (0)	5/ 20	
2 a 5 anos	10,66 (5,08)	10 (6)	5/ 18	
6 anos ou mais	13,2 (2,04)	14 (4)	11/ 15	

Notas: ^lTeste Mann-Whitney. [†]Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

6.2 DADOS QUALITATIVOS

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), compreendendo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a pré-análise, realizou-se a leitura flutuante e sucessiva das entrevistas, associada ao emprego da técnica de colorimetria, utilizada como estratégia de organização do corpus textual. A atribuição de cores aos trechos das entrevistas permitiu identificar visualmente núcleos de sentido, recorrências temáticas e aproximações entre os relatos, favorecendo a imersão da pesquisadora nos dados e subsidiando a interpretação posterior das classes lexicais.

A análise lexical do corpus foi realizada por meio do *software* Interface de *R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), utilizando a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O corpus textual foi composto por 51 textos,

totalizando 26.675 ocorrências de palavras. Dessas, foram identificadas 1.789 formas distintas, sendo 765 (2,87%) classificadas como hápax, ou seja, palavras com frequência igual a um.

A CHD apresentou 90,66% de aproveitamento do corpus, percentual considerado excelente e superior ao mínimo de 75% recomendado para análises realizadas no IRAMUTEQ, evidenciando a adequada segmentação do corpus e conferindo maior consistência e confiabilidade à formação das classes lexicais.

O dendrograma originado pela CHD evidenciou a divisão do corpus em dois subgrupos principais, desdobrados em cinco classes lexicais, conforme apresentado na Figura 1. O primeiro subgrupo reuniu as Classes 1 (21,7%) e 3 (28,7%), correspondendo a 50,4% do corpus. O segundo subgrupo compreendeu as Classes 2 (20,7%), 4 (15,5%) e 5 (13,3%), representando 49,5% do corpus. Observou-se maior proximidade lexical entre as Classes 4 e 5, evidenciada pelo agrupamento dessas classes no dendrograma.

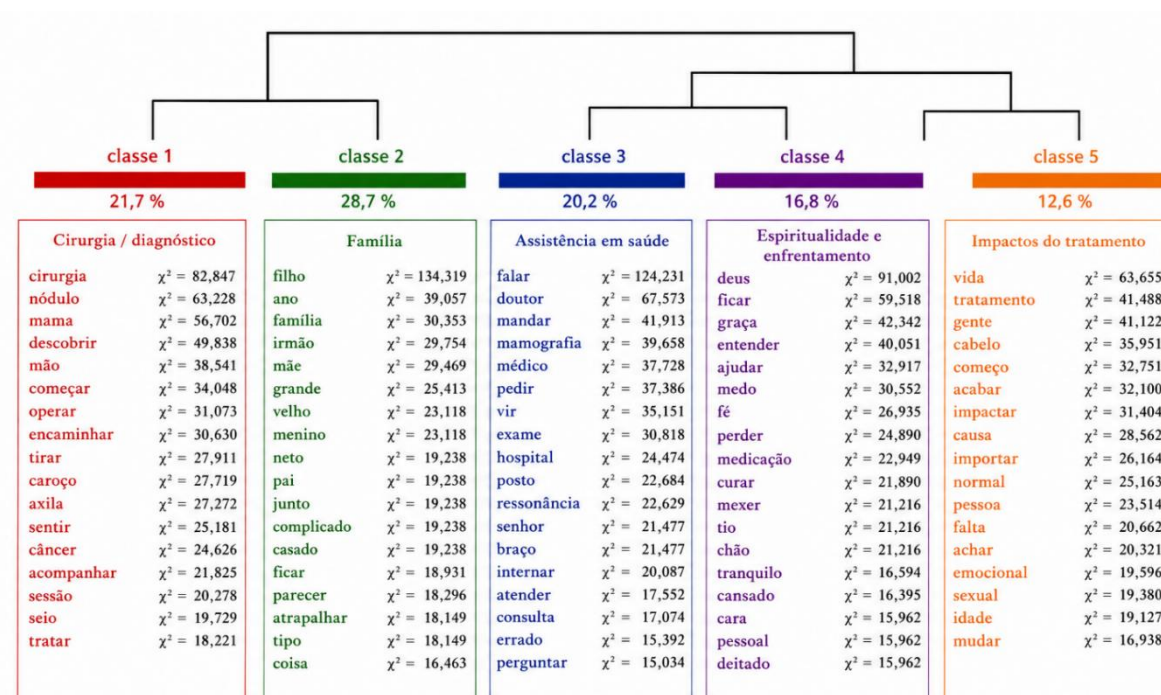
Após a geração das classes lexicais pelo IRAMUTEQ, procedeu-se à leitura interpretativa dos segmentos de texto associados a cada classe, considerando o contexto das narrativas, os objetivos da pesquisa e os pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 2007). Esse processo possibilitou a nomeação das classes e seu agrupamento em duas categorias temáticas, construídas pela pesquisadora a partir da convergência dos significados identificados.

A Categoria 1, denominada "A trajetória clínica do câncer de mama e as intervenções oncológicas", foi composta pela Classe 1 – O manejo clínico-cirúrgico do câncer de mama e pela Classe 3 – A relação profissional-paciente e a experiência hospitalar.

A Categoria 2, intitulada "Repercussões biopsicossociais do câncer de mama sob a perspectiva do Cuidado Transpessoal", reuniu a Classe 2 – Redes familiares e suporte social no enfrentamento da doença, a Classe 4 – Espiritualidade, esperança e subjetividade na experiência do adoecimento e a Classe 5 – Repercussões do tratamento na identidade feminina, sexualidade e cotidiano.

A interpretação dessas categorias foi realizada à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007), utilizando os Processos Caritas como referencial para compreender os significados atribuídos pelas participantes às suas experiências relacionadas ao câncer de mama, à saúde sexual e reprodutiva e às múltiplas dimensões do cuidado.

Figura 1 – Dendrograma



Fonte: Elaborado pela autora (2026) a partir do Iramuteq.

6.2.1 Categoria 1: A trajetória clínica do câncer de mama e as intervenções oncológicas

Esta categoria compreendida pelas classes 1 e 3 traz aspectos relacionados à jornada da paciente dentro do sistema de saúde e na materialidade da doença.

Classe 1 – O manejo clínico-cirúrgico do câncer de mama: com 21,7% do *corpus*, essa classe está diretamente ligada à Classe 3. Nela, o foco encontra-se na descoberta física da patologia e a resposta médica. Palavras como nódulo, descobrir, caroço, cirurgia e operar evidenciam o momento em que a doença é identificada no corpo e a necessidade de intervenção imediata. À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007), essa etapa pode ser compreendida como um momento que demanda do profissional de saúde uma postura pautada na presença autêntica, no acolhimento e no apoio à expressão de sentimentos. Nessa perspectiva, destaca-se o 5º Processo Caritas que propõe "estar autenticamente presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos", favorecendo uma relação de cuidado que reconheça as dimensões emocionais e existenciais vivenciadas pela mulher diante do diagnóstico e da necessidade de tratamento cirúrgico.

[...] eu descobri o câncer tomando banho aí vi que tinha um nódulo, mas eu não acreditei que fosse alguma coisa deixei o tempo passar sete meses que eu

fui procurar sete meses depois que eu fui procurar médico aí quando eu já estava num grau bem avançado já (P09).

[...] bom eu fiz uma mamografia e descobri que eu sempre fiz tratamento, mas aí apareceu um nódulo meio estranho aí fui fazer os exames e deu que era um câncer ah eu fiquei assim meio paralisada (P34).

Classe 3 – A relação profissional-paciente e a experiência hospitalar: representando 28,7% do corpus, essa é a classe com maior peso. O léxico sugere a centralidade do itinerário diagnóstico, destacando a relação com o sistema de saúde através de termos como mamografia, exame, posto, doutor e hospital. Reflete o processo burocrático e assistencial necessário para o início do cuidado.

À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 2007), essa classe evidencia que o percurso diagnóstico e o ingresso no tratamento oncológico constituem momentos de intensa vulnerabilidade emocional, em que a relação entre os profissionais de saúde e a mulher pode influenciar significativamente sua experiência de cuidado. Logo, destaca-se o 4º Processo Cáritas, “desenvolver e sustentar uma ajuda confiável e autêntica na relação de cuidado”. Os relatos demonstram que o momento da comunicação do diagnóstico e do encaminhamento terapêutico é permeado por sentimentos de medo, choque e incerteza.

[...] ah foi muito difícil, muito difícil nossa senhora parecia que eu estava andando nos ares quando o doutor me deu a notícia foi um baque muito difícil mesmo (P03).

[...] eu cheguei através da mamografia e foi constatado o câncer fiz cirurgia e graças a Deus estou curada. Ah você perde o chão é uma coisa que na hora você não acredita (P07).

[...] eu senti um caroço aí eu passei por uma enfermeira no lugar que eu trabalhava aí ela pediu uma mamografia e acusou daí eu comecei o tratamento porque no meu caso eu tenho câncer genético (P37).

[...] eu descobri eu mesma no autoexame e fiz o exame de mamografia, fiz cirurgia depois primeiro realizei a rádio e a quimioterapia para depois fazer a cirurgia (P21).

6.2.2 Categoria 2: Repercussões biopsicossociais do câncer de mama e os processos de cuidado transpessoal

O segundo grande bloco do dendrograma divide-se em três classes - 2, 5 e 4, que abordam a vida subjetiva, as relações familiares e os impactos identitários da doença.

Classe 2 – Redes familiares e suporte social no enfrentamento da doença: essa classe (20,7%) evidencia o papel da rede de apoio primária. O vocabulário predominante de filho, família, irmão, mãe e neto demonstra que o câncer de mama não atinge apenas a mulher, mas reorganiza toda a dinâmica familiar e os papéis sociais de cuidado.

À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 2007), essa classe evidencia que o enfrentamento do câncer de mama é profundamente influenciado pela presença de uma rede de apoio familiar e social capaz de promover acolhimento, segurança e fortalecimento emocional ao longo da trajetória da doença. Nesse contexto, destaca-se o 8º Processo Cáritas, que propõe a criação de um ambiente de cura em todos os níveis (físico, não físico, ambiente sutil de energia e consciente), no qual a integridade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados. Os relatos revelam que esse ambiente terapêutico foi construído principalmente por meio da presença e do apoio dos familiares, que ofereceram suporte emocional, incentivo e esperança nos momentos de maior fragilidade. As participantes descrevem atitudes de cuidado que contribuíram para minimizar o sofrimento, como o esforço das filhas em proporcionar conforto durante o tratamento, o incentivo da mãe e da família para que a mulher aceitasse seguir o tratamento e o apoio do irmão diante do medo da cirurgia. Esses achados demonstram que a rede familiar favoreceu um ambiente acolhedor e restaurador, fortalecendo a mulher para enfrentar as adversidades impostas pelo câncer de mama e contribuindo para um cuidado que contempla suas dimensões física, emocional, social e espiritual.

[...] é muito ruim muito é uma coisa eu não desejo para ninguém é muito complicado, mas passa o bom é que passa minhas filhas faziam tudo para que pudesse para me distrair comprava lenço comprava touca comprava (P07).

[...] sei lá abriu um buraco no chão e fui embora não queria fazer tratamento queria deixar morrer, mas pela minha mãe e minha família que está me ajudando muito eu estou tentando (P02).

[...] e quando aprovar a senhora vai se internar aí está bom saí de lá fui ao banheiro, quando saí meu irmão estava me esperando aí foi que me atacou o nervoso [...] o desespero é aí o meu irmão falou assim não fica desesperada

se ela vai fazer a cirurgia rápido vai dar tudo certo pior se você tivesse que esperar muito tempo (P25).

Classe 5 – Repercussões do tratamento na identidade feminina, sexualidade e cotidiano: representando 13,3%, do *corpus*, essa classe aborda o impacto da doença na qualidade de vida e na autoimagem. Termos como cabelo, sexual, mudar e emocional indicam as transformações drásticas que o tratamento impõe à feminilidade e à rotina da mulher.

À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 2007), essa classe evidencia que as repercussões do tratamento do câncer de mama ultrapassam as alterações físicas, alcançando a identidade feminina, a sexualidade, a autoestima e o mundo subjetivo das mulheres. Nesse contexto, destaca-se o 2º Processo Cáritas, que propõe estar autenticamente presente para habilitar, manter e honrar o sistema de crenças e o mundo subjetivo de si e do outro. Os relatos revelam que a perda dos cabelos foi vivenciada, por algumas das participantes, como um evento mais impactante do que o próprio diagnóstico ou a cirurgia, por representar uma ruptura com a identidade feminina e com a percepção de si. Da mesma forma, as mudanças na vida sexual, na autoestima e no equilíbrio emocional demonstram que o sofrimento não se restringe aos efeitos biológicos do tratamento, mas envolve significados individuais, crenças, valores e experiências singulares. Nesse sentido, o cuidado transpessoal requer do profissional uma presença genuína e acolhedora, capaz de reconhecer e validar a forma como cada mulher atribui significado às transformações vivenciadas, respeitando seu tempo, suas emoções e sua subjetividade. Os depoimentos também evidenciam movimentos de ressignificação e adaptação, nos quais algumas mulheres, apesar das perdas e limitações, buscaram reconstruir sua identidade e retomar gradativamente o cotidiano, reforçando a importância de um cuidado centrado na pessoa e em sua experiência singular.

[...] quando eu descobri que eu ia ter que raspar a cabeça porque o meu cabelo estava caindo exageradamente eu fiquei mais chateada e mais triste do que com a descoberta do câncer [...]então parece que ele já foi me preparando e eu recebi essa notícia tranquila, mas para mim foi pior a queda do cabelo do que a cirurgia em si da descoberta do câncer (P27).

[...] quando começa as quimioterapias cai o cabelo obviamente a vaidade afeta muito nesse sentido (P04).

[...] o cabelo caiu aí ele achou que eu era homem me chamou de homem toda hora me chamando de homem fica falando quando eu estou na cozinha ele fica nervoso você não morreu ainda não (P14).

[...] um pouco triste ainda porque eu não estou vendo o meu cabelo crescer, mas eu sei que vai crescer só não sinto muita vontade como antes, não sinto vontade (P19).

[...] estava muito de boa muito tranquila então eu sempre tive uma vida sexual muito ativa, normalmente, mas depois do câncer de mama diminuiu muito o meu esposo foi muito cuidadoso[...] ele entendeu então assim diminuiu um pouco a relação sexual a gente não fica mais com aquele prazer extremo, mas assim deu uma pequena diminuída, a mas a gente mantém (P08).

[...] quando começaram as quimioterapias a minha ficha caiu literalmente e impactou em muitas coisas na minha vida assim emocional e depois eu resolvi que isso não ia mais mexer com a minha cabeça e tentei voltar a vida ao normal (P04).

[...] se ele pode impactar para provocar o câncer né eu acho que não existe essas comprovações, mas eu conversei muito com minha médica acho que foi muito emocional que eu consegui não estou falando assim que tenha um culpado (P05).

Classe 4 – Espiritualidade, esperança e subjetividade na experiência do adoecimento: intimamente ligada à classe anterior, essa classe (15,5%) revela as estratégias de enfrentamento frente à patologia. A presença de palavras como Deus, fé, graça e curar apontam para a espiritualidade como um pilar de sustentação diante do medo e da incerteza trazidos pelo diagnóstico.

À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 2007), essa classe evidencia que a espiritualidade e a esperança constituem importantes estratégias de enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Nesse contexto, destaca-se o 10º Processo Cáritas, que propõe abrir-se e compreender o mistério espiritual e a dimensão existencial da vida e da morte, cuidando da alma do ser cuidado. Os relatos demonstram que a fé em Deus representa uma fonte de esperança, força e conforto diante do medo, da incerteza e da possibilidade de finitude, permitindo que as mulheres atribuam novos significados à experiência do adoecimento. Ao relatarem que Deus lhes concedeu serenidade para enfrentar o diagnóstico, que acreditam na cura e que encontram na espiritualidade o suporte para superar momentos de desespero, as participantes evidenciam que a dimensão espiritual transcende a religiosidade, constituindo um recurso essencial para ressignificar o sofrimento e fortalecer o enfrentamento. Sob essa perspectiva, o cuidado transpessoal pressupõe reconhecer, acolher e respeitar a espiritualidade como parte integrante do cuidado integral, favorecendo um espaço em que a mulher possa expressar suas crenças, esperanças e questionamentos existenciais ao longo da trajetória da doença.

[...] olha eu imaginei que eu fosse ficar mais assim nervosa e desesperada, mas na hora, mas Deus assim me deu uma calma muito grande [...] eu tenho casos de câncer aqui na minha família e minha mãe faleceu desse câncer e eu tinha medo eu falava com Deus nunca me deixa passar por isso[...] (P27).

[...] porque como eu te expliquei minha família já tem a quarta eu sou a quarta né que a gente tem essa mutação na minha família então assim acho que Deus me preparou tanto e me usou (P08).

[...] eu sou assim como eu tenho muita fé eu peço muito a Deus para me ajudar para me curar também porque tem coisas que é só ele só ele pode fazer entendeu e assim eu vou vivendo (P18).

[...] mais naturalmente às vezes eu entro em desespero choro fico triste, mas depois apego a minha fé, que eu tenho muito em Deus, e eu acredito muito em Deus porque ele já me curou eu apego nisso (P13).

Na análise de similitude, por ordem de ranqueamento, foram apresentadas as formas mais frequentes que emergem de forma central e em maior destaque, sendo: Câncer (f= 85); médico (f= 100); Mama (f= 81); Quimioterapia (f=78); Tratamento (f=82); Sentir (f= 85); filho (f=82); Deus (f=88); querer (f=69).

A Análise de Similitude (*Maximum Tree*) possibilitou aprofundar a compreensão da estrutura e da organização do discurso das participantes, evidenciando as conexões entre os elementos centrais da experiência do adoecimento por câncer de mama. À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007), observa-se que as relações estabelecidas entre os termos extrapolam os aspectos clínicos e revelam dimensões afetivas, espirituais, familiares e existenciais do cuidado. As conexões identificadas dialogam com os Processos Cáritas ao evidenciar a importância da presença autêntica do profissional, do acolhimento das crenças e da esperança, da expressão dos sentimentos, da construção de relações de confiança, da criação de um ambiente de cura e do reconhecimento da dimensão espiritual e existencial vivenciada pelas mulheres. Dessa forma, a análise demonstra que a experiência do câncer de mama é multidimensional e reforça a necessidade de um cuidado integral, humanizado e transpessoal, fundamentado nos princípios da Teoria do Cuidado Transpessoal.

No grafo gerado (Figura 2), os vértices (palavras) apresentam tamanhos proporcionais à sua frequência de evocação no corpus, enquanto a espessura das arestas (linhas de ligação) indica a força da conectividade entre os termos. A análise revelou uma estrutura central forte, ramificada em comunidades temáticas (representadas por agrupamentos de cores), que organizam a narrativa da experiência do câncer de mama.

Observa-se que a rede se estrutura em torno de um eixo central composto pelos halos dos macrotermos "câncer", "mama", "médico", "tratamento" e "sentir". Esses elementos organizam o discurso das pacientes, indicando que a narrativa se baseia na materialidade da doença, na figura de autoridade clínica e na experiência corporal e terapêutica. A partir desse eixo, derivam-se seis zonas semânticas (comunidades) principais:

A rota diagnóstica e o cuidado clínico (Halo Azul-escuro): ancorada no termo "médico", essa ramificação concentra o vocabulário técnico e investigativo da trajetória hospitalar. A forte ligação com "exame", "mamografia" e "nódulo" reflete o processo de rastreamento, enquanto o temor do prognóstico é evidenciado pela presença do termo "metástase".

[...] comecei a sentir o nódulo no seio e então fiz a mamografia no resultado saiu o BIRADS2 e com o passar do tempo foi desenvolvendo até que eu cheguei ao diagnóstico de câncer de mama (P04).

[...] ah muito arrasada porque agora está no cérebro também com metástase entendeu, eu acho que afetou porque eu não sinto mais vontade de ficar com ninguém [...] (P21).

[...] aí fiquei tranquila durante quatro anos, aí depois veio a metástase na axila e agora já tem dois anos que eu estou em tratamento e a médica achou melhor agora fazer um tratamento sem prazo para término pelo fato de já ter voltado três vezes (P36).

O impacto do diagnóstico e a ruptura biográfica (Halo Ciano): ligado fortemente ao termo "câncer", destaca-se o verbo "descobrir". Essa comunidade semântica agrupa termos que remetem ao impacto da doença nos planos de vida da paciente, associando-se a "saúde", "atrapalhar" e "engravidar", sugerindo uma ruptura principalmente nas expectativas de futuro em relação aos aspectos sexuais e reprodutivos.

[...] eu estava com trinta e seis anos e a minha ideia era ir até trinta e nove e tentar engravidar de novo, esse é o tempo de eu terminar o doutorado e tal, tirar o implanon e tentar engravidar, aí agora com o câncer de mama, terapia hormonal eu tenho consciência que as chances podem ser reduzidas e que não posso nem engravidar agora por exemplo. Posso tentar engravidar daqui a dois anos acredito então era um planejamento que eu tinha para trinta e nove anos tentar engravidar [...] eu não comentei, mas eu fiz teste genético por ter uma filha eu fiquei preocupada se era uma questão genética ou não (P39).

[...] médico falou pelo menos pra mim que eu não poderia engravidar mais (P36).

[...] direitinho na hora certinho sim, mas por causa do psicológico porque a gente com o mal-estar às vezes sensibilizada chateada não pensa não pensa e no meu caso é mais o medo também de engravidar (P50).

[...] eu tive o primeiro câncer quatorze anos atrás e não tirei a mama, fiz só o tratamento engravidei e não pude fazer a quimioterapia. Não atrapalhou na minha vida sexual não tanto que inclusive eu estava com câncer e engravidei tenho duas meninas engravidei de gêmeas ainda não atrapalha em nada antes aos dezoito anos meu filho tinha 18 anos quando eu descobri o primeiro câncer e dentro do tratamento que eu estava fazendo eu engravidei de gêmeas (P10).

A percepção corpórea e a sintomatologia (Halo Verde): ramificada a partir da experiência terapêutica ("começar"), essa zona é centralizada no verbo "sentir". A conexão com termos como "dor", "caroço", "seio" e "sofrer" evidencia a materialização da doença no corpo físico e o sofrimento advindo da percepção tátil e sintomática.

[...] sofre também um pouquinho que às vezes a gente está no dia do remédio assim e tal não está disposto isso piora um bocadinho, mas vai indo[...] (P16).

[...] muito doloroso eu vejo gente assim ah eu nem uso nada eu ando com a minha cabeça raspada eu usei turbantes usei coisas assim não fiquei andando com a cabeça raspada, mas é chocante (P07).

[...] infelizmente comecei a sentir muita dor na região do tórax, uma dor que eu não conseguia nem levantar. Voltei a fazer novos exames, então fui diagnosticada com alguns nódulos no esterno entre o seio (P08).

[...] eu estava fora do país fazendo uma parte do meu doutorado e aí eu senti me tocando senti um nódulo pequeno na região lateral do seio direito ele era aparentemente circular e tinha imobilidade (P39).

A intervenção cirúrgica e o coping religioso (Halo Vermelho): conectado ao núcleo "mama", essa zona revela a associação intrínseca entre os procedimentos biomédicos ("cirurgia", "biópsia", "resultado") e as estratégias de enfrentamento espiritual e emocional. A presença marcante de "Deus", "fé", "graça" e "chorar" demonstra que a religiosidade atua como um suporte fundamental durante a fase de intervenção cirúrgica.

[...] um vazio imenso a gente não está preparada não você não está preparada para nenhuma doença né um vazio imenso chorei muito como eu choro até hoje, mas eu estou confiante [...] (P43).

[...] o mundo caiu eu chorei muito eu fiquei muito assustada porque na hora eu já senti não sei por que quando deu a queimação e eu consegui tocar eu já senti um coisa ruim (P50).

[...] então eu não entro em pânico não fico chorando não fico desesperada não deixo a emoção me dominar me tomar conta não então eu estou controlando tem cinco anos já (P42).

[...] eu não ia conseguir passar pelo tratamento porque eu estava muito fraca então acho que eu ia ter muita dificuldade eu ia acabar entregando os pontos [...] (P47).

[...] você não pode se entregar você tem que ter fé e perseverança porque é a fé [...] (P49).

[...] Pelo SUS demora muito, fiquei super chateada. muito chateada. sim não vou falar que eu fiquei chateada, mas ao mesmo tempo eu entreguei para Deus (P30).

A terapêutica sistêmica e a alteração da autoimagem (Halo Magenta): estruturado em torno do termo "quimioterapia", essa ramificação reflete as consequências diretas do tratamento oncológico. A forte ligação com "cabelo", "cair" e "triste" sublinha o profundo impacto psicológico gerado pela alopecia e pelas alterações da imagem corporal, associadas ao tratamento do "tumor" com "medicação" e "hormônio".

[...] eu fiquei paralisada porque eu não imaginava que o câncer de mama pudesse dar em mulheres jovens eu tinha 23 anos na época que eu fui diagnosticada (P23).

[...] o problema mais que você fica com medo é o cabelo cair e a mama que você tem que retirar [...] (P25).

[...] eu já estava vivendo a menopausa, aí os hormônios já diminuem e com o tratamento você toma uma medicação que corta todo o hormônio do seu corpo aí piora [...] (P46).

O impacto psicossocial e a rede de apoio (Halo Amarela): a partir dos eixos de "tratamento" e "querer", emerge uma dimensão existencial focada nas relações familiares. Centralizada na palavra "filho", essa comunidade contrapõe o "desejo" de "vida" ao medo de "morrer". Destaca-se a importância da rede de "apoio" primária ("marido", "família") para lidar com as consequências e o momento "difícil" da doença.

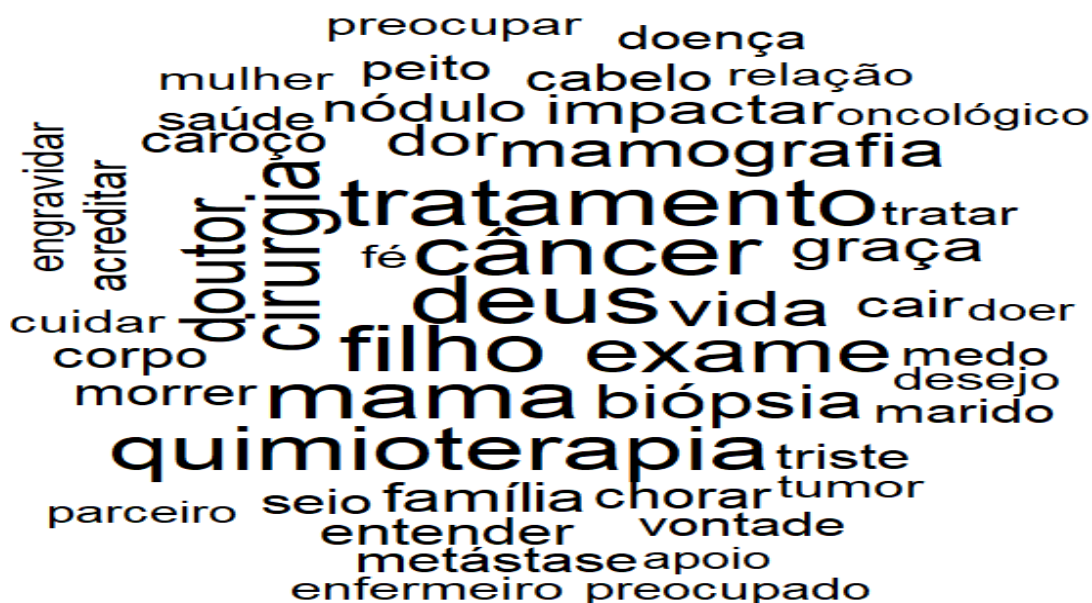
[...] porque o ser humano sem Deus eu falo por mim o ser humano sem Deus não é nada com certeza e também o apoio que estou tendo no hospital desde a primeira consulta até a próxima (P29).

[...] eu falei até tirar a minha vida aí eu tive muito apoio dos meus filhos da minha família e eu não fiz uma besteira olhando eles que se precisa muito de mim apesar que isso está tudo adultos, mas eles que me deram força para viver (P13).

Em suma, a árvore máxima de similitude ilustra a jornada integral da paciente com câncer de mama. A estrutura do grafo evidencia que a representação social da doença não se restringe ao evento biológico, mas configura-se como uma experiência multidimensional que perpassa o choque do diagnóstico, a invasão corporal pelas intervenções, as estratégias de resiliência baseadas na fé e a reconfiguração dos laços familiares e existenciais em prol da sobrevivência.

Na análise da nuvem de palavras, foram destacadas oito palavras que ocorreram com maior frequência: médico (n=100), deus (n=88), câncer (n=85), filho (n=82), tratamento (n=82), mama (n=81) e quimioterapia (n=78) (Figura 3).

Figura 3 – Nuvem de palavras



Fonte: Elaborado pela autora (2026) a partir do Iramuteq.

A análise lexical gerada pela nuvem de palavras revela uma representação visual profunda e multifacetada das vivências de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, dialogando diretamente com a complexidade da saúde sexual e reprodutiva. Observa-se que o mapa transcende o jargão puramente clínico da doença. Embora termos centrais como "câncer", "mama", "tratamento", "quimioterapia" e "cirurgia" destaquem o peso do diagnóstico e da intervenção médica, eles estão intrinsecamente cercados por vocábulos que evidenciam o impacto dessas terapias na identidade e na autoimagem feminina. Palavras como "corpo", "cabelo", "peito", "seio" e "dor" ilustram as agressões físicas sofridas, como a alopecia e as alterações anatômicas decorrentes de procedimentos cirúrgicos, que desestabilizam a autoestima da paciente e atuam como barreiras significativas para a vivência plena de sua sexualidade.

No âmbito da dinâmica conjugal e da saúde sexual, a nuvem destaca termos fundamentais como "marido", "parceiro", "relação" e "desejo". A emergência dessas palavras evidencia que o adoecimento oncológico não é uma experiência solitária, mas um evento que reconfigura profundamente o núcleo afetivo e sexual da mulher. A presença do termo "desejo" atrelada ao contexto do tratamento aponta para um dos sintomas mais frequentes e silenciados na oncologia: o declínio da libido, motivado tanto pelo sofrimento psicológico quanto pelos efeitos adversos dos medicamentos, que podem induzir à menopausa precoce e ao ressecamento

vaginal. Paralelamente, a dinâmica do relacionamento é tensionada pela necessidade de "cuidar", alterando, em muitos casos, o papel do parceiro e a intimidade do casal.

A dimensão da saúde reprodutiva, um dos pilares centrais desta dissertação, manifesta-se de forma contundente pelo grande destaque da palavra "filho", acompanhada do termo "engravidar". Para as mulheres em idade reprodutiva, o diagnóstico traz consigo o temor iminente da infertilidade induzida pelos tratamentos antineoplásicos. A proeminência dessas palavras demonstra que a angústia em relação à preservação da fertilidade, a possibilidade do luto por uma maternidade interrompida ou a constante preocupação com o amparo dos filhos que já possuem representa fontes de sofrimento psíquico expressivas, exigindo um acolhimento especializado por parte da equipe de saúde.

Por fim, a nuvem de palavras mapeia o intenso impacto emocional e as estratégias de enfrentamento adotadas por essas mulheres. A saúde sexual e reprodutiva está diretamente ligada à saúde mental, o que se reflete na presença de sentimentos como "medo", "morrer", "triste", "chorar" e "preocupado". O instinto de sobrevivência e a ameaça à vida frequentemente relegam a sexualidade a um segundo plano durante o tratamento agudo. Em contrapartida, a expressividade de termos como "Deus", "vida", "fé", "família" e "apoio" revela os alicerces emocionais dessas mulheres. A espiritualidade e a rede de suporte familiar emergem como os principais recursos para amortecer o trauma biopsicossocial.

Em síntese, a representação gráfica evidencia que o câncer de mama ultrapassa a dimensão biológica da doença, afetando a identidade, os projetos de vida e a relação da mulher com seu próprio corpo. À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007), os achados revelam necessidades que envolvem aspectos físicos, emocionais, sociais, sexuais, reprodutivos e espirituais. As conexões entre os termos reforçam a importância de um cuidado baseado na presença autêntica, no acolhimento, na escuta sensível e na valorização da singularidade das experiências vivenciadas. Dessa forma, destaca-se que a assistência à mulher com câncer de mama deve transcender o tratamento da doença, contemplando a integralidade do ser humano e favorecendo processos de ressignificação, dignidade e fortalecimento ao longo da trajetória terapêutica.

6.3 *JOINT DISPLAY*: INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

A estratégia convergente de métodos mistos possibilitou a integração dos achados quantitativos e qualitativos, permitindo identificar convergências, complementaridades e

divergências interpretativas acerca da experiência de mulheres com câncer de mama (Figura 4). Essa abordagem ultrapassa a simples associação dos resultados, favorecendo uma compreensão ampliada e articulada do fenômeno investigado.

Os dados integrados evidenciaram a angústia como uma dimensão central da experiência do adoecimento. Os resultados quantitativos demonstraram maiores repercussões nesse domínio, enquanto os achados qualitativos aprofundaram essa compreensão ao revelar sentimentos relacionados ao medo da morte, insegurança, sofrimento emocional, alterações corporais e incertezas quanto ao futuro, demonstrando que a angústia constitui uma experiência complexa que envolve aspectos físicos, emocionais, identitários e existenciais.

A complementaridade entre os métodos revelou que os prejuízos identificados na função e satisfação sexual não se restringem às alterações fisiológicas, mas envolvem aspectos subjetivos e relacionais, como mudanças na autoimagem, percepção da feminilidade, intimidade conjugal e estratégias de enfrentamento. Os relatos qualitativos ampliaram a compreensão dos dados quantitativos ao evidenciar dimensões não totalmente captadas pelos instrumentos, como a influência da espiritualidade, da fé e da rede de apoio no processo de ressignificação do adoecimento.

As divergências encontradas reforçam a heterogeneidade das vivências relacionadas à sexualidade e à saúde reprodutiva. Embora os dados quantitativos indiquem impactos negativos na função sexual, as narrativas demonstraram diferentes trajetórias, incluindo redução da atividade sexual, manutenção adaptada da intimidade e ressignificação da sexualidade diante das prioridades impostas pelo tratamento. Da mesma forma, as experiências reprodutivas revelaram diferentes significados, evidenciando que o impacto do câncer de mama não ocorre de maneira uniforme, sendo influenciado por aspectos subjetivos, relacionais e contextuais.

Assim, a integração dos resultados demonstra que a experiência do câncer de mama é multidimensional e exige abordagens que articulem a mensuração dos impactos clínicos às narrativas e significados atribuídos pelas mulheres, favorecendo uma compreensão integral da sexualidade, da identidade e da saúde reprodutiva no contexto do adoecimento.

Figura 4 – Joint Display: Integração dos Resultados Quantitativos (FSFI-BC) e Qualitativos

DIMENSÃO ANALÍTICA	DOMÍNIO (FSFI-BC)	RESULTADOS QUANTITATIVOS (FSFI-BC)	ACHADOS QUALITATIVOS	TIPO DE INTEGRAÇÃO	INTERPRETAÇÃO INTEGRADA
 Função sexual global	Escore total FSFI-BC	Redução global da função sexual nas participantes.	• Relatos de diminuição da atividade sexual e mudanças na intimidade.	CONVERGÊNCIA ↔	Evidencia-se impacto consistente do câncer de mama na função sexual, confirmando tendência geral de prejuízo.
 Desejo sexual	Desejo	Baixos escores de desejo sexual.	• Redução do interesse sexual, desmotivação e priorização da sobrevivência.	CONVERGÊNCIA + COMPLEMENTARIDADE ↔ + ↔	O desejo sexual é afetado por fatores físicos e emocionais, sendo ressignificado diante da ameaça à vida.
 Excitação sexual	Excitação	Redução dos níveis de excitação.	• Relatos indiretos de menor envolvimento e dificuldade na resposta sexual.	COMPLEMENTARIDADE +	A excitação é influenciada por alterações corporais, emocionais e relacionais não totalmente captadas quantitativamente.
 Lubrificação vaginal	Lubrificação	Comprometimento da lubrificação.	• Referências a alterações hormonais, menopausa induzida e desconforto.	COMPLEMENTARIDADE +	Os dados qualitativos elucidam os mecanismos fisiológicos e subjetivos associados às alterações.
 Orgasmo	Orgasmo	Redução na capacidade orgástica.	• Pouca verbalização direta, mas indicativos de redução do prazer.	COMPLEMENTARIDADE +	A ausência de detalhamento qualitativo sugere possível silenciamento ou dificuldade de verbalização dessa dimensão.
 Satisfação sexual	Satisfação	Redução da satisfação sexual.	• Manutenção da relação com adaptação, menor prazer, valorização do vínculo afetivo.	CONVERGÊNCIA + DIVERGÊNCIA ↔ + ↔	Apesar da redução da satisfação, algumas mulheres ressignificam a sexualidade, priorizando aspectos afetivos em detrimento do prazer.
 Dor durante a relação	Dor	Aumento da dor ou desconforto.	• Relatos indiretos associados a alterações físicas e ao tratamento.	COMPLEMENTARIDADE +	A dor é compreendida como fenômeno que integra dimensões físicas e emocionais.
 Impacto da imagem corporal na sexualidade	(Captado indiretamente no FSFI-BC)	Repercussão na função sexual.	• Sofrimento com alopecia, mastectomia e perda da feminilidade.	COMPLEMENTARIDADE +	A imagem corporal emerge como mediadora central da experiência sexual, ampliando a leitura dos escores.
 Variabilidade da experiência sexual	Escore global vs. domínios	Tendência geral de prejuízo.	• Experiências heterogêneas: redução, manutenção ou ressignificação.	DIVERGÊNCIA ↔	A sexualidade não é vivenciada de forma homogênea, sendo mediada por fatores subjetivos, relacionais e contextuais.

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

7 DISCUSSÃO

A predominância de mulheres com 60 anos ou mais observada neste estudo está em consonância com o perfil epidemiológico do câncer de mama descrito na literatura nacional e internacional, que evidencia aumento progressivo da incidência da doença com o avanço da idade (Instituto Nacional de Câncer, 2026; Xu; Xu, 2023). O envelhecimento é considerado um dos principais fatores de risco não modificáveis para o câncer de mama, estando relacionado ao acúmulo de alterações genéticas, ao maior tempo de exposição a fatores hormonais e ambientais e à redução da capacidade dos mecanismos de reparo celular, favorecendo o desenvolvimento da carcinogênese mamária (Xu; Xu, 2023).

Além disso, as modificações hormonais decorrentes da menopausa, especialmente a exposição cumulativa ao longo da vida reprodutiva ao estrogênio, contribuem para o aumento do risco da doença (Xu; Xu, 2023). Dessa forma, os resultados deste estudo corroboram as evidências de que a incidência do câncer de mama aumenta significativamente a partir dos 50 anos, atingindo maior frequência entre mulheres idosas, o que reforça a necessidade de estratégias de rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento integral direcionadas a essa população (Instituto Nacional de Câncer, 2026; Xu; Xu, 2023).

A elevada proporção de mulheres com parceria fixa sugere a presença de sexualidade durante o tratamento. Entretanto, estudos mostram que a existência de um parceiro não garante a função sexual após o câncer de mama, uma vez que fatores como alteração da imagem corporal, diminuição do desejo sexual, fadiga, dor e repercussões emocionais comprometem a intimidade do casal. Essa interpretação também é percebida nas entrevistas, nas quais diversas participantes relataram redução do desejo sexual e mudanças na dinâmica conjugal mediante o diagnóstico e tratamento. Em uma revisão sistemática, Rodrigues e Machado (2025) identificaram que a disfunção sexual permanece frequente mesmo após o tratamento oncológico e apresenta associação positiva com a qualidade de vida, evidenciando que mulheres com melhor função sexual tendem a apresentar melhores indicadores de bem-estar e qualidade de vida.

Observou-se que a maioria das participantes já possuía filhos, sugerindo que grande parte havia concluído seu planejamento reprodutivo antes do diagnóstico do câncer de mama. Entretanto, essa característica não elimina os impactos da doença e do tratamento sobre a saúde reprodutiva. Embora a maternidade já tenha sido vivenciada por muitas mulheres, a perda ou redução do potencial reprodutivo pode representar importante sofrimento emocional, uma vez

que a fertilidade está intimamente relacionada à identidade feminina, à autonomia reprodutiva e aos projetos de vida futuros (Oktay *et al.*, 2001; Peccatori *et al.*, 2013).

Essa realidade mostrou-se ainda mais evidente entre as participantes mais jovens deste estudo, cujos relatos, durante as entrevistas, expressaram angústia diante da possibilidade de infertilidade e da impossibilidade de concretizar o desejo de maternidade. Esses achados corroboram a literatura, que demonstra que o risco de insuficiência ovariana prematura, menopausa induzida pelo tratamento e infertilidade decorrentes da quimioterapia repercutem não apenas na capacidade biológica de gestar, mas também no bem-estar psicológico, na qualidade de vida e na construção dos projetos familiares e existenciais das mulheres acometidas pelo câncer de mama (Lambertini *et al.*, 2021; Peccatori *et al.*, 2013). Nesse contexto, recomenda-se que as questões relacionadas à fertilidade sejam abordadas desde o momento do diagnóstico, possibilitando que mulheres em idade reprodutiva recebam aconselhamento adequado e tenham acesso às estratégias de preservação da fertilidade quando indicadas (Oktay *et al.*, 2001).

A caracterização clínica das participantes evidenciou diversidade quanto ao estadiamento da doença e às modalidades terapêuticas empregadas. Observou-se predominância de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico, seguido da quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, refletindo a abordagem multimodal atualmente preconizada para o tratamento do câncer de mama (Burstein *et al.*, 2021; National Comprehensive Cancer Network, 2025). A escolha terapêutica é individualizada e fundamentada em fatores como subtipo molecular, estadiamento tumoral, idade, estado menopausal e condições clínicas da paciente, visando aumentar a sobrevida e reduzir o risco de recorrência (Burstein *et al.*, 2021).

O estadiamento do câncer de mama constitui um dos principais determinantes do planejamento terapêutico e do prognóstico da doença. A classificação em estágios permite estimar a extensão do tumor e orientar a escolha da abordagem terapêutica mais adequada, considerando fatores como tamanho tumoral, comprometimento linfonodal e presença de metástases (National Comprehensive Cancer Network, 2025). De modo geral, tumores diagnosticados em estágios iniciais apresentam melhores taxas de sobrevida e maior possibilidade de tratamentos conservadores, enquanto casos diagnosticados em estágios localmente avançados ou metastáticos frequentemente necessitam de terapias combinadas, incluindo cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e terapias-alvo, com maior potencial para ocasionar efeitos adversos e comprometimento da qualidade de vida (Burstein *et al.*, 2021).

Além do impacto sobre o prognóstico, o estadiamento influencia diretamente a escolha, a intensidade e a duração das modalidades terapêuticas, repercutindo em diferentes dimensões da vida das mulheres. Tratamentos mais complexos e prolongados podem estar associados à maior ocorrência de efeitos físicos e emocionais, incluindo fadiga, dor, alterações da imagem corporal, sofrimento psicológico, disfunções sexuais e comprometimentos relacionados à saúde reprodutiva. Essas repercussões podem permanecer mesmo após o término do tratamento, interferindo na qualidade de vida, na autoestima, nos relacionamentos afetivos e na retomada da vida sexual. Estudos recentes evidenciam que mulheres com câncer de mama enfrentam mudanças significativas na vivência da sexualidade em decorrência da doença e de seus tratamentos, reforçando a necessidade de uma abordagem ampliada que considere as dimensões físicas, emocionais, sociais e relacionais do processo de sobrevivência oncológica (Panobianco *et al.*, 2026).

Dessa forma, o diagnóstico precoce permanece como uma das principais estratégias para reduzir a morbidade relacionada ao tratamento e favorecer melhores desfechos clínicos e psicossociais.

Embora essas modalidades terapêuticas sejam fundamentais para o controle da doença, seus efeitos adversos podem comprometer diferentes dimensões da saúde da mulher, especialmente a sexualidade e a saúde reprodutiva. A cirurgia pode ocasionar alterações na imagem corporal, na percepção de feminilidade e na autoestima; a quimioterapia está frequentemente associada à fadiga, à menopausa precoce, à infertilidade, às alterações hormonais e às disfunções sexuais; a radioterapia pode provocar dor, fibrose e alterações cutâneas; enquanto a hormonioterapia está relacionada à secura vaginal, à dispareunia, à redução da libido e a sintomas vasomotores. Além dessas repercussões físicas, as experiências relatadas por mulheres com câncer de mama evidenciam que a doença e o tratamento interferem na intimidade, nos relacionamentos afetivos e na vivência da sexualidade, podendo desencadear sentimento de insegurança, alterações na autoestima, dificuldades na retomada da vida sexual e sofrimento emocional. Esses achados reforçam que a sexualidade deve ser compreendida como uma dimensão integral do cuidado oncológico, considerando não apenas os aspectos fisiológicos, mas também os impactos subjetivos e relacionais vivenciados pelas mulheres (Panobianco *et al.*, 2026).

A avaliação da função sexual, realizada por meio do FSFI-BC, evidenciou repercussões relevantes nos diferentes domínios da resposta sexual feminina (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), demonstrando que o impacto do tratamento oncológico ultrapassa as alterações exclusivamente físicas e envolve dimensões emocionais, relacionais e

psicossociais, com repercussões significativas na qualidade de vida das mulheres. Esses achados corroboram a literatura recente, que destaca a disfunção sexual como uma condição multifatorial e frequente entre mulheres com câncer de mama, associada tanto às alterações fisiológicas decorrentes das terapias quanto às mudanças na imagem corporal, autoestima e vivência da intimidade (Rodrigues-Machado *et al.*, 2025).

Do ponto de vista biológico, o comprometimento da função sexual apresenta importante relação com as alterações hormonais induzidas pelos tratamentos sistêmicos, especialmente pela quimioterapia e pela hormonioterapia. A redução dos níveis estrogênicos pode desencadear menopausa precoce, atrofia dos tecidos genitais, diminuição da elasticidade vaginal e redução da lubrificação, alterações que contribuem para o desenvolvimento da síndrome geniturinária da menopausa e da dispareunia. Esses sintomas podem transformar a experiência sexual em uma vivência marcada por desconforto, dor e redução da satisfação, interferindo diretamente na retomada da intimidade e na qualidade de vida das sobreviventes do câncer de mama (Rodrigues-Machado *et al.*, 2025).

No que tange ao desejo sexual, primeiro domínio avaliado pela escala, as participantes relataram redução significativa da libido, evidenciando que essa alteração não está relacionada apenas aos efeitos físicos e hormonais do tratamento, mas também às repercussões emocionais do diagnóstico. Os relatos apontaram associação entre diminuição do desejo, baixa autoestima, comprometimento da imagem corporal, sensação de perda da feminilidade e medo da exposição do corpo modificado pelo câncer. Esses achados corroboram o modelo de resposta sexual feminina de Basson (2000), que destaca a influência de fatores emocionais, relacionais e da autoimagem na vivência da sexualidade. Estudos recentes demonstram que mulheres em tratamento oncológico apresentam prejuízos importantes na função sexual, especialmente no desejo, devido à interação entre alterações fisiológicas, sofrimento psicológico e mudanças corporais decorrentes do tratamento (Roussin *et al.*, 2021; Wilson *et al.*, 2021). Assim, os resultados reforçam que a sexualidade feminina no contexto do câncer deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e relacionais, sendo parte essencial da qualidade de vida e da reabilitação dessas mulheres (Hosseini *et al.*, 2022).

Consequentemente, a excitação sexual também apresentou redução significativa, evidenciando que esse domínio está relacionado não apenas aos aspectos fisiológicos, mas também às condições emocionais necessárias para a vivência da intimidade. As participantes relataram medo de iniciar relações, vergonha das alterações corporais e dificuldade de concentração no prazer, indicando que a ansiedade e a insegurança com a própria imagem

corporal interferem diretamente na resposta sexual. Esses achados estão alinhados ao modelo de resposta sexual feminina de Basson (2000), que destaca a influência da intimidade, da autoestima e da segurança emocional na excitação sexual. Estudos recentes apontam que mulheres após tratamentos oncológicos apresentam prejuízos na excitação devido à interação entre alterações corporais, sintomas emocionais e medo da rejeição pelo parceiro, comprometendo a qualidade da vida sexual (Roussin *et al.*, 2021; Wilson *et al.*, 2021). Dessa forma, os resultados reforçam que a excitação sexual no contexto do câncer é um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores físicos, psicológicos e relacionais, que devem ser considerados no cuidado integral à mulher (Hosseini *et al.*, 2022).

Os domínios de lubrificação e dor evidenciaram o impacto das alterações fisiológicas decorrentes do tratamento oncológico na vivência da sexualidade e na dinâmica conjugal. As participantes relataram que a secura vaginal e a dispareunia modificaram a experiência da relação sexual, frequentemente associando-a a desconforto, frustração e sofrimento emocional, levando algumas mulheres a evitar a intimidade pelo receio da dor ou pela insegurança diante das expectativas do parceiro. Esses achados estão em consonância com a literatura recente, que identifica a disfunção sexual como uma repercussão frequente e multifatorial entre mulheres com câncer de mama, envolvendo alterações hormonais, sintomas geniturinários, aspectos emocionais e impactos na qualidade dos relacionamentos afetivos (Panobianco *et al.*, 2026; Rodrigues-Machado *et al.*, 2025).

Do ponto de vista fisiológico, a redução dos níveis estrogênicos provocada principalmente pela quimioterapia e pela hormonioterapia favorece o desenvolvimento da síndrome geniturinária da menopausa, caracterizada por ressecamento vaginal, redução da elasticidade dos tecidos genitais, diminuição da lubrificação e dor durante a relação sexual. Essas alterações podem comprometer a resposta sexual feminina e contribuir para um ciclo de ansiedade antecipatória, medo da dor, redução da excitação e afastamento progressivo da atividade sexual. Rodrigues-Machado *et al.* (2025) destacam que tais alterações não devem ser compreendidas apenas como manifestações físicas, uma vez que a disfunção sexual após o câncer de mama envolve dimensões subjetivas, emocionais e relacionais que repercutem diretamente na qualidade de vida.

Além dos aspectos biológicos, os relatos das participantes evidenciaram que os sintomas geniturinários interferem na autoestima, na percepção de feminilidade, na intimidade do casal e na retomada da vida sexual após o tratamento. Conforme apontado por Panobianco *et al.* (2026), muitas mulheres vivenciam mudanças significativas na forma como se relacionam com o próprio corpo e com a sexualidade, porém essas questões permanecem frequentemente pouco

abordadas durante o acompanhamento oncológico. Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam que alterações na lubrificação e na dor devem ser compreendidas como fenômenos multidimensionais, que ultrapassam a dimensão física e envolvem aspectos psicológicos, afetivos e sociais.

Nesse sentido, a avaliação da função sexual e dos sintomas geniturinários deve ser incorporada ao cuidado longitudinal das mulheres com câncer de mama, favorecendo uma abordagem multiprofissional e individualizada. Estratégias como educação em saúde sexual, orientação sobre o uso de hidratantes e lubrificantes vaginais, acompanhamento especializado e escuta qualificada podem contribuir para minimizar o sofrimento relacionado à disfunção sexual e promover melhor qualidade de vida e bem-estar após o tratamento oncológico (Panobianco *et al.*, 2026; Rodrigues-Machado *et al.*, 2025).

Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de uma assistência integral à mulher com câncer de mama, contemplando o manejo da dispareunia, o suporte emocional, a autoestima, a participação do parceiro quando desejada e o reconhecimento da espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Nesse contexto, o enfermeiro possui papel essencial na escuta qualificada, no acolhimento e na abordagem da sexualidade como parte do cuidado humanizado, considerando as necessidades individuais de cada mulher (Silva; Messias, 2025).

A abordagem qualitativa adotada neste estudo possibilitou aprofundar aspectos subjetivos da experiência do câncer de mama, evidenciando que os impactos da doença ultrapassam as alterações orgânicas decorrentes do diagnóstico e do tratamento. As narrativas das participantes demonstraram que o câncer de mama foi vivenciado como um evento disruptivo, marcado por sentimentos de medo, insegurança, incerteza e necessidade de reorganização da vida cotidiana. Independentemente das características clínicas da doença, o diagnóstico representou uma ruptura biográfica, exigindo adaptações relacionadas ao corpo, aos papéis sociais, às relações familiares e à percepção de si mesmas.

Esses achados corroboram estudos recentes que apontam o câncer de mama como uma experiência complexa, na qual a sobrevivência física não representa necessariamente a ausência de sofrimento. Mulheres submetidas ao tratamento oncológico frequentemente enfrentam repercussões emocionais persistentes, incluindo medo da recorrência, ansiedade, alterações na identidade pessoal e dificuldades de adaptação às mudanças impostas pela doença (Durosini *et al.*, 2022). Nesse sentido, a experiência do câncer deve ser compreendida para além da perspectiva biomédica, considerando-se as dimensões subjetivas que influenciam a qualidade de vida e o processo de reconstrução da identidade após o tratamento.

Os relatos evidenciaram que as transformações corporais decorrentes da cirurgia, quimioterapia e terapias hormonais assumiram papel central na forma como as participantes passaram a perceber sua feminilidade, autoestima e sexualidade. O corpo modificado pelo tratamento foi frequentemente associado a sentimento de perda, estranhamento e insegurança, revelando que as alterações físicas não foram interpretadas apenas como consequências terapêuticas, mas como mudanças que afetaram a relação das mulheres consigo mesmas e com os outros.

A literatura contemporânea reforça que a imagem corporal constitui uma das dimensões mais afetadas entre mulheres com câncer de mama, especialmente em razão das alterações promovidas pela cirurgia, alopecia, mudanças ponderais, sintomas relacionados à menopausa e demais efeitos adversos do tratamento. Esses aspectos podem comprometer a autoestima, a percepção da atratividade e a confiança para estabelecer ou retomar relações íntimas, configurando importantes determinantes da qualidade de vida após o câncer (Li *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a mama apresenta significado simbólico que ultrapassa sua função anatômica, estando relacionada historicamente à feminilidade, maternidade, sexualidade e identidade corporal. Assim, alterações provocadas pela mastectomia ou cirurgia conservadora podem representar, para algumas mulheres, uma experiência de perda que envolve aspectos físicos e emocionais. Embora estudos clássicos tenham demonstrado essa relação entre imagem corporal e sofrimento psicossocial (Mastrangelli; Pinto; Elias, 2025), investigações recentes reafirmam que a reconstrução da autoimagem permanece como uma das principais necessidades de cuidado entre sobreviventes do câncer de mama (Durosini *et al.*, 2022).

No presente estudo, essa dimensão foi evidenciada nas narrativas das participantes, que descreveram sentimentos de vergonha, insegurança e dificuldade em reconhecer o próprio corpo após o tratamento. Algumas mulheres relataram evitar expor a região operada, sentir redução da atratividade física e apresentar receio da rejeição pelo parceiro, demonstrando que as alterações corporais repercutiram diretamente na intimidade e na vivência da sexualidade. Esses resultados reforçam que a imagem corporal exerce influência significativa sobre a função sexual feminina, interferindo no desejo, na satisfação sexual, na autoconfiança e na qualidade das relações afetivas.

A cirurgia mamária, embora essencial para o controle da doença e aumento da sobrevida, mostrou-se uma experiência ambivalente nas narrativas analisadas. Ao mesmo tempo em que representou uma possibilidade terapêutica e de enfrentamento da doença, também esteve associada à sensação de perda corporal e alteração da identidade feminina. Essa dualidade evidencia que os resultados cirúrgicos não devem ser avaliados exclusivamente por

parâmetros oncológicos, mas também pelos impactos emocionais e psicossociais produzidos na trajetória da mulher.

Estudos recentes no campo da sobrevivência ao câncer destacam que a avaliação dos resultados do tratamento deve incluir aspectos relacionados à imagem corporal, autoestima, sexualidade e bem-estar psicossocial, uma vez que essas dimensões influenciam diretamente a adaptação após o câncer (Mastrangelli; Pinto; Elias, 2025). Dessa forma, a recuperação da mulher após a cirurgia não se limita à cicatrização física, mas envolve um processo contínuo de reconstrução da relação com o próprio corpo e de ressignificação da feminilidade.

Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam a necessidade de ampliar o olhar assistencial para além da abordagem centrada na remoção tumoral e no controle da doença. O cuidado integral da mulher com câncer de mama deve contemplar intervenções direcionadas ao enfrentamento das alterações corporais, fortalecimento da autoestima e reconstrução da identidade, considerando que esses aspectos estão diretamente relacionados à qualidade de vida e à saúde sexual durante e após o tratamento.

A incorporação de estratégias de suporte psicológico, educação em saúde e acompanhamento multiprofissional mostra-se fundamental para auxiliar as mulheres na adaptação às mudanças corporais. Evidências recentes indicam que intervenções voltadas à imagem corporal e ao autocuidado podem favorecer melhores resultados psicossociais, contribuindo para maior aceitação corporal e melhor enfrentamento da trajetória de sobrevivência ao câncer (Mastrangelli; Pinto; Elias, 2025).

Assim, os relatos das participantes revelam que o câncer de mama não produz apenas uma alteração física localizada, mas uma transformação ampla na forma como a mulher compreende seu corpo, sua identidade e suas relações. A experiência corporal após o câncer envolve processos de perda, reconstrução e ressignificação, tornando indispensável uma assistência que reconheça a subjetividade feminina e incorpore essas dimensões ao cuidado oncológico.

Os achados qualitativos deste estudo evidenciaram que os efeitos do tratamento sistêmico foram vivenciados pelas participantes como mudanças profundas que ultrapassaram os aspectos físicos da doença, repercutindo na autoestima, na percepção da feminilidade e na vivência da sexualidade. A quimioterapia e a hormonioterapia foram frequentemente associadas a alterações corporais e hormonais que modificaram a relação das mulheres com seus corpos, interferindo na disposição física, no desejo sexual e na retomada da intimidade.

A quimioterapia, embora fundamental para o controle da doença e para a redução do risco de recorrência, foi descrita pelas participantes como uma etapa marcada por intensas

transformações corporais. Sintomas como alopecia, fadiga persistente, alterações ponderais, náuseas, alterações cutâneas e redução da energia física foram mencionados como elementos que afetaram negativamente a autoestima e a percepção da própria feminilidade. Esses achados reforçam que os efeitos adversos do tratamento não devem ser compreendidos apenas como manifestações clínicas transitórias, uma vez que produzem repercussões emocionais e sociais que permanecem presentes durante e após o término da terapêutica.

A literatura recente demonstra que sintomas relacionados ao tratamento oncológico apresentam impacto significativo na qualidade de vida das sobreviventes de câncer de mama, especialmente quando associados às alterações da imagem corporal e às dificuldades de adaptação após o tratamento. A presença de fadiga, alterações hormonais e mudanças na aparência física podem contribuir para o sentimento de perda de identidade, redução da autoconfiança e prejuízos na participação social e afetiva (Durosini *et al.*, 2022).

Entre as alterações relatadas, a alopecia destacou-se como um marcador visível da doença e do tratamento, frequentemente associada pelas participantes à perda da identidade feminina e à exposição social da condição de adoecimento. Diferentemente de outros efeitos adversos menos perceptíveis, a perda dos cabelos representa uma mudança corporal imediatamente reconhecível, podendo intensificar sentimentos de vulnerabilidade, estigma e fragilidade emocional. Estudos contemporâneos apontam que alterações relacionadas à aparência permanecem entre os principais fatores associados ao sofrimento psicossocial de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, reforçando a importância de intervenções voltadas ao autocuidado, à imagem corporal e à reconstrução da autoestima (Li *et al.*, 2022).

Além das alterações físicas, os tratamentos sistêmicos apresentaram importante repercussão sobre a função sexual feminina. Do ponto de vista fisiológico, a quimioterapia pode induzir disfunção ovariana, redução dos níveis de estrogênio e menopausa precoce, ocasionando sintomas como ondas de calor, ressecamento vaginal, redução da lubrificação, dor durante a relação sexual e diminuição do desejo sexual. Essas alterações constituem importantes fatores relacionados à disfunção sexual em mulheres jovens e naquelas em transição menopausal após o câncer de mama (Oktay *et al.*, 2001; Peccatori *et al.*, 2013).

No presente estudo, essas repercussões estiveram presentes nos relatos das participantes, que descreveram redução do interesse sexual, dificuldade em manter relações íntimas e mudanças na forma como vivenciavam o próprio corpo. Observou-se que a diminuição do desejo sexual não estava relacionada exclusivamente às alterações hormonais, mas resultava da

interação entre sintomas físicos, sofrimento emocional, medo, insegurança corporal e mudanças na dinâmica conjugal.

Essa compreensão é fundamental, pois evidencia que a sexualidade feminina após o câncer de mama não pode ser analisada apenas sob a perspectiva da função fisiológica. Embora alterações hormonais e sintomas geniturinários tenham papel importante na gênese das dificuldades sexuais, fatores psicológicos e relacionais exercem influência igualmente significativa. Estudos recentes demonstram que a disfunção sexual entre sobreviventes do câncer de mama apresenta natureza multifatorial, envolvendo alterações biológicas, sofrimento emocional, imagem corporal negativa, ansiedade, medo da rejeição e dificuldades de comunicação com o parceiro (Lu; Chen; Xie, 2022).

A hormonioterapia, especialmente em mulheres com tumores hormônio-dependentes, também foi identificada como uma importante fonte de desconforto físico e emocional. Embora represente uma estratégia terapêutica fundamental para a redução do risco de recorrência, seu uso prolongado pode estar associado a sintomas semelhantes aos da menopausa, incluindo secura vaginal, redução da libido, alterações do humor, fadiga e desconforto durante a atividade sexual. Esses efeitos podem comprometer a qualidade de vida e favorecer o afastamento da atividade sexual, principalmente quando não são adequadamente investigados e manejados pela equipe de saúde (Peccatori *et al.*, 2013).

Nesse sentido, os resultados encontrados reforçam uma importante lacuna no cuidado oncológico: apesar da elevada frequência de sintomas relacionados à sexualidade, essas questões permanecem pouco abordadas na prática clínica. Muitas mulheres iniciam ou concluem o tratamento sem receber informações sobre possíveis alterações sexuais, estratégias de manejo dos sintomas ou orientações sobre recursos disponíveis para minimizar esses impactos. Consequentemente, podem interpretar essas mudanças como parte inevitável da doença, enfrentando dificuldades de forma silenciosa e individual.

A literatura recente destaca que intervenções multiprofissionais, incluindo educação em saúde, aconselhamento sexual, manejo dos sintomas geniturinários e estratégias de comunicação com o parceiro, podem contribuir para melhorar a função sexual e a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama. Meta-análise recente demonstrou que intervenções conduzidas pela enfermagem apresentam efeitos positivos sobre a qualidade da vida sexual, satisfação sexual e enfrentamento das dificuldades relacionadas ao tratamento, reforçando o papel desses profissionais na abordagem integral da sexualidade (Lu; Chen; Xie, 2022).

Nesse contexto, a avaliação sistemática da função sexual torna-se uma ferramenta relevante para a identificação precoce das necessidades das mulheres. A utilização de

instrumentos como o *Female Sexual Function Index* – versão brasileira (FSFI-BC), associada à escuta clínica qualificada, permite reconhecer alterações frequentemente negligenciadas e direcionar intervenções individualizadas. Entretanto, a avaliação da sexualidade não deve restringir-se à mensuração de sintomas, mas considerar os significados atribuídos pelas mulheres às mudanças corporais, afetivas e relacionais vivenciadas após o câncer.

Assim, os achados deste estudo demonstram que os efeitos da quimioterapia e da hormonioterapia não se limitam à toxicidade orgânica, mas participam de um processo mais amplo de transformação da experiência feminina após o câncer de mama. A compreensão dessas repercussões reforça a necessidade de um modelo assistencial que articule tratamento oncológico, reabilitação sexual e suporte psicossocial, garantindo que a mulher seja acompanhada não apenas como paciente em tratamento. Os achados deste estudo evidenciaram que a sexualidade após o câncer de mama constitui uma experiência complexa, determinada pela interação entre aspectos biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais. Embora as alterações hormonais, os sintomas físicos e os efeitos adversos do tratamento tenham representado importantes fatores associados às dificuldades sexuais, as narrativas das participantes demonstraram que a vivência da sexualidade foi profundamente influenciada pela forma como cada mulher passou a perceber seu corpo, sua feminilidade e sua capacidade de estabelecer vínculos afetivos após o diagnóstico.

Nesse sentido, a redução do desejo sexual identificada nos relatos não pode ser compreendida exclusivamente como consequência fisiológica do tratamento oncológico. As participantes associaram a diminuição da libido a sentimentos de insegurança, de medo da rejeição, de vergonha do próprio corpo e dificuldade em reconhecer-se após as transformações impostas pela doença. Dessa forma, o comprometimento da sexualidade revelou-se como resultado de um processo multifatorial, no qual alterações corporais, sofrimento emocional e mudanças na identidade feminina se entrelaçam.

Essa compreensão encontra respaldo em estudos recentes que apontam a disfunção sexual como uma das necessidades de saúde mais frequentemente negligenciadas entre mulheres sobreviventes do câncer de mama. Apesar da melhora das taxas de sobrevida, muitas mulheres permanecem com dificuldades relacionadas ao desejo sexual, excitação, dor, satisfação sexual e intimidade, demonstrando que o retorno à vida após o câncer envolve desafios que ultrapassam a remissão da doença (Lu; Chen; Xie, 2022).

A sexualidade feminina, nesse contexto, deve ser compreendida como uma dimensão constitutiva da qualidade de vida e da identidade pessoal, não estando limitada ao desempenho sexual ou à atividade genital. Ela envolve aspectos relacionados à autoestima, à imagem

corporal, à afetividade, ao prazer, à comunicação e à percepção de valor pessoal. Assim, alterações na sexualidade após o câncer de mama representam não apenas uma manifestação clínica, mas uma experiência subjetiva que pode afetar a maneira como a mulher se relaciona consigo mesma e com o mundo.

Os relatos das participantes evidenciaram que o medo da rejeição pelo parceiro esteve frequentemente associado às mudanças corporais decorrentes do tratamento. Algumas mulheres demonstraram preocupação em expor o corpo modificado pela cirurgia ou pelos efeitos sistêmicos da terapia, revelando que a percepção negativa da própria imagem corporal funcionou como uma barreira para a retomada da intimidade. Esse resultado reforça que a sexualidade após o câncer de mama está diretamente relacionada ao processo de reconstrução da autoestima e aceitação corporal.

Estudos contemporâneos demonstram que a imagem corporal permanece como um dos principais mediadores entre tratamento oncológico e função sexual, influenciando diretamente o desejo, a confiança para estabelecer relações íntimas e a satisfação com a vida sexual (Durosini *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2022). Dessa forma, intervenções voltadas exclusivamente aos sintomas físicos, sem considerar os significados atribuídos pelas mulheres às alterações corporais, podem ser insuficientes para atender às reais necessidades dessa população.

No presente estudo, observou-se também que o parceiro afetivo desempenhou papel relevante no processo de adaptação às mudanças impostas pelo câncer de mama. Relações fundamentadas no diálogo, compreensão e respeito foram descritas como facilitadoras para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à sexualidade. O apoio do parceiro não esteve relacionado apenas à manutenção da atividade sexual, mas principalmente à construção de um ambiente de segurança emocional no qual a mulher pudesse expressar medos, inseguranças e limitações.

A literatura reforça que a qualidade da comunicação conjugal exerce influência significativa na adaptação sexual após o câncer de mama. Casais que conseguem estabelecer diálogo aberto sobre mudanças corporais, sentimentos e dificuldades relacionadas à intimidade apresentam maior capacidade de enfrentamento e melhor adaptação à nova realidade imposta pelo tratamento (Durosini *et al.*, 2022; Northouse *et al.*, 2010). Entretanto, a ausência de comunicação ou o receio de abordar questões relacionadas à sexualidade podem ampliar sentimentos de isolamento e afastamento emocional.

Apesar da relevância desses aspectos, os resultados deste estudo também refletem uma realidade evidenciada na literatura contemporânea: a sexualidade ainda permanece como uma dimensão pouco abordada nos serviços de oncologia. Muitas mulheres vivenciam alterações na

função sexual, na intimidade e na percepção corporal após o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, porém frequentemente não recebem orientações ou suporte profissional para lidar com essas mudanças. Além disso, a abordagem da sexualidade ainda enfrenta barreiras no cuidado oncológico, relacionadas à dificuldade de inserção dessa temática na prática assistencial e à tendência de priorização dos aspectos biomédicos do tratamento em detrimento das necessidades subjetivas e relacionais das mulheres. Estudos recentes apontam que essas lacunas contribuem para que muitas pacientes enfrentem suas dificuldades sexuais de forma silenciosa, reforçando a necessidade de uma assistência integral que contemple a saúde sexual como parte do cuidado à mulher com câncer de mama (Panobianco *et al.*, 2026).

Essa lacuna assistencial evidencia a necessidade de mudança no modelo tradicional de cuidado oncológico, historicamente centrado no diagnóstico, tratamento e controle da doença, para uma abordagem que contemple a mulher em sua integralidade. A inclusão sistemática da avaliação da sexualidade, da imagem corporal e das repercussões emocionais deve ser compreendida como parte do cuidado de sobrevivência ao câncer, e não como uma intervenção secundária.

Nesse cenário, destaca-se a atuação da enfermagem como elemento fundamental para a identificação e o manejo dessas demandas. Pela proximidade estabelecida com as mulheres durante as diferentes etapas do tratamento, o enfermeiro encontra-se em posição privilegiada para reconhecer sinais de sofrimento relacionado à sexualidade, promover educação em saúde, estimular a comunicação e realizar encaminhamentos para profissionais especializados quando necessário.

A abordagem da sexualidade pela enfermagem exige, entretanto, uma prática baseada não apenas no conhecimento técnico, mas também na sensibilidade, na empatia e na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica segura. Nesse sentido, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson oferece importante fundamentação para compreender o cuidado como uma relação humana que reconhece a subjetividade, os valores e as experiências individuais da pessoa assistida (Watson, 2007).

Sob a perspectiva do cuidado transpessoal, a relação entre profissional e paciente ultrapassa a execução de procedimentos técnicos, constituindo-se como uma conexão capaz de favorecer acolhimento, confiança e transformação. Aplicada ao contexto do câncer de mama, essa abordagem possibilita que temas frequentemente silenciados, como sexualidade, feminilidade, medo e sofrimento relacionado ao corpo, sejam reconhecidos como componentes legítimos do cuidado.

Dessa forma, a escuta qualificada assume caráter terapêutico, pois permite que a mulher expresse experiências muitas vezes invisibilizadas durante o tratamento. Ao validar sentimentos relacionados à perda corporal, à insegurança sexual e às mudanças identitárias, o profissional contribui para que a paciente desenvolva novos significados sobre sua experiência e fortaleça recursos internos para adaptação.

Assim, os resultados deste estudo reforçam que o cuidado com a mulher com câncer de mama deve incorporar uma perspectiva ampliada de saúde, na qual a sexualidade seja reconhecida como dimensão essencial da qualidade de vida. A assistência integral não deve limitar-se à sobrevivência livre da doença, mas incluir a possibilidade de reconstrução da autoestima, a manutenção dos vínculos afetivos e a recuperação do bem-estar físico, emocional e relacional.

Os relatos das participantes evidenciaram que o processo de enfrentamento do câncer de mama foi sustentado por diferentes recursos psicossociais, entre os quais se destacaram a rede de apoio familiar, o relacionamento conjugal e a espiritualidade. Esses elementos emergiram como importantes mediadores da experiência de adoecimento, contribuindo para a adaptação às mudanças impostas pela doença e pelo tratamento.

A família constituiu uma das principais fontes de suporte durante a trajetória terapêutica. As participantes relataram que a presença de companheiros, filhos, familiares e amigos representou segurança emocional, auxílio prático e fortalecimento diante das dificuldades vivenciadas. O apoio manifestou-se por meio do acompanhamento às consultas, auxílio nas atividades cotidianas, incentivo durante o tratamento e disponibilidade emocional nos momentos de maior vulnerabilidade.

Esses achados reforçam a compreensão de que o câncer de mama não constitui uma experiência vivenciada exclusivamente pela mulher, mas um processo que repercute também em seu contexto relacional. Estudos recentes demonstram que o suporte social exerce papel protetor na adaptação ao câncer, estando associado a melhores indicadores emocionais, redução de sintomas de ansiedade e depressão e maior percepção de qualidade de vida entre sobreviventes (Durosini *et al.*, 2022). A presença de uma rede de apoio favorece não apenas o enfrentamento das demandas práticas do tratamento, mas também a reconstrução da identidade e do sentimento de pertencimento após a doença.

No presente estudo, destacou-se particularmente o papel do parceiro afetivo no processo de adaptação às alterações corporais e sexuais. Os relatos demonstraram que relações baseadas no diálogo, na compreensão e no acolhimento favoreceram maior segurança emocional e facilitaram a retomada da intimidade. Nesse sentido, o parceiro não foi percebido apenas como

alguém envolvido na manutenção da relação conjugal, mas como participante ativo no processo de reconstrução da autoestima e enfrentamento das mudanças impostas pelo câncer.

Entretanto, algumas participantes também evidenciaram dificuldades relacionadas à comunicação com familiares e parceiros, especialmente no que se refere às alterações corporais e à sexualidade. Esse aspecto demonstra que a existência de uma rede de apoio não garante, necessariamente, que todas as necessidades emocionais sejam atendidas. A qualidade das relações estabelecidas, a possibilidade de diálogo aberto e a capacidade de compartilhar sentimentos são elementos fundamentais para que o suporte recebido seja efetivamente protetor.

Nesse contexto, intervenções que incluam parceiros e familiares podem contribuir para melhorar a comunicação, reduzir inseguranças e favorecer maior compreensão sobre as repercussões físicas e emocionais do tratamento. A literatura atual destaca que o envolvimento da família no cuidado oncológico deve ultrapassar o suporte instrumental, contemplando também aspectos emocionais, relacionais e educativos que auxiliem na adaptação da mulher e de seu núcleo familiar (Northouse *et al.*, 2010).

Além do suporte social, a espiritualidade emergiu como importante estratégia de enfrentamento entre as participantes deste estudo. A fé foi frequentemente mencionada como fonte de esperança, conforto emocional e fortalecimento diante das incertezas relacionadas ao diagnóstico, tratamento e futuro. Para muitas mulheres, a espiritualidade possibilitou atribuir novos significados à experiência do adoecimento, favorecendo sentimentos de aceitação, esperança e continuidade da vida.

Os achados corroboram estudos recentes que reconhecem a espiritualidade como uma dimensão relevante da qualidade de vida em pacientes oncológicos. Diferentemente da religiosidade institucionalizada, a espiritualidade envolve aspectos relacionados à busca de sentido, conexão, esperança e valores pessoais, podendo auxiliar na elaboração emocional da experiência de doença (Koenig, 2020). Nesse sentido, a espiritualidade pode funcionar como recurso interno de enfrentamento, favorecendo maior resiliência diante das perdas e transformações impostas pelo câncer.

Nas narrativas analisadas, observou-se que a espiritualidade esteve relacionada não apenas ao enfrentamento inicial do diagnóstico, mas também a um processo de reconstrução de significados após o tratamento. Algumas participantes relataram mudanças nas prioridades pessoais, maior valorização dos vínculos afetivos e percepção diferenciada sobre a própria trajetória de vida. Esses aspectos demonstram que a experiência do câncer pode produzir processos de ressignificação, nos quais a mulher reorganiza seus valores e estabelece novas formas de compreender sua existência.

Reconhecer essa dimensão no cuidado em saúde não significa direcionar ou pressupor crenças específicas, mas oferecer espaço para que cada mulher expresse suas necessidades existenciais de acordo com seus próprios valores. A assistência integral pressupõe reconhecer a espiritualidade como uma dimensão possível do cuidado, respeitando a singularidade de cada pessoa e suas estratégias individuais de enfrentamento.

A integração dos achados qualitativos e quantitativos deste estudo evidencia que a função sexual feminina após o câncer de mama é resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, emocionais, relacionais e socioculturais. Os resultados obtidos por meio do *Female Sexual Function Index* (FSFI-BC) permitiram identificar alterações nos domínios relacionados à sexualidade, enquanto as entrevistas possibilitaram compreender os significados atribuídos pelas mulheres a essas alterações.

Essa complementaridade metodológica demonstra que a avaliação da sexualidade não deve ser limitada à mensuração objetiva da função sexual. Embora instrumentos padronizados sejam fundamentais para identificar a magnitude das alterações, a compreensão da experiência feminina exige considerar aspectos subjetivos, como medo, vergonha, autoestima, imagem corporal, relacionamento conjugal e expectativas relacionadas à feminilidade.

Apesar das limitações inerentes ao uso de instrumentos estruturados, a utilização do FSFI-BC neste estudo mostrou-se pertinente por possibilitar a avaliação sistemática de diferentes domínios da função sexual feminina. Embora sua aplicação em mulheres com câncer de mama ainda apresente lacunas na literatura nacional, sua utilização contribui para ampliar o conhecimento sobre as repercussões da doença e do tratamento na sexualidade feminina.

A distinção entre participantes sexualmente ativas e inativas, bem como a investigação dos motivos relacionados à interrupção da atividade sexual, permitiu uma compreensão mais ampla da experiência sexual, considerando que a ausência de atividade sexual não necessariamente representa ausência de sofrimento ou impacto relacionado à sexualidade. Muitas mulheres podem interromper a atividade sexual em decorrência de medo, alterações corporais, sintomas físicos ou dificuldades emocionais, aspectos que não seriam plenamente captados por uma análise exclusivamente quantitativa.

Embora o FSFI-BC não tenha sido originalmente desenvolvido para gerar um escore global único em todas as situações clínicas, a estratégia analítica adotada neste estudo possibilitou uma interpretação integrada dos domínios avaliados, contribuindo para uma compreensão ampliada da função sexual das participantes. Essa abordagem deve, entretanto, ser interpretada considerando as especificidades da população estudada e as características do contexto oncológico.

Dessa forma, os resultados reforçam a importância da adoção de modelos assistenciais centrados na pessoa, nos quais o cuidado com a mulher com câncer de mama contemple o controle da doença assim como a reconstrução da autoestima, a preservação dos vínculos afetivos, o manejo das alterações sexuais e a promoção da qualidade de vida.

A partir dessa perspectiva, a enfermagem assume papel estratégico na implementação de um cuidado integral e humanizado, uma vez que atua diretamente na identificação das necessidades individuais, no estabelecimento de vínculo terapêutico e na criação de espaços seguros para discussão de temas frequentemente silenciados, como sexualidade e imagem corporal. A incorporação de práticas fundamentadas na escuta, na educação em saúde e no cuidado transpessoal possibilita uma assistência mais sensível às múltiplas dimensões da experiência feminina após o câncer de mama.

A principal contribuição deste estudo reside na integração entre a mensuração objetiva da função sexual e a compreensão subjetiva da experiência feminina, evidenciando que as alterações sexuais após o câncer de mama não podem ser interpretadas apenas como efeitos adversos do tratamento, mas como manifestações de uma complexa reorganização corporal, emocional e relacional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa alcançou seu objetivo central de compreender, de forma ampliada e integrada, os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento oncológico. Por meio da adoção de uma abordagem metodológica exploratória de métodos mistos, foi possível evidenciar que as repercussões dessa patologia e de seus tratamentos transcendem amplamente as dimensões físicas e biológicas, alcançando a subjetividade, a identidade feminina e as relações interpessoais das participantes.

Os dados quantitativos revelaram o expressivo impacto do adoecimento na vida sexual das mulheres avaliadas, evidenciado pela elevada taxa de inatividade sexual (61,8%) da amostra. A aplicação do *Female Sexual Function Index* – versão brasileira (FSFI-BC) demonstrou que o domínio “Angústia” apresentou a maior média de escore entre os diferentes perfis avaliados, indicando que o sofrimento psicossocial relacionado à sexualidade permanece presente independentemente do status de atividade sexual. Além disso, identificou-se associação entre o estadiamento da doença e as percepções de “Mudanças após o câncer”, reforçando que a maior complexidade clínica da doença repercute negativamente na percepção da qualidade da saúde sexual.

No âmbito da saúde reprodutiva, os achados evidenciaram que o câncer de mama também produz impactos relacionados à trajetória reprodutiva das mulheres. A paridade mostrou-se um aspecto relevante na compreensão dessa experiência, uma vez que a história de maternidade e os papéis associados ao cuidado dos filhos influenciaram a forma como as participantes significaram o adoecimento, o tratamento e as perspectivas futuras. Para algumas mulheres, especialmente aquelas sem filhos ou com projetos reprodutivos interrompidos pelo diagnóstico, o câncer representou uma ruptura nos planos de vida, configurando sentimentos relacionados à perda, à incerteza e à necessidade de ressignificação da maternidade e da identidade feminina.

De maneira complementar, a análise qualitativa evidenciou a ruptura biográfica provocada pelo diagnóstico do câncer de mama. As narrativas revelaram o doloroso processo de transformação da autoimagem e o sentimento de perda da feminilidade decorrente das intervenções terapêuticas, especialmente a cirurgia mamária e os efeitos sistêmicos da quimioterapia, como a alopecia. Essas mudanças constituíram barreiras importantes para a preservação da intimidade sexual e para a continuidade dos projetos reprodutivos, sendo frequentemente vivenciadas como um processo de luto antecipado. Em contrapartida, a pesquisa também revelou a presença de recursos de enfrentamento, como o suporte familiar e

a espiritualidade, que atuaram como importantes pilares de resiliência e adaptação durante a trajetória terapêutica.

Os resultados demonstraram, ainda, que a experiência da sexualidade após o câncer de mama não pode ser explicada exclusivamente pelas alterações orgânicas decorrentes da doença e do tratamento. Aspectos psicológicos, como medo da recorrência, ansiedade, insegurança e sofrimento emocional, associados às mudanças na imagem corporal e à percepção de perda da feminilidade, exerceram papel central na redução do desejo e da excitação sexual. As participantes relataram sentimentos de vergonha do próprio corpo, diminuição da autoestima e dificuldades na retomada da intimidade, evidenciando que a sexualidade é profundamente influenciada pela forma como o corpo é percebido e ressignificado após o tratamento.

No âmbito relacional, observou-se que a dinâmica conjugal também sofre impactos importantes, podendo resultar tanto no fortalecimento dos vínculos quanto em distanciamento afetivo. Embora a presença do parceiro tenha sido frequentemente descrita como fonte de apoio emocional, sua existência isolada não foi suficiente para impedir as repercussões do câncer de mama sobre a sexualidade. A qualidade da comunicação, o acolhimento e a compreensão diante das mudanças vivenciadas mostraram-se fatores determinantes para a forma como as mulheres enfrentaram as alterações na vida sexual e afetiva.

Além disso, a rede de apoio familiar, o suporte oferecido pelos profissionais de saúde e a espiritualidade emergiram como importantes estratégias de enfrentamento, contribuindo para o fortalecimento emocional e para a ressignificação da experiência do adoecimento. Esses elementos favoreceram a adaptação às mudanças impostas pelo tratamento e auxiliaram as participantes na construção de novos significados para a vida após o câncer.

Dessa forma, os achados deste estudo permitem compreender que o impacto do câncer de mama sobre a saúde sexual e reprodutiva não se restringe aos domínios biológicos da função sexual, mas envolve uma interação dinâmica entre corpo, subjetividade, relações afetivas e contexto sociocultural. Tal compreensão reforça a necessidade de uma abordagem integral e multiprofissional, que reconheça a sexualidade e a saúde reprodutiva como dimensões fundamentais do cuidado e da qualidade de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Assim, responder à questão central desta pesquisa implica reconhecer que o câncer de mama repercute na sexualidade feminina de maneira ampla e heterogênea, sendo influenciado pela trajetória de vida, características clínicas da doença, tratamentos realizados, rede de apoio disponível e recursos individuais de enfrentamento. Portanto, a assistência em saúde deve ultrapassar o controle da doença, incorporando o cuidado com a sexualidade e a saúde reprodutiva como componentes essenciais do cuidado oncológico humanizado.

À luz do referencial teórico adotado, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007), os achados deste estudo evidenciam uma importante lacuna na assistência integral: o frequente silenciamento clínico diante das demandas sexuais e reprodutivas das mulheres com câncer de mama. Observa-se que o cuidado oncológico ainda permanece fortemente orientado pela lógica biomédica e pela priorização do controle da doença, tornando necessária a ampliação de práticas que reconheçam a mulher em sua integralidade.

Nesse sentido, torna-se essencial instrumentalizar e encorajar a equipe de enfermagem para a implementação de um cuidado transpessoal autêntico, baseado em relações de confiança, escuta qualificada e comunicação empática. Essa abordagem possibilita legitimar as dores físicas, emocionais e relacionais vivenciadas pelas mulheres, favorecendo o planejamento de intervenções mais humanizadas e fundamentadas em evidências, incluindo orientações sobre manejo de sintomas geniturinários, uso de lubrificantes, aconselhamento sexual e estratégias voltadas à preservação da intimidade, do vínculo conjugal e da identidade feminina.

Assim, esta pesquisa contribui para ampliar a compreensão sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva no contexto do câncer de mama, reforçando a necessidade de um cuidado que não se limite à sobrevivência, mas que possibilite às mulheres reconstruírem sua autoestima, seus vínculos e sua qualidade de vida após a experiência do câncer.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, S. R. *et al.* Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 2, p. 1-11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231pt>.
- ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. 7. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008.
- ALQUIMIM, A. F. *et al.* Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais? **Femina**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 282-284, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-604879>. 30 jul. 2026.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ANTONELLI, N. M. *et al.* Cancer in pregnancy: a review of the literature. **Obstetrics & Gynecology Survey**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 125-134, 1996. DOI: 10.1097/00006254-199602000-00022.
- BARBA, D. *et al.* Breast cancer, screening and diagnostic tools: all you need to know. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, [S. l.], v. 157, p. 103174, 2021. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2020.103174
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, B. A. N. *et al.* Impacto emocional do diagnóstico de câncer de mama em mulheres: o papel da enfermagem no suporte psicossocial. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, [S. l.], v. 54, n. 2, p. 58-62, mar. 2026. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20260404_173126.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BARTULA, I.; SHERMAN, K. A. Development and validation of the FSFI adaptation for breast cancer patients. **Breast Cancer Research and Treatment**, [S. l.], v. 152, n. 3, p. 477-488, 2015. DOI: 10.1007/s10549-015-3499-8.
- BASSON, R. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000. DOI: 10.1080/009262300278641.
- BHUSHAN, A.; GONSALVES, A.; MENON, J. U. Current state of breast cancer diagnosis, treatment, and theranostics. **Pharmaceutics**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. 1-24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13050723>.
- BRILHANTE, A. V. M. *et al.* When breast cancer crosses real life: sexuality, conjugality, and gender issues. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 1-15, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YWcSSvqfypKqygkGHw7L34R/?format=html&lang=en>. Acesso em: 30 jul. 2026.
- BURSTEIN, H. J. *et al.* Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast

cancer 2021. **Ann Oncol.** [S. l.], v. 32, n. 10, p. 1216-1235, 2021. DOI:10.1016/j.annonc.2021.06.023

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**, v. 36, n. 5, p. 492-511, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2017.75.8995.

CARVALHO, E. D. *et al.* Breast cancer diagnosis from histopathological images using textural features and CBIR. **Artificial Intelligence in Medicine**, [S. l.], v. 105, 2020. DOI: 10.1016/j.artmed.2020.101845.

CAVALCANTE, F. P. *et al.* Breast cancer and COVID-19 pandemic in Brazil. **Journal of Surgical Oncology**, [S. l.], v. 122, n. 6, p. 1260-1261, 2020. DOI: 10.1002/jso.26143.

COSTA VIEIRA, R. A. *et al.* Genetic ancestry of 1127 Brazilian breast cancer patients and its correlation with molecular subtype and geographic region. **Clinical Breast Cancer**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 527-537, 2023. DOI: 10.1016/j.clbc.2023.04.001.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DOURADO, C. A. M. *et al.* Câncer de mama e análise dos fatores relacionados aos métodos de detecção e estadiamento da doença. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. [1-12], 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1394308>. Acesso em: 30 jul. 2026.

DUROSINI, I. *et al.* The Role of Emotion-Related Abilities in the Quality of Life of Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 19, p. 1-25, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912704>.

ESTEVA, F. J. *et al.* Immunotherapy and targeted therapy combinations in metastatic breast cancer. **The Lancet Oncology**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 175-186, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(19\)30026-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(19)30026-9/abstract). Acesso em: 30 jul. 2026.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série V, n. 4, p. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20045>.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. **Health Services Research**, [S. l.], v. 48, n. 6, p. 2134-2156, 2013. DOI: 10.1111/1475-6773.12117.

GHEBAN, B. A. *et al.* The complex path from mammary ductal hyperplasia to breast cancer: elevated malignancy risk in atypical forms. **Biomedicines**, Basel, v. 14, n. 2, p. 1-40, 2 fev. 2026. DOI: 10.3390/biomedicines14020349.

GUERRA, M. R. *et al.* Inequalities in the burden of female breast cancer in Brazil, 1990-2017. **Population Health Metrics**, [S. l.], v. 18, n. 8, 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00212-5.

GUO, W. *et al.* Genetic and Nongenetic Risk Factors for Breast Cancer Risk Estimation. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 8, n. 4, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.5804.

HIRSCHLE, T. M. R. **Mulheres mastectomizadas e seus parceiros**: representações sociais do corpo e satisfação sexual. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8537?locale=en>. Acesso em: 30 jul. 2026.

HOSSEINI, S. E. *et al.* Prevalence of sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Reproductive Medicine**, [S. l.], v. 20, p. 1-12, 2022. DOI: 10.18502/ijrm.v20i1.10403.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer de mama: versão para profissionais de saúde. In: **Gov.br**, Rio de Janeiro, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama/versao-para-profissionais-de-saude>. Acesso em: 30 jul. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>. Acesso: 30 jul. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2024**. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17002/1/Controle%20do%20c%20c3%a2nc%20er%20de%20mamano%20Brasil%20-%20dados%20e%20n%20c3%bamer%202024.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2026**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17914/1/Estima2026_completo%20%281%29.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Global cancer statistics**. Lyon: IARC, 2020.

JAFARI, S. H. *et al.* Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. **Journal of Cellular Physiology**, [S. l.], v. 233, n. 7, p. 5200-5213, 2018. DOI: 10.1002/jcp.26379.

JARDIM, B. C. *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil e regiões em 2018: aspectos metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 1-16, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT131623>.

KAMI, M. T. M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. [1-5], 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/DhLnCPmsfvdTLs68XPP64qQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2026.

KOENIG, H. G. **Handbook of religion and health**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2020.

LAMBERTINI, M. *et al.* Pregnancy After Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Clinical Oncology**, [S. l.], v. 39, n. 29, p. 3293-3305, 2021. DOI: 10.1200/JCO.21.00535.

LU, J.; CHEN, X. M.; XIE, K. H. Effectiveness of nursing interventions on the sexual quality of life of patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, [S. l.], v. 17, n. 11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277221>.

LUKASIEWICZ, S. *et al.* Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. **Cancers (Basel)**, [S. l.], v. 13, n. 17, 2021. DOI: 10.3390/cancers13174287.

MARTINS, J. O. A. *et al.* Sexualidade após mastectomia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 12, p. 67-72, 2020.

MARTINS, L. F. L. *et al.* Perfil Epidemiológico da Incidência de Câncer no Brasil e Regiões: Estimativas para o Triênio 2026-2028. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 2, p. 1-12, 2026. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5587>.

MASTRANGELLI, A. K. F.; PINTO, V. L.; ELIAS, S. The impact on body image and quality of life in breast cancer patients. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 78, n. 1, p. 1-6, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0207>.

MCDONALD, E. S. *et al.* Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. **Journal of Nuclear Medicine**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 9-16, 2016. DOI: <https://doi.org/10.2967/jnumed.115.157834>.

MENON, G.; ALKABBAN, F. M.; FERGUSON, T. Breast cancer. *In: StatPearls*. [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 25 fev. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29493913/>. Acesso em: 10 jan. 2026.

MILOSEVIC, M. *et al.* Clinical breast examination for breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis. **Breast Cancer Research and Treatment**, [S. l.], v. 168, p. 1-13, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *In: Gov.br*, Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva>. Acesso em: 30 jul. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Portaria**

Conjunta SAES/SECTICS nº 17, de 25 de novembro de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-cancer-de-mama>.

Acesso em: 30 jul. 2026.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. TNM staging system for breast cancer. *In: Cancer.gov*, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/breast/stages/tnm-staging-system>.

Acesso em: 18 jul. 2026.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer**. Version 2025. Plymouth Meeting: NCCN, 2025.

NORTHOUSE, L. L. *et al.* Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. **Journal of Clinical Oncology**, [S. l.], v. 60, n. 5, p. 317-339, 2010. DOI: 10.3322/caac.20081

OKTAY, K. *et al.* Endocrine function and oocyte retrieval after autologous transplantation of ovarian cortical strips to the forearm. **JAMA**, [S. l.], v. 286, n. 12, p. 1490-1493, 2001. DOI: 10.1001/jama.286.12.1490.

OLIVEIRA, C.; CIPRIANO, P. Gestação e câncer de mama: proposta de guia de orientações. **Fisioterapia Brasil**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 230-235, 2016. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v17i2.202>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva. *In: Paho.org*, [S. l.], 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-sexual-e-reprodutiva>. Acesso em: 1 ago. 2026.

PANOBIANCO, M. S. *et al.* Vida sexual e câncer de mama: percepções e experiências de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 28, p. 1-8, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v28.81591>.

PATERSON, C. *et al.* Management of the sexual consequences of cancer: the findings from a survey of health professionals. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 28, n. 6, p. 2677-2686, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05046-6>.

PECCATORI, F. A. *et al.* Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, supl. 6, 2013. DOI: 10.1093/annonc/mdt199.

RODRIGUES-MACHADO, N. *et al.* Sexual dysfunction in women with breast cancer: a systematic review. **Support Care Cancer**, [S. l.], v. 33, n. 4, 2025. DOI:10.1007/s00520-025-09352-6.

ROSAS, C. H. S. *et al.* Ciclo gravídico-puerperal: como utilizar os métodos de imagem na avaliação mamária. **Radiologia Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 405-412, 2020.

ROSEN, R. *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000. DOI: 10.1080/009262300278597.

ROUSSIN, M. *et al.* Factors of sexual quality of life in gynaecological cancers: a systematic literature review. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 304, p. 791-805, 2021. DOI: 10.1007/s00404-021-06056-0.

SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & quantity**, [S. l.], v. 52, n. 4, p. 1893–1907, 14 jul. 2018. DOI <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.

SILVA, C. K.; ALBUQUERQUE, G. T. G. T.; COUTINHO JR., G. A. Sexualidade e oncologia: desafios para assistência integral à mulher com câncer. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 4, p. p. 26281-26293, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n4-234.

SILVA, G. A.; MESSIAS, J. Q. M. Desafios do enfermeiro na assistência de enfermagem frente ao impacto do câncer de mama na sexualidade da mulher. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 12, p. 3118–3125, dez. 2025. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i12.23081>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). **Câncer de mama**: informações, prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia, 2026.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

SOUZA, M. P.; OLIVEIRA, L. F. A importância do apoio familiar durante o tratamento oncológico. **Jornal Brasileiro de Oncologia**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 123-130, 2023. Disponível em: <https://jbo.org.br/artigos/apoio-familiar>. Acesso em: 21 fev. 2025.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.

TARANTO, P. *et al.* Safety and efficacy of topical testosterone in breast cancer patients receiving ovarian suppression and aromatase inhibitor therapy. **Breast Cancer Res.**, [S. l.], v. 26, n. 1, 2024. DOI:10.1186/s13058-024-01886-7

THIEL, R. R. C. *et al.* Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008. DOI: 10.1590/S0100-72032008001000005.

THORNTON, M.; LEWIS-SMITH, H. “I listen to my body now”: a qualitative exploration of positive body image in breast cancer survivors. **Psychology & Health**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 249-268, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1956494>,

TIGRE, D. B. S.; RODRIGUES, K. C.; PUCCI, S. H. M. La sexualidad de las mujeres con cáncer de mama. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 11, p. 1382-1399, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7730>.

URBANETZ, A. A. **Ginecologia e obstetrícia**: Febrasgo para residentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. D. L. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 41, p. 1-21, 2025.

VEGUNTA, S. *et al.* Sexual Health after a Breast Cancer Diagnosis: Addressing a Forgotten Aspect of Survivorship. **J Clin Med.**, [S. l.], v. 11, n. 22, 2022. DOI:10.3390/jcm11226723.

WAKS, A. G.; WINER, E. P. Breast cancer treatment: a review. **JAMA**, [S. l.], v. 321, n. 3, p. 288-300, 2019. DOI: 10.1001/jama.2018.19323

WATSON, J. **Nursing**: the philosophy and science of caring. Boulder: University Press of Colorado, 2007.

WILSON, C. M. *et al* Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Women With Gynecologic Cancer: An Integrative Review of the Literature and Implications for Research. **Cancer Nursing**, [S. l.], v. 44, n. 5, p. E252-E286, 2021. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000818.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global breast cancer initiative**: framework for action. Geneva: World Health Organization, 2021.

XU, H; XU, B. Breast cancer: epidemiology, risk factors and screening. **Chinese Journal of Cancer Research**, Beijing, v. 35, n. 6, p. 565-583, 2023. DOI: 10.21147/j.issn.1000-9604.2023.06.02.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO			
1- REGISTRO HU:	DATA: / /	ID:	ID
2- DATA DE NASCIMENTO: / /			DN
3- GRAU DE ESCOLARIDADE (QUAL O CURSO DE NÍVEL MAIS ELEVADO QUE VOCÊ CURSOU): 1- ☐ ANALFABETO 2- ☐ ENSINO FUNDAMENTAL 3- ☐ ENSINO MÉDIO 4- ☐ ENSINO SUPERIOR 5- ☐ PÓS-GRADUAÇÃO			ESCOL
4- COR DA PELE REFERIDA: 1- ☐ BRANCA 2- ☐ PRETA 3- ☐ PARDA 4- ☐ AMARELA 5- ☐ INDÍGENA			ETNIA
5- OCUPAÇÃO ATUAL:			
6- RENDA FAMILIAR BRUTA: 1- ☐ 1 A 3 SALÁRIOS 2- ☐ 4 A 6 SALÁRIOS 3- ☐ + 7 SALÁRIOS 4- ☐ SEM RENDA			SITECON
7- USO DE CIGARRO: 1- ☐ SIM 2- ☐ NÃO QUANTIDADE : 1- ☐ ATÉ 10 POR DIA 2- ☐ 10 A 20 POR DIA 3- ☐ + QUE 20 POR DIA			CIGUSU CIGQUANT
8- USO DE ÁLCOOL: 1- ☐ SIM 2- ☐ NÃO QUANTIDADE : 1- ☐ 1 VEZ/MÊS 2- ☐ 1 VEZ/ SEMANA 3- ☐ 2 VEZES/ SEMANA 4- ☐ TODOS OS DIAS			ALCUSU ALCOQUANT
9 – DROGAS ILÍCITAS 1- ☐ SIM 2- ☐ NÃO QUAIS:			DROUSU
11 – TEM DOENÇA SISTÊMICA: 1- ☐ SIM 2- ☐ NÃO QUAL:			DOSISUSU
10- IDADE DA PRIMEIRA MENSTRUAÇÃO: 1- ☐ <12 ANOS 2- ☐ >12 ANOS			PRIMMENS
13 – IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL: 1- ☐ > 16 ANOS 2- ☐ 16- 20 ANOS 3- ☐ > 20 ANOS			PRIMREL
14 – TEM FILHOS: 1- ☐ SIM 2- ☐ NÃO QUANTOS:			NUMFIL
15- IDADE DA PRIMEIRA GESTAÇÃO: 1- ☐ > 16 ANOS 2- ☐ 16- 20 ANOS 3- ☐ > 20 ANOS			PRIMGEST

16- ORIENTAÇÃO SEXUAL 1- ☐ HETEROSSEXUAL 2- ☐ HOMOSSEXUAL 3- ☐ BISSEXUAL 4- TRANSSEXUAL 5- ☐ OUTRO: _____	ORISEX
17 – TIPO DE PARCERIA: 1- ☐ FIXA 2- ☐ EVENTUAL	PARCFIX
18 – SITUAÇÃO MARITÁRIA: 1- ☐ CASADA 2- ☐ SOLTEIRA 3- ☐ AMASIADA 4- ☐ VIÚVA OUTRO:	SITMAR
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	
19 – DATA DO DIAGNÓSTICO: / /	DTPRIMDI
20- TRATAMENTO: 1- ☐ LOCAL (CIRURGIA E RADIOTERAPIA) 2- ☐ SISTÊMICO (QUIMIOTERAPIA, HORMONIOTERAPIA E TERAPIA BIOLÓGICA) QUAL:	TRATAM
21 – TEMPO DE TRATAMENTO:	TEMP
QUESTIONÁRIO SEMI ESTRUTURADO	
22- ME CONTE UM POUCO DE SUA VIDA E COMO VOCÊ CHEGOU ATÉ AQUI	
23- COMO VOCÊ SE SENTIU QUANDO FOI DIAGNOSTICADA COM CÂNCER DE MAMA?	
24- VOCÊ CONSIDERA QUE O CÂNCER DE MAMA IMPACTOU SUA VIDA SEXUAL, COMO?	
25- SUA ATIVIDADE SEXUAL SOFREU ALGUMA MUDANÇA, QUAIS?	
26- FALE UM POUCO SOBRE SEU PLANEJAMENTO FAMILIAR (NÚMERO DE FILHOS, MÉTODOS CONTRACEPTIVOS) E COMO VOCÊ ACREDITA QUE O CÂNCER DE MAMA PODE IMPACTÁ-LO.	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **Impacto do câncer de mama na saúde sexual e reprodutiva**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é **obter um maior aprofundamento no assunto e compreender quais as implicações do impacto do câncer de mama na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a fim de apresentar uma importante estratégia para intervenções quanto ao impacto físico, psicossocial e econômico na vida das mulheres que estão em processo de diagnóstico ou tratamento de câncer de mama**. Nesta pesquisa, pretendemos **avaliar o impacto na saúde sexual e reprodutiva em mulheres com diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você, **em um primeiro momento você responderá a escala Female Sexual Function Index Adaptation for Breast Cancer Patients (FSFI-BC) e em um segundo momento será realizada uma entrevista para conversarmos livremente**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **mínimos, no entanto, por se tratar de uma pesquisa com pessoas em sua grande maioria fragilizadas emocionalmente, elas podem se sentir constrangidas e angustiadas durante a entrevista ao falar sobre o câncer de mama**.

Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **as entrevistas serão realizadas de forma individual e em um ambiente privativo cedido pelo hospital. Além disso, caso a participante se sinta constrangida e não queira falar sobre alguns acontecimentos, poderá encerrar sua participação imediatamente**. A pesquisa pode ajudar as mulheres, pois **poderão utilizar desse momento para distrair dos problemas e espalhar dessa patologia profundamente complexa, sendo um momento extremamente importante e benéfico para o indivíduo**. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do pesquisador

Assinatura da participante

Nome do Pesquisador Responsável: Camila Cristina de Souza Moura Mancini
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem-UFJF
CEP: 36036-900
Fone: (32) 98889-6806
E-mail: camilacristina--@hotmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____
Rubrica do pesquisador: _____

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:** CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@uff.br

APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto do câncer de mama na saúde sexual e reprodutiva

Pesquisador: CAMILA CRISTINA DE SOUZA MOURA MANCINI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88440825.9.0000.5147

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.727.312

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo „Informações Básicas do Projeto„

„Resumo:

Introdução: O câncer de mama é uma doença multifatorial caracterizada pela multiplicação desordenada de células mamárias, com potencial de formação de tumores malignos e metástases. Atualmente, é o tipo de câncer mais diagnosticado no mundo, segundo dados da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), superando o câncer de pulmão. No Brasil, estima-se a ocorrência de mais de 73 mil novos casos entre 2023 e 2025, com maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste. Os tratamentos, que envolvem abordagens locais e sistêmicas, provocam impactos significativos na vida das mulheres, afetando diretamente sua saúde sexual e reprodutiva. A sexualidade e a fertilidade, aspectos fundamentais do bem-estar feminino, podem ser severamente comprometidas, sobretudo entre mulheres jovens em idade fértil. Nesse contexto, é essencial compreender de forma aprofundada as implicações psicossociais e fisiológicas decorrentes do câncer de mama, com vistas a promover intervenções integradas e humanizadas. **Objetivo:** Avaliar o impacto na saúde sexual e reprodutiva em mulheres com diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, do tipo sequencial exploratória, a qual ocorre em dois momentos interativos distintos: coleta e análise de dados quantitativos, seguida pela

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

APÊNDICE D – ADAPTAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA PARA PACIENTES DE CÂNCER DE MAMA (FSFI-BC)

Adaptação do Índice de Função Sexual Feminina para Pacientes de Câncer de Mama (FSFI-BC)

Muitas mulheres sentem mudanças na funcionalidade sexual após diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Comparado à minha funcionalidade sexual antes do diagnóstico e tratamento da condição:

	Diminuiu muito	Diminuiu um pouco	Permaneceu o mesmo	Aumentou um pouco	Aumentou muito
C1 Meu desejo sexual	1	2	3	4	5
C2 Minha excitação	1	2	3	4	5
C3 Minha habilidade de lubrificação	1	2	3	4	5
C4 Minha habilidade de atingir orgasmo	1	2	3	4	5
C6 A satisfação com minha vida sexual	1	2	3	4	5

As questões a seguir indagam sobre suas sensações e reações sexuais das últimas 4 semanas. Ao responder essas questões, aplicam-se as seguintes definições:

ATIVIDADE SEXUAL pode incluir carícias, preliminares, masturbação e relação sexual;

RELAÇÃO SEXUAL é definida como penetração (inserção) peniana na vagina;

ESTÍMULO SEXUAL inclui situações como preliminares com um parceiro, auto-estímulo (masturbação), ou fantasias sexuais.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva à iniciativa sexual do parceiro e pensar ou fantasiar sobre sexo.

C12 Nas últimas 4 semanas, o quanto você sentiu desejo ou interesse sexual?

Quase sempre ou sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
------------------------	--	--	---	----------------------

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

C13 Nas últimas 4 semanas, como você avaliaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
------------	------	----------	-------	-----------------------

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

C14 Nas últimas 4 semanas, você manteve atividade sexual de qualquer tipo com um parceiro e/ou consigo mesma (masturbação)?

Nenhuma atividade sexual de qualquer tipo com parceiro → → FAVOR completar SN1-15 ou consigo mesma (masturbação)

Atividade sexual apenas consigo mesma completar SA1-15

→→ *Favor*

Atividade sexual tanto com parceiro quanto consigo mesma completar SA1-15

→→ *Favor*

Apenas mulheres sexualmente inativas

Agora pense em qualquer ocasião das últimas 4 semanas quando houve a possibilidade de atividade sexual mas você não manteve nenhuma.

Destas últimas 4 semanas, eu não mantive atividade ou relação sexual porque:

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
SN1 Eu raramente senti excitação ('tensão')	5	4	3	2	1
SN2 Eu me sinto pouco excitada ('com tensão')	5	4	3	2	1
SN3 Eu não sinto confiança de que posso ficar sexualmente excitada	5	4	3	2	1
SN4 Eu não estava satisfeita com meu nível de excitação sexual	5	4	3	2	1
SN5 Eu raramente fico lubrificada ('molhada')	5	4	3	2	1
SN6 Eu acho difícil ficar lubrificada ('molhada')	5	4	3	2	1
SN7 Eu não fico lubrificada ('molhada') até o fim da atividade ou relação sexual	5	4	3	2	1
SN8 Foi difícil ficar lubrificada ('molhada') até o fim da atividade ou relação sexual	5	4	3	2	1

SN9 Eu raramente atinjo orgasmo	5	4	3	2	1
SN10 Eu acho difícil atingir orgasmo	5	4	3	2	1
SN11 Não fiquei satisfeita com minha habilidade de atingir orgasmo	5	4	3	2	1
SN12 Sinto dor ou desconforto <u>durante</u> a relação sexual	5	4	3	2	1
SN13 Sinto dor ou desconforto <u>após</u> a relação sexual	5	4	3	2	1
SN14 Sinto dor intensa e severa ou desconforto durante ou após a relação sexual	5	4	3	2	1
SN15 Eu não estava satisfeita com o nível de envolvimento emocional durante atividade sexual entre mim e meu parceiro.	5	4	3	2	1

→→ *Favor saltar as perguntas SA1-15 e continuar em G15*

Apenas mulheres sexualmente ativas

Excitação sexual é um sentimento que inclui tanto aspectos físicos quanto mentais da predisposição sexual. Podem incluir sensações de aquecimento e formigamento nas genitálias, lubrificação (molhar), ou contrações musculares.

SA1 Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu sexualmente excitada ('com tensão') durante atividade ou relação sexual?

Quase sempre ou sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
------------------------	--	--	---	----------------------

5	4	3	2	1
SA2 Nas últimas quatro semanas, como você classificaria seu <u>grau</u> de excitação durante a relação sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou inexistente
5	4	3	2	1

SA3 Nas últimas quatro semanas, o quão segura você esteve sobre ficar sexualmente excitada durante a relação sexual?

Multíssimo segura	Muito segura	Razoavelmente segura	Pouco segura	Insegura
5	4	3	2	1

SA4 Nas últimas quatro semanas, com que frequência você se sentiu satisfeita com sua excitação durante a relação sexual?

Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (50% das vezes)	Às vezes	Algumas vezes	Quase nunca ou nunca
5	4	3	2	1

SA5 Nas últimas quatro semanas, com que frequência você ficou lubrificada durante a relação sexual?

Sempre ou quase sempre	Nem sempre, mas lubrificantes artificiais foram úteis durante a relação sexual	Na maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
6	5	4	3	2	1

SA6 Nas últimas quatro semanas, o quão difícil foi ficar lubrificada durante a relação sexual?

Extremamente difícil, lubrificantes artificiais impossíveis	Muito difícil	Razoavelmente difícil, mas Foram úteis durante a	Fácil	Difícil ou difícil	difícil lubrificantes
1	2	3	4	5	6
relação sexual					

SA7 Nas últimas quatro semanas, com que frequência você conseguiu manter sua lubrificação até o final da relação sexual?

Sempre sempre Nem sempre, mas às vezes Na maioria das vezes Poucas vezes Quase nunca ou quase nunca
 sempre artificiais foram úteis durante a relação lubrificantes maioria vezes vezes ou nunca
 6 5 4 3 2 1

SA8 Nas últimas 4 semanas, o quão difícil foi para você se manter lubrificada ("molhada") até o fim da atividade ou relação sexual?

Extremamente Muito difícil Difícil Levemente Difícil, mas lubrificantes artificiais Sem
 difícil ou impossível 2 3 4 ajudaram na minha atividade ou dificuldades
 impossível 1 2 3 4 relação sexual 5 6
SA9 Nas últimas 4 semanas, quando você realizou estímulos ou relações sexuais, quantas vezes você chegou ao orgasmo?

Quase sempre ou Muitas vezes Algumas vezes Poucas vezes Quase nunca ou
 sempre (mais da metade (cerca de metade (menos da metade nunca
 do tempo) do tempo) do tempo)

5 4 3 2 1
SA10 Nas últimas 4 semanas, quando você realizou estímulos ou relações sexuais, o quão difícil foi para você chegar ao orgasmo (clímax)?

Extremamente Muito difícil Difícil Levemente Sem dificuldades difícil ou
 impossível impossível

1 2 3 4 5
SA11 Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita você esteve com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante atividade ou relação sexual?

Muito satisfeita Moderadamente Igualmente satisfeita Moderadamente Muito insatisfeita
 e insatisfeita insatisfeita e insatisfeita e insatisfeita

5 4 3 2 1
SA12 Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você sentiu desconforto ou dor durante penetração vaginal?

Quase sempre Muitas vezes Algumas vezes Poucas vezes Quase nunca ou
 sempre (mais da metade (cerca de (menos da nunca do tempo) metade do
 metade do tempo) tempo)

1 2 3 4 5
SA13 Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você sentiu desconforto ou dor após penetração vaginal?

Quase sempre Muitas vezes Algumas vezes Poucas vezes Quase nunca ou
 sempre (mais da metade (cerca de (menos da nunca do tempo) metade do
 metade do tempo) tempo)

SA14 Nas últimas 4 semanas, como você avalia o nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após penetração vaginal?

Muito alto Alto Moderado Baixo

4 3 2 1

SA15 Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita você esteve com a quantia de envolvimento emocional durante atividade sexual entre você e seu parceiro?

Muito satisfeita Moderadamente satisfeita Igualmente satisfeita e insatisfeita Moderadamente insatisfeita Muito insatisfeita

5 4 3 2 1

→ Favor seguir até C15 (abaixo)

Perguntas base – para todas as mulheres

C15 Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita você esteve com a sua relação sexual com seu parceiro?

Muito satisfeita Moderadamente satisfeita Igualmente satisfeita e insatisfeita Moderadamente insatisfeita Muito insatisfeita Sem parceiro

5 4 3 2 1 (Em branco)

C16 Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita você esteve com sua vida sexual num geral?

Muito satisfeita Moderadamente satisfeita Igualmente satisfeita e insatisfeita Moderadamente insatisfeita Muito insatisfeita

5 4 3 2 1

C17 Nas últimas 4 semanas, o quanto suas necessidades sexuais foram satisfeitas?

Nada Um pouco Moderadamente Muito Totalmente

1 2 3 4 5

C18 Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua vida sexual?

Muito carente Carente Nem carente nem boa Boa Muito boa

1 2 3 4 5

Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu angustiado, incomodado ou frustrado sobre...

Quase sempre ou sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo) Algumas vezes (cerca de metade do tempo) Poucas vezes (menos da metade do tempo) Quase nunca ou nunca

C19 Seu apetite sexual	1	2	3	4	5
C20 Sua excitação sexual	1	2	3	4	5
C21 Sua habilidade em ter orgasmo	1	2	3	4	5

C22 Sua habilidade em se lubrificar ('ficar molhada')	1	2	3	4	5
C23 Seu nível de dor durante atividade sexual	1	2	3	4	5
C24 Sua vida sexual	1	2	3	4	5

Questões suplementares sobre o parceiro

Nas últimas 4 semanas, minha funcionalidade sexual foi influenciada por:

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
C8 A disponibilidade do parceiro	1	2	3	4	5
C9 O desejo sexual do meu parceiro	1	2	3	4	5
C10 Os problemas sexuais do meu parceiro	1	2	3	4	5
C11 A reação do meu parceiro ao meu corpo após o câncer de mama ou tratamento do câncer	1	2	3	4	5

Pontuação do FSFI-BC

Sub-escalas		Itens
Base – aplicável a todas as mulheres	Mudanças após o câncer	C1+C2+C3+C4+C6
	Satisfação	SN/SA15+C15+C16+C17 +C18
	Incômodo	C19+C20+C21+C22+C23+C24
Sexualmente inativa		C12+C13+SN1+SN2+SN3+SN4
	Desejo/ Razão da inatividade – Dificuldades em se excitar	
	Razão da inatividade – Dificuldade na lubrificação	SN5+SN6+SN7+SN8
	Razão da inatividade – Dificuldade no orgasmo	SN9+SN10+SN11
	Razão da inatividade – Dor	SN12+SN13+SN14
Sexualmente ativa	Desejo/Excitação	C12+C13+SA1+SA2+SA3+SA4
	Lubrificação	SA5+SA6+SA7+SA8
	Orgasmo	SA9+SA10+SA11
	Dor	SA12+SA13+SA14

Diretrizes para interpretação Clínica do FSFI-BC

Sub-escalas	Itens Individuais	Interpretação	Pontuação das sub-escalas
Mudanças após o câncer	1 ou 2 pontos	Após deterioração do câncer	<16 (item Deterioração da individual <3 x 5 câncer consider itens)
Incômodo	1 ou 2 pontos	Sentindo incômodo mais da metade das vezes	<18 (item Incômodo com individual pontuou sentindo em pe <3 x 6 itens) vezes; consider
Desejo/razão para inatividade sexual	1 ou 2 pontos	Dificuldade com desejo ou excitação estão contribuindo para inatividade sexual	<12 (item individual <2 x 4 itens) As dificuldades estão contribuindo sexual; consider

Razão da inatividade - lubrificação	1 ou 2 pontos	Dificuldades com a lubrificação estão contribuindo para inatividade sexual	<12 (itens x individuais <3 4 itens)	Dificuldades oc contribuindo pa consider acom
Razão da inatividade - orgasmo	1 ou 2 pontos	Dificuldades em alcançar orgasmo estão contribuindo para inatividade sexual	<9 (itens x individuais <3 3 itens)	Dificuldades em estiver contri sexual; consider
Razão da inatividade - dor	1 ou 2 pontos	Dor está contribuindo para inatividade sexual	<9 (itens individuais <3 3 itens) x	Dor está contribu sexua considera