



New Trends in
Qualitative
Research



VOLUME 22 | Nº 3

DOI:

<https://doi.org/10.36367/ntqr.22.3.2026.e1310>

Filomena Paulo

Maria Cândida Koch

Reginaldo Filho

Joana Alvané

Manuela Ferreira

Data de submissão: Maio, 2025
Data de avaliação: Março, 2026
Data de publicação: Agosto, 2026

SEXUALIDADE NO CANCRO DA MAMA: CONTRIBUTOS DO GRUPO FOCAL ONLINE

RESUMO

A saúde sexual é percebida como um componente essencial do bem-estar físico, emocional, mental e social, sendo particularmente significativa no contexto do cancro da mama, onde se verifica um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres. Apesar disso, a sexualidade continua a ser uma dimensão frequentemente desvalorizada nos cuidados clínicos. Para além das alterações físicas resultantes da doença e dos tratamentos, as mudanças na imagem corporal, na perceção de feminilidade e no equilíbrio relacional podem comprometer a forma como a mulher experiencia a sua intimidade e identidade sexual. Este estudo teve como objetivo compreender de que forma o diagnóstico e os tratamentos do cancro da mama interferem na vivência da sexualidade da mulher. Recorreu-se à metodologia qualitativa, através da realização de um grupo focal com seis mulheres previamente diagnosticadas com cancro da mama, com idades compreendidas entre os 47 e os 69 anos. A recolha de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas que incentivaram as participantes a partilhar as suas opiniões e experiências pessoais. Os dados foram analisados com base em técnicas de análise de conteúdo. As participantes relataram alterações marcantes na vivência da sexualidade, nomeadamente perda de desejo sexual, secura vaginal, diminuição da autoestima e dificuldades na intimidade com os parceiros. Evidenciaram ainda a ausência de apoio e informação por parte dos profissionais de saúde relativamente às alterações sexuais associadas ao tratamento oncológico, referindo sentimentos de constrangimento e silêncio em torno do tema. Embora algumas mulheres tenham conseguido encontrar estratégias de adaptação, outras continuam a enfrentar barreiras significativas que impactam o seu bem-estar emocional e relacional. Os resultados reforçam a importância de incluir no plano terapêutico da mulher com cancro da mama a dimensão da sexualidade potenciando o seu bem-estar emocional e relacional bem como a sua qualidade de vida.

Palavras-Chave

Saúde sexual; Sexualidade feminina; Qualidade de vida; Cuidados de saúde; Abordagem holística.

SEXUALITY IN BREAST CANCER: CONTRIBUTIONS OF AN ONLINE FOCUS GROUP

ABSTRACT

Sexual health is recognised as an essential component of physical, emotional, mental and social well-being, being particularly significant in the context of breast cancer, where a substantial impact on women's quality of life is observed. Despite this, sexuality remains a dimension that is frequently undervalued in clinical care. In addition to the physical changes resulting from the disease and its treatments, alterations in body image, perceptions of femininity, and relational balance may compromise the way women experience their intimacy and sexual identity. This study aimed to understand how the diagnosis and treatments of breast cancer interfere with women's lived experience of sexuality. A qualitative methodology was employed, through the conduction of a focus group with six women previously diagnosed with breast cancer, aged between 47 and 69 years. Data collection was carried out using a semi-structured interview with open-ended questions that encouraged participants to share their opinions and personal experiences. The data were analysed based on content analysis techniques. Participants reported significant changes in their sexual experience, namely loss of sexual desire, vaginal dryness, decreased self-esteem, and difficulties in intimacy with their partners. They also highlighted a lack of support and information from healthcare professionals regarding sexual changes associated with oncological treatment, reporting feelings of embarrassment and silence surrounding the topic. While some women were able to develop adaptive strategies, others continue to face significant barriers that impact their emotional and relational well-being. The results reinforce the importance of including the dimension of sexuality in the therapeutic plan for women with breast cancer, enhancing their emotional and relational well-being as well as their overall quality of life.

Keywords

Sexual health; Female sexuality; Quality of life; Healthcare; Holistic approach.

1. Introdução

A saúde sexual é entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, e não apenas como a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Para que este bem-estar seja alcançado e mantido, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e concretizados (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2006). Segundo Brotto e Smith (2014), a saúde sexual implica a integração harmoniosa de elementos somáticos, afetivos, intelectuais e sociais da experiência sexual, promovendo o desenvolvimento pessoal, relacional e, logo, o bem-estar geral.

A saúde sexual de mulheres em tratamento oncológico é um aspeto fundamental da qualidade de vida, mas ainda pouco discutido durante o acompanhamento clínico. Embora a sexualidade represente uma das dimensões centrais na experiência da mulher com cancro da mama, Ferreira et al. (2013) evidenciam que esta continua ainda frequentemente pouco explorada na produção científica em enfermagem e insuficientemente integrada nos cuidados prestados.

A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial da Saúde (OMS), 1995, p. 1405). Tratando-se assim, de um conceito multidimensional que integra a saúde física, o estado psicológico, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio envolvente.

Neste enquadramento, a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com cancro da mama revela-se vulnerável, sendo a esfera da sexualidade uma das mais afetadas. A sexualidade, enquanto dimensão fundamental da existência humana, não deve ser negligenciada no âmbito dos cuidados de saúde, uma vez que o seu comprometimento pode agravar o sofrimento psicossocial e comprometer a reabilitação global da mulher (Heidary et al., 2023).

Assim, a sexualidade e a intimidade constituem dimensões fundamentais na promoção da qualidade de vida, na medida em que favorecem o bem-estar individual e a satisfação nas relações sociais e conjugais. Contudo, durante o percurso do cancro da mama, a autopercepção da mulher e os aspetos relacionados com a sexualidade e o desejo sexual são frequentemente impactados, sofrendo interferências significativas decorrentes do diagnóstico e tratamento (Paterson et al., 2016).

Perante este contexto, o presente estudo teve como objetivo compreender de que forma o diagnóstico e os tratamentos do cancro da mama interferem na vivência da sexualidade da mulher.

2. Metodologia

Este estudo foi concretizado através de uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, com o objetivo de aprofundar a compreensão das vivências das mulheres com cancro da mama em relação à sua sexualidade.

Com base no objetivo delineado, foram formuladas as seguintes questões de investigação: De que modo o diagnóstico e os tratamentos do cancro da mama influenciam a vivência da sexualidade? Que alterações são percebidas ao nível da autoestima, da imagem corporal e da relação íntima após o percurso oncológico? Que estratégias de adaptação e ressignificação da intimidade são utilizadas pelas mulheres face às mudanças experienciadas?

Optou-se por um método qualitativo pela importância da colheita das percepções e vivências das mulheres com cancro da mama relativamente à sua sexualidade. Tendo como objetivo a valorização dos relatos na primeira pessoa, dando destaque às suas vivências, permitindo uma reflexão mais sensível sobre os desafios associados ao cancro da mama.

Para colheita dos dados, foi concretizado um grupo focal, organizado sob forma de uma entrevista semiestruturada, com a intenção de captar uma ampla diversidade de perspetivas e reunir argumentos fundamentados e abrangentes. Esta abordagem foi útil ao permitir a interação entre as mulheres, e ao estimular a recordação e memórias de eventos significativos, facilitando a verbalização de aspetos que, por vezes ficam subentendidos ou que são pouco verbalizados. Além disso, o grupo focal enriquece os discursos individuais por meio de uma reflexão conjunta, permitindo assim obter um conjunto de perspetivas diversificadas e aprofundadas (Krueger & Casey, 2015; Doody et al., 2013).

A constituição da amostra obedeceu a critérios de seleção previamente definidos. Foram incluídas mulheres com idades superiores a 18 anos, com diagnóstico confirmado de cancro da mama, que haviam realizado tratamento num intervalo temporal compreendido entre um e dez anos antes do estudo. Como critério de exclusão, considerou-se a existência de qualquer limitação cognitiva ou de comunicação que inviabilizasse a participação na discussão de grupo.

As participantes foram selecionadas através de amostragem intencional. Foram incluídas mulheres que reuniam características importantes para os objetivos do estudo. Conseguindo-se assim, uma exploração profunda das experiências individuais e testemunhos detalhados e ricos, sem a intenção de generalizar os resultados (Creswell & Poth, 2018).

Numa fase inicial, as mulheres foram contactadas telefonicamente para apresentação sucinta dos objetivos e para aferir a disponibilidade. Posteriormente, foi enviado um email individualizado com a confirmação da data e hora da sessão, bem como toda a documentação informativa: descrição detalhada dos objetivos do estudo, procedimentos de recolha e tratamento dos dados, termo de consentimento livre e informado e esclarecimentos sobre a confidencialidade. Foi explicitado que todos os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para fins científicos e eliminados de forma segura após a conclusão da investigação. Foram contactadas oito mulheres, das quais seis aceitaram participar de forma voluntária. Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e informado, após receberem informação detalhada sobre os objetivos da investigação, procedimentos e garantias de confidencialidade.

As participantes tinham idades compreendidas entre os 47 e os 69 anos, representando diferentes percursos de vida e contextos socioculturais.

Quatro mulheres residiam em meio urbano e duas em meio rural. Em relação ao nível de escolaridade, uma participante tinha o 6.º ano de escolaridade, três haviam concluído o ensino secundário e duas possuíam formação no ensino superior. No que respeita aos tratamentos oncológicos realizados, três mulheres foram submetidas a quimioterapia e três a radioterapia. Esta heterogeneidade possibilitou uma abordagem mais ampla e rica das vivências associadas à sexualidade após o cancro da mama.

A sessão decorreu em ambiente virtual, com duração aproximada de 90 minutos. Duas investigadoras asseguraram a dinamização e monitorização da discussão. Uma das investigadoras desempenhou o papel de moderadora, responsável por orientar a conversa, estimular a participação e garantir que todas as questões do guião fossem abordadas. A segunda investigadora participou como observadora não interveniente, registando notas de campo sobre aspetos relevantes da comunicação não verbal (na medida em que era possível através do vídeo) e assegurando o correto funcionamento da gravação digital. As participantes foram informadas de que a sessão seria gravada, exclusivamente para posterior transcrição e análise, e que o ficheiro áudio seria destruído no final da investigação.

Ao longo do processo, as investigadoras mantiveram uma postura reflexiva em relação ao seu papel na orientação do grupo focal e na interpretação dos dados. A sua experiência prévia na área da saúde e o contacto profissional com mulheres em contexto oncológico facilitaram a criação de um ambiente de empatia e confiança, ajudando à partilha de vivências sensíveis relacionadas com a sexualidade. Contudo, essa proximidade exigiu uma prática contínua de autorregulação e consciência crítica, de forma a minimizar a influência de pressupostos pessoais na formulação das questões, na gestão da dinâmica do grupo e na análise dos discursos. Após a realização da sessão, foram elaboradas notas reflexivas com o objetivo de registar impressões, dinâmicas observadas e possíveis interferências subjetivas, contribuindo para uma análise mais rigorosa e fundamentada.

O guião da entrevista foi elaborado de forma semiestruturada, com questões abertas e linguagem clara, permitindo explorar temas como a perceção da imagem corporal, o desejo sexual, a relação com o parceiro e as estratégias para lidar com o impacto emocional do cancro da mama. As perguntas abordaram, de forma resumida, o impacto do diagnóstico e tratamento na sexualidade, autoestima e imagem corporal, as mudanças na relação íntima e no desejo sexual, as principais dificuldades vividas, o apoio recebido pelos profissionais de saúde, o significado atribuído à sexualidade e sugestões de conselhos para outras mulheres.

As gravações foram transcritas na íntegra para manter a riqueza e autenticidade dos relatos. A análise seguiu a metodologia de Bardin (2022), organizada em três etapas. Primeiro, na pré-análise, foi feita uma leitura completa das transcrições para identificar perceções/opiniões gerais. Em seguida, na exploração do material, foram codificadas partes relevantes do discurso, seguindo critérios de clareza, relevância e consistência, o que permitiu criar as categorias. Por último, na fase de tratamento e interpretação, estas categorias foram analisadas de forma crítica, relacionando os conteúdos com os objetivos do estudo.

O processo de análise de conteúdo seguiu uma abordagem indutiva, permitindo que as categorias emergissem progressivamente a partir dos dados. Numa fase inicial as transcrições foram lidas integralmente por duas investigadoras de forma independente, sendo identificadas as unidades de registo relevantes. Estas unidades foram posteriormente codificadas, agrupadas por semelhança semântica e organizadas em categorias provisórias. Numa segunda etapa, as investigadoras reuniram-se para comparar as codificações, discutir divergências interpretativas e negociar a organização final das categorias, tendo sido alcançado o consenso.

A credibilidade dos resultados foi garantida através de diversas estratégias. A triangulação de investigadores permitiu que diferentes investigadoras analisassem e discutissem em conjunto a organização dos dados, reduzindo a influência de opiniões individuais. A saturação teórica foi atingida quando se constatou que as novas leituras não acrescentavam conteúdos significativos aos já identificados. Este critério foi importante para definir o material final a analisar e assegurar que as conclusões fossem consistentes.

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética e todas as participantes foram devidamente informadas de que a sua participação era voluntária e que podiam desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência. Ficou salvaguardado que os dados seriam usados apenas no âmbito deste trabalho e eliminados definitivamente após a sua conclusão. Com o objetivo de manter a confidencialidade e respeito pela dignidade das participantes, os testemunhos foram anonimizados através de códigos alfanuméricos.

Esta metodologia permitiu obter e analisar um conjunto alargado de relatos que mostram, de forma clara, as várias dimensões da vivência da sexualidade nas mulheres com cancro da mama.

Na secção seguinte, são apresentados os principais resultados, dando destaque aos aspetos mais relevantes e a contribuição das experiências partilhadas pelas participantes.

3. Resultados e Discussão

Os resultados obtidos são apresentados em articulação com as questões de investigação já previamente definidas, procurando, assim, evidenciar de que forma as vivências das participantes se articulam com as dimensões em análise, principalmente com o impacto do diagnóstico e dos tratamentos na sexualidade, nas alterações ao nível da autoestima e da imagem corporal, bem como as estratégias de adaptação e ressignificação da intimidade.

As principais categorias emergentes foram a sexualidade e intimidade, autoestima e imagem corporal, apoio familiar, informação e comunicação com profissionais de saúde, terapias integrativas, o apoio psicológico, resiliência e a importância da sexualidade, tal como referido na Figura 1.

Categorias	Excertos
Sexualidade e Intimidade	M2 “O desejo sexual para mim(...) foi um bocado abaixo. A libido foi mesmo abaixo e ainda está um bocado abaixo”. M5 “Desde que comecei a fazer o letrozol que se refletiu um bocadinho na minha libido”. M4 “(...) comecei a ficar mais seca, não sentia libido, muitas vezes com menos vontade (...)”. M3 “A secura vaginal prejudicou-me muito. Sempre muito seca, com muitas dificuldades (...) mesmo com lubrificante, sempre com dor”. M1 “Nada disso me dizia nada, não tinha interesse por nada disso. (...) medo de estar a ser rejeitada, que podia ser rejeitada (...). Para mim o sexo nessa altura foi tudo ao lado. Nem queria sequer pensar uma coisa dessas. O resto de mim, nesse aspeto, morreu um bocado.”
Autoestima e Imagem Corporal	M1 “A queda do cabelo, (...) foi ...impressionante para mim (...) sensação terrível para mim. Fiquei sem um peito, engordei muito (...) fiquei uma bola (...) sem cabelo. Eu usava uma peruca. Eu inchei muito. (...) foi difícil aceitar-me. Muito difícil.”. M4 “Afetou um bocadinho (...) claro que eu não tenho bico, não tenho aurela na mama, (...) altura o meu marido (...) queria que o refizesse”.
Apoio Familiar	M3 “Tenho sorte porque o meu marido é uma pessoa muito compreensível nesse aspeto”. M4 “O meu parceiro, falei com ele e ele também está do meu lado, claro, apoia-me”. M6 “O meu marido também sempre me apoiou”. M4 “Ele também compreendia ao meu lado”. M6 “Nunca tive complexos em nada com o meu marido, nem ele comigo. A nossa relação continuou igual”.
Informação e Comunicação com Profissionais de Saúde	M3 “(...) Ninguém me informou de nada. (...)”. M2 “(...) a informação é muito escassa”. M5 “Tive grande informação, ... na consulta da enfermagem, (...) com o cirurgião (...) com a radiologista”. M6 “(...) foi a enfermeira... a única pessoa que falou comigo”.
Terapias Integrativas	M2 “Eu sou muito adepta das terapias alternativas, por isso é que estou nelas há muitos anos.” “A medicina integrativa, com as várias vertentes que tem, são muito importantes.” “Eu aconselho a toda a gente que me bate à porta, porque realmente é o caminho, é a gente perceber e conhecer-se, ir lá dentro para poder fazer o caminho de uma forma salutar.” M5 “A medicina integrativa, com as várias vertentes que tem, são muito importantes, que eu aconselho a toda a gente que me bate à porta, porque realmente é o caminho, é a gente perceber e conhecer-se, ir lá dentro para poder fazer o caminho de uma forma salutar.” M6 “Mesmo que não seja da área da saúde, falem com alguém, vocês podem encaminhar para outra pessoa que faça parte, pronto, trabalhe na área da saúde ou com terapias (...)”
Apoio Psicológico	M1 “Tive apoio psicológico, porque eu deixei de ser eu”. M4 “(...) eu me senti um bocadinho mal, eu procurei um psicólogo”. M6 “Foi um choque. A única coisa que eu pensei é, como é que eu vou dizer ao meu filho?” M3 “(...) tive um momento que fui um bocado abaixo (...). (...) é uma questão de ir com calma, ir gerindo as coisas, ir aceitando. Ir para a frente de pouco a pouco”.
Resiliência	M1 “(...) eu tinha que vencer (...), mas eu tenho muita paciência. Sabe Deus como. Mas, assim, consegui, (...), ultrapassei e consegui. (...) isto agora foi um pequeno desvio. Eu estou aqui. (...) eu tenho que ultrapassar, eu tenho que fazer esse tratamento, eu tenho que aguentar os tratamentos, eu tenho que aguentar isso. (...) dentro de mim perceber o que é que está mal e perceber se eu tenho estratégias. Já tenho a prótese, continuo com a prótese, não quis fazer a reconstrução mamária”. M6 “E hoje sinto-me aqui forte. Temos que pensar positivo, pedir ajuda e também às vezes é preciso ter coragem para pedir ajuda”. M4 “A gente aceitar o que tem. O importante era eu estar viva e ter ultrapassado tudo”. M3 “(...) temos que ir tentando levar as coisas para a frente, olhar positivo e vamos conseguir, vamos conseguir ultrapassar isso. (...) aos poucos e vou arranjando coragem para seguir esta guerra para a frente e vencer, vencer”. M5 “(...) temos que arranjar estratégias e superar, e estamos para fazer o caminho. É preciso a gente enfrentar que as coisas não estão bem e perceber que a culpa não é nossa, mas se não estão bem temos que ir a arranjar estratégias, temos que ir à procura de estratégias que nos ajudem a superar as dificuldades que estamos a passar no momento e que são perfeitamente normais”.
Importância da Sexualidade	M5 “A sexualidade é uma necessidade humana básica como qualquer outra, como comer, beber e, portanto, se ela está mal, todo o nosso equilíbrio está mal também. (...) a sexualidade é um integrante do todo e, portanto, se ela estiver desajustada há um desequilíbrio e, portanto, também considero que a sexualidade é equilíbrio. (...)o primeiro passo no que diz respeito à sexualidade é efetivamente importante que a mulher assuma a sua sexualidade. e a importância que a sexualidade e a intimidade têm na vida da mulher, no bem-estar geral da mulher”. M2 “(...) faz parte do nosso equilíbrio”. M4 “(...) que faz parte do nosso dia-a-dia também, e é muito importante. É muito importante entre o casal”. M6 “A parte da sexualidade. Para mim é muito importante (...) é um tema que não é muito falado, (...) não é muito valorizado. Mas é muito importante. Para mim é muito importante e devia-se falar mais vezes nisso”. M3 “É uma coisa natural, uma coisa que faz parte da natureza do ser humano, (...)”. M1 “É uma parte da vida, faz parte da nossa vida. (...) uma base sexual boa, a vida corre muito mais leve (...). (...) sexualidade e intimidade não são coito. É muito mais do que isso. (...), há sempre formas diferentes de estarmos na intimidade”.

Figura 1. Categorias emergentes da análise de conteúdo

As categorias emergentes permitiram responder à primeira questão de investigação, evidenciando o impacto do diagnóstico e dos tratamentos na experiência subjetiva da sexualidade e da intimidade. A vivência da sexualidade e da intimidade após o diagnóstico de cancro da mama evidenciou-se por desafios significativos, assinalando alterações físicas, emocionais e relacionais profundas. A maioria das participantes referiu uma redução significativa da libido, associada tanto ao impacto psicológico do diagnóstico como aos efeitos secundários dos tratamentos oncológicos, nomeadamente quimioterapia, radioterapia e terapias hormonais.

Na categoria Sexualidade e Intimidade, um dos primeiros impactos referidos foi a queda da libido, frequentemente relacionada com os tratamentos e com a alteração da autoimagem:

M2 “O desejo sexual para mim (...) foi um bocado abaixo. A libido foi mesmo abaixo e ainda está um bocado abaixo”.

M5 “Desde que comecei a fazer o letrozol que se refletiu um bocadinho na minha libido”.

Este testemunho é corroborado por Qi et al. (2021), que destacam que a quimioterapia e a hormonoterapia induzem sintomas semelhantes aos da menopausa, resultando na diminuição do desejo e em dificuldades na excitação. Mangiardi-Veltin et al. (2023) reforça que a vivência da sexualidade é um dos aspetos mais negligenciados no percurso oncológico, apesar de ser uma componente importante do bem-estar global.

A secura vaginal foi igualmente referida como uma das principais queixas, que dificultou significativamente a intimidade sexual afetando a qualidade das relações e exigindo o uso de lubrificantes ou outras estratégias para aliviar o desconforto:

M4 “(...) comecei a ficar mais seca, não sentia libido, muitas vezes com menos vontade (...)”.

M3 “A secura vaginal prejudicou-me muito. Sempre muito seca, com muitas dificuldades (...) mesmo com lubrificante, sempre com dor”.

Alguns estudos destacam que a quimioterapia, a hormonoterapia e a radioterapia estão associadas a alterações físicas e emocionais que comprometem a resposta sexual, destacando sintomas como a diminuição do desejo sexual, dificuldades na fase de excitação, dispareunia, secura vaginal e redução da sensação de prazer (Del Pup et al., 2019; Tigre et al., 2022; Torres-Balanzá et al., 2023). A radioterapia pode provocar fibrose, dor crónica e desconforto físico, enquanto a hormonoterapia está associada a sintomas vasomotores e alterações do humor que reduzem o interesse sexual (Morgado, 2021; Castillo et al., 2022). A quimioterapia pode induzir menopausa precoce, resultando em secura vaginal e redução da frequência e da intensidade das relações sexuais (Qi et al., 2021).

As categorias emergentes permitiram responder à segunda questão de investigação, permitindo compreender o impacto das alterações e a forma como estas são percecionadas ao nível da autoestima, da imagem corporal e da relação íntima após o diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

A perda de mama, o aumento de peso e a alopecia foram momentos de grande impacto emocional, associados à visibilidade da doença e à dificuldade de reconhecimento da imagem corporal.

Algumas mulheres relataram receios de rejeição, referindo evitar o contacto íntimo devido a sentimentos de insegurança. Para muitas, estas alterações físicas representaram uma ameaça ao sentimento de feminilidade, à construção da identidade e ao desejo sexual.

M1 “A queda do cabelo (...) foi impressionante para mim (...). Fiquei sem um peito, engordei muito (...)
Fiquei uma bola (...) sem cabelo. Eu usava uma peruca”.

M4 “Afetou um bocadinho (...) na altura o meu marido (...) queria que o refizesse”.

Castillo et al. (2022) referem que a mastectomia representa uma rutura direta com a imagem feminina e erótica do corpo. Qi et al. (2021) sublinham que estas alterações comprometem negativamente o desejo e a excitação. No entanto, a cirurgia reconstrutiva mamária pode atenuar este impacto, facilitando o processo de reabilitação emocional e psicossocial.

Oliveira et al. (2023) destacam que a intimidade e a vivência sexual contribuem para o bem-estar subjetivo, sendo determinantes na satisfação conjugal e na autoestima. Qi et al. (2021), apontam que a mastectomia pode afetar profundamente a autoestima e alterar a perceção do corpo, levando à diminuição do desejo sexual. Oliveira et al. (2023) e Castillo et al. (2022) sublinham que a mastectomia, além de comprometer a imagem corporal, afeta zonas erógenas essenciais para a vivência do prazer, levando a sentimentos de “falta de atratividade” e perda de feminilidade. Qi et al. (2021) reforçam que a mastectomia pode criar uma rutura com a identidade sexual, diminuindo o desejo. Algumas participantes referiram benefícios associados à reconstrução mamária:

M4 “Quando eu acordei e vi a minha maminha toda completa, para mim foi uma alegria”.

Este testemunho confirma Morgado (2021), que sublinha que a reconstrução pode melhorar a função sexual e apoiar a recuperação emocional.

Na categoria Apoio Familiar, este foi identificado como um fator que contribuiu para a adaptação e o bem-estar emocional. As participantes relataram que a compreensão dos parceiros foi essencial para enfrentar as dificuldades e manter a intimidade:

M3 “Tenho sorte porque o meu marido é uma pessoa muito compreensível nesse aspeto”.

M4 “O meu parceiro (...) apoia-me”.

Apesar das limitações físicas e emocionais, algumas mulheres referiram que o apoio ajudou a manter alguma normalidade e proximidade, sentindo-se menos pressionadas em relação à sexualidade e mais seguras no seu processo de recuperação:

M3 “Com algum (...) carinho, com algum jeito, consegui sempre fazer a minha vida normal
sexualmente”.

M6 “O meu marido também sempre me apoiou”.

M4 "Ele também compreendia o meu lado".

M6 "Nunca tive complexos em nada com o meu marido".

Del Pup et al. (2019) evidenciam que a presença de parceiros compreensivos tem um efeito protetor sobre a saúde emocional e relacional. No entanto, outras participantes sentiram um distanciamento na relação conjugal, quer por receio de o parceiro poder causar dor, quer pela preocupação em lidar com a doença:

M5 "Há ali uma inibição até da parte do meu marido, com medo de aleijar (...)".

M6 "(...) estava muito focada também no problema de ser um cancro (...) Queria era ver-me livre deste... cancro".

Este contraste reforça a ideia de que, embora o apoio conjugal seja um recurso importante, o diagnóstico pode fragilizar vínculos íntimos, existindo risco de rutura relacional (Oliveira et al., 2023).

Na categoria Informação e Comunicação com Profissionais de Saúde, várias mulheres destacaram a ausência/escassez de informação sobre os efeitos da doença e dos tratamentos na sexualidade e intimidade, sendo um dos pontos mais alvo de críticas.

M3 "(...) Ninguém me informou de nada (...)".

M2 "(...) a informação é muito escassa".

Morgado (2021) e Castillo et al. (2022) referem que a falta de preparação dos profissionais de saúde para abordar estas questões contribui para o silêncio e o isolamento vividos pelas mulheres. Mangiardi-Veltin et al. (2023) observa que, apesar de ser uma componente essencial da qualidade de vida, a sexualidade raramente é discutida nas consultas oncológicas. Esta invisibilidade da saúde psicosssexual nos cuidados oncológicos tem sido amplamente descrita na literatura, persistindo dificuldades na integração destas questões na prática clínica, apesar do seu impacto na identidade, intimidade e ajustamento emocional das mulheres (Carr, 2015).

Contudo, algumas participantes referiram experiências positivas, valorizando a proatividade de alguns profissionais:

M5 "Tive grande informação (...) na consulta da enfermagem, (...) com o cirurgião (...) com a radiologista".

M6 "(...) foi a enfermeira (...) a única pessoa que falou comigo".

Canzona et al. (2019) destacam que os profissionais bem preparados criam condições para uma comunicação terapêutica eficaz, ajudando a mulher a enfrentar as alterações da sexualidade. Morgado (2021) acrescenta que abordar estas questões fortalece a relação de confiança e melhora a adesão ao tratamento

Os relatos, demonstram uma grande disparidade na informação recebida por parte dos profissionais de saúde sobre os impactos do cancro da mama e dos seus tratamentos na vida íntima, emocional e física.

Enquanto algumas tiveram acompanhamento adequado e receberam esclarecimentos sobre os efeitos secundários, outras sentiram uma grande falta de informação e apoio.

Também destacaram a carência de informação prestada pelos médicos, em relação às consequências dos tratamentos na sexualidade e na qualidade de vida. Referiram que tiveram de procurar informação por conta própria, muitas vezes na internet:

M3 "Foi mesmo uma falta de informação a nível dos médicos e a única informação que eu tive fui buscar à internet (...)".

M2 "A informação que eu tive foi muito pouca (...)".

Também referiram dificuldades na abertura dos profissionais para abordar estas questões:

M1 "(...) falar diretamente no assunto, não".

M3 "Nenhuma. Nunca ninguém me disse que ia ser assim (...)".

Muitas participantes destacaram que as enfermeiras desempenharam um papel crucial na comunicação sobre os impactos do cancro e dos tratamentos, sendo as únicas profissionais a oferecerem informações claras e apoio emocional.

M6 "A única informação que tive foi da parte da enfermeira (...)".

M3 "(...) também (...) a enfermeira".

O ginecologista foi mencionado como um dos poucos profissionais que abordou algumas das questões relacionadas à saúde íntima das mulheres.

M4 "(...) uma consulta com o ginecologista em que ele também me informou (...) perguntava as minhas queixas".

M2 "A informação (...) foi muito pouca, (...)".

O envolvimento de equipas multidisciplinares é recomendado (Morgado, 2021), uma vez que permite integrar diferentes perspetivas e abordagens na gestão das consequências físicas e emocionais. Algumas participantes expressaram sentir-se incompreendidas, mesmo quando procuraram apoio psicológico:

M1 "(...) ela ouvia (...) mas nunca me percebeu (...)".

Castillo et al. (2022) e Tigre et al. (2022) destacam que muitas mulheres vivem estas dificuldades de forma silenciosa, reforçando a perceção de isolamento. Canzona et al. (2019) apontam que a relutância em abordar questões da sexualidade decorre frequentemente da ausência de abertura e da falta de formação dos profissionais, dificultando a criação de um espaço seguro e empático.

A sexualidade feminina não se restringe à dimensão física, envolvendo componentes psicológicas e emocionais igualmente relevantes. Castillo et al. (2022) referem que mulheres que enfrentam disfunções sexuais apresentam frequentemente sentimentos de vergonha, baixa autoestima e uma perceção negativa da sua imagem.

Santos et al. (2021) sublinham que o processo de aceitação do novo corpo, sobretudo após uma mastectomia, é gradual e requer apoio continuado.

Torres-Balanzá et al. (2023) enfatizam a necessidade de promover o diálogo aberto e a escuta ativa para permitir o reconhecimento e a validação dos desafios vividos pelas mulheres. Nesse contexto, Reese et al. (2019) apresentam a intervenção iSHARE, baseada na teoria social cognitiva, como uma estratégia promissora para aumentar a confiança dos profissionais de saúde, reduzir barreiras comunicacionais e incentivar a abordagem da sexualidade no acompanhamento clínico.

As categorias emergentes permitiram ainda responder à terceira questão de investigação, identificando as estratégias de adaptação e ressignificação da intimidade utilizadas pelas mulheres face às mudanças experienciadas.

Na categoria terapias integrativas as participantes destacaram a sua importância, como complemento ao tratamento convencional, especialmente na gestão dos efeitos secundários e no bem-estar físico e emocional, promovendo um equilíbrio entre corpo e mente.

A crescente integração das terapias complementares nos sistemas de saúde tem sido reconhecida internacionalmente, particularmente no apoio ao bem-estar e na gestão de sintomas associados às doenças crónicas e oncológicas (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2019). As narrativas evidenciam o seu recurso, como o uso de óleos naturais, terapias psicológicas e práticas da medicina integrativa.

Relataram que as terapias complementares foram fundamentais para melhorar a sua qualidade de vida, especialmente no que diz respeito à saúde sexual e ao conforto físico.

Algumas participantes afirmaram ter procurado terapias integrativas há vários anos e recomendam-nas. As que tiveram experiências positivas com essas abordagens destacaram a importância de partilhar o conhecimento, e encorajar outras mulheres a explorarem essas opções como complemento ao tratamento médico:

M2 "Eu sou muito adepta das terapias alternativas, (...) estou nelas há muitos anos."

M5 "A medicina integrativa, com as várias vertentes que tem, é muito importante. Eu aconselho a toda a gente (...) é o caminho (...)".

Novaes et al. (2024) referem que a acupuntura tem demonstrado eficácia na redução de sintomas secundários provocados pelos inibidores da aromatase. O estudo de Crew et al. (2007), citado por Novaes et al. (2024), evidenciou melhorias significativas na qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamentos hormonais.

Na categoria Apoio Psicológico, foi evidente que o impacto da doença vai além das dimensões físicas. O luto pelo corpo perdido, o medo da morte e a desconstrução da identidade feminina emergiram como temas marcantes. Algumas mulheres relataram momentos de profunda fragilidade emocional:

M1 "A palavra cancro é um bocadinho tenebrosa. Logo aí eu fui-me abaixo completamente".

M4 "Porquê a mim? Porquê eu? Primeiro a aceitação foi (...)".

O acompanhamento psicológico foi identificado como fundamental para enfrentar este processo e reconstruir a autoestima:

M1 “Tive apoio psicológico, porque eu deixei de ser eu”.

M4 “(...) eu me senti um bocadinho mal, eu procurei um psicólogo”.

Santos et al. (2021) e Mangiardi-Veltin et al. (2023) reforçam que a doença oncológica produz alterações profundas na identidade, afetando as relações interpessoais e a sexualidade. Para algumas participantes, o apoio psicológico foi vivido como um espaço seguro para expressar medo, vergonha e angústia:

M1 “Muita gratidão por ter tido acompanhamento que veio trazer equilíbrio à nossa vida emocional, espiritual também, mental e tudo isso vai influenciar o nosso equilíbrio físico”.

Na categoria Resiliência, destacou-se a forma como as participantes enfrentaram o diagnóstico, os tratamentos e as mudanças associadas, procurando manter uma atitude positiva apesar das dificuldades:

M1 “Eu tenho que ultrapassar. Tenho que aguentar os tratamentos”.

M3 “(...) olhar positivo e vamos conseguir”.

M5 “Temos que arranjar estratégias e superar, e estamos para fazer o caminho”.

M3 “(...) arranjando coragem para seguir esta guerra para a frente e vencer”.

A resiliência traduziu-se na capacidade de aceitar mudanças, reinventar rotinas e ressignificar prioridades:

M4 “O importante era eu estar viva e ter ultrapassado tudo”.

M1 “Já tenho a prótese, (...)”.

M3 “(...) levar as coisas para a frente, olhar positivo e vamos conseguir ultrapassar (...)”.

M6 “(...) pensar positivo, pedir ajuda (...) ter coragem para pedir ajuda”.

M1 “(...) mas eu tenho muita paciência”.

M6 “E hoje sinto-me aqui forte”.

Qi et al. (2021) referem que a capacidade de adaptação é um elemento vital no processo de reabilitação, pois permite reconstruir o sentido de si e restabelecer a confiança.

Por fim, a categoria Importância da Sexualidade sublinhou que a vivência sexual não se resume ao ato sexual em si, mas inclui afeto, intimidade e autoestima:

M5 “A sexualidade é uma necessidade humana básica como qualquer outra.”

M1 “Sexualidade e intimidade não são coito. É muito mais do que isso.”

Oliveira et al. (2023) observam que a sexualidade é promotora de qualidade de vida e de coesão conjugal, sendo uma dimensão que deve ser reconhecida no acompanhamento clínico.

Para as participantes, a valorização da sexualidade foi essencial para preservar a identidade feminina e o bem-estar emocional.

4. Reflexão Metodológica

A orientação deste estudo resultou de um conjunto de decisões metodológicas alinhadas com uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, adequada à complexidade e sensibilidade do tema em análise, a sexualidade no contexto do cancro da mama. Partindo-se do pressuposto de que as experiências vividas são subjetivas e construídas nas interações, torna-se essencial privilegiar uma abordagem que valorize a escuta, o contexto e o significado atribuído pelas próprias participantes.

A opção pelo grupo focal revelou-se uma estratégia metodológica adequada para explorar as vivências da sexualidade em mulheres com cancro da mama, permitindo aceder não apenas às vivências individuais, mas também aos significados construídos coletivamente através da interação entre as participantes. Ao longo da sessão, tornou-se evidente que a interação entre participantes facilitou a validação mútua das vivências e contribuiu para o surgimento de narrativas que dificilmente emergiriam num contexto individual.

Este espaço coletivo acabou por funcionar como um lugar de reconhecimento e de construção conjunta de sentido em torno da sexualidade após o cancro da mama. De acordo com Krueger e Casey (2015), uma das principais potencialidades dos grupos focais reside precisamente na capacidade de gerar dados que emergem da dinâmica grupal, possibilitando que os participantes reflitam, validem, questionem ou aprofundem as perspetivas uns dos outros.

No presente estudo, a partilha de uma experiência comum associada ao cancro da mama favoreceu a criação de um ambiente de confiança e reconhecimento mútuo, facilitando a discussão de aspetos frequentemente associados ao silêncio, à vulnerabilidade emocional e ao constrangimento, como a sexualidade, a intimidade, a imagem corporal e a autoestima. A interação entre as participantes permitiu observar processos de construção coletiva de significados que dificilmente emergiriam com igual profundidade através de entrevistas individuais.

A realização do grupo focal em formato online constituiu não só uma oportunidade, mas também um desafio metodológico. Uma vez que, facilitou a participação das mulheres, reduzindo constrangimentos logísticos, e promovendo um ambiente percecionado como mais seguro para a partilha de conteúdos íntimos. Estudos recentes apontam que os grupos focais online constituem uma alternativa metodológica válida para a investigação qualitativa, permitindo recolher dados ricos e promover elevados níveis de participação, particularmente em populações dispersas geograficamente ou quando são abordados temas sensíveis (Bolin et al., 2023; Poliandri et al., 2023). Por outro lado, poderá ter limitado a observação de elementos não verbais, restringindo o acesso a expressões corporais subtis, gestos e interações espontâneas entre participantes, condicionando a dinâmica relacional do grupo, com possíveis implicações na profundidade interpretativa dos dados.

Adicionalmente, a gestão dos tempos de intervenção e das dinâmicas de participação exigiu maior atenção por parte da moderadora, procurando assegurar a equidade na distribuição da palavra e a inclusão de todas as participantes. Estas limitações encontram-se igualmente descritas na literatura recente sobre grupos focais online (Bolin et al., 2023; Poliandri et al., 2023). Contudo, o contexto online não deve ser entendido apenas como uma limitação técnica, mas como um elemento que reconfigura a interação e a produção do discurso, podendo assim influenciar a forma como as participantes constroem, negociam e partilham as suas narrativas. Esta mediação digital introduz especificidades na dinâmica grupal que importa considerar na interpretação e análise dos dados qualitativos.

Outro aspeto metodologicamente relevante relaciona-se com a reflexividade das investigadoras. A experiência prévia na área da saúde e o contacto com mulheres em contexto oncológico constituíram simultaneamente uma vantagem e um potencial desafio. Por um lado, facilitaram a criação de uma relação empática e de um clima de confiança. Por outro, exigiram um exercício contínuo de reflexão crítica relativamente aos pressupostos profissionais e pessoais que poderiam influenciar a condução da discussão e a interpretação dos dados.

Neste sentido, a elaboração de notas reflexivas após a sessão, a análise independente por duas investigadoras e a discussão dos processos de codificação contribuíram para aumentar a transparência, a credibilidade e o rigor interpretativo do estudo (Tracy, 2010).

Entre as limitações do estudo, destaca-se o número reduzido de participantes e o recurso à amostragem intencional, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados, uma característica inerente à investigação qualitativa, cujo objetivo principal é a compreensão aprofundada dos fenómenos e não a representatividade estatística (Creswell & Poth, 2018).

Para além disso, o formato online poderá ter condicionado a profundidade de algumas partilhas, tendo em conta a natureza particularmente sensível do tema e as limitações associadas à observação da comunicação não verbal e à dinâmica interacional mediada pela tecnologia (Bolin et al., 2023; Poliandri et al., 2023). Acresce ainda o desafio de encontrar um equilíbrio entre estimular a participação e evitar influenciar as respostas, o que exigiu uma postura cuidadosa e reflexiva ao longo da sessão, reconhecendo a influência potencial do investigador na produção e interpretação dos dados (Tracy, 2010; Braun & Clarke, 2021).

Por fim, importa salientar que o presente estudo evidencia o potencial dos grupos focais online enquanto estratégia metodológica válida para a exploração de fenómenos complexos, subjetivos e emocionalmente sensíveis. Para além dos resultados empíricos obtidos sobre a sexualidade em mulheres com cancro da mama, esta investigação demonstra que a interação grupal mediada por plataformas digitais pode constituir um contexto fértil para a partilha de experiências, construção coletiva de significados e aprofundamento da compreensão de fenómenos relacionados com a saúde e a qualidade de vida.

5. Considerações finais

O presente estudo permitiu compreender de que forma o diagnóstico e os tratamentos do cancro da mama influenciam as vivências da sexualidade, da autoestima e das relações íntimas nas mulheres. As participantes relataram alterações significativas ao nível do desejo sexual, secura vaginal, dificuldades na intimidade e o impacto na imagem corporal, evidenciando que a sexualidade continua a ser profundamente afetada durante e após o percurso oncológico. Paralelamente, emergiu a percepção de insuficiente informação e apoio por parte dos profissionais de saúde relativamente às questões da sexualidade, contribuindo para sentimentos de silêncio e constrangimento.

Relativamente às questões de investigação, os resultados permitiram concluir que o diagnóstico e os tratamentos do cancro da mama fazem-se acompanhar de um impacto significativo na vivência da sexualidade, manifestando-se através de alterações físicas, emocionais e relacionais. Verificaram-se igualmente mudanças relevantes ao nível da autoestima e da imagem corporal, frequentemente associadas a sentimentos de perda de feminilidade e insegurança na intimidade. Foram ainda identificadas diferentes estratégias de adaptação e ressignificação da sexualidade, oscilando entre processos de reconstrução positiva e a persistência de dificuldades que comprometem o bem-estar emocional e relacional.

Estes achados evidenciam a complexidade da experiência vivida e reforçam a necessidade de reconhecer a sexualidade como uma dimensão central dos cuidados à mulher com cancro da mama. As narrativas partilhadas tornam visível uma realidade frequentemente silenciada, revelando a importância de criar espaços seguros de escuta, diálogo e apoio, onde as mulheres se sintam legitimadas nas suas dúvidas, receios e necessidades. Integrar a saúde sexual nos cuidados de enfermagem em oncologia significa reconhecer a mulher na sua globalidade, promovendo uma abordagem mais sensível, humanizada e centrada na pessoa.

Importa reconhecer algumas limitações do estudo, nomeadamente o reduzido número de participantes e a utilização de amostragem intencional, fatores que limitam a transferência dos resultados para outros contextos. A realização do grupo focal em formato online poderá igualmente ter influenciado a dinâmica da partilha, facilitando a expressão de algumas experiências, mas limitando potencialmente a profundidade de outras, atendendo à natureza íntima do tema. Ainda assim, procurou-se assegurar o rigor da investigação através de uma postura reflexiva e atenta ao impacto das escolhas metodológicas na construção dos resultados.

Para além dos resultados empíricos, este estudo apresenta contributos relevantes para a investigação qualitativa em saúde. A utilização do grupo focal revelou-se uma estratégia metodológica particularmente pertinente para a exploração de temas sensíveis, permitindo que a interação entre as participantes favorecesse a validação mútua das experiências, a emergência de memórias partilhadas e a construção coletiva de significados. Esta dinâmica possibilitou aceder não apenas às experiências individuais, mas também às dimensões sociais e relacionais da sexualidade após o cancro da mama.

A realização do grupo focal em formato online evidenciou simultaneamente potencialidades e desafios metodológicos. Por um lado, facilitou a participação e a expressão de conteúdos íntimos; por outro, limitou a observação de elementos não verbais e poderá ter condicionado algumas interações grupais. Neste sentido, o estudo não apenas aprofunda a compreensão da vivência da sexualidade após o cancro da mama, mas também contribui para o desenvolvimento da investigação qualitativa, ao evidenciar o potencial e os desafios da utilização de grupos focais, particularmente em contexto digital, na produção de conhecimento em saúde.

Para além dos contributos empíricos para a compreensão das vivências da sexualidade em mulheres com cancro da mama, este estudo permitiu igualmente identificar aprendizagens metodológicas relevantes associadas à utilização de grupos focais online. A experiência desenvolvida evidenciou o potencial desta abordagem para promover a partilha de experiências íntimas, facilitar a discussão de temas sensíveis e favorecer a construção coletiva de significados entre participantes com percursos de vida semelhantes. Simultaneamente, possibilitou uma reflexão crítica sobre os desafios inerentes à condução de grupos focais em contexto virtual, bem como sobre a importância da reflexividade investigativa ao longo de todo o processo.

As aprendizagens metodológicas decorrentes deste estudo ultrapassam o contexto específico da sexualidade e do cancro da mama, reforçando a transferibilidade das opções metodológicas adotadas e o potencial dos grupos focais online para futuras investigações qualitativas em saúde centradas em fenómenos complexos, subjetivos e emocionalmente sensíveis.

Aprovação Ética: O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Ensino, Inovação e Desenvolvimento Científico da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (Parecer n.º 02/18/03/2019).

Consentimento Informado: Foi obtido consentimento informado de todas as participantes antes da sua inclusão no estudo. Todas receberam informação detalhada sobre os objetivos da investigação, os procedimentos, os potenciais benefícios e riscos, bem como sobre o carácter voluntário da participação, podendo desistir em qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Declaração de Conflitos de Interesse: Os autores declaram não existir quaisquer conflitos de interesse relacionados com a realização, redação ou publicação deste estudo. Todos os autores contribuíram de forma substancial para o desenvolvimento do manuscrito e assumem integral responsabilidade pelo seu conteúdo científico.

Utilização de Inteligência Artificial (IA): Foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial no apoio à elaboração deste artigo, nomeadamente para revisão linguística, reformulação textual e organização preliminar de informação. A utilização destas ferramentas teve carácter exclusivamente instrumental e não substituiu a análise crítica, a interpretação dos dados, as decisões metodológicas nem a responsabilidade científica dos autores, que assumem integralmente a autoria e a integridade do conteúdo apresentado.

Financiamento: Os autores agradecem o apoio da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

6. Referências

Bardin, L. (2022). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bolin, G., Kalmus, V., & Figueiras, R. (2023). Conducting online focus group interviews with two generations: Methodological experiences and reflections from the pandemic context. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 1–12. <https://doi.org/10.1177/16094069231182029>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.

Broto, L. A., & Smith, K. B. (2014). Sexual desire and pleasure. In D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus, & L. M. Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology: Vol. 1. Person-based approaches* (pp. 205–244). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14193-008>

Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B., & Ledford, C. J. W. (2019). Talking about sexual health during survivorship: Understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(6), 932–942. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00809-2>

Carr, S. V. (2015). Psychosexual health in gynecological cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(Suppl. 2), S159–S163. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.014>

Castillo, H., Mensión, E., Cebrecos, I., Anglès, S., & Castelo-Branco, C. (2022). Sexual function in breast cancer patients: A review of the literature. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 49(6), 134. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4906134>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.

Del Pup, L., Villa, P., Amar, I. D., Bottoni, C., & Scambia, G. (2019). Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(3), 630–634. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000096>

Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013). Focus group interviews in nursing research: Part analysis. *British Journal of Nursing*, 22(5), 266–269. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.266>

Ferreira, S. M. de A., Panobianco, M. S., Gozzo, T. de O., & Almeida, A. M. de. (2013). A sexualidade da mulher com câncer de mama: Análise da produção científica de enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(3), 835–842. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300033>

Heidary, Z., Ghaemi, M., Hossein Rashidi, B., Kohandel Gargari, O., & Montazeri, A. (2023). Quality of life in breast cancer patients: A systematic review of the qualitative studies. *Cancer Control*, 30, 10732748231168318. <https://doi.org/10.1177/10732748231168318>

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Sage Publications.

Mangiardi-Veltin, M., Hequet, D., Segura-Djezzar, C., Rouzier, R., & Bonneau, C. (2023). Sexuality after breast cancer: How to provide a global and contemporary approach. *Bulletin du Cancer*, 110(1), 113–128. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.10.002>

Morgado, M. B. (2021). Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: Revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 37(4), 314–328. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i4.12888>

Novaes, B. C., Pereira, T. N., Ozava, S. J. F., Calil, G. A. L. F., Groetaers, A. C. M. C., Rodrigues, L. C., & Resende, H. M. (2024). Intervenções não farmacológicas nos eventos adversos secundários à hormonioterapia em sobreviventes ao câncer de mama. *UniFOA*.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2006). *Definição de saúde sexual e direitos sexuais*. <http://www.who.int>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515436>

Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing*, 39(1), E39–E58. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>

Poliandri, D., Perazzolo, M., Pillera, G. C., & Giampietro, L. (2023). Dematerialized participation challenges: Methods and practices for online focus groups. *Frontiers in Sociology*, 8, 1145264. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1145264>

Qi, A., Li, Y., Sun, H., Jiao, H., Liu, Y., & Chen, Y. (2021). Incidence and risk factors of sexual dysfunction in young breast cancer survivors. *Annals of Palliative Medicine*, 10(4), 4428–4434. <https://doi.org/10.21037/apm-21-352>

Reese, J. B., Lepore, S. J., Daly, M. B., Handorf, E., Sorice, K. A., Porter, L. S., Tulskey, J. A., & Beach, M. C. (2019). A brief intervention to enhance breast cancer clinicians' communication about sexual health: Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *Psycho-Oncology*, 28(4), 872–879. <https://doi.org/10.1002/pon.5036>

Santos, C. M., Silva, G. F., Antunes, M. D., Santos, M. C. M., Tsuneta, P., & Coelho, K. C. (2021). Prevalência e fatores associados da disfunção sexual em mulheres após mastectomia: Estudo transversal. *Archives of Health Investigation*, 10(5), 813–817. <https://doi.org/10.21270/archi.v10i5.5278>

Tigre, D. B. de S., Rodrigues, K. C., & Pucci, S. H. M. (2022). A sexualidade da mulher com câncer de mama após a mastectomia total. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(11), 1382–1399. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7730>

Torres-Balanzá, S., Fuentes-Aparicio, L., Mena-del Horno, S., Martínez-Aspas, A., & Sempere-Rubio, N. (2023). Sexual perception in Spanish female breast cancer survivors: Cross-sectional survey. *Clinical Breast Cancer*, 23(1), 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2022.10.011>

Trac27y, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Filomena Paulo

ULS Viseu Dão-Lafões, Viseu, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-2989-4402>

✉ filopaulo@live.com.pt

Maria Cândida Koch

Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto, Porto, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-5518-8771>

✉ candidamkoch@gmail.com

Reginaldo Filho

Faculdade de Tecnologia EBRAMEC, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-3590-6043>

✉ regis@ebramec.edu.br

Joana Alvané

ULS Viseu Dão-Lafões, Viseu, Portugal

 <https://orcid.org/0009-0004-8540-1889>

✉ joanaalvane12@hotmail.com

Manuela Ferreira

Escola Superior de Saúde, Universidade Politécnica de Viseu, Viseu, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

✉ mmcferreira@gmail.com