



DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13554

Ahead of Print

Luciane Machado Pizetta¹ 0000-0002-6085-4695

¹ Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE: Luciane Machado Pizetta

E-mail: lpizetta@inca.gov.br

Recebido em: 19/09/2024

Aceito em: 19/03/2025

CUIDADOS E VIVÊNCIAS DAS PACIENTES NA FASE DA SOBREVIVÊNCIA PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

CARE AND EXPERIENCES OF PATIENTS IN THE POST-TREATMENT SURVIVAL PHASE OF GYNECOLOGICAL CANCER

CUIDADOS Y EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN LA FASE DE SUPERVIVENCIA POST- TRATAMIENTO DE CÁNCER GINECOLÓGICO

RESUMO

Objetivo: conhecer as experiências das mulheres na sobrevivência do pós-tratamento do câncer ginecológico. **Método:** estudo qualitativo, desenvolvido com vinte e cinco pacientes do Instituto Nacional do Câncer, com dados coletados entre fevereiro e abril de 2022, por meio de entrevistas norteadas por roteiro semiestruturado. As falas foram analisadas pela perspectiva da análise de conteúdo. **Resultados:** após o tratamento, a saúde hormonal e reprodutiva foi seriamente comprometida, além de outros problemas correlacionados, entre esses, destacam-se as limitações físicas e psicológicas que

restringem suas atividades diárias e prejudicam a qualidade de vida. **Conclusão:** é necessário que o foco no investimento para o cuidado de suporte seja além da realização de atividades de tratamentos isoladas, e sim, uma estrutura multidisciplinar capaz de atender as reais necessidades e assim, ajudar nessa fase difícil de sobrevivência do câncer.

DESCRITORES: Neoplasias genitais; Feminino; Sobreviventes; Saúde sexual; Análise qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to understand women's experiences in surviving post-treatment gynecological cancer. **Method:** qualitative study, developed with twenty-five patients from the National Cancer Institute, with data collected between February and April 2022, through interviews guided by a semi-structured script. The speeches were analyzed from a content analysis perspective. **Results:** after treatment, hormonal and reproductive health was seriously compromised, in addition to other related problems, including physical and psychological limitations that restrict daily activities and impair quality of life. **Conclusion:** it is necessary that the focus on investment in supportive care goes beyond carrying out isolated treatment activities, but rather, a multidisciplinary structure capable of meeting the real needs and thus helping in this difficult phase of cancer survival.

DESCRIPTORS: Genital neoplasms; Female; Survivors; Sexual health; Qualitative analysis.

RESUMEN

Objetivo: comprender las experiencias de las mujeres en la supervivencia del cáncer ginecológico post-tratamiento. **Método:** estudio cualitativo, desarrollado con veinticinco pacientes del Instituto Nacional del Cáncer, con datos recolectados entre febrero y abril de 2022, mediante entrevistas guiadas por un guion semiestructurado. Las declaraciones fueron analizadas desde la perspectiva del análisis de contenido. **Resultados:** después del tratamiento, la salud hormonal y reproductiva quedó seriamente comprometida, además

de otros problemas relacionados, entre ellos limitaciones físicas y psicológicas que restringen las actividades diarias y perjudican la calidad de vida. **Conclusión:** es necesario que el enfoque de la inversión en cuidados de apoyo vaya más allá de la realización de actividades de tratamiento aisladas, sino de una estructura multidisciplinaria capaz de atender las necesidades reales y así ayudar en esta difícil fase de supervivencia del cáncer.

DESCRITORES: Neoplasias genitales; Femenino; Sobrevidentes; Salud sexual; Análisis cualitativo.

INTRODUÇÃO

Com os avanços na detecção precoce, tratamento e reabilitação contribuíram para um crescimento do número de sobreviventes de câncer ginecológico.¹ No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais incidente entre as mulheres, e para o ano de 2023 foram estimados 17.010 novos casos.²

Devido à natureza e localização da doença, após o fim do tratamento oncológico ginecológico, as mulheres podem ter inúmeras queixas no âmbito da sexualidade como, diminuição da libido, secura e encurtamento vaginal, além de impactos nos aspectos psicológico e psicossocial.³

Embora as cirurgias e os tratamentos se tornaram menos radicais, ainda assim, podem causar cicatrizes e mutilações que afetam vários nervos e vasos sanguíneos, envolvidos em importantes funções ginecológicas e do trato urinário.⁴

Diante disso, abordar questões de sobrevidência ao câncer, e intervenções para melhorar a qualidade de vida é um contínuo desafio para pesquisas e profissionais de saúde, já que as queixas são angustiantes e podem durar um longo tempo, o que pode impactar negativamente a saúde das pessoas.⁵

A saúde sexual é parte integrante da vida humana, e quando comprometida, pode causar inúmeros desconfortos sejam eles físicos, emocionais e psicológicos.⁶ Apesar da alta prevalência de queixas no âmbito da sexualidade na fase da sobrevidência pós-

tratamento, há inúmeros casos de pacientes que não recebem os cuidados clínicos básicos, e os motivos são os mais diversos, constrangimento para abordar o assunto, falta de tempo por parte dos profissionais de saúde, prioridade em tratar o tumor, e até mesmo desconhecimento de estratégicas eficazes que podem ser utilizadas.⁷

Diante desse cenário, tornar-se necessário conhecer as experiências das mulheres na fase da sobrevivência do pós-tratamento do câncer ginecológico, e assim conhecer as reais necessidades para ajudar e oferecer os cuidados de saúde que podem ser prestados.

METODOLOGIA

Trata-se de parte de uma tese de doutorado, ao qual aplicou a Fenomenologia na perspectiva de Heidegger, que busca compreender o significado de ser, considerando suas singularidades e relação com o contexto vivido.⁸ O guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi utilizado para a redação científica deste estudo.⁹

A pesquisa foi desenvolvida com mulheres sobreviventes de câncer de ginecológico que realizaram o tratamento no Instituto Nacional de Câncer (INCA) um hospital público federal referência no tratamento oncológico, situado no Rio de Janeiro, Brasil.

Os sujeitos dessa investigação foram as pacientes que realizaram o tratamento do câncer ginecológico na unidade II do INCA, perfazendo um total de vinte e cinco participantes. Para o levantamento das informações, utilizou-se entrevista semiestruturada e a seleção das pacientes ocorreu pelo método de amostragem por conveniência, visto que a ideia inicial era fazer as entrevistas *in loco*, devido a disponibilidade de acesso aos entrevistados, e por possibilitar um baixo custo operacional para a pesquisa.¹⁰

Os critérios de inclusão foram a aceitação voluntária, ser maior de 18 anos, ter terminado o tratamento para câncer ginecológico (útero, ovário, vulva, endométrio) e estar em acompanhamento na unidade II do hospital, bem como, os de exclusão foram portadores de agravos psicológicos e mentais, e estar em cuidados paliativos.

Após, optou-se pelo contato telefônico que foram consultados nos registros eletrônicos de prontuários do paciente, e 35 possíveis participantes foram selecionadas para serem contatadas. Dessas, cinco não atenderam o telefone, três não aceitaram participar do estudo e duas estavam em tratamento pela recidiva da doença.

Assim, 25 mulheres concordaram participar, e as entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade de cada participante. A técnica de entrevista ocorreu com abordagem individual, e por uma questão de comodidade e privacidade, as entrevistas foram realizadas em suas respectivas residências, através de chamadas de vídeo pelo aplicativo *Whatsapp*, e ocorridas entre os meses de fevereiro e abril de 2022, com duração entre 45 e 60 minutos.

A pesquisadora principal, doutoranda e primeira autora deste artigo, foi a responsável pela condução das entrevistas, e possuía experiência na técnica de coleta de dados, pois desenvolveu anteriormente trabalhos semelhantes no mestrado. Além disso, tinha familiaridade com o cenário de pesquisa, pois atua como servidora pública na instituição hospitalar. No entanto, não foi estabelecido relacionamento prévio entre a entrevistadora e as participantes, uma vez que os objetivos acadêmicos e profissionais são independentes.

Ao iniciar as entrevistas, os objetivos do estudo eram explicados para cada participante. Foi realizada caracterização sociodemográfica das pacientes, com a coleta de dados sobre a doença e tratamentos, seguidos pela questão norteadora “quais desafios você encontra como sobrevivente de câncer”? O questionário era composto de perguntas abertas, e as entrevistadas foram informadas de que a resposta à questão de pesquisa era livre, e a intenção era ouvir suas percepções e vivências. Dessa forma, possibilitou uma escuta atenta, e abertura para o desvelamento do “ser” quando se procura compreender as experiências das pacientes, despindo-se de qualquer opinião que a pesquisadora possa ter para infringir tal percepção.

No primeiro momento houve a etapa da análise, quando foram realizadas escutas e leituras repetidas dos relatos de vivências das mulheres. Após as entrevistas, as notas de campo permitiram um recordar e emersão das histórias relatadas, isto é, revela o modo de ser do quem que conta sobre si, permitindo um referencial teórico-filosófico-metodológico.⁸

A fim de preservar a identidade das participantes, foi realizada a identificação através de números de 1 a 25, conforme a ordem das entrevistas. Os depoimentos foram gravados em mídia eletrônica e posteriormente transcritos. Nesta pesquisa, não foram realizadas entrevistas repetidas. Porém, a cada encontro com as participantes, a pesquisadora recorria à equipe de pesquisa para ajustes que se fizessem necessários para atender aos objetivos propostos. Adotou-se como critério para o encerramento das entrevistas a saturação de dados quando as informações se tornaram repetitivas e redundantes.¹¹

Ressalta-se o seguimento dos preceitos éticos recomendados durante todo o desenvolvimento da pesquisa, sendo o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer pelo nº 5.234.121 e CAEE nº 53733421.6.0000.5274.

RESULTADOS

As 25 participantes possuíam idade entre 30 e 65 anos, 9 delas tinham terminado o tratamento há seis meses (momento da entrevista) e 18 tinham sido diagnosticadas com câncer do colo do útero. Do total da amostra, 20 tinham menos de 45 anos e declararam que após o tratamento, a saúde hormonal e reprodutiva foi seriamente comprometida, além de outros problemas correlacionados. Entre esses, destaca-se as limitações físicas do corpo que norteiam e restringem atividades do cotidiano que precisam ser realizadas.

A dor nas articulações são terríveis [...] tenho insônia e durmo mal porque não consigo relaxar, as dores nas pernas são insuportáveis. (paciente 11)

Sinto muita dor em todo o corpo, tem dias que não consigo sair da cama. (paciente 7)

Além das dores nos braços e pernas, eu tenho inchaços, e às vezes fica tão grande que é difícil se locomover. (paciente 19)

A dor principalmente nas articulações, pernas e braços causam inúmeros desconfortos e complicações como rigidez, diminuição da amplitude do movimento e alterações sensitivas, o que pode diminuir a função dos membros superiores e inferiores, e fazer que atividades cotidianas simples se tornem contínuos desafios a serem enfrentados.¹²

Além da diminuição na intensidade das atividades que antes eram realizadas naturalmente, o cansaço e fadiga são outras queixas que acompanham as mulheres, e atividades que antes proporcionavam prazer e bem-estar, tornam-se difíceis e até mesmo desestimulantes.¹³

Ainda não consigo fazer minhas atividades diárias e me sinto muito cansada, o que me impede de fazer pequenas tarefas domésticas. (paciente 12)

Após o tratamento, tem momentos que eu só quero dormir e não fazer mais nada [...] eu só me levanto porque tenho uma criança pequena que precisa dos meus cuidados. (paciente 25)

Além das limitações físicas, há ainda outros sintomas que podem perdurar no período pós-tratamento, como depressão e ansiedade.¹³

Com o fim do meu tratamento, procurei ajuda com um psicólogo e psiquiatra porque minha ansiedade era muito alta e também tinha compulsão por comida, então realmente tive que procurar ajuda médica. (paciente 22)

Usei medicina integrativa para reduzir a ansiedade, pois quando estou muito ansiosa, faço uma autossabotagem como não tomar a medicação corretamente, me alimento mal e não faço os exercícios físicos que são importantes para mim. (paciente 17)

Depois de tanto sofrimento que suportei, tive muitas cicatrizes psicológicas [...] você está sofrendo com as dores em seu corpo que também afetam a sua alma [...] eu não queria que as pessoas sentissem pena de mim, e sim um meio ou ajuda para que de fato possa diminuir tanto sofrimento. (paciente 4)

Além do meu problema de saúde, tenho uma filha que precisa de cuidados especiais, e isto me deixava mais ansiosa, porque precisava cuidar dela e de mim [...] enfim, tive que procurar assistência médica psiquiátrica para curar minha mente. (paciente 13)

Frente aos episódios das questões mentais e psicológicas, fica evidente que essas mulheres devem ser assistidas e escutadas em suas queixas e relatos, uma vez que

comprometem seriamente sua qualidade de vida. Outras sobreviventes tentam redirecionar suas dores de formas variadas, sendo este um passo necessário para o caminho da recuperação e superação, mesmo que tenham uma difícil condição com a qual precisam aprender a conviver.¹⁴

Eu sempre procurei ter um pensamento positivo, falei comigo mesmo que a doença não iria me abater e eu não perderia para essa doença. Do diagnóstico até o final do tratamento eu tinha essa atitude otimista e era essencial não perder a esperança. (paciente 14)

Acredito que o apoio familiar e médico foi essencial para que eu não tivesse pensamentos negativos, e sempre achei que tudo passaria e que no final tudo ficaria bem. Foi esse apoio e Deus que fez toda a diferença para mim. (paciente 16)

Atreladas às sequelas decorrentes do período pós-tratamento, há ainda outros sintomas que podem perdurar, como o ressecamento vaginal, falta de libido, encurtamento vaginal e outros causadores de comprometimento da saúde sexual.¹⁵

Após o tratamento, tudo piorou, comecei a sentir muita dor durante a relação sexual, tenho secura vaginal e encurtamento e nenhum desejo de fazer sexo com meu marido. (paciente 2)

Eu tenho um sério problema de estenose vaginal e isto isso afeta minha autoestima e relacionamento com meu cônjuge [...] isso me deixa triste e com muito medo de nunca mais ser a mesma mulher. (paciente 6)

Após o tratamento comecei a ter secura vaginal e estenose; e por isso, evitava relações sexuais. Tive que ter uma conversa séria com meu marido; e disse que ele poderia ter outra mulher para satisfazê-lo. (paciente 4)

As sobreviventes do câncer ginecológico, sofrem um impacto na relação que estabelecia com o próprio corpo, pois a mutilação e cicatrizes, influenciam negativamente a percepção de si e a uma sensação de estranheza do seu próprio corpo. Nesse sentido, a imagem corporal e a autoestima são um importante problema da condição da sobrevivência e frequentemente associados a uma variedade de outras preocupações emocionais e interpessoais que impactam o relacionamento pessoal e a sexualidade das sobreviventes e seus parceiros.¹⁶

Diante disso, a prestação de assistência médica e multiprofissional tornar-se essencial, pois através da avaliação minuciosa voltadas para as questões da sexualidade, podem desenvolver ações de promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.¹⁷

Recebi ajuda da unidade ambulatório da sexualidade, lá tem uma enfermeira que explica, aconselha e com isso me sinto bem melhor [...] as conversas que tive com ela, me fizeram entender que a doença pode ser melhor tratada quando recebemos assistência. (paciente 20)

No hospital oncológico, tive todo o apoio que precisava, assim como as enfermeiras, que me deram todas as instruções necessárias sobre os sintomas que poderia ter e como fazer para minimizá-los. (paciente 19)

A equipe médica foi muito comunicativa e prestativa e imediatamente após o tratamento, fiz uma consulta médica que me disse quais sintomas eu poderia ter, incluindo alguns que poderiam persistir por anos. (paciente 24)

As mulheres esperam que os profissionais de saúde iniciem a conversa sobre a sexualidade, pois este vínculo pode facilitar o diálogo sobre essas questões e auxiliar as sobreviventes à melhor compreensão do processo de cuidados.¹⁸

As profundas mudanças íntimas causam impactos que as fazem mudar sua maneira de pensar e de enxergar a si própria, fazendo que se reinventem diante das circunstâncias que lhes são impostas, para poderem assim, continuarem firmes pela luta da identidade de sua via, mesmo convivendo com a presença constante da dor.¹⁹

DISCUSSÃO

A definição de sobrevivência na trajetória clínica do câncer é altamente debatida, pois pode ser considerado um limiar entre a doença e a cura, isto é, as pacientes ainda necessitam de cuidados médicos principalmente pelas alterações físicas e emocionais que são decorrentes do percurso do tratamento vivido, e são inúmeras as necessidades a serem atendidas, sejam elas específicas ou complexas, para assim, minimizar o sofrimento.²⁰

Especificamente em relação ao suporte de acompanhamento aos cuidados de saúde, estudos evidenciam que pacientes podem apresentar necessidades moderadas ou graves de cuidados de suporte não atendidos após o tratamento, e a maioria delas tinham expressado preocupação decorrente disso, pois as consultas de acompanhamento oncológico priorizam a "sobrevivência" em detrimento de questões experenciais de viver com e além do câncer.²¹

Nesse sentido, ressalta-se a importância da comunicação médico/paciente, uma vez que as pacientes possuem diversos questionamentos relacionados à doença no pós-tratamento, especialmente porque, a maioria não estão preparadas para as inúmeras mudanças que ocorrem em suas vidas, e muitas acabam sendo surpreendidas negativamente.²²

Neste estudo as participantes buscaram obter informações sobre quais as formas de cuidados que poderiam ter na fase da sobrevivência pós-tratamento; e outro estudo corrobora, já que os profissionais de saúde podem ser um valioso auxílio para que as pacientes expressem suas preocupações e aliviem sua carga emocional.²³

Para isso, as habilidades de comunicação precisam ser implementadas, pois através dela, aumentam a empatia e provavelmente outros aspectos que podem resultar em uma estratégia para a construção de um relacionamento baseado na confiança, e diminuição das barreiras interpessoais que possam existir.¹⁸ Logo, são necessários treinamentos com abordagem proativa para os profissionais de saúde oncológicos, e assim com formação técnica adequada, melhorar o acesso das pacientes que precisam de assistência médica especializada.²⁴

O sofrimento causado pelo câncer não só coloca as pacientes diante de desafios físicos e psicológicos, também em seus relacionamentos pessoais e sociais. Em um levantamento realizado sobre a vida sexual conjugal após o câncer ginecológico, foi demonstrado que muitas pacientes tinham receio de serem abandonadas pelo parceiro(a), e preocupação por não estarem correspondendo às necessidades dos seus cônjuges, o que causava dificuldades em manter os relacionamentos e fonte de constantes conflitos entre o casal.²⁵

Um estudo com mulheres mulçumanas que foram diagnosticadas com câncer ginecológico corrobora com esses achados ao mostrar os relatos que após o tratamento, tinham dificuldades e falta de vontade para o ato sexual, e isso era devido ao medo de sentirem dor ou desconfortos, e assim, prejudicar ainda mais sua saúde.²⁶

Em contrapartida, um estudo para determinar os fatores preditivos de função e sofrimento sexual realizado com mulheres iranianas que passaram pelo câncer ginecológico, não identificou uma relação direta entre esses dois fatores, já que os resultados demonstraram que outros elementos como condição econômica desfavorável e falta de apoio, podem ter um impacto negativo ainda maior na vida das pacientes sobreviventes.²⁷

A intimidade na vida conjugal após o câncer pode ser considerada uma das experiências mais estressantes e dolorosas para o casal, de modo que, após as sessões das terapias de tratamento, pode haver um declínio acentuado na libido e no prazer sexual e possível distanciamento emocional entre eles.²⁸

Nesse sentido, a resiliência como capacidade humana de enfrentar e responder de forma positiva às situações da vida, bem como, o suporte social recebido são preditores para a qualidade da saúde; e a partir dessa compreensão ampliada, intervenções não farmacológicas como musicoterapia, terapias e grupos de apoio podem ser fontes de estratégias de cuidados que podem ser oferecidas às pacientes sobreviventes.²⁴

É importante ressaltar que neste estudo as pacientes ficaram satisfeitas com o tratamento recebido pelo hospital oncológico e os profissionais de saúde que lá trabalham; no entanto, isso não é uma realidade das unidades hospitalares públicas do país, porque com baixo orçamento para os custos da saúde e acesso precário a cuidados oncológicos, provocam a incapacidade de absorver as altas demandas da população e, consequentemente, o atendimento tardio para o diagnóstico e tratamento dos pacientes.²⁹

Por fim, ressalta-se que as percepções relacionadas à autoimagem podem causar desconfortos, pois as pacientes precisam promover a auto aceitação e aproximação da nova identidade dos seus corpos, e esse processo, é envolvido com dificuldades, e os aspectos psicológicos extremamente afetados, com frequentes queixas de sintomas de ansiedade e depressão, o que no final, nem sempre tratados de forma adequada.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, procurou compreender as experiências e os contínuos desafios que são enfrentados pelas mulheres sobreviventes na fase do pós-tratamento do câncer ginecológico.

As pacientes sobreviventes independentemente da idade, após se submeterem aos tratamentos para a doença, elevaram os riscos de disfunção sexual e sofrimento psicossexual, e experimentaram inúmeros problemas que persistem por longo período, o que impacta negativamente em diversos aspectos de suas vidas, sejam eles físicos, psicológicos e psicossociais.

Diante disso, é necessário que o foco no investimento para o cuidado de suporte seja além da realização de atividades de tratamentos isoladas, e sim, uma estrutura com visão holística e multidisciplinar de cuidados.

Como limitações do estudo, embora tenhamos tentado buscar maior diversidade no grupo amostral composto por mulheres que tiveram câncer de todo trato feminino ginecológico, os resultados representam uma pequena proporção de pacientes que sofrem com esses problemas. Dessa maneira, sugere-se a expansão de estudos para outras unidades hospitalares e outros tipos de tumores para que assim, sejam obtidas novas evidências em diferentes realidades, a fim de obter melhor compreensão a respeito do tema.

REFERÊNCIAS

1. Muhit AMM, Woon LSC, Nor NSNM, Sidi H, Kalok AHM, Kampan NC, et al. Sexual dysfunction among gynaecological cancer survivors: a descriptive cross-sectional study in Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health. [Internet]. 2022 [cited 2023 mar 05];19(23). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315545>.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2022 [acesso em 04 de junho 2024]. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>.

3. Obol CM, Lampic C, Wettergren L, Ljungman L, Eriksson LE. Experiences of a web-based psychoeducational intervention targeting sexual dysfunction and fertility distress in young adults with cancer-A self-determination theory perspective. *PLoS One*. [Internet].

2020 [cited 2023 mar 06];15. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236180>.

4. TSAI LY, TSAI JM, TSAY SL. Life experiences and disease trajectories in women coexisting with ovarian cancer. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 10];59(1). Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.11.032>.

5. Rizzuto I, Oehler MK, Lalondrelle S. Sexual and Psychosexual Consequences of Treatment for Gynaecological Cancers. *Clinical Oncology*. [Internet]. 2021, [cited 2022 apr 09];33(9). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.07.003>.

6. Appiah EO, Amertil NP, Ezekiel EOB, Lavoe H, Siedu DJ. Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study. *Women's Health*. [Internet]. 2021 [cited 2022 apr 12]; 17. Available from: <https://doi.org/10.1177/17455065211066075>.

7. Morgado MB. Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. [Internet]. 2021 [acesso em 20 de abril 2022];37. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i4.12888>.

8. Braga TBM, Farinha MG. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. *Revista da Abordagem Gestáltica*. [Internet]. 2017 [acesso em 04 de abril 2024];23(1). Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100008.

9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*.

[Internet]. 2007 [cited 2022 apr 20];19(6). Available from: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>.

10. Downe-Wamboldt B. Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*. [Internet]. 1992 [cited 2023 sep 18];13(3). Available from: <https://doi.org/10.1080/07399339209516006>.

11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. [Internet]. 2017 [acesso em 15 de outubro 2017];5(7). Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.

12. Amo-Antwi K, Agambire R, Konney, TO, Nguah SB, Dassah ET, Nartey Y, et al. Health-related quality of life among cervical cancer survivors at a tertiary hospital in Ghana. *PLoS ONE*. [Internet]. 2022; (cited 2022 jun 6);17. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268831>.

13. Yeh Y C. Symptom distress, stress, and quality of life in the first year of gynaecological cancers: A longitudinal study of women in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing*. [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 6];53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101984>.

14. Ljungman L, Köhler M, Hovén E, Stalberg K, Mattsson E, Wikman A. There should be some kind of checklist for the soul - A qualitative interview study of support needs after end of treatment for gynecologic cancer in young women. *European Journal of Oncology Nursing*. [Internet]. 2021 [cited 2022 sep 28];52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101927>.

15. Soleimani MA, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Parker A, Chan YH. Sexual distress and sexual function in a sample of Iranian women with gynecologic cancers. *European Journal of Oncology Nursing*. [Internet]. 2018 [cited 2018 sep 21];35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.05.007>.

16. Song YY, Liu H, Wang S, Jiang XL. Correlates of posttraumatic growth among spouses of newly diagnosed gynecological cancer survivors: A cross-sectional study. *European*

Journal of Oncology Nursing. [Internet]. 2021, [cited 2021 oct 09];54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102039>.

17. Mattsson E, Einhorn K, Ljungman L, Sundström-Poromaa I, Stalberg K, Wikman A. Women treated for gynaecological cancer during young adulthood - A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment. *Gynecologic Oncology*. [Internet]. 2018 [cited 2018 oct 20];149(3). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.055>.
18. Fahmer N, Faller H, Engehausen D, Hass HG, Reuss-Borst M, Duelli K, et al. Patients' challenges, competencies, and perceived support in dealing with information needs - A qualitative analysis in patients with breast and gynecological cancer. *Patient Education and Counseling*. [Internet]. 2022 [cited 2022 aug 20];105(7). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.12.006>.
19. Aquil A, el kherchi O, el Azmaoui N, Mouallif M, Guerroumi M, Benider A, et al. Predictors of mental health disorders in women with breast and gynecological cancer after radical surgery: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*. [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 05];65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102278>.
20. Knaul FM, Doubova SV, Gonzalez RMC, Durstine A, Pages GS, Casanova F, et al. Self-identity, lived experiences, and challenges of breast, cervical, and prostate cancer survivorship in Mexico: A qualitative study. *BMC Cancer*. [Internet]. 2020 [cited 2020 mar 10];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07076-w>.
21. Ashmore LA, Stewart H, Hutton D, Evans, K. Digital support for living with and beyond gynaecological cancer. *Radiography*. [Internet]. 2020 [cited 2020 may 15];26(4). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.03.014>.
22. Senger A, Venetis MK, Greene K, Catona D, Devine KA. Healthcare provider assessments of caregiver communication behaviors during gynecologic Cancer treatment

appointments. PEC Innovation. [Internet]. 2024 [cited 2024 jan 23];4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100259>.

23. Fischer OJ, Marguerie M, Brotto LA. Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study. *Sexual Medicine*. [Internet]. 2019 [cited 2019 feb 18];7(4). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.07.005>.
24. Duimering A, Walker LM, Turner J, Andrews-Lepine E, Driga A, Ayume A, et al. Quality improvement in sexual health care for oncology patients: a Canadian multidisciplinary clinic experience. *Supportive Care in Cancer*. [Internet]. 2020, [cited 2020 may 29]; 28(5). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05040-4>.
25. Mofrad S, Nasiri A, Hossein G, Rad M, Shandiz H. Spousal sexual life issues after gynecological cancer: a qualitative study. [Internet]. 2021 [cited 2021 jan 2];29. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05912-0/Published>.
26. Serçekuş AP, Partlak GN, Göral TS, Özkan S. Sexuality in Muslim Women with Gynecological Cancer. *Cancer Nursing*. [Internet]. 2020, [cited 2020 feb 10];43(1). Available from: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000667>.
27. Mohammadi Z, Maasoumi R, Vosoughi N, Eftekhar T, Soleimani M, Montazeri A. The effect of the EX-PLISSIT model-based psychosexual counseling on improving sexual function and sexual quality of life in gynecologic cancer survivors: a randomized controlled clinical trial. *Supportive Care in Cancer*. [Internet]. 2022 [cited 2022 jul 18];30(11). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07332-8>.
28. Afiyanti Y, Milanti A, Young A. Finally, I get to a climax: the experiences of sexual relationships after a psychosexual intervention for Indonesian cervical cancer survivors and the husbands. *Journal of Psychosocial Oncology*. [Internet]. 2020 [cited 2020 aug 3];38(3). Available from: <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1720052>.
29. Viani GA, Gouveia AG, Bratti VF, Pavoni JF, Sullivan R, Hopman WM, et al. Prioritising locations for radiotherapy equipment in Brazil: a cross-sectional, population-based study

and development of a LINAC shortage index. *The Lancet Oncology*. [Internet]. 2022 [cited 2022 oct 11];23(4). Available from: [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(22\)00123-1](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(22)00123-1).

30. Wilson CM, McGuire DB, Rodgers BL, Elswick RK, Menendez S, Temkin SM. Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences. *Sexuality and Disability*. [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 19];38(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4>.