

Interferências do tratamento para neoplasias no desempenho sexual de mulheres*Interferences of cancer treatments in women's sexual performance**Interferencias del tratamiento para neoplasias en el desempeño sexual de mujeres*Ricardo Souza Evangelista Sant'Ana¹, Ana Dulce Santana dos Santos², Ana Beatriz Santos Bity³, Renata Mota Matos⁴¹ Enfermeiro. Salvador, BA, Brasil. E-mail: rick_ftc@yahoo.com.br.² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Católica do Salvador e Faculdade de Tecnologia e Ciência do Curso de Enfermagem. Salvador, BA, Brasil. E-mail: anadulcesantana@yahoo.com.br.³ Enfermeira. Enfermeira assistencial do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus. Salvador, BA, Brasil. E-mail: biabity@hotmail.com.⁴ Enfermeira. Salvador, BA, Brasil. E-mail: renammatos@hotmail.com.**RESUMO**

Objetivou-se investigar o desempenho sexual de mulheres com câncer e conhecer como a imagem corporal interfere na sexualidade de mulheres durante o tratamento de neoplasias. Pesquisa qualitativa com doze mulheres em tratamento para o câncer, realizada na unidade ambulatorio de oncologia em um hospital filantrópico da cidade de Salvador-BA, em maio de 2011. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo descrita por Bardin. A partir das análises das entrevistas, emergiram duas categorias: sexualidade antes do tratamento para neoplasia e sexualidade durante o tratamento para neoplasia, e uma subcategoria: imagem corporal na vivência da sexualidade. Conclui-se que é de extrema relevância a atuação do enfermeiro, tanto na prática assistencial quanto nas orientações pertinentes às alterações do padrão sexual e da imagem corporal durante e após o tratamento do câncer, contribuindo, assim, para a qualidade de vida e estimulando os pacientes a tentar usufruir de uma vida sexual satisfatória.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Sexualidade; Terapêutica; Mulheres.**RESUMO**

The objective of this study was to investigate the sexual performance of women with cancer and understand how body image affects their sexuality during the treatment. This qualitative study was performed with twelve women undergoing cancer treatment at an oncology outpatient clinic of a philanthropic hospital in Salvador, Bahia, Brazil in May of 2011. The data were submitted to content analysis as described by Bardin. Based on the analyses of the interviews, two categories emerged: sexuality before the cancer treatment, and sexuality during the cancer treatment. A subcategory was also revealed: body image in the experience of sexuality. It is concluded that nurses play a key role in clinical practice as well as in providing guidance regarding changes in the sexual pattern and body image during and after cancer treatment, thus, contributing with a better quality of life and encouraging patients to try to enjoy a satisfactory sexual life.

Descriptors: Oncologic Nursing; Sexuality; Therapeutics; Women.**RESUMEN**

Se objetivó investigar el desempeño sexual de mujeres con cáncer y conocer el modo en que la imagen corporal interfiere en la sexualidad de mujeres durante el tratamiento de neoplasias. Investigación cualitativa con doce mujeres en tratamiento del cáncer, realizada en unidad ambulatoria de oncología de hospital filantrópico de Salvador-BA, en mayo de 2011. Datos sometidos a análisis de contenido, según Bardin. A partir del análisis de las entrevistas, emergieron dos categorías: sexualidad antes del tratamiento antineoplásico y sexualidad durante el tratamiento antineoplásico; y una subcategoría: imagen corporal en la experiencia de la sexualidad. Se concluye en que posee extrema relevancia la actuación del enfermero, tanto en la práctica asistencial como en las orientaciones pertinentes a las alteraciones del patrón sexual y la imagen corporal durante y luego del tratamiento del cáncer, contribuyendo así a la calidad de vida y estimulado al paciente a intentar llevar una vida sexual satisfactoria.

Descriptor: Enfermería Oncológica; Sexualidad; Terapéutica; Mujeres.

INTRODUÇÃO

As estimativas, para o ano de 2012, válidas também para o ano de 2013, apontam a ocorrência de 518.501 casos novos de câncer no Brasil. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino, e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino⁽¹⁾.

A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre estados e capitais do país; o que fica em evidência ao se observar a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário⁽¹⁾.

O câncer consiste em percorrer um caminho que se inicia no diagnóstico e perdura por toda a vida. O tratamento se estende para além das restrições do tempo e espaço; é um ir e vir em busca da esperança de cura. É um processo curativo que não depende da biologia ou do resultado médico, mas que reflete a qualidade de vida⁽²⁾. Atualmente, não é mais considerado um vaticínio de morte, mas, sim, uma doença crônica. Na última década, o impacto psicossocial do câncer tornou-se um aspecto central, tanto no que tange aos cuidados com a doença quanto às pesquisas sobre ela⁽³⁾. Nesse sentido, faz-se necessário saber como será a vida dessas mulheres após tal tratamento.

Na atualidade, nota-se que são cada vez mais frequentes pesquisas que focam aspectos específicos da qualidade de vida do paciente com câncer, outrora negligenciados, como imagem corporal e sexualidade. Ainda assim, há poucos dados referentes a esse período, que compreende o fim do tratamento primário e a sobrevivência⁽³⁾. Considerando que o processo de formação da nossa sociedade recebeu forte influência da sociedade ocidental europeia, da ética e da moral do Cristianismo, a sexualidade feminina, em especial, foi e ainda é objeto de interdição em vários campos⁽⁴⁾.

A condição desigual da mulher em relação ao homem, vivendo por muitos anos sob a sua tutela, em primeira instância do pai e depois do marido, tendo sua sexualidade normatizada pelos padrões cristãos, é legitimada, assim, pela instituição do casamento e pelo

cumprimento da função reprodutora⁽⁵⁾. No entanto, acredita-se que, atualmente, a sexualidade deve ser vivida de forma igualitária pelo homem e pela mulher, e o desfrutar de uma vida sexual agradável e saudável vai incluir todas as dimensões de uma pessoa, como propiciar felicidade e bem-estar⁽⁶⁾.

Certamente, essas questões constituem eixos fundamentais a ser abordados pelos enfermeiros. Todavia, não se pode apenas reduzi-las à medicalização, mas, sim, abranger também as percepções do corpo, prazer/desprazer, valores afetivos e responsabilização por si e pelos outros. Para tanto, o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e paciente é necessário, facilitando, assim, as discussões, sobre todos os aspectos, com vistas ao incentivo ao autocuidado. Cabe ao enfermeiro, nessa abordagem, acompanhar o desenvolvimento da área pela investigação científica, pois a pesquisa em enfermagem oncológica é essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clínica, sendo um dos principais recursos na atualização do conhecimento e proporcionando, assim, subsídios para realização da assistência à pessoa com câncer⁽⁴⁾.

O tratamento antineoplásico, muitas vezes desprovido da solicitude de um ente querido, pela distância física ou emocional, suscita no paciente sentimentos de tristeza, abandono, insegurança e derrota. Não obstante, a dor e angústia de estar só nesse momento, afastado de seu ambiente domiciliar, podem ser compartilhadas com outras pessoas que experienciam a mesma condição. Nesse pensar, a enfermagem, ao dispor de sua tonalidade afetiva, representa o suporte psicoemocional na transcendência desses seres⁽²⁾.

O interesse por esse assunto surgiu após a aproximação com essa clientela durante a graduação em Enfermagem, e por meio da busca de estudos sobre a sexualidade e qualidade de vida à pessoa com câncer. Houve, então, enquanto bolsista do hospital de estudo, a percepção da inquietação de algumas pacientes quanto à vida sexual durante e após o tratamento do câncer.

Diante do exposto, entendemos ser necessário que os profissionais de enfermagem estejam adequadamente capacitados para realizar uma abordagem humanizada no cuidado às mulheres em tratamento de câncer, no que tange aos aspectos sexuais. Assim, tem-se como pergunta de investigação: "Quais são as interferências do

tratamento de neoplasias no desempenho sexual de mulheres?”.

Para responder esse questionamento, traçou-se como objetivo geral investigar durante o tratamento para neoplasias o desempenho sexual de mulheres com câncer e como objetivo específico conhecer como a imagem corporal interfere na sexualidade de mulheres em tratamento de câncer.

MÉTODO

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela pesquisa de caráter exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, realizada em maio de 2011, no ambulatório de oncologia de um hospital filantrópico localizado em Salvador, que presta atendimentos em diversas especialidades exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de todo o estado da Bahia, com 1.009 leitos hospitalares.

Ressaltamos que todas as mulheres participantes do estudo foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Obras Sociais Irmã Dulce, sob o Protocolo n. 22/2011, e seguiu as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução n. 196/96.

No período da coleta, apenas 12 pacientes aceitaram participar na pesquisa, constituindo a amostra do estudo. Os critérios de inclusão foram: sexo feminino; diagnóstico de neoplasia; idade de 20 a 65 anos; estar realizando tratamento ambulatorial; tempo de tratamento superior a quatro meses; e o aceite voluntário em participar do estudo.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores. A entrevista foi do tipo semiestruturado, utilizando um formulário contendo 15 perguntas divididas em quatro blocos: o primeiro, dos dados sociodemográficos; o segundo, uma questão de aproximação; o terceiro, os dados referentes à patologia; e o quarto, os questionamentos referentes à sexualidade. Depois de os sujeitos serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, iniciou-se a coleta dos dados, na qual as entrevistas foram gravadas com o intuito de obter a transcrição dos relatos.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁷⁾, que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. A pré-análise — etapa que consistiu em escolher os documentos submetidos à análise — visou a organizar e constituir ações iniciais que, sistematizadas, facilitaram o desenvolvimento da pesquisa. As entrevistas foram transcritas na íntegra, e, posteriormente, foi realizada a primeira leitura, denominada flutuante, em seguida houve sucessivas leituras, a fim de extrair as ideias centrais do texto. Na fase de exploração do material foram realizados os recortes das unidades de registro através de palavras; posteriormente, foram feitos os recortes das unidades de contexto, que, nesse caso, envolveram as frases que tornavam significativas as unidades de registro. Esse processo possibilitou, de certo modo, a estruturação do *corpus* da pesquisa. Após essa etapa, foi possível agrupar as unidades de contexto por semântica, emergiram as categorias e a subcategoria, de modo a permitir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer características do texto. A etapa final, a análise de conteúdo, consistiu no tratamento e interpretação dos resultados, em que se realizou o confronto das unidades de contexto emergentes à luz do referencial teórico, e, posteriormente, foram apontadas as ideias centrais das unidades de contexto.

Para preservar a identidade das participantes, atribuiu-se pseudônimos aos relatos. Ao término de cada entrevista, foi perguntado o nome de uma flor da preferência de cada entrevistada, sendo, pois, essa a denominação utilizada.

Optou-se por nomes de flores porque cada flor expressa sentimentos, tem uma cor, um perfume e um significado especial. Possui suas próprias características, as quais se tornam únicas. As flores participam dos dias das pessoas mais amáveis e sensíveis aos valores da vida e podem ser simbolizadas como: vida, pureza, paz, riqueza, sucesso, bem-estar, energia, cura e amor. Por analogia, pode-se dizer que assim são as mulheres com câncer, que a cada dia vivenciam novas experiências e sentimentos, travando lutas diárias pela vida.

RESULTADOS

Das 12 mulheres entrevistadas, nove estavam com neoplasia de mama, duas com neoplasia de ovário e uma

com neoplasia de intestino. A faixa etária variou dos 38 aos 64 anos.

Para a discussão dos resultados, optou-se por organizar tal sessão da seguinte forma: descrição dos sujeitos e descrição das categorias; sexualidade antes e durante o tratamento de neoplasia; e abordagem da imagem corporal na vivência da sexualidade. Para uma melhor compreensão das categorias e da subcategoria, os depoimentos das entrevistadas são transcritos fielmente.

Categoria I: sexualidade antes do tratamento para neoplasia

O sexo constitui uma necessidade fisiológica fundamental que não deve ser relacionada apenas à reprodução. É uma maneira como a pessoa interage com o mundo, trata-se de um elemento essencial para uma boa qualidade de vida^(4-6,8), como se observa nos depoimentos:

Era normal, por isso eu tive um monte de filhos. (Girassol)
Era normal, ele tem ejaculação precoce, nunca está satisfeito. Ele queria ter relações pela manhã, à tarde e à noite, ele é doente. (Bromélia)
[...] minha vida sexual já tava prá lá de Bagdá, era fraquíssima, mas tinha. Queria trocar de marido! (Gardênia)

Observa-se, na fala de Girassol, que há, nesse caso, a descrição de uma vida sexual saudável e a associação da normalidade, de ter vários filhos. Dessa forma, há crença de que o sexo está diretamente associado à procriação e não às questões de necessidade fisiológica humana.

Vale ressaltar que há no discurso de Bromélia uma relação paradoxal, em que ela afirma que a relação com seu parceiro era normal, embora assuma que a compulsão dele pode ser indicada como uma doença.

Gardênia evidencia a quase inexistência de uma relação afetiva. Na análise do seu discurso, observa-se que há idealização de encontrar outro parceiro que possa fazê-la feliz novamente. Além disso, nota-se desejo sexual latente, porém, não mais com o atual cônjuge.

Com esses relatos, observa-se que a sexualidade não era vivenciada com qualidade, prazer, mas, sim, como obrigação, além de ser relacionada às expectativas de procriação. Embora algumas mulheres tratem essa relação do sexo com procriação com naturalidade, notou-

se, nas entrevistas, que a doença evidenciou que a vida sexual dessas pacientes não era satisfatória.

A saúde sexual está diretamente relacionada à qualidade de vida e ao bem-estar pessoal; descobrir formas de sentir, receber e dar prazer são caminhos através dos quais essa saúde pode ser alcançada. Ela pode ser definida como a possibilidade de o ser humano estar aberto a desfrutar das atividades sexuais, com o maior desprendimento possível, sem temores, culpa ou preconceitos⁽⁷⁾.

Categoria II: sexualidade durante o tratamento para neoplasia

Nessa categoria, destaca-se que o paciente com câncer, caracterizado como doença que afeta várias partes do corpo, faz um tratamento complexo que, às vezes, acaba sendo devastador para o organismo, comprometendo, em especial, a sexualidade. O impacto ocasionado pelo câncer na vida da pessoa é enorme, pois, além da dor e do desconforto decorrentes da doença e de seu tratamento, ocorrem mudanças de ordem psíquica, social e econômica. As perdas econômicas relacionam-se aos custos diretos com a compra de medicamentos, busca por procedimentos hospitalares, por outros serviços de saúde, além de custos indiretos, como o potencial produtivo perdido⁽⁹⁾. Em relação a esse aspecto, temos os seguintes depoimentos:

Não mudou em nada, continua a mesma coisa, porque falaram que quando a gente faz o tratamento, perde a libido, a vontade, mas eu não tive esse problema. (Margarida)
Algumas vezes tinha desejo, mas não tinha muita vontade. Hoje, depois que eu comecei a fazer o tratamento, agora dói, acho que já vai fazer um ano que eu não tenho! A dor não deixa, meu marido não tem tempo, também. (Tulipa)

Margarida relata que, durante o tratamento, não houve mudança em relação ao desempenho sexual, porém, apresentou aumento do desejo, evidenciando, assim, a participação do parceiro nesse processo. Os efeitos colaterais advindos da quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia também interferem negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher. As principais consequências desse tratamento são náuseas, vômitos,

fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispareunia e anorgasmia⁽¹⁰⁾.

As alterações relacionadas à terapêutica descritas por alguns autores, como dor, náuseas, vômitos, diminuição da libido e da lubrificação natural da vagina, não são enfrentadas por todas as mulheres, ou, quando elas são afetadas, apresentam reações variantes. A fala de Tulipa demonstra que o desejo sexual foi afetado por causa da dor relacionada às condições fisiopatológicas, porém, ele permanece latente. Esse comprometimento da libido é bastante complexo, sendo, em grande parte, explicado pelo estresse do diagnóstico, associado à diminuição da disposição física determinada pela doença⁽¹¹⁾.

Quando se perguntou sobre mudanças na prática da relação sexual, obtivemos as seguintes respostas:

Eu pratico relação umas quatro vezes por semana, o coroa está em cima, eu não dou ousadia, ele quer todo dia, ainda mais que é aposentado, fica o dia todo dentro de casa, imagine! Eu mando ele fazer alguma coisa, sair, vai andar! Tá com essa barriga enorme. (Alecrim)

Tenho relação com minha parceira uma vez por semana. O doutor, ele me orientou tudo, da relação sexual. Ele falou da boca ferir e manchas, me orientou tudo isso, e não parar de tomar os remédios. A parceira ajudou muito no decorrer da doença, foi muito compreensiva, foi orientada pela equipe. (Orquídea)

Agora, depois desse medicamento, ele inibiu. Eu não tenho relação com frequência, porque antes era danada! Recebi orientação sobre essa alteração com o uso da medicação, tanto da mastologista quanto da oncologista, ela falou para eu ficar calma e não me assustar, que estava dentro do padrão. Ela falou que meu esposo tem que fazer mais, pra sentir alguma coisa. (Lírio)

Não tenho mais vontade, eu falei com a doutora, ela me falou que a minha parte ia mudar, mas a dele, não, ela disse que a gente tem que ceder ao marido, a gente tem obrigação. Eu perguntei e a minha vontade não vale não, é? Ela disse não, mesmo que você não tenha vontade abra as pernas e fique lá quieta. Então, eu tenho que suportar isso, o homem é ignorante demais, parece que é o demônio, ele é do mundo. (Bromélia)

Com a idade, acaba um pouco! Novo, a gente é uma coisa, quando a gente vai ficando velho, a gente vai modificando. Não é a mesma vontade, com certeza! Não é por causa do problema, o problema não tem nada a ver, é por causa da idade, nunca 60 pode ser como de 30, ou de 40 anos [...]. (Gérbera)

Não quero nunca mais, ele é mais novo, nove anos de diferença, ele é grosso, é ignorante, ele quer porque quer, até já me estuprou, na tora, um dia, eu disse que ia chamar os meus filhos, pra quebrar ele todo no pau. Mas eu dependo dele. (Bromélia)

Alecrim relata que não houve mudanças no desempenho e desejo, por conta do parceiro ser isento de atribuições, levando ao aumento da frequência sexual.

No discurso de Orquídea, nota-se que a parceira, por ser do mesmo sexo, facilitou a vivência da sexualidade, pois é inerente ao gênero o instinto para o cuidar/os cuidados cotidianos, diferindo significativamente do sexo masculino. Na atualidade, há uma tendência de pensar que as práticas de prazer, quando ocorrem entre parceiros do mesmo sexo, implicam um desejo cuja estrutura é particular, mas, sustentamos se formos "tolerantes", que isso não constitui uma razão para submetê-las a uma "moral" ou, ainda menos, a uma "legislação", diferente daquela que é comum a todos⁽⁵⁾.

Lírio descreve que a quimioterapia inibiu o padrão sexual. Porém, foi orientada pela equipe sobre a importância da terapêutica medicamentosa e do papel do parceiro em relação ao sexo, pois precisaria esforçar-se para satisfazê-la.

No discurso de Bromélia, percebe-se a indevida preparação da médica ao orientar pacientes com câncer sobre esse tema, visando apenas à fisiologia do indivíduo, desrespeitando a decisão da mulher de não usufruir da vida sexual. Tanto a doença quanto o tratamento com quimioterapia provocam reações que interferem na atividade do paciente, reforçando a necessidade de ajudar esses indivíduos. Estão incluídas, assim, vontade ou disposição, as quais estão relacionada a desejo, intenção, intento, decisão, propósito, determinação, resolução, deliberação, desígnio/empenho, dedicação, desvelo, zelo, cuidado, necessidade, querer, apetite, gosto, satisfação e energia, entre outros⁽⁴⁾.

O enfermeiro deve contribuir com a equipe multidisciplinar e seu papel é fundamental para a

reabilitação da mulher, cujo comprometimento da autoimagem pode trazer traumas de ordem física, emocional e social, que podem influenciar negativamente a evolução do tratamento e comprometer a dinâmica familiar⁽¹¹⁾. Nesse sentido, avaliar as condições fisiológicas, inclusive as referentes às necessidades sexuais, promove um planejamento adequado com base nas necessidades individuais dessas mulheres.

Gérbera relata que, embora ainda tenha relações sexuais, a frequência diminuiu por conta da idade. Com o passar do tempo, as respostas ao sexo variam de pessoa para pessoa, de acordo com sua história de vida, e elas repercutem fortemente na vida de alguém. Apesar de a velhice ser um fenômeno biológico, a forma como cada pessoa envelhece é determinada por questões subjetivas, condicionadas às questões da hereditariedade, do social e do cultural. Os homens têm uma mudança de padrão de resposta sexual, mas, para quem vive essas mudanças, o sexo continua sendo tão satisfatório quanto era na adolescência. Para as mulheres com câncer, o sexo deve ser indicado, embora a excitação seja mais lenta e o orgasmo possa ser acompanhado de desconforto⁽¹²⁾.

Bromélia, em seu discurso, relata ser dependente do marido, e, por isso, submete-se a tal violência do companheiro. Diferente da fala da depoente, alguns cônjuges se afastam e outros se tornam ainda mais carinhosos e atenciosos para com as parceiras. É importante ressaltar que muitas mulheres temem a não aceitação de sua nova condição pelo parceiro, o que, para as autoras, deve-se à associação feita por tais mulheres entre sexualidade e genitalidade, o que as leva a pensar que a ausência das mamas ou a ausência dos cabelos tende a provocar, necessariamente, um distanciamento do companheiro⁽¹³⁾.

O enfermeiro deve procurar estratégias, a fim de promover a saúde da pessoa com câncer, por se tratar de um ser biopsicossocial. Não cabe associar o câncer ao vaticínio de morte, pois tende a ser uma doença crônica. Faz-se necessário conhecer as etapas de desenvolvimento da patologia, estando a sexualidade envolvida nesse processo, pois é uma das formas de contribuímos para qualidade de vida dessas pessoas. Elas podem tentar usufruir de uma vida sexual satisfatória, que é uma necessidade humana básica.

Subcategoria: imagem corporal na vivência da sexualidade

Os danos decorrentes do tratamento de câncer causam alterações traumáticas à imagem corporal, em especial a queda de cabelos e as mutilações⁽¹³⁾. A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser considerada um fenômeno multidimensional, pois envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afetam as emoções, os pensamentos e o modo de as pessoas se relacionarem com os outros, influenciando intensamente a qualidade de vida delas⁽⁹⁾. Mesmo quando existe uma forte e satisfatória vida sexual antes da doença, o *stress* emocional, a dor, a fadiga, o insulto à imagem corporal e a baixa autoestima decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer podem desorganizar o sexo entre o casal⁽¹³⁾. Em relação a esse aspecto, destacam-se os seguintes discursos:

Às vezes, a gente brinca assim, quem é o homem de nós dois, por causa da cabeça pelada, ele não liga pra isso, não. Desse lado não me afetou em nada. No meu caso, não afetou em nada. (Alecrim)

O cabelo, quando caiu, até que não fez falta, eu usava peruca, mas a mama faz uma falta! Mas o importante é saúde. (Gardênia)

É de extrema importância a participação da família, em especial do parceiro, diante do sofrimento enfrentado pelas mulheres durante todo o processo da doença. A família tenta ajudá-las e estimulá-las, com o objetivo de reanimá-las para a vida e fazê-las encontrar forças para lutar contra a doença e contra o mal-estar provocado pelo tratamento, fazendo-as transcender essa derrota existencial, emergindo em direção à luta pela vida. Vê-se na fala da depoente que o fato de o cônjuge aceitar a condição da imagem corporal, ou seja, a alopecia, facilitou o relacionamento sexual. Dentre as inúmeras alterações que ocorrem em seu corpo, ocasionando-lhe a sensação de perda, as mais significativas são aquelas relacionadas à alopecia e à mutilação da mama, visto que esta é representativa em termos de beleza, feminilidade e sexualidade⁽¹⁴⁾.

Em relação à sexualidade e às alterações físicas, o impacto da mutilação provocada pelo câncer revelou-se mais significativo no período imediatamente posterior a sua realização. A retirada do seio afetou a imagem

corporal das pacientes. O corpo é a nossa identidade, é ele que proporciona um sentido quanto a quem somos ao longo da nossa existência, funcionando, assim, como um estabilizador do autoconceito e da autoestima. A perda do seio, associada aos efeitos colaterais da quimioterapia, gerou entre as pacientes insegurança quanto à feminilidade⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

As principais interferências durante o tratamento de neoplasias que afetam a sexualidade feminina são a diminuição da libido e a dor. Os relatos evidenciaram que não houve uma homogeneidade ao vivenciar esse momento, no qual cada ser torna-se único no processo de dor/sofrimento e experiencia os dilemas de formas distintas.

A pesquisa apontou que a dificuldade de usufruir de uma atividade sexual satisfatória está diretamente relacionada à falta de esclarecimento por parte dos profissionais de saúde que as acompanharam, não informando as pacientes, ou apresentando informações equivocadas, sobre como poderá ser vivenciada a sexualidade durante essa nova etapa.

A enfermagem deve procurar estratégias a fim de promover a saúde da pessoa com câncer, por se tratar de

um ser biopsicossocial. Não cabe associar o câncer ao vaticínio de morte, pois tende ser uma doença crônica. Faz-se necessário conhecer as etapas de desenvolvimento da patologia, estando a sexualidade envolvida neste processo, pois é uma das formas de contribuirmos para qualidade de vida destas pessoas, para que essas possam tentar usufruir de uma vida sexual satisfatória, por se tratar de uma necessidade humana básica.

Pode-se apontar como função inerente ao enfermeiro, cuidar de forma integral e humanizada, fornecendo informações pertinentes aos pacientes, bem como aos seus companheiros, a fim de esclarecer as alterações na sexualidade durante e após o tratamento, as possíveis alterações relacionadas às medicações e/ou às modalidades terapêuticas que podem afetar o desempenho sexual, para que possam adequar-se a essas mudanças da melhor forma possível.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Tânia Maria de Oliva Menezes e Darci de Oliveira Santa Rosa, pelo incentivo e contribuições que enriqueceram o presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2011 June 30]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
2. Sales CA, Almeida CSL, Silva JDD, Silva VA, Waidman MAP. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas em tratamento antineoplásico: uma análise fenomenológica. Rev Eletr Enf [Internet]. 2011 Apr-Jun [cited 2012 Aug 28];13(2):250-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a11.htm>.
3. Huguet PR, Morais SS. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [cited 2011 Dec 15];31(2):61-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>.
4. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano de mulheres. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2008 July-Sep [cited 2011 Dec 15];17(3):417-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>.
5. Foucault M. História da sexualidade II: o uso dos prazeres. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006.
6. Souto MD, Souza IEO. Sexualidade da mulher após a mastectomia. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2004 Sep-Dec [cited 2011 Dec 15];8(3):402-10. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127718062011>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
8. Souza MKB, Matos IAT. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2010 Jan-Mar [cited 2012 Aug 28];18(1):19-24. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a04.pdf>.
9. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 28];16(5):2511-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>.
10. Boff RA, Wisintainer F. O que as mulheres querem saber sobre o câncer de mama: as 100 perguntas mais frequentes. 3. ed. Caxias do Sul, RS: Mesa Redonda; 2005.
11. Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Aug 28];10(1):110-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>.
12. Moraes KM, Vasconcelos DP, Silva ASR, Silva RCC, Santiago LMM, Freitas CASL. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 28];14(4):787-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v14n4/a18v14n4.pdf>.
13. Santos LN, Dias CA, Lacerda GL, Barreto WWP, Santos TR. Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. Psicol Hosp (São Paulo) [Internet]. 2008 [cited 2012

Aug 28];6(2):2-19. Available from:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n2/v6n2a02.pdf>.

14. Tavares JSC, Trad LAB. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2009 Apr-June [cited 2012 Aug 28];13(29):395-408. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a12.pdf>.

Artigo recebido em 23/12/2011.

Aprovado para publicação em 14/08/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.