



A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama

The sexual practice of young women in treatment for breast cancer

La práctica sexual de mujeres jóvenes en tratamiento para el cáncer de mama

Ana Paula Alonso Reis Mairink^{1,2}

Clícia Valim Côrtes Gradim³

Thais de Oliveira Gozzo⁴

Ana Carolina Sipoli Canete¹

Lorena Fendrich⁵

Marislei Sanches Panobianco⁴

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil

2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus Muzambinho. Muzambinho, MG, Brasil

3. Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil

4. Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil

5. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Ana Paula Alonso Reis Mairink
E-mail: ana.reis@muz.ifsuldeminas.edu.br.

Recebido em 12/12/2019.
Aprovado em 13/03/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0360

RESUMO

Objetivo: compreender como ocorre a prática sexual (PS) de mulheres jovens com câncer de mama. **Método:** pesquisa qualitativa, utilizando o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2017 e agosto de 2019, em dois Centros de Alta Complexidade em Oncologia, seguindo-se um roteiro semiestruturado para entrevista. A pergunta norteadora foi: "Fale-me como era e como ficou agora sua vida sexual após o diagnóstico do câncer". Participaram 13 mulheres com companheiro sexual desde o diagnóstico da doença. **Resultados:** primeiro diagrama: a prática sexual é afetada devido ao diagnóstico e tratamentos para a doença; segundo diagrama: fatores que contribuem para sua retomada são o apoio social e afetivo (principalmente); diagrama da categoria central: o companheiro (apoio afetivo) é o protagonista da rede de relacionamentos. **Conclusão:** A PS é afetada pela doença/tratamentos e sua retomada ocorre mediante apoio do companheiro. **Implicações para a prática:** É necessário abordar sobre PS na assistência em saúde, evitando o distanciamento do casal, diminuindo as angústias e dúvidas das mulheres nesta condição.

Palavras-chave: Mulheres; Imagem Corporal; Câncer de Mama; Saúde Sexual; Sexualidade.

ABSTRACT

Objective: To understand how the sexual practice (SP) of young women with breast cancer occurs. **Method:** Qualitative research; that used Symbolic Interactionism and Grounded Theory. Data collection took place between October/2017 and August/2019 in two Centers of High Complexity in Oncology, using a semi-structured guide for interviews. The guiding question was: "Tell me what it was like and what your sex life is like now after the cancer diagnosis". Participated thirteen women with a sexual partner since the diagnosis of the disease. **Results:** First diagram: sexual practice is affected due to diagnosis and treatments for the disease; Second diagram: factors that contribute to its resumption are social and (mainly) affective support; Central category diagram: the companion (affective support) is the protagonist of the relationship network. **Conclusion:** SP is affected by the disease/treatments and its resumption occurs with the support of the partner. **Implications for practice:** It is necessary to address SP in health care, avoiding the distance between of the couple, reducing the anxieties and doubts of women in this condition.

Keywords: Women; Body Image; Breast Cancer; Sexual Health; Sexuality.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo ocurre la práctica sexual (PS) de mujeres jóvenes con cáncer de mama. **Método:** Investigación cualitativa; que utilizó el Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada en Datos. La recopilación de datos tuvo lugar entre octubre de 2017 y agosto de 2019 en dos centros de alta complejidad en oncología, utilizando un guion semiestructurado para las entrevistas. La pregunta guía fue: "Dime cómo era y cómo está tu vida sexual después del diagnóstico de cáncer". Participaron trece mujeres con pareja sexual desde el diagnóstico de la enfermedad. **Resultados:** Primer diagrama: la práctica sexual se ve afectada debido al diagnóstico y los tratamientos para la enfermedad; Segundo diagrama: los factores que contribuyen a su reanudación son el apoyo social y afectivo (principalmente); Diagrama de categoría central: el compañero (soporte afectivo) es el protagonista de la red de relaciones. **Conclusión:** La PS es afectada por la enfermedad/los tratamientos y su continuación se produce con el apoyo de la pareja. **Implicaciones para la práctica:** Es necesario abordar la EP en la atención médica, evitando el alejamiento entre la pareja, reduciendo la angustia y las dudas de las mujeres en esta condición.

Palabras clave: Mujeres; Imagen Corporal; Cáncer de Mama; Salud Sexual; Sexualidad.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama em mulheres jovens (até 40 anos) ^{1,2} é, geralmente, infiltrante, de tamanhos maiores, apresenta estádios avançados e maior comprometimento de linfonodos e de invasão vascular, receptores hormonais negativos, e demora a ser diagnosticado – fato que aumenta o risco de recidivas locorregionais e à distância, reforçando o mau prognóstico da doença.³ O tratamento para essas mulheres inclui a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia, de forma isolada ou em associação,⁴ que contribuem para a cura e aumentam a sobrevida, mas trazem danos psicológicos, físicos e sociais.

O tratamento cirúrgico, que retira a mama parcial ou total, influencia negativamente na autoestima e autoimagem da mulher, afetando sua vida pessoal e social, visto a mama ser um órgão simbólico feminino. A sua falta ou mutilação pode interferir na sexualidade, levá-la a ter dificuldade de expor o corpo ao seu companheiro e dificultar a prática sexual do casal.⁵

A quimioterapia, além dos eventos adversos – mais conhecidos como alopecia, vômitos e náuseas – provoca também a falência ovariana, diminuindo a produção de estrógeno e progesterona, o que induz à menopausa precoce. Esta leva à diminuição da lubrificação vaginal e da libido, dispareunia e anorgasmia, fatores que contribuem para o desconforto durante o intercursos sexual. Todos esses efeitos prejudicam a prática sexual.⁶

A radioterapia pode acarretar fadiga, diarreia, náusea, vômito e danos à pele, devido à radiodermite no local,⁷ fato que causa dor e não permite o toque. A hormonioterapia pode proporcionar eventos adversos, semelhantes aos que a mulher apresenta durante a quimioterapia, como falta de lubrificação vaginal, dispareunia e alteração da libido.⁸ Esses fatores, isoladamente ou em conjunto, acabam provocando desconfortos durante a prática sexual.^{7,8}

Há evidências de que o câncer de mama e todos os eventos adversos do seu tratamento interferem no estado emocional, na função sexual e no relacionamento do casal.⁸ Apesar disso, as pesquisas que envolvem a prática sexual de mulheres jovens, com câncer de mama, ainda são escassas.

Assim, mediante esses apontamentos da literatura acerca da interferência dos tratamentos na prática sexual de mulheres jovens, o objetivo deste estudo foi compreender como ocorre a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa que adotou o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico, e, metodológico, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

O IS trata a questão do comportamento humano, interação social, interpretação dos símbolos e seus significados (construídos, modificados e reconstruídos). Essa dinâmica ocorre mediante o processo de interação do ser humano consigo mesmo (*self*) e o processamento do significado das coisas a partir da interação com outras pessoas (mente). O *self*, ego/a

própria pessoa, possui duas fases: eu e mim. Na fase “eu”, o indivíduo tem atitudes espontâneas, naturais. Na fase “mim”, suas atitudes são guiadas pelas interpretações que faz do que os outros pensam sobre o fato/objeto em questão, sendo o indivíduo socializado.⁹

As interações humanas acontecem dentro da sociedade e, por isso, no IS, esta é considerada dinâmica e capaz de modificar atos, atitudes, pensamentos, palavras e interpretações.

No que se refere à TFD, a geração da teoria é possível após o pesquisador percorrer três etapas de análise dos dados (codificações aberta, axial e seletiva). A TFD orienta o pesquisador a construir diagrama(s), que é (são) a representação gráfica das categorias e subcategorias do fenômeno em estudo.¹⁰

Os critérios de inclusão deste estudo foram: mulheres diagnosticadas com câncer de mama havia no máximo um ano, que estavam realizando tratamento da doença (cirurgia ou quimioterapia ou radioterapia ou hormonioterapia), idade entre 18 e 40 anos e que tinham companheiro sexual desde o diagnóstico da doença. O critério de exclusão foi: mulheres que estivessem em tratamento paliativo.

As participantes foram orientadas quanto aos procedimentos éticos, interesse da pesquisadora na temática de pesquisa, e as entrevistas ocorreram em local privativo. Respeitaram-se as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466, de 12/12/2012,¹¹ e o estudo foi aprovado por Comitês de Ética [CAAE 69123517.2.0000.5393] e [CAAE 69123517.2.3002.8043].

A coleta de dados ocorreu em dois Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON's A e B), localizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais, respectivamente.

Quanto à inserção da pesquisadora que coletou os dados no CACON B, o vínculo com o serviço já existia devido a contato anterior, em outra pesquisa. No CACON A, a inserção foi gradual, no período da coleta de dados. A seleção da amostragem ocorreu de modo intencional, por meio de levantamento de dados dos prontuários, a fim de selecionar as mulheres que poderiam ser incluídas no estudo.

Foram convidadas e aceitaram participar da pesquisa 13 atrizes sociais, e não houve desistências nem repetição de entrevistas, encerradas mediante compreensão do fenômeno em estudo e aparecimento de informações repetidas, sem acréscimo de valor para o entendimento do fenômeno investigado. As entrevistas foram conduzidas de modo individual, por uma das pesquisadoras deste estudo, assim como a transcrição manual; realizaram-se a análise e interpretação dos dados pela mesma pesquisadora, com o apoio de duas autoras deste trabalho.

A coleta de dados aconteceu entre outubro de 2017 e agosto de 2019, com gravação de áudio e anotações em diário de campo, durando em média 28 minutos. A pergunta norteadora foi: “Fale-me como era e como ficou sua vida sexual após o diagnóstico do câncer”. A validação da TFD ocorreu por meio de uma participante da pesquisa (E8) e duas expertises, uma da temática de pesquisa e outra da metodologia.

RESULTADOS

Diagrama da Categoria Central

Conforme a TFD, foi realizada a análise dos dados oriundos das entrevistas (codificações aberta e axial). Posteriormente, seguiu-se refinando e integrando subcategorias e categorias (codificação seletiva) emergidas das codificações anteriores (aberta e axial), construindo, assim, a categoria central do estudo (TFD), apresentada por intermédio do diagrama a seguir (Figura 1). Cabe salientar que os diagramas (Figuras 2 e 3) foram gerados das codificações aberta e axial.

A TFD permitiu compreender como ocorre a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama, sendo esta afetada pelo diagnóstico da doença e seus tratamentos, e sua retomada acontece mediante apoio social (profissionais de saúde) e afetivo (companheiro), configurando-se o afetivo elemento-chave para a efetiva retomada da prática sexual entre o casal.

Primeiro Diagrama

O primeiro diagrama foi constituído da categoria “fatores que afetaram a prática sexual”, composta por duas subcategorias, denominadas de “os transtornos emocionais e físicos da

descoberta do câncer de mama” e os “tratamentos para o câncer de mama” (Figura 2).

As jovens participantes da pesquisa nos contaram que, ao receberem o diagnóstico, tiveram sua prática sexual afetada porque a vida “perdeu a graça”; elas se sentiram “deprimidas” e tentaram “assimilar” o que estava acontecendo consigo. Suas preocupações se voltaram para a doença e tratamentos, além do nódulo na mama, relatado por algumas, que causava dor. Esses fatores as faziam não sentir vontade, e tampouco pensarem em sexo naquele momento.

Ela (prática sexual) foi interrompida sim! Foi difícil aceitar o que estava acontecendo comigo. Não conseguia assimilar, não acreditava! Eu não tinha vontade, estava preocupada se ia dar certo o tratamento, se ia viver, ia morrer, como que eu ia ficar (E1).

O seio da gente tem uma pelotinha, dói (ao tocar a mama) (E5).

Assim, o anúncio da existência do câncer de mama afetou-as psicologicamente.

Saber que eu tenho câncer me deixou com a cabeça desnorreada! Mexeu com o meu psicológico! Eu não consigo (pensar em sexo nesse momento) (E11).

As jovens mulheres contaram que existiram duas etapas em suas vidas, sendo uma que ocorreu antes e, outra, depois do diagnóstico da neoplasia. O comunicado sobre a doença gerou insegurança e medo de perder o companheiro, talvez por terem construído o conceito de que a neoplasia mamária e seus tratamentos, modificam o corpo e prejudicam o relacionamento afetivo do casal.

[...] eu sempre fui muito segura, tive muitos namorados, nunca fiquei sozinha. Agora, eu tive um pouco de medo de ser rejeitada, a gente acha que ninguém vai querer ficar com você [...] eu estou com câncer (E4)!

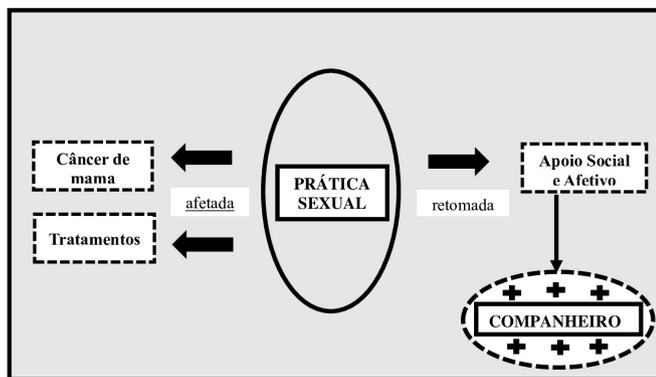


Figura 1. Diagrama da categoria central (TFD): A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama: entendendo os fatores que afetam sua manutenção e os que contribuem para o seu retorno

Fonte: elaborada pelas autoras

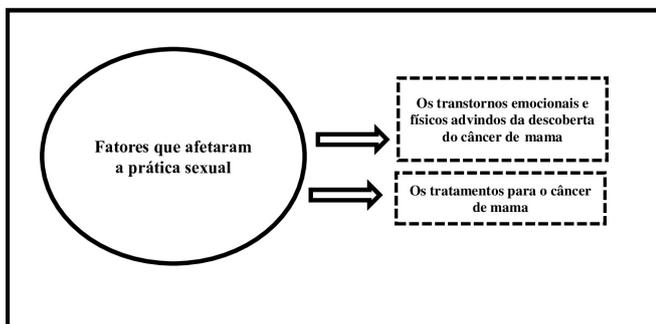


Figura 2. Compreendendo a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama

Fonte: elaborada pelas autoras

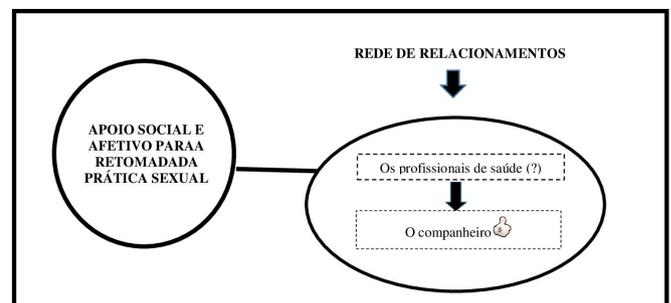


Figura 3. Entendendo as estratégias de enfrentamento para a retomada da prática sexual

Fonte: elaborada pelas autoras

A mudança na prática sexual das jovens mulheres está associada ao relacionamento afetivo anterior ao diagnóstico da neoplasia mamária. As alterações ocorreram de forma diferente para cada mulher, como verificamos nas falas abaixo.

Hoje é óbvio que não é como era antes, por causa da minha indisposição! Não é com a mesma frequência, não é diariamente, mas, é supertranquilo (E1).

É melhor agora do que antes. Ele é muito mais carinhoso agora do que antes, mais preocupado comigo (E6)!

Eu estava já com problemas com o meu marido nessa questão (prática sexual), mas, em questão da doença, não mudou nada. Não foi melhor porque o casamento não estava bom. Eu estou evitando porque eu não tenho vontade com ele (E7).

Assim, diante da problemática criada pelo diagnóstico, elas (e eles) descobriram a necessidade de reagir diante dessa nova situação, entendendo como prioridade os tratamentos.

A segunda subcategoria aborda, portanto, a forma que os tratamentos afetaram a prática sexual dessas mulheres. Elas se referem à cirurgia da mama como um procedimento “mutilante”, que as fez sentir “menos feminina”, “menos mulher”, acarretando em dificuldades para a manutenção do relacionamento sexual do casal, devido à vergonha de revelar o corpo, da presença do dreno, incisão cirúrgica, processo de cicatrização e dificuldade de toque na área operada – fatores que abalaram sua autoestima. Das 13 mulheres, cinco haviam realizado a mastectomia total e, uma, a quadrantectomia.

Eu fiquei com um ponto aberto, tinha medo e aflição que talvez se eu fosse fazer, pudesse prejudicar os pontos, a cicatrização. O negócio aqui incomoda, o cateter, o expansor, às vezes não dá para deitar de lado, abraçar! E receosa, por vergonha de mostrar o corpo, tirar a roupa, de resto, a vontade é a mesma (E4).

O toque (na mama), a gente fica meio assim, mas acho que o marido fica mais ainda! Porque o seio machucado, a gente sente feia, tem os altos e baixos!” (E5).

A reconstrução mamária não foi vista como algo positivo para a prática sexual, pois não resgatou a mama e ainda trouxe cicatrizes, alteração de sensibilidade ao toque, e a sua estranheza no relacionamento sexual.

No todo, foi isso, foi a falta do meu seio, eu sinto falta quando eu me olho, não me acostumei, não sinto vontade de ter sabe (relação sexual). Eu vou fazer a cirurgia (de reconstrução da mama) mas eu não vou ter mais o bico, é diferente de um seio normal. O problema está na minha cabeça (na dificuldade de me relacionar sexualmente com meu parceiro). Pode ser que eu coloque a prótese e continue com a mesma neura (E2)!

Em relação à quimioterapia e à hormonioterapia com o tamoxifeno, as jovens mulheres, por estarem em idade fértil (de reprodução), desenvolveram a menopausa precoce – evento adverso dessas terapêuticas –, além do ressecamento vaginal, dispareunia, falta de desejo, o que influenciou na prática sexual. Das 13 mulheres participantes da pesquisa, 12 receberam a quimioterapia para o tratamento do câncer.

A penetração está horrível, eu não consigo ter relações sexuais com meu marido (devido ressecamento vaginal). Cadê aquela vontade toda que eu tinha? Faz falta para mim, porque eu sei que eu posso ter orgasmo, mas eu não tenho libido mais. O médico falou que isso vem do tamoxifeno, porque eu entrei numa menopausa precoce. Aquilo que ia passar depois dos 50 anos, eu estou passando com trinta e... [...] (E2).

O ressecamento vaginal e a dispareunia, advindos do tratamento, podem melhorar com o término deste, conforme revela o depoimento.

A dificuldade é o ressecamento durante a quimio, agora, voltou ao normal, depois que a quimio acabou (E9)!

Para minimizar esses desconfortos, o uso de lubrificantes íntimos a base de água são os indicados, além do uso do preservativo, para proteger a mulher de uma gestação e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

A doutora me receitou um medicamento para eu não sentir tanta dor! Até então, eu achava que não poderia usar nada. Vai melhorar, vou ter mais intimidade, aproximação com o meu marido, porque essa questão do ato sexual estava ficando de lado, por causa desse meu bloqueio (E3).

(Durante) o tratamento tem o fato de ter que se proteger. Eu não usava preservativo, porque a gente tentava engravidar, agora é preciso usar. Eu fico com receio de eu pegar alguma coisa dele, mesmo ele estando saudável. Eu senti que (o preservativo) tem tirado um pouco a vontade do ato sexual, da minha parte (E3).

Além disso, a ocorrência de náuseas, febre, aumento de peso, fadiga e cefaleia, também interferiram na prática sexual do casal.

Na quimioterapia, uma semana, a gente passa mal! Enjoo, náusea, dor de cabeça, febre, coceira nos braços, não dá vontade nem de tomar água, fica fraca, ruim (E10)!

Ah, eu engordei 14 quilos [...] (E1)!

A gente fica sem ter relação após a quimio, porque ela deixa a gente com canseira, ofegante, sem fazer nada, você fica cansada (E5).

Outro evento adverso da quimioterapia é a alopecia. A queda do cabelo e sobrancelha caracterizaram-se como grande desconforto físico, motivador de tristeza e angústia, e também ocasionou mudanças no comportamento sexual. Visível para as outras pessoas, a alopecia mostra a pessoa doente e a mulher menos feminina e sexualmente com outro corpo, o que afeta a prática sexual. Na tentativa de melhorar sua imagem corporal junto ao companheiro, e tentar manter seu *self*, a mulher utiliza-se de recursos estéticos.

Desde o início de quimio, eu não quis mais nada (de sexo)! Na verdade, é a aparência, como eu fiz a primeira quimio, e ela já ia desencadear tudo (a queda do cabelo, inclusive), eu já me bloqueei ali! Na quimioterapia, a mulher tem vaidade, é cabelo que cai, é sobrancelha. Eu não me sentia confortável, eu já me bloqueei ali (para a prática sexual) (E1).

[...] você vai ter relação com seu marido, eu não fico careca, eu uso turbante! Eu falo para ele não colocar a mão na minha cabeça! E uso o turbantinho a noite toda (E5)!

Neste estudo, a radioterapia, apesar de ter causado muita fadiga, não chegou a interferir na esfera sexual.

Fui caminhar e expliquei para ele (médico) que eu estou sentindo fadiga. Não sabia que (a radioterapia) podia causar isso, e ele me falou que pode (E6).

Segundo Diagrama

Composto pela categoria “apoio social e afetivo para a retomada da prática sexual”, apresentou duas subcategorias, “os profissionais de saúde” e “o companheiro” (Figura 3).

A subcategoria “os profissionais de saúde”, caracterizados como apoio social, mostrou que eles encontraram dificuldade para abordar as implicações que os tratamentos poderiam acarretar no relacionamento sexual das mulheres por eles cuidadas. O silêncio que existiu entre eles – profissionais de saúde e mulheres – emitiu comandos ao *self* e fez com que elas se afastassem sexualmente de seus companheiros.

Teve alguns (médicos) que você vai falar sobre o assunto (prática sexual), parece que não é a área dele, não querem falar sobre isso. Na hora que eu entro no consultório, eles querem falar sobre o tumor, eles querem que passe coisas em relação ao tumor, fora disso, não interessa para eles (E2).

Ninguém me falou sobre isso (prática sexual), algumas questões foi eu quem perguntei, não teve orientação (E4).

Elas referiram que, quando receberam orientações, estas foram superficiais, parecidas com bula de remédio.

[...] só me falaram assim (o médico): O hormônio faz isso acontecer! Só me falaram o básico, olha, com o hormônio você vai entrar numa menopausa precoce, não vai ter mais lubrificação. Tipo uma bula (explicação pontual igual bula de medicamento), sabe? Não vem a bula lá de contraindicações? Só isso que eles me falaram (E2)!

Os depoimentos trazem à tona o tabu, ainda existente, em discutir o tema sexualidade nos cuidados em saúde, e a mulher parece ficar “assexuada” diante de “seu problema principal”, que é o câncer.

[...] eu só recebi um papelzinho, que aí eu teria que ler para estar sabendo que fazer sexo faz bem para o paciente, mas ninguém me explicou nada (...) então, você pula esses pedaços, quando chegou nas minhas mãos já estava tudo certo (risos)! Já estava resolvido! Mais é a gente estar perguntando, do que eles estarem falando (E6).

Assim, em busca de respostas para suas dúvidas, as mulheres recorreram a pesquisas na internet e participação em grupos de apoio.

Internet! Tudo que eu quero saber (sobre prática sexual durante a vivência do câncer e seus tratamentos), eu vou lá e jogo no Google, e o Google me explica algumas coisas! Eu tenho o médico que está tratando de mim, acho que ele que tinha que passar isso! Eu não sei se (ele) não tem tempo, porque é muita gente, mas eles não poderiam marcar um tempo? Ter uma profissional que possa estar tratando isso com você (E2)?

Lá onde eu moro tem a casa rosa, a gente reúne as mulheres que já tiveram câncer de mama ou alguma que está em tratamento, outra que já terminou, a gente conversa muito. Daí lá, as meninas brincam, olha dá bastante, se faz bem para saúde, mesmo que vocês não queiram, vocês dão, que faz bem (E8)!

No entanto, mesmo utilizando a internet e grupos de apoio, elas sentiram necessidade de recorrer a algum profissional de saúde para orientá-las.

Eu conversei com a psicóloga e ela me orientou que é para eu tentar ter uma vida normal (em relação a prática sexual). Eu estava ficando meio restrita para essa questão. Eu estou conversando com ela para eu poder entender isso, ficar mais tranquila e tentar manter uma atividade saudável, ativa e sem medo, de que (não) vai me prejudicar em alguma parte do tratamento, porque era isso que estava me bloqueando e não vai me prejudicar (E3).

Dessa forma, compreende-se que a escassez de informações e orientações, por parte dos profissionais de saúde, pode ter

contribuído para que essas mulheres vivenciassem tal período com mais sofrimento e dificuldades.

Não, ninguém falou comigo não (sobre prática sexual)! Depois que eu fiquei com ele, aí eu vi que não prejudica não (E13)!

A subcategoria “o companheiro”, caracterizado como apoio afetivo, retratou que o início dessa trajetória foi marcado por desafios, pois os companheiros demonstraram certo estranhamento diante da nova situação corporal de sua mulher.

A primeira dificuldade foi essa da gente se entender, por mais força que ele me desse, ele olhava estranho para mim! Aquilo foi estranho para ele! A retirada da mama! Imagina, você ter as duas mamas, e de repente, na hora que ele bate o olho [...]! Você vê, ele tenta não falar, tenta disfarçar! No começo, ele tentou me dar o máximo de apoio possível, mas a gente não é besta, a pessoa te olha daquele jeito [...], disfarça, entendeu (E2)?

Dispostos a vencerem esse obstáculo, os companheiros entenderam ser necessário apoiar sua mulher e ajudá-la a driblar as dificuldades que se apresentavam ao casal. E, então, o companheiro aparece, em seus depoimentos, como o protagonista da rede de relacionamentos (apoio afetivo), em todo o processo da doença e seus tratamentos.

[...] todo mundo fala que é uma fase e vai passar. Ele fala isso para mim! Que meu cabelo vai crescer, o seu seio vai operar e se tirar tudo, depois a gente põe um silicone! Ele fala desse jeito para mim, então, vai passar, se Deus quiser (E5)!

Para fortalecer o relacionamento e compreender mais o que sua mulher vivenciava, o companheiro passou a acompanhá-la nas consultas médicas, sessões de quimioterapia e radioterapia, a fim de sanar suas dúvidas e entender melhor a situação que o casal vivenciava.

Agora ele voltou a trabalhar, porque desde o início ele parou, ele só me acompanhou, ele ficava comigo nas consultas, quimioterapia, ele vivia fazendo as coisas para mim! Ele, algumas vezes perguntava (para o médico): Olha, ela pode ter relação? Mas ela reclama que dói muito [...]! Então, tirava a dúvida (com o médico), ele perguntava! (E1)

O casal chegou, então, à conclusão da importância da aproximação e do diálogo entre eles e, que isso poderia contribuir para a retomada ou continuidade da prática sexual.

Eu me sinto bem em conversar com ele! A gente conversa sempre, toda vez que a gente está junto, a gente conversa

sobre isso (relacionamento sexual), sobre o meu corpo, sobre a gente estar junto, sobre ele me aceitar do jeito que eu sou, do jeito que eu quero, do jeito que eu posso (E4)!

E, percebe-se que tudo melhora quando a comunicação entre o casal é satisfatória, pois ocorre a diminuição do grau de importância da perda da mama. As carícias se fazem presentes, com mais cuidado, e a mama, que era alvo de preocupações do casal, é acariciada e tocada.

Então é aquele mimo para tocar, não sabe como fazer, você entende (E2)?

As situações que proporcionavam intimidade e evidenciavam, ao companheiro, as marcas do tratamento cirúrgico, também contribuíram para aproximar o casal, aumentando a aceitabilidade das mulheres de sua nova condição física.

Sabe, vê eu tomar banho, vê eu trocar de roupa! Foi só no início mesmo (vergonha de revelar o corpo)! Depois mudou, voltou ao normal (E9).

Os elogios do companheiro, se transformam em ações positivas no enfrentamento da doença, pois as mulheres se sentem mais valorizadas, amadas, e isso também as encoraja para a retomada da prática sexual.

A pessoa que está com você, tem que te elogiar, mesmo você estando assim! É o que acontece comigo, que está me fazendo sentir bem, ter encontrado uma pessoa que faça isso por mim, ele me elogia e eu me sinto do jeito que ele me fala e ajuda no tratamento (E4).

Cada mulher retomou a prática sexual ao seu tempo, e elas nos relataram que isso foi respeitado pelo companheiro.

Uns três meses depois! Por que três meses depois? Porque primeiro eu passei pela cirurgia, depois da cirurgia vem a cicatrização, você tem aquele período que você está fraca, e principalmente, porque é aquele negócio, você deitar na cama e ele olhar (você sem uma mama). A gente gostava de fazer, a gente gostava de sexo, mas, naquele momento, nós dois estávamos sendo estranhos, porque a gente não sabia como lidar comigo e eu não sabia como passar isso para ele (E2)!

Essa questão da paciência mesmo de entender o tempo da gente, de entender os medos, de esperar a minha hora (E9)!

Além da espera pelo momento ideal, outras estratégias foram apontadas pelas jovens atrizes, no sentido de o casal retomar a prática sexual.

Eu tenho vergonha de tirar a roupa. A blusa não! Não tiro! A gente entrou num acordo, por enquanto não! Mas ele sempre respeita meu limite! Talvez se não desse esse limite ou então quisesse que eu tirasse a blusa, talvez eu não aceitaria, não seria tão prazeroso assim (E4)!

Era no escuro! [...] porque é igual eu te falei, muda, a gente faz menos bagunça (risos)! Uai, brincadeiras do casal! Agora é tudo mais devagarzinho. Diminuir o ritmo. Sabe, é isso! A gente acha que é um bicho de sete cabeças (E5)!

[...] ele (companheiro) ficou com medo de machucar a mama. Aí, se caso ele relasse no meu peito, eu empurrava ele (E10)!

As participantes referiram ainda que utilizaram adaptações de posição e no tipo de sexo.

Uma prática sexual que a gente ainda tem hoje é o sexo oral, é o que a gente usa, sexo oral, você entendeu (E2)?

[...] a penetração ocorreu, eu estava deitada de costas, não podia virar nem para um lado, nem para o outro, foi assim que a gente arrumou o jeito de estar fazendo. Está bom, para mim, está ótimo (E6).

Assim, elas nos reportaram sobre o modo como o casal enfrentou as adversidades e superou os desafios para conseguirem retomar a prática sexual.

DISCUSSÃO

Estudos apontam que a mulher acometida pela neoplasia mamária, que tinha um relacionamento harmonioso e estável com seu companheiro, tende a continuar vivendo uma relação de harmonia, mesmo com a doença – fato que contribui para uma reorganização e reconstrução familiar, além dos danos físicos, emocionais e sociais que os tratamentos impõem.¹² Ao mesmo tempo, relacionamentos com problemas tendem a piorar ou chegar ao término.¹³

A cirurgia mamária afeta a feminilidade e estética corporal, em especial nas mulheres jovens, que geralmente se preocupam mais com o corpo. A falta de parte, ou de toda a mama, faz com que ela se sinta menos atraente e gera insegurança perante o companheiro, afetando a prática sexual.¹⁴

Para as jovens mulheres deste estudo, a cirurgia na mama provocou desordens em seus relacionamentos afetivos e, ao voltarem a relacionar sexualmente com o companheiro, apresentaram vergonha de ficarem nuas perante eles e revelar um “corpo defeituoso”, o que as fazia lembrar que estavam doentes.

Nesse sentido, as dificuldades com a imagem corporal e a lástima de redução da feminilidade e apetite sexual podem continuar, mesmo com a cirurgia de reconstrução da mama.¹⁵ Assim, torna-se importante contemplar o conceito de autoimagem, que diz respeito à representação mental que a pessoa tem sobre seu corpo¹⁶ (*self*); e autoestima, o sentimento que possuímos

em relação a nós mesmos, sendo que a aceitação e aprovação dos outros é importante no desenvolvimento desse conceito por elas.¹⁷

Ainda em relação aos tratamentos para a neoplasia mamária, a literatura aponta que mulheres submetidas à quimioterapia possuem maior risco de disfunção sexual quando comparadas àquelas que não receberam a terapia, pois apresentam menopausa precoce, atrofia vaginal, diminuição do desejo sexual, anorgasmia, fadiga e dor.¹⁸

Sobre a menopausa induzida, os achados da pesquisa vão ao encontro da literatura,¹⁹ pois os relatos mostram que esse evento adverso influenciou negativamente na prática sexual do casal. A extensão e a permanência dos danos advindos da deficiência estrogênica pela quimioterapia dependerá da idade da mulher, dose e duração do tratamento quimioterápico, sendo o impacto normalmente mais grave em pacientes jovens. Como a quimioterapia pode afetar a capacidade reprodutiva,¹⁸⁻²¹ acredita-se que é importante dialogar com o casal, antes do início do tratamento, sobre o desejo ou não de terem filhos para encaminhamento ao ambulatório de fertilidade.

Sobre a modalidade de tratamento adjuvante, outros eventos adversos aparecem – como o aumento do peso corporal –,²²⁻²⁶ reforçando a importância de se ter uma rotina de exercícios físicos, que podem auxiliar na redução dos eventos adversos dos medicamentos, aliviar angústias e preocupações. Especialistas afirmam que a atividade física é capaz até de melhorar o prognóstico da doença.^{27,28}

Tanto a obesidade quanto a alopecia afetam a aparência física e levam às mudanças no comportamento sexual,^{29,30} assim como a mastectomia, e esses eventos adversos causam prejuízo à imagem corporal e modificam o *self* da mulher, a partir da interpretação que ela faz dos símbolos; ou, ainda, por meio da sua interação social com seu companheiro.

O corte de cabelo deve ser orientado antes da fase da quimioterapia, pois a mulher e as pessoas vão se acostumando com o novo rosto; assim, quando o cabelo começar a cair, há uma diminuição do sofrimento. O uso de maquiagem também é outra orientação importante, pois ela pode contribuir para levantar a autoestima, lembrando da importância de orientar que a mulher converse com o oncologista e veja quais produtos estão liberados, para não provocar reações alérgicas e outros danos.

Outro fator que também afetou a prática sexual foi o uso de preservativo, recomendado no sentido de evitar a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Uma gestação, durante o tratamento quimioterápico, pode ocasionar danos ao feto³¹ e, por ser um tratamento imunossupressor, as ISTs podem se instalar com mais facilidade.³² O uso do preservativo deveria ser de orientação primordial para o casal, pois, em uma união estável na nossa sociedade, é pouco aceito.

Neste estudo, as orientações advindas dos profissionais de saúde (apoio social) foram incipientes e pouco esclarecedoras quanto aos eventos adversos dos tratamentos na prática sexual do casal. Eles até orientaram, mas somente quando as mulheres e/ou companheiros se reportaram a eles e solicitaram algum tipo

de esclarecimento. A pouca ou falta de orientação contribuiu para que os companheiros dessas mulheres, junto com elas, buscassem estratégias visando resolverem a situação que os afligiam. O estudo revelou que o companheiro (apoio afetivo) possui particularidades que ultrapassam, na intimidade, as demais relações familiares. Sua presença foi fundamental em todas as etapas do tratamento de sua mulher, que precisa de seu suporte para o processo de reabilitação.³³

Dessa maneira, ciente da importância desse seu papel, o companheiro começa a amparar sua mulher nas dificuldades e a estimula a driblar os desafios, pois entende que juntos superarão as adversidades mais facilmente, com o suporte emocional de um para o outro.³⁴

No intuito de fornecer, então, esse suporte, o casal começa a se reinventar e adaptar o relacionamento sexual às atuais circunstâncias, e acontece, conseqüentemente, a não revelação da cicatriz cirúrgica durante o ato sexual, pois a mulher usa vestimentas, sexo somente no escuro, combinam de não encostar a mão na mama operada, além de variação de posições no ato sexual, corroborando com estudos já realizados.^{13,35,36}

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A categoria central se configura: o companheiro se apresenta como protagonista da rede de relacionamentos (apoio afetivo) em todo o processo da doença e tratamentos do câncer de mama de sua mulher. Ela se encontra diante de uma nova condição permeada de transtornos físicos e emocionais, que afetam a prática sexual do casal. Ele entende o que estava acontecendo com ela e se dispõe a contribuir, auxiliando-a a superar as dificuldades advindas desse processo, proporcionando um ajustamento da situação.

Com tal procedimento, o companheiro a valorizou e empoderou, estimulando-a a vencer o medo e a insegurança de se relacionar sexualmente com ele, havendo, assim, a retomada da prática sexual. O diferencial nesse processo foi, portanto, o fato de o companheiro ter se prontificado a ajustar a relação para a retomada da prática sexual.

A temática ainda é pouco discutida na literatura e os profissionais da saúde possuem dificuldade em abordá-la durante sua prática laboral, sendo necessárias transformações, especialmente na formação acadêmica desses profissionais. Em relação aos enfermeiros já inseridos no mercado de trabalho, visualiza-se a necessidade de reflexão e meios de capacitá-los para tal abordagem durante seu ofício.

Como perspectivas futuras de trabalhos envolvendo esse público jovem, visualiza-se a possibilidade de investigar sobre hábitos e estilos de vida dessas mulheres.

AGRADECIMENTO

Ao diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais – *Campus Muzambinho*, pela autorização do afastamento para qualificação, conforme edital de chamada pública CPPD – Muzambinho n.º 03/2018.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Ana Paula Alonso Reis Mairink, Clécia Valim Côrtes Gradim. Marislei Sanches Panobianco. Desenho do estudo. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Thais de Oliveira Gozzo, Ana Carolina Sipoli Canete, Lorena Fendrich.

EDITOR ASSOCIADO

Ana Luiza de Oliveira Carvalho

REFERÊNCIAS

1. Elkum N, Dermime S, Ajarim D, Al-Zahrani A, Alsayed A, Tulbah A et al. Being 40 or younger is an independent risk factor for relapse in operable breast cancer patients: the Saudi Arabia experience. *BMC Cancer*. 2007;7(222):222. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-7-222>. PMID:18053234.
2. Cammarota MC, Santos GC, Daher JC, Esteves BP, Barcelos LDP, Soares DAS et al. Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades. *Rev Bras Cir Plást*. 2018;33(1):3-11. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2018RBCP0002>
3. Anders CK, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breast cancer before age 40 years. *Semin Oncol*. 2009;36(3):237-49. <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminoncol.2009.03.001>. PMID:19460581.
4. Lopes JSOC, Costa LLA, Guimaraes JV, Vieira F. A sexualidade de mulheres em tratamento para o câncer de mama. *Enfermería Global*. 2016;43:369-87.
5. Prates ACL, Freitas-Junior R, Prates MFO, D'Alessandro AAB, Veloso MF. Indicadores de insatisfação relacionados à imagem corporal em pacientes submetidas à mastectomia. *Rev Bras Mastologia*. 2014;24(1):23-8. <http://dx.doi.org/10.5327/Z201400010005RBM>.
6. Santos DB, Santos MA, Vieira EM. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Saude Soc*. 2014;23(4):1342-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400018>.
7. Hammerschmidt KSA, Rosa LM, Alvarez AM, Radunz V, Tomasi AVR, Valcarenghi RV. Comportamento sexual das mulheres em tratamento radioterápico. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(1):194-201. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i1.25064>.
8. Verenhitch BD, Meideiros JN, Elias S, Nazário ACP. Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. *Femina*. 2014;42(1):1-8.
9. Blumer H. A natureza do Interacionismo simbólico: teoria de comunicação: textos básicos. São Paulo: Mosaico; 1980.
10. Strauss A, Corbin J. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
11. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 13 jun 2013.
12. Silva CMC, Vargens OMC. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2780. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>. PMID:27579935.
13. Sampaio ACP. Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia [dissertação]. Campinas: Universidade Católica de Campinas; 2006.
14. Silva SÉ, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues IL, Leite TV, Santos LM et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas

- implicações para o autocuidado. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):727-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500006>. PMID:21103764.
15. Inocenti A, Santos MA, Loyola-Caetano EA, Magalhães PAP, Panobianco MS. Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasias da mama. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(2):1-9.
 16. Capisano HF. Imagem corporal. In: Melo J Fo, organizador. *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 179-92.
 17. Peña CG. Enfrentando o câncer: cuidados com a imagem pessoal. São Paulo: Senac; 2013.
 18. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs.* 1996;19(4):308-19. <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-199608000-00007>. PMID:8768689.
 19. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-93. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2003.04.196>. PMID:14615446.
 20. Archibald S, Lemieux S, Byers ES, Tamlyn K, Worth J. Chemically-induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. *Women Ther.* 2006;29(1-2):83-106. http://dx.doi.org/10.1300/J015v29n01_05.
 21. Ochsenkühn R, Hermelink K, Clayton AH, von Schönfeldt V, Gallwas J, Ditsch N et al. Menopausal status in breast cancer patients with past chemotherapy determines long-term hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2011;8(5):1486-94. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02220.x>. PMID:21366876.
 22. Martins LC, Ferreira C Fo, Del Giglio A, Munhoes DA, Trevizan LL, Herbst LG et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(2):158-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200019>. PMID:19488651.
 23. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(1):43-50.
 24. Silva BB, Fernandes RC, Martins KA, Machado MGI. Influência da quimioterapia no peso corporal de mulheres com câncer de mama. *Comum. Ci Saúde.* 2010;21(3):245-52.
 25. Peto R, Davies C, Godwin J, Gray R, Pan HC, Clarke M et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials. *Lancet.* 2012;379(9814):432-44. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61625-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61625-5). PMID:22152853.
 26. Sampaio HAC, Oliveira NM, Sabry MOD, Carioca AAF, Pinheiro LGP. Influência do tipo de terapia antineoplásica sobre marcadores antropométricos e dietéticos em mulheres portadoras de câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(2):223-30.
 27. Prado BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Cienc. Cult.* 2014;66(1):21-4.
 28. Seixas RJ, Bosso AGO, Marx AG. Exercício Físico Aeróbico e Câncer de Pulmão: um Estudo de Revisão. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(2):267-75.
 29. Freire MM, Hagen BM, Lima CF, Oliveira LLF, Pinto LMTR, Santos AAP. Câncer de mama e seus tratamentos: repercussões na sexualidade vivenciada por mulheres. *Rev. Enferm UFPE Online.* 2017;11(11):4511-4.
 30. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. *Physis Rev Saúde Col.* 2017;27(3):433-51. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300004>.
 31. Costa TS, Capeletti CP, Mello ML, Vieira PR, Brum MD, Krabbe EC et al. Escola, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidades para as infecções sexualmente transmissíveis. *Rev. Interd. Ens. Pesq. Exten.* 2016;4(1):75-84.
 32. Kelvin JF, Steed R, Jarrett J. Discussing safe sexual practices during cancer treatment. *Clin J Oncol Nurs.* 2014;18(4):449-53. <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.449-453>. PMID:25095299.
 33. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ci Saúde.* 2007;14(1):17-22.
 34. Hirschle TMR. Mulheres mastectomizadas e seus parceiros: representações sociais do corpo e satisfação sexual [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016.
 35. Gasparelo C, Sales CA, Marcon SS, Salci MA. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. *Ci Cuid Saúde.* 2010;9(3):535-42. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v9i3.12557>.
 36. Rocha JFD, Cruz PKR, Vieira MA, Costa FM, Lima CA. Mastectomia: as cicatrizes na sexualidade feminina. *Rev. Enferm. UFPE Online.* 2016;10(5):4255-63.