



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO

**SEXUALIDADE DO CASAL NA PERSPECTIVA DA MULHER QUE
VIVENCIA A MASTECTOMIA**

Rio de Janeiro

2018

DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO

**SEXUALIDADE DO CASAL NA PERSPECTIVA DA MULHER QUE VIVENCIA A
MASTECTOMIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Regina de Souza

Rio de Janeiro

2018

P659s Pinto, Djennifer Gama da Silva.
Sexualidade do casal na perspectiva da mulher que
vivencia a mastectomia / Djennifer Gama da Silva Pinto. -
Rio de Janeiro, 2018.
116 f. ; il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Regina de Souza.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
Bibliografia.
Inclui lista de ilustrações.

1. Mamas - Câncer. 2. Mastectomias - Aspectos
Psicológicos. 3. Mulheres - Comportamento Sexual. I.
Titulo.
CDD 616.99449

DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO

**SEXUALIDADE DO CASAL NA PERSPECTIVA DA MULHER QUE VIVENCIA A
MASTECTOMIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof.^a Dr.^a Sônia Regina de Souza
Presidente - UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Laisa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara
1º Examinadora - INCA

Prof.^a. Dr.^a Adriana Lemos Pereira
2º Examinadora - UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Florence Romijn Tocantins
Suplente - UNIRIO

Prof.^a. Dr.^a Cristiane Rodrigues da Rocha
Suplente - UNIRIO

Ao meu filho Emanuel, que é o ar que eu respiro e que me fortalece me incentivando com seu amor incondicional a ser melhor do que posso ser sempre.

A querida e inesquecível Maria Eunice Trindade Jales, que lutou contra o câncer de mama e foi brilhar no céu estrelado aos 47 anos. Jamais se permitiu derrotar. A tia Eunice mãe da minha grande amiga Lívia Jales virou uma linda estrela após 8 anos de adoecimento. Aos pacientes que me permitem o privilégio de assisti-los em meio ao sofrimento e a fragilidade que o tratamento ocasiona.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me mantém firme na longa e difícil caminhada e que me permiti vencer as batalhas com humildade.

Ao meu filho Emanuel Peixoto que me injeta ânimo e coragem através do seu sorriso diário, da sua voz doce e tão esperada, dos seus abraços, dos seus beijos e do seu “mamãe”, mantendo-me de pé diante da tristeza, desânimo e cansaço que me abatem algumas vezes.

Ao meu esposo Leonardo Peixoto que se mostrou frágil e só pela minha ausência durante o mestrado, mas se colocou forte e companheiro para me amparar nos momentos que mais precisei diante da incerteza de tudo, me encorajando sempre.

Aos meus pais José Oliveira e Maria Cristina Gama que nunca duvidaram e sempre tiveram a certeza da vitória. As palavras certas em todos os momentos.

Ao meu irmão Yan Gama que sempre esteve na primeira fila a torcer por mim.

A minha avó linda Maria da Penha de Freitas que nunca deixou de orar por mim e me abençoar.

Aos meus avôs Sebastião de Paiva (em memória) e Manoel Oliveira (em memória) meu agradecimento por cada momento, cada gesto, cada olhar, cada carinho e ensinamento que fazem parte do ser humano que me tornei e da profissional que sou. Saudades.

Aos meus primos/irmãos Lara Gama, Herbert Gama e Cássia Vidal que contribuíram diretamente para construção da pesquisa. Muito obrigada.

Aos meus tios Olivia Gama e Almir Vidal e ao meu primo/irmão Hector Gama que nunca deixaram de acreditar e se interessar por mim.

A minha sogra querida Neiza Peixoto que nunca me disse não quando eu precisei e não foram poucas as vezes.

A minha cunhada Luciana Peixoto que sempre esteve pronta para me ajudar mesmo distante e, com tanto carinho, era sempre sim.

À amiga Sayonara Maya por ter acreditado e me ter feito acreditar, pela paciência e carinho fraternal ao dar o primeiro passo para que o meu sonho do mestrado fosse realidade.

Aos meus amigos queridos Juliana Muniz, Rodrigo Pereira, Maristela Anjo, Margarete Copque, Janete Ferreira, Ecilene Garcia, Sandra de Oliveira, Ladir Soares, Alda Ambrosio, Suzy Patu, Carla Sueli Freire, Ana Claudia Cardoso, Gabriele Rodrigues, Monica Azeredo, Verônica Catarina, Janaína Ramos, Ivanilson Júnior, Rubens Batista, Márcia Regina da Cruz, Josilaine Soares, Valdirene de Oliveira, Jocilene Rocha, Jéssica Nunes, Natália Barbosa,

Taiane Bertoldi, Felipe Freitas, Simoni Oliveira, Carolina Mozato, Rafael Gaspar que compõem as minhas equipes e a minha vida por serem tão especiais e únicos. Por terem contribuído nessa minha jornada de maneiras distintas e ímpares desde o cafezinho nos plantões até mesmo perguntando se estava tudo bem enquanto vinham as lágrimas tantas vezes. Me faltam palavras aqui.

Agradeço as minhas chefes, enfermeira Maria Cláudia Alves, enfermeira Madalena Verli e a enfermeira Dra. Bárbara Martins que acreditaram em mim e me possibilitaram tornar tudo possível e viável diante de dias tão curtos e tão longos.

Agradeço a minha turma do mestrado que abrilhantaram essa luta nunca permitindo que me sentisse sozinha.

Agradeço as pacientes queridas que gentilmente aceitaram participar da pesquisa.

Ao corpo docente e administrativo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro pelo apoio e pela dedicação que dispensaram durante o curso de mestrado.

Em especial, à professora Dr.^a Sônia Regina de Souza, minha orientadora, pela paciência em meio à necessidade de desconstruir e me perder para aí sim me achar. Muito obrigada pela compreensão e por me guiar nesse caminho de descobertas.

PINTO, Djennifer Gama da Silva. **Sexualidade do Casal na Perspectiva da Mulher que Vivencia a Mastectomia**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2018.

RESUMO

O estudo teve como objeto a sexualidade do casal pós-mastectomia feminina, tendo como objetivos: identificar, a partir das representações artísticas das pacientes, como é a sexualidade do casal após a mastectomia total na mulher no percurso do câncer de mama; discutir, a partir das representações, as ações para a promoção da sexualidade de casais pós mastectomia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 13 pacientes do sexo feminino com até dois anos de pós-operatório de mastectomia total. Os cenários da pesquisa foram o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) e a Associação dos Amigos da Mama (ADAMA) localizada no município de Niterói/RJ, após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa atendendo a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. A técnica usada na pesquisa foi a produção artística (PA), pela Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) com o uso da Dinâmica “Almanaque” do Método Criativo-Sensível (MCS). Os resultados demonstraram que após a mastectomia as mulheres e, também o casal, ressignificaram as marcas deixadas pela cirurgia e pelo adoecimento, com ternura e intimidade, e redescobriram a sexualidade. Conclui-se que a sexualidade do casal após a mastectomia ganha novos tons atribuídos pela expressão de sentimentos positivos das mulheres mastectomizadas. É de interesse para o enfermeiro a promoção da sexualidade de casais pós mastectomia e para tanto faz-se necessário um olhar profissional diferenciado acerca da demanda trazida pelos casais que enfrentam a mastectomia. Recomenda-se que enfermeiro utilize para a abordagem ao casal ferramentas importantes, como tecnologias educacionais e assistenciais (consulta de enfermagem, a sala de espera, confecção de cartilhas, encontro de casais com escuta ativa e acolhedora) para primar a qualidade de vida do casal.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Sexualidade. Relações Interpessoais.

PINTO, Djennifer Gama da Silva. **Sexuality of the Couple in the Perspective of the Woman Experiencing the Mastectomy**. Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2018.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the sexuality of couples after the female mastectomy with the following objectives: to identify, based on the artistic representations of the patients, the sexuality of couples after the total mastectomy in women in the course of breast cancer discussing, from the representations, the actions for the promotion of the sexuality of couples after mastectomy. It is a qualitative research, performed with 13 female patients with up to two years postoperative total mastectomy. The research scenarios were the University Hospital Clementino Fraga Filho of the Federal University of Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) and the Association of Friends of Mama (ADAMA) located in the municipality of Niterói/RJ. The technique used in the research was the artistic production (AP), by the technique of creativity and sensitivity (TCS) with the use of the Dynamic "Almanac" of the Creative-sensitive method (CSM). The results showed that the mastectomy leaves marks on the physical body and also in their souls. However, women and couples were able to remean these brands with tenderness and intimacy and rediscovered sexuality after mastectomy. It is concluded that the sexuality of the couple after the mastectomy gains new tones attributed by the expression of positive feelings of the mastectomized women. It is interesting to the nurse the promotion of sexuality of couples after mastectomy, and for both it is necessary a professional look differentiated about the demand brought by couples who face mastectomy. It is recommended that nurses use for the approach to the couple important tools, such as educational and assistance technologies (nursing consultation, the waiting room, the preparation of booklets, meeting of couples with active and welcoming listening) to ensure that the Sexuality is integrated in the area of attention to the health and well-being of the couple.

Keywords: Breast Neoplasms. Sexuality. Interpersonal Relations.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Resultado da Busca de Estudos nas Bases de Dados Eletrônicas – Rio de Janeiro, 2017	22
Quadro 2	Estudos da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro, 2017	23
Quadro 3	Caracterização das participantes – Rio de Janeiro, 2017	52

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1	Análise das Subunidades Temáticas	55
Esquema 2	Movimento da Análise das Representações e a Sexualidade Após a Mastectomia	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição por Faixa Etária	53
Gráfico 2	Distribuição por Tempo de União	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Produção Artística da participante Ágata	59
Figura 2	Produção Artística da participante Água-Marinha	60
Figura 3	Produção Artística da participante Jaspe	61
Figura 4	Produção Artística da participante Crisocola	63
Figura 5	Produção Artística da participante Rubi	64
Figura 6	Produção Artística da participante Âmbar	66
Figura 7	Produção Artística da participante Espinela	67
Figura 8	Produção Artística da participante Ametista	69
Figura 9	Produção Artística da participante Jade	71
Figura 10	Produção Artística da participante Olivina	73
Figura 11	Produção Artística da participante Alexandrita	75
Figura 12	Produção Artística da participante Axinite	77
Figura 13	Produção Artística da participante Turmalina	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAMA	Associação dos Amigos da Mama
AE	Autoestima
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEPHUCFF/UFRJ	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
CEP/UNIRIO	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COLECIONASUS	Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCS	Método Criativo-Sensível
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Produção Artística
PRONTHU	Prontuário Eletrônico do Hospital Universitário
QV	Qualidade de Vida
SCIELO	Biblioteca Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCS	Técnica de Criatividade e Sensibilidade
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Objeto de estudo.....	19
1.2	Questão norteadora.....	19
1.3	Objetivos do estudo.....	20
1.4	Relevância do estudo.....	20
1.5	Contribuição do estudo.....	30
2	BASES CONCEITUAIS.....	31
2.1	Sexualidade e a abordagem da enfermagem no contexto do câncer de mama.....	31
2.2	Câncer de mama, a mastectomia e o casal.....	37
3	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	46
3.1	Considerações metodológicas.....	46
3.2	Captação dos participantes do estudo.....	47
3.2.1	<u>Primeira etapa: consulta ao prontuário eletrônico.....</u>	47
3.2.2	<u>Segunda etapa: convite por contato telefônico.....</u>	48
3.2.3	<u>Terceira etapa: <i>snowball</i>.....</u>	48
3.2.4	<u>Quarta etapa: visita a associação dos amigos da mama (ADAMA).....</u>	49
3.3	A coleta de dados.....	49
3.3.1	<u>Local, entrevista e caracterização dos participantes</u>	49
3.3.2	<u>Produção artística: criatividade e sensibilidade.....</u>	50
3.3.2.1	Primeiro Momento da Dinâmica.....	50
3.3.2.2	Segundo Momento da Dinâmica.....	51
3.3.2.3	Terceiro Momento da Dinâmica.....	51
3.3.2.4	Quarto Momento da Dinâmica.....	51
3.3.2.5	Quinto Momento da Dinâmica.....	51
3.4	Análise dos dados.....	52
3.5	Caracterização das participantes.....	52
3.6	Análise temática.....	54
4	O OLHAR DELICADO SOBRE A SEXUALIDADE DO CASAL APÓS A MASTECTOMIA: EMOÇÃO/TERNURA E AFETO/INTIMIDADE.....	58

SUMÁRIO (cont.)

4.1	Subunidade temática emoção/ternura.....	58
4.2	Subunidade temática afeto/intimidade.....	71
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES E ANEXOS.....	95
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	96
	Apêndice B – Declaração de Infraestrutura A.....	98
	Apêndice C – Declaração de Infraestrutura B.....	99
	Apêndice D – Agrupamento das unidades de registro nas subunidades.....	100
	ANEXO A – Aprovação do comitê de ética - UNIRIO	109
	ANEXO B – Aprovação do comitê de ética - UFRJ.....	113

1 INTRODUÇÃO

Se houvesse a oportunidade de traçar um marco inicial na minha trajetória de vida com o câncer, poderia dizer claramente que ele se deu ainda na adolescência envolvida por uma grande amizade com uma amiga/irmã no segundo grau, que irradiava felicidade e simpatia, mas que tinha uma trajetória de vida surpreendente para mim. Para fazer um trabalho de escola, em dupla, fui a casa dessa amiga. Já na porta ouvia a voz fina, suave e banhada por alegria que vinha de dentro da casa, era a sua mãe.

Me lembro como se fosse hoje, quando cheguei na cozinha da casa e a minha amiga me apresentou sua mãe. Fiquei sem saber o que dizer ou o que falar pois fui tomada por uma sensação tão ruim de tristeza e medo com o que eu via. Ela fazia tratamento para o câncer de mama. E eu não entendia porque a minha amiga, a irmã dela e a sua mãe eram tão felizes. Nunca vi minha amiga chorar ou triste. Fiz o trabalho rapidamente, pois queria ir logo embora dali para nunca mais voltar.

Voltei na semana seguinte e em todas as outras por dois anos ainda até que fui para o vestibular e para a faculdade. Levei para a vida a amizade dessa minha querida irmã, assim como a sua delícia de família com pais separados que conviviam super bem, o que eu também não entendia.

A “tia” (mãe da minha amiga) veio a falecer anos depois, e não pude me despedir. A sensação ruim já não existia mais quando a vida me deu a oportunidade de encontrar a oncologia durante a graduação na Universidade Federal Fluminense (UFF-2001-2006) nos estágios curriculares e extracurriculares.

Quando fui ser residente em uma instituição de referência para tratamento do câncer no município do Rio de Janeiro, em 2009, tive a sensação de andar em círculos, de enxugar gelo, porque não compreendia que não mudaria o contexto de adoecimento dos meus pacientes oncológicos, mas que poderia contribuir para a qualidade de vida deles. Assim como a mãe da minha amiga que viveu com qualidade de vida mesmo tratando o câncer de mama.

Após dez anos de formada, duas residências e três especializações me vi desvinculada desse encontro e compromisso com a oncologia que teve início há tantos anos. Foi então que decidi resgatá-lo no mestrado após ser aluna especial em uma disciplina que abordava a qualidade de vida.

Com o propósito de embasar e contextualizar a minha temática no mestrado me remeto as condições crônicas, que constituem problemas de saúde que requerem

gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas.

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006).

A melhora na qualidade de vida trouxe benfeitorias e facilidades a rotina diária, mas em contrapartida, levou o indivíduo a um ritmo acelerado no seu cotidiano com pouco tempo para a prática de hábitos saudáveis que são fundamentais para minimizar o surgimento das doenças crônicas.

Com o propósito de reverter esse quadro alarmante relacionado as DCNT o Ministério da Saúde criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.

O referido plano tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O Plano visa a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, com ações preventivas e promocionais de saúde, detecção precoce e tratamento oportuno, reordenando os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica e da participação comunitária (BRASIL, 2011, p. 13).

A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, primando bem-estar do indivíduo, dentro das circunstâncias, são fundamentais para evitar um crescimento exponencial dessas doenças e suas consequências dramáticas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no Brasil.

Com a proposta de melhoria do tratamento do câncer o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 que em seus artigos 1 e 2 estabelece como objetivo a

redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer (BRASIL, 2016a).

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, respondendo por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. Para o Brasil, em 2016, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2016b).

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) fez uma estimativa para 2016, de 14.388 casos de câncer de mama com óbito, sendo 181 homens e 14.206 mulheres (BRASIL, 2016b).

A doença é temida pelas mulheres, pois seu processo natural repercute lhes intensamente na condição física, social e emocional (BRASIL, 2004).

Para as mulheres submetidas a mastectomia, a questão da imagem corporal pode ter uma importância maior, já que está ausente uma parte de seu corpo que tem enorme representatividade no conceito feminino. Em todas as fases do desenvolvimento da mulher, as mamas têm um importante papel, que transcende o aspecto biológico, já que culturalmente representam um símbolo de identificação da mulher e de sua feminilidade, expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Quando há ameaça de perda do seio, as repercussões emocionais podem danificar a integridade física e a imagem psíquica que a mulher tem de si e de sua sexualidade. Esse evento é permeado de vivências dolorosas, alterando a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e sua mente (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Associado à nutrição física que a mãe proporciona ao lactente através dos seios, há um referencial teórico e prático nas áreas de psicologia e psicanálise que destacam o seio como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com o filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento (SILVA, 2008).

Além do prazer e estímulo sexual, as mamas constituem-se como determinantes do desenvolvimento do corpo, representando o amadurecimento do aparelho reprodutor feminino (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

Portanto é possível conceber a mama vinculada a sexualidade e feminilidade da mulher e o seio vinculado a amamentação/maternidade propriamente dita.

Compreender esses significados é importante para nortear o tratamento e a assistência voltados para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade (SILVA, 2008).

Dessa forma, o câncer de mama e seu tratamento interferem na identidade feminina, levando, geralmente, a sentimentos de baixa autoestima, de inferioridade e medo de rejeição do parceiro (SILVA, 2008).

De um modo geral, tanto a doença como seus tratamentos tendem a afetar aspectos específicos do funcionamento sexual e da vida íntima das pacientes (SANTOS et al., 2013). Quando o tratamento está em andamento, as inquietações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a sexualidade da mulher (CARVER, 1993; DUARTE; ANDRADE, 2003; GANDINI, 1995; GIMENES; QUEIROZ, 2003).

O companheiro nesse processo é participante ativo de todas as etapas vivenciadas pela sua companheira, a saber: o diagnóstico, escolha do tratamento, realização da intervenção, acompanhamento e controle de cura (CECÍLIO et al., 2013).

A ausência do seio acarreta prejuízos que irão afetar diretamente a qualidade de vida das mulheres, afetando suas relações interpessoais com uma consequente sobrecarga emocional (MAJEWSKI et al., 2012; MOREIRA; MANAIA, 2005). Tanto a doença como seus tratamentos tendem a afetar aspectos específicos do funcionamento sexual e da vida íntima das pacientes (SANTOS et al., 2013).

Dessa forma, o parceiro/cônjuge/companheiro e sua esposa estão inseridos como casal em todo o contexto do adoecimento pelo câncer de mama e estão sujeitos as consequências da mastectomia proposta como tratamento na vida a dois.

É de suma importância refletir sobre a prática da equipe multiprofissional, diante do adoecimento da paciente e de sua família, e também sobre a constância do olhar voltado prioritariamente para a paciente. O adoecimento e a equipe multiprofissional colocam a família e o companheiro, por ser o mais próximo na maioria das situações, em uma posição delicada e difícil de rede de apoio. Há muita cobrança para que a paciente seja cercada de atenção e tenha suporte emocional e logístico para todo o enfrentamento imposto pelas circunstâncias inerentes a neoplasia.

Mas qual atenção e suporte é ofertado a esse companheiro para que consiga assimilar e processar toda a dinâmica do adoecimento, inversão de papéis, mudança na logística familiar, maturidade e equilíbrio emocional para ser o pilar de sustentação para a esposa acometida? É

preciso ter um olhar reflexivo e construtivo diante dessa realidade.

A doença é tratada, assim como a proposta terapêutica implementada satisfatoriamente e o resultado esperado é alcançado com a alta hospitalar, quando houver a internação. Na atenção primária os pacientes seguem as recomendações e controlam a doença melhorando os hábitos alimentares e suas taxas metabólicas.

Com isso a equipe multiprofissional cumpre as metas estabelecidas e almeçadas pelos diferentes programas do Ministério da Saúde. É preciso considerar que o tema é, a priori, salutar para a mulher com câncer de mama, seu companheiro, adolescentes em diferentes idades, idosos que, com o advento da farmacologia tem vida sexual ativa que outrora não tinham.

Na prática de enfermagem, é fundamental para a qualidade de vida da paciente com câncer de mama e de seu companheiro, que a sexualidade do casal seja incluída ao plano de cuidados do enfermeiro.

É necessária a valorização pelo enfermeiro da sexualidade dentro da oncologia, buscando oportunidades de assistir o casal, com foco na qualidade de vida, que é tão presente no tema sexualidade, ampliando os diagnósticos de enfermagem e prescrevendo uma assistência que absorva essa demanda.

1.1 Objeto de estudo

A sexualidade do casal pós-mastectomia feminina sob o olhar da mulher.

1.2 Questão norteadora

Considerando que o parceiro e sua esposa estão inseridos como casal em todo o contexto do adoecimento pelo câncer de mama e estão sujeitos as consequências da mastectomia proposta como tratamento. E ainda, a importância da assistência de enfermagem, cabendo ao enfermeiro identificar as demandas diante da sexualidade oriunda do casal para melhor intervir. A pesquisa tem a seguinte questão norteadora:

Qual a repercussão na sexualidade do casal ao vivenciar a mastectomia total na

mulher?

1.3 Objetivos do estudo

Identificar, a partir de representações artísticas das pacientes, como é a sexualidade do casal após a mastectomia total na mulher no percurso do câncer de mama.

Discutir, a partir das representações, as ações para a promoção da saúde na sexualidade de casais pós-mastectomia.

1.4 Relevância do estudo

Na relevância do estudo foram destacados dois aspectos: primeiro o grande impacto psicológico, funcional e social, decorrente do câncer de mama e da mastectomia, atuando negativamente nas questões relacionadas a autoimagem e a percepção da sexualidade das pacientes e do casal. O que resulta em impacto na qualidade de vida do casal a qual a paciente e seu companheiro estão inseridos, já que a sexualidade é um atributo à qualidade de vida do casal em todas as suas vertentes.

O segundo aspecto de relevância do estudo foram as lacunas observadas na revisão integrativa de literatura, que, por meio de uma análise crítica dos estudos, permitiu a síntese geral a respeito da área de conhecimento. A revisão integrativa é um método de condensação de pesquisas anteriores, em que conclusões são estabelecidas proporcionando um entendimento mais abrangente do fenômeno que se pretende estudar (URSI, 2005).

A seleção dos artigos foi realizada através de busca de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Brasil, selecionando as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde (COLECCIONASUS), na biblioteca Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Serviço da U.S. National Library of Medicine (PUBMED), na base Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL),

na base de dados SCOPUS e no Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS).

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de janeiro a agosto de 2017 e utilizaram-se as seguintes palavras-chaves relacionadas ao tema: neoplasias da mama, câncer de mama, câncer, cônjuges, sexualidade, pesquisa qualitativa, família, estudo família, casal, mastectomia, breast neoplasms, breast cancer, cancer, family, studies family, studies, qualitative research, qualitative, spouses, sexuality, couple, mastectomy. Para ampliar a busca de artigos foi realizada uma combinação entre as palavras-chaves, descrita no quadro 1.

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para a presente revisão foram: os artigos originais disponíveis eletronicamente de forma gratuita, em texto completo nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, publicados entre o período de 2006 e 2016, visando uma busca ampliada de material recente e atualizado. Como critérios de exclusão foram definidos: artigos que possuíam temática sem conteúdo relacionado com a oncologia. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência e publicações duplicadas.

Para melhor organizar o refinamento da busca nas bases de dado seguiu-se a seguinte dinâmica: leitura dos títulos e resumos; exclusão dos artigos duplicados nas bases de dados e nos grupos formados pelas combinações das palavras-chaves conforme quadro 1; leitura na íntegra dos artigos restantes para seleção final da amostra para composição da matriz do estudo.

No total encontrou-se 470 títulos, sendo 27 repetidos, com aproveitamento de 42 artigos, conforme quadro 2. Sendo os 400 artigos restantes fora dos critérios de inclusão.

Quadro 1 - Resultado da Busca de Estudos nas Bases de Dados Eletrônicas – Rio de Janeiro, 2017

Palavras-chave	BASE DE DADOS									
	BVS BRASIL			COLECIONA SUS	SCIELO	PUBMED	CINAHL	SCOPUS	IBECS	TOTAL
	MEDLINE	LILACS	BIREME							
Neoplasias da mama AND sexualidade AND relações interpessoais	-	1	25	0	0	-	-	-	0	
Neoplasias da mama AND cônjuges AND sexualidade	-	0	13	0	0	-	-	-	0	
Neoplasias da mama AND cônjuges AND pesquisa qualitativa AND sexualidade	-	0	2	0	0	-	-	-	1	
Neoplasias da mama AND cônjuges AND pesquisa qualitativa AND família	-	0	19	0	0	-	-	-	1	
Neoplasias da mama AND cônjuges AND sexualidade AND família	-	0	5	0	0	-	-	-	1	
Câncer de mama AND casal AND sexualidade AND mastectomia	-	0	2	0	0	-	-	-	0	476
Câncer de mama AND câncer AND pesquisa qualitativa AND estudo família AND cônjuges AND sexualidade AND mastectomia	-	0	1	0	0	-	-	-	0	
Breast cancer AND sexuality AND interpersonal relations	72	1	52	0	2	97	26	33	0	
Breast cancer AND couple AND sexuality AND mastectomy	0	0	5	0	1	22	53	1	7	
Breast neoplasms AND cancer AND qualitative studies AND studies family AND spouses	0	0	17	0	0	14	2	0	0	

Fonte: A autora, 2017.

Quadro 2 - Estudos da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro, 2017

Estudo	Autor/Ano	Título	Objetivos	Amostra
1	Bervian; Giradon-Perlini (2006)	A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia.	Compreender como é para a família ter em seu meio a mulher/mãe que realizou a mastectomia.	Familiares (maridos e/ou filhos) de mulheres mastectomizadas que participaram de um grupo de autoajuda.
2	Conde et al. (2006)	Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.	Revisar a literatura e discutir estudos nacionais e internacionais, apresentando o estado atual do conhecimento sobre a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.	Revisão de literatura.
3	Hoffmann; Muller; Frasson (2006)	Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama.	Verificar as repercussões psicossociais do diagnóstico e do tratamento médico em mulheres com câncer de mama. Identificar o apoio social e o bem-estar espiritual percebido por essas mulheres.	Setenta e cinco mulheres em tratamento para o câncer de mama.
4	Makluf; Dias; Barra (2006)	Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.	Revisar a literatura sobre como a qualidade de vida é avaliada em mulheres com câncer de mama, quais são os instrumentos disponíveis e a metodologia utilizada para inferi-la.	Revisão de literatura.
5	Malta et al. (2006)	A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde.	Revisar e descrever as principais ações na implantação do sistema nacional de vigilância e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.	Revisão de literatura.
6	Filgueiras et al. (2007)	Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e	Avaliar o risco individual de adoecimento das mulheres, sujeitos da pesquisa, e também estudar o tipo de transmissão psíquica geracional presente nas famílias das mulheres afetadas. Intervir através da psicoterapia nos casos de risco.	Estudo de caso com entrevista individual com a paciente e com a família.

		familiar.		
7	García Viniegras; Blanco (2007)	Bienestar psicológico y cáncer de mama.	Identificar os aspectos psicológicos mais relevantes nas mulheres com câncer de mama como estilos de enfrentamento, e também efeitos psicológicos do tratamento, determinantes do bem-estar psicológico como a autoconfiança, estabilidade emocional, força, afetividade positiva e autoestima.	Revisão de literatura.
8	Miedema; Hamilton; Easley (2007)	From “invincibility” to “normalcy”: coping strategies of young adults during the cancer journey.	Identificar o impacto psicológico do câncer em adultos quando jovens.	Quinze jovens adultos com câncer.
9	Talhaferro; Lemos; Oliveira (2007)	Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher.	Identificar os problemas enfrentados pela mulher mastectomizada no seu contexto de vida.	Dez mulheres mastectomizadas.
10	Akyüz et al. (2008)	Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners.	Descrever as experiências das mulheres turcas com câncer ginecológico e seus parceiros.	Dezenove mulheres com câncer ginecológico.
11	Araújo; Fernandes (2008)	O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher.	Compreender o significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher.	Oito mulheres com câncer de mama.
12	Barreto et al. (2008)	As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem.	Verificar junto as mulheres quais as informações que gostariam de receber no pré-operatório de mastectomia. Levantar as necessidades de informações no pós-operatório. Contribuir com a elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória à mulher mastectomizada.	Dezesseis mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no ambulatório de um hospital público.
13	Ferreira; Almeida; Raserá (2008)	Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais	Descrever e analisar os sentidos que casais constroem sobre o câncer de mama da parceira e sobre as formas de se relacionar com o adoecimento por essa patologia.	Sete casais a qual as mulheres frequentam um serviço especializado em reabilitação de mastectomizadas.

		que o vivenciaram.		
14	Santos et al. (2008)	Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas.	Analisar as influências ocasionadas pelo câncer de mama e seu tratamento na vida afetiva e sexual de oito mulheres afetadas.	Estudo de caso com oito mulheres com câncer de mama.
15	Stilos; Doyle; Daines (2008)	Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers.	Discutir a sexualidade das mulheres com câncer ginecológico. Destacar as barreiras para abordar a sexualidade com pacientes com câncer. Fornecer aos enfermeiros uma estrutura para orientá-los no fornecimento de informações e apoio a pacientes que sofrem dificuldades sexuais ou que precisam de informações sobre a função sexual.	Estudo de caso com uma paciente com câncer de colo de útero e com uma enfermeira inserida na assistência a essa mulher e seu parceiro.
16	Rheaume; Mitty (2008)	Sexuality and intimacy in older adults.	Revisar as mudanças relacionadas a idade e a doença na função sexual. Descrever as atitudes dos adultos mais velhos, suas famílias e seus cuidadores em relação a sua sexualidade e intimidade. Analisar a avaliação da enfermagem e as intervenções educacionais que apoiam a sexualidade saudável em adultos mais velhos.	Revisão de literatura.
17	Amaral et al. (2009)	Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo.	Investigar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas sem reconstrução da mama.	Trinta mulheres em tratamento por quimioterapia no ambulatório de um hospital público.
18	Aureliano (2009)	“...e Deus criou a mulher”: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama.	Discutir a ideia histórica, social e cultural do corpo feminino e dos papéis sociais associados a ele e como essa representação é percebida e reelaborada pela mulher mastectomizada. Discutir quais os discursos e visões passam a ser utilizados para a compreensão desse corpo após a experiência da doença.	Mulheres com diagnóstico de câncer de mama e mastectomizadas.
19	Fergus; Gray (2009)	Relationship	Identificar o papel das relações interpessoais	Dezenove mulheres (em

		vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives.	no ajuste da mulher com câncer de mama.	diferentes estágios da doença) e onze esposos.
20	Huguet et al. (2009)	Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.	Avaliar a qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres com câncer de mama segundo o tipo de cirurgia e características sociodemográficas.	Cento e dez mulheres tratadas há pelo menos um ano por câncer de mama.
21	Feijó et al. (2009)	O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama.	Conhecer como a família vivência o câncer de mama sob o olhar da pessoa enferma.	Seis mulheres com o diagnóstico de câncer de mama em tratamento radioterápico.
22	Marcon et al. (2009)	Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática.	Conhecer a percepção de enfermeiros que atuam na atenção básica sobre rede social.	Cinquenta e três enfermeiros.
23	Nakopoulou; Papaharitou; Hatzichristou (2009)	Patients' sexual health: a qualitative research approach on greek nurses' perceptions.	Explorar percepções sobre problemas de saúde sexual e como isso pode inibir ou aumentar a habilidade das enfermeiras gregas de incorporar a avaliação da saúde sexual na prática diária.	Quarenta e quatro enfermeiros.
24	Pinto (2009)	Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção.	Abordar o conceito de linhas de cuidado e compreender os contextos e experiências singulares que exigiram sua produção.	Revisão de literatura
25	Ramos; Lustosa (2009)	Câncer de mama feminino e psicologia.	Levantar alguns pontos de reflexão no que se relaciona aos significados culturais do câncer de mama e do significado do seio enquanto ícone da identidade feminina.	Revisão de literatura.
26	Silva; Griep; Rotenberg (2009)	Apoio social e rastreamento do câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem.	Analisar a associação entre o apoio social e práticas de detecção precoce de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem.	Mil trezentas e sete profissionais da assistência de enfermagem de três hospitais públicos do município do Rio de Janeiro.

27	Imada; Souza; Biffi (2010)	Adaptação e validação da <i>Family Dynamics Measure II</i> para familiares de mulheres com câncer de mama.	Adaptar e validar a Family Dynamics Measure II para uso com famílias de mulheres com câncer de mama.	Familiares de mulheres com câncer de mama e juízes.
28	Azevedo; Lopes (2010)	Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas.	Refletir a concepção de corpo das mulheres a partir da obra fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty e de autores que trabalham com a temática referente à mulher mastectomizada.	Mulheres que vivenciaram a mastectomia.
29	Gilbert; Ussher; Perz (2010)	Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers.	Investigar as formas que a intimidade e a sexualidade são renegociadas no contexto do câncer e quais os fatores associados à renegociação bem sucedida ou mal sucedida, da perspectiva dos parceiros que cuidam de uma pessoa com câncer.	Vinte participantes, dentre pacientes e parceiros.
30	Julien; Thom; Kline (2010)	Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice.	Explorar a atitude das enfermeiras oncológicas sobre o conhecimento da saúde sexual.	Enfermeiros que trabalham com terapia intensiva, ambulatórios e clínicas cirúrgicas.
31	Moura et al. (2010)	Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas.	Descrever os sentimentos das mulheres sobre o câncer de mama. Discutir as mudanças ocorridas na vida da mulher após o câncer de mama.	Treze mulheres mastectomizadas.
32	Sánchez (2010)	Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama.	Analisar as vivências das mulheres mastectomizadas relacionadas a sua sexualidade, os fatores que influenciam o abandono total ou parcial de seus padrões sexuais anteriores e a repercussão que isso pode ter sobre a degradação familiar.	Trinta pacientes do serviço de reabilitação, oncologia e radioterapia de um hospital de Barcelona.
33	Silva et al. (2010)	Representações sociais de mulheres mastectomizadas e	Identificar as representações sociais de mulheres mastectomizadas sobre a mama. Analisar as implicações dessas representações	Dezoito mulheres mastectomizadas.

		suas implicações para o autocuidado.	sociais no autocuidado.	
34	Costa (2011)	Ensaio sobre a íntima e complexa relação entre o amor e o sexo.	Analisar a existência do amor e do sexo nos relacionamentos.	Revisão de literatura.
35	Akinci (2011)	The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics.	Determinar os níveis de conforto dos enfermeiros e fatores que afetam seus níveis de conforto durante as experiências clínicas que incluem temas sexuais.	Cento e quarenta e uma enfermeiras que trabalham nas unidades médicas ou cirúrgicas.
36	Andrade; Panza; Vargens (2011)	As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva.	Analisar a contribuição das redes de apoio no enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama sob a ótica de mulheres que o experienciaram.	Quinze mulheres com diagnóstico de câncer de mama há pelo menos dois anos, sem metástases, e que foram submetidas a tratamento cirúrgico.
37	Cesnik; Santos (2012)	Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa.	Investigar o impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade da mulher por meio da análise da produção científica.	Revisão de literatura.
38	Majewski et al. (2012)	Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura.	Revisar a literatura acerca da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura.	Revisão de literatura.
39	Santos et al. (2013)	A (in)sustentável leveza dos vínculos afetivos: investigando a sexualidade em mulheres que enfrentam o tratamento do câncer de mama.	Analisar as repercussões dos tratamentos do câncer de mama na vida sexual e na intimidade de mulheres acometidas.	Observações de encontros grupais com pacientes.
40	Lopes et al. (2013)	Diagnósticos de	Identificar os diagnósticos de enfermagem, no	Cento e oitenta e cinco

		enfermagem no pós-operatório de mastectomia.	período pós-operatório de mastectomia, entre mulheres internadas em uma unidade de internação oncológica de um hospital público.	prontuários de mulheres mastectomizadas.
41	Neris; Anjos (2014)	Experiência dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa literatura.	Reunir, caracterizar, analisar, sintetizar e integrar estudos primários que abordaram as experiências dos cônjuges/esposos/parceiros de mulheres com câncer de mama, apresentando o estado atual do conhecimento.	Revisão de literatura.
42	Vieira et al. (2014)	Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação.	Compreender as repercussões psicossociais e culturais do câncer de mama e seus tratamentos na sexualidade de mulheres.	Vinte e três mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Fonte: A autora, 2017.

A revisão integrativa da literatura nacional e internacional, que incluiu a análise de resultados de pesquisas relevantes, oferece suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica (BENEFIELD, 2003).

Os resultados desta revisão possibilitaram aprofundar o conhecimento acerca da sexualidade da paciente e seu companheiro diante do adoecimento pelo câncer de mama e da mastectomia, permitindo um olhar crítico acerca do conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre a sexualidade do casal após vivenciarem o diagnóstico do câncer de mama e a mastectomia total. Estudos de revisão integrativa são relevantes para a reunião e síntese do conhecimento e por trazer respaldo à prática baseada em evidências (NERIS; ANJOS, 2014).

Contudo é necessário que haja mais pesquisas que abordem a sexualidade do casal, especificamente, contextualizados pelo câncer de mama sob o olhar do enfermeiro.

1.5 Contribuição do estudo

Para a equipe multiprofissional de modo que haja a reflexão sobre a prática assistencial considerando relevante as necessidades do casal inserido no adoecimento pelo câncer de mama e pela mastectomia.

Para os cursos de ensino superior da área da saúde, principalmente o de enfermagem, para que incluam na sua grade curricular disciplinas que abordem a temática sexualidade, a fim de oferecer subsídios para que os futuros profissionais estejam capacitados para abordarem o assunto sem tabus e com clareza para atender a demanda que possa existir nos seus serviços. Que seja extensivo aos cursos de extensão e educação permanente, para que haja a atualização e o preparo profissional daqueles que já atuam na prática e buscam ferramentas para melhorarem a qualidade da assistência.

Para novas pesquisas através de mais publicações e estudos sobre o tema sexualidade do casal em diferentes cenários do adoecimento que não apenas a oncologia. Para que gradativamente hajam contextualizações distintas que embasem a capacitação dos profissionais de saúde em diferentes oportunidades de atuação.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 Sexualidade e a abordagem da enfermagem no contexto do câncer de mama

Uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida que tem sido valorizada nos últimos anos como parte relevante do processo saúde-doença é a sexualidade (WILMOTH, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atividade sexual de boa qualidade ou felicidade sexual é condição básica na promoção da saúde humana e é uma parte importante sobre a autoimagem, saúde, qualidade de vida e bem-estar geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A OMS (WHO, 1975) ainda coloca que a sexualidade é parte integral da personalidade de cada um, é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. Sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Afinal trata-se de uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. É ser sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Não existe um direito mais importante que o outro (BRASIL, 2010).

A sexualidade é um aspecto central do ser humano em toda a vida e abrange sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A Sexualidade é experienciada e expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre expressadas ou sentidas. Sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH, 2013).

Compreender a sexualidade humana dando ênfase somente aos componentes anátomo-fisiológicos seria errôneo, por ser reducionista e fomentador da visão dualista que separa do

objetivo o subjetivo, onde a mente e a razão dominam o corpo e a emoção (PENNA, 1997). A construção do sujeito, na tradição dualista, de separação, tanto nega o corpo e as emoções como fontes de conhecimento como considera que estes interferem no (ou se opõem ao) processo de conhecimento, devendo, portanto, ser controlados para melhor conhecer (GIFFIN, 1994).

Em termos de sua datação histórica, o termo sexualidade surge, segundo Foucault, no início do século XIX (FOUCAULT, 1998); antes do surgimento do termo, já se encontram estudos sobre práticas sexuais, comportamento sexual e temas relacionados, datando desde pelo menos o século XVII. Foucault mostra que a sexualidade passa a ser um *valor* no século XX, independentemente de quais atos ou partes do corpo são tidos como *sexuais*.

Assim o significado de sexualidade não pode derivar simplesmente do corpo, interpretado de modo fácil e imutável. No meio da discussão de novos discursos sobre a sexualidade é crucial que nos conscientizemos de como eles são criados e de nossa própria participação neste processo (VANCE, 1995).

A sexualidade é uma condição humana que começa a se formar na infância, continua sendo construída na adolescência e se manifesta diferentemente nas várias fases da vida (RHEAUME; MITTY, 2008; VAN HAUTE, 2005). Esta abrange a relação sexual, o erotismo, o prazer, a orientação sexual e a reprodução; se expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, comportamento e relacionamentos e é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos. Segundo Freud, "se o ser humano negligenciar a sua sexualidade, ele jamais se sentirá um ser completo" (BRENNER, 2007).

Nessa dinâmica tem-se as vivências afetivas da infância e da adolescência que ficam registradas de forma indelével no inconsciente e, mais tarde, vão impactar a vida sexual do indivíduo, constituindo a pedra angular da relação amorosa e conjugal (COSTA, 2007).

À luz dos pressupostos psicanalíticos, a expressão mais primitiva da excitação sexual se ancora nas experiências prazerosas dos relacionamentos dos primeiros meses de vida. São as vivências de ser cuidado na infância que irão modular a intensidade do desejo sexual do adulto. Desse modo, o interesse sexual não depende apenas do nível hormonal adequado. Ele é mobilizado por lembranças e fantasias, bem como pelos estímulos externos reforçadores, que são relativamente específicos de acordo com a orientação sexual do indivíduo (COSTA, 2011).

Quando o desejo sexual inclui a escolha de determinada pessoa, a excitação sexual se transforma em desejo erótico, base do amor sexual maduro que, além do prazer, implica uma

comunhão de disposições e expectativas no plano emocional e afetivo (COSTA, 2011).

Na visão antropológica, tem-se o sociólogo John Gagnon que marcou os estudos da sexualidade nas Ciências Sociais, com o Construtivismo Social, juntamente com William Simon através de um trabalho chamado *Sexual Conducts*, publicado originalmente em 1973 e ainda não traduzido para o português. Nessa obra, os autores lançam as bases para uma interpretação social das raízes do desejo sexual dos seres humanos. Eles desconstruem a ideia do desejo sexual como resultado de uma idiosincrasia individual das pessoas.

Dessa maneira, vão contra a ideia salutar para a psicanálise sobre a elaboração do objeto de desejo sexual. Esse trabalho foi importante para os estudos em sexualidade, a partir de seu lançamento, para nomes importantes como Michel Bozon (sociólogo), Carole Vance (antropóloga), Gilbert Herdt (antropólogo), Richard Parker (antropólogo, sociólogo), Maria Luiza Heilborn (antropóloga), entre outros que, a partir de então, compartilharam essas ideias (OLTRAMARI, 2007).

Autores contemporâneos no Brasil, como Richard Parker e Regina Maria Barbosa, discorrem sobre a marginalidade do tema sexualidade dentro das Ciências Sociais no século XX (PARKER; BARBOSA, 1996). Ainda assim é preciso mencionar que autores clássicos, desde os mais antigos como Mauss (1974) e Malinowski (1983) até os mais recentes como Margaret Mead (1963), George Murdock (1965) e Pierre Bourdieu (1990; 1998), já discorrem sobre este tema, investigando o fato de que as práticas sexuais dos indivíduos variam de acordo com o contexto sociocultural em que estão inseridos. Embora existam estudos clássicos na Antropologia acerca da sexualidade, este tema sempre foi considerado secundário, no sentido de que o interesse por ele sempre esteve condicionado ao estudo, por exemplo, do parentesco ou da organização política e familiar.

Uma outra visão importante é que a sexualidade não só está relacionada ao gênero, mas mistura-se facilmente a ele, e muitas vezes nele se funde. Considera-se que a sexualidade, os arranjos de gênero, a masculinidade e a feminilidade sejam conectados e até intercambiáveis. Nossas opiniões populares nos fazem crer que o sexo causa o gênero, isto é, as diferenças reprodutivas do macho e da fêmea e o processo de reprodução dão origem a diferenciação de gênero, e de que o gênero causa o sexo, isto é, as mulheres marcadas pelo gênero constituem o *locus* da sexualidade, do desejo e da motivação sexual. A reprodução e sua organização tornam-se os principais eixos da diferenciação macho/fêmea e do desenvolvimento do sistema de gênero. O gênero e a sexualidade estão inextricavelmente unidos. Mais importante do que compreender o que é fisicamente possível quando se fala em sexualidade é compreender o que é culturalmente possível (VANCE, 1995).

Considerar as particularidades culturais de pacientes e profissionais é fundamental quando se pensa na importância da comunicação ao se proporcionar o diálogo, nas diferentes oportunidades, sobre o tema sexualidade. São justamente os aspectos inerentes ao assunto que podem ser um entrave para sua abordagem. O tema sexualidade é frágil e relevante mesmo diante da realidade precária do sistema de saúde do Brasil. O profissional tem como prioridade o paciente, mas nem sempre a qualidade de vida deste e sua família.

Os profissionais de saúde e principalmente o enfermeiro, que constrói um vínculo muito forte e próximo da clientela, precisam encontrar meios de trabalhar com ética a saúde sexual do casal.

É limitado o reconhecimento de que a sexualidade tem uma história e que suas definições e significados mudam com o tempo e no interior das populações (VANCE, 1995). Talvez o receio do enfermeiro em tratar sobre o tema diante da labilidade do processo de adoecimento pelo câncer de mama, atrelado a falta de conhecimento sobre o assunto e, conseqüentemente, embasamento para assistir as pacientes e essa demanda específica, sirvam de justificativa para a limitação do tema pela enfermagem.

A preocupação em estudar de maneira mais profunda a sexualidade veio com o advento da AIDS. Dentro desse pressuposto estruturar a pesquisa sexual dentro de um modelo biomédico e da perspectiva da doença pode ameaçar repatologizar a sexualidade. Isso promete fazer a sexualidade voltar a posição que ocupava no final do século XIX e começo do século XX quando sua discussão pública era em grande parte motivada pela e circunscrita à doença venérea e masturbação. Não pode ser uma discussão pública sobre gênero, moralidade e ordem social, mas algo mais abrangente. A expansão de um discurso supostamente objeto e livre de valores sobre a sexualidade organizado sob a máscara da saúde abre caminho para as intervenções governamentais e de profissionais da área (VANCE, 1995).

Essa ênfase na organização social das interações sexuais, nos contextos nos quais ocorre a prática sexual, e nas relações complexas entre significado e poder na constituição da experiência sexual, deslocou sua atenção cada vez mais do comportamento sexual, em si e para si, para as regras culturais que o organizam. É preciso, portanto, focar o sexual como objeto de investigação social e os contextos sociais nos quais ocorre a sexualidade (VANCE, 1995). Sem perder o foco na qualidade de vida com ênfase na educação em saúde e assim, na prevenção de doenças.

Parafraseando Marx, os seres humanos constroem sua sexualidade, mas não a constroem como desejam. Isso não significa apenas que nascemos em uma cultura com um sistema sexual que molda e limita a sexualidade que aprendemos, mas também que os outros

seres humanos que vivem nessa cultura influenciam continuamente a expressão dessa sexualidade (VANICE, 1995).

Na verdade, as culturas geram categorias, esquemas e rótulos muito diferentes para estruturar as experiências sexuais e afetivas. Essas construções não só influenciam a subjetividade e o comportamento individual, mas também organizam e dão significado a experiência sexual coletiva através, por exemplo, do impacto das necessidades, definições, ideologias e regulações sexuais (VANICE, 1995).

A relação entre sexualidade e amor é complexa e intrincada, permeada pelo contexto socioeconômico e cultural em que vivem as pessoas e, de acordo com a teoria psicanalítica, também pelas experiências infantis dos cônjuges (COSTA, 2007; COSTA, 2011).

As experiências infantis vão exercer influência permanente na expressão da sexualidade do adulto. Portanto, as raízes dos relacionamentos adultos devem ser buscadas na infância, ou seja, nos primeiros contatos físicos e afetivos proporcionados pelo cuidado materno e também pelo que o indivíduo pôde presenciar no cotidiano familiar, como a forma como os pais se tratavam mutuamente, bem como as experiências afetivas da adolescência (COSTA, 2007; COSTA, 2011).

A concepção de sexualidade torna-se, portanto, individual. Influenciada por aspectos sociais e culturais atrelados a educação familiar ensinadas no decorrer de toda uma vida. A importância atribuída ao tema, independente da conjuntura temporal e situacional, é percebida nas atitudes e decisões que o enfermeiro possui na sua prática.

Assim, o tempo todo ocorre a resignificação do papel da sexualidade na vida das pessoas, e isso acontece em maior escala diante dos acontecimentos críticos da vida, como o diagnóstico de câncer. A qualidade da primeira experiência sexual pós-mastectomia possivelmente está relacionada com a maneira como a sexualidade é resignificada na vida da mulher. Desse modo, a investigação dessa dimensão poderia fornecer informações valiosas para a compreensão do ajustamento afetivo-sexual do casal após o tratamento do câncer de mama (CESNIK; SANTOS, 2012).

No contexto do câncer de mama a sexualidade permeia de maneira dolorosa, na maioria dos casos, embargada por sofrimento aos olhos de quem assiste a paciente adoecida, seja como rede de apoio ou como equipe multiprofissional. A priori existem outros aspectos a serem trabalhados dentro da oncologia, especificamente no câncer de mama que atinge tão brutalmente a sexualidade, diferentemente de outros tumores.

O modo de aceitar e compreender a sexualidade mediante o câncer de mama, é cultural, íntimo e pessoal. Devendo ser respeitado, mas também explorado para que seja

componente de uma vida saudável ao invés de um tema intocável.

De acordo com outro estudo de revisão, sabe-se que existem barreiras para as intervenções que abordem a sexualidade de mulheres com câncer. Essas barreiras decorrem dos pressupostos implícitos sobre esse assunto, tanto por parte do paciente quanto do cuidador. O que ocorre na prática é que este tema acaba sendo marginalizado na assistência e não pode ser discutido com o paciente pelo cuidador, o que sinaliza ao paciente que ele também não pode levantar o tema em questão (SILVA; RAMOS, 2001).

A sexualidade “reflete toda a expressão emocional de nossa vivência”, ao mesmo tempo em que incorpora a influência do momento histórico vivenciado. Esta “expressão emocional” também pode se manifestar pelo silêncio verbal, muitas vezes construído devido às imposições do meio social, que carrega consigo atitudes seculares normativas e regulamentadoras dos aspectos da sexualidade, principalmente referentes ao sexo feminino (RESSEL; SILVA, 2001).

Ao investigar a questão da visibilidade de questões sexuais na prática da enfermagem, estudo mostrou aumento crescente de pesquisas que buscam promover reflexões que contribuem para modificar o cenário de ocultamento e invisibilidade do tema sexualidade (RESSEL; GUALDA, 2002).

A conjuntura social atual propõe discussões sobre o rompimento do modelo assistencial biomédico, centrado na cura e na medicalização, para medidas de promoção da saúde (HEIDMANN et al., 2006). Esta reversão de modelo implica transformações na forma de conceber e lidar com diversas linhas que perpassam a experiência humana (FORTUNA et al., 2005).

Mas no tema dessa pesquisa, que é a sexualidade do casal após a mastectomia, há a necessidade de que o profissional dialogue, mas se sinta preparado tal. São escassas as discussões abertas e a exploração de alternativas, não limitadas à relação sexual, para promover a expressão da intimidade afetivo-sexual da mulher e seu parceiro (JULIEN; THOM; KLINE, 2010; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; AKYÜZ et al., 2008). Mesmo reconhecendo que a avaliação da sexualidade é uma parte intrínseca do cuidado, por inúmeras razões, muitos enfermeiros não abordam essas questões na prática assistencial (JULIEN; THOM; KLINE, 2010; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009; AKINCI, 2011).

Embora os estudos apontem as dificuldades de comunicação sobre sexualidade na prática do enfermeiro em oncologia, ainda há lacunas no conhecimento sobre as barreiras que dificultam a inclusão do tema nos cuidados de enfermagem. A relação entre as atitudes e

percepções do profissional sobre a sexualidade inserida nas práticas assistenciais deve ser explorada para que se possa compreender por que os enfermeiros que trabalham com a oncologia muitas vezes não conseguem concluir uma avaliação da saúde sexual durante o cuidado (JULIEN; THOM; KLINE, 2010).

2.2 Câncer de mama, a mastectomia e o casal

A oncologia é um dos contextos de atuação que mais colocam o profissional em contato com questões da sexualidade, especialmente quando o órgão acometido é a mama, no caso das mulheres, ou a próstata, nos pacientes masculinos (BARTON-BURKE; GUSTASON, 2007). O câncer de mama produz alterações importantes na imagem corporal da mulher, que podem afetar sua vivência da sexualidade e satisfação conjugal (INCA, 2009; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009).

Apesar de a sobrevivência ser a meta principal do tratamento, não se pode desviar o olhar dos aspectos subjetivos e relacionais, que são profundamente associados ao estado de bem-estar físico, psíquico, social, existencial e espiritual que compõem a qualidade de vida total da mulher (HUGUET et al., 2009).

Os estudos relacionados à imagem do corpo têm início no século XVI, quando o médico e cirurgião Ambroise Paré, identificou o membro fantasma, isto é, a sensação de presença de um membro já ausente (BARROS, 2005). Mas, a noção de imagem corporal propriamente dita surge com o neurologista e psiquiatra Paul Schilder, que a define como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1999, p. 13).

A imagem corporal vai além do aspecto puramente neurofisiológico e assume também componentes pessoal e social, na medida em que a personalidade, as emoções e a relação com outros corpos vão fazendo parte dessa construção. Essa imagem corporal participa, então, do processo de formação da identidade pessoal, já que esta representa uma tomada de consciência do Eu, isto é, da própria existência, que se principia com a percepção do Eu corporal, constituindo-se, ao mesmo tempo, uma experiência subjetiva (DALGALARRONDO, 2008).

A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser considerada um fenômeno multidimensional, pois envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afeta as

emoções, pensamentos e o modo de as pessoas relacionarem-se com os outros, influenciando intensamente a qualidade de vida delas (PRUZINSKY; CASH, 2002).

Entendemos que a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (SCHILDER, 1999).

Quintana et al. (1999) comentam que, quando a equipe médica informa à paciente que ela deverá retirar a “mama”, a comunicação por ela recebida é a de que irá perder o “seio”, lugar privilegiado das representações culturais de feminilidade, sexualidade e maternidade.

Para a mulher é a representatividade e o simbolismo do ato de nutrir, de amar e proteger. É o seio o órgão mantenedor desse ato maternal e grandioso e o objeto fim da sua existência física. A representatividade do seio é individual e única, tomada de significado para cada mulher intimamente.

Não há regra para o quanto a imagem corporal é importante nem a caracterização dessa mesma imagem. Portanto é salutar considerá-la única e ter um olhar sensível sobre ela em qualquer circunstância.

Sobre isso há toda uma construção teórica e prática em psicologia e em psicanálise que enfatiza o seio como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento. Ter o seio mutilado pode significar, para muitas mulheres, a impossibilidade de continuar sendo acolhedora e nutridora de seus entes queridos (NASCIMENTO, 1998).

No imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos – como amamentar, seduzir e acariciar, não combinando com a ideia de ser objeto de uma intervenção dolorosa, ainda que necessária (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Há que se considerar, ainda, a história da doença no decurso do tempo e da cultura, com seus significados e simbologias, que é tão cheia de medo e vergonha que faz o imaginário recuar a receios ancestrais, cristalizando temores e expectativas que resistem aos avanços da ciência (SANT'ANNA apud GIMENES; FÁVERO, 2000).

Tais temores reanimam crenças arcaicas segundo as quais ser atingido pelo câncer é revelar uma monstruosidade essencial que mais ou menos se mereceu, em relação à qual não há absolvição (IMBAUT-HUART, 1985). Para algumas pessoas ainda é aquela doença que não se pode falar o nome. É a doença da tristeza, a doença de pouco tempo de vida.

No século IV a.C. Hipócrates descreve em seu livro *Doença de mulheres*, que o câncer

é um mal que mina cotidianamente as energias, começando pela interrupção da menstruação e culminando na morte, roubando o que foi secularmente considerado a alma de toda mulher. No século XIX e primeiras décadas do século XX, o câncer era considerado contagioso e associado a falta de limpeza, a sujeira física e moral. Além disso, acreditava-se que a doença poderia ser contagiosa entre os amantes dos excessos do prazer, principalmente no caso das mulheres, nas quais o adoecimento era resultado de "pecados e vícios", em especial nas práticas sexuais (SANT'ANNA apud GIMENES; FÁVERO, 2000).

Entre as práticas sexuais consideradas "monstruosas", o sexo oral era identificado como a causa principal das neoplasias nas mulheres, principalmente nas homossexuais ou bissexuais. Dizia-se que a prática desencadeava a formação de nódulos cancerosos na cavidade bucal e trato digestivo, que se disseminava por todo o organismo (BERTOLLI FILHO, 1996).

Enfrentar o câncer de mama, por exemplo, implicava, acima de todas as preces e “benzedeiros”, em suportar heroicamente todo o sofrimento, até o momento da morte. Por conseguinte, o corpo sofredor da mulher parecia atingir qualquer coisa da ordem do sagrado (SANT'ANNA apud GIMENES; FÁVERO, 2000).

Culturalmente a doença que não se fala o nome é ainda carregada de estigmas, peso, dor e desesperança. É comum ouvir relatos de alguém que perdeu a batalha para o câncer. Tornou-se uma batalha, uma luta, onde ainda podemos contar os vencedores. Mas com o câncer contamos os “perdedores”. É preciso criar a cultura entre profissionais e pacientes de quantificarmos a resiliência e as vitórias na batalha contra o câncer e não as derrotas.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. É, sem dúvida, o que mais interfere no ser, viver e agir das mulheres, uma vez que altera o autoconceito e a autoimagem ao acometer uma das maiores representações sociais da feminilidade: as mamas (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006). Apenas a possibilidade de estar com câncer de mama já é capaz de causar impactos negativos sobre a vida destas mulheres, devido a toda a carga de significados relacionados às neoplasias (AURELIANO, 2009).

É uma experiência amedrontadora para as mulheres. O desenvolvimento da doença pode levá-las a situações de ameaça à sua integridade psicossocial, provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento, quando consideram o câncer uma “sentença de morte” (DUARTE; ANDRADE, 2003; KOVÁCS; AMORIM; FILHO & SGORLON, 1998). A extensão e a duração desses problemas podem ser fortemente influenciadas pelas estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa ao lidar com sua doença (SALCI; SALES; MARCON

et al., 2009; CANTINELLI et al., 2006).

Por esse leque de significados o câncer de mama é provavelmente um dos mais temidos pelas mulheres atrelado também aos efeitos psicológicos da amputação parcial ou total da mama (FILGUEIRAS et al., 2007).

O adoecimento pelo câncer de mama e seu tratamento geram sérias consequências que podem ser temporárias ou permanentes na vida da mulher. A cirurgia mamária, seja ela conservadora ou não, mesmo acompanhada da reconstrução mamária pode ser vivenciada de modo traumático pela mulher, sendo considerada uma mutilação, dependendo da importância dada pela mulher à imagem corporal. Além disso, a funcionalidade do membro superior pode ficar comprometida com o linfedema do braço que surge após a dissecação dos linfonodos axilares. Outro aspecto a ser considerado é a mudança da sensação tátil do seio após sua reconstrução (WHITE, 2002; DUARTE, 2003).

De acordo com estudo sobre a representação do corpo após a mastectomia, realizado por Ferreira e Mamede (2003) com dez mulheres mastectomizadas do estado de São Paulo, acompanhadas durante quatro meses pós-cirurgia, são recorrentes a representação de um corpo mutilado, o sentimento de impotência, dor e limitação, assim como a percepção de que o corpo necessita de cuidados.

A retirada da mama é permeada de vivências dolorosas, alterando a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e sua mente, sendo seu ser ameaçado sob uma perspectiva existencial que pode levá-la à perda ou à diminuição do sentir-se mulher (AZEVEDO; LOPES, 2010).

As mudanças que surgem na vida da mulher em função do câncer de mama são acompanhadas por sentimentos negativos que podem modificar a imagem corporal, a autoestima (AE) e o relacionamento social dessas mulheres (MOURA et al., 2010; LOPES et al., 2013).

A AE pode ser considerada a avaliação que a pessoa faz de si, a qual implica um sentimento de valor, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação de si mesma (ROSENBERG, 1965). De fato, a forma como cada um se sente em relação a si afeta os aspectos das experiências vividas (BRANDEN, 2000).

Nesse sentido, uma AE elevada durante o período de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer de mama poderá influenciar positivamente a qualidade de vida (QV) dessa mulher, favorecendo seu bem-estar físico, psíquico e emocional. O tipo de cirurgia realizada na mulher com diagnóstico de câncer de mama interfere na QV, assim como o nível socioeconômico, a escolaridade e a relação marital (HUGUET et al., 2009).

Em meio ao complexo contexto a qual a paciente está inserida, diante do diagnóstico, prognóstico, possibilidades de tratamento, suas expectativas individuais, sociais, conjugais e sua logística na rotina diária, existe um turbilhão de sentimentos que precisam ser acolhidos e considerados e que serão primordiais para o bom andamento e continuidade do tratamento. É acolhedor e humano quando o enfermeiro se propõe a ouvir e ser sensível, considerar e reconsiderar as possibilidades diante da demanda trazida pela paciente e pelos envolvidos nessa trama de sensações.

A mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta. No entanto, essa imagem corporal e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. Portanto, a mulher mastectomizada necessita de um tempo para assimilação e incorporação dessa nova imagem corporal. O corpo, em sua inteireza, como certas regiões dele, pode ficar sujeito a críticas por se afastar do ideal esperado, o qual é um produto do valor conferido pela sociedade às diferentes medidas do físico feminino (FERREIRA; MAMEDE, 2003, p. 302).

Dessa forma, são de suma importância nessa fase preparatória o diálogo, a partilha de sentimentos e reações, a exploração de ideias em profundidade e a discussão de relacionamentos, pois quando agimos para fortalecer um relacionamento com os outros, o sistema imunológico responde com maior atividade e se torna mais forte, e os outros sistemas do organismo passam a atuar melhor (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Proporcionar uma cobertura assistencial multiprofissional que preconize todas as necessidades apresentadas pela paciente e sua família, diante do diagnóstico e da iminência da mastectomia, é priorizar o que existe dentro do contexto do adoecimento e tratamento que é a qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (HUGUET et al., 2009; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Nesse sentido, autores descrevem que a qualidade de vida deve ser avaliada do ponto de vista do paciente: “Qualidade de vida se refere à apreciação do paciente e sua satisfação com o nível de funcionamento, comparando com o que ele percebe como sendo possível ou ideal” (FERRAZ, 2009).

Primar a qualidade de vida deve ser o objetivo maior ao assistir a paciente com câncer de mama. Por todos os aspectos inerentes e por priorizar muito mais do que o controle da doença. A qualidade de vida deve ser aquela que a paciente considerar como significativa para

ela. O que deve ser considerado é exatamente o conceito e entendimento da paciente acerca da qualidade de vida após o diagnóstico da neoplasia em questão.

É consenso que a mulher mastectomizada, por vezes, tem sua autoestima alterada após a cirurgia e passa a se sentir envergonhada na presença do parceiro sexual, uma vez que a fragilidade psicológica do momento não contribui para uma atitude diferente (CECÍLIA et al., 2012). Nesse cenário, a presença da família ganha importância para o enfrentamento dessa doença, atuando como suporte social, visto que essa patologia não é problema somente da mulher, mas de seus familiares, amigos e companheiro (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Os estudos sobre a doença evidenciam que a experiência com o câncer de mama afeta a família como um todo (FERGUS; GRAY, 2009; NORTHOUSE et al., 2005; OZONO et al., 2005; RAVEIS; PRETTER, 2005). O diagnóstico de uma doença grave na família desestrutura e afeta o cuidado com todos os demais componentes, pois a família é um sistema interligado em que cada um de seus membros exerce influência sobre os demais. Assim sendo, o adoecimento de um dos membros se reflete no comportamento e no estado emocional e biológico dos outros (BERVIAN; GIRADON-PERLINI, 2006).

Em face dessa situação, a família enfrenta uma sequência de estressores que interferem na unidade familiar, como a notícia do câncer de mama, o momento da cirurgia, os efeitos adversos da medicação quimioterápica, a incerteza quanto à cura e a possibilidade de letalidade da doença. O estresse permeia as relações interpessoais, contribuindo para uma situação de crise, na qual é preciso que se reconheçam esses fatores estressores e que ocorra um redimensionamento dos papéis dentro do âmbito familiar (ELSEN, 1994).

Entende-se, assim, que a família é o ponto-chave para o qual, como profissionais da saúde, deveríamos voltar as atenções, pois as necessidades da família se intensificam quando da presença de uma doença (CASTRO, 1999; NASCIMENTO; AMORIM, 2005).

Conhecer a dinâmica familiar e identificar aspectos da interação entre os membros da família que ficam comprometidos com o surgimento da doença e que prejudicam o ajustamento e a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias são etapas iniciais para se desenvolver serviços adequados à população em foco (IMADA; MAMEDE; SOUZA, 2010).

A família se auto vivencia como algo único dentro de sua vida cotidiana, unificada por projetos, expectativas, frustrações, dificuldades, alegrias, tristezas, responsabilidades assumidas ou não, compartilhadas ou não, conquistas individuais e grupais, perdas - enfim, todas as vivências e experiências que coexistem na convivência da família, de modo que o acometimento de um dos seres constituintes desta unidade influencia positiva ou negativamente a estrutura familiar e/ou familiar. As mulheres referem que, ao passarem por

uma doença como o câncer de mama, foi indispensável a presença de pessoas próximas capazes de lhes fornecer suporte. Tal condição pôde caracterizar o que entendemos como rede de apoio (FEIJÓ et al., 2009).

Para as mulheres, as alterações identificadas nos relacionamentos com a família provocadas pela convivência com o câncer são de grande importância em suas vidas, uma vez que, socialmente, o papel da família é o de assistir seus membros quando acometidos por doença (MARCON et al., 2009; MIEDEMA; HAMILTON; EASLEY, 2007).

Para a literatura internacional, as redes de apoio atuam como fator determinante no processo de tratamento e cura do câncer, uma vez que a presença dos membros dessas redes funciona como fator de difusão do pensamento positivo e motivação para adesão ao tratamento, de modo que a pessoa adoecida percebe quanto é ela importante em seu meio, o que a incentiva neste processo (MIEDEMA; HAMILTON; EASLEY, 2007).

Dessa forma o apoio da família e amigos é fundamental principalmente na recuperação psicológica dessa mulher que apresenta dificuldade de enfrentamento diante da doença e das consequências do tratamento.

O relacionamento marital é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, pois em consequência da cirurgia, a mulher tem sua autoimagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e autoestima. Neste quesito, estudos apontam que mulheres submetidas à mastectomia temem ser desprezadas pelos parceiros, interferindo desta forma, em sua sexualidade, com isso a presença do companheiro se torna imprescindível para a reestruturação da mulher (SILVA et al., 2010; HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

No entanto, os efeitos da mastectomia sobre a vida do casal dependem muito da relação conjugal de ambos, antes da intervenção cirúrgica, e da qualidade do relacionamento sexual e envolvimento emocional (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Segundo Biffi e Mamede (2004), a proteção e a segurança oferecida pelos parceiros podem proporcionar alternativas para o enfrentamento dos problemas, estabelecer uma relação interpessoal positiva e um compartilhar afetivo de emoções, dúvidas e preocupações. As demais fontes são distribuídas entre pessoas da família (tios, sogros, avós, entre outros), profissionais especializados (terapeuta, advogado, diretor da escola) e conselheiros religiosos. Observou-se também que a importância do parceiro, a proteção e a segurança oferecida por eles pode proporcionar alternativas para o enfrentamento dos problemas, estabelecer uma relação interpessoal positiva e um compartilhar afetivo de emoções, dúvidas e preocupações.

O companheiro nesse processo é participante ativo de todas as etapas vivenciadas pela

sua companheira, a saber: diagnóstico, escolha do tratamento, realização da intervenção, acompanhamento e controle de cura (CECILIO et al., 2013). Pode sentir desesperança, impotência, intranquilidade e medo de perder a esposa, mas tendem a pensar positivamente (GRADIM; ALMEIDA, 2006).

O parceiro precisa ser mais bem compreendido e estudado, porque ele, não menos que a mulher, necessita de um suporte social e um bem-estar psicológico para que possa se sentir preparado para enfrentar juntamente com a mulher todas as etapas desse processo (CECILIO et al., 2013).

Diante do novo, o companheiro tende a desenvolver maior exigência sobre suas atitudes diante da companheira e da família, uma vez que sente que terá de manter a imagem da força, do apoio e da superação da doença, ocultando, por vezes, seus reais sentimentos, com a intenção de poupar sua parceira de mais essa preocupação e de lhe dar forças na aceitação da doença (CECILIO et al., 2013).

Frequentemente, percebe-se que a preocupação e o cuidado dos profissionais da área da saúde, que lidam com o câncer de mama, direcionam-se preferencialmente às mulheres acometidas pelo câncer. Assim, muitas vezes, não se tem atentado para as relações dessas mulheres com os outros membros de suas famílias e, particularmente, com seu companheiro (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

Parece que a reação dos cônjuges guarda relação direta com as estratégias de enfrentamento das pacientes em relação à mastectomia, à qualidade da relação marital antes do diagnóstico e ao fato de estarem, em alguns casos na fase crônica da doença. Em relação a este último aspecto, observa-se, nesta fase: tendência à racionalização das crises anteriores ao adoecimento e manifestação de necessidade de compreender os comportamentos e limites dos enfermos (MCDANIEL; HEPWORTH; DOHERTY, 1994).

A criação de estratégias de suporte para o companheiro é primordial, na tentativa de manter uma base familiar sólida, o que refletirá diretamente na autoestima e qualidade de vida dessas mulheres (SÁNCHEZ, 2010; CECILIO et al., 2013).

A mulher pode apresentar uma série de dificuldades ao reassumir sua vida familiar e sexual. Mesmo quando ocorre a avaliação satisfatória da vida sexual que antecede a doença, o estresse emocional, a mutilação corporal e a dor decorrente do processo de tratamento podem contribuir para a desorganização do desempenho sexual do casal (HUGUET et al., 2009). Pode-se aferir também que o relacionamento sexual depende muito de como era antes da doença. Mulheres satisfeitas com o relacionamento com o parceiro tendem a continuar da mesma forma, mas aquelas que apresentavam dificuldade no relacionamento relatam piora.

No entanto, relacionamentos considerados frágeis antes da doença dificilmente tem continuidade após um evento traumático (SAMPAIO, 2006).

Há um casal envolvido. Tem-se uma paciente com um diagnóstico importante como o câncer de mama que necessita de amparo, de acolhimento. Tem-se um companheiro cobrado para ser uma fortaleza sustentadora dessa mulher fragilizada, mas também abalado e perdido com o contexto que está inserido. E ainda há um casal com todos os seus desejos, sonhos, expectativas, medos, dúvidas, objetivos, dinâmica familiar, com seus papéis sociais definidos previamente, mergulhados em um misto de emoções e incertezas e carente de atenção e sensibilidade pela equipe multiprofissional.

3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 Considerações metodológicas

A pesquisa foi realizada com 13 pacientes do sexo feminino com no mínimo um ano e no máximo dois anos de pós-operatório de mastectomia total, por considerar esse intervalo temporal como necessário a adaptação da paciente após a intervenção cirúrgica. Avis et al. (2004) mostraram, em seu estudo, que maior tempo de diagnóstico (e, provavelmente, maior tempo pós-tratamento) foi indicativo de menos problemas com relação ao interesse sexual.

Este achado também foi considerado por Bukovic et al. (2004) que, durante a seleção das participantes da pesquisa, excluíram mulheres com mais de dois anos de cirurgia porque o impacto psicológico da mastectomia diminui com o tempo.

A reconstrução mamária como critério de exclusão deve-se ao fato de que essa técnica terapêutica tem mostrado melhoria na adaptação da imagem corporal da paciente, bem como contribuído para restabelecer o equilíbrio psicológico que é perdido no momento do diagnóstico e da perda da mama (GIL, 2005).

Para este estudo os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos:

- Mulheres com no mínimo 18 anos de idade;
- União estável ou casada há no mínimo cinco anos;
- Diagnóstico de câncer de mama e pós-operatório de mastectomia total na mulher;

E critério de exclusão:

- Reconstrução mamária;
- Pós-operatório há mais de dois anos.

Os cenários da pesquisa foram o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) e a Associação dos Amigos da Mama (ADAMA) localizada no município de Niterói/RJ. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – CEPUNIRIO e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – CEPHUCFF/UFRJ, atendendo a Resolução nº466 de 12 dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Aprovada com Certificado de Apresentação para a apreciação Ética (CAAE): 62656416.1.0000.5285. Número do Parecer da UNIRIO: 1.966.745. Número do Parecer da UFRJ: 2.003.918, presentes nos anexos da tese.

3.2 Captação dos participantes do estudo

A proposta inicial da referida pesquisa era a realização com os casais na qual a companheira foi a submetida a mastectomia total. Mas no primeiro contato telefônico as pacientes que se adequavam aos critérios de inclusão já descartaram a participação dos companheiros.

Com isso as ligações telefônicas foram refeitas convidando apenas as pacientes a participarem da pesquisa e não mais o casal. Assim, duas pacientes que haviam se recusado previamente aceitaram participar da pesquisa.

Em contrapartida as pacientes que não se enquadravam nos critérios do estudo participavam de grupos nas redes sociais e tinham vínculos com mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão e assim forneceram o contato dessas outras pacientes.

O critério para o encerramento do trabalho de campo se deu quando foi observado que por meio dos depoimentos dos participantes já foi possível identificar o ponto de saturação. Duarte (2002, p. 7) explica que o ponto de saturação é atingido “quando já é possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise de realidade e visões de mundo do universo em questão”.

A caracterização dos participantes está descrita, conforme o quadro 3, e seus resultados comentados, posteriormente, por intermédio de gráficos.

3.2.1 Primeira etapa: consulta ao prontuário eletrônico

A primeira etapa foi a consulta no prontuário eletrônico do hospital universitário (PRONTHU) do HUCFF/UFRJ, mediante senha de acesso individual ao sistema, do procedimento cirúrgico mastectomia que havia sido realizada entre abril de 2015 e 2017. Em seguida, no mesmo prontuário eletrônico, foi identificado o número telefônico das pacientes submetidas a intervenção cirúrgica, para que fosse efetivado o primeiro contato com as participantes da pesquisa.

Após a análise do mapa cirúrgico de abril de 2015 a abril de 2017, do HUCFF/UFRJ, foram identificadas 32 cirurgias no período estabelecido para a referida pesquisa. Dessas, 13 pacientes realizaram a reconstrução mamária no mesmo ato operatório da mastectomia.

Haviam 02 óbitos já identificados no mapa de cirurgias, restando 17 pacientes em potencial para pesquisa.

3.2.2 Segunda etapa: convite por contato telefônico

A segunda etapa foi realizada já em posse do número de telefone onde foram efetuados os contatos e o convite às pacientes a participarem da pesquisa.

Após realizar o contato telefônico outras duas pacientes que foram submetidas a mastectomia haviam falecido. Com as demais ligações efetuadas teve-se 03 pacientes que eram viúvas; 03 tentativas fracassadas de contato; 01 reconstrução mamária após a mastectomia; 03 pacientes eram solteiras; 03 pacientes recusaram-se a participar (esposo viaja muito; não tem relação de corpos há mais de 20 anos; esposo com comorbidades mental e deficiente visual). Havia ainda uma paciente que não possuía número telefônico nos registros do PRONTHU. Restaram três pacientes, sendo que uma paciente perdeu um familiar e teve o convite reagendado, uma paciente não compareceu na data e horário agendados anteriormente e não atendeu às ligações posteriores realizadas pelo pesquisador e a outra paciente aceitou participar do estudo.

Sendo viável, portanto até essa etapa duas participantes.

3.2.3 Terceira etapa: *snowball*

A terceira etapa da coleta de dados foi através da Técnica de Amostragem Não Probabilística de Conveniência Associada à Amostragem em Rede ou Bola-de-Neve (*snowball*). A escolha da amostragem não probabilística se deu por utilizar-se de amostras não randômicas o que permite que o pesquisador qualitativo selecione pessoas com determinado conhecimento, articuladas com a temática e que se proponha a conversar longamente sobre o assunto (POLIT, 2011).

Os primeiros participantes foram as sementes e, a seguir, essas sementes foram convidadas a indicar seus contatos para compor a cadeia de referências. Esses novos participantes foram chamados de filhas por terem sido gerados pela indicação das sementes,

formando, assim, a amostragem em rede de referência (ALBUQUERQUE, 2009).

As pacientes que foram contactadas via telefone através do mapa de cirurgias do HUCFF/UFRJ, foram indagadas quanto ao conhecimento de outras pacientes que se enquadravam aos critérios de inclusão da pesquisa resultando em outras sete pacientes viáveis e que aceitaram participar da pesquisa.

3.2.4 Quarta etapa: visita a associação dos amigos da mama (ADAMA)

No dia 28 de junho e dia 26 de julho de 2017 visitei a Associação dos Amigos da Mama (ADAMA) localizada no município de Niterói/RJ com carta de apresentação do curso de mestrado da UNIRIO. Na ADAMA foi possível captar quatro participantes.

Assim foi alcançada a amostra de 13 participantes.

A ADAMA é uma Organização Não Governamental voltada para a causa “Câncer de Mama”. Foi fundada em 13 de agosto de 1996. Formada por um voluntariado, a equipe é composta, atualmente, por uma mastologista, quatro psicólogas, duas fisioterapeutas, uma advogada, uma professora de teatro, quatro administrativos, além de ex-pacientes, simpatizantes da causa e observadores (ADAMA, 2017).

O objetivo da ADAMA é acolher, apoiar e tentar contribuir para a recuperação da força e da alegria de pessoas após um diagnóstico de câncer de mama, quebrando a imagem negativa da doença, divulgando um local de boa acolhida e cuidado a pessoas com câncer de mama. Também tenta esclarecer dúvidas, informando a quem tem necessidades para que se possa multiplicar o saber sobre a possibilidade de superação (ADAMA, 2017).

3.3 Coleta de dados

3.3.1 Local, entrevista e caracterização dos participantes

A coleta de dados ocorreu no dia e horário marcados previamente com as treze pacientes para melhor comodidade das mesmas. O local para aplicação da técnica de coleta de

dados foi uma sala no nono andar do HUCFF, ambientada para a produção dos dados, com mesa e cadeiras, sem influência do ambiente externo e com o agendamento e realização individual com cada participante.

Foram informados os dados da pesquisadora, o título da pesquisa, objetivos e metodologia. Foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução nº 466/2012, em duas cópias (uma para a participante e outra para a pesquisadora) e ofertado o atendimento com o serviço de psicologia do HUCFF/UFRJ caso fosse da vontade da paciente após participar do referido estudo. Para a caracterização das participantes foi utilizado um roteiro com duas perguntas: idade da participante e tempo de união/casal.

Tipicamente os estudos nacionais dedicados ao assunto, a exemplo daqueles realizados por Duarte e Andrade (2003) e Huguet et al. (2009), utilizam entrevistas ou medidas de auto relato acerca do funcionamento sexual e da vida íntima da mulher, o que implica em certas limitações, por demandar a criação de uma situação específica para a coleta de dados. Por essa razão e escolha da Técnica de Criatividade e Sensibilidade.

3.3.2 Produção artística: criatividade e sensibilidade

Foi utilizada a produção artística (PA), pela Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) com o uso da Dinâmica “Almanaque” do Método Criativo-Sensível (MCS). A TCS Almanaque consiste na produção de dados por meio de recorte e colagem de figuras em papel, resultando em uma PA. Autores experientes no uso da criatividade e da sensibilidade na produção de dados de pesquisa ressaltam a importância de se apreender o mundo imaginário do sujeito de modo a transcender a racionalidade e a diversidade das experiências e vivências com o emergir da expressão criativa e sensível (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

3.3.2.1 Primeiro momento da Dinâmica

No primeiro momento da Dinâmica houve a releitura dos objetivos da pesquisa.

3.3.2.2 Segundo momento da Dinâmica

No segundo momento da dinâmica foi apresentada a Técnica de Criatividade e Sensibilidade com o uso da dinâmica “Almanaque” do Método Criativo-Sensível.

3.3.2.3 Terceiro momento da Dinâmica

No terceiro momento foi colocada a seguinte questão desencadeadora para a produção artística: “Retrate através das imagens como é a sexualidade do casal após a mastectomia”.

3.3.2.4 Quarto momento da Dinâmica

No quarto momento da Dinâmica foram disponibilizadas revistas, cartolina de cor branca, cola e tesoura para a operacionalização da produção artística e solicitado a participante que selecionasse as figuras que estivessem relacionadas com a sua compreensão sobre sexualidade dentro da sua relação com seu parceiro(a) e em seguida que construísse uma imagem que retratasse essa realidade. A participante confeccionou a produção artística sem limitação de tempo para a execução. Essa produção foi fotografada e o nome fictício de pedras preciosas foi utilizado para a identificação anônima das participantes e seus relatos.

A escolha pelas pedras preciosas para identificação foi pela semelhança entre as pacientes e as referidas pedras, verdadeiras joias, na visão da pesquisadora.

3.3.2.5 Quinto momento da Dinâmica

No quinto momento da dinâmica optou-se pela técnica da entrevista projetiva a partir da imagem produzida pela participante. Segundo Minayo (2014), a entrevista projetiva usa “dispositivos visuais, como filmes, vídeos, pinturas, gravuras, fotos, poesias, contos,

redações”. Essa modalidade de entrevista se constitui em um convite ao entrevistado para falar sobre o que vê ou lê sendo geralmente usada para falar de assuntos difíceis e delicados (MINAYO, 2014).

Com essa perspectiva foi solicitado a participante que descrevesse a imagem que construiu na produção artística a partir das figuras que retirou das revistas disponibilizadas. As falas foram gravadas através de mídia digital e, posteriormente, transcritas em um formato codificado e literal.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados seguiu a proposta da Minayo (2014) que se desenvolve em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, concretizando a análise temática.

A análise dos dados ocorreu explorando o material que consiste nas falas das participantes acerca da produção artística que confeccionaram e não a exploração das imagens propriamente.

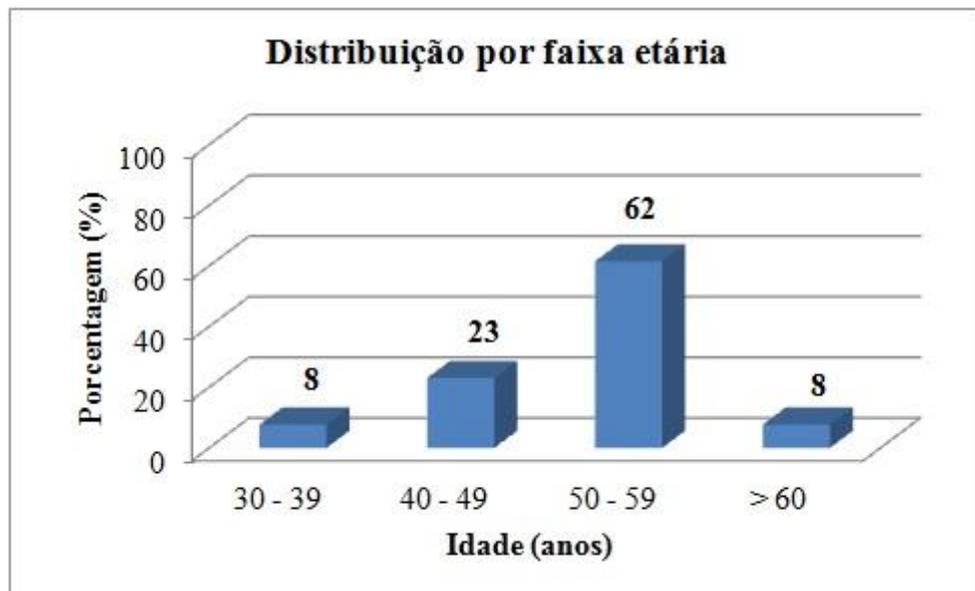
3.5 Caracterização das participantes

Com o propósito de caracterizar as participantes foram confeccionados dois gráficos, sendo um deles com a idade das participantes e o outro com o tempo de união do casal a qual a mulher faz parte. Analisando o quadro 3 e o gráfico 1 constata-se o predomínio da faixa etária entre 50 e 59 anos que está em conformidade com as estatísticas de atendimento onde percebe-se que o câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos e acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, principalmente após os 50 anos de idade (BRASIL, 2017).

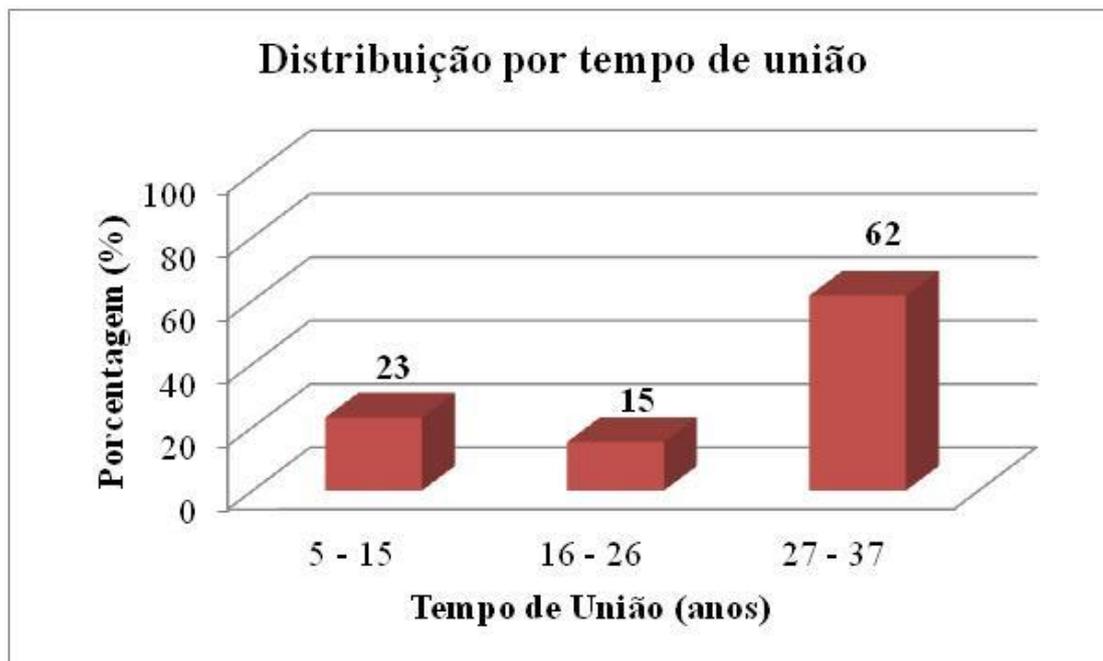
Quadro 3 - Caracterização das participantes – Rio de Janeiro, 2017

PARTICIPANTES	IDADE	TEMPO DE UNIÃO
1	58 anos	30 anos
2	54 anos	32 anos
3	39 anos	20 anos
4	55 anos	07 anos
5	57 anos	29 anos
6	48 anos	18 anos
7	56 anos	05 anos
8	54 anos	31 anos
9	52 anos	30 anos
10	46 anos	05 anos
11	63 anos	29 anos
12	46 anos	29 anos
13	52 anos	31 anos

Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 1 – Distribuição por Faixa Etária

Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 2 – Distribuição por Tempo de União

Fonte: A autora, 2017.

O gráfico 2 distribui a amostra pelo tempo de união do casal e demonstra que o quantitativo maior de participantes possui entre 27 e 37 anos de união. Essa perspectiva é evidenciada em outros estudos que relatam que quando o vínculo íntimo com o parceiro já era suficientemente sólido e a relação era estável e de longa duração, geralmente o companheiro permanece ao lado da mulher, provendo apoio emocional e material durante os diferentes estágios do processo de adoecimento (SANTOS et al., 2013).

É importante atentar para o fato de que a referida pesquisa tem como amostra pacientes que possuem no mínimo 5 anos de relacionamento. Portanto não se tem nessa pesquisa dados para afirmar que com casais com menos tempo de relacionamento as respostas e resultados encontrados seriam equivalentes.

3.6 Análise temática

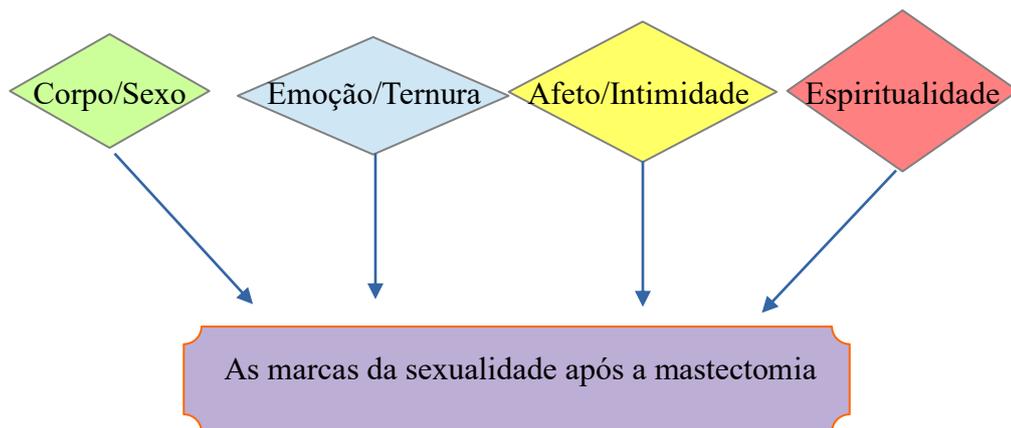
Ao realizar a pré-análise houve a seleção das ideias iniciais do material resultante das entrevistas transcritas focadas nas produções artísticas. Para tanto foi realizada a leitura exaustiva e compreensiva do material selecionado.

Teve-se como direcionamento, na análise temática, o conceito de sexualidade da OMS (WHO, 1975) que coloca a sexualidade como parte integral da personalidade de cada um, sendo uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. E ainda que a sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Afinal trata-se de uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. É ser sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação levou ao agrupamento das unidades de registro em quatro subunidades temáticas conforme esquema a seguir, intituladas: corpo/sexo, emoção/ternura, afeto/intimidade e espiritualidade.

Na etapa seguinte, exploração do material, com olhar sensível aos discursos transcritos, foram identificadas 149 unidades de registro. Sendo 23 unidades de registro agrupada na subunidade temática corpo/sexo, 83 unidades de registro na subunidade temática emoção/ternura, 40 unidades de registro na subunidade temática afeto/intimidade e 03 unidades de registro na subunidade temática espiritualidade.

Esquema 1 – Análise das Subunidades Temáticas



Fonte: A autora, 2017.

Após o agrupamento das unidades de registro nas subunidades temáticas referidas acima constatou-se que as falas das participantes tinham mais narrativas que se repetiam nas subunidades temáticas: emoção/ternura e afeto/intimidade quando comparadas as subunidades corpo/sexo e espiritualidade. Assim, optou-se por analisar nesta pesquisa as subunidades temáticas emoção/ternura e afeto/intimidade por terem sido mais retratadas pelas

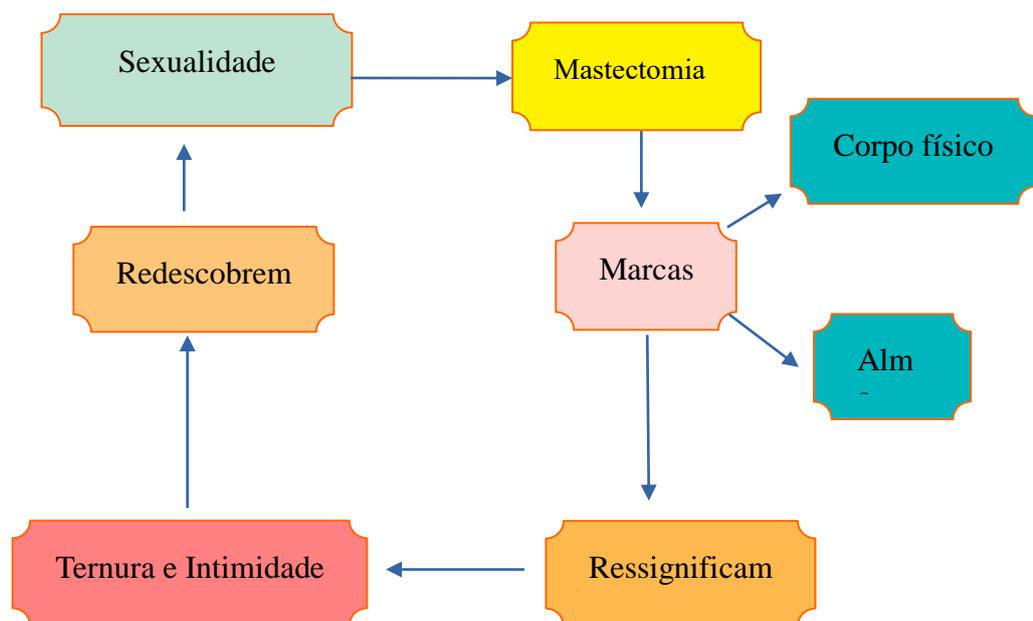
participantes.

A subunidade temática espiritualidade tem o intuito de agrupar os temas que não respondem a proposta da pesquisa, mas que possuem cunho de grande significado e representatividade para a oncologia, refletindo o empoderamento e a sustentação emocional na fé de cada participante, demonstrando, portanto, a importância da espiritualidade no contexto do câncer de mama. As pacientes descreveram a força e a coragem que tiveram para passarem pelo adoecimento e superarem esse processo que, algumas definiram como fase.

Na subunidade temática corpo/sexo tem-se os discursos voltados para as alterações do corpo e repercussão da mastectomia para a relação sexual do casal, no olhar da mulher que a vivencia e para os reflexos da cirurgia no ato sexual com impacto para o relacionamento a qual a paciente faz parte. Relatos da sensação de corpo mutilado, da perda da vaidade feminina, mas também da melhora da autoestima, e da aceitação do companheiro diante da mastectomia, são evidenciadas.

Houve a ressignificação do casal para a sexualidade mediante o empoderamento da paciente ao superar a ausência do seio, redescobrando com seu companheiro novos prazeres. A relação sexual melhorada, tendo a condição de manter as atividades sexuais como as de antes da mastectomia, vem à tona nas unidades de registro extraídas das narrativas das pacientes.

Esquema 2 – Movimento da Análise das Representações e a Sexualidade Após a Mastectomia



Fonte: A autora, 2017.

A mastectomia deixa marcas no corpo físico e também na alma. As mulheres e também o casal ressignificaram essas marcas e com ternura e intimidade redescobriram a

sexualidade após a mastectomia.

A Teoria das Transições explica essa resignificação da sexualidade identificada na produção artística das treze participantes da pesquisa, demonstrada no esquema 2. Essa teoria teve início em meados da década de 1960, com a enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis, que juntamente com a enfermeira Norma Chick, descreveram a transição como um conceito para a enfermagem (ALLIGOOD, 2013). Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self (MELEIS et al., 2000).

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS et al., 2000; MELEIS, 2007).

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional) (MELEIS et al., 2000).

A consciencialização está relacionada à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora de transição, cuja ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição. O seu nível influencia no nível de empenhamento, que é definido como o grau de envolvimento da pessoa em seu processo de transição. O indivíduo só pode envolver-se depois de consciencializar-se das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. São exemplos de empenhamento a procura de informações e a proatividade (MELEIS et al., 2000).

Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas (MELEIS et al., 2000).

4 O OLHAR DELICADO DAS MULHERES SOBRE A SEXUALIDADE DO CASAL APÓS A MASTECTOMIA: EMOÇÃO/TERNURA E AFETO/INTIMIDADE

Nesse capítulo são exploradas as subunidades temáticas que resultaram do agrupamento das unidades de registro mais encontradas com a análise dos depoimentos que emergiram das produções artísticas e que compuseram as subunidades temáticas emoção/ternura e afeto/intimidade. A análise em questão revelou um olhar diferenciado e surpreendente para a pesquisadora por apresentar falas ricas de emoção e empoderamento frente ao câncer de mama e a mastectomia total para a sexualidade do casal.

As pacientes trouxeram a relevância de ser apoiada, acarinhada, vista como mulher e pessoa de sentimentos; a sensação de impotência, de mutilação, de estar fragmentada e de ainda não ser mais desejada sexualmente pelo companheiro e de ter seu relacionamento abalado; a necessidade de se manter forte e firme diante dos obstáculos inerentes ao câncer de mama e o agradecimento pela vida nova após o diagnóstico do tumor tanto como mulher como para o relacionamento marital.

4.1 Subunidade temática emoção/ternura

Na subunidade temática emoção/ternura tem-se depoimentos que refletem os aspectos positivos e negativos da sexualidade do casal após a mastectomia.

Não fiquei com (...) ah vou ficar sem peito. (Depoente Jaspe)

É uma visão muito triste ver aquela cicatriz. (Depoente Jade)

A reflexão sobre o misto de sentidos e significados atribuídos pelas pacientes, como integrante de um relacionamento (casal), da sexualidade após a mastectomia, demonstram que, acima de todas as adversidades, o apoio do companheiro, em todos os momentos do adoecimento, desde o diagnóstico ao pós-operatório, foi unânime e fundamental para o (sobre)viver de cada uma delas.

O empoderamento, a resiliência, o amparo, o respeito, o acolhimento, a esperança de que tudo voltaria ao normal dentro da concepção de normalidade para o casal, a melhora da

sexualidade após o diagnóstico e tratamento cirúrgico assim como da autoestima foram evidenciados na análise dos dados. Em contrapartida discursos de medo de serem abandonadas e de um abalo na relação foram declarados como oriundos da alteração anatômica decorrente da retirada da mama. Sentimentos ambíguos proferidos e contrastados, em alguns momentos, em uma mesma fala.

Mesmo admitindo que algo estava diferente dentro do relacionamento, após a operação, a depoente Ágata relata o foco na continuidade da relação salutar marcada pelo comprometimento mútuo que já existia, tendo a evidência do diálogo na relação como um importante pilar de sustentação.

Figura 1 – Produção Artística da participante Ágata



Fonte: A autora, 2017.

Essa imagem eu construí assim, nível de comprometimento né, do casal. Junto com o comprometimento né o carinho e o sexo mesmo. Eu achei que essas três caberiam pelo menos pra mim no relacionamento. Porque a gente tem um comprometimento muito grande, a gente é (...), tudo é junto. Tudo é feito com carinho, entendeu?! Tem lá aqueles momentos que eu é que fico um pouco pra baixo. Mas ele sempre dá um jeitinho de dar uma (...) “Que isso daqui a pouco vai botar seu peitinho de volta!” (...) Aí a gente levanta a cabeça, caminha e sexo é normal. Quer dizer normal dentro do possível né. Porque sem a mama usa-se a outra. (Depoente Ágata. Trecho da Entrevista Projetiva)

Para Moreira e Canavarro (2014) a partilha de pensamentos, preocupações e sentimentos relacionados com a doença, no contexto da relação de casal (ou outros contextos relacionais), é fundamental. A comunicação é central para o desenvolvimento e a manutenção da intimidade entre o casal, que, por sua vez, está associada a uma maior satisfação conjugal.

Com a compreensão de que é respeitada e amada pelo companheiro que procura vê-la da mesma forma de antes da cirurgia, a paciente percebe que há algo maior dentro da relação.

É dentro da experiência de maior fragilidade no cenário do adoecimento (mastectomia) que ela tem a oportunidade de acreditar e comprovar o sentimento do cônjuge e afirmar, como no relato da depoente Ágata, a dimensão maior diante do todo, (...) “Porque sem a mama usa-se a outra”. Afinal é perceptível que isso não é nenhum problema para o casal em questão.

Diante do parceiro que esteve sempre presente e que acompanha desde o primeiro momento todo o curso desde o diagnóstico, a percepção da aceitação do corpo de agora, mastectomizado, proporciona um sentimento de amparo e acolhimento refutando a sensação de desprezo que era esperado pela paciente.

O companheirismo do parceiro, e sua postura de estar presente em todas as fases do adoecimento pode demonstrar a relação de proximidade com sua parceira, dando-lhe o comprometimento de que seria a rede de apoio que ela necessitava nesse momento. A sexualidade do casal foi ressignificada pelo comprometimento do casal resultando em acolhimento e sensação de segurança por parte da paciente.

O carinho presente na relação, citado pela paciente Ágata, deixa claro que há a intenção e a necessidade do companheiro estar presente na relação porque os dois precisam que ambos estejam inteiramente entregues um ao outro no propósito de se ampararem diante das adversidades, como a mastectomia, e de não se perderem.

Figura 2 – Produção Artística da participante Água-marinha



Fonte: A autora, 2017.

Fundamental o apoio do meu marido. Aí aqui vem a sexualidade do casal que não mudou em nada, em nada, em nada. Eu falo isso de coração. Eu falo isso pra todas as pessoas que me perguntam eu falo e é a verdade. (...) Não tem esse negócio de ficar só no quarto (...) (risos da paciente), sempre escolhemos todos os lugares. Meu marido (...) a gente tomamos banho junto. Ele olha a minha cicatriz. Ele não tem problema com isso. Não tem problema nenhum (...) eu não me vejo com defeito,

assim como meu marido também. Não me vê assim. Nosso amor que não mudou em nenhum momento. O carinho (...) se tocar (...) se abraçar (...) nem por um momento a gente tivemos dificuldade com isso(...)ele ensaboa...passa a mão na minha cicatriz, assim sabe(...) E...esse romantismo, porque eu acho que se você tem alguém do seu lado, tem que ter esse romantismo, tem que ter esse amor pra você”. (Depoente Água-marinha. Trecho da Entrevista Projetiva).

A depoente Água-marinha é expressiva ao descrever a dimensão da sexualidade do casal diante da indiferença do marido ao fato dela estar mastectomizada. O que corrobora com a visão do todo quanto companheira e ser humano, e não de partes de um corpo. Tal fato causa intriga e até perplexidade aos olhos daqueles que estão descontextualizados dessa realidade da mastectomia e do câncer de mama, o que também pode ser visto na fala da referida paciente ao ter que mostrar às pessoas que nada mudou na vida sexual do casal a qual faz parte. Afinal seria esperado a sexualidade alterada diante do câncer de mama e da mastectomia.

No relacionamento onde é possível evidenciar a comunhão sensível de corpo e alma, não se identifica defeitos ou empecilhos para que o casal possa viver em sua plenitude a sexualidade e a harmonia na relação.

Redescobrir o sexo e a sexualidade, sem receios diante da mastectomia, reflete e concebe uma sexualidade, aparentemente, inalterada quando comparada a sexualidade de antes da cirurgia. O marido percebe o corpo físico da esposa com o olhar e o toque que existia previamente. Sem repulsa e sem preconceitos, segundo a fala da depoente Água-marinha.

Figura 3 – Produção Artística da participante Jaspe



Fonte: A autora, 2017.

Ótima (...) Pra mim não interferiu em nada tá em saber que eu estava com câncer não me interferiu né (...)e não mexeu em nada em termos. Em sexo(...)nada. Carinho (...) nada. Porque eu não fiquei assim com aquilo...triste por dentro. Eu me senti

super bem. E (...) em termos de sexo foi de virar noite. De virar noite. De ter que no dia seguinte precisar trocar o lençol. Te juro. Eu falo sempre isso aí porque virei uma sapeca, igual uma adolescente na pista...eu fiquei. Graças a Deus e até hoje nós tamos e ele tem a mesma idade que eu né. Adora essas coisas tá (...) Então deu tudo certo. Não mexeu com o meu emocional. Não fiquei com aquela “ah... o peito... vou ficar sem o peito”, não fiquei com isso (...) “ah que meu cabelo vai cair”, não”. (Depoente Jaspe. Trecho da entrevista projetiva)

A depoente Jaspe é contundente ao descrever a sexualidade do casal, referindo-se como “adolescente”, por acreditar que o padrão de sexualidade e a frequência das relações sexuais seja muito maior nesse grupo supracitado do que na sua faixa etária. Acrescentando ainda que não houve nenhuma influência negativa da mastectomia na sexualidade do casal a qual faz parte.

Apesar de ser esperado alterações da função sexual, como a diminuição do desejo, redução da excitação e da lubrificação vaginal, anorgasmia e dispareunia, que podem ser decorrentes dos tratamentos, em um estudo realizado sobre a sexualidade após o câncer de mama, parte das mulheres referiu a melhora da vida sexual enquanto outras afirmaram que a vida sexual se manteve a mesma de antes do adoecimento e, ainda, algumas participantes relataram a piora da vida sexual. O enriquecimento da vida sexual após o câncer de mama foi justificado pela melhora do relacionamento amoroso, com a expressão de maior envolvimento afetivo do companheiro (VIEIRA et al., 2014).

As pesquisas mostram que a mulher mastectomizada, por vezes, tem sua autoestima alterada após a cirurgia. A mama, quando removida, por compor a vaidade feminina, leva a paciente a se sentir em falta com sua feminilidade. Ela passa a se sentir envergonhada na presença do parceiro sexual, uma vez que a fragilidade psicológica do momento não contribui para uma atitude diferente (CECILIO et al., 2013).

Silva descreve que a maioria dos companheiros é unânime no que diz respeito ao companheirismo e união em relação as suas esposas. A autora confirma, ainda, o fato de que o corpo físico não altera o relacionamento do casal (SILVA, 2009).

A capacidade de superação e de ressignificar aspectos e sentimentos foi perceptível a partir dos depoimentos. A valorização do indivíduo como ser humano completo é real e a identificação da mulher parceira e companheira como integrante de um relacionamento é delicado e ímpar para as mulheres mastectomizadas. O mais importante foi perceber-se amparada e acolhida diante do adoecimento e da retirada do seio. As pacientes foram surpreendidas em seus relacionamentos pela capacidade de inovar, reviver e redescobrir suas relações, seus parceiros e a sexualidade do casal.

Ter a oportunidade de melhorar a vida sexual do casal diante de situações como o

diagnóstico de câncer de mama e o tratamento através da mastectomia é algo particular decorrente da forma pela qual o casal percebe e enfrenta as adversidades da vida. O modo como a depoente Jaspe engrandece a nova sexualidade é motivador e inspirador para tantos casais que não possuem a mesma visão do adoecimento, mesmo contextualizados pela mesma patologia.

Para o enfermeiro, faz-se necessário mergulhar nesse mundo de significados e considerações decorrentes da vivência das pacientes mastectomizadas e encontrar os subsídios necessários para assistir outras pacientes mastectomizadas e seus companheiros.

Figura 4 – Produção Artística da participante Crisocola



Fonte: A autora, 2017.

Ah é porque é (...) eu (...) ele me apoia muito. Muito na minha operação (...) até hoje ele me apoia. Então eu achei que isso aí se identificou com a gente. Ele é carinhoso, me apoia em tudo (...) não me deixa faltar nada (...) Aí eu me identifiquei com isso aí (...) um apoio né. Ele me apoia. Bastante. (Depoente Crisocola. Trecho da Entrevista Projetiva)

O sentimento de apoio do cônjuge frente ao improvável e ao incerto, decorrente do tratamento cirúrgico e do prognóstico do câncer de mama, pode ser o mais importante sentimento que a paciente levará em consideração. Isso tem tamanha representatividade que para a depoente Crisocola, ao ser questionada sobre a sexualidade do casal após a mastectomia, ela menciona, de maneira categórica, o apoio que o companheiro oferta a ela.

Em estudo realizado por Andrade; Panza; Vargens (2011) foi concluído que a presença de uma rede de apoio constituiu fator indispensável, segundo a percepção das mulheres participantes, as quais referiram tal presença como algo essencial para seu fortalecimento pessoal e motivação para lutar ativamente contra a condição que as afetava.

Tais redes em geral são compostas por familiares, dentre eles o cônjuge, amigos, e até

mesmo por profissionais que atuam na assistência direta a estas mulheres (SILVA; GRIEP; ROTENBERG, 2009; HEIDEGGER, 2006). Com este tipo de suporte as mulheres adoecidas relatam sentir-se acolhidas, o que lhes proporciona maior segurança para seguir em frente (MONTEIRO et al., 2006).

Fortalecida com o apoio daquele que mais está inserido na intimidade feminina, o companheiro, a paciente se veste de atitude e se empodera para manter-se imponente diante das adversidades e se superar como mulher, esposa, mãe e indivíduo inserida em uma rede social que luta para manter nos mesmos parâmetros de antes do tumor.

As mulheres mostram-se fortes, decididas a vencer a doença e a enfrentar qualquer coisa para se restabelecerem fisicamente, retomarem seu papel de esposa e cuidar de todos os membros da família (GRADIM; ALMEIDA, 2006; ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

Ter o apoio como referência à sexualidade diante da mastectomia demonstra a necessidade do cônjuge estar presente e de amparar a esposa nesse momento de enfrentamento da doença. A sexualidade propriamente dita passa não ser tão importante nesse momento mas o apoio sincero e verdadeiro, quando ofertado com boa vontade e não por obrigação do matrimônio, torna-se primordial. O toque, o contato físico e a proximidade do companheiro refletem a troca de sentimentos que mostram a lealdade da relação. Tão importante para o casal nesse momento.

Esse movimento, que é perceptível na fala da depoente Crisocola, de ressignificar a sexualidade do casal pelo apoio do marido, é bem explicado através da Teoria das Transições na qual significados variados e múltiplas dimensões podem se atribuídas a determinadas situações que são determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS et al., 2000; MELEIS, 2007).

Figura 5 – Produção Artística da participante Rubi



Fonte: A autora, 2017.

Normal. Quando a gente faz aniversário de casamento ele me dá calcinha, a gente vai pro hotel. (...) Dia dos namorados me deu um buque de rosas (...) Almoçamos fora. (...) Roupa (...) quem compra roupa pra mim é ele, tudo é ele que compra pra mim as roupas. Agora eu tô

meio assim (...) qualquer roupa eu me sinto mal. Aí essa semana ele chegou com um vestido amarelo lindo. Ele já sabe meu gosto, que eu gosto larguinho né porque (...) com o problema né (...) eu que sou (...) eu que fico me recuando entendeu?! Mas ele é normal. Pra ele (...) eu tomo banho...ele me esfrega (...) que eu perdi (...) como é(...) no braço (...) aí eu fico com vergonha (...) ele falou (...) Não. Tem que ter vergonha não. Todo mundo passa por isso na vida. Ele que tirou esse medo de mim entendeu. Não tenho do que reclamar não. Graças a Deus até agora. É um companheiro, é um amigo, é um pai. É tudo pra mim. (Depoente Rubi. Trecho da Entrevista Projetiva)

A depoente Rubi relata as dificuldades de se aceitar diante da ausência da mama, até mesmo para se vestir, por achar que nenhuma vestimenta fica adequada, e também para realizar o autocuidado devido a limitação da mobilidade do membro superior no lado do corpo que ocorreu a mastectomia. Frente a essa fala ela discorre sobre a participação do companheiro nesse cenário e ainda menciona o seu carinho com ela ao comprar roupas, sair para jantar e dar flores.

Muitas pacientes sentem que, com a mastectomia, tornam-se mulheres “incompletas”. A sensação de habitar um novo corpo, desfigurado ou mutilado, é aflitiva. Conviver com essa nova imagem corporal induz sentimentos de desamparo e menos valia, com prejuízo da autoestima (SANTOS et al., 2013).

Os problemas motores são os mais observados devido as suas limitações, por isso são frequentes problemas envolvendo a dor, desconforto e a perda da amplitude de movimentos, que ocasionam limitações nas atividades diárias normais, além disso, pode provocar uma

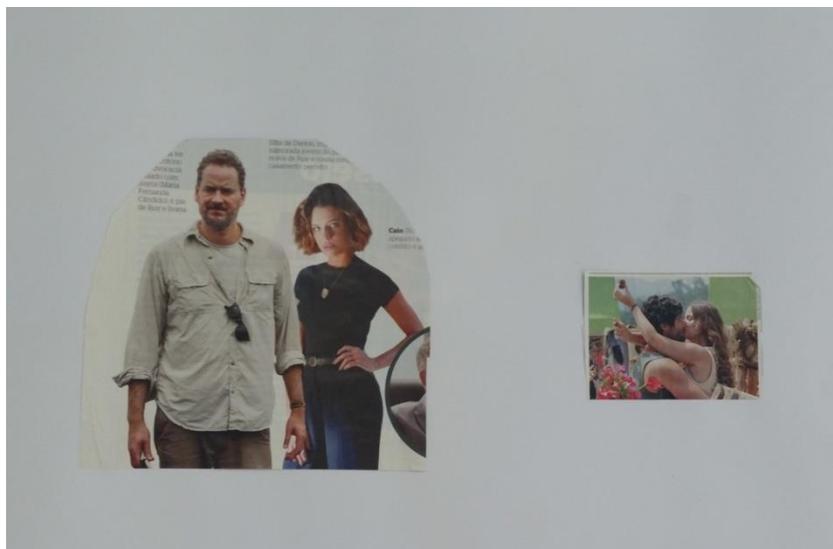
condição de depressão, ansiedade, levando ocasionalmente a condições que ameaçam a vida (MOURA et al., 2010; SAMPAIO, 2006).

A leveza que é dada aos fatos diante da mastectomia, pelo cônjuge, leva a mulher a ter um olhar diferenciado sobre si mesma. Ele mostra a companheira um mundo de possibilidades que não era visto por ela por estar mergulhada nos efeitos negativos da “mutilação”, como referido por alguns participantes da pesquisa. O companheiro, como no relato da depoente Rubi, faz um montante parecer um detalhe e faz a paciente se enxergar novamente por inteira e completa.

Atrelado a esse olhar diferenciado do companheiro, diante da nova condição da companheira, demonstrando a valorização pessoal da mesma, tem-se o cotidiano repleto de descoberta mútua dentro do relacionamento, permitindo que a paciente se veja valorizada e amada. A sobrevivência passa a ser não somente da paciente com câncer de mama e mastectomizada mas também do casal inserido no contexto do tratamento.

A depoente Rubi ao descrever a sexualidade do casal, a qual faz parte, como normal, permite que tenhamos a impressão de que a sua relação, segundo o seu olhar, permanece a mesma de antes da mastectomia. Essa concepção e convívio a dois que demonstra parceria e cumplicidade, principalmente em uniões de longa data, como é o caso das participantes da pesquisa, possibilita superar obstáculos e dar continuidade à harmonia da relação.

Figura 6– Produção Artística da participante Âmbar



Fonte: A autora, 2017.

Olha (...) eu assim (...) não vou dizer que eu fiquei a mesma coisa. Porque acontece lances que aí a gente se trava, como por exemplo, ainda temos relações, rola aquelas carícias tal e tal... aí ele esquece (...) eu fiz a mastectomia, ele esquece e bota mão na

cicatriz (...) aí (...) eu já coiso, mas (...) mas ele não mudou. Ele continua o mesmo. Eu que fiquei um pouco travadinha mas (...) e (...)a gente leva a vida normal. Às vezes assim tem uns altos e baixos(...) Não sei porque...apesar de ter tido um câncer(...)meu marido ficou mais ciumento porque (...) depois de um câncer por incrível que pareça eu melhorei a aparência em 90%. Eu fiquei mais bonita. Eu me amo mais. Meu marido ficou mais ciumento. Eu preciso passar pela vida e não a vida passar por mim. Mas... casal nenhum briga o tempo todo. Às vezes é flores, beijos, carícias e (...) a vida normal". (Depoente Âmbar. Trecho da Entrevista Projetiva).

A melhora da autoestima da paciente agregada ao fato do companheiro mostrar-se interessado pela esposa como mulher tem resultado em uma melhora da sexualidade e da relação, conforme discurso da depoente Âmbar.

Tal comportamento coloca a paciente em um patamar elevado de valorização pessoal resultando em melhora das respostas diante do tratamento e do enfrentamento das adversidades, sendo ímpar para o seu empoderamento e bom prognóstico.

O relacionamento marital é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, pois em consequência da cirurgia, a mulher tem sua autoimagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e autoestima. Neste requisito, estudos apontam que mulheres submetidas à mastectomia temem ser desprezadas pelos parceiros, interferindo desta forma, em sua sexualidade, com isso a presença do companheiro se torna imprescindível para a reestruturação da mulher. (HUGUET et al., 2009; SILVA et al., 2010; HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

Para a recuperação psíquica e sexual, o companheiro afetivo e/ou sexual adquire grande importância. O apoio emocional e sincero deste faz com que o conflito da aceitação do procedimento cirúrgico seja encarado mais facilmente, assim como a continuidade da união (SÁNCHEZ, 2010).

O sentimento de parceria diante do apoio do companheiro permite que a mulher encontre as ferramentas necessárias para emponderar-se e reencontre assim a autonomia a partir do outro. Ao perceber que não está só a paciente percebe também que é resiliente e perfeitamente capaz de se redescobrir e se reinventar como mulher e dentro do seu relacionamento.

A sexualidade do casal, segundo a depoente Âmbar, mudou após a mastectomia, mas porque ela se sentiu diferente e não seu companheiro. Sua redescoberta como mulher precisava acontecer para que a sexualidade do casal fosse também redescoberta frente a mastectomia. Quando a depoente em questão se encontra novamente com a sua feminilidade, ela também se reencontra com a sua sexualidade e, contribui, para uma melhora na sexualidade a dois.

Figura 7 – Produção Artística da participante Espinela



Fonte: A autora, 2017.

Oh (...) a sexualidade é pra mim né (...) como eu e meu esposo (...) a gente (...) mudou muito em relação assim...melhorou. Porque?! Porque hoje a gente fica muito mais junto, a gente faz muito mais as coisas junto. A gente tem quase assim o mesmo pensamento. Ele aproveita as minhas ideias e eu aproveito a dele também. E com isso tem nos unido muito mais, coisas que a gente nunca imaginou em fazer (...) era artesanato, é (...) com plantas, venda, essas coisas, aí (...) um pensou aí o outro acolheu a ideia e gostou e a gente tem *tado* muito mais unido em relação a isso depois do (...) da mastectomia. Porque pra mim foi uma mudança de vida. Uma mudança de vida mesmo. Tudo que aconteceu na minha vida é (...) depois do câncer é uma novidade de vida muito boa. Que eu tenho vivido e eu *tô* muito feliz por isso. Então assim (...) eu sou muito feliz, independente da mastectomia e ter passado por um câncer, as coisas na minha vida *mudou* muito entendeu. Então não tenho o que reclamar. (Depoente Espinela. Trecho da Entrevista Projetiva).

Encontrar no câncer de mama o divisor de águas na vida a dois é surpreendente e possível. A depoente Espinela representa bem essa realidade no seu depoimento ao mencionar a união do casal mais fortalecida e uma relação mais estruturada, já que ambos encontravam-se mais próximos e mais participativos nas atividades em conjunto. Buscavam agora os mesmos prazeres para passarem mais tempos juntos. Rever a relação conjugal foi possível graças à proximidade estabelecida pela própria doença.

Esse achado é compatível com os reportados por Biffi e Mamede (2004), já que as autoras em questão constataram que uma relação familiar saudável pode contribuir significativamente para a adaptação à nova condição de vida implementada pelo diagnóstico de câncer de mama, criando um ambiente favorável para que a mulher possa enfrentar a doença com maior segurança (BIFFI; MAMEDE, 2004).

Silva e Mamede (1998) salientam que a imagem corporal e a autoestima estão

estritamente interrelacionadas e são influenciadas pela condição socioeconômica, psico-espiritual e emocional da família, ambiente social e filosofia de vida. Quando vivenciadas de forma satisfatória, essas condições podem repercutir significativamente na vida do ser humano, seja pela aparente segurança interior, seja pela confiança nas relações interpessoais ou pela esperança e disposição necessária à manutenção da vida e do impulso criativo (SILVA; MAMEDE, 1998).

A capacidade de se redescobrir e de se reinventar é possível principalmente diante de situações que levam o indivíduo a reflexão e valorização de aspectos simples e inerentes ao cotidiano como no adoecimento pelo câncer, por exemplo. A grandeza dos detalhes e a mudança radical de vida são perceptíveis quando o casal se dá a oportunidade do recomeço. Tal fato proporciona o encantamento diante de uma vida cheia de possibilidades que se fazem evidentes ao se pensar na sexualidade, ou na vida a dois.

A sexualidade do casal, segundo a depoente Espinela, melhorou por ter a mastectomia servido como ferramenta para aproximar o casal, conseguiu uni-los ainda mais. Permitiu assim que a relação se fortalecesse. Talvez pelo medo do casal de se perder decorrente da falência do tratamento para o câncer de mama. Com amor e sabedoria redescobriram a felicidade e a sexualidade após a mastectomia.

Figura 8 – Produção Artística da participante Ametista



Fonte: A autora, 2017.

Bom como é que foi? Bem no início foi difícil porque foi tudo junto. Foi esse problema mais a menopausa e tudo mas ele nunca reclamou de nada. Pelo contrário, eu reclamava. Era ele que dizia que era uma fase, que isso ia passar. Sempre do meu

lado. Eu nunca tive o que reclamar dele, ele sempre foi muito bom pra mim. Como até hoje. Pra mim isso aí foi uma imagem de felicidade, que é como eu me sinto e me senti mesmo durante o tratamento. (Depoente Ametista. Trecho da entrevista projetiva)

No relato da depoente Ametista o conflito interno em meio a aceitação do novo corpo e a exteriorização das aflições por meio das reclamações que eram inúmeras, se deparavam com a tentativa de manter a relação conjugal dando continuidade a uma vida a dois que agora encontrava-se difícil aos olhos da paciente. Eram muitas mudanças que o emocional abalado não conseguia acompanhar. Entretanto, havia o companheiro que sempre presente tentava fazer a esposa compreender que o câncer de mama, a mastectomia e todo esse processo era uma fase. Mostrava assim que a relação estava forte e que a paciente não estava sozinha. A ausência dessa solidão e a sensação de amparo pleno foram referidas no relato e na PA da depoente Ametista: felicidade.

A relação íntima com o parceiro pode propiciar melhor qualidade de vida (HUGUET et al., 2009). A percepção que a mulher tem sobre o apoio recebido pelo parceiro é considerada elemento importante que favorece o enfrentamento da doença e a adaptação da vida sexual após os tratamentos, mesmo quando há alterações físicas da função sexual. A percepção a respeito do envolvimento emocional dos parceiros foi um forte preditor para o ajustamento sexual, conjugal e emocional após o tratamento, segundo Wimberly (2005).

A felicidade é uma condição do indivíduo com interpretação íntima e pessoal. Considerar-se feliz é um elemento fundamental para os embates da rotina diária e também para a qualidade de vida de cada um.

A relação conjugal no contexto do tratamento para o câncer de mama contribui para essa condição de alegria, quando for uma união já fortalecida e estruturada. Permite, portanto, que a paciente pense no casal a qual faz parte e fale em felicidade mesmo com a vida atribulada e confusa pelo adoecimento e tratamento com tantas incertezas e com o prognóstico duvidoso. Contudo, a esposa encontra-se motivada pela retomada dos papéis sociais, das atividades laborais, das responsabilidades familiares como mãe, esposa e companheira e também como mulher que precisa se redescobrir. E, para isso, encontra no cônjuge o apoio tão necessário.

Para a depoente Ametista quando questionada sobre a sexualidade do casal a mesma se remete a falar sobre o relacionamento com o marido e da dificuldade em lidar com tantas mudanças na sua vida. Ao falar do relacionamento, indiretamente, a depoente fala sobre a sexualidade do casal por toda gama de significados da temática. Um relacionamento/sexualidade conflituosa e difícil, porém ressignificada pelo sentimento de

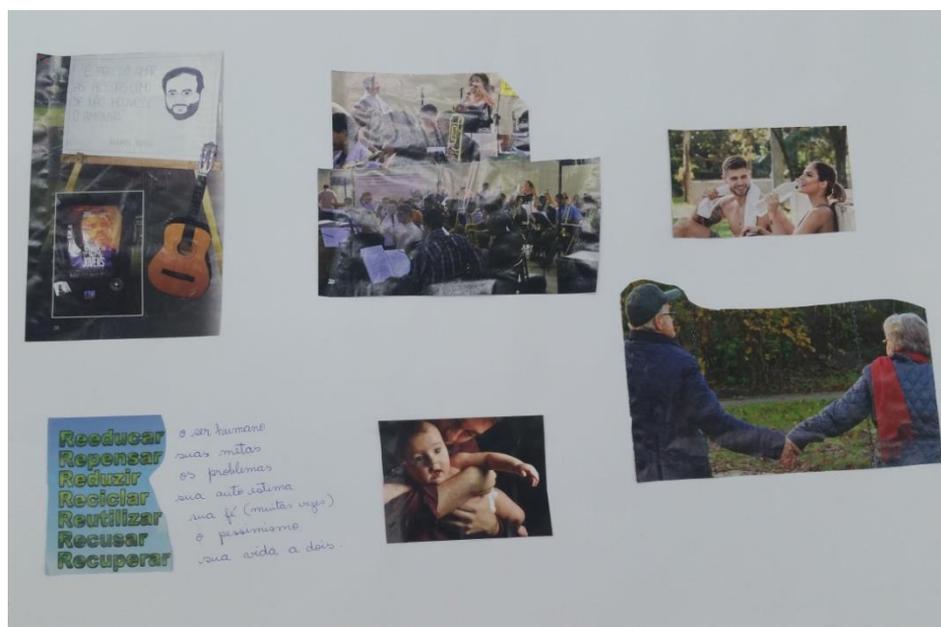
felicidade.

4.2 Subunidade temática afeto/intimidade

Nesse tópico é explorada a subunidade temática afeto/intimidade constatada ao analisar os dados e as representações das participantes que descreveram a sexualidade do casal após a mastectomia.

Todo amor que ele tinha direcionou para mim. (Depoente Turmalina)

Figura 9 – Produção Artística da participante Jade



Fonte: A autora, 2017.

Olha a sexualidade está (...) em fase de amizade, de amadurecimento, de carinho, porque sexo mesmo a gente não está tendo, sexo carnal, a gente não está tendo, por limitações, tanto minha que por causa da quimioterapia e dos remédios eu estou ressecada (...) e também dele que tem uns problemas de saúde, então nem sempre a gente tá sintonizado para o sexo (...) Mas a gente tá na fase do apoio. A gente compreende a limitação um do outro. E a gente tá até se unindo mais, entendeu, nessa ajuda de um ao outro (...) Recuperar sua vida a dois. Porque às vezes a gente...às vezes não, isso é uma situação que dá um baque na sua vida e a primeira coisa que a gente pensa: será que ele vai continuar do meu lado? Será que agora nessa hora ele vai embora e vou ficar sozinha? (...) meu marido ficou do meu lado e está do meu lado e me deu a maior força. Então a gente está tentando recuperar isso, a nossa sexualidade que é o tema aqui, a gente está colocando a prova, reestruturando essa sexualidade. Mas, acima de tudo, a nossa amizade, o nosso companheirismo (...) a gente está ali (...)a nossa união (...) o mais importante". (Depoente Jade. Trecho da Entrevista Projetiva).

Se perder para se achar ou se reencontrar na vida a dois e na sexualidade como casal é

possível e permitido no contexto do câncer de mama. Vivenciar uma outra realidade e manter-se alinhado frente ao baque do diagnóstico é complexo e desafiador para muitos casais.

Vive-se um misto de emoções que faz o casal querer estar junto um do outro e cada vez mais próximos, mesmo percebendo que essa união e proximidade tem agora uma nova faceta que os coloca diante de um recomeçar, tanto para a companheira mastectomizada e fragilizada, como para o companheiro que “adoece” ao lado dela. Mas que também é ser humano e que apresenta as suas próprias limitações de saúde e ainda se depara com os seus próprios medos e conflitos internos frente ao emaranhado de sentimentos que afloram do seu íntimo ao vivenciar o adoecimento da esposa, no caso a depoente Jade.

Os sentimentos e sentidos que se mesclam na dinâmica do casal, frente ao adoecimento, tornam-se a âncora para que ambos se amparem e percebam que a sexualidade do casal é muito mais que um conceito enraizado e rígido culturalmente de relação sexual. É estar junto, é a amizade, como o ditado de autor desconhecido que nos diz para casarmos com quem gostamos de conversar. É descobrir que diante do companheiro há mais do que uma relação marital, mas há também um amigo que protege sua companheira e a oferta carinho. Que permite que a sua mulher também o apoie e veja suas próprias limitações nesse cenário que se construiu após a retirada da mama.

Durante todo o processo da doença, o significado do suporte social para a mulher com câncer de mama se reveste de importância, pois ela se vê sendo ajudada para não desistir, o afeto familiar permite à mulher manter uma certa estabilidade para lutar contra a doença, conseguindo suprir suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação e orientação comportamental (ALMEIDA, 2007).

Com o câncer de mama e a mastectomia como proposta de tratamento o casal se dá o direito de redescobrir o que já estava mais do que conhecido na vida a dois, o amor. É oportunizar a ambos, protagonistas dessa história e dessa fase de adoecimento, a descoberta do amadurecimento mútuo mesmo após anos de vida e de convívio. Mesmo diante de tanto tempo juntos é gerada a dúvida e a sensação de abandono premeditado. Angústias que permearam o relato rico de emoção e de esperança da depoente Jade.

Santos et al. (2008) investigaram as influências desencadeadas pelo câncer de mama e seus tratamentos na vida afetiva e sexual de oito mulheres, por meio do método de estudo de caso. Concluíram que a maioria das mulheres percebe que houve diminuição na frequência das relações sexuais, sem comprometimento do relacionamento com o companheiro, havendo casos em que o parceiro se tornou mais atencioso.

As preocupações com modificações corporais e com a possibilidade de abandono do

parceiro também foram verificadas em um estudo qualitativo realizado por Holmberg (2001) com cinco mulheres sem parceiros, juntamente com seis mulheres envolvidas em relacionamentos e cinco parceiros de mulheres acometidas.

Considera-se que o câncer e seus tratamentos, que implicam modificações corporais acentuadas, geram ameaça de abandono do marido como uma das consequências mais temidas pelas mulheres (VIEIRA et al., 2014).

Vinculado a isso tem-se que as concepções de sexualidade intermediadas pela cultura e pelas relações interpessoais se revelam na maneira pela qual a mulher lida com as consequências e desdobramentos dos tratamentos para o câncer de mama na vida sexual (VIEIRA et al., 2014).

Portanto, a dimensão afetiva da vida sexual e a comunicação entre o casal são valoradas positivamente pelas mulheres, o que denota a importância atribuída à troca de carícias e ao clima de cumplicidade afetiva, que vai além da expressão genital da resposta sexual (CESNIK; SANTOS, 2012).

Os achados sobre a comunicação com o parceiro são convergentes com outros estudos nos quais se enfatiza a necessidade de se estabelecer uma boa comunicação entre o casal para que a vida sexual e íntima possa ser renegociada após o adoecimento, ao levar em consideração as necessidades e sentimentos de cada um (GILBERT; USSHER; PERZ, 2010).

A depoente Jade foi mais uma participante que ressignificou a sexualidade do casal após a mastectomia através da amizade, do carinho, do apoio e do amadurecimento. O casal, a qual a referida participante está inserida, busca reencontrar o equilíbrio na relação, compreendendo as limitações de ambos e os obstáculos que existem de modo que haja uma outra sexualidade após a mastectomia e, assim, a retomada das relações sexuais, colocadas em segundo plano temporariamente.

Figura 10 – Produção Artística da participante Olivina

e preocupação demonstrados pelo parceiro (SOUTO; SOUZA, 2004). Tendo uma perspectiva mais ampliada da análise, a sexualidade também engloba, além do sexo, o companheirismo, o amor, a aceitação e a felicidade (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

A dependência e a necessidade do outro é perceptível em momentos de incerteza e fragilidade como no contexto do câncer de mama. Procurar mecanismos de defesa próprios que possam guarnecê-la de instrumentos que garantam a sua seguridade psicológica e afetiva podem proporcionar uma visão mais empoderada dos fatos e segura para a paciente. Remeter ao outro, unicamente, a própria felicidade torna-se perigoso pela possibilidade de o casal em determinado momento deixar de existir, com o término da relação.

Entretanto o ser humano é social e afetuoso e, portanto, dependente de terceiros, em sua grande maioria. Por isso a relação marital é tão significativa como rede de apoio quando presente e também quando desconstruída frente ao diagnóstico tumoral.

O termo carinho foi bastante mencionado dentro da subunidade temática afeto/intimidade. Foi o carro chefe de muitos relatos das depoentes levando a uma importante reflexão acerca da prioridade em termos de necessidade afetiva propriamente dita quando se questiona a sexualidade após a mastectomia.

Segundo a psicóloga Marisa de Abreu Alves, receber e dar carinho é tão necessário como comer e respirar, sendo o “combustível” que dá energia para as relações interpessoais. Ela ainda acrescenta que o ato de dar e receber carinho pode levar o indivíduo ao exercício da resiliência, tornando-o mais capaz de se reerguer diante das dificuldades da vida.

A depoente Olivina, considera a sexualidade do casal após a mastectomia como muito boa. O apoio do companheiro e sua postura diante da cirurgia da esposa proporcionam esse olhar positivo da paciente. Afinal o foco é a sexualidade do casal, na qual os dois tem papel fundamental para a qualidade da relação.

Figura 11 – Produção Artística da participante Alexandrita



Fonte: A autora, 2017.

Muito carinho. Muita amizade. Ele sempre gostou de fazer comida pra mim, até hoje faz. Então tem um carinho muito grande. Apesar de toda luta que nós passamos tem o carinho do companheiro (...) isso é muito bom (...) Porque o amor é a essência da vida. Porque quando você tem amor, você recebe amor, você dá amor (...) isso é muito bom pra gente né. Eu tenho um casamento como assim (...)“ah eu sou casada e meu marido é chato”, não. Eu sou livre. Eu faço o que quero. Eu faço o que eu gosto. Eu vou onde eu quero. Eu vou onde eu posso”. (Depoente Alexandrita. Trecho da entrevista projetiva).

É contundente um relato como da depoente Alexandrita na ressignificação da própria sexualidade e sua concepção para o casal. Essa paciente, assim como as entrevistadas Ágata, Água-marinha e Jaspe, mencionam o termo carinho ao descrever a imagem construída na proposta da pesquisa. Esse fato demonstra que essas pacientes possuem um relacionamento fortalecido e repleto de amor, de sentimento verdadeiro, de respeito e de sinceridade mútua. Que possibilitam superar as adversidades e seguir a caminhada, juntos.

A valorização do que já se tinha dentro do relacionamento, da vida a dois, dos momentos juntos como casal, dos pequenos detalhes, o descobrimento do que verdadeiramente importa, o desapego das pequenas coisas que são irrelevantes.

Encontrar o amor onde já se sabia que ele existia e perceber que o que já era bom poderia ficar ainda melhor mesmo diante do baque de ter um diagnóstico como o câncer de mama, emblemático pelo estigma da sentença de morte; mesmo ao se deparar com a mastectomia e, portanto, a “mutilação” e “desfiguração” do corpo feminino, extirpado pelo mal que é o tumor.

Mesmo com tantos conflitos, ao descrever a sexualidade do casal, as depoentes conseguem encontrar tantos amores dentro de um mesmo amor, conseguem reencontrar o prazer e descobrir novas formas de ter prazer dentro da relação marital, da relação de cumplicidade, parceria e respeito. Essa sequência de encontros e descobertas é muito bem relatado pelas depoentes Axinite e Turmalina:

Figura 12 – Produção Artística da participante Axinite



Fonte: A autora, 2017.

Normal. Um casal feliz, e que não tem nada a ver. É só um pedaço que tirou do corpo, não tem nada a ver. O importante é a vida. As figuras que eu coloquei foram um casal feliz (...) sentar e tomar um vinho com o marido. (Depoente Axinite. Trecho da Entrevista Projetiva).

Figura 13 – Produção Artística da participante Turmalina



Fonte: A autora, 2017.

Olha a minha sexualidade na verdade ela nunca mudou. Ela é a mesma desde que casamos até hoje (...) a sexualidade da gente até mudou para melhor porque descobrimos que nos amamos muito mais do que pensávamos. Porque nós sabíamos que nos amávamos (...) conseguimos superar um problema com o amor né. O meu amor por ele e o dele que foi provado novamente porque sem o amor dele eu não teria aguentado tanta coisa. Não só o amor sexual, mas o amor de amigo, o amor de irmão, o amor de pai, todo o amor que ele tinha ele direcionou a mim. E a nossa sexualidade só aflorou. Descobrimo assim a cada dia outros meios. Porque eu perdi um seio, mas eu ganhei outras coisas. Então (...) a gente se toca da mesma forma, a gente se ama da mesma forma. Temos os mesmos prazeres que tínhamos antes, da mesma forma. Não me machuca, não machuca ele. E eu me sinto uma mulher feliz

como eu sempre fui no meu casamento. Com ou sem o seio. (Depoente Turmalina. Trecho da Entrevista Projetiva).

O câncer de mama e a mastectomia estão associados a várias crenças, simbologias e estigmas que fazem parte do imaginário dos sujeitos, e, a depender do relacionamento existente entre a mulher mastectomizada e seu parceiro, a qualidade de vida de ambos pode sofrer alteração (AMARAL et al., 2009).

Isso pode ser constatado por Conde et al. (2006) e Hughet et al. (2009) quando relatam que os companheiros de mulheres com câncer de mama podem ser fontes de estresse ou de suporte emocional a depender da qualidade do relacionamento e podem interferir ou contribuir na qualidade de vida das mesmas, pois, segundo pesquisas apontadas por eles, mulheres satisfeitas com seus parceiros referem estar bem psicológica e sexualmente (CONDE et al., 2006; HUGUET et al., 2009).

O advento do câncer de mama pode fortalecer alguns relacionamentos e ter efeitos negativos em outros, muitas vezes pela dificuldade em se discutirem sentimentos ou mesmo pela percepção da mulher de perda da feminilidade (HOLMBERG et al., 2001). Em demais estudos, mulheres com companheiro fixo obtiveram melhores escores de qualidade de vida (SPAGNOLA et al., 2003; GANZ et al., 2003).

O exercício da conjugalidade é uma das formas de vivenciar a sexualidade, envolve intimidade com o próprio corpo e com o corpo do parceiro(a) e seu conhecimento. Entende-se por conjugalidade ou identidade conjugal a maneira singular como o casal escolhe ser e interagir e que define sua existência conjugal, características e limites. Já que cada casal é único, sua forma de enfrentamento das dificuldades e obstáculos será também peculiar (COSTA DE PAULA, 2004 apud MACIEIRA; MALUF, 2008).

Portanto a intimidade e o modo do casal se desvencilhar dos estigmas e se redescobrir é único e salutar à medida que priorizam a relação e o bem-estar de ambos, com respeito, amor e paciência. Refletindo o relacionamento fortalecido que não foi abalado pelas circunstâncias do adoecimento, mas que se mostrou ainda mais estruturado e garantido.

A sexualidade do casal é colocada a prova desde o momento do diagnóstico do câncer de mama e mais ainda após a mastectomia total como tratamento proposto. Sendo a sexualidade ressignificada e redescoberta através da parceria entre o casal, que só é possível pelos sentimentos que enobrecem a união dos companheiros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade do casal pós mastectomia é concebida pelas participantes da pesquisa como reflexo do amor, carinho, apoio e companheirismo presentes no relacionamento de mais de cinco anos que possuem e, portanto, resultantes da ressignificação da sexualidade do casal por parte dessas mulheres.

A ressignificação da sexualidade por parte das mulheres pode ser explicada, conforme está no corpo da pesquisa, pela Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, que aponta que todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas (MELEIS et al., 2000).

Todo o processo de adoecimento e tratamento cirúrgico remeteram as mulheres a um olhar diferenciado sobre si mesmas, sobre sua sexualidade e a do casal a qual está inserida. As mulheres se emponderaram sendo possível, após compreender e identificar a situação existente (câncer de mama e mastectomia), a transição de uma realidade caótica que gerava desconforto e desequilíbrio, para o casal, para uma realidade satisfatória, inovadora e inclusiva, resultando em qualidade de vida para o relacionamento.

Os resultados da pesquisa apontam que a sexualidade do casal após a mastectomia é satisfatória, sendo considerada inalterada e até melhor, por alguns participantes do estudo, quando comparada a sexualidade do casal antes da cirurgia. Há ainda, a percepção de uma significativa melhora no relacionamento marital e na saúde sexual do casal em virtude do diagnóstico do câncer de mama e da mastectomia que serviram para aproximar marido/companheiro e esposa/companheira, fortalecendo o vínculo entre ambos.

A sexualidade do casal após a mastectomia total na mulher no percurso do câncer de mama, foi referida como uma descoberta constante e muito boa, mesmo para aquelas mulheres que narraram a sexualidade do casal desvinculada do sexo mas na fase de amizade e respeito, momentaneamente, de reencontro do casal diante da realidade da mastectomia e das alterações fisiológicas decorrentes do adoecimento e tratamento.

As narrativas traduzem a perspectiva correspondida, por parte das mulheres, de serem apoiadas por seus companheiros e não abandonadas e aceitas na sua nova feminilidade, possibilitando que o adoecimento e a mastectomia, principalmente, fossem uma experiência

nova, porém gratificante para a paciente individualmente e para o casal.

As falas das mulheres participantes permitem concluir que após a mastectomia há saúde sexual que resulta em qualidade de vida e felicidade matrimonial.

Para a promoção da saúde na sexualidade de casais pós mastectomia faz-se necessário um olhar diferenciado do enfermeiro acerca da demanda trazida pelos casais a qual a mulher tem o diagnóstico de câncer de mama. Partindo do princípio que a atuação do enfermeiro não deve ser pontual ou isolada.

O assistir em enfermagem deve compor uma logística de atendimento multiprofissional tendo a concepção da referência e contra referência no fluxo de atendimento ao casal na qual a mulher foi submetida a mastectomia total. Nesse âmbito é possível identificar diferentes oportunidades de atuação do enfermeiro, na atenção primária, secundária e terciária, para trabalhar a temática sexualidade do casal frente ao adoecimento pelo câncer de mama e não apenas após a mastectomia. Fortalecendo dessa forma a rede de apoio à mulher que vivencia o câncer de mama e a mastectomia.

O enfermeiro precisa assistir o casal que enfrenta o adoecimento, com sensibilidade diante dos aspectos subjetivos inerentes ao tratamento cirúrgico, como a temática sexualidade após a mastectomia. O enfermeiro, para tanto, pode lançar mão de ferramentas importantes como a consulta de enfermagem, com escuta ativa e acolhedora, promovendo o vínculo entre profissional, paciente e família através de um ambiente propício para que a paciente e seu companheiro possam, abertamente, dialogar e dissolver as dúvidas que possam existir diante de tantos aspectos inerentes a sexualidade e a mastectomia.

Quando o vínculo é estabelecido entre a paciente/companheiro e o enfermeiro, é viabilizado ao profissional abordar a temática sexualidade mesmo que o casal assistido não traga o assunto para o momento da consulta. Pela importância e pela fragilidade do tema, é fundamental que o enfermeiro tome a frente da situação e fale sobre a questão possibilitando que haja a abertura oportuna para o casal dialogar.

A escuta sensível e acolhedora deve ser desprovida de preconceitos e fortalecida de instrumentos capazes de alcançar as expectativas do casal contextualizados pelo câncer que, não necessariamente, venha a ser o de mama, mas também o ginecológico, de próstata e tantos outros tumores.

Uma ferramenta de grande praticidade é a sala de espera que, de maneira simples e desprovida de constrangimento por parte das pacientes e familiares, por não haver exposição dos espectadores, proporciona o esclarecimento de questões que não são colocadas ao profissional de saúde previamente. Talvez por constrangimento frente ao assunto, tão

embargado de tabus, principalmente quando associado ao câncer de mama.

O enfermeiro para tratar do assunto sexualidade, com a importância devida, precisa compreender a viabilidade de trabalhar sexualidade dentro da oncologia ao identificar as necessidades da clientela e as oportunidades para assistir primando a qualidade de vida da paciente e do casal.

Uma outra ferramenta oportuna é a realização de encontros que podem ser promovidos pela equipe multiprofissional, a nível ambulatorial, nas unidades de internação, ou até mesmo nas Unidades Básicas de Saúde, com horários prévios, entre os casais a qual a mulher foi acometida pelo tumor de mama. Funcionam como espaço de promoção de saúde e qualidade de vida pela troca de experiências que se torna viável e pela oportunidade do enfermeiro abordar o tema sexualidade com o grupo.

Na atenção primária há o início de um trabalho grandioso e promissor quando for sustentado por compromisso multiprofissional e uma logística contínua no atendimento à paciente com câncer de mama, com foco na sexualidade do casal a qual está inserida.

Essa empreitada começa na Unidade Básica de Saúde, através do enfermeiro que, ao realizar a visita domiciliar, tem a oportunidade de assistir a paciente que acabou de receber o diagnóstico de câncer de mama e atender essa paciente e a família/casal, que adocece com essa mulher, podendo focar inúmeros aspectos inerentes ao tumor, com uma abordagem clínica, psíquica, social e emocional, aproveitando desde o início do processo de adoecimento a oportunidade de falar sobre a sexualidade do casal frente ao câncer de mama e suas formas de tratamento.

Para tanto, é primordial que a sexualidade, no contexto do câncer de mama e da mastectomia seja um diagnóstico de enfermagem relacionado às carências apresentadas pela paciente e seu companheiro independente do tratamento escolhido para cada caso. Para tanto, é imprescindível um plano de cuidados voltado para mulher e seu parceiro (a), que tenha uma lógica de assistência para todas as etapas do tratamento, inclusive no plano de alta, para que o casal se sinta fortalecido, diante da mastectomia, graças à intervenção do enfermeiro que orientou e dizimou as questões existentes acerca da sexualidade do casal após a referida cirurgia.

Para atuar com êxito e atender a clientela oncológica e abordar com clareza o tema sexualidade, o enfermeiro deve ser preparado ainda na sua formação acadêmica. É fundamental rever a grade curricular de modo que contemple a temática sexualidade com toda a clientela, independente da idade, sexo e gênero, almejando uma cobertura de toda a população a ser assistida em todos os contextos, principalmente dentro da oncologia.

Visando os profissionais já formados, a utilização da educação permanente, seminários e palestras ofertará a capacitação necessária para uma assistência qualificada ao assistirem os pacientes oncológicos.

A oncologia tem um desafio importante e precisa de profissionais com habilidade técnica e humanizados para tratarem da saúde sexual nos diferentes tipos de câncer. A organização dos serviços de saúde, através de uma logística que permita assistir as necessidades do casal com câncer de mama na mulher, facilitará a intervenção profissional necessária no momento oportuno desde o diagnóstico e durante todo o tratamento.

Ao assistir a paciente com câncer de mama e seu companheiro, na consulta de enfermagem específica para a demanda acerca da saúde sexual no processo do adoecimento, o enfermeiro tem a oportunidade de direcionar objetivamente o seu olhar para a sexualidade do casal e referenciá-lo para outros profissionais que atuarão em conjunto, dentro dessa dinâmica de atenção à saúde sexual na oncologia, como psicólogo, terapeuta, médicos e fisioterapeutas.

O tema sexualidade é singular, prestigioso e influente para uma assistência de enfermagem que almeja a qualidade de vida da paciente com câncer de mama. Tem-se que preparar e formar o profissional para pensar em um novo modelo de assistir a saúde pensando em todas as fases do adoecimento e tratamento proposto, assumindo a demanda familiar da paciente e, principalmente, pensando no casal a qual essa mulher faz parte. Refletir sobre o que se faz e como se faz na prática. A assistência de enfermagem deve se basear em técnica, ciência e humanização.

É priorizar as necessidades que a paciente e sua família trazem, na inversão de papéis, na rede de apoio, na resignificação da temática, no suporte emocional e fundamental em toda a conjuntura relacionada ao tratamento proposto para cada caso. É não se abster diante de uma carência que é sabidamente concreta e real: falar de sexualidade. Afinal o câncer de mama interfere nas relações interpessoais, na feminilidade da paciente e na intimidade do casal, portanto na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AKINCI, A. C. et al. The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics. **Sex Disabil**, United States, v. 29, n. 3, p. 239-250, set. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11195-011-9208-6>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- AKYÜZ, A et al. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. **J Nurs Scholarsh**, United States, v. 40, n. 3, p. 241–247, ago. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00232.x>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “respondent-driven sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ALLIGOOD MR. **Nursing Theorists and Their Work**. 8. ed. Mosby Elsevier, 2013, 768 p.
- ALMEIDA, R. A. **Impacto da mastectomia na vida da mulher**. Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde) - Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- AMARAL, A. V. et al. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 36-54, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- ANDRADE, G. N., PANZA, A. R., VARGENS, O. M. C. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10609/pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715323009>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DA MAMA (ADAMA). Disponível em: <<http://www.adama.org.br/SobreAdama>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- AURELIANO, W. A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 49-70. jan./abr. 2009. Disponível em: <www.jstor.org/stable/24327578>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. **Psychooncology**, v. 13, n. 5, p. 295-308, mai. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15133771>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1067-1070, dez. 2010.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/31.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BARRETO, R. A. S. et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.** Goiânia, v. 10, n. 1, p. 110-123, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 547-554, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/19.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BARTON-BURKE, M.; GUSTASON, C. J. Sexuality in women with cancer. **Nurs Clin North Am**, Amsterdã, v. 42, n. 4, 531-554. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17996754>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthcare Now**, United States, v. 21, n. 12, p. 804-809, dez. 2003. Disponível em: <http://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Abstract/2003/12000/Implementing_Evidence_Based_Practice_in_Home_Care.5.aspx>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BERTOLLI FILHO, C. Fontes para o estudo do câncer em São Paulo. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICO-ONCOLOGIA, 3, 1996. São Paulo. **CONGRESSO DE PSICO-ONCOLOGIA**. São Paulo: SBPO, 1996.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 121-128, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M.V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 262-269, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/04.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BRANDEN, N. **Autoestima**: como aprender a gostar de si mesmo. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 mai. 2013. Seção 1, p. 80. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 3 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 05 jun.

2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2016a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Brasília, DF: Ministério da Saúde; INCA, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2016b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasis). **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRANDEN, N. **Autoestima**: como aprender a gostar de si mesmo. 36 ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 143 p.

BRENNER, C. Freud's great voyage of discovery. **Psychoanal Q.**, United States, v. 76, n. 1, p. 9-25, jan. 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6510125_Freud's_great_voyage_of_discovery>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR; UFMG, 2007. (Texto para Discussão; n. 318). Disponível em: <<https://econpapers.repec.org/scripts/redirector.php?u=http%3A%2F%2Fwww.cedeplar.ufmg.br%2Fpesquisas%2Ftd%2FTD%2520318.pdf;h=repec:cdp:texdis:td318>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BUKOVIC, D. Differences in sexual functioning between patients with benign and malignant breast tumors. **Coll Antropol**, Croatia, v. 28, Suppl 2, p. 191-201, abr. 2004. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/08ce/5ccf1d825eadb9d60bf1bd3f64b21bfe6ebd.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CARVER, C. S. et al. How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of woman with early stage breast cancer. **J Pers Soc Psychol**, United States, v. 65, n. 2, p. 375-390, ago. 1993. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8366426>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CASTRO, D. S. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva**. 1999. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CECILIO, S. G. et al. A visão do companheiro da mulher com histórico câncer de mama. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/576>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 339-349, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a16v25n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CONCEIÇÃO, L. L, LOPES, R. L. M. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 26-31, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30847.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, L. V. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: Negociações e desafios do câncer de mama. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 14, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a06v14n1.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

COSTA, G. P. Ensaio sobre a íntima e complexa relação entre o amor e o sexo. **Ide (São Paulo)**, São Paulo, v. 34, n. 52, p. 132-143, ago. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v34n52/v34n52a14.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

COSTA, G. P. **O amor e seus labirintos**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 176 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. pesqui.**, São Paulo, n. 115, p. 139-54, mar. 2002. Disponível em: <http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_reflexoes_sobre_o_trabalho_de_campo.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, abr. 2003. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245>>. Acesso em: 5 set. 2017.

ELSEN, I. et al. Desafios da enfermagem no cuidado da família. In: BUB, L. (Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. 61-77 p.

FERGUS, K. D.; GRAY, R. E. Relationship vulnerabilities during breast cancer: Patient and partner perspectives. **Psychooncology**, United States, v. 18, n. 12, p. 1311-1322, dez. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19353517>>. Acesso em: 5 set. 2017.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram**. Fortaleza: UFC, 2003. 93 p.

FERRAZ, A. M. N. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**. 2009. 65 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Florianópolis, 2009.

FERREIRA, C. B.; ALMEIDA, A. M.; RASERA, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que vivenciaram. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 863-871, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a15v1227.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

FILGUEIRAS, M. S. T. et al. Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 551-560, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a14.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. latinoam. enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GANDINI, R. C. **Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas**. 1995. 230 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

GANZ, P. A. et al. **Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment**. **J Clin Oncol.**, United States, v. 21, n. 22, p. 4184-4193, nov. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14615446>>. Acesso em: 5 set. 2017.

GARCIA, O. R. Z. **Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero**. 2007. 249 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa

Catarina, Florianópolis, 2007.

GARCÍA VINIEGRAS, C. R. V; GONZÁLEZ BLANCO, M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. **Av. psicol. clin. latinoam.**, Bogotá, v. 25, n. 1, p. 72-80, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902508>>. Acesso em: 5 set. 2017.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a10.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

GIL, B. O. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. **An Sist. Sanit. Navar.**, Pamplona, v. 28, supl. 2, p. 19-26, 2005. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28s2/original2.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

GILBERT, E.; USSHER, J. M.; PERZ, J. Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. **Arch Sex Behav.**, United States, v. 39, n. 4, p. 998-1009, ago. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19067153>>. Acesso em: 5 set. 2017.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. (Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2003. 173-195 p.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 197-204, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8156.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

GRADIM, C. V. C.; ALMEIDA, A. M. Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama: quebrando mitos. **Rev. bras. sex. hum.**, São Paulo, v. 17, p. 201-207, 2006. Disponível em: <<http://www.sbrash.org.br/revista/rbsh/sbrash/sexualidade-de-casais-que-vivenciaram-o-cancer-de-mama-quebrando-mitos>>. Acesso em: 5 set. 2017.

FEIJÓ, A. M. et. al. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. **Ciênc cuid. saúde**, Maringá, v. 8. Supl., p. 79-84, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9721/5534>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

HOFFMANN, F. S.; MULLER, M. C.; FRASSON, A. L. Repercussões psicossociais, apoio social e bem estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicol. saúde doenças.**, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

HOLMBERG, S. K. et al. Relationship issues of women with breast cancer. **Cancer nurs.**, United States, v. 24, n. 1, p. 53-60, fev. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11219423>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

HUGUET, P. R. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 61-67, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

IMADA, T.C. M. L.; SOUZA, M. V. M. L.; BIFFI, R. G. Adaptação e validação da Family Dynamics Measure II para familiares de mulheres com câncer de mama. **Psicol. teor. pesqui.** Brasília, v. 26, n. 3, p. 557-564. jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a19v26n3.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

IMBAUT-HUART, M. J. História do cancro. In: GOOF, J. (Org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2010**: Incidência de câncer no Brasil. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

JULIEN, J. O; THOM, B.; KLINE, N. E. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. **Oncol Nurs Forum**, United States, v. 37, n. 3, p. 186-190, mai. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439204>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

KOVÁCS, M. J.; Amorim, A. C. C.; Filho & Sgorlon, L. C. A. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Psico-oncologia no Brasil**: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998. 159-185 p.

LOPES, M. H. B. M. et al. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 354-360, abr./jun., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a21.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MACIEIRA, R. C.; MALUF, M. F. Sexualidade e Câncer. In: COSTA DE PAULA. **Temas em Psico-oncologia**. 1. ed. São Paulo: Summus, 2008. 303-15 p.

MAJEWSKI, J. M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 707-716. mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade e vida em mulheres com câncer de mama. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MALTA, D. C. et al. A Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MARCON, S. S. et al. Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 8, Supl., p. 31-39, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9715/5528>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

MCDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. Os desafios da doença crônica. In: MCDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Adv. nurs. sci.**, v. Germantown, 23, n. 1, p. 12-28, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

MELEIS A. I. *Theoretical nursing: development e progress*. 4. ed. Philadelphia: Lippincott, 2007, 832 p

MIEDEMA, B.; HAMILTON, R.; EASLEY, J. From "invincibility" to "normalcy": coping strategies of young adults during the cancer journey. **Palliat Support Care**, Cambridge, v. 5, n. 1, p. 41-49, mar. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MONTEIRO, C. F. S. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-301, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a18v10n2.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

MOREIRA, E. C. H.; MANAIA, C. A. R. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital da universidade estadual de Londrina. **Semina cienc. biol. saude.**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3605/2919>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

MOREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. A comunicação entre o casal no contexto do cancro da mama. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 97-106, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v31n1/a10v31n1.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

NAKOPOULOU, E.; PAPAHRITOU, S.; HATZICHRISTOU, D. Patients' sexual health: a qualitative research approach on greek nurses' perceptions. **J. Sex. Med.**, Malden, v. 6, n. 8, p. 2124-2132, ago. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19493279f>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

NASCIMENTO, A. N.; AMORIM, B. A. **Necessidades dos familiares de mulheres mastectomizadas em um programa de reabilitação**. 2005. 73 f. (Monografia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

NASCIMENTO, M. G. R. A natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. In: ROOSEVELT, M. S. C. (Coord.). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1998. 51-78 p.

NERIS, R. R.; ANJOS, A. C. Y. Experiência dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 922-931, out. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103092/101404>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

NORTHOUSE, L. et al. Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. **Psychooncology**, United States, v. 14, n. 6, p. 478-491, jun. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15599947>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

OLTRAMARI, L. C. A construção social do desejo para as ciências sociais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 491-510, mai./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v15n2/a21v15n2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

OZONO, S. et al. Family functioning and psychological distress among Japanese breast cancer patients and families. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 13, n.12, p. 1044-1050, abr. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15864661>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

PARKER, R.; BARBOSA, R. M. Introdução. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Orgs.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

PENNA, L. H. G. **Corpos nus e corpos vestidos**: a sexualidade de mulheres obstetras sobre poder e sexualidade na sala de pré-parto e parto. 1997. 187 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PINTO, H. A. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 22-34, jan./mar. 2009.

POLIT, D. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

PRUZINSKY, T.; CASH, T. F. Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image**: a handbook of theory, research, and clinical practice. New York: The Guilford Press, 2002. 3-12 p.

QUINTANA, A. M. et al. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. **Revista**

brasileira de cancerologia, v. 45, n. 4, p. 45-52, out./nov./dez. 1999. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v04/artigo5.html>. Acesso em: 3 ago. 2017.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**. Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 85-97, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

RAVEIS, V. H.; PRETTER, S. Existential plight of adult daughters following their mother's breast cancer diagnosis. **Psychooncology**, United States, v. 14, n.1, p. 49-60, jan. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15386788>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem?. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 75-79, mar. 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/250051717_A_sexualidade_invisivel_ou_oculta_na_enfermagem>. Acesso em: 3 ago. 2017.

RESSEL, L. B.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-154, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/580.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

RHEAUME, C.; MITTY, E. Sexuality and intimacy in older adults. **Geriatr. nurs.**, New York, v. 29, n. 5, p. 342-349, set./out. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18929184>>. Acesso em: 3 ago. 2017

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; LOPES, M. V. O. A sexualidade da mulher mastectomizada: adaptando conceitos de Roy. **Rev. enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 22-27, jan./jun. 2000.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. New Jersey: Princeton University Press, 1965. 326 p.

SAMPAIO, A. C. P. **Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós mastectomia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

SÁNCHEZ, R. B. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. **Index enferm**, Granada, v. 19, n. 1, p. 4-8, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005>. Acesso em: 3 ago. 2017

SANT'ANNA, D. B. A mulher e câncer na história. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2000. 21 p.

SANTOS, L. N. et al. Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 2-19, jun. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n2/v6n2a02.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

SANTOS, M. A. et al. A (in)sustentável leveza dos vínculos afetivos: investigando a sexualidade em mulheres que enfrentam o tratamento do câncer de mama. **Revista do Vínculo**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 1-8, mai. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v10n1/a02.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

SCHILDER, P. A. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, A. L.; RAMOS, T. R. O. As linhas epistemológicas do conhecimento científico. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 11, 2001. Pará. **SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM**. Pará: SENPE, 2001.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SILVA, G. M. C. **As vivências do companheiro da mulher submetida à mastectomia**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

SILVA, I. T.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG L. Apoio social e rastreamento do câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 514-521, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_13.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2017.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. estud.**, v. 13, n. 2, p. 231-237, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>>. Acesso: 16 nov. 2016.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 727-734, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/06.pdf>>. Acesso: 16 nov. 2016.

SOUTO, M. D. ; SOUZA, I. E. O. Sexualidade da mulher após a mastectomia. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 402-410, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062011.pdf>>. Acesso: 16 nov. 2016.

SPAGNOLA, S. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (SLDS-BC). **Breast j.**, Cambridge, v. 9, n. 6, p. 463-471, nov./dez. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616940>>. Acesso: 16 nov. 2016.

STILOS, K.; DOYLE, C.; DAINES, P. Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clin. j. oncol. nurs.*, Pittsburgh, v. 12, n. 3, p. 457-463, jun. 2008.

TALHAFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. **Arq. bras. ciênc. saúde.**, Santo André, v. 14, n. 1, p. 17-22, jan./mar. 2007.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

VANCE, C. S. A antropologia redescobre a sexualidade: **um comentário teórico**. . **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 5. n. 1, p. 7-32, 1995. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v5n1/01.pdf>>. Acesso: 16 nov. 2016.

VAN HAUTE, P. Infantile sexuality, primary object-love and the anthropological significance of the Oedipus complex: re-reading Freud's 'Female sexuality'. **Int. j. psychoanal**, London, v. 86, pt 6, p. 1661-1678, dez. 2005.

VIEIRA, E. M. et al. Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 408-414, mai./jun. 2014. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86593/89493>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

WHITE, C. A. Body images in oncology. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY T. **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: The Guilford Press, 2002.

WIMBERLY, S. R. et al. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. **J. consult. clin. psychol.**, Washington, v. 73, n. 2, p. 300-311, abr. 2005. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15796638>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

WILMOTH, M. C. Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. **Nurs. clin. North America.**, Philadelphia, v. 42, n. 4, p. 507-514, dez. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17996752>>. Acesso: 16 nov. 2016.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. 2013. Disponível em: < <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Basic documents**. Switzerland, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals**. Switzerland, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Transforming health systems: gender and rights in reproductive health**. Switzerland, 2001.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(CEP - RESOLUÇÃO Nº 466/12 – 08/2015)

Título: Sexualidade do casal na perspectiva da mulher que vivencia a mastectomia.

OBJETIVO DO ESTUDO: Os objetivos deste projeto são: Identificar, a partir das representações artísticas das pacientes, como é a sexualidade do casal após a mastectomia total na mulher no percurso do câncer de mama. Discutir, a partir das representações, as ações promoção da saúde na sexualidade de casais pós mastectomia.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para contribuir com o conhecimento científico na área da enfermagem em oncologia. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida pessoal/profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma dinâmica de criatividade e sensibilidade com recorte e colagem seguida por entrevista individual.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo. O material produzido por você na dinâmica de recorte e colagem será fotografado e receberá a mesma identificação alfanumérica da entrevista.

RISCOS: Você pode achar incômodo o tema da pesquisa já que as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Por isso a realização da atividade com as figuras será individual para minimizar o desconforto sobre o assunto. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará na aquisição de conhecimentos a respeito da repercussão na sexualidade do casal ao vivenciar a mastectomia total na mulher. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não será relacionado a quaisquer informações que possam identifica-lo como profissional ou identificar a (s) instituição (ões) em que atua. Não aparecerá em nenhum documento e asseguramos que nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no estado do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO por meio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, sendo a mestranda Djennifer Gama da Silva Pinto a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dra. Sônia Regina de Souza. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate as pesquisadoras nos telefones 2542-7154, ou o

Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cepunirio@unirio.br. Você terá uma via deste consentimento para guardar.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA A

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**Carta de Anuência**

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466 de 12 de dezembro de 2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2016

Assinatura e Carimbo do Responsável

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA B

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**Carta de Anuência**

Na qualidade de responsável pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF/UFRJ, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Sexualidade do casal na perspectiva da mulher que vivencia a mastectomia”, a qual tem como objetivos: Identificar, a partir das representações artísticas das pacientes, como é a sexualidade do casal após a mastectomia total na mulher no percurso do câncer de mama; Discutir, a partir das representações, as ações promoção da saúde na sexualidade de casais pós mastectomia. Declaro que esta instituição apresenta infraestrutura adequada para o desenvolvimento da referida pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2016.

Assinatura e Carimbo do Responsável

**APÊNDICE D - AGRUPAMENTO DAS UNIDADES DE REGISTRO NAS
SUBUNIDADES
SUBUNIDADES TEMÁTICAS
UNIDADES DE REGISTRO
CORPO/SEXO**

- Sexo mesmo a gente não está tendo
- Botar seu peitinho de volta
- Bota o silicone já que você queria
- Como que ele ia me ver faltando um pedaço do corpo
- Sexo em todos os lugares
- Ele ficou muito feliz (sobre o sexo)
- Perguntou em relação ao sexo
- Ele olha a minha cicatriz
- Mesmo faltando alguma coisa no meu corpo o desejo dele não iria acabar
- Você vai reconstruir e ficar chuchuquinha
- Não me vejo faltando um pedaço
- Sem a mama usa a outra
- Não fiquei com “ah vou ficar sem peito”
- É só um pedaço que tirou do corpo
- Com ou sem seio
- Perdi um seio mas ganhei outras coisas

- Gostava de ficar maquiada quando fiquei doente
 - Eu tô gordinha
 - Você está mutilada
 - Câncer tira toda sua vaidade
 - O sexo é de virar a noite
 - Mesmos prazeres de antes
 - Sexualidade aflorou
- EMOÇÃO/TERNURA**
- Nada impede que tenham relação....o sorriso dele foi até a orelha
 - Apoio
 - Respeito
 - Fase de apoio
 - Tentando recuperar a nossa sexualidade
 - Me apoia muito
 - Meu marido ficou mais ciumento
 - Ele é tudo para mim
 - Ele não olha espantado
 - Sem o amor dele não teria aguentado
 - Ele diz não tem que ter vergonha

- Ele nunca reclamou de nada
- Nunca tive o que reclamar dele
- Amparada
- Protegida
- Normal dentro do possível
- Não tenho do que reclamar
- Melhorou
- Nada mudou
- Normal
- Nunca mudou
- Ele diz que é uma fase
- Tudo voltaria ao normal como era antes
- Ele falou que normal (mastectomia)
- Se achando bonita
- Apesar da idade
- Ser uma heroína
- Não me vejo com defeito, nem meu marido
- Eu gostar de mim

- Eu me amo mais
- Fiquei mais bonita
- Melhorei a aparência em 90%
- Ainda vou ser a mulher bonitinha que sonhei
- Sou muito feliz
- Depois do câncer é uma novidade de vida muito boa
- Para mim foi uma mudança de vida
- Saber que eu estava com câncer não me interferiu
- Não deixei de trabalhar
- Tem que ter a cabeça no lugar
- Sempre gostei de turbante
- Não mexeu com o emocional
- Deu tudo certo
- Virei uma sapeca, uma adolescente na pista
- Me senti super bem
- Não fiquei triste
- A vida é maravilhosa
- Autoestima muito boa

- Passar pelo câncer te faz uma pessoa melhor
- Eu sou livre, faço o que quero e o que gosto
- Se você tem amor, você recebe e dá amor
- Imagem da felicidade é como me sinto
- Importante é a vida
- Eu venci
- Uma mulher feliz
- Eu teria que estar forte
- Recuperar sua vida a dois
- Mesmo que você caia você consegue se levantar
- Você é o que você tem por dentro
- Repensar a autoestima
- Reciclar sua autoestima
- Pensar na solução
- Eu estou aqui curada
- Aquilo não é um problema é fácil de resolver
- Dar valor as pequenas coisas
- Minha vida é o mais importante

- Vou superar essa fase
- Se você ama você vai cuidar
- Meu otimismo
- Eu fico me recuando
- Fiquei um pouco travadinha
- Eu reclamava
- Poderia procurar outra pessoa pois ia sentir vergonha dele
- Você vai me ver com outros olhos
- A gente dá uma pirada
- O interesse dele por mim teria diminuído
- Queria muito a atenção dele
- Um baque na sua vida
- A gente desanima
- É uma visão muito triste ver aquela cicatriz
- Você não se reconhece mais
- Eu seria derrotada
- Câncer de mama envolve uma trajetória
- Preciso passar pela vida e não a vida passar por mim

AFETO/INTIMIDADE

- Comprometimento
- Maior carinho
- Tudo é junto
- Romantismo
- Tem alguém do seu lado
- Ter esse amor pra você
- Companheirismo
- Tomamos banho juntos
- Não fica só no quarto
- Carícias
- Nos unimos muito mais
- A gente fica mais junto
- Muito boa
- Tomar um vinho com o maridão
- Um casal feliz
- Não me machuca, não machuca ele
- Se ama da mesma forma

- Se toca da mesma forma
- Conseguimos superar o problema com amor
- Nos amamos muito mais
- Em fase de amizade, de amadurecimento, de carinho
- Compreender as limitações do outro
- Nossa união é o mais importante
- Parceria
- Sabendo esperar o tempo do outro
- Se unindo mais
- Compreende a limitação
- Carinhoso
- Ele compra tudo para mim
- Amigo
- Companheiro
- Sempre foi muito bom para mim
- Sempre do meu lado
- Não me deixava ficar triste

- Dançava comigo
- Nas consultas quem mais perguntava era ele
- Não deixava de me dar beijo
- Todo o amor que ele tinha direcionou a mim
- Me deu a maior força
- Ele ficou do meu lado

ESPIRITUALIDADE

- Creio muito em Deus
- Agradecendo a Deus pelas vitórias
- Câncer é uma fase

Fonte: A autora, 2017.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câncer de mama - itinerário terapêutico de jovens casais

Pesquisador: DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62656416.1.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.966.745

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma. Para as mulheres submetidas a mastectomia, a questão da imagem corporal pode ter uma importância maior, já que está ausente uma parte de seu corpo que tem enorme representatividade no conceito feminino. As repercussões emocionais podem danificar a integridade física e a imagem psíquica que a mulher tem de si e de sua sexualidade. O presente projeto busca descartar os aspectos envolvidos com o exercício da sexualidade do casal de indivíduo mastectomizado em um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro. Para coleta de dados adotará a Técnica de Sensibilidade e Criatividade com o uso da dinâmica Almanaque do Método Criativo-Sensível. Os dados serão analisados segundo o método de análise de conteúdo temática, conforme proposto por Minayo. Serão considerados 20 participantes da pesquisa divididos em 10 casais para efeito da coleta de dados que ocorrerá individualmente entre cada membro de um casal, após seleção dos prontuários a fim de atender aos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

1. Identificar as necessidades de saúde sexual na perspectiva do casal pós-mastectomia;
2. Propor um programa de aconselhamento para o casal pós-mastectomia na

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UNIRIO (cont.)

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.966.745

perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera como riscos que " a pesquisa pode gerar reflexão dos participantes acerca da sua relação conjugal diante do objeto do estudo: sexualidade do casal pósmastectomia. Portanto será ofertado aos participantes o Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho para acompanhamento caso sintam necessidade. E será assegurado que o mesmo poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

Como benefícios espera que a pesquisa em questão incite a equipe multiprofissional a refletir sobre sua prática assistencial considerando como relevante as

necessidades do casal inserido no adoecimento pelo câncer de mama e pela mastectomia. Que os cursos de formação acadêmica da área da saúde incluam na sua grade curricular disciplinas que abordem a temática sexualidade, a fim de oferecer subsídios para que os futuros profissionais estejam capacitados para abordarem o assunto sem tabus e com clareza para atender a demanda que possa existir nos seus serviços. Que seja um

incentivo ao ensino e a pesquisa através de mais publicações e estudos sobre o tema sexualidade do casal em diferentes cenários de adoecimento que não apenas a oncologia. Para que gradativamente haja contextualizações distintas que embasem a capacitação dos profissionais de saúde em diferentes oportunidades de atuação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto que busca trazer à tona questões que permitirão subsidiar a elaboração de protocolos de atendimento à mulher mastectomizada, considerando aspectos inerentes à vivência da sexualidade sob a perspectiva de quem é submetida a este procedimento cirúrgico e de quem compartilha intimamente desta experiência e por ela é afetado (a) de alguma forma. A autora considera os aspectos éticos contidos na resolução CNS 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresenta todos os termos exigidos para o desenvolvimento da pesquisa pesquisa de acordo com os modelos do CEP UNIRIO.

Recomendações:

Não há recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a contento aos preceitos éticos exigidos pela resolução 466/2012. Ajustar os prazos contidos no cronograma em anexo com aqueles do documento "informações básicas do

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

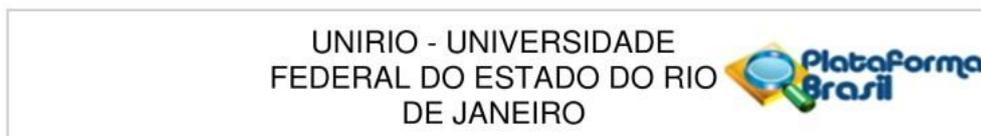
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UNIRIO (cont.)



Continuação do Parecer: 1.966.745

projeto".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832783.pdf	09/03/2017 02:59:32		Aceito
Outros	Termodocompromissoassinado.pdf	09/03/2017 02:11:07	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErevisado.pdf	09/03/2017 02:08:38	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Brochura Pesquisa	Entrevista.pdf	02/12/2016 07:43:42	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.jpg	02/12/2016 07:42:26	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesquisa.pdf	02/12/2016 07:40:30	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.jpg	02/12/2016 07:38:29	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.jpg	02/12/2016 07:33:19	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/12/2016 07:27:57	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/12/2016 07:26:33	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

<p>Endereço: Av. Pasteur, 296 Bairro: Urca CEP: 22.290-240 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com</p>

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UNIRIO (cont.)

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.966.745

RIO DE JANEIRO, 15 de Março de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFRJ

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câncer de mama - itinerário terapêutico de jovens casais

Pesquisador: DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62656416.1.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.966.745

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma. Para as mulheres submetidas a mastectomia, a questão da imagem corporal pode ter uma importância maior, já que está ausente uma parte de seu corpo que tem enorme representatividade no conceito feminino. As repercussões emocionais podem danificar a integridade física e a imagem psíquica que a mulher tem de si e de sua sexualidade. O presente projeto busca descortinar os aspectos envolvidos com o exercício da sexualidade do casal de indivíduo mastectomizado em um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro. Para coleta de dados adotará a Técnica de Sensibilidade e Criatividade com o uso da dinâmica Almanaque do Método Criativo-Sensível. Os dados serão analisados segundo o método de análise de conteúdo temática, conforme proposto por Minayo. Serão considerados 20 participantes da pesquisa divididos em 10 casais para efeito da coleta de dados que ocorrerá individualmente entre cada membro de um casal, após seleção dos prontuários a fim de atender aos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

1. Identificar as necessidades de saúde sexual na perspectiva do casal pós-mastectomia;
2. Propor um programa de aconselhamento para o casal pós-mastectomia na

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFRJ (cont.)

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.966.745

perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera como riscos que " a pesquisa pode gerar reflexão dos participantes acerca da relação conjugal diante do objeto do estudo: sexualidade do casal pósmastectomia. Portanto será ofertado aos participantes o Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho para acompanhamento caso sintam necessidade. E será assegurado que o mesmo poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

Como benefícios espera que a pesquisa em questão incite a equipe multiprofissional a refletir sobre sua prática assistencial considerando como relevante as necessidades do casal inserido no adoecimento pelo câncer de mama e pela mastectomia. Que os cursos de formação acadêmica da área da saúde incluam na sua grade curricular disciplinas que abordem a temática sexualidade, a fim de oferecer subsídios para que os futuros profissionais estejam capacitados para abordarem o assunto sem tabus e com clareza para atender a demanda que possa existir nos seus serviços. Que seja um incentivo ao ensino e a pesquisa através de mais publicações e estudos sobre o tema sexualidade do casal em diferentes cenários de adoecimento que não apenas a oncologia. Para que gradativamente haja contextualizações distintas que embasem a capacitação dos profissionais de saúde em diferentes oportunidades de atuação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto que busca trazer à tona questões que permitirão subsidiar a elaboração de protocolos de atendimento à mulher mastectomizada, considerando aspectos inerentes à vivência da sexualidade sob a perspectiva de quem é submetida a este procedimento cirúrgico e de quem compartilha intimamente desta experiência e por ela é afetado (a) de alguma forma. A autora considera os aspectos éticos contidos na resolução CNS 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresenta todos os termos exigidos para o desenvolvimento da pesquisa pesquisa de acordo com os modelos do CEP UNIRIO.

Recomendações:

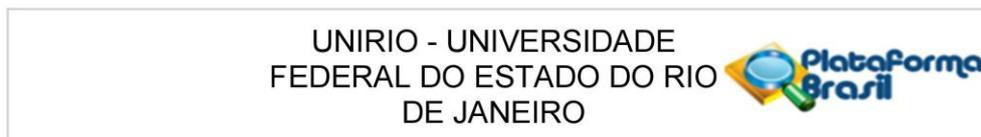
Não há recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a contento aos preceitos éticos exigidos pela resolução 466/2012. Ajustar os prazos contidos no cronograma em anexo com aqueles do documento "informações básicas do

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFRJ (cont.)



Continuação do Parecer: 1.966.745

projeto".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832783.pdf	09/03/2017 02:59:32		Aceito
Outros	Termodocompromissoassinado.pdf	09/03/2017 02:11:07	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREvisado.pdf	09/03/2017 02:08:38	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Brochura Pesquisa	Entrevista.pdf	02/12/2016 07:43:42	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.jpg	02/12/2016 07:42:26	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesquisa.pdf	02/12/2016 07:40:30	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.jpg	02/12/2016 07:38:29	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.jpg	02/12/2016 07:33:19	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/12/2016 07:27:57	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/12/2016 07:26:33	DJENNIFER GAMA DA SILVA PINTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFRJ (cont.)

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.966.745

RIO DE JANEIRO, 15 de Março de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com