
A sexualidade de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa

Mariana Guedes de Oliveira Franco¹
Janaína de Fátima Vidotti
Mariana Furtado
Universidade de São Paulo

RESUMO: Dentre os tratamentos preconizados para o câncer de mama, a cirurgia para retirada do nódulo mamário implica na mutilação de um órgão que está relacionado simbolicamente à feminilidade, sexualidade e maternidade. Esta pesquisa teve objetivo investigar como as mulheres com câncer de mama percebem sua sexualidade, através de uma revisão integrativa da literatura. A partir de uma busca sistemática na base de dados PubMed, foram identificados e analisados cinco artigos de natureza qualitativa. A análise crítica desses artigos permitiu entrever três categorias temáticas: O impacto na imagem corporal (o olhar de si mesma e o olhar do outro), Mudanças na intimidade e na relação sexual e Ressignificação do relacionamento afetivo-sexual. Observou-se que a percepção de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em relação à sua sexualidade é muito variada. As mulheres, em suas diversas experiências, atribuem diferentes significados aos relacionamentos afetivo-sexuais ao longo do tratamento para o câncer de mama. Apesar das divergências de percepções apresentadas pelas mulheres, os estudos são enfáticos em destacar o despreparo de profissionais da saúde para lidar com questões relacionadas à sexualidade dessas pacientes.

Palavras-chave: Mulher, Câncer de mama, Sexualidade.

The sexuality of women with breast cancer: an integrative review

ABSTRACT: Among the treatments recommended for breast cancer, surgery for removal of the breast nodule implies the mutilation of an organ that is related symbolically to femininity, sexuality and maternity. This research aimed to investigate how women with breast cancer perceive their sexuality, through an integrative review of the literature. Through a systematic search in the Pubmed database, five articles of qualitative nature were identified and analyzed. The critical analysis of these articles allowed us to glimpse three thematic categories: The impact on the body image (the look of itself and the look of the other), Changes in the intimacy and in the sexual relation and Resignation of the affective-sexual relationship. It was observed that the perception of women diagnosed with breast cancer in relation to their sexuality is very varied. Women, in their various experiences, attribute different meanings to affective-sexual relationships throughout the treatment for breast cancer. Despite the divergences of perceptions presented by women, the studies are emphatic in highlighting the unpreparedness of health professionals to deal with issues related to the sexuality of these patients

Keywords: Women, Breast neoplasms, Sexuality.

¹ Mariana Guedes de Oliveira Franco. End. Eletrônico: marianagfranco@gmail.com

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo e, depois do câncer de pele não melanoma, o mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, correspondendo a 25% dos casos novos a cada ano (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2016). No Brasil, as taxas de mortalidade continuam elevadas, possivelmente pelo fato de a doença ser comumente diagnosticada em fases avançadas. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo tanto fatores individuais, como idade e padrão alimentar, como fatores ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2014).

Este tipo de câncer ocorre quando as células da mama passam a se dividir rapidamente e de forma desordenada sendo, portanto, de acordo com Jesus e Lopes (2003), uma neoplasia maligna que acomete as estruturas mamárias e que pode desenvolver metástase a distância, mas que é curável se detectada e diagnosticada precocemente (Zapponi, Tocantins, & Vargens, 2011). A vivência do câncer de mama, todavia, pode resultar em uma piora na qualidade de vida da mulher com câncer de mama, com comprometimento psicológico, estando fatores como dor, diminuição da qualidade de vida, falta de adesão ao tratamento e possibilidade de maior risco de mortalidade associados com uma maior prevalência de angústia relacionada à doença (Ferreira, Silveira, Gomes, Ruiz, & Silva, 2015).

Após o tratamento, as mulheres podem enfrentar uma série de desafios, incluindo questões relacionadas à fertilidade e sexualidade (Bem Charif *et al* 2015). Estudos revelam, por exemplo, que maioria das mulheres que tiveram câncer de mama, apresentou disfunção sexual após o tratamento (Fahami & Mohamadirizi, 2015). Além disso, dentre os tratamentos preconizados, a cirurgia para retirada do nódulo mamário implica na mutilação de um órgão que está relacionado simbolicamente à feminilidade, sexualidade e maternidade, provocando uma ruptura na autoestima e no reconhecimento das mastectomizadas como mulheres (Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2009).

Considera-se que esse evento traumático pode produzir cicatrizes físicas e psicológicas na mulher acometida, impactando e alterando sua qualidade de vida, principalmente em termos da organização da vida cotidiana, familiar, social e

profissional, o que implica, sobretudo, na necessidade de se adaptar às novas condições de existência e a uma nova identidade (Bergamass & Angelo, 2012; Kappaun & Ferreira, 2008; Mezzomo & Abaid, 2012; Oliveira & Monteiro, 2004; Rosa & Radunz, 2012).

Rossi e Santos (2003), que procuraram entender as repercussões psicológicas do câncer de mama e de seus tratamentos em diferentes momentos do tratamento, mostraram que as principais repercussões psicológicas do pós-tratamento se dão no plano afetivo-sexual. Estudos constataram significativas limitações e dificuldades das mulheres submetidas à mastectomia em lidar com o próprio corpo após o tratamento, principalmente em situações que envolviam a exposição do mesmo (Duarte & Andrade, 2003; Garcia, 2007; Ferraz, 2009; Moniz, Fernandes, & Oliveira, 2011; Silva & Santos, 2009).

De acordo com Duarte e Andrade (2003), isso ocorre porque a experiência do câncer mamário, ao alterar a percepção do próprio corpo e de si, gera insatisfação e não aceitação da perda da mama, o que pode resultar em sentimentos de autodepreciação, como também apontado por Moniz, Fernandes e Oliveira (2011). Além disso, Duarte e Andrade (2003) observaram que, no plano afetivo-sexual, o câncer de mama pode levar a alterações positivas ou negativas no relacionamento do casal. Isto porque, nos casos de mudanças positivas, muitas mulheres passam a dar mais atenção e a investir mais no relacionamento, mesmo quando o ocultamento da mama mutilada era uma estratégia defensiva utilizada.

Garcia (2007) também constatou que a experiência da doença, em muitos dos casos, favoreceu a proximidade afetiva do casal, sendo que o esposo representou o principal suporte social da mulher acometida, constituindo-se, portanto, fundamental na reconstrução de suas identidades sociais e sexuais depois do diagnóstico.

Estudo realizado por Cesnik e Santos (2012a), que se propôs a investigar a relação entre mastectomia e sexualidade, apontou que a perda da mama é vivenciada pelas mulheres acometidas pelo câncer de mama como um evento traumático, uma vez que, ao atingir a mama, também são afetadas outras áreas vitais da paciente, como a sexualidade, o desejo, o sentimento de feminilidade e atratividade, aumentando, assim, a vulnerabilidade das pacientes. Para esses autores, a interferência da mastectomia

sobre a sexualidade feminina fica evidenciada pelo impacto exercido sobre o sentimento de atratividade sexual, que coloca em questão a relação com o novo corpo em função da perda da mama e seus reflexos sobre a qualidade do vínculo com o parceiro. Além disso, outro estudo proposto pelos mesmos autores (Cesnik & Santos, 2012b) apontou que os desconfortos físicos (falta de lubrificação vaginal, dor na relação sexual - dispaurenia, fadiga, ondas de calor, entre outros sintomas), decorrentes dos tratamentos para o câncer de mama e da menopausa precoce induzida pela quimioterapia, foram mencionados como justificativa para diminuição do desejo e da frequência das relações sexuais.

Dessa maneira, a cirurgia mamária também tem impacto na sexualidade feminina, evidenciado pela estreita relação encontrada entre desconfortos físicos e as dificuldades de retomada das atividades sexuais após a cirurgia de retirada da mama (Cesnik & Santos, 2012a, 2012b). Em contrapartida, Cesnik e Santos (2012a) também constataram que a vivência das dimensões afetivas da sexualidade (formas de sedução, troca de carícias, cumplicidade, toque, entre outras) contribuiu para melhor qualidade da experiência afetivo-sexual após a cirurgia.

Métodos

O presente estudo teve como objetivo compreender a vivência da sexualidade em mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica que permite sumarizar estudos realizados anteriormente na temática selecionada, colocando em discussão os métodos, fontes, objetivos e resultados, o que permite estabelecer conclusões em relação ao campo de conhecimento demarcado (Broome, 2000).

Essa modalidade de revisão possui tanto uma dimensão de categorização, de caráter descritivo, como uma faceta de análise crítica, que não se limita apenas a uma simples explicitação daquilo que já se produziu, possibilitando assim uma leitura atenta da realidade, que ao final pode apontar lacunas e necessidades de investigação ainda não suficientemente contempladas (Creswell, 2010; Scorsolini-Comin, 2014).

Bases de Dados

Este estudo envolveu uma busca na base PubMed.

Descritores Controlados: a combinação de descritores controlados utilizados

"Women" [Mesh] OR woman **AND** "Breast Neoplasms" [Mesh] OR "Breast Neoplasm" OR "Neoplasm, Breast" OR "Neoplasms, Breast" OR "Tumors, Breast" OR "Breast Tumors" OR "Breast Tumor" OR "Tumor, Breast" OR "Mammary Neoplasms, Human" OR "Human Mammary Neoplasm" OR "Human Mammary Neoplasms" OR "Neoplasm, Human Mammary" OR "Neoplasms, Human Mammary" OR "Mammary Neoplasm, Human" OR "Mammary Carcinoma, Human" OR "Carcinoma, Human Mammary" OR "Carcinomas, Human Mammary" OR "Human Mammary Carcinomas" OR "Mammary Carcinomas, Human" OR "Human Mammary Carcinoma" OR "Breast Cancer" OR "Cancer, Breast" OR "Cancer of Breast" OR "Mammary Cancer" OR "Malignant Neoplasm of Breast" OR "Malignant Tumor of Breast" OR "Breast Carcinoma" OR "Cancer of the Breast" **AND** "Sexuality" [Mesh] OR "Sexual Behavior" [Mesh] OR "Behavior, Sexual" OR "Sexual Activities" OR "Sexual Activity" OR "Activities, Sexual" OR "Activity, Sexual" OR "Sex Behavior" OR "Behavior, Sex".

Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos

Foram incluídos apenas artigos indexados na base de dados, com texto na íntegra disponível. Foram excluídos artigos que não empregaram metodologia de análise de dados qualitativa devido à natureza da questão de investigação. Não foram determinadas restrições em relação ao ano de publicação, língua e abordagem teórica. Foram excluídas produções como livros, capítulos, resenhas, dissertações, teses, artigos de revisão de literatura, bem como estudos com temática distantes da revisão.

Procedimento de busca nas bases de dados

As buscas nas bases eletrônicas foram realizadas em um único dia, em 7 de setembro de 2018. Os descritores empregados foram determinados a partir do Mesh apresentado na base de dados Pubmed e de seus sinônimos. Os artigos encontrados foram submetidos a uma avaliação

preliminar mediante a utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Em um primeiro momento, foi realizada uma leitura minuciosa dos resumos encontrados na base de dados, excluindo-se os trabalhos que não se enquadravam nos critérios de inclusão elencados.

Após essa primeira seleção, realizada pelo exame dos resumos, os estudos selecionados foram recuperados, lidos e examinados na íntegra. Posteriormente, em função da maior ou menor proximidade com o tema de interesse, uma nova seleção foi realizada, restringindo-se apenas aos artigos diretamente relacionados à temática pesquisada. Depois da leitura dos artigos selecionados procedeu-se a extração dos dados a partir da utilização do instrumento proposto por Ursi (2005). Para análise e avaliação da qualidade dos

estudos incluídos na revisão utilizou-se o instrumento proposto por Tong, Sainsbury e Craig (2007), o Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), um checklist de 32 itens.

Resultados e Discussão

Um total de 487 registros foi encontrado a partir da busca na base de dados. Após a remoção de um registro duplicado, foi realizada a leitura do título e resumo dos 486 registros restantes. A partir desta leitura, foram excluídos 458 registros utilizando os critérios de inclusão e exclusão. Os 27 artigos selecionados foram lidos na íntegra e, em seguida, 5 artigos foram recuperados para a presente revisão, como ilustrado no Prisma Flow Chart, na Figura 1.

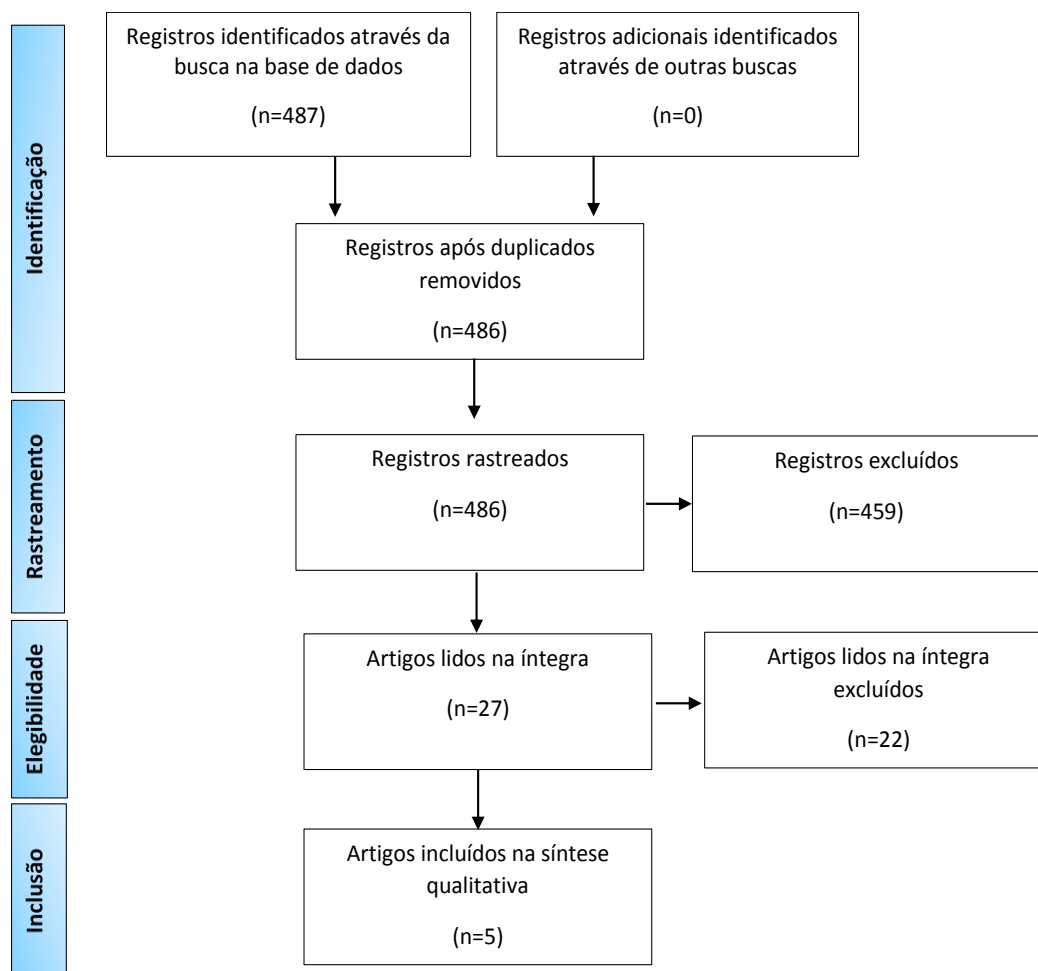


Figura 1 - Prisma Flow Chart da seleção dos estudos.

É importante ressaltar que na base consultada foram encontrados diversos trabalhos com direcionamento distinto do proposto pela presente revisão, o que resultaria na redução considerável do número de artigos recuperados. Uma quantidade importante de artigos também foi excluída por apresentar metodologia de análise de dados quantitativa, incongruente ao objetivo desse estudo. A seguir encontra-se a síntese das informações que permitem caracterizar o *corpus* de análise selecionado para a apresentação.

Os cinco artigos selecionados se caracterizam por serem estudos empíricos, de corte transversal, amparados na abordagem qualitativa de pesquisa. No que diz respeito aos objetivos dos estudos selecionados, o estudo de Takahashi e Kai (2005) e de Klaeson, Sandell e Berterö (2011), buscaram investigar o impacto na sexualidade do diagnóstico e tratamentos do câncer de mama, tendo o segundo, como especificidade, o foco em mulheres de meia-idade que ainda estavam menstruando.

O estudo de Vieira, Santos, Santos e Giami (2014), teve como objetivo compreender as repercussões psicossociais e culturais do câncer de mama e seus tratamentos na sexualidade de mulheres, enquanto que, o estudo de Loaring, Larkin, Shaw e Flowers (2015), teve como objetivo explorar como as mulheres com câncer de mama e seus parceiros entendem a intimidade sexual e imagem corporal após a cirurgia e reconstrução. Keesing, Rosenwax e McNamara (2016), por vez, buscaram explorar as experiências das mulheres e seus parceiros durante o período subsequente ao término do tratamento.

No que se refere à população investigada pelos estudos, foram incluídos: 21 mulheres que foram recrutadas em dois centros de cirurgia de mama de Tóquio, com média no diagnóstico de 42.2 anos, sendo 10 submetidas à mastectomia radical e 8 à quadrantectomia (Takahashi & Kai, 2005); 12 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com idades que variavam de 39 a 54 anos, sendo que 9 realizaram mastectomia, 3 realizaram mastectomia parcial e 2 realizaram a reconstrução da mama (Klaeson, Sandell & Berterö, 2011); 23 participantes mulheres com idades que variavam entre 36 e 76 anos, sendo que 11 haviam realizado a mastectomia total, 5 a quadrantectomia e 7 a nodulectomia (Vieira, Santos, Santos, & Giami, 2014), quatro casais heterossexuais, em que todas as mulheres foram

diagnosticadas com câncer de mama e submetidas a mastectomia com reconstrução imediata em uma mama (Loaring, Larkin, Shaw, & Flowers, 2015) e oito casais heterossexuais, em que as mulheres eram sobreviventes do câncer mama no período entre seis meses e cinco anos após o término do tratamento (Keesing, Rosenwax & McNamara, 2016). Em relação aos instrumentos utilizados para a coleta de dados, verificou-se que o estudo de Takahashi e Kai (2005), o estudo de Loaring, Larkin, Shaw e Flowers (2015) e o estudo de Keesing, Rosenwax e McNamara (2016) fizeram uso de entrevistas individuais. O estudo de Klaeson, Sandell e Berterö (2011), por sua vez, utilizou grupos focais em sua coleta, enquanto que, o estudo de Vieira, Santos, Santos e Giami (2014) fez uso tanto de entrevistas individuais quanto de grupos focais.

Para a análise da qualidade dos estudos foi aplicado em todos os estudos recuperados o Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). O COREQ é um check list desenvolvido para promover um relato explícito e abrangente de estudos qualitativos. É composto por 32 critérios considerados necessários para este tipo de estudo e que, portanto, devem ser relatados e abordados no corpo do texto. O instrumento é dividido em três domínios: *equipe de pesquisa e reflexiva, desenho do estudo e análise e conclusões*, que, se seguidos, ajudam os pesquisadores a relatarem aspectos importantes da equipe de pesquisa, do método do estudo, do contexto, dos resultados, e das análises e interpretações (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). No presente estudo, os resultados obtidos neste checklist podem ser observados na Tabela 1.

Autores – Ano - Título	COREQ
Takahashi e Kai (2005), Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors	17
laeson, Sandell e Berterö (2011), To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment	23
Vieira, Santos, Santos e Giami (2014), Vivência da sexualidade após o câncer de mama: Estudo qualitativo com mulheres em reabilitação	14
Loaring, Larkin, Shaw e Flowers (2015), Renegotiating Sexual Intimacy in the Context of Altered Embodiment: The Experiences of Women With Breast Cancer and Their Male Partners Following Mastectomy and Reconstruction	26

Keesing, Rosenwax e McNamara (2016), A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship	18
---	----

Tabela 1 - Artigos e respectivos escores obtidos no check list Coreq.

Como pode ser observado na Tabela 1, o preenchimento dos critérios apresentados pelo instrumento variou de 14 a 26 itens. Os estudos que apresentaram menor pontuação, 14 e 17, foram os de Vieira, Santos, Santos e Giami (2014) e Takahashi e Kai (2005), respectivamente, enquanto os estudos de Keesing, Rosenwax e McNamara (2016), Klaeson, Sandell e Berterö (2011) e Loaring, Larkin, Shaw e Flowers (2015) atenderam, respectivamente, a 18, 23 e 26 dos 32 itens do instrumento.

Os principais critérios não atendidos pelo estudo de Vieira, Santos, Santos e Giami (2014) e Takahashi e Kai (2005) foram relacionados à apresentação das características pessoais do pesquisador, seu relacionamento com os participantes, assim como itens da coleta e análise de dados. Além destes, Vieira, Santos, Santos e Giami (2014) também não abordaram seleção das participantes. Também no estudo de Klaeson, Sandell e Berterö (2011), com pontuação 23, os principais critérios não atendidos estão nos domínios de análise e coleta de dados e explicitação do relacionamento entre o pesquisador e os participantes.

Da mesma forma, Loaring, Larkin, Shaw e Flowers (2015), que apresentaram pontuação 26, e Keesing, Rosenwax e McNamara (2016), que apresentaram pontuação 18, também não abordam esta relação, assim como não mencionam alguns critérios da coleta de dados.

Para a discussão dos principais achados dos estudos revisados, os dados foram organizados em três categorias: *O impacto do câncer de mama na imagem corporal*, dividida em duas subcategorias - O Olhar de si mesma e O olhar do outro; *Mudanças na intimidade e na relação sexual e, Ressignificação do relacionamento afetivo-sexual*.

O impacto na imagem corporal

Uma temática recorrente nos quatro estudos analisados foi o impacto do câncer e seus tratamentos na imagem corporal da mulher, pois a autoimagem é muito significativa no que tange à

sexualidade. Os relatos das participantes sobre esse assunto referiram-se tanto a mudanças na forma como as próprias mulheres se auto avaliavam (O olhar de si mesma), quanto na forma como percebiam que os outros as avaliam (O olhar do outro) (Vieira, Santos, Santos e Giami, 2014; Loaring, Larkin, Shaw, & Flowers, 2015; Miyako Takahashi e Ichiro Kai, 2005; Klaeson, Sandell e Berterö, 2011).

O olhar de si mesma

Quanto aos impactos do câncer de mama na imagem corporal da mulher, especificamente no que se refere ao olhar de si mesma, o estudo de Vieira, Santos, Santos e Giami (2014) revela que algumas participantes relataram sentimentos de angústia e menos-valia, decorrentes das alterações corporais após o tratamento. Isso porque, segundo os autores, essas alterações envolveram características físicas relacionadas aos modelos de beleza e feminilidade culturalmente valorizadas. Nesse mesmo estudo, observou-se que algumas participantes apesar de se considerarem bonitas não se sentiam sexualmente atraentes, já que para elas a atratividade sexual relacionar-se-ia à beleza corporal, magreza e juventude, enquanto a beleza a outros traços e características subjetivas.

No estudo realizado por Klaeson, Sandell e Berterö (2011), as mulheres que participaram dos grupos focais também verbalizaram dificuldades de identificação de si mesmas a partir das mudanças físicas decorrentes da doença, percebendo na própria imagem sinais de doença e envelhecimento, ao mesmo tempo em que expressavam a perda de sua feminilidade. Seus corpos, tomados pela doença e pelo próprio tratamento, passaram a ser vistos como indisciplinados e imprevisíveis, e as participantes relatam a sensação de abandono por estes, além da dificuldade em lidar com mudanças corporais que prejudicavam sua feminilidade.

Segundo os autores, partir destas transformações, muitas das participantes relataram uma maior preocupação no cuidado físico, adotando estratégias de compensação para mascarar os sinais da doença em uma tentativa de apresentarem-se como saudáveis e normais (uso de certas roupas, maquiagem, peruca). Porém, muitas vezes as roupas e acessórios que antes eram usados por elas se tornam inacessíveis, o que fortalece, nas participantes, a sensação de “anormalidade” e perda

de parte do que consideram que as que define como mulher. (Klaeson, Sandell e Berterö, 2011),

Nesse âmbito, o estudo de (Loaring, Larkin, Shaw, & Flowers, 2015) também aponta que, durante o diagnóstico e tomada de decisões, a luta contra o câncer foi o foco central e que após a cirurgia, a atenção das mulheres se voltou para a recuperação do corpo. Segundo os autores, as três questões mais importantes para as mulheres, nesse período, foram: complicações durante a recuperação, a decepção com o resultado final da cirurgia de mama, dores e ganho de peso, como resultado da quimioterapia e da medicação. Essas questões mostram a transformação do sentido atribuído ao corpo após o tratamento.

Para as participantes desse estudo, a mama reconstruída veio como um choque, em parte devido às expectativas anteriores, e em parte devido à escala da mudança. As mulheres relataram terem sido informados de que uma reconstrução imediata não só seria reparadora, mas também lhes daria uma nova mama esteticamente melhorada. No entanto, os relatos apresentaram angústias de violação corporal, principalmente quando seus corpos se tornaram parte do trabalho do cirurgião (Loaring, Larkin, Shaw, & Flowers, 2015).

O olhar do outro

Sobre como o câncer e seus tratamentos implicam na imagem corporal, e no relacionamento desta com a opinião do outro, a pesquisa de Vieira, Santos, Santos e Giame (2014) destaca aspectos do cenário cultural como, por exemplo, a existência de um discurso sobre a sexualidade marcado por relações tradicionais de gênero, nas quais a atratividade sexual feminina é um atributo aspirado e altamente valorizado.

As participantes ofereceram definições de atratividade sexual e beleza, compostas por padrões culturalmente valorizados, entremeados por aspectos subjetivos. Nesse sentido, os autores destacam, como a opinião de outrem foi considerada importante fonte validadora de impressões próprias. Há relatos que descreveram a prática sexual como obrigação servil da mulher no casamento, que deve ser exercida independentemente de sua vontade ou prazer e que, caso não realizada para aplacar o desejo sexual instintivo do homem, este procuraria outras mulheres, em relacionamentos extraconjugais. Para essas participantes a esposa estaria ameaçada de perder o marido.

Nesse âmbito, os autores destacam que a experiência da sexualidade e das relações sexuais que assumem papel-chave no campo do relacionamento humano, são ainda mais centrais para as mulheres que estariam sempre competindo umas com as outras pela atenção de um homem.

Assim, elas deveriam estar sempre “bem arrumadas”, fisicamente atraentes, e dispostas a variar o repertório sexual com o parceiro. Por isso, para essas mulheres cujo papel da sexualidade feminina resume-se a isso, 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. Grande parte das participantes afirmou que “o homem larga da mulher doente”.

No estudo realizado por Klaeson, Sandell e Berterö (2011), preocupação semelhante também foi observada. Grande parte das participantes relatou desconforto em relação à exposição do corpo diante de pessoas estranhas. Segundo esses autores, tal desconforto provém da preocupação com o outro, de que seus corpos “deformados”, “mutilados”, possam causar desconforto em sua exposição.

O medo da resposta negativa do parceiro também foi um dos aspectos destacado na pesquisa de Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005). Nesse estudo, o medo das respostas negativas dos parceiros à aparência das participantes no pós-mastectomia foi repetidamente mencionado como razão de hesitação para fazer sexo. Seis informantes, por exemplo, decidiram não mostrar suas cicatrizes da operação e se cobrir com camisolas ou camisetas durante o sexo, pois tinham medo de assustar os parceiros com as alterações na mama.

Mudanças na intimidade e na relação sexual

As mulheres entrevistadas no estudo de Loaring, Larkin, Shaw e Flowers (2015) relataram vários aspectos da cirurgia e tratamento de câncer de mama como barreiras à intimidade física, o que segundo elas, iam muito além da relação sexual em si, ocupando diversos momentos que os casais compartilham suas intimidades. Embora as mulheres apresentem divergências na aceitação de sua aparência física, elas compartilhavam uma preocupação em querer sentir-se fisicamente à vontade com seus parceiros. Todas as mulheres falaram de querer “encobrir” na frente de seus

Psicologia - Saberes & Práticas, n.2, v.1, 71-82, 2018.

parceiros e de uma perda de confiança em estar nu com eles. Para as mulheres os sentimentos sobre o corpo (e particularmente a sua atratividade) estavam ligados a suas experiências de si mesmos como seres sexuais. Assim, observou-se que para todas as entrevistadas houve a consciência de que a intimidade sexual tinha tomado uma nova dimensão, o que exigiu cuidadosa negociação, e reaprendizagem de scripts (Loaring, Larkin, Shaw, & Flowers, 2015).

No tocante das mudanças na vida sexual após os tratamentos para o câncer de mama foram apontadas em quatro dos estudos apresentados (Miyako Takahashi & Ichiro Kai, 2005; Klaeson, Sandell & Berterö, 2011; Vieira, Santos, Santos & Giame 2014; Keesing, Rosenwax & McNamara, 2016). Em geral, é possível apontar que tais mudanças apresentam uma grande variação entre as mulheres estudadas, e vão desde a hesitação na retomada da vida sexual a casos em que são relatadas melhora na vida sexual, em contraposição aos casos que apontam para uma piora significativa na relação do casal, levando à separação ou ausência de relacionamento sexual no período pós-câncer. Estas mudanças e suas variações serão abordadas a seguir.

Quanto às mudanças na vida sexual do casal posteriores ao câncer no período imediato de pós-tratamento, Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005) e Keesing, Rosenwax e McNamara (2016), apontam que a hesitação em retomar as relações sexuais foi apontada pela maioria das mulheres estudadas.

De acordo com Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005), a retomada variou de apenas alguns dias a meses, sendo influenciada por três fatores: a recuperação física e psicológica da mulher, pois, além das complicações físicas, como fadiga e cicatrização demorada, as participantes também se mostraram hesitantes na retomada do sexo até que se sentissem confiantes em relação a sua condição; a importância da relação sexual para o casal, uma vez que casais que consideravam seu vínculo sexual como muito importante na relação tiveram a tendência de retomarem as atividades sexuais logo após a cirurgia, enquanto aqueles que não colocavam muita importância em seu relacionamento sexual não se apressaram nesta retomada; e, por último, o medo da resposta negativa do parceiro às suas razões de não retomarem o sexo também se mostrou determinante nesta situação.

Além deste período imediato, em relação ao pós-tratamento em geral, é possível apontar grande

variação no impacto na vida sexual das mulheres entrevistadas nos estudos abordados: enquanto algumas mulheres se referiram a melhora da vida sexual, outras afirmaram que a vida sexual se manteve a mesma de antes do adoecimento e, ainda, algumas participantes relataram a piora da vida sexual.

Relatos de melhora na vida sexual foram identificados no estudo de Vieira, Santos, Santos & Giame 2014, que apontou que 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. Alguns relatos remetem às mudanças de atitudes da mulher após ter passado por um período de reflexão durante o diagnóstico e a exposição aos tratamentos, que possibilitaram mais tranquilidade e abertura para desfrutar de relações sexuais prazerosas.

Nos casos em que mudanças na vida sexual foram apontadas após o período de tratamento, uma das principais causas de tais alterações apresentada pelos estudos foi a diminuição da excitação e do desejo sexual (Miyako Takahashi & Ichiro Kai, 2005; Klaeson, Sandell & Berterö, 2011; Vieira, Santos, Santos & Giame 2014). Para Miyako Takahashie Ichiro Kai (2005), o sofrimento físico foi a maior razão do declínio da excitação sexual. Muitas das participantes deste estudo se referiram a dolorosas relações sexuais devido à diminuição da lubrificação vaginal.

Para os autores, é importante ressaltar que todas estas mulheres que relataram esta complicação foram submetidas à hormonioterapia ou quimioterapia intravenosa, o que pode ter levado à danificação da função ovariana. No estudo de Vieira, Santos, Santos e Giame (2014) a diminuição na frequência e prazer sexual foi diretamente atribuído à menopausa e não ao câncer. Para os autores, esta é uma questão importante, pois muitas mulheres já experimentam um processo de transformação da vivência sexual relacionado ao envelhecimento quando são diagnosticadas com câncer de mama.

Nesses casos, os tratamentos podem acelerar a menopausa e fazer com que as mulheres não consigam diferenciar as características do envelhecimento dos efeitos adversos dos tratamentos como agentes de mudanças que interferem na atividade sexual e que poderiam ser, de algum modo, manejados pelo profissional de saúde.

Além destes estudos, a diminuição da excitação sexual também foi apontada no estudo de Klaeson, Sandell e Berterö (2011), no qual muitas participantes relataram, a partir da doença e das consequências provenientes dos tratamentos, uma maior dificuldade na excitação sexual e na entrega durante a relação. O desejo, antes compreendido como natural para as participantes, ainda poderia ser alcançado, mas demandando delas tempo e preparo mental. Entretanto, como apontam os resultados, muitas vezes a excitação sexual não era atingida. Para algumas participantes, já durante a relação sexual, houve dificuldade em se entregar e relaxar, assumindo um papel passivo durante a relação, o que foi considerado por elas como uma grande perda no relacionamento.

Além disto, o estudo de Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005) também aponta que algumas mulheres experienciaram outros desconfortos físicos além de dores durante as relações sexuais, como o medo de que seu lado operado fosse pressionado pelo corpo de seu parceiro ou medo de movimentos imprevisíveis deste, como de repente agarrar e movimentar seu braço durante o sexo, quando este ainda não tinha recuperado toda a movimentação após a cirurgia. Algumas mulheres descobriram que ser acariciadas em torno da área operada ou irradiada da mama era extremamente desconfortável e pediram para seus parceiros não tocarem na área.

Esses desconfortos físicos e sensações desconfortáveis perturbavam sua concentração em seu prazer sexual, levando indiretamente a relações sexuais dolorosas. Em contrapartida, a perda da carícia na mama também foi mencionada como uma razão da excitação prejudicada, particularmente quando era uma parte agradável da rotina sexual do casal antes da cirurgia. Em alguns casos, os desconfortos físicos continuaram por anos após a conclusão do tratamento. Desta forma, de acordo com os autores, fica claro que os desconfortos são causados não apenas por fatores psicológicos, mas também por mudanças físicas induzidas pelos tratamentos, incluindo a mastectomia.

Neste sentido, a piora da vida sexual após o câncer de mama foi apontada nos estudos de Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005) e Klaeson, Sandell e Berter (2011). Para as participantes do estudo Klaeson, Sandell e Berter (2011), as alterações físicas ocasionadas pelos tratamentos tornaram a vida sexual pior do que no período anterior ao câncer. Também houve relatos sobre uma vivência sexual mais angustiante devido ao temor da perda

da atratividade sexual e o receio da rejeição dos parceiros, assim como queixas sobre a abstinência sexual após o tratamento devido à falta de desejo sexual do marido, ideia que, para os autores, aparece conectada à falta de virilidade.

No estudo de Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005), muitas informantes comentaram que a frequência sexual diminuiu consideravelmente após a cirurgia porque elas ou os seus parceiros se tornaram relutantes em ter relações sexuais. Nos casos em que as mulheres se tornaram passivas, a maioria se referiu ao desconforto físico nas atividades sexuais, como discutido anteriormente.

As informantes também relataram outros fatores, como perda de energia física e/ou psicológica devido aos tratamentos e medo de engravidar. Além disso, o medo das respostas negativas dos parceiros à sua aparência no pós-mastectomia foi repetidamente mencionado como razão de hesitação para fazer sexo, o que levou algumas das participantes do estudo até mesmo a decidirem não mostrar suas cicatrizes da operação e se cobrir com camisolas ou camisetas durante o sexo, pois tinham medo de assustar os parceiros com as alterações na mama.

Algumas informantes disseram que elas se tornaram menos nervosas ao mostrar suas cicatrizes aos seus parceiros conforme eles gradualmente iam se acostumando ao verem todos os dias, enquanto outras continuaram escondendo muito tempo após a cirurgia, atitudes estas que contrastam com as de mulheres que não hesitaram se mostrar desde o começo. Em alguns casos, as mulheres relataram que foram seus parceiros, e não elas, que se tornaram passivos depois da cirurgia quanto ao sexo.

Quanto à qualidade da relação sexual em longo prazo, Miyako Takahashi e Ichiro Kai (2005) apontam que, em seu estudo, a maioria das participantes que experimentou mudanças sexuais e buscaram desenvolver estratégias para resolver a situação afirmou que o resultado em longo prazo da relação sexual do casal estava intacta e estável, enquanto a relação de uma pequena parcela das participantes se degenerou, resultando em separação ou divórcio.

Para as participantes, este resultado foi amplamente influenciado pelas atitudes dos parceiros, uma vez que, para os autores, mudanças sexuais experienciadas pelas informantes não pareceram resultar em uma grande crise quando os parceiros entendiam o suficiente e respeitavam as intenções das mulheres de se resguardarem

sexualmente. Para as participantes do estudo, era um alívio quando os parceiros esperavam pacientemente até recuperarem a energia para o sexo. Já nos casais que desenvolveram uma grave crise no relacionamento, os parceiros forçavam as informantes a terem sexo, infringindo severa dor física e psicológica.

O estudo de Keesing, Rosenwax e McNamara (2016) revela que além das consequências físicas do tratamento, muitos casais relatam consequências do estresse vivenciado durante o período de tratamento, mesmo após o término deste. Os casais, participantes do estudo, relataram dificuldades de comunicação e que se sentiam "presos" em tentativas de se conectarem uns com os outros. Por vezes, essas dificuldades levavam a conflitos e estresse, o que impunha barreiras à intimidade e retomada da atividade sexual, uma situação com a qual os indivíduos estavam satisfeitos.

Por fim, quanto às alterações na vida sexual após o câncer de mama e seus tratamentos, é importante apontar que, conforme discutem Vieira, Santos, Santos e Giame (2014), as concepções de sexualidade intermediadas pela cultura e pelas relações interpessoais se revelam pela maneira com que a mulher lida com as consequências e desdobramentos dos tratamentos na vida sexual.

Apesar dos relatos sobre alterações da função sexual, como a diminuição do desejo, redução da excitação e da lubrificação vaginal, anorgasmia e dispaurenia, que podem ser decorrentes dos tratamentos, foram oferecidas diferentes avaliações sobre a vida sexual. Além disso, também é importante apontar que, nos estudos apresentados, algumas mulheres afirmaram que sua vida sexual permaneceu a mesma de antes do câncer de mama, boa ou ruim, de acordo com o padrão de relacionamento mantido com o parceiro anteriormente (Miyako Takahashi & Ichiro Kai, 2005; Vieira, Santos, Santos & Giame 2014).

Ressignificação do relacionamento afetivo-sexual

A partir da leitura dos artigos, uma nova categoria surgiu nos estudos de Klaeson, Sandell e Berterö (2011) e Loaring, Larkin, Shaw, e Flowers (2015).

No estudo realizado por Klaeson, Sandell e Berterö (2011), as participantes relataram dificuldades em relação ao desejo sexual pelo outro,

implicando em mudanças negativas na maneira com que significavam sua feminilidade - apesar destas dificuldades, foi relatada uma maior intimidade entre as mulheres e seus parceiros após a doença, com a substituição da relação sexual pelo contato físico não erótico, o que por sua vez promoveu aumento na qualidade de seus relacionamentos íntimos, com o sentimento de ser amada e de estar segura em sua relação; a doença e suas consequências aparecem nos relatos das participantes como estopim para mudanças em suas noções de vida, do modo como definem a si mesmas e do que caracteriza uma mulher, com o aumento da intimidade (com os filhos, parceiros, amigos) compensando as mudanças na vida sexual.

De modo similar, no estudo de Loaring *et al.* (2015) as participantes descreveram avanços no relacionamento afetivo com o parceiro, tendo a comunicação como parte essencial deste processo. Os relatos das mulheres descreveram a necessidade de construir uma nova relação com seu corpo, além de construção de intimidade com o marido. Este sentido de chegar a um acordo com os organismos modificados era comum nos relatos das mulheres.

O casal, a partir das mudanças decorrentes da doença, se transforma em uma unidade; as participantes descrevem como elas e os parceiros negociaram seu caminho através de preocupações com a imagem corporal e sexualidade após o tratamento do câncer de mama. Dentro deste tema, as quatro mulheres que participaram do estudo descreveram querer ou sentir a necessidade de se comunicar constantemente com seus parceiros sobre como se sentiam sobre seus corpos e relações sexuais (Loaring, Larkin, Shaw, & Flowers, 2015).

Keesing, Rosenwax e McNamara (2016) também abordam a Ressignificação do relacionamento afetivo-sexual ao identificar que mulheres e seus parceiros buscam acomodar em seus relacionamentos as mudanças decorrentes do tratamento as estratégias de apoio adotadas após seu término.

Neste estudo, muitas mulheres afirmaram que sua prioridade durante o início da sobrevivência foi recuperar sua segurança e autoestima o que implicava necessidade de tempo e espaço para si antes que pudessem se concentrar na manutenção de suas relações amorosas. As participantes relataram que um esforço foi exigido de seus parceiros para entender e respeitar essas necessidades, o que demandava deles habilidades de empatia e comunicação.

Considerações Finais

De acordo com os estudos analisados na presente revisão integrativa é possível dizer que a percepção de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em relação à sua sexualidade é muito variada. As mulheres, em suas diversas experiências, atribuem diferentes significados aos relacionamentos afetivo-sexuais ao longo do tratamento para o câncer de mama.

Nota-se que os artigos incluídos nesse estudo, apesar de serem todos de abordagem qualitativa, têm desenhos metodológicos variados. Considera-se também que a idade da mulher pode impactar em sua sexualidade. No caso da presente revisão, a idade das participantes também é muito variada, sendo que participaram mulheres de 28 a 76 anos. Nota-se que são participantes desses estudos desde mulheres jovens, até mulheres idosas. Além disso, o tempo de diagnóstico também foi amplo, com variação entre 10 meses e 18 anos. O tempo de cirurgia variou entre 4 meses e 123 meses. Também foram múltiplas as abordagens de tratamento realizadas.

Nesse sentido, as diversas vivências e percepções dessas mulheres sobre sua sexualidade podem (e devem) ser analisadas considerando que a idade, tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e modalidade de tratamento podem ter impacto direto na vida sexual da paciente. Essas condições podem ocasionar desconforto físico, desconforto emocional, medo, angústia, e assim contribuir para a piora dos relacionamentos afetivo-sexuais dessas mulheres.

Por outro lado, algumas mulheres apontam que houve melhora no relacionamento sexual com o parceiro, relatando que se sentiram compreendidas e que puderam dialogar com eles suas dificuldades, o que contribuiu para a resignificação da vida íntima do casal. Algumas participantes também evidenciaram perceber melhora nas vivências afetivas do casal, no que tange à cumplicidade e carinho.

As participantes dos estudos evidenciaram muito temor das consequências do tratamento do câncer de mama na sexualidade. Os medos estão relacionados, principalmente, ao envelhecimento e perda da beleza, os quais julgam atributos essenciais no relacionamento afetivo-sexual; expor o corpo para outras pessoas; opiniões negativas do parceiro, ocasionado o uso de camisolas e camisetas no ato

sexual, bem como tentativas de novos scripts. Houve hesitação na retomada da vida sexual, e o receio de que movimentos bruscos prejudicassem a recuperação.

Em relação às melhoras na sexualidade percebidas pelas participantes, destaca-se que quando a mulher se sentia bem física e emocionalmente e compreendida pelo marido em suas angústias. Mostrar a cicatriz para o marido e conversar sobre as angústias parece atuar como fator que auxilia na reconstrução de uma vida sexual prazerosa.

Apesar das divergências de percepções apresentadas pelas mulheres, os estudos são unânimes em destacar o despreparo de profissionais da saúde para lidar com questões relacionadas à sexualidade dessas pacientes. A formação desses profissionais (enfermeiros, psicólogos e médicos) ainda é muito defasada nesse quesito. Sugere-se futuros estudos que investiguem como os mesmos lidam com esse tema em sua prática cotidiana, e como pensam que a formação poderia contribuir nesse aspecto. Recomenda-se, ainda, mais estudos que também contemplem os maridos, que são protagonistas importantes nessa situação.

Em relação às mulheres, recomendamos estudos que delimitem melhor idade e tempo de diagnóstico/cirurgia, para melhor compreensão (se houver) das diferentes percepções sobre a sexualidade ao longo do tratamento, sendo que estudos longitudinais parecem mais adequados para responder a essa lacuna.

Referências

- Ben Charif A., Bouhnik A., Rey D., Provansal M., Courbiere B., Spire B. & Mancini J. (2015). Satisfaction with fertility- and sexuality-related information in young women with breast cancer. *BMC Cancer*, 5, 15-572.
- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews in the development of concepts. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications* (2a. ed., pp. 231-250). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012a). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.
- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012b). Do the physical discomforts from breastcancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 1001-1008.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa*. (3a ed.). M. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, T. P., & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia* (Natal), 8(1), 155-163.
- Ferreira, V. A., Silveira, I. N. T., Gomes, N. S., Ruiz, M. T., & Silva, S. R. (2015). Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. *Revista Rene*, 16(2), 266-274.
- Garcia, V. M. L. R. (2007). *Autoimagem, autoestima e relacionamento conjugal como dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: Uma visão sociocultural*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Instituto Nacional do Câncer [INCA] (n.d.) *Tipos de câncer: Mama*. Recuperado em 8 de janeiro, 2014, de <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>.
- Instituto Nacional do Câncer [INCA] (n.d.) *Tipos de câncer: Mama*. Recuperado em 18 de abril, 2016, de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama>.
- Jesus L. L. C., & Lopes, R. L. M. (2003). Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, 11(2), 208-211.
- Kappaun, N. R. C., & Ferreira, M. E. C. (2008). A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. *HU Revista*, 34(4), 243-248.
- Keesing S., Rosenwax L. & McNamara B. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health*, 16(57), 1-14.
- Mezzomo, N. R., & Abaid, J. L. W. (2012). O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 40-49.
- Moniz, P. A. F., Fernandes, A. F., Oliveira, L. (2011). Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 163-171.
- Oliveira, M. M., & Monteiro, A. R. M. (2004). Mulheres mastectomizadas: Ressignificação da existência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 401-408.
- Rosa, L. M., & Radunz, V. (2012). Significado do câncer de mama na percepção da mulher: Do sintoma ao tratamento. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(4), 445-450.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Scorsolini-Comin, F. (2014). *Guia de orientação para iniciação científica*. São Paulo: Atlas.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2009). Esquizofrenia: Dando voz à mãe cuidadora. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26(2), 85-92.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Ursi, E. S. (2005). *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Zapponi, A. L. B., Tocantins, F. R., & Vargens, O. M. C. (2012). A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(3), 386-390.

Recebido em 23/08/2018

Aceito em 25/09/2018