

## SEXUALIDADE E CÂNCER DE MAMA: RELATOS DE OITO MULHERES AFETADAS

Lucas Nápoli dos Santos<sup>1</sup>, Carlos Alberto Dias Carlos Alberto Dias<sup>2</sup>, Grazielle Lage Lacerda<sup>3</sup>, Walter William Pereira Barreto<sup>4</sup>, Thaíse Rodrigues dos Santos<sup>5</sup>

### RESUMO

O Ministério da Saúde estimou para 2008, 49 mil novos casos de câncer de mama no Brasil. O diagnóstico e tratamento tendem a gerar alterações psíquicas influenciando profundamente o comportamento familiar e social das pacientes. Objetivando analisar as influências ocasionadas pelo câncer de mama e seu tratamento na vida afetiva e sexual de oito mulheres afetadas, utilizou-se o método de Estudo de Caso. A maior parte relatou diminuição na frequência das relações sexuais sem comprometimento do relacionamento com o companheiro, havendo casos em que o mesmo tornou-se mais atencioso. Inapetência sexual, dor durante as relações e dificuldades para excitar-se e obter orgasmos foram as principais disfunções relatadas, decorrentes da doença e do tratamento. A partir destes resultados evidencia-se a necessidade de criação de espaços de escuta diferenciada onde se possa falar dos mais variados sentimentos relativos à doença e a experiência singular de cada sujeito.

**Palavras-chave:** câncer de mama; efeitos psicológicos; sexualidade.

### SEXUALITY AND BREAST CANCER: STORIES OF EIGHT AFFECTED WOMEN

### ABSTRACT

The Brazilian Ministry of Health estimated 49 thousand new cases of Breast Cancer in the year 2008. The diagnosis and treatment tend to generate psychological changes with deep influence on the patients' family and social behavior. Thus, the Study of Case method was used here with the purpose of analyzing influences caused by breast cancer and its treatment on the emotional and sexual life of eight affected women. Most of them reported reduction in the frequency of sexual intercourses, with no influence on the relationship with their partners. In some cases, the partner had even become more thoughtful. Lack of sexual drive, pain, difficulty to get excited and have orgasms were the main dysfunctions that resulted from the illness and treatment, according to the women. These results reveal the need of spaces where there can be a distinct listening and where the people can talk about their most diverse feelings regarding the illness, and the unique experience of each subject.

**Keywords:** breast cancer; psychological effects; sexuality.

---

<sup>1</sup> Psicólogo; Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) – Brasil.

<sup>2</sup> Psicólogo; Doutor em Psicologia Clínica pela Université de Picardie Jules Verne, França; Professor do curso de Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce; Pesquisador do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) – Brasil.

<sup>3</sup> Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce; Estudante voluntária em atividades de pesquisa do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) - Brasil.

<sup>4</sup> Psicólogo; Mestre em Ciências da Educação pelo Instituto Superior Pedagógico Enrique Jose Verona, Cuba; Professor dos cursos de Psicologia, Odontologia e Farmácia da Universidade Vale do Rio Doce; Pesquisador do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) – Brasil.

<sup>5</sup> Graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Vale do Rio Doce; Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG); Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) – Brasil.

## INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade o câncer desafia a humanidade ao apresentar-se como uma doença invasiva, com alto risco de morbidade e morte e de causas desconhecidas. A palavra câncer foi criada por Hipócrates, o pai da medicina. Hipócrates viveu entre 460 e 370 a. C. e usou no início o termo “Karkinos” para descrever certos tipos de tumores. Existem duas teorias para a origem deste nome: a primeira correlaciona o nome da doença com as dores causadas pela picada do caranguejo. A segunda aponta para a anatomia tumoral que, com seus vasos sanguíneos dilatados, lembram as patas de um caranguejo (Gueler, 1999).

Atualmente, segundo Lorencetti e Simonetti (2005), o câncer pode ser entendido de duas formas: a primeira como um tecido do corpo cujo número de células cresce desordenada e permanentemente e a segunda como uma doença que se inicia quando uma célula começa a se dividir de forma atípica em função de alguma mutação genética. Para o Instituto Nacional do Câncer, a enfermidade é definida como um conjunto de manifestações caracterizadas por um crescimento anormal de células de órgãos e tecidos que pode se espalhar para diversas regiões do corpo, fenômeno conhecido como metástase (Brasil, 2007). Nettina (2003) dá a seguinte definição para o câncer: “O câncer é uma doença da célula em que os mecanismos normais de controle do crescimento e proliferação são prejudiciais, o que resulta em alterações morfológicas distintas da célula e em aberrações nos padrões teciduais.” (p. 132).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), o processo de eclosão do câncer e a metástase se iniciam quando uma célula anormal se transforma em virtude de uma mutação genética no DNA celular. Tal célula anormal produz um clone que começa a se reproduzir de uma forma anormal e desordenada, ignorando os mecanismos de regulação de crescimento das células circunvizinhas. As células anormais, então, adquirem uma característica invasiva, infiltrando-se nos tecidos vizinhos e, conseqüentemente acessando os vasos sanguíneos e linfáticos que as transportam a outras regiões do corpo.

Dentre os diversos tipos de cânceres, o câncer de mama é o mais freqüente entre as

mulheres, embora não seja uma doença exclusiva do sexo feminino, sendo encontrado também em homens numa proporção de 1 para cada 100 mulheres portadoras (Brasil, 2007).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, tem sido uma das maiores causas de morte nos países ocidentais, tornando-se uma das maiores preocupações atuais em Saúde Pública. Segundo estimativas do Ministério da Saúde, em 2008 deverão ocorrer 49 mil novos casos de câncer de mama no Brasil. Levando-se em consideração esses dados, essa neoplasia seria o tipo de câncer mais incidente na população brasileira, sendo ultrapassada apenas pelos cânceres de próstata e de pele do tipo não-melanoma. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama ainda continuam elevadas, provavelmente em função do diagnóstico tardio na maioria dos casos (Brasil, 2007).

A aceitação do diagnóstico pelo paciente é muito imprevisível. Inúmeras variáveis intervêm de forma a provocar nuances quanto a tal atitude. Quando a doença é diagnosticada em estágios iniciais e apresenta um bom prognóstico, torna-se mais fácil aceitar o fato e lutar para modificá-lo. Quando diagnosticada tardiamente, com reduzidas chances de cura, não será difícil encontrar casos em que a paciente se negue a submeter-se ao tratamento. Existem ainda aquelas que, por mais difícil e sofrido que seja o tratamento, lutam até o fim acreditando, apesar das evidências, que existem esperanças de cura (Knobel, 1998).

Em termos globais a aceitação da doença e do tratamento está relacionada ao modo como o paciente compreende e lida com o diagnóstico do câncer. Tal processo sofre a influência de valores sociais e religiosos, do padrão de personalidade do paciente, do meio cultural no qual ele está inserido, entre outros fatores. A forma como o diagnóstico é revelado à mulher também interfere de forma significativa no processo de aceitação da doença e do tratamento (Knobel, 1998).

A aceitação do diagnóstico de câncer de mama pode proporcionar novas maneiras de lidar com a vida criando por vezes um clima favorável para a convivência com o tratamento. Quando as mulheres, principalmente com o apoio e a compreensão do companheiro, alcançam o momento da aceitação, torna-se possível manter ou elevar a qualidade de vida em níveis aceitáveis ou melhores.

A desestruturação psíquica decorrente do recebimento do diagnóstico (Vieira, Queiroz, 2006) torna-se mais intensa, sobretudo quando a mulher tem que submeter-se à cirurgia de retirada da mama (mastectomia), a qual provoca uma alteração evidente no contorno do corpo. Duarte e Andrade (2003) verificaram que tal alteração ocasiona sentimentos de estranheza, sofrimento e autodepreciação provocados pela não-aceitação da perda da mama. A compreensão de tais reações deve levar em conta o componente simbólico ligado às mamas na cultura ocidental. Conforme afirmam Ferreira e Mamede: “Além de seu papel importante na vivência e na demonstração da feminilidade, as mamas são, também, órgãos que produzem e carregam o leite, uma das fontes simbólicas da vida e da maternidade” (Ferreira, Mamede, 2003, p. 300).

Outras conseqüências psicológicas do recebimento do diagnóstico de câncer de mama são apontadas por um estudo realizado por Maluf, Mori e Barros (2005). O desespero é a primeira reação característica da maior parte das mulheres diante do diagnóstico de câncer. Após esse momento, as pacientes passam por uma série de conflitos internos que incluem a negação da doença. A procura por outros profissionais com a esperança da obtenção de um diagnóstico diferente constitui-se também numa reação característica de muitas mulheres. O apoio emocional proporcionado por familiares e amigos nesse momento constitui elemento importante para a boa aceitação do diagnóstico pela paciente.

A partir das considerações acima, o presente trabalho tem como objetivo analisar as influências ocasionadas pelo câncer de mama e seu tratamento na vida afetiva e sexual de oito mulheres afetadas.

## **METODOLOGIA**

### **Amostra**

As entrevistas colhidas para o presente estudo foram realizadas no ano de 2007, e contaram com a participação de oito mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama. Todas as entrevistadas residiam na época da realização da pesquisa na cidade de Belo Oriente, na região do Vale do Rio Doce-Minas Gerais. Inicialmente a busca pelas participantes do estudo foi feita

utilizando o chamado “método Bola-de-Neve”, o qual consiste em utilizar a indicação de outros entrevistados a partir dos próprios sujeitos da amostra. Todavia, mostrou-se mais eficaz realizar-se a busca das participantes a partir da indicação de profissionais em Postos de Saúde e na Secretaria de Saúde do município de Belo Oriente.

Para a composição da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: as participantes deveriam ter realizado ou estar realizando o tratamento da doença (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal) na ocasião das entrevistas (com vistas a verificar não só os efeitos não só da doença como de seu tratamento na vida sexual das pacientes); possuir estado funcional independente; possuir relacionamento com companheiro fixo (visando identificar possíveis alterações no relacionamento em virtude do advento da doença); ter uma idade mínima de 21 anos e possuir conhecimento do diagnóstico médico. Os únicos critérios de exclusão foram: apresentar déficit cognitivo e o não-interesse em participar da pesquisa.

A avaliação de déficit cognitivo foi feita da seguinte forma: durante as entrevistas, ao serem percebidos pelo pesquisador possíveis sinais indicadores de déficit cognitivo, os quais estariam dificultando o desenvolvimento da entrevista, solicitava-se aos familiares, após a entrevista, um laudo médico que comprovasse algum comprometimento cognitivo. Caso a suspeita fosse confirmada pelo laudo, e apenas nesse caso, a entrevista era considerada inválida.

A escolha de oito mulheres para participarem do estudo foi baseada na orientação de Gil (2002), que a propósito de estudos de natureza qualitativa faz a seguinte observação:

A determinação do número de casos não pode ser feita a priori, a não ser quando o caso é intrínseco. O procedimento mais adequado para esse fim consiste no adição progressivo de novos casos, até o instante em que se alcança a “saturação teórica”, isto é, quando o incremento de novas observações não conduz a um aumento significativo de informações. Embora não se possa falar em um número ideal de casos, costuma-se utilizar de quatro a dez casos (p. 139).

Nesse sentido, seguindo a proposta de Gil, ao ser atingido o total de oito mulheres entrevistadas, percebeu-se que boa parte do conteúdo das respostas começava a se tornar repetitiva,

de tal modo que não houve mais necessidade de adicionar novas entrevistas. Alcançou-se, assim, a “saturação teórica” da qual fala Gil (2002).

## **Instrumentos**

Para a realização deste estudo, optou-se por utilizar-se uma abordagem qualitativa. Para tanto, empregou-se a técnica de Estudo de Caso. Este método foi considerado o mais eficaz por se estar buscando uma descrição mais abrangente possível do fenômeno estudado. Segundo Gil (2002) o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa que consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou mais objetos, proporcionando um amplo e detalhado conhecimento. O estudo de caso pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado, envolvendo múltiplas fontes de informação. Em todas as áreas, os estudos de caso são desenvolvidos para proporcionar um maior conhecimento e envolvimento do profissional, aluno ou pesquisador, com uma situação real observada.

Para a realização dos Estudos de Caso, empregou-se a técnica de entrevista semi-estruturada domiciliar. Na medida em que a temática abordada compreende uma vastidão de aspectos, apresentando-se como uma realidade multifacetada, optou-se por utilizar-se o referido instrumento. A entrevista semi-estruturada permite a reformulação das questões propostas inicialmente e a adição de novas de acordo com o desenvolvimento da entrevista, possibilitando, assim, que a relação pesquisador-entrevistado tome a aparência de uma conversa informal e não fique restrita a uma mera coleta de dados.

A escolha do próprio domicílio para a realização das entrevistas foi feita considerando-se que o ambiente em que o sujeito habita fornece-lhe um clima de acolhimento e privacidade, necessários para que o entrevistado possa ficar mais à vontade para falar de temas tão intensos afetivamente como o são o câncer e a sexualidade. Uma outra opção, o ambiente hospitalar, em função dos procedimentos relacionados ao tratamento e o trânsito de profissionais e outros pacientes, não conta, muitas vezes, com as condições referidas acima, fazendo com que sujeito tenda a expressar seus sentimentos em relação ao câncer e a sua sexualidade de forma mais tolhida.

Portanto, em se tratando de uma entrevista semi-estruturada, foi utilizado um roteiro para nortear o pesquisador quanto a quais aspectos deveriam ser abordados no decorrer da entrevista. O roteiro continha questões relativas à identificação da participante (sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e religião); aspectos relacionados à doença (meio de descoberta do câncer, nível de conhecimento do paciente em relação à doença, sintomas apresentados, tipos de tratamentos realizados); aspectos psicológicos associados ao câncer (reações da participante e de sua família ao diagnóstico, reações da participante à vivência do câncer e do tratamento); impacto do câncer na vida social e profissional (modificações na convivência da participante com familiares e amigos, instâncias onde a participante tem encontrado maior apoio) e interferência do câncer e do tratamento sobre a sexualidade (comparação entre o relacionamento afetivo com o companheiro antes e depois do câncer, comparação entre a vivência das relações sexuais com o companheiro antes e depois do câncer, modificações na sexualidade da participante após o câncer, estratégias utilizadas pela participante para lidar com as possíveis dificuldades na vida sexual advindas do câncer e do tratamento).

### **Procedimentos**

Após as participantes terem sido localizadas, foi feito contato com as mesmas por telefone. Na oportunidade foram explicadas as razões pelas quais haviam sido convidadas a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas no próprio domicílio das participantes e tiveram uma duração média de 2 horas cada. Após explicitar os objetivos da pesquisa, os riscos associados de sua participação e receber o acordo da paciente através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, era iniciada a entrevista. Durante a mesma eram anotadas as informações fornecidas, fragmentos de relatos mais significativos para a paciente, bem como impressões do próprio entrevistador. Optou-se por não fazer uso de registro eletrônico de voz devido à sensibilidade da situação, entendendo-se que tal procedimento poderia torná-las mais inibidas em seus relatos.

### **Aspectos éticos**

Os resultados aqui apresentados fazem parte da pesquisa “Paciente e Enfermeiro: atores no processo de enfrentamento do câncer”, submetida e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer CEP/UNIVALE 15/2006.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Essa técnica possibilitou buscar nos relatos das participantes os elementos mais significativos de forma a agrupá-los em categorias dentro de cada tópico abordado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir, apresentamos uma síntese dos relatos das oito participantes do estudo. Os relatos foram subdivididos de acordo com os principais tópicos abordados durante as entrevistas. Para caracterizar as participantes, foram utilizadas apenas as iniciais dos nomes com o objetivo de resguardar suas identidades.

### **Caracterização das participantes**

A média de idade das mulheres entrevistadas é de 40 anos. A maioria delas (75%) é de religião católica sendo as demais (25%) pertencentes a igrejas evangélicas. Quanto ao grau de instrução das participantes sobressaem aquelas que possuem o segundo grau (50%), seguidas por aquelas que cursaram o primeiro (37,5%) e terceiro (12,5%).

Observou-se também que a média de idade das entrevistadas é semelhante à de participantes de outros estudos que tratam da mesma temática, como o de Rossi e Santos (2003).

### **Descoberta da doença**

As participantes foram solicitadas a falar a respeito das circunstâncias da descoberta da doença bem como dos sintomas experimentados antes da confirmação do diagnóstico.

Todas as entrevistadas tiveram o diagnóstico confirmado após notarem um nódulo no seio e solicitarem um exame médico. Uma das participantes, além do nódulo, teve secreção. Esses dados



são diferentes dos resultados obtidos por Rossi e Santos (2003) em estudo feito com dez mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Segundo os autores, a maioria das participantes do estudo não procurou assistência médica especializada, embora tivessem sido identificados nódulos, displasia mamária ou microcalcificações em seus seios depois de uma ida ao ginecologista.

O fato das participantes de nosso estudo terem recorrido ao médico após a detecção dos sintomas primários indica que tais mulheres não fizeram uso do mecanismo da “negação” (como uma defesa face à possibilidade de estarem com a doença), como ocorreu com as participantes da pesquisa de Rossi e Santos (2003). Tal estratégia é bastante comum na experiência de muitos pacientes oncológicos e traz como consequência a detecção tardia do câncer, o que pode dificultar o tratamento da doença.

### **Reação das participantes ao diagnóstico de câncer**

As participantes, em sua maioria, afirmaram terem se sentido profundamente entristecidas diante da confirmação do diagnóstico da doença. O medo foi também um sentimento bastante característico dessa parcela das participantes. A fala de uma delas ilustra com clareza a experiência vivida nesse momento:

*Foi horrível saber que tinha câncer de mama. E agora? O que vou fazer? Fui a outro mundo e voltei. Fiquei muito triste e chorava muito. Pensava o tempo todo que iria morrer. Quando saí do médico procurei saber mais a respeito da doença. Me falaram que o câncer tem cura. Não acreditei, e isso me deixava louca. Só fiquei mais tranqüila a partir do momento em que conheci uma mulher que já estava curada. Este foi meu consolo [...] (F.P.C.)*

Duas participantes relataram que se desesperaram diante do diagnóstico da doença, tendo dificuldades para aceitar o fato. O desespero e a desorganização psíquica ocasionados pelo diagnóstico do câncer podem ser vistos no relato de uma participante:

*No momento fiquei desesperada. Chorei muito... Passa pela cabeça da gente um questionamento de como foi a vida da gente. Por que eu não fiz isso ou aquilo? Parece que o dia de morrer já está marcado e será bem antes do que o imaginado. Acho que se eu tivesse mais informação, a minha realidade seria outra. Tinha buscado ajuda logo no início. (M.F.O.)*

Uma participante disse ter ficado em estado de choque e sem acreditar no que estava

acontecendo com ela. De acordo com Kübler-Ross (1994, citado por Rossi, Santos, 2003), o choque e a negação são sentimentos característicos de pacientes com doenças associadas diretamente à morte. A fala dessa participante aponta ainda para a importância do apoio conjugal para o enfrentamento da doença:

*O médico confirmou a doença. Fiquei com muito medo e perturbada. Eu não tinha noção do que realmente era. Então para mim foi um choque, porque a única coisa que eu sabia, é que muita gente tá morrendo com câncer. O meu marido sempre me dava forças e incentivos, e foi ele quem conversou com outros médicos e me deu esperanças. (P.A.A.)*

Bergamasco e Angelo (2001), em estudo feito com seis mulheres com diagnóstico de câncer de mama observaram que as reações da mulher ao diagnóstico são diversas, podendo variar da indiferença a um medo real. Segundo os autores, na etapa em que os dados de exames estão sendo analisados surgem sentimentos como angústia e desamparo bem como pensamentos sobre morte e pânico. Tais resultados distinguem-se dos nossos apenas no tocante à reação indiferente de algumas participantes. Tal fato não ocorreu no presente estudo.

Na pesquisa de Rossi e Santos (2003), o vislumbre da morte e temores relacionados a um possível desamparo dos filhos foram os aspectos mais característicos das reações de mulheres com câncer de mama, quando receberam o diagnóstico. Como atestam os relatos das participantes de nosso estudo, o medo da morte também foi um aspecto marcante na reação das entrevistadas ao diagnóstico. Borges et al. (2006), em estudo de revisão de literatura, observaram que a percepção da morte pelo paciente oncológico modifica-se na medida em que se desenvolvem o pensamento e a linguagem. Nesse sentido, o modo como o sujeito com câncer elabora a idéia de morte varia também de acordo com a faixa etária em que se encontra. É importante ressaltar que as raízes do medo da morte repousam não apenas na noção de finitude da vida, como atestam Borges et al., afirmando que “a morte em si não é um problema para o paciente, mas sim, o medo de morrer, que nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que o acompanha” (Borges et al., 2006, p. 366).

A respeito da percepção do diagnóstico de câncer como sinônimo de morte por algumas

participantes, Teixeira (2006) afirma que isso se dá em função das sensações de desamparo e solidão vivenciadas pelo paciente oncológico no momento do diagnóstico; sensações que, como vimos, estão na raiz do medo da morte.

### **Tipos de tratamentos realizados**

Todas as participantes do estudo realizaram a cirurgia de mastectomia. Sete participantes submeteram-se à cirurgia após o início do tratamento quimio e/ou radioterápico. Apenas uma participante utilizou a mastectomia como tratamento primário, passando a fazer sessões de radioterapia apenas como medida de prevenção à reincidência da doença. Essa participante foi também a única a não realizar o tratamento quimioterápico. A combinação entre quimioterapia e cirurgia ocorreu nos casos de quatro participantes. Três participantes fizeram sessões de radioterapia, sendo que para apenas uma esse foi o tratamento inicial. Uma participante também fez uso da terapia hormonal como tratamento complementar à cirurgia e à quimioterapia.

No estudo empreendido por Rossi e Santos (2003), todas as participantes haviam se submetido à mastectomia, à quimio e à radioterapia, de forma similar ao grupo por nós investigado. Dentre as diversas formas de tratamento, há que se destacar a mastectomia como sendo o procedimento que exerce maior impacto psicológico sobre a vida da mulher. Relatos de algumas participantes confirmam essa asserção:

*Quando eu acordei e me vi sem o seio, foi a pior coisa que aconteceu na minha vida... O seio é tudo na vida de uma mulher. Quando você se vê só com um, não dá vontade nem de olhar no espelho mais nunca na vida... (D. H. S)*

*Fiz uma cirurgia, não foi uma mastectomia total, mas é uma coisa que me incomoda. Olhar para o espelho e ver que o meu seio está diferente um do outro... (M. R. F.)*

A partir de tais relatos, observa-se, portanto, uma dificuldade na aceitação do corpo pós-cirurgia. Essa constatação corrobora os resultados de Duarte e Andrade (2003) e Ferreira e Mamede (2003).

Conforme assinalado por Lacan (citado por Mandil, 2008) a constituição do ego para o sujeito está intimamente ligada à imagem do corpo próprio refletida pelo espelho. Tal imagem

proporciona ao sujeito uma satisfação narcísica visto que oferece a ele a representação de seu corpo como unificado, o suporte para sua identidade. A partir de tais considerações torna-se possível compreender a angústia sentida pelas mulheres após a mastectomia e a relutância em se ver novamente no espelho. A perda do seio quebra a unidade do eu proporcionada pela imagem do próprio corpo no espelho. Por conseguinte, o vazio resultante da retirada da mama desestabiliza o sujeito em sua identidade em virtude da visão de seu corpo como incompleto.

A quimioterapia também foi relatada como sendo um tipo de tratamento que causa danos à imagem corporal em virtude dos seus efeitos colaterais, em especial a queda de cabelos. Para uma participante, essa reação era pior do ponto de vista psicológico do que a própria retirada de mamas, visto que a ausência dos seios era fácil de esconder, já a falta de cabelos não. *“Quando comecei a fazer a quimioterapia o meu cabelo começou a cair muito. Pedi à minha tia que cortasse para mim. O meu marido tem uma máquina de cortar cabelos. Ela raspou tudo... Foi horrível.” (M.F.O.)*

### **Reação da família ao diagnóstico**

A maioria das participantes relatou que a reação da família foi marcada pelo sentimento de tristeza. Todavia, a tristeza deu lugar à resignação, tendo os familiares caminhado na via do enfrentamento da doença e do tratamento e de suas implicações. Apenas uma participante disse que não se lembrava da reação dos familiares ao diagnóstico. No entanto, afirmou que não vinha recebendo apoio dos mesmos durante a vivência do tratamento. Nesse ponto, cabe-nos ressaltar a pertinência da interpretação psicanalítica dos esquecimentos como tendo a finalidade de evitar uma determinada quota de desprazer que seria provocada pela lembrança do evento “esquecido” (Freud, 1901/1974). Essa hipótese torna-se plausível no caso dessa última participante. A falta de apoio por parte da família, permite inferir o quão desprazerosa para a participante pode ter sido a reação dos familiares ao diagnóstico. Para não sofrer com a lembrança desta circunstância, o esquecimento aparece como forma de defesa.

### **Modificações na vida social e profissional**

A maior parte das participantes do estudo relatou ter-se afastado do trabalho após a descoberta do câncer e o início do tratamento. Uma participante não afastou-se completamente das tarefas, todavia reduziu a frequência e a intensidade com que as realizava. Para três participantes a redução na participação em atividades sociais e a diminuição na frequência das saídas de casa também foram conseqüências da incidência do câncer e do tratamento. Uma das participantes disse estar freqüentando apenas a igreja, local de onde vinha recebendo o maior apoio para o enfrentamento da doença. Duas participantes relataram não terem observado a ocorrência de modificações em sua vida social e profissional. Uma delas havia sofrido um acidente há dez anos, tendo permanecido acamada desde então. Por conseguinte, sua vida social já estava bastante prejudicada antes da descoberta do câncer.

No estudo feito por Duarte e Andrade (2003) apenas com mulheres mastectomizadas, as autoras verificaram dificuldades na retomada da vida social pelas mulheres após a cirurgia. Na medida em que todas as participantes de nosso estudo realizaram a cirurgia de retirada da mama, torna-se possível comparar nossos resultados com os das referidas autoras. Essas observaram que após a cirurgia, o contato com o mundo externo originou uma série de medos e fantasias em função do olhar alheio ao corpo da mulher. Nossos resultados evidenciam que tais aspectos poderiam estar presentes em boa parte das mulheres entrevistadas visto que o contato das mesmas com o mundo externo foi reduzido após a descoberta do câncer e o início do tratamento.

A respeito da diminuição da relação das mulheres com o mundo externo após a incidência do câncer, convém assinalarmos as asserções de Freud (1914/1974) com relação ao que ocorre na economia psíquica do indivíduo que padece de uma doença somática. Segundo o autor, em tais situações o indivíduo concentra a maior parte de sua libido no próprio eu, ficando apenas uma parte diminuta reservada para o mundo externo.

### **Modificações na vida afetiva e sexual**

Para que fossem avaliados os efeitos do câncer sobre a afetividade e a sexualidade das participantes, fez-se necessário verificar como era o relacionamento da participante com seu

companheiro *antes* da descoberta da doença. A metade das participantes declarou que o relacionamento com o parceiro era bom, mas com algumas dificuldades. Entre essas participantes, duas relataram não terem notado alterações significativas nessa dinâmica conjugal. Uma participante disse que o companheiro tornara-se mais atencioso e outra que o parceiro havia se afastado. Três participantes relataram que antes do advento da doença, o relacionamento com o companheiro era muito bom, com companheirismo e amizade. Após a descoberta do câncer, duas delas disseram não ter havido mudanças nessa situação e uma relatou que o companheiro tornou-se mais presente e atencioso. Apenas uma participante disse que antes do diagnóstico da doença, o relacionamento com o companheiro era ruim, com graves problemas conjugais. Segundo ela, após o surgimento da doença essa situação não se modificou.

Buscou-se também evidenciar como parâmetro de avaliação, como era a dinâmica das relações sexuais entre as participantes e seus respectivos parceiros antes da descoberta da doença. A maioria das participantes relatou dificuldades no relacionamento sexual com o companheiro antes do câncer, seja pelo aspecto monótono das relações, pela baixa frequência ou até mesmo pela inexistência das mesmas. Após a incidência da doença, as mulheres que relataram que as relações eram monótonas, notaram uma diminuição da procura do companheiro por sexo e, por conseguinte, da frequência das relações. A participante que antes da doença já não tinha relações sexuais com o companheiro relatou a permanência dessa situação. Uma das participantes, que disse que antes do câncer as relações eram pouco frequentes afirmou que após a doença não vem as tendo mais. Outra participante, que afirmou ter dificuldades nas relações sexuais antes da doença em virtude do próprio relacionamento conjugal, disse que após o câncer mesmo sem vontade, tem atendido as investidas sexuais do companheiro.

Três participantes afirmaram que antes da doença o relacionamento sexual com o companheiro era muito bom, com as relações sendo satisfatórias e ocorrendo com frequência. Uma delas disse que após a doença, a única modificação observada foi a dificuldade para se excitar, sendo necessário mais tempo nas preliminares. Outra paciente disse que as relações passaram a ser

permeadas por mais carinho após o advento da doença. Para a última participante, as relações tornaram-se menos freqüentes após a descoberta da doença.

De acordo com Santos (2003), mesmo quando existe uma forte e satisfatória vida sexual antes da doença, o stress emocional, a dor, a fadiga, o insulto à imagem corporal e a baixa auto-estima decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer podem desorganizar o funcionamento sexual do casal.

Duarte e Andrade (2003) encontraram resultados parecidos aos do presente estudo. As autoras concluíram que não existe um padrão de reações do parceiro na retomada da vida sexual após o câncer e a mastectomia. Alguns deles se afastam e outros tornam-se ainda mais carinhosos e atenciosos para com as parceiras. É importante ressaltar que muitas mulheres temem a não-aceitação pelo parceiro de sua nova condição, o que para as autoras, deve-se à associação feita por tais mulheres entre sexualidade e genitalidade, o que as leva a pensar que a ausência das mamas tende a provocar necessariamente um distanciamento do companheiro.

Outro aspecto avaliado no tocante às modificações afetivo-sexuais em decorrência do câncer foi o efeito da doença e do tratamento sobre a sexualidade da mulher. Metade das participantes disse que passou a sentir dor durante as relações após a descoberta da doença e o início do tratamento. Três participantes relataram terem se tornado inapetentes sexualmente. Outras três participantes enfatizaram a dificuldade para se excitar como consequência do câncer e do tratamento sobre sua sexualidade. Apenas uma participante disse que após a descoberta da doença, além da dificuldade para se excitar, tem notado uma demora em atingir o orgasmo, como testemunha um trecho de seu relato: *“A gente faz amor e eu não tiro a parte de cima, sempre fico de camiseta. Eu tenho dificuldades para excitar, sinto dor nas relações e demoro gozar. Acho que é de preocupação por estar assim.” (F. P. C.)*

Não obstante o relato dessa participante demonstre a influência de fatores psicológicos na determinação dos problemas de ordem sexual em pacientes oncológicos, é preciso ressaltar a esse respeito as consequências do próprio tratamento sobre o organismo do doente. No estudo realizado

por Melo, Carvalho e Pelá (2006) com 20 pacientes oncológicos de ambos os sexos, constatou-se que a maioria deles, após o início do tratamento, passou a apresentar disfunções sexuais tanto na fase de excitação sexual quanto na fase do orgasmo, resultados que se assemelham aos obtidos em nossa pesquisa.

Evidenciou-se que a metade das mulheres não procurou fazer nada para melhorar o relacionamento sexual após as modificações em virtude da doença. As demais se dividiram entre o procurar investir mais nas carícias preliminares e no uso de medicamentos, conforme atestam as seguintes falas:

*Procuramos ser mais carinhosos um com o outro antes do ato sexual. (F. P. C.)*

*Como tenho pouca lubrificação, acabo sentindo um pouco de dor durante o momento em que fazemos amor. Então usamos gel lubrificante para melhorar as relações. (A. G. L.)*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maior parte dos estudos em Psicologia no Brasil que abordam os aspectos subjetivos do adoecimento oncológico tem se dedicado às representações do câncer para o próprio paciente e para sua família, bem como as influências psicológicas do diagnóstico da doença. Ainda é insipiente a literatura brasileira que trata dos efeitos do câncer sobre a vida afetiva e sexual dos sujeitos afetados.

No presente estudo, foram evidenciados os efeitos devastadores da doença em alguns casos sobre a vivência da sexualidade. Além das dificuldades no exercício da função sexual relatadas por algumas mulheres como a falta de desejo sexual, dor durante as relações e dificuldades em se excitar e atingir o orgasmo, a constituição da auto-imagem – elemento fundamental para a vivência de uma relação sexual satisfatória – sofre grandes impactos, mormente em virtude da cirurgia de retirada da mama.

Devido à associação feita no nível das representações sociais entre câncer e morte, a principal questão com a qual se vê confrontado o paciente oncológico seja talvez a possibilidade da morte prematura. Não obstante, em virtude dos avanços no tratamento do câncer, os quais



constituem uma esperança de cura da doença nos casos em que essa é descoberta precocemente, outros aspectos da vida do paciente como a sexualidade devem ser tomados como objeto de intervenções com vistas a melhorar sua qualidade de vida.

É nesse sentido que os resultados deste estudo indicam a necessidade de criação de espaços em que o sujeito que padece da doença possa articular um discurso que expresse a singularidade de seu desejo. Para tanto, faz-se necessária uma escuta diferenciada que possa acolher a queixa do paciente em toda a sua particularidade e não apenas buscar uma normatização da função sexual do doente a qualquer custo.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bergamasco, R. B. & Angelo, 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.
- Borges, A. D. V. S.; Silva, E. F.; Toniollo, P. B.; Mazer, S. M.; Valle, E. R. M.; Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 361-369.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2007). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 155-163.
- Ferreira, M. L. S. M. & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3), 299-304.
- Freud, S. *A Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901). (J. Salomão, Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* (Vol. VI). Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Freud, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914). (J. Salomão, Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gueler, R. F. (1999). *Enfermagem nas neoplasias*. In: \_\_\_\_\_. *Grande Tratado de Enfermagem*. (cap. 27). São Paulo: Santos-Maltese, 1999.
- Knobel, E. (1998). *Condutas no Paciente Grave*. São Paulo: Atheneu.
- Lorencetti, A.; Simonetti, J. P. (2005). *As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 944-950.

Maluf, M. F. M.; Mori, L. J. & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (2), 149-154.

Mandil, R. Formas de relação com o corpo próprio. (2008). *Latusa digital*, ano 5, n. 32.

Melo, A. S.; Carvalho, E. C. & Pelá, N. T. R. (2006). A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematológicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (2), 227-232.

Nettina, S. M. (2003). Enfermagem no Câncer. In: \_\_\_\_\_. *Brunner Prática de Enfermagem*. (cap. 8). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

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.

Santos, L. (2003). *Mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade: revisão da literatura*. Monografia não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. (2002). Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: \_\_\_\_\_. *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (cap. 15). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Teixeira, L. C. (2006). Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, 6 (1), 21-42.

Vieira, C. P. & Queiroz, M. S. (2006). Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 63-70.

Nota dos autores: Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão da bolsa de iniciação científica, que possibilitou a agilização nos processos de coleta e criação do banco de dados; e à Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), pelo apoio através da concessão de horas de dedicação à pesquisa pelos professores participantes da equipe.