

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

SIMONE MARA DE ARAÚJO FERREIRA

**A sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e
mamário**

RIBEIRÃO PRETO

2012

SIMONE MARA DE ARAÚJO FERREIRA

**A sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e
mamário**

**Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências
junto ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública**

**Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital**

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferreira, Simone Mara de Araújo

A sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário. Ribeirão Preto, 2012.

101 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Almeida, Ana Maria de

1. Enfermagem. 2. Sexualidade. 3. Neoplasias da mama. 4. Neoplasias dos genitais femininos

FOLHA DE APROVAÇÃO

Simone Mara de Araújo Ferreira

A sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Tia Cida e irmã Mirian

No meio desta caminhada chamada Mestrado eu jamais poderia imaginar que a vivência do câncer de mama pudesse chegar tão próxima de mim. Mas chegou. Acompanhar o processo de adoecimento de vocês me fez refletir ainda mais sobre as necessidades de uma mulher acometida pelo câncer.

Dedico-lhes este trabalho.

Eu as amo muito!

Agradecimentos

A Deus, minha suficiência e capacitação. Agradeço a sabedoria do alto, o bom ânimo e o amor derramado nas horas de angústia, fundamentais para a concretização deste trabalho.

Aos meus pais, Silvio e Sirlei, pelo amor incondicional e pela disposição em partilhar comigo meus sonhos. A vocês meu amor e gratidão.

Aos meus familiares, pelo incentivo e apoio. Em especial às minhas queridas irmãs Susie e Selene e ao meu sobrinho Lucas, pela torcida, pela paciência e pelo carinho dispensado.

Aos meus irmãos em Cristo, pelas orações e palavras de conforto, em momentos de desespero.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, pela competência, dedicação e amizade. Sou muito grata pela maneira carinhosa com que fui acolhida e pela confiança depositada.

Às colegas do Grupo de Estudos em Oncologia - GEONC, pela amizade, companheirismo e crescimento mútuo.

Aos profissionais que trabalham na Seção de Enfermagem da Unidade de Ginecologia e no Ambulatório de Mastologia e Oncologia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP pela maneira com que permitiram que eu adentrasse na rotina profissional.

Ao Gabriel pela revisão das referências bibliográficas e à Juliana Gazzotti pela tradução.

À Maria do Socorro pela cuidadosa revisão ortográfica. Obrigada pela disposição e dedicação na realização deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPQ, pelo apoio através da subvenção à realização deste trabalho.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

(Florence Nightingale)

RESUMO

FERREIRA, S. M. A. **A sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário.** 2012. 101p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo analisar se a sexualidade é uma das dimensões do cuidado de enfermagem nas mulheres com câncer ginecológico e mamário, num hospital universitário. A coleta de dados foi realizada empregando-se como fontes de informação a entrevista individual semiestruturada. Foram entrevistadas 16 profissionais da equipe de enfermagem, sendo nove alocadas na Seção de Enfermagem da Unidade de Ginecologia e sete no Ambulatório de Mastologia e Oncologia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Utilizou-se o referencial metodológico da análise de conteúdo, e o suporte teórico de análise dos dados foi a sexualidade como construção sociocultural. Os dados foram codificados, inicialmente, em dois núcleos de sentido. A partir desses dois núcleos de sentido, foram construídas quatro unidades temáticas: “A doença e a sexualidade da mulher: reconhecendo o problema”; “A sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem”; “Identificando barreiras na abordagem da sexualidade” e “Reconhecendo a necessidade de reestruturação da assistência prestada”. No primeiro núcleo temático, destacaram-se as percepções das profissionais de enfermagem em relação ao comprometimento da sexualidade da mulher acometida pelo câncer ginecológico e mamário. Reconhecendo que a vaidade é inerente ao sexo feminino e que as mulheres dão muita importância para a aparência física, foram discutidas as dificuldades apresentadas em viver com o corpo mutilado, bem como as repercussões dessas alterações físicas nas relações conjugais. No segundo tema, exploraram-se as práticas assistenciais que incluem a temática sexualidade. As profissionais de enfermagem entrevistadas incluem a dimensão da sexualidade no cuidado de forma não sistematizada, o que na maioria das vezes não dá identidade às suas práticas e elas passam a ser descontinuadas. Depreende-se que a abordagem da sexualidade pode ser feita de forma irreverente, bem como pode ser beneficiada por certas condições. O terceiro tema enfoca as barreiras mencionadas como impeditivas da abordagem da sexualidade dentro das práticas adotadas. Essas barreiras dizem respeito ao modelo de saúde, às características da dinâmica institucional e às interpretações sociais da sexualidade, sendo reconhecidas como moduladoras das ações. Na construção do quarto tema, consideraram-se as perspectivas de mudança na assistência prestada, pautadas nas reflexões e propostas mencionadas pelas profissionais de enfermagem. A reestruturação que se almeja passa por mudanças na formação, nos valores pessoais e profissionais, assim como pelo reconhecimento das possibilidades de intervenção. Este estudo apresenta limitações por tratar de um tema complexo como a sexualidade. Entretanto as considerações realizadas, a respeito do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, instigam à reflexão e à busca por novos paradigmas assistenciais. As discussões não se esgotam e novos estudos são necessários, inclusive dirigidos à própria mulher acometida pela doença, possibilitando confrontar os pontos de vistas em relação à problemática da sexualidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Sexualidade, Neoplasias da Mama, Neoplasias dos Genitais Femininos

ABSTRACT

FERREIRA, S. M. A. **Sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer**. 2012. 101p. Dissertation (MSc) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

This qualitative study aimed to analyze if the sexuality is one of the dimensions of nursing care for women with gynecological and breast cancer assisted at a university hospital. Data collection was performed using semi-structured individual interview as sources of information. 16 professionals of the nursing team were interviewed; being nine allocated in the Nursing Section of the Gynecology Unit and seven in the Mastology and Gynecological Oncology Outpatient Clinic of the *Hospital das Clínicas* of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School. The content analysis methodology was used and the theoretical support for data analysis was sexuality as socio-cultural construction. Data were coded initially in two cores of meaning. From these two cores of meaning, four thematic units were built: "Disease and sexuality of women: recognizing the problem", "Sexuality as a dimension of nursing care", "Identifying barriers in addressing sexuality", and "Recognizing the need for restructuring assistance". In the first thematic core, the perceptions of nursing staff in relation to impairment of the sexuality of women affected by gynecological and breast cancer were highlighted. Recognizing that vanity is inherent in female nature and that women give much importance to physical appearance, the difficulties faced in living with the mutilated body as well as the impact of these physical changes in marital relations were discussed. In the second theme, the care practices that include sexuality were explored. The nursing professionals, who were interviewed, include the issue of sexuality in care in a non-systematic manner, which most often does not give identity to their practices that become discontinued. It infers that the approach of sexuality can be irreverent and can be benefited in certain conditions. The third theme focuses on the barriers mentioned as hindering the approach of sexuality within the practices adopted. These barriers relate to the health model, to the characteristics of institutional dynamics and to the social interpretations of sexuality, being recognized as modulators of the actions. In the development of the fourth theme, the perspectives for change in assistance were considered, guided by reflections and proposals mentioned by the nurse professionals. The wanted restructuring go through changes in the development, in the personal and professional values as well as through the recognition of the possibilities of intervention. This study has limitations because it deals with a complex subject such as sexuality. However the considerations made about the care provided by nursing staff instigate the reflection and search for new paradigms of care. The discussions are not limited and further studies are needed, including those directed to the woman affected by the disease, making it possible to confront the views regarding the issue of sexuality.

Keywords: Nursing, Sexuality, Breast Neoplasms, Neoplasms of Female Genital

RESUMEN

FERREIRA, S. M. A. **La sexualidad en el cuidado de enfermería de las mujeres con cáncer ginecológico y mamario.** 2012. 101p. Disertación (Maestrazgo) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Este estudio cualitativo objetó analizar si la sexualidad es una de las dimensiones del cuidado de enfermería para las mujeres con cáncer ginecológico y mamario en un hospital universitario. La recolección de datos se realizó utilizando como fuente de información la entrevista individual semi-estructurada. 16 profesionales del equipo de enfermería fueron entrevistados, nueve de la Sección de Enfermería de la Unidad de Ginecología y siete del Ambulatorio de Mastología y Oncología Ginecológica del *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. El análisis de contenido fue utilizado y el sustento teórico del análisis de datos fue la sexualidad como construcción socio-cultural. Los datos fueron codificados inicialmente en dos núcleos de significado. A partir de estos dos núcleos, cuatro unidades temáticas fueron construidas: "Enfermedad y sexualidad de mujeres: reconociendo el problema", "La sexualidad como una dimensión del cuidado de enfermería", "Identificando barreras en el abordaje de la sexualidad", y "Reconociendo la necesidad de reestructuración de la asistencia prestada". En el primer núcleo temático, las percepciones de profesionales de enfermería en relación al comprometimiento de la sexualidad de la mujer afectada por cáncer ginecológico y mamario fueron destacadas. Reconociendo que la vanidad es inherente a la mujer y que las mujeres dan mucha importancia a la apariencia física, las dificultades presentadas en la convivencia con el cuerpo mutilado fueron discutidas, así como el impacto de estos cambios físicos en las relaciones maritales. En el segundo tema, las prácticas de atención que incluyen la sexualidad fueron exploradas. Los profesionales de enfermería entrevistados incluyen la dimensión de la sexualidad en el cuidado de manera no sistemática, que a menudo no dan identidad a sus prácticas y ellas pasan a ser descontinuadas. Se infiere que el abordaje de la sexualidad puede ser hecha de manera irreverente, así como puede ser beneficiada por ciertas condiciones. El tercer tema se centra en las barreras mencionadas como impeditivas para el abordaje de la sexualidad dentro de las prácticas adoptadas. Estas barreras dicen respecto al modelo de salud, a las características de la dinámica institucional y a las interpretaciones sociales de la sexualidad, siendo reconocidas como moduladoras de las acciones. En la construcción del cuarto tema, se consideraron las perspectivas de cambio en la asistencia prestada, pautadas en las reflexiones y propuestas mencionadas por los profesionales de enfermería. La reestructuración que se pretende pasa por cambios en la formación, en los valores personales y profesionales, así como por el reconocimiento de las posibilidades de intervención. Este estudio presenta limitaciones porque trata de un tema complejo como la sexualidad. Sin embargo, las consideraciones realizadas acerca del cuidado prestado por el equipo de enfermería instigan a la reflexión y a la búsqueda de nuevos paradigmas asistenciales. Los debates no son limitados y más estudios son necesarios, inclusive direccionados a las mujeres afectadas por la enfermedad, posibilitando confrontar los puntos de vista sobre la problemática de la sexualidad.

Palabras clave: Enfermería, Sexualidad, Neoplasias de la Mama, Neoplasias de los Genitales Femeninos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 SUPORTE TEÓRICO	19
4 PERCURSO METODOLÓGICO	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Universo empírico do estudo	23
4.3 Compromisso ético	26
4.4 Coleta de dados	27
4.4.1 Entrevista	27
4.5 Análise dos dados	28
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 A doença e a sexualidade da mulher: reconhecendo o problema	32
5.1.1 Dificuldade da mulher em viver com o corpo mutilado	32
5.1.2 Repercussões das alterações físicas nas relações conjugais	36
5.1.3 Desejo de recuperar a integridade física	42
5.2 A sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem	46
5.2.1 A sexualidade englobando as práticas sexuais	46
5.2.2 A abordagem da sexualidade beneficiada por certas condições	50
5.3 Identificando barreiras na abordagem da sexualidade	54
5.3.1 Barreiras relacionadas ao modelo de saúde	54
5.3.2 Barreiras relacionadas à dinâmica institucional	62
5.3.3 Barreiras relacionadas às interpretações sociais da sexualidade	70
5.4 Reconhecendo a necessidade de reestruturação da assistência prestada	76
5.4.1 A reestruturação passa por mudanças na formação	76
5.4.2 A reestruturação passa por mudanças nos valores pessoais e profissionais	81
5.4.3 A reestruturação passa pelo reconhecimento das possibilidades de intervenção	84

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	99
ANEXO.....	101

1 INTRODUÇÃO

As taxas de incidência do câncer de mama e do ginecológico destacam-se entre os demais cânceres que acometem as mulheres. No Brasil, à exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de mama e o câncer do colo do útero são os cânceres mais incidentes no sexo feminino, com estimativas para o ano de 2012 de 52.680 e 17.540 casos novos, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), 2012).

Além de constituírem problemas de saúde pública, essas patologias agridem órgãos que possuem valores simbólicos importantes na nossa cultura, principalmente ligados à esfera da sexualidade e da imagem corporal. Dessa forma, concomitante a todos os esforços para o controle e cura, torna-se necessário relevar todas as dificuldades enfrentadas pelas mulheres diante do diagnóstico e das abordagens terapêuticas utilizadas no tratamento dessas doenças.

Destaca-se, assim, a necessidade de um olhar mais ampliado a essa problemática de modo que as vivências, os significados e as experiências vividas por essas mulheres possam ser contempladas nas práticas assistenciais de enfermagem. A sexualidade não é um conceito que pode ser considerado separado da saúde, uma vez que questões relacionadas à sexualidade e intimidade são imprescindíveis para a manutenção do bem-estar e do autoconceito do indivíduo (SHEPPARD; ELY, 2008).

Acometida pelo câncer, a mulher enfrenta grandes obstáculos referentes à sexualidade, com alterações nos relacionamentos durante e após o tratamento, principalmente os relacionamentos íntimos com o parceiro (TIERNEY, 2008).

No caso do câncer de mama, todos os aspectos do tratamento podem repercutir na sexualidade da mulher. O câncer e a terapia cirúrgica ocasionam o sentimento de perda da feminilidade, com repercussões físicas, sociais e emocionais (AZEVEDO; LOPES, 2006). A mastectomia pode ser descrita como um assalto dramático ao corpo, situação que, sem dúvida, afeta a concepção da mulher enquanto ser sexual (SHEPPARD; ELY, 2008; VARGENS; BERTERÖ, 2007).

A mutilação gera sentimentos de impotência e pode comprometer o funcionamento sexual do casal. Ao perceberem seus corpos alterados, as mulheres sentem-se insatisfeitas e inconformadas, já que a mama representa o símbolo do erotismo e da feminilidade (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007). Elas enfrentam uma espécie de luto pela perda da mama. Sentimentos como acanhamento, vergonha e receio estão presentes durante a

retomada da vida sexual, sendo necessário um tempo para que elas se acostumem à nova realidade (CAETANO; SOARES, 2005; SOUTO; SOUZA, 2004).

A mulher precisa reformular sua relação com o mundo a partir da alteração em seu corpo e, enquanto isso não é possível, ela pode rejeitar a si mesma. O grande impacto dessa mudança consiste no temor de perder o companheiro (MADEIRA; ALMEIDA; JESUS, 2007). Pelo fato de a mama ser fonte de prazer durante as relações sexuais, elas compartilham da ideia de que jamais serão capazes de satisfazer seus companheiros como antes e temem o abandono (GONÇALVES; ARRAIS; FERNANDES, 2007).

A quimioterapia também provoca efeitos negativos na sexualidade, durante e após o tratamento. Os efeitos secundários contribuem para alterar o funcionamento sexual, uma vez que diminuem a libido feminina e a capacidade da mulher em engajar-se na atividade sexual (FOBAIR; SPIEGEL, 2009).

O diagnóstico e o tratamento do câncer ginecológico também afetam a sexualidade e a intimidade em questões tais como, perda do desejo sexual, dispareunia, perda da sensibilidade na área genital e diminuição da habilidade para atingir o orgasmo (BORDUKA; SUN, 2006). A mulher pode apresentar infertilidade, dor pélvica crônica, estenose vaginal e menopausa precoce (GONÇALVES; CANELLA; JURBERG, 2007; RATNER et al., 2010).

Bernardo et al. (2007) conduziram um estudo descritivo, do tipo corte transversal, objetivando identificar as disfunções sexuais em pacientes com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia exclusiva há pelo menos um ano, no Hospital do Câncer de Pernambuco. Das alterações vaginais observadas ao exame ginecológico, destacam-se a fibrose e a estenose, a diminuição da elasticidade e da profundidade e a atrofia da mucosa.

Essas manifestações ligadas às alterações morfológicas e funcionais genitais, decorrentes dos procedimentos terapêuticos, também foram relatadas por mulheres submetidas ao tratamento oncológico específico para o câncer de colo uterino em estudo desenvolvido no Rio de Janeiro (GONÇALVES; CANELLA; JURBERG, 2007). Além dos fatores biológicos, as práticas sexuais também foram influenciadas pela autoimagem negativa causada pela lesão da genitália. Observou-se que as mulheres evitam o sexo oral, pois, durante esta prática, torna-se inevitável exibir a genitália externa ao parceiro.

As mudanças ocorridas na aparência física, na função sexual, no bem-estar e na autoestima são motivos de grande sofrimento para a mulher (RATNER et al., 2010). A perda da fertilidade, as mudanças na imagem corporal, os sintomas de menopausa e a perda da energia física acarretam preocupações quanto ao relacionamento com o parceiro após a histerectomia (BAYRAM; BEIJI, 2010). Destacam-se, também, as repercussões psicossociais

relacionadas à histerectomia, pois o útero está relacionado à identidade feminina (SALIMENA; SOUZA, 2008; SANTOS; SALDANHA, 2011).

Diante dessas evidências, torna-se imperativo para os profissionais de saúde compreender como as terapias afetam a sexualidade das mulheres sob seus cuidados. A equipe de saúde deve prover muito mais do que cuidados médicos e cirúrgicos e sim um acompanhamento para garantir um retorno a uma vida emocional e sexual normal.

Existe a necessidade de educação para essas mulheres, por meio de informações escritas, incluindo orientações sobre ajustamentos psicosexuais (HUBER; RAMNARACE; McCAFFREY, 2006; RATNER et al., 2010). Os profissionais, também, precisam ser encorajados a questionar as mulheres, dando a elas a oportunidade de tratamento, além de apoio psicológico quando detectados problemas sexuais (CIDÓN, 2010).

Os resultados de um estudo que avaliou as relações entre mastectomia, qualidade de vida e sexualidade da mulher (MANGANIELLO, 2008) possibilitaram afirmar que a qualidade da vida sexual da mulher submetida à mastectomia é melhor quando ela apresenta menores limitações derivadas dos aspectos emocionais. Isso implica na necessidade de um suporte emocional que deve ser ofertado pelo enfermeiro e pelos demais profissionais envolvidos na assistência.

Um ensaio clínico controlado randomizado (ROWLAND et al., 2009) foi concebido para testar a eficácia de uma intervenção psicoeducativa sobre os fatores que podem influenciar a sexualidade e intimidade de mulheres sobreviventes ao câncer de mama em Los Angeles e Washington. As mulheres que passaram pela intervenção foram mais propensas a relatar melhoras no ajuste de relacionamento e comunicação, bem como aumento na satisfação com o sexo em relação ao grupo controle. A intervenção breve foi experimentada pela maioria das mulheres como útil para melhorar seu funcionamento sexual.

Apostando nos benefícios da orientação e educação na redução das morbidades sexuais, foi desenvolvido um programa de saúde sexual e reabilitação em Atlanta, objetivando proporcionar intervenções de reabilitação e assistência médica para tratar as alterações que um casal pode experimentar após o tratamento do câncer ginecológico. Os pacientes podem explorar o site, obtendo informações detalhadas sobre os tratamentos do câncer e seus efeitos sobre o ciclo sexual. O site também tem beneficiado o diálogo durante as consultas médicas, já que, ao reconhecerem a preocupação dos médicos sobre esse assunto, os pacientes sentem-se mais à vontade para externar suas dúvidas e anseios (TOBIAS, 2010).

Frigato e Hoga (2003), ao relatarem a assistência de enfermagem prestada à mulher com câncer de colo uterino atendida nos Serviços de Radioterapia e Oncologia Clínica do

Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ressaltam que as ações profissionais devem ir além da ação terapêutica propriamente dita. De acordo com as orientações descritas nesse estudo, as ações relacionadas à atividade sexual devem estar presentes juntamente com as orientações relativas aos efeitos adversos do tratamento radioterápico e quimioterápico.

Huber, Ramnarace e McCaffrey (2006) conduziram uma revisão da literatura, objetivando explorar os problemas de intimidade e sexualidade enfrentados pelas mulheres com câncer de mama e como tais questões devem ser gerenciadas pelos profissionais de saúde. As conclusões da revisão apontam que os profissionais de saúde devem ter uma apropriada compreensão dos efeitos do tratamento do câncer de mama, bem como avaliar individualmente o paciente e abrir espaço para essas discussões com eles.

Entretanto, não é isso que se vislumbra na prática assistencial, e a sexualidade ainda permanece um tema bastante reprimido e pouco explorado nas práticas assistenciais. Apesar da grande prevalência da disfunção sexual, os profissionais muitas vezes não conseguem avaliar adequadamente e nem mesmo tratar tais problemas.

Na maioria das vezes, a cura e o controle da doença são os únicos objetivos na mente de oncologistas e/ou mastologistas. Questões como sexualidade, fertilidade e outros efeitos do tratamento são negligenciados e relegados a outras especialidades ou a outros momentos (DIZON et al., 2008; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008). A comunicação sobre os efeitos sexuais do tratamento do câncer entre o paciente e o médico ainda é muito limitada (TOBIAS, 2010).

No caso específico da enfermagem, a sexualidade é tratada como uma questão invisível e, ao mesmo tempo, oculta. É como se ela não existisse, fosse ignorada e, quando aparece, por motivos pouco conhecidos não é explorada. Essa postura pode estar condicionada a questões culturais, uma vez que a formação da enfermeira está permeada pela incorporação da imagem de assexualidade, o que impõe limites entre cuidador e sujeito cuidado (RESSEL; GUALDA, 2004).

As influências culturais devem ser consideradas, pois a cultura tem sido reconhecida como um dos fatores mais poderosos para influenciar as crenças e atitudes nas práticas de saúde. Talhafero, Lemos e Oliveira (2007), por meio de estudo em que buscaram identificar os problemas enfrentados pela mulher mastectomizada no seu contexto de vida, ressaltam que aspectos culturais impedem a abordagem da sexualidade e de problemas sexuais na prática assistencial.

Estudo que objetivou determinar os níveis de conforto dos enfermeiros turcos e os fatores que afetam esses níveis durante experiências clínicas que incluem tópicos sexuais revela que eles são susceptíveis a adotar atitudes conservadoras em relação à sexualidade e desse modo influenciar a sua prática assistencial (AKINCI, 2011).

Entraves culturais também foram percebidos em estudo conduzido por Abasher (2009) no Sudão. O estudo objetivou descobrir se há diminuição na função sexual como resultado do câncer de mama e, após essa constatação, oportunizar aconselhamentos e terapias complementares. Foi desenvolvido em um centro de radioterapia local e contou com uma amostra de 100 mulheres com história de câncer de mama, em diferentes estágios da doença e submetidas a diversas modalidades de tratamento. Também foi selecionado um grupo controle de 100 mulheres entre acompanhantes e mulheres que vinham ao centro por outras razões. É considerado o primeiro estudo sobre questões de saúde sexual no grupo cultural sudanês. As pacientes, influenciadas por normas e fatores culturais, acreditam não ter o direito de discutir problemas de ordem sexual com os profissionais da saúde.

Independente das razões, a sexualidade é pouco explorada nas práticas assistenciais. Souto e Souza (2004), ao refletirem sobre a sexualidade das mulheres mastectomizadas, concluem que os profissionais de enfermagem ainda estão fortemente presos a preconceitos e ao cientificismo. De acordo com as autoras, essa postura engessa os comportamentos e inviabiliza os profissionais de olharem atentamente, de escutarem com cuidado e, sobretudo, de compreenderem o sujeito sob seus cuidados.

Pesquisa qualitativa, com abordagem fenomenológica descritiva, realizada em Ancara, Turquia, com 19 mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico e 12 parceiros (AKYÜZ et al., 2008), aponta que muitas vezes as mulheres encontram dificuldades em falar com médicos e enfermeiros sobre função sexual. Elas relatam não receber informações adequadas dos profissionais de saúde, o que denota a necessidade dos enfermeiros em assumirem um papel significativo na reabilitação sexual das mulheres e seus parceiros.

Ciente dos sérios problemas enfrentados pelas mulheres, após o câncer ginecológico e mamário, a equipe de enfermagem precisa transpor os obstáculos que impedem a abordagem da sexualidade e rever a forma de cuidar. Ela precisa rever suas próprias barreiras culturais para trabalhar a questão da sexualidade de maneira mais confortável e eficiente (WILMONTH, 2006). Precisa reconhecer o problema e implementar cuidados, adotando intervenções baseadas em evidências científicas.

A necessidade de um cuidado mais global e da reestruturação da assistência prestada, capaz de lidar melhor com a questão da sexualidade, tem sido recomendação de vários

estudos conduzidos com mulheres portadoras de câncer de mama e ginecológico (AKYÜZ et al., 2010; MADEIRA; ALMEIDA; JESUS, 2007; SALIMENA; SOUZA, 2008;).

Uma prática de cuidado que não inclui a sexualidade como objeto do cuidado deixa de considerar os direitos sexuais das mulheres com câncer, fato que destitui a prática de enfermagem do conceito de integralidade do cuidado. Nesse sentido, Tobias (2010) menciona que a inclusão de intervenções para aliviar a morbidade sexual resultante do câncer ginecológico é para os enfermeiros questão de ética do cuidado e para o paciente, questão de justiça.

Sendo assim, o modelo de saúde precisa ser reconstruído, permitindo um olhar atento para essa questão tão importante. A equipe precisa considerar o “ser existencial da mulher” tornando-se sensível a suas queixas (RESSEL; GUALDA, 2004; SALIMENA; SOUZA, 2008), bem como se atentar às necessidades individuais considerando a sexualidade um componente essencial e indissociável do cuidado para com as portadoras de câncer ginecológico e mamário.

Na busca por um cuidado mais efetivo, buscou-se compreender de que forma o tema aparece na assistência de enfermagem às mulheres acometidas pelo câncer ginecológico e mamário. Ancorando-se em Almeida e Rocha (1997, p.17) que afirmam que “analisando processos de trabalho na saúde e aí a Enfermagem, em realidades concretas, pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade”.

Na condução deste estudo também foram consideradas as recomendações propostas por Magnan e Norris (2008). Os autores, ao término do estudo que avaliou a percepção dos alunos de enfermagem sobre as barreiras para abordar as preocupações relacionadas à sexualidade dos pacientes, recomendam que importantes elementos contextuais devam ser considerados quando se trata de sexualidade. Esses elementos incluem as características ambientais (carga de trabalho, clima cultural do cuidado); as características pessoais do enfermeiro, incluindo orientações de valor; as características dos pacientes (abertura para a comunicação, potencial para disfunção sexual) e as características da relação enfermeiro-paciente (diferencial de idade, cultura, gênero).

Frente ao exposto, o problema de pesquisa que norteia esta investigação está alicerçado nos seguintes questionamentos: *A sexualidade tem sido incorporada na prática assistencial da equipe de enfermagem? A equipe de enfermagem que assiste mulheres com câncer ginecológico e mamário inclui aspectos relacionados à sexualidade no cuidado prestado a elas, nas diferentes fases do seu processo de adoecimento?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar se a sexualidade é uma das dimensões do cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário, num hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar quais são as práticas adotadas relacionadas à sexualidade.
- Identificar se as questões culturais interferem nas práticas de enfermagem relacionadas à sexualidade.

3 SUPORTE TEÓRICO

Pretendendo adentrar o ambiente hospitalar e compreender as práticas assistenciais destinadas a mulheres com câncer ginecológico e mamário, e analisar a dimensão dada à sexualidade pelos profissionais de enfermagem, considerou-se, para a realização deste estudo, a perspectiva sociológica da sexualidade.

A seleção desse referencial para interpretar os dados justifica-se pela interação das condições sócio-histórico-culturais relativas à sexualidade, ao câncer e à formação e atuação da enfermagem, inserida em um contexto institucional de atendimento à saúde.

Para tanto, reflete-se sobre a questão da sexualidade e as transformações ocorridas em relação à sua interpretação, à luz da ciência.

O termo sexualidade, bem como as primeiras disciplinas que a tiveram como objeto de estudo, surge no século XIX, como resultado das mudanças ocorridas com o processo civilizatório e da vontade de saber e mesmo interpretar os movimentos secretos do corpo. As primeiras “ciências” relativas ao tema surgem pelo desejo de regular as condutas cotidianas e os comportamentos dos indivíduos. A preocupação era proteger a sexualidade normal de qualquer ameaça, controlando os desvios sexuais conhecidos como perversões (BOZON, 2004).

Intimamente relacionada às leis e características biológicas que fazem funcionar os corpos sexuados, a sexualidade permaneceu durante a maior parte do século XX sob o domínio das ciências básicas, recebendo uma interpretação essencialmente naturalizante e reprodutivista (PARKER; BARBOSA, 1996).

Somente no final dos anos de 1960 é que a sexualidade se dissocia da procriação, por meio da revolução contraceptiva, ocorrida nos países desenvolvidos. Essa revolução é caracterizada pela difusão das tecnologias contraceptivas e não controladas pela mulher (BOZON, 2004).

Com Kinsey e depois Masters e Jonhson, a questão do prazer e do orgasmo passa a ser objeto fundamental em substituição ao tema da normalidade. A partir desse período, que Bozon denomina de sexualidade contemporânea, a procriação passa a ocupar um espaço reduzido e marginal e a sexualidade “aparece como experiência pessoal, fundamental para a construção do sujeito, em um domínio que se desenvolveu e assumiu um peso considerável no decorrer dos séculos: a esfera da intimidade e afetividade” (BOZON, 2004, p.43).

Nesse processo de consolidar-se enquanto ciência, Heilborn e Brandão (1999) mencionam que o desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais por volta dos anos de 1960 e o advento da epidemia HIV/Aids na década de 1980 impulsionaram a constituição da sexualidade como um campo de investigação em si, bem como a expansão significativa dos estudos relacionados ao tema.

Entretanto, como a maioria dos estudos tinha como origem a medicina preventiva, as práticas sexuais e os comportamentos dos indivíduos permaneciam como foco de investigação (LOYOLA, 1999). Esses estudos não contemplavam os anseios sociais em relação à sexualidade, pois não problematizavam as crenças arraigadas nos comportamentos dos indivíduos (HEILBORN; BRANDÃO, 1999).

As autoras afirmam ainda que, apesar da epidemia da Aids ter contribuído para a intensificação dos estudos sobre sexualidade, o grande *boom* ocorreu a partir dos estudos de gênero, destacando-se a contribuição advinda do movimento feminista e do movimento de liberação homossexual. Esses movimentos, enquanto forças políticas, contribuíram para direcionar o tema sexualidade para a área do estudo social.

Sob a perspectiva de gênero, as diferenças entre homens e mulheres passam a ser compreendidas mediante os cenários objetivos e subjetivos responsáveis pela constituição de “machos” e “fêmeas”. Essa constituição deriva-se de construções sociais, relacionando-se à maneira como cada sociedade as valoriza e as significa (VILLELA; BARBOSA, 1996).

Por meio da elaboração cultural de diferenciação sexual, a sociedade transforma a sexualidade biológica em atividades humanas. Dessa forma, a sexualidade se desnaturaliza passando a ser compreendida como construção social (CORRÊA, 1996).

Nessa compreensão, a sexualidade humana ultrapassa a capacidade de ter relações sexuais, incluindo sentimentos sobre o próprio corpo, feminilidade e questões inter-relacionais (DIZON, 2009). Visualizada como uma dimensão do ser humano, a sexualidade “envolve nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura e se expressa por meio de pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos” (SEHNEM, 2009, p.23).

Contemplar a sexualidade sob o ponto de vista sociológico permite considerar o papel central da construção social na elaboração da sexualidade humana. Nessa perspectiva, a transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas se dá por meio das redes de significados que envolvem gênero, orientação sexual e escolha de parceiros. Os desejos e os modos de viver a sexualidade vão sendo modelados pelos valores e pelas práticas sociais (HEILBORN, 1999).

Ao entender a sexualidade como resultado de uma construção histórica, social e cultural singular, que se integra e se manifesta através da rede de significados do grupo social específico (RESSEL, 2003, p.18), admite-se que ela não é algo universal, mas sim resultante de uma construção individual.

Nessa construção, influências religiosas, condições de vida, redes de sociabilidade, padrões de relação entre os sexos, usos do corpo e posição na estrutura social modelam a experiência da sexualidade. O aprendizado social é o que determina as ações, a maneira, o tempo e mesmo com quem agir sexualmente (BOZON, 2004).

Ainda que o funcionamento dos corpos sexuados esteja relacionado a leis e características biológicas, a influência do contexto cultural na manifestação humana da sexualidade é considerada (PARKER; BARBOSA, 1996). É por meio da cultura que se aprende a coordenar a atividade mental e a atividade corporal que resultam nas representações da sexualidade (BOZON, 2004).

Essas representações também são caracterizadas pela dinamicidade, pois elas sofrem constantes interferências do contexto cultural. As pessoas, como seres sociais que são, são influenciadas pelo cenário cultural da sexualidade dominante na sociedade em que estão inseridas. Sendo assim, comportamentos sexuais, práticas, relacionamentos e significados vão sendo interiorizados mediante as experiências vividas (BOZON, 2004).

Considerando esse aprendizado social, pode-se pensar que as experiências sexuais são construídas mediante roteiros, como se a sexualidade estivesse inscrita numa dramaturgia. Segundo Bozon (2004), uma das melhores expressões teóricas dessa “encenação” da sexualidade é a dos “*scripts* sexuais”, definida pelos sociólogos americanos John Gagnon e Willian Simon.

Segundo Gagnon (2006), os *scripts* sexuais descrevem os cenários de uma sexualidade possível. Esses roteiros são flexíveis e podem ser montados ou desmontados em respostas adaptativas a novas circunstâncias. O autor menciona ainda que o histórico de criação, reorganização e destruição dos materiais de roteiro estão atrelados à história de socialização do indivíduo.

Essas lógicas sociais de interpretação e de construção da sexualidade delimitam o exercício da sexualidade e definem o sentido que lhe é atribuído. Apropriando-se dessa concepção de roteiros, pode-se pensar nos cenários aceitáveis, dentro da cultura, para a expressão da sexualidade.

Nessa perspectiva, consideram-se as peculiaridades do ambiente hospitalar e do seu funcionamento. Pode-se pressupor que o comportamento da equipe de enfermagem em

relação à sexualidade resulta da junção entre os valores adquiridos durante as experiências individuais e os valores assimilados durante a formação e a atuação profissional. Sendo assim, torna-se imperativo identificar essas teias de significados que permeiam essa construção (HEILBORN; BRANDÃO, 1999).

Baseando-se nessas premissas passa-se a analisar a sexualidade dentro das práticas de cuidado da equipe de enfermagem em mulheres com câncer ginecológico e mamário.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Para atender aos objetivos propostos, este estudo norteou-se metodologicamente como uma pesquisa de campo, descritiva e com abordagem qualitativa.

A pesquisa de campo é aquela desenvolvida em cenários naturais e que procura “examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto ação, na vida real (LEOPARDI, 2001, p.151).

Este estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva, pois não há interferência no objeto investigado. O pesquisador apenas observa, registra, analisa e correlaciona os fatos e fenômenos estudados (POLIT; HUNGLER, 1995).

Por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos profissionais de enfermagem, a abordagem qualitativa foi selecionada (MINAYO, 2009).

Oportuno mencionar que a etnografia é o método adequado para a pesquisa em questão, mas se optou pela entrevista em profundidade por acreditar que os depoimentos das profissionais de enfermagem contribuiriam para que o fenômeno da incorporação da sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário pudesse ser compreendido.

4.2 Universo empírico do estudo

O universo empírico do estudo refere-se ao local onde foi desenvolvida a investigação e ao grupo que foi estudado.

Quanto ao local, o estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, doravante denominado HCFMRP/USP, no prédio situado no *Campus* Universitário.

O HCFMRP/USP está localizado na cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, na região norte/nordeste do Estado. O complexo HCFMRP/USP dispõe de três prédios, dois situados no *Campus* Universitário: o HC-Campus e o Hemocentro e um situado na área central da

cidade, onde funciona a Unidade de Emergência- UE. Oferece apoio profissional, financeiro, logístico e administrativo a um conjunto de unidades: Hospital-Dia de Psiquiatria, Centro Médico Social e Comunitário Vila Lobato, Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” e Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas em Cássia dos Coqueiros (SP).

Presta assistência desde o ano de 1956, atuando em diversas clínicas e serviços especializados. Reconhecido como centro de referência, no HCFMRP/USP estão as linhas de pesquisa de alta qualidade, ensino de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e informática biomédica. A área de atuação do hospital concentra-se basicamente no município de Ribeirão Preto e região, entretanto, ante as suas características de hospital de referência para atendimentos complexos, é muito comum encontrar nos corredores dos ambulatórios e enfermarias pessoas vindas de outros Estados e até mesmo de outros países (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2012).

Dentre os diversos setores do HC-Campus, a Seção de Enfermagem da Unidade de Ginecologia e o Ambulatório de Mastologia e Oncologia Ginecológica constituíram-se nos campos de investigação deste estudo.

A Seção de Enfermagem da Unidade de Ginecologia funciona no oitavo andar, Ala B. É composta por sete enfermarias, sendo uma enfermaria de dois leitos, geralmente utilizada para isolamento; quatro enfermarias de seis leitos cada uma e mais duas enfermarias destinadas à internação particular ou convênio. Todos os quartos possuem banheiro. A unidade conta, ainda, com um posto de enfermagem, uma sala de chefia, sala de espera, refeitório para pacientes, expurgo, rouparia, sanitários, sala de curativo e copa para os funcionários. Os leitos são divididos por especialidades médicas incluindo mastologia, oncologia ginecológica, uroginecologia e endocrinologia. As internações pela oncologia envolvem tratamentos clínicos e cirúrgicos, além das complicações da doença e do tratamento. Os cânceres mais frequentes são os de mama, colo do útero e ovário.

O ambulatório de Mastologia e Oncologia Ginecológica funciona no segundo andar, corredor um, balcão verde claro. Os atendimentos da Mastologia acontecem às segundas e quartas-feiras e os de Oncologia Ginecológica às quintas-feiras, ambos no período da manhã. A estrutura física é composta por um balcão de atendimento, sala de enfermagem, sala de orientação, sala de medicação, sala de curativo, consultórios médicos, local de espera para pacientes, sala de ultrassonografia, banheiros para pacientes e para funcionários.

O grupo que participou deste estudo foi formado por enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem alocadas nos campos de investigação acima mencionados.

Destacando-se que, em pesquisa de abordagem qualitativa, o critério para amostragem não é numérico, mas sim baseado na representatividade, ou seja, uma amostra ideal é aquela

capaz de refletir a totalidade do objeto em estudo (MINAYO, 2008), optou-se por uma seleção intencional, na qual as informantes foram escolhidas com determinado propósito.

Após definida a participação, foi estabelecido um convite individual e explicitados os objetivos da pesquisa. Foram eleitas 16 profissionais de enfermagem, sendo nove alocadas na Seção de Enfermagem da Unidade de Ginecologia e sete no Ambulatório de Mastologia e Oncologia Ginecológica. Participaram quatro enfermeiras, nove auxiliares de enfermagem e três técnicas de enfermagem. A síntese das características das profissionais de enfermagem que participaram do estudo encontra-se no Quadro 1. Importante mencionar que não houve nenhuma recusa por parte das profissionais.

Quadro 1 – Síntese das características das profissionais de enfermagem que participaram do estudo

Nº	Local de Trabalho	Profissão	Idade	Religião	Estado civil	Tempo de serviço
E1	Unidade de internação	Auxiliar de enfermagem	50	Católica	Casada	25 anos
E2	Unidade de internação	Auxiliar de enfermagem	48	Católica, / espírita	Separada	24 anos e 6 meses
E3	Ambulatório	Auxiliar de enfermagem	49	Católica	Solteira	13 anos
E4	Ambulatório	Enfermeira	48	Católica	Casada	14 anos
E5	Unidade de internação	Auxiliar de enfermagem	31	Espírita	Casada	4 anos
E6	Ambulatório	Técnica de enfermagem	24	Católica	Solteira	2 anos
E7	Unidade de internação	Enfermeira	52	Católica	Casada	4 anos
E8	Unidade de internação	Auxiliar de enfermagem	36	Espírita	Casada	1 ano e 5 meses
E9	Unidade de internação	Auxiliar de enfermagem	44	Evangélica	Casada	11 anos
E10	Unidade de internação	Técnica de enfermagem	32	Espírita	Solteira	4 anos
E11	Ambulatório	Auxiliar de enfermagem	51	Espírita	Solteira	25 anos
E12	Ambulatório	Técnica de enfermagem	35	Católica	Casada	13 anos
E13	Unidade de internação	Enfermeira	29	Católica	Solteira	3 anos
E14	Unidade de internação	Enfermeira	30	Evangélica	Solteira	4 anos
E15	Ambulatório	Auxiliar de enfermagem	55	Católica	Casada	14 anos
E16	Ambulatório	Auxiliar de enfermagem	58	Católica	Separada	33anos

O número de sujeitos deste estudo esteve relacionado ao processo de obtenção de dados, e foram encerradas as entrevistas assim que foram alcançados os objetivos definidos para este estudo.

4.3 Compromisso ético

Em todas as fases da pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 196 de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

A pesquisa foi encaminhada, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e foi aprovada conforme Protocolo 1281/2010 (Anexo A).

Após a aprovação, foi realizado um contato com as enfermeiras responsáveis pelos dois campos de investigação, de modo a participá-las da realização do estudo. Esta primeira visita foi realizada pela pesquisadora e pela orientadora e na ocasião houve explanação dos objetivos, dos procedimentos de coleta de dados e esclarecimentos sobre a contribuição esperada com o desenvolvimento do estudo.

Para cada profissional de enfermagem selecionada como fonte de informação foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). Cada sujeito permaneceu com uma cópia do TCLE em seu poder, assinada pela pesquisadora responsável.

Para preservar a identidade das profissionais de enfermagem, optou-se pela utilização do sistema alfa-numérico por meio do codinome E, relativo à entrevista, seguido da numeração arábica, conforme ordem de ocorrência das entrevistas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16). Foi mencionada a categoria profissional (enfermeira, técnica de enfermagem ou auxiliar de enfermagem), bem como o local de trabalho de cada profissional (Unidade de internação ou Ambulatório).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio, junho e julho de 2011, empregando-se como fonte de informação a entrevista individual semiestruturada.

Vale ressaltar que a inserção prévia da pesquisadora no serviço através da realização do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), durante o 2º semestre de 2010 e o 1º semestre de 2011, foi considerada como facilitadora no processo de coleta de dados. Esse contato prévio permitiu maior interação entre a pesquisadora e os sujeitos pesquisados. Uma vez conquistada a confiança, tornou-se mais fácil obter a contribuição das profissionais de enfermagem.

A seguir a descrição de como foi empregada a técnica de coleta de dados selecionada.

4.4.1 Entrevista

Foram realizadas 16 entrevistas com as enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem selecionadas, adotando-se a entrevista individual semiestruturada.

De acordo com Leininger (1985), a entrevista individual semiestruturada privilegia o significado do fenômeno investigado a partir da vivência dos informantes. Ela permite tratar de assuntos pessoais e aprofundar aspectos observados, admitindo correções e esclarecimentos, com vistas à maior segurança e fidedignidade na coleta e análise dos dados.

Apesar de possuir um roteiro temático um pouco mais estruturado, não na forma de perguntas preestabelecidas, mas por meio de tópicos a serem abordados, ela é flexível e fluida. A conversa flui a partir de cada tópico, e o pesquisador vai explorando as respostas antes de passar para o próximo. O roteiro de tópicos geralmente serve como base para a descrição e análise da entrevista (DUARTE, 2009).

Os questionamentos básicos foram listados em um roteiro, contemplando questões relacionadas à prática assistencial, à inserção na profissão, a questões específicas sobre a sexualidade e experiências relacionadas à temática no contexto de cuidado (Anexo B). Esse roteiro sofreu adaptações durante o desenvolvimento do estudo.

As entrevistas foram previamente agendadas, conforme disposição e preferência das entrevistadas e foram todas realizadas no próprio serviço das profissionais de enfermagem. O tempo médio de cada entrevista foi de 30 minutos. As entrevistas foram todas gravadas. Apenas a primeira entrevista foi gravada em fita cassete, sendo as demais gravadas em gravador digital, com posterior *download* para o computador utilizando-se o programa Voice Editing Versão 1.0.

Todas as gravações foram transcritas na íntegra e, pretendendo ser fiel à narrativa, as falas foram transcritas com apenas algumas adequações à língua padrão, procurando-se manter os erros cometidos pelas entrevistadas quanto ao uso da língua.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados não foi realizada em um momento determinado. Na verdade, a realização das entrevistas e a análise dos dados ocorreram simultaneamente, desde o início do processo de coleta de dados até o seu final.

Para analisar se a sexualidade é uma das dimensões do cuidado dispensado pela equipe de enfermagem no cenário investigado, procurou-se compreender o contexto cultural no qual este cuidado se produz, partindo da premissa de que este contexto determina as ações das profissionais de enfermagem, bem como suas percepções em relação à temática. Nesse intuito, consideraram-se os espaços de atuação e os atores envolvidos nesse processo, elaborando-se um diagrama para auxiliar o exercício mental:

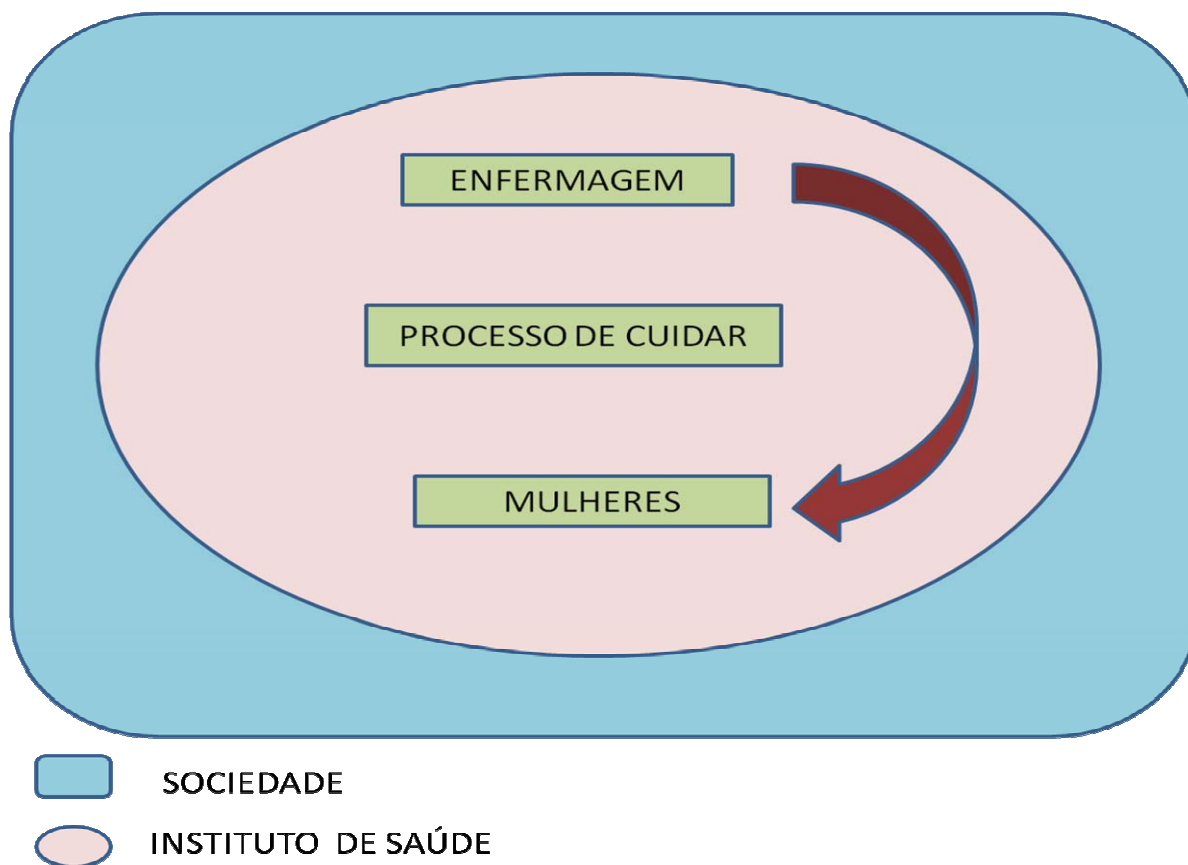


Figura 1 – Contexto cultural do processo de cuidado de enfermagem

Pensando no macros espaço, a equipe de enfermagem e as mulheres assistidas fazem parte da mesma sociedade, portanto estão sujeitas às normas, valores e crenças vigentes. Ao adentrarem o ambiente hospitalar, entendido como uma “subcultura” ou micros espaço, elas terão seus comportamentos modelados pelos padrões específicos presentes nessa instituição. Por outro lado, faz-se necessário considerar também o processo de cuidar, repleto de significados.

Elaborado esse pano de fundo para subsidiar a análise, passou-se para a etapa de exploração do material. Durante as leituras sempre se remetia ao questionamento de pesquisa: *A sexualidade é uma das dimensões do cuidado de enfermagem?* A resposta poderia ser Sim ou Não. À medida que se ia lendo as entrevistas iam surgindo as explicações para a presença ou ausência da temática nas práticas de cuidado, de acordo com o ponto de vista das profissionais de enfermagem.

Para nortear o trabalho, foi adotada a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin que, segundo Minayo (2008, p.303) “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Esse processo utiliza grande raciocínio indutivo, pelo qual temas e categorias emergem dos dados por meio de um exame criterioso realizado e por constantes comparações. Essa análise não se dá isolada do raciocínio dedutivo, uma vez que conceitos ou variáveis de teorias ou estudos prévios são também utilizados, especialmente no início da análise (ZHANG; WILDEMUTH, 2009).

Dessa forma, as influências culturais que norteiam a prática de enfermagem e a incorporação da sexualidade no cuidado foram consideradas na interpretação dos dados encontrados. O suporte teórico de análise dos dados foi a sexualidade como construção sociocultural, ou seja, a sexualidade foi analisada sob a perspectiva sociológica.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados deste estudo. Cabe salientar que o cuidado de enfermagem aqui descrito e discutido baseia-se nas percepções e interpretações das entrevistadas, ou seja, está fundamentado no discurso da equipe de enfermagem.

Os dados obtidos foram codificados, inicialmente, em dois núcleos de sentido, denominados **“A sexualidade presente no cuidado de enfermagem”** e **“A sexualidade marginalizada nas práticas assistenciais”**.

A partir desses dois núcleos de sentido, foram construídas quatro unidades temáticas, sendo duas unidades temáticas extraídas do núcleo de sentido **“A sexualidade presente no cuidado de enfermagem”** que são: **“A doença e a sexualidade da mulher: reconhecendo o problema”** e **“A sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem”**. E duas unidades temáticas extraídas do núcleo de sentido **“A sexualidade marginalizada nas práticas assistenciais”**: **“Identificando barreiras na abordagem da sexualidade”** e **“Reconhecendo a necessidade de reestruturação da assistência prestada”**.

Para cada unidade temática, foram criadas categorias de interpretação sobre o fenômeno do estudo.

Na primeira unidade temática, três categorias foram definidas e apresentam os dados: **“Dificuldade da mulher em viver com o corpo mutilado”**; **“Repercussões das alterações físicas nas relações conjugais”** e **“Desejo de recuperar a integridade física”**.

Na segunda unidade temática, têm-se duas categorias: **“A sexualidade englobando as práticas sexuais”** e **“A abordagem da sexualidade beneficiada por certas condições”**.

Na terceira unidade temática, têm-se três categorias: **“Barreiras relacionadas ao modelo de saúde”**; **“Barreiras relacionadas à dinâmica institucional”** e **“Barreiras relacionadas às interpretações sociais da sexualidade”**.

Na quarta e última unidade temática, têm-se três categorias: **“A reestruturação passa por mudanças na formação”**; **“A reestruturação passa por mudanças nos valores pessoais e profissionais”** e **“A reestruturação passa pelo reconhecimento das possibilidades de intervenção”**.

5.1 A doença e a sexualidade da mulher: reconhecendo o problema

Os depoimentos da equipe de enfermagem mostram que ela reconhece que a doença afeta a expressão da sexualidade das mulheres sob seus cuidados, e este comprometimento é manifestado pela dificuldade da mulher em viver com o corpo mutilado, pelas repercussões das alterações físicas nas relações conjugais e pelo desejo de recuperar a integridade física.

5.1.1 Dificuldade da mulher em viver com o corpo mutilado

Os tratamentos das neoplasias malignas ginecológicas e mamárias ainda são temidos pelas mulheres pelo comprometimento funcional e principalmente pelas repercussões na autoimagem. A mutilação de órgãos genitais e da mama pode levar a alterações na sexualidade, além do medo de conflitos nos relacionamentos íntimos, uma vez que as mulheres temem a reação dos seus parceiros ante a perda de órgãos relacionados à sexualidade.

Southard e Keller (2009) conduziram um estudo com 52 pacientes com diferentes diagnósticos de câncer, em que buscaram explorar as experiências relacionadas à sexualidade durante a evolução da doença. Os resultados desse estudo apontam a imagem corporal como um importante componente da sexualidade. Na definição de sexualidade dada pelas mulheres pesquisadas, a capacidade de ser atraente e desejável aparece como uma prioridade.

Reconhecendo que a vaidade é inerente ao sexo feminino e que as mulheres dão importância para a aparência física, as profissionais de enfermagem que participaram deste estudo mencionam as dificuldades apresentadas durante o tratamento do câncer ginecológico e mamário, em decorrência das alterações físicas. Entre as modificações apontam aquelas que interferem na imagem corporal, tais como queda do cabelo, amputação da mama e do útero, alterações na pele e mudanças no peso que comprometem a autoestima e a feminilidade da mulher.

Então é difícil pra paciente, é muito difícil... Porque ela também ela tá perdendo o que a mulher tem assim de mais importante, né? Porque se ela tá fazendo um tratamento ela perde muito fisicamente, que é o que a mulher dá muita importância pra isso, né? Então pra mulher que tá passando por isso, é uma perda muito grande. Perde muito a vaidade né? Muito. E não é um tratamento rápido. É um tratamento muito longo e ela fica muito debilitada. Ela perde aquela aparência que ela tinha. (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

A preocupação da paciente é... De uma maneira geral, acaba sendo ligada também à sexualidade, vai cair meu cabelo, vou fazer quimioterapia vai cair meu cabelo. Então a preocupação de ficar com a queda do cabelo, né? E da retirada da mama. (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Observa-se que as profissionais de enfermagem mostram uma preocupação com a mudança na aparência física da mulher durante o tratamento oncológico, e, portanto, a dimensão da imagem corporal alterada pode estar presente no cuidado de enfermagem. Ainda segundo elas, a dificuldade em lidar com a alteração na imagem corporal está presente nas preocupações da mulher e independe da idade e da situação conjugal.

Independente até de ter marido, ter parceiro. Mesmo que ela é...ela não tenha...[parceiro]. Ela se preocupa, na hora de pôr uma blusa, na hora de ir numa praia, em qualquer lugar. É dela, é da mulher a falta da mama, eu acho que é da mulher, não é da mais velha ou mais nova. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

As pacientes que são mastectomizadas elas, uma minoria só que aceita numa boa. Você vê que teve uma vizinha, ela não aceita, você viu? (E15, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

É um tipo de coisa que afeta qualquer idade. (E16, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Partindo-se da hipótese de que a imagem corporal é um forte preditor da satisfação sexual, foi realizado um estudo com 154 mulheres americanas de diferentes origens raciais que responderam a um questionário sobre satisfação sexual (PUJOLS; MESTON; SEAL, 2010). Todas as mulheres que participaram do estudo estavam envolvidas em um relacionamento romântico. Os resultados mostram a relação existente entre altos níveis de estima corporal e uma maior satisfação sexual. Diante disso, as autoras concluem que a avaliação da imagem corporal pelos profissionais deve ser considerada quando eles se deparam com clientes com problemas sexuais, uma vez que a insatisfação com a aparência dos corpos contribui substancialmente na satisfação sexual.

A preocupação com a imagem corporal também serviu de objeto de pesquisa para um estudo realizado no Japão com 102 pacientes em tratamento cirúrgico para câncer de mama. Os resultados sugerem que as pacientes valorizam a cura do câncer, mas a imagem corporal e a sexualidade são ponderadas na tomada de decisão terapêutica (ADACHI et al., 2007).

Observa-se, entretanto, que, apesar de reconhecerem que a autoimagem alterada interfere na adaptação à doença, as profissionais de enfermagem expressam certo estranhamento quando a mulher idosa demonstra não aceitação à mutilação decorrente do tratamento cirúrgico. Pode-se inferir que a ideia social de que pessoas mais idosas perdem a

vaidade seja uma das prerrogativas para esse estranhamento. Porém, nunca se deve fazer suposições de que os pacientes são demasiados velhos ou jovens para ser sexualmente ativos (SOUTHARD; KELLER, 2009) ou para se preocuparem com a imagem corporal.

Independente da idade ou estado menopausal na época do diagnóstico, a maioria das mulheres com câncer de ovário que participaram de um estudo desenvolvido nos Estados Unidos (WILMOTH et al., 2011) indicou que a sexualidade era ou tinha sido um aspecto importante em suas vidas.

Não obstante a mulher ser por natureza vaidosa, as profissionais entrevistadas ressaltam ainda que o sofrimento decorrente das mutilações se agrava pelo fato de estas mulheres pertencerem a uma sociedade que supervaloriza a beleza física. Existe um padrão de beleza socialmente estabelecido e fugir a este padrão pode ser motivo de frustrações durante e posteriormente ao tratamento oncológico. Tais preocupações foram expressas pelas profissionais entrevistadas e elucidam, do ponto de vista delas, como essa valorização foi incorporada por homens e mulheres e como é difícil lidar com uma aparência que dista da considerada bela:

Agora também a cultura brasileira é difícil, né? Eu acho também que os homens não estão assim preparados pra lidar com isso, eu acho que ninguém. Na verdade ninguém, nem o marido nem a mulher. Eu acho que nenhum está preparado pra isso. É... brasileiro tem um perfil né de beleza feminina, digamos assim. É de...de tipo de beleza, né, então dois seios durinhos, firmes, “empinadinhos”, é uma realidade isso. (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Constata-se que os discursos das entrevistadas apontam para o fato de que, quando a aparência física encontra-se distante da considerada ideal pela sociedade, a expressão da sexualidade fica comprometida. Isso implica que o exercício da sexualidade também passa por uma análise social dos corpos que vai determinar o encanto exercido e a obtenção de parceiros (HEILBORN, 2006).

Ressel, Dias e Gualda (2004) corroboram dessa ideia e acreditam que não tem como falar de corpo sem entender a “situação-espço” que este corpo ocupa. Entendem que a construção social do corpo é determinada pelas normas, padrões e valores vigentes, cujos significados são adquiridos ou abandonados, de acordo com o momento histórico vivido. Essa influência social, cultural e histórica determina as diversidades de significados existentes para o corpo.

Na perspectiva dessa construção social, surgem os estereótipos de mulher que são amplamente difundidos por meio da mídia ao veicular imagens de mulheres belíssimas em

seus comerciais. Essas representações femininas, baseadas num modelo de sexualidade que atrai a audiência, são tomadas como regra pela sociedade, que passa a ter como representação que mulheres, cujo corpo corresponde a este ideal de beleza, é que são bem-sucedidas, inclusive sexualmente (FRANÇA; BAPTISTA, 2007).

Reconhecendo esse valor atribuído à imagem corporal, as profissionais de enfermagem entendem que as alterações provocadas pela doença e pelos tratamentos oncológicos inibem a exposição do corpo e comprometem a capacidade de atração da mulher.

Vai ser alguma coisa na vagina ou vai ser alguma coisa na mama. Você acha que uma mulher que tira a mama vai ter vontade de tirar a blusa pro marido dela?(E10, técnica de enfermagem, Unidade de internação)

Afeta, tadinhas, a autoestima delas vai lá embaixo. (E15, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Ah afeta porque o tratamento de câncer é bem desgastante, né? Vai afetar psicologicamente, na parte física, né? É complicado. Sofre a família, sofre todo mundo. Deforma a pessoa, fica com aspecto bem diferente. É difícil. (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Dessa forma as profissionais, além de interpretarem que as mulheres em tratamento oncológico ficam com sequelas corporais, demonstram sentimentos de pena e compreendem que esses tratamentos geram transtornos emocionais e psicológicos, levando sofrimento para elas.

Essa percepção mais holística da saúde sexual, abrangendo aspectos sociais e emocionais, também foi encontrada entre os enfermeiros que participaram de um estudo qualitativo desenvolvido na Grécia (NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009), cujo objetivo foi explorar as percepções desses profissionais sobre as questões sexuais, bem como compreender como essas percepções podem aumentar ou diminuir a capacidade dos enfermeiros gregos de incorporar a avaliação da saúde sexual na prática diária.

A valorização da aparência quer seja por questões pessoais ou sociais, segundo as profissionais de enfermagem, leva as mulheres a se tornarem inconformadas, ao se depararem com um corpo desfigurado. Elas trazem relatos da prática assistencial que mostram a reação à nova imagem. Assim manifestações de acanhamento, estranheza e evitação são percebidas pelas profissionais entrevistadas como numa espécie de autorejeição:

Teve paciente que já chorou, assim... teve umas que choravam, não tinha coragem de olhar, pro próprio corpo, que não tinha coragem de olhar... já teve. (E1, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Umhas operadas não se olham no espelho que dirá deixar o marido olhar, entendeu? Têm muitas que não se olham no espelho. Eu preciso que elas vejam o curativo porque elas têm que me falar se ficou mais vermelho, menos vermelho, se tá formando líquido, seroma ou não. Ela: “eu não olho”. (E4, enfermeira, Ambulatório)

“Fui mutilada, agora o meu marido não vai mais querer ver... me ver.” Tem vergonha de mostrar para o marido quando fazem a mastectomia. Elas morrem de vergonha. Elas não gostam nem de se olhar no espelho. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Essa dificuldade das mulheres com câncer ginecológico e mamário, após o procedimento cirúrgico, também foi relatada em estudo conduzido por Duarte e Andrade (2003), em que buscaram compreender como as mulheres mastectomizadas percebem a própria sexualidade. O fato de se olhar no espelho e se deparar com um corpo desfigurado gerou estranheza e muito sofrimento nas mulheres. A perda do cabelo também foi mencionada como muito significativa e para algumas mulheres foi considerada até mesmo mais complicada do que a própria mutilação, uma vez que é mais difícil de ser ocultada.

Considerando as questões sexuais e o câncer, Hughes (2009) menciona que, para a maioria das mulheres, a perda do cabelo é muito traumática e afeta profundamente a imagem corporal e a sexualidade. Ressalta, ainda, a importância de reconhecer esse evento e de permitir que as pacientes falem sobre o significado que essa perda tem para elas.

5.1.2 Repercussões das alterações físicas nas relações conjugais

Além do comprometimento estético, as profissionais de enfermagem entendem que as alterações físicas decorrentes do tratamento oncológico nos órgãos genitais e mamas podem afetar o desempenho sexual das mulheres. Os trechos abaixo explicitam como elas analisam a função erótica da mama e como a sua ausência pode diminuir o prazer durante a relação sexual:

Eu acho que a gente, tipo, se eu me pôr no lugar dela e supor assim, me faltar uma mama, né, na hora da relação vai me limitar... vai mudar alguma coisa...vai ser diferente Porque querendo ou não a mama é uma parte que você sente, né? Tesão ou alguma coisa né?... e sem

mama você não vai sentir mais assim esse pedaço do corpo. Então alguma coisa vai mudar. (E6, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Em estudo que teve como objetivo conhecer junto aos casais como a prática sexual é exercida após a mulher ter tido um câncer de mama, as mamas foram apontadas como órgão atrativo, importante na estética e na relação sexual. Elas participam da relação sexual, pois se tornam zonas erógenas ao serem estimuladas durante as carícias (GRADIM, 2005).

Mencionam, também, as repercussões da retirada do útero na vivência da sexualidade. Para as profissionais entrevistadas, a retirada do útero implica a perda da identidade feminina, com alterações no desempenho sexual.

Quando é útero, ovário, essas coisas eles não vão ver [parceiros]. Mas tem algumas que falam que tiram o útero ficam “oca”... que o marido não vai querer mais elas. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Elas têm preocupações se o marido vai sentir, se vai notar a diferença. Se vão gostar delas do jeito que elas tão. Se elas vão ter orgasmo? (E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Isso porque, na construção tradicional da feminilidade, coube à mulher a obrigação social de procriar, ao passo que existe o estigma da mulher estéril que não é considerada uma mulher verdadeira (BOZON, 2004).

Dessa forma, as consequências das alterações vão além do que é percebido visualmente, envolvendo também os significados sociais que foram assimilados para esses órgãos. A função sexual pode ficar debilitada quando a mulher sente que sua sexualidade depende da presença do útero. Com a sua remoção, as mulheres experimentam problemas psicossociais tais como sentimentos de fraqueza, medo de perder a atratividade física e a identidade sexual, desespero e até mesmo depressão pela perda da fertilidade (BAYRAM; BEJI, 2010).

Além dos significados atribuídos aos órgãos genitais no exercício da sexualidade, é importante registrar que a histerectomia pode danificar importantes nervos sensoriais e, conseqüentemente, provocar efeitos deletérios sobre a resposta sexual. O rompimento dos nervos sensoriais pélvicos pode afetar a excitação bem como diminuir a lubrificação natural da vagina, o que compromete o funcionamento sexual. (SCHOVER, 2008). Além disso, o encurtamento vaginal após a histerectomia, provocado pela remoção de uma porção da vagina superior, pode ocasionar dispareunia (BORDUKA; SUN, 2006; DRAGISIC; MILAD, 2004).

Em decorrência dos sentimentos expressos no cotidiano do trabalho, as profissionais identificam, a partir de suas vivências, que as mulheres com câncer ginecológico e tratadas cirurgicamente acreditam não serem capazes de agradar e satisfazer seus parceiros, temendo inclusive serem abandonadas.

O medo de não agradar o parceiro sexual pode estar relacionado à definição do papel da mulher na sociedade. Ainda é frequente a noção de que para muitas mulheres o sexo é uma obrigação social, uma função a ser desempenhada sem que necessariamente seja prazeroso ou proveniente de vontade.

Nesse sentido, essa representação é transmitida nos depoimentos das profissionais de enfermagem, quando discutem a posição da mulher com câncer ginecológico e mamário frente aos seus parceiros.

Ela acha que tem que servir o marido. Que tem que servir. (E4, enfermeira, Ambulatório)

“Quando eu vou poder fazer arte com o meu marido?” Aí a gente brincava “para com isso, deixa de ser assanhada!!!” Brincando. “Tem que fazer né bem, porque senão ele encontra na rua se eu não fizer em casa”. Mas aí ao mesmo tempo, um outro dia ela conversando comigo ela falou pra mim que ela não tinha vontade de fazer, mas que ela tinha que fazer. Porque era o marido dela entendeu? E ela ficava ansiosa aqui porque ela tinha que namorar ele, mas ela falou assim “vontade, vontade eu não tenho, mas” como se fosse obrigação de mulher. (E10, técnica de enfermagem, Unidade de internação)

Que elas acham assim, se elas forem tirar tudo, elas vão continuar tendo relação, mas tem mulher que não liga pra essas coisas, chegar ao orgasmo. Ela tá satisfazendo lá o marido dela pra ela tá ótimo. (E15, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

O sexo como obrigação social da mulher também apareceu em estudo de Ressel e Gualda (2003), realizado com enfermeiras com o objetivo de compreender de que forma a sexualidade, condicionada culturalmente, é vivenciada, na prática da assistência de enfermagem. Os relatos das enfermeiras apontam que muitas vezes as relações sexuais são estabelecidas sem que as mulheres estejam desejosas. As mulheres se sujeitavam às práticas sexuais considerando a necessidade de cumprir uma obrigação e evitando assim maiores embates com o parceiro.

Gonçalves, Canella e Jurberg (2007) também encontraram resultados que apontam para o fato de que, apesar da queixa de sensações negativas durante o coito, as mulheres mantêm a relação movida pela necessidade de satisfazer o seu parceiro.

No imaginário social, satisfazer sexualmente o parceiro às vezes ultrapassa o *status* de obrigação social, passando a ser uma prerrogativa do gênero feminino. O cotidiano de

trabalho dos profissionais de enfermagem mostra que a indisponibilidade de servir sexualmente o parceiro pode ser um motivo para o rompimento da relação conjugal e às vezes coloca a mulher com câncer ginecológico e mamário em uma situação de constrangimento e de extrema fragilidade.

Conheço uma que quando descobriu a doença o marido arrumou outra, pôs dormir na cama dela e ela dormia na sala. Dormia na sala porque ela pediu pelo amor de Deus porque ela não tinha família por perto. A família dela era do Rio de Janeiro, e ele arrumou uma, pôs dentro de casa e ela não tinha pra onde ir, ela pediu pelo amor de Deus pra ele deixar ela dormir na sala que ela não tinha pra onde ir. Ela vinha e ela falava, eu durmo na sala e o meu marido tá com a outra porque eu não tenho onde ir. (E1, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação).

Bom, então teve também um caso aqui que o marido da paciente é....colocou uma outra moça pra morar, ela era casada, tinha filhos, né? Mas como ela não conseguia ser mais a mulher dele nesse sentido, ele levou uma moça pra casa, como se ela fosse a outra esposa dele e colocou a nossa paciente pra dormir na sala. Deixou de ser a mulher dele e foi aquela pessoa assim que ele ia dar casa e comida e ela dormia... ela ficaria no sofá porque a mulher dele que teria as funções de mulher. (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação).

A doença passa a ser uma justificativa para um conflito na esfera conjugal e mostra um aspecto tratado por Bozon (2004, p.30), quando afirma que “o corpo das mulheres é percebido e tratado como um objeto e um receptáculo, de que os homens tomam posse através do ato sexual”.

Por trás dessas disfunções relacionais existe uma carga cultural muito grande. As profissionais de enfermagem nos depoimentos deixam transparecer certa concordância com a crença de que a mulher tem de estar sempre pronta para satisfazer a necessidade sexual do parceiro, bem como assumem que a necessidade sexual do homem é prioritária ao desejo, disponibilidade e a própria saúde da mulher.

Porque ele não tá com nada, ele não cortou nada, ele não tirou nada. E o homem é meio animal, essa coisa assim, né? Não é muito amor, muita coisa, é necessidade física pra eles. Não é emocional, é física. Eu acho isso. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Bozon (2004) comenta que essa manifestação diferenciada da sexualidade é fruto da diferença existente na socialização de gênero. No que compete à esfera sexual persiste o “primado” do desejo natural dos homens e uma tendência a ignorar o desejo das mulheres.

Outro aspecto importante a ser considerado no temor das mulheres em perder o companheiro é reconhecido pelas profissionais de enfermagem quando destacam que muitas

das mulheres assistidas no serviço são dependentes financeiramente do marido, o que agrava ainda mais o medo de não “agradar” seus parceiros.

Eu acho, principalmente a mulher, a mulher ela é muito... por mais que a gente seja independente ela ainda é dependente do homem. A gente tem muito caso aqui disso. Elas são dependentes. É... Muitas não trabalham. Então elas falam “poxa, se eu não agradar meu marido ele vai procurar lá fora”. Isso é do homem, é da raça, né? Vamos dizer assim. Então elas ficam preocupadas em relação a isso. É aquilo que eu te falo, a mutilação pra elas é um grande problema. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

O fato de ser dependente financeiramente do marido, muitas vezes, é um importante fator da redução da margem de negociação das mulheres. “Mais do que o prazer erótico, é o conjunto de compromissos existentes entre o casal que irá definir os limites da negociação na esfera da sexualidade” (VILLELA; BARBOSA, 1996, p. 198).

O fator idade também influencia esse temor manifestado pelas mulheres. Na percepção das entrevistadas do presente estudo, mulheres mais idosas demonstram um menor receio em relação à rejeição por parte do companheiro. Com o avançar da idade alguns aspectos podem ser destacados entre eles as relações conjugais que já se encontram mais solidificadas, há mais amizade e solidariedade entre os parceiros, e os seus companheiros nem sempre valorizam tanto a relação sexual como os mais jovens. Isso porque o desejo sexual diminui com a idade, e os relacionamentos se sustentam mais na amizade e no companheirismo.

As mais velhas, dá a impressão que elas não têm tanto medo do marido ir embora, ou dele precisar tanto de...é que o sexo também já diminuiu, né? Não tem aquela necessidade. Às vezes quando dá tempo, eu brinco com elas: “ e aí como é que tá? Tá namorando?” “Ih minha filha, já entreguei pra Deeeuus! Aquilo lá não endure! Ele peleja, ele peleja! (rsrsrs) Não endure não, oh!” “Ele vai arrumar outra”, eu falo pra ela. “Você acha, aquilo não endure não!” (E4, enfermeira, Ambulatório)

A mulher mais velha ela já sente que fez de tudo na vida, já é casada, tem filho, tem neto, a preocupação delas, as mais idosas é o quê? Ver o neto bem, feliz, os filhos realizados, né? Agora uma mais nova tá no auge né? (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Corroborando as percepções das profissionais de enfermagem do presente estudo, a idade avançada do companheiro contribuindo para a diminuição das relações sexuais entre os cônjuges também foi mencionada em estudo desenvolvido por Wilmoth et al (2011) com mulheres com câncer de ovário. Uma das participantes do estudo referiu no grupo focal que como seu marido era mais velho o intercursos sexual não acontecia com tanta frequência.

É sabido que, com o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas que levam a uma diminuição dos hormônios sexuais, influenciando a libido da mulher. Mas, esta alteração no

vigor sexual não significa necessariamente a extinção das relações sexuais, principalmente se o casal tiver um histórico de uma vida sexual satisfatória. Ainda que a penetração vaginal seja inviável, o casal pode manter as carícias e os momentos de intimidade (GRADIM, 2005).

Outro aspecto a ser considerado na sexualidade das mulheres com câncer ginecológico e mamário, reconhecido pelas entrevistadas, refere-se ao tratamento medicamentoso como um fator que contribui para a diminuição do desejo sexual, comprometendo a relação íntima do casal. Os eventos adversos dos tratamentos do câncer também são apontados por elas como um aspecto que interfere no exercício da sexualidade e, no seu cotidiano, identificam que os parceiros procuram a mulher, mas elas não têm vontade de iniciar uma relação sexual.

Eu acho que a própria medicação inibe elas ao sexo, assim a parte do desejo, de vontade, eu não sei se a medicação produz alguma ... vamos supor a parte de hormônios, que mexe muito os quimioterápicos com a parte hormonal, que é como se...ela não tivesse mais vontade. É tipo assim, elas são procuradas, até desejadas pelos esposos e... E elas...elas falam não. Parece que elas colocam um tabu como se a doença fosse aquilo “não, você não vai me tocar, ou se você tocar já vai me machucar” e parece que tem essa barreira. (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Também né, por causa da quimio. Então acho que acaba perdendo mesmo assim ... essa parte aí de hormônios. Porque a paciente, a maioria das pacientes que fazem o tratamento de mama elas tiram o ovário, né. Então, acaba afetando, não só o psicológico, o físico, né? (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Esse comprometimento do desejo sexual, em decorrência do tratamento medicamentoso, também foi observado por enfermeiros que participaram de um estudo conduzido por Lavin e Hyde (2006) na Irlanda. O estudo explorou as percepções e experiências de dez enfermeiros em abordar a sexualidade como um aspecto do cuidado a mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, por meio de entrevista em profundidade. Os resultados revelam que os profissionais estão cientes dos efeitos da quimioterapia na sexualidade da pessoa.

Os efeitos da quimioterapia sobre a sexualidade, em curto prazo, incluem alterações hormonais que interferem na libido, fadiga, náuseas, vômitos, aumento ou diminuição do peso, mucosite e alterações intestinais. Em longo prazo os efeitos secundários incluem neuropatia, e não apenas nas mãos e pés, mas também no clitóris, o que pode atrasar ou mesmo impedir o orgasmo. A infertilidade também pode ser muito angustiante e comprometer o desempenho sexual (HUGHES, 2009).

Segundo as entrevistadas, a preocupação das mulheres com as repercussões da doença nas relações conjugais é cabível, pois o abandono do parceiro é presenciado pela equipe.

Como se não pudesse mais tocar entendeu? Naquele ponto ali, ou ele mesmo se afasta, separa cama, troca de quarto, mas continua casado. Aí ele tem outra mulher lá fora. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Elas não falam tudo, mas aí você percebe... “E aí como que tá o marido? Ah só tá bebendo”. Aí você já percebe que o casamento ficou abalado. Porque homem também é difícil aceitar isso pra ele. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

O que elas questionam muito com a gente é que o marido evita, que muitas até falam que quando o marido viu que realmente elas tavam com câncer, largam delas, né? Muitas vezes elas ficam muito tristes, a gente tem que conversar bastante, que às vezes larga com criança pequena, né? A gente sabe que o marido se não gostar realmente, se não tiver confiança em Deus, não procurar seguir o que Deus pede de cara ele vai, né, botar ela fora mesmo, né? Porque vai ficar uma pessoa, pelo menos por um bom tempo, dando trabalho pra ele, né. O marido tem que trazer, tem que ver, tem que ajudar em casa, tem que ver os filhos, né. Então se não for um marido assim, de religião, um marido que entenda, um marido que goste realmente, não vai. A tendência dele é cair fora mesmo (E16, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Bozon (2004), ao discorrer sobre o modelo da sexualidade conjugal, comenta que o esfriamento da relação sexual constitui-se no principal temor e menciona inclusive que este esfriamento pode ocasionar consequências concretas para a continuidade do casamento. Segundo o autor, a ausência de relações sexuais é aceitável somente em situações excepcionais. “Quer existam filhos, quer não, a inatividade sexual põe em perigo a estabilidade da construção conjugal” (BOZON, 2004, p.50).

A aceitação da ausência das relações sexuais em circunstâncias excepcionais poderia incluir o período de diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico e mamário, e a solidez das relações conjugais poderia ser apontada como um aspecto que poderia favorecer essa manutenção.

Isso porque quando o casal possui um relacionamento já bem estruturado é possível que haja entre eles o hábito de expressar as emoções e os sentimentos, bem como a disposição de tentar outras formas de vivenciarem a sexualidade na busca pela manutenção do laço conjugal (FERREIRA, 2007; GRADIM, 2005).

5.1.3 Desejo de recuperar a integridade física

As dificuldades em retomar a vida social são reconhecidas pelas profissionais de enfermagem como outro fator importante na vida das mulheres com câncer ginecológico e

mamário. Existe muita preocupação com a opinião de membros das relações sociais e de trabalho, além do temor relacionado ao estigma que ainda acompanha a doença.

As entrevistadas reconhecem que, para resgatar a feminilidade, a sensualidade e o erotismo, muitas mulheres lançam mão de estratégias para ocultar as deformidades ocasionadas pela doença e pelo tratamento. Elas procuram repor o volume da mama perdida com o uso de próteses ou artifícios que minimizem a falta da mesma, na ausência do cabelo optam pelo uso de lenços, chapéus e perucas, entre as alternativas disponíveis.

Não, não é só o marido. Quando ela vem para retirada de útero, que é uma coisa, vamos colocar, que ninguém vai ver. Ninguém sabe como eu fico, entendeu? É mais fácil. “Ah mais eu tirei o peito, eu vou pôr a blusa, esse lado vai murchar esse lado vai aparecer. Como é que vão ver, vão olhar, vão me perguntar: mas o que foi que você fez?” Então a preocupação delas um pouco é essa. Então às vezes a mulher tá preocupada em colocar um negócio no soutien pra tirar aquela...ah...a curiosidade de uma outra pessoa também chega a elas, entendeu? (E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Pra mim, todas elas que fazem masté elas... umas querem sair até com soutien com enchimento já, pra ninguém pensar. Porque aí pensa que o vizinho, sabe? Toda aquela coisa da parte social. Vai, além. O marido é aquilo que tá ali todo o dia, né? Mas a preocupação é com vizinhos “ah ela tá com câncer”. Ser apontada. O cabelo caiu. Fez quimio, o cabelo caiu, tá doente, vai morrer. Então elas não querem esse tipo de coisa pra elas então é onde elas tentam esconder o máximo. Muitas às vezes ficam só dentro de casa, fazem o básico porque a gente escuta elas falarem (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Colaborando nesse processo de enfrentamento das mulheres, as profissionais de enfermagem aconselham a mulher a seguir em frente, fornecendo orientações que envolvem o resgate da autoestima:

Sempre se dava uma esperança que podia às vezes pôr uma prótese, que você podia assim seguir sua vida... A questão do marido se ele gostar mesmo de você ele vai te aceitar do jeito que você é, vai...(E1, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Eu sempre pergunto, pode ser idosa, pode ser velhinha. A Dona A. C. mesmo, ela é velhinha, ela é viúva, ela não tem marido, muitos anos, ela é viúva, ela é viúva assim ela cria, os filhos ficaram pequenininhos e são todos casados, ela cria os netos hoje. E ela foi eu que liguei “A senhora vai ficar assim, não vai pôr um soutien?” Ela enchia de paninho e ela é pobre. Eu falei não, o médico te dá uma carta, a senhora entra, a senhora vai no serviço social, pede pelo SUS eles vão fazer toda a medição e até hoje onde ela me vê, às vezes ela tá ali lavando o cateter ela fala olha aqui ó, ela mostra. A satisfação. Mesmo que ela não tenha marido tudo, mas ela se sente bem com aquele soutien, com aquele silicone ali que todo mundo olha. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Pelusi (2006) comenta que as enfermeiras podem oferecer estratégias para que as mulheres melhorem a vida sexual, a imagem corporal, bem como a comunicação sobre as

alterações estéticas com seus parceiros. Dessa forma, contribuem para que as pacientes sintam-se no controle da situação, o que repercute positivamente na autoestima e autoimagem. Ressalta ainda que fornecer informações prévias sobre as alterações esperadas com o tratamento pode tranquilizar as pacientes e propiciar a elaboração de mecanismos de enfrentamento.

Nesse intuito da enfermagem em ajudar a promover um ajuste na autoestima das pacientes, Shell (2007) acrescenta ainda que o profissional deve proporcionar oportunidades para que elas falem sobre seus medos, bem como dos efeitos secundários sobre a sexualidade que são esperados por elas com o tratamento.

Na percepção das profissionais entrevistadas, o desejo de recuperar a integridade física independe da classe social a qual a mulher pertence, de ter parceiro ou da idade da mulher:

Pra mulher, a gente não se imagina a gente sem cabelo, não sei falar porque a gente não passou por isso, né? E aí você vai ver que não é por ser humilde, por ser...nós já tivemos aqui Fono [Fonoaudióloga] e ela também só falava de cabelo. Depois do cabelo é ... a mama. Que elas querem fazer reconstrução no mesmo dia. (E4, enfermeira, Ambulatório)

Eu achei engraçado no curativo, achei engraçado uma senhorinha, toda alegrinha porque o filho tinha dado uma mama, sabe aquela mama...aquelas de silicone que coloca no soutien? Então ela ficou toda “empinadinha” lá, com o soutien dela. Aí eu falei tá vendo, e ela toda alegrinha, sabe? (E6, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Eu tenho amiga que tirou a mama e ela quer, ela falou que quer pôr um volume mesmo ficando feio, porque ela é enfermeira, ela não quer ficar usando “alpisto”, uma coisa assim. Ela quer pôr mesmo que fique feio, que abra o lugar que for tirar, ela quer pôr. Ela que quer. Ela é solteira, não tem namorado não (E4, enfermeira, Ambulatório)

Apesar de reconhecerem que a imagem corporal das mulheres está alterada com o tratamento oncológico, as profissionais de enfermagem apontam um paradoxo que pode influenciar na decisão das mulheres em recuperarem a imagem corporal. Muitas das entrevistadas não são favoráveis à realização da cirurgia reconstrutora da mama, inclusive contestam a percepção das mulheres que a realizam.

Elas falam “nossa, agora ficou bom!” Isso a gente sabe que não ficou bonito, porque não fica bonito. Porque fica aquela coisa, às vezes massera o tecido, aí dá deiscência, tal, mas elas ficam felizes, superfelizes. E a gente percebe isso. Porque tira daqui põe aqui ou roda das costas pra cá. Então né?... ta ótimo, elas vão pôr biquíni, elas vão pôr maiô. Vão fazer ginástica, o marido vai ver, o marido não vai perceber, né? Então... elas tão felizes, elas ficam felizes. Até apesar que não tem tido muito caso não, elas têm tido um pouco de medo, em fazer. Porque é uma cirurgia muito agressiva, eu acho. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Ah eu falo. Igual a vizinha, eu falo assim, mas a função da mama é... é um pouco estética. Não recomendo ninguém fazer reconstrução de mama eu falo pra elas, porque fica mais feio. Muito difícil você ver uma que fica bonita. É muito difícil. Fica com uma cicatriz horrorosa. Aqui, dependendo da pessoa que tem muito pelo, tira da barriga, fica cheio de pelo, aquele monte. Não tem aquele formato de mama bonitinho, não tem. Eu acho que se coloca aquela mama fica pior do que sem a mama, eu acho, minha opinião. (E14, enfermeira, Unidade de internação)

Contrariando a percepção negativa das profissionais de enfermagem do presente estudo em relação aos resultados da reconstrução mamária, Maluf (2008) relata, por meio de estudo desenvolvido em São Paulo, em que buscou relacionar os efeitos da mastectomia radical sobre a sexualidade, que as mulheres que realizaram reconstrução mamária apresentaram melhor autoimagem e melhor exercício da sexualidade.

A satisfação com os resultados estéticos da reconstrução mamária também foi constatada por Markopoulos et al. (2009) em estudo desenvolvido na Grécia com 207 pacientes com câncer de mama.

Por outro lado, as profissionais de enfermagem valorizam as mulheres que enfrentam a situação de outra maneira e se adaptam bem à nova condição.

Têm pacientes nossa de mama que já foram operadas há 18 anos. As vizinhas do REMA tudo e a maioria não tem cirurgia reconstrutora não. Nenhuma e tão com os seus maridos até hoje. Estão com as suas famílias normal, elas vivem uma vida normal. Tem uma paciente superjovem, J., ela é linda, de olho azul, clara, ela é economista. Ela usa a prótese de silicone e ela falou que não vai fazer a reconstrução. Ela é noiva, ela continua com o noivo dela, ele cuidou dela o tratamento inteiro. Ela falou que sai, que dança, que vai na praia e que põe maiô, e que não tá nem aí que ninguém olha torto. Ela vai deixar de viver a vida dela? (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório).

A ausência da mama é compreendida pelas profissionais como um aspecto pouco importante, demonstrando que as mulheres deveriam se preocupar com a vida, independente da mutilação decorrente do tratamento. Essa concepção não contempla a subjetividade da mulher com câncer e desconsidera que a autoimagem e a percepção corporal são aspectos presentes no processo de recuperação da mulher e devem ser considerados na implementação do cuidado.

A percepção das profissionais acerca da reconstrução mamária é um aspecto a ser considerado no seu cotidiano, visto que participam da equipe de profissionais que cuidam das mulheres, principalmente, daquelas com câncer de mama. Esse conceito negativo acerca do procedimento pode acarretar em prejuízo no cuidado dessas mulheres, visto que elas consideram um procedimento desnecessário e com resultado duvidoso.

5.2 A sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem

Quando as entrevistadas foram questionadas se a sexualidade é uma dimensão do cuidado de enfermagem a essas pacientes, elas foram quase unânimes em dizer que não, porém a abordagem da sexualidade está presente nos depoimentos das mesmas quando descrevem as práticas assistenciais, embora, muitas vezes, elas nem se deem conta de que suas ações estão voltadas para essa dimensão do ser humano.

5.2.1 A sexualidade englobando as práticas sexuais

As profissionais de enfermagem entrevistadas incluem a dimensão da sexualidade no cuidado de forma não sistematizada, o que na maioria das vezes não dá identidade às suas práticas e ela passa a ser descontinuada.

Os depoimentos mostram que, para que as mulheres possam enfrentar as deformidades decorrentes do tratamento do câncer, são orientadas acerca de práticas que podem favorecer o exercício da sexualidade.

Como uma vez veio com a mãe, depois na hora que a mãe se esquivou um pouquinho ela veio perguntar se ela podia ter relação. Eu falei é claro que você pode. A vagina fica um pouco mais seca, você tenta usar um lubrificante a base de água, explica pro seu companheiro que pode dar uma apertada, uma vasoconstrição, por ter mais... entendeu? Eu falei que o dia que ela quiser vir sem a mãe pra gente conversar melhor. Porque ela não queria que a mãe escutasse, porque não era marido, era namorado. (E4, enfermeira, Ambulatório)

Põe uma lingerie, fica com o soutien, põe uma meia-luz. Eu detesto transar no claro, eu falei pra elas. Eu detesto, eu gosto de meia-luz e eu tenho as duas mamas, e por que não? (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Dizon (2009) destaca algumas informações que podem contribuir para que a necessidade sexual das mulheres sobreviventes ao câncer de mama possa ser atendida pelos profissionais de saúde. No intuito de reencontrar o prazer, o autor recomenda algumas práticas na retomada das atividades sexuais pelas mulheres tais como, dar prioridade para a hora do sexo; escolher uma hora em que ela não esteja exausta e em que haja privacidade; enfatizar o toque explorando um ao outro e permitindo que o parceiro redescubra o seu novo corpo;

utilizar pouca iluminação e uma lingerie para diminuir suas preocupações com o corpo; não manter uma relação a menos que ambos estejam de acordo e, finalmente, concentrar-se no prazer e não na *performance*.

Gradim (2005) aponta, ainda, o diálogo como facilitador no reinício das atividades sexuais. Segundo a autora, conversar sobre as preferências sexuais ou o modo como cada um quer ser acariciado pode melhorar a prática sexual. Problemas podem ser resolvidos quando existe essa liberdade de expressão sobre as preferências e desejos levando à obtenção de uma prática sexual prazerosa.

Percebe-se pelos depoimentos que o tema é abordado pelas profissionais de enfermagem, e elas discutem alternativas para que as mulheres com câncer ginecológico e mamário superem suas dificuldades decorrentes do tratamento e possam desfrutar momentos de intimidade com o seu parceiro. Observa-se ainda que as profissionais conseguem compreender que o exercício da sexualidade vai além do ato sexual.

Tem umas que contam que já tá com... 4 meses de tratamento, 5 meses e não tem mais nada com o marido, eu falo “Não mas você tem que namorar...” “Não, você não precisa transar, tem o namoro, a outra parte boa do lado. Você não vai machucar, não vai ter nada!” (E3, auxiliar de enfermagem, ambulatório).

O que eu mais lembro é essa paciente que eu te falei, que ela ficou muito tempo, ela fez uma reconstrução de mama. Fez o...fez a...o TRAM, né? Rodou retalho, então abriu mama e abriu abdome, inteiro, né? Então ela ficou muito tempo no curativo e não podia ter relação. E o marido chegou numa hora que ele entrou na sala e já foi na lata assim tipo cansei eu não vou esperar mais você perguntar, e já chegou pra mim e perguntou e falou. Aí eu falei: “olha, eu acho que não.” Né? Eu tenho quase certeza que não, por conta da movimentação, de tudo. Mas eu vou chamar o médico pra explicar tudo certinho os motivos, o porquê. E também aí eu falei pra paciente, porque eu tinha mais liberdade com ela, “a senhora trate de inventar outras coisas também porque não é só a penetração. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Nessa perspectiva de um conceito ampliado de sexualidade, diante das mulheres que apresentam dificuldades por complicações do tratamento e demonstram preocupação com a ausência da atividade sexual na sua vida conjugal, as profissionais discutem e apontam possibilidades para suprir a necessidade sexual delas e de seus parceiros.

A preocupação das mulheres com a abstinência sexual e com os conflitos conjugais decorrentes é discutida por Bozon (2004, p. 94) e ele mostra que “é às mulheres que incumbe resolver as tensões da sexualidade: espera-se delas que tentem estabilizar e regular o desejo dos homens, contendo-os em um relacionamento ou em um casal”.

Esse conceito parece ser assumido pelas profissionais de enfermagem e é discutido com as mulheres quando elas demonstram que a sexualidade está comprometida durante o tratamento.

Eu percebo também que eles falta é... inventar. Acha que a relação é só penetração, entendeu? Não pode fazer qualquer outro tipo de coisa, de jeito nenhum. Fica aquela, tipo, sabe aquelas pessoas mais antigas, que a mãe criava a gente falando que sexo era pervertido, que era horroroso, que era isso, que era aquilo. Então a mulher fica só naquela, dura ali na cama, igual eu acho que era antigamente. Não sei, imagino eu. E não pode fazer nada. Se não tiver penetração não pode fazer nada. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Eu acho que elas colocam assim, eu acho que muito que tem é... As pessoas associam sexualidade só com sexo. (E13, Enfermeira, Unidade de internação)

As profissionais de enfermagem acreditam que a dificuldade de inovar das mulheres, durante as relações íntimas, pode estar relacionada à construção da sexualidade da mulher, assumindo uma posição passiva na relação, bem como restringido-a ao ato sexual propriamente dito.

Segundo Bozon (2004), essa lógica de atividade e passividade, associadas ao masculino e feminino, em que o feminino ocupa sempre o lado inferior, retrata a posição em que as mulheres devem estar, social e sexualmente falando, para manter a “boa ordem” do mundo.

Em relação ao conceito de sexualidade, a maioria das mulheres tem uma visão centrada nos órgãos genitais e no relacionamento sexual. O significado que elas atribuem à sexualidade é expresso em grande parte como um conceito restrito ao ato sexual em si (MADEIRA; ALMEIDA; JESUS, 2007; RODRIGUES; SILVA; LOPES, 2000)

Ressel e Gualda (2004) destacam que a questão da sexualidade associada ao ato sexual propriamente dito está vinculada à construção cultural da forma de ser e existir do indivíduo no mundo.

Mas, ao perceberem que as mulheres vinculam o prazer estritamente ao sexo e que desconhecem outras fontes de prazer, as profissionais de enfermagem devem mencionar alternativas possíveis.

Importante estimular a mulher a compartilhar as suas dificuldades com o parceiro, pois o casal precisa procurar conjuntamente formas de estimular a relação, sem que necessariamente aconteça o ato sexual. Assim, aos poucos, os cônjuges vão determinando o que é mais prazeroso e vão ajustando o relacionamento sexual durante essa fase de restrições (GRADIM, 2005).

Isso porque a sexualidade não se extingue nas mulheres acometidas pelo câncer, como evidenciado em estudo que avaliou as alterações da sexualidade em portadoras de câncer invasor do colo do útero, após o diagnóstico e tratamento específico. As práticas observadas parecem demonstrar o ajustamento da atividade sexual à condição atual, tais como a realização de carícias nas demais zonas erógenas (GONÇALVES; CANELLA. JURBERG, 2007).

As entrevistadas do presente estudo abordam a sexualidade das mulheres em tratamento oncológico de forma descontraída e em tom de brincadeira. Essa pode ser a maneira encontrada para minimizar o desconforto que o assunto gera no cotidiano do trabalho da enfermagem. É importante destacar que o assunto da sexualidade ainda é permeado de mitos e preconceitos e, portanto deve ser restrito ao ambiente privado, assim é compreensivo que o tema seja tratado dessa forma pelas profissionais de enfermagem.

Assim, você brincando, às vezes quando as meninas encaminham pro banho surge brincadeira, mas assim de chegar e falar... é mais difícil. (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Ainda quando elas fazem cirurgia, por exemplo, de ovário, de útero a gente fala “tem que esperar o resguarda hein?”, a gente já brinca. Pra elas né, ver que a vida delas vai continuar e elas têm que aproveitar todos os momentos da vida. Porque a gente não sabe como que vai ser daí pra frente, que vem o tratamento conservador depois. Entendeu. Não a gente já fala pra elas “a sua vida é normal”. A gente fala. Você só vai ter que esperar o pós... a cicatrização o resto a sua vida é normal. Ainda a gente brinca “cê não operou lá embaixo, cê operou em cima”. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

A M. [profissional de enfermagem] mesmo, fala brincando às vezes até besteirada com elas, a Â. [profissional de enfermagem]: “Não, não pode, enquanto não morrer tem que dar!” (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Ah bom humor, levo na brincadeira, às vezes falo até meio palhaçada, sabe assim, tudo. (E16, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

O constrangimento que marca a construção da sexualidade das profissionais de enfermagem se reflete nas ações assistenciais, e, na tentativa de tornar o assunto mais natural, elas o tratam de forma irreverente.

O conceito limitado que os enfermeiros têm de sexualidade pode ser a principal fonte desse desconforto, além de outros fatores limitantes tais como idade, gênero e cultura (MICK, 2007).

Tabus relacionados ao tema também foram verificados entre enfermeiros gregos que hesitam falar abertamente sobre sexo, influenciados por questões de educação familiar e socioculturais (NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009).

Entre as estratégias propostas por Mick (2007) para melhorar a avaliação da sexualidade nas práticas assistenciais, destaca-se a necessidade de os enfermeiros abordar a sexualidade com mais naturalidade, assim como fariam com qualquer outro tema. A autora também vê como facilitador na abordagem o uso de modelos de avaliação e intervenção sexual disponíveis. Destaca ainda que o enfermeiro precisa dar a oportunidade para os pacientes expressarem as suas preocupações e, ao identificar questões que não podem ser tratadas localmente, deve encaminhá-los para especialistas clínicos.

Mediante a complexidade do tema, essa estratégia utilizada pelas profissionais de enfermagem no presente estudo pode não ser a mais apropriada. Entretanto, essa atitude revela uma incipiente abordagem da sexualidade e dá a esperança de que o aconselhamento sexual possa ser incluído nas práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, o que responderia à demanda de um cuidado baseado nas necessidades do indivíduo.

5.2.2 A abordagem da sexualidade beneficiada por certas condições

A manifestação de aspectos relacionados à sexualidade, durante o cuidado, pode ser favorecida por condições do ambiente, idade e a implementação de práticas que facilitam que o tema se explicita.

Nota-se que, em locais de atendimento em que há mais privacidade para o desenvolvimento do tema, ele é mais explorado e discutido. Um dos locais propícios para tal, apontado pelas profissionais entrevistadas, foi a sala de curativo do ambulatório do hospital em que o estudo foi realizado. Além da privacidade do ambiente, a exposição do corpo para o cuidado parece ser outro fator facilitador para que o assunto seja abordado e não cause estranhamento entre os profissionais e as mulheres.

Aqui no curativo é um lugar muito bom pra gente se falar disso também. Quando é pós-operatório, vai retirar dreno, que elas começam a ficar mais livres, retirar pontos. Começa a querer já...né? Ter um pouco mais de liberdade, até tem umas que tocam no assunto, mas são

raras. E eu acho também que o médico não aborda isso. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Às vezes quando tá no curativo mesmo fala “e aí, como que tá em casa? Tá bem, tudo e tal...” A gente às vezes pergunta pra elas assim, ou conversando elas dão abertura né, então a gente acaba perguntando, querendo saber alguma coisa, eu pelo menos às vezes pergunto, não por curiosidade, às vezes por querer né. E às vezes a gente fazendo uma pergunta assim às vezes ela acaba se abrindo com a gente, né? Mas a chance maior de abrir nesse sentido assim é mais quando a gente tá no curativo, que às vezes fazendo o curativo a gente conversa. (E16, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

O momento do curativo também serviu de cenário para a discussão da sexualidade em estudo que teve como objetivo conhecer como as mulheres com câncer de ovário descrevem as mudanças em sua sexualidade após o tratamento, bem como identificar as informações que elas desejavam que fossem fornecidas por enfermeiros e médicos. Uma das participantes mencionou que, enquanto a enfermeira estava fazendo a remoção dos pontos, seu marido aproveitou para perguntar quando eles poderiam ter relações sexuais. Como a enfermeira respondeu apenas que a mulher ainda não estava pronta para retomar as atividades sexuais a pergunta foi refeita ao profissional médico durante a consulta e ele liberou a prática (WILMOTH et al., 2011).

Observa-se novamente que o tema da sexualidade ainda é compreendido como do âmbito privado e ele floresce nas condições em que a mulher em tratamento oncológico e as profissionais de enfermagem se sentem mais protegidas para falar sobre o mesmo.

Essa postura constata que os tabus que permeiam a temática também se fazem presentes no ambiente hospitalar e inviabilizam uma discussão aberta sobre sexualidade, mesmo que ela esteja presente a todo momento. Os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades e desconfortos para tratar o tema, provavelmente porque estão muito engessados em preconceitos e cientificismo (SOUTO; SOUZA, 2004).

Ainda no que se refere ao local apontado pelas profissionais de enfermagem como mais propício à discussão da sexualidade, ressalta-se o vínculo que se forma durante o curativo. A mulher frequenta esse local por um período prolongado o que permite maior interação profissional-paciente.

A familiaridade entre o profissional e o paciente pode contribuir para o desenvolvimento de uma relação de confiança, o que facilita discussões a respeito de um tópico tão delicado como é a saúde sexual. Enfermeiros que participaram do estudo conduzido por Nakopoulou, Papaharitou e Hatzichristou (2009) referiram sentir-se confortáveis em falar sobre sexualidade quando conhecem bem o paciente.

Outra situação que propicia que a temática se faça presente no cuidado de enfermagem é o momento da alta hospitalar, em que informações relacionadas à vida sexual são fornecidas. Vale ressaltar que como não existe um local específico para essa atividade e por configurar-se como um diálogo rápido, o tema acaba sendo tratado de forma superficial e restritiva pela equipe de enfermagem.

Entretanto é importante considerar que nessa oportunidade muitas vezes o parceiro está presente e pode ser incluído nas ações de enfermagem, dando a oportunidade a ele de esclarecer dúvidas relacionadas ao tema. Observa-se que esse é um momento em que o tema é abordado de forma mais sistematizada e compõe o rol de informações que as mulheres recebem na alta.

Já teve sim... um namorado...eu não me lembro se era marido ou se era namorado... dele perguntar... mas já faz um tempinho, mas ele perguntou sim. é... se ele podia ter relação, se... como que era o repouso? Teve sim... na hora da alta. (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

A gente até quando vai fazer a alta, a gente, eu, eu, eu procuro falar “olha tem que ter paciência, né?” Tanto da parte física, aí eu falo “da parte sexual também, viu marido?” Tem que ter paciência. Ela sai pós-operada, tem que esperar o ritmo dela agora. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Ainda que não seja da forma desejada, muitas vezes é só nesse momento que o assunto se faz presente na assistência. Durante a internação, essas questões só são discutidas se a mulher ou o parceiro questionar as profissionais.

Só em algum momento que elas procurarem. Quando era a H.[psicóloga] eu falei com a H.[psicóloga] e falei com a F.[psicóloga], “F.[psicóloga] não dá tempo de abordar a sexualidade”. Eu, nesse horário restrito que eu tenho. Claro que se me perguntar eu não vou fugir, né? (E4, enfermeira, Ambulatório)

Se ela, se ela não der abertura eu ficava quieta. Porque vai saber a reação dela, né?(E6, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Se a paciente falar alguma coisa assim, senão não. (E9, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Então, a gente não vai chegar, não vai chegar na paciente e perguntar, né? Mas se ela fala...não custa a gente orientar, ajudar. (E15, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Pela natureza íntima do tema, as profissionais ficam receosas em tocar no assunto e optam por esperar alguma reação das mulheres. Segundo Ressel e Gualda (2004), esse

constrangimento pode ter relação com a construção da sexualidade de cada uma, bem como a falta de exploração do tema.

Restrições culturais podem impedir discussões abertas sobre a sexualidade e influenciar o comportamento dos profissionais de saúde. Em estudo desenvolvido na Turquia (AKINCI, 2011) para determinar os níveis de conforto dos enfermeiros e fatores que afetam esses níveis durante experiências clínicas que incluem tópicos sexuais, os enfermeiros também não se sentem confortáveis para falar sobre sexualidade e acreditam que o paciente deva iniciar as discussões. Ainda que o assunto parta das mulheres, é bem provável que os profissionais sintam-se desconfortáveis em falar sobre o assunto. Nesse estudo, 46,8% dos 141 enfermeiros participantes afirmaram que se sentiram envergonhados quando os pacientes fizeram perguntas sobre questões sexuais e acharam difícil respondê-las.

Mick (2007) afirma que muitos enfermeiros esperam que os pacientes peçam informações antes de fornecê-las, mas por outro lado, eles reconhecem que raramente os pacientes perguntam sobre questões de sexualidade.

Dessa forma, Borduka e Sun (2006) acreditam que o passo mais importante para iniciar uma conversa sobre função sexual é através de questões dirigidas pelo próprio profissional de saúde. Assim a paciente sabe que é aceitável discutir preocupações sobre sexo e percebe que o profissional se sente confortável com o tema.

Em relação à iniciativa da discussão, as participantes de um estudo desenvolvido com mulheres com câncer de ovário (WILMOTH et al, 2011) foram unânimes em dizer que cabe ao profissional de saúde iniciar as discussões sobre sexualidade.

Outra condição que pode ser associada à discussão do tema durante o cuidado é a idade das mulheres em tratamento oncológico. Parece que as profissionais entrevistadas se sentem com mais liberdade para discutir o assunto com as mais jovens, considerando-as mais abertas para falar sobre sexualidade durante o cuidado.

Têm umas que são mais fechadas, principalmente as vizinhas, né? As vizinhas são muito tímidas, as mais novas não, elas são tudo liberal... (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Ah às vezes, algumas, não são muitas, é porque tem bastante senhorinhas então pra elas falarem, mas tem, tem várias pacientes que falam, tem outras, tem algumas que quer, que pergunta com quanto tempo pode. (E10, técnica de enfermagem, Unidade de internação)

Tá mudando porque a idade das pacientes que tá tendo também mudou muito, era sempre as mais velhas após os 40. Hoje em dia é 20, 30 e tem uma cabeça mais aberta, né? (E12, enfermeira, Unidade de internação)

A idade é um aspecto que deve ser reconsiderado, pois a sociedade contemporânea passa por mudanças no perfil da sexualidade das mulheres, com alongamento do calendário da vida sexual. A maior autonomia da terceira idade tem levado a recuo dos preceitos tradicionais contra a sexualidade na velhice. “A menopausa, construção social e psicológica elaborada a partir de uma realidade biológica, já não marca mais o fim da vida sexual das mulheres como ocorria até 1960” (BOZON, 2004, p.75).

Os depoimentos mostram que, tanto na situação de internação como no seguimento das mulheres com câncer ginecológico e mamário, as profissionais de enfermagem demonstram preocupação com o tema, mas impõem condições para sua abordagem. Nesse sentido deixam transparecer que têm incorporado nas suas práticas, conceitos e representações culturais e sociais da sexualidade, quando apontam que para tratar do assunto necessitam de um ambiente privado, que as mulheres jovens têm mais preocupação com o exercício da sexualidade quando comparado com as idosas, que devem partir da paciente os questionamentos, conceitos estes que podem interferir na incorporação dessa dimensão no cuidado de enfermagem, tornando-o restrito a algumas situações ou condições.

5.3 Identificando barreiras na abordagem da sexualidade

De acordo com os relatos da equipe de enfermagem, algumas questões são apontadas como impeditivas da abordagem da sexualidade.

5.3.1 Barreiras relacionadas ao modelo de saúde

A instituição de saúde em que o estudo foi realizado adota uma prática assistencial baseada no preceito biomédico. Neste modelo de assistência:

“O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente para consertar o defeito do funcionamento de um específico mecanismo enguiçado” (CAPRA, 1982, p.116).

Inserida nesse contexto, a equipe de enfermagem reproduz os mesmos preceitos e o que se encontra, pelos relatos das profissionais, é uma prática de saúde tecnicista, normatizada e biologizante. Além de reproduzir, Gir, Nogueira e Pelá (2000) acrescentam que a enfermagem pode não modificar as crenças, mitos e tabus que foram internalizados do contexto sociocultural na qual está imersa.

Assim, a assistência de enfermagem repleta de normas, rotinas e permeada por procedimentos técnicos pode ser observada nos relatos das profissionais estudadas quando elas comentam as atividades desenvolvidas nos setores.

Ressalta-se que, além de reproduzir o modelo de saúde vigente, o processo de trabalho em enfermagem é organizado, incorporando os preceitos administrativos. Em relação a essa postura adotada pela enfermagem, Ressel (2003) considera ainda que se trata de uma defesa. Segundo a autora, “as enfermeiras se apóiam nos conhecimentos meramente técnicos, de ordem biológica, para manter protegida uma área de conflito cultural que diz respeito à própria formação pessoal delas” (RESSEL, 2003, p.216).

Dessa forma os depoimentos das profissionais privilegiam os aspectos técnicos, com valorização do cuidado para recuperação do corpo físico, além de organizar o ambiente em que o trabalho se desenvolve, como observado nos relatos abaixo.

E a gente vai vendo as medicações, os armários se tá tudo ok, se não tá faltando nada. Os aparelhos se tá tudo funcionando, se tem alguma coisa em manutenção, se tem alguma coisa demorando muito a gente vai atrás. Procura pegar as papeletas pra dar uma olhada, ver se tá tudo ok, o que tá faltando, anotado, se tá checado. Procura ver as intercorrências e vê se tá tendo atendimento. Ah...coisas em geral. (E7, enfermeira, Unidade de internação)

A gente chega primeiro passa nas enfermarias, verifica os sinais vitais, vê como que elas estão, então escuta as queixas principais de dor, vê o que é primordial. Tem um soro acabando, já faz um apanhado geral de cada enfermaria e de cada paciente pra depois a gente poder acompanhar elas o resto do plantão. Verifica os sinais vitais, faz as medicações. (E8, auxiliar de enfermagem Unidade de internação)

A hora que eu chego, confiro o material, venho pra cá, limpo todos os móveis com álcool, aí depois começo a chamar as pacientes. Ah então, a gente conversa, pergunta se a paciente teve febre, se ela tava com dor. Você vai observar em volta dos drenos, porque aqui a maioria é dreno e deiscência de mama, né. Então a gente olha como que tá o curativo, como, se os drenos... se tá drenando bem, se não. Tem umas que reclamam que tá doendo muito, aí a gente chama o médico (E15, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Um cuidado tecnicista também apareceu em estudo conduzido por Sehnem (2009), com estudantes de enfermagem. Para atender às necessidades dos pacientes, os estudantes cercam-se de técnicas e deixam de valorizar as subjetividades do cuidado. Os alunos até

admitem a integralidade do sujeito e nas avaliações clínicas reconhecem inclusive a questão da sexualidade, mas não atendem a essas demandas.

Nesse modelo de saúde o foco da assistência prestada é a cura. Esse foco na cura remete-se à origem da enfermagem enquanto profissão. Ela surge no século XIX, na Inglaterra, visando à recuperação individual. Surge dentro de um contexto de transformação do hospital enquanto local de cura e do nascimento da clínica (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Com as transformações do hospital e do saber médico, as suas ações passam a ser dirigidas ao cuidado do corpo objetivando a cura (GOMES et al., 1997).

Se eu fizer uma reflexão, eu penso assim, começa, isso na minha opinião pessoal, posso estar errada, né? Mas na minha visão começa desde o médico. Que fica todo mundo preocupado, a impressão que passa pra mim tá, eu posso também tá errada, porque é diferente o paciente que tá na sala com o médico sozinho assim, né, e o que a gente vê depois em papeladas né, é diferente. Só que eu acho que o médico, de uma maneira geral toda a equipe, tá muito preocupada tipo assim, em salvar a vida da paciente, em preservar a paciente, a vida dela, e...muitas vezes o aspecto qualidade de vida, então tudo bem, você tem que ter uma vida, só que você tem que ter também qualidade de vida, né. E isso é claro que entra a vida sexual da pessoa, né? Então parece que tudo fica muito voltado vamos cuidar desse câncer, vamos operar, vamos fazer quimio, vamos fazer rádio, entendeu? (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

É possível verificar que o cuidado às mulheres com câncer ginecológico e mamário centra-se no diagnóstico e nas medidas terapêuticas que visam primordialmente ao controle da doença, permitindo que a mulher mantenha-se viva. Entretanto a própria equipe que prioriza o cuidado do corpo físico consegue compreender que o cuidado vai além das ações implementadas. Mas a preocupação com a qualidade de vida das mulheres tratadas não tem sido objeto de discussão das equipes envolvidas no tratamento.

Apesar dos investimentos na elaboração de um corpo específico de conhecimento para que o cuidado de enfermagem seja qualificado e integre o conceito de que para a qualificação há de se tomar o sujeito das ações como ser total, a equipe de enfermagem ainda não superou o modelo em que há um predomínio da prática hospitalar, visando ao combate das doenças e à recuperação da saúde. Mesmo com todas as modificações nos programas e currículos de enfermagem o que se vê é uma reprodução do ensino médico (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Ao reproduzir o modelo médico, a enfermagem define as ações prioritárias que devem ser implementadas às mulheres com câncer ginecológico e mamário com atendimento ao que denominam necessidades básicas, mas que se restringe ao desenvolvimento de práticas que têm como objetivo o controle da doença e as complicações físicas do tratamento.

Então a gente tem essas prioridades. A gente tem que assegurar que ela vem naquele dia colher o sangue, senão no dia que chegar na consulta não tem o que o médico fazer, pra ver o resultado. O resultado determina a nova química ou não. A gente tem que assegurar que ela vai tomar aqueles remédios lá pra fazer a tomografia, ressonância senão chega lá não vai fazer. Então a gente tem um monte de coisa muito importante, não pode deixar de falar...a gente não tem como ficar a manhã inteira com uma paciente. (E4, enfermeira, Ambulatório).

Na verdade a gente tem que fazer o planejamento do cuidado né, quais são as necessidade dos pacientes, o que você tem que priorizar e...geralmente assim você tem, você acaba fazendo tudo mais corrido no sentido de você ver as necessidades, mas você também não consegue, eu não consigo pegar e às vezes de repente, oh sei que aquele paciente não tá bem, sentar e ficar conversando. Olha como é que você tá, entendeu? Neste sentido. Então você vê mais... acaba que vendo mais o físico, entendeu? O que eu preciso fazer, sei lá é o curativo, então acaba que meio que as nossas orientações acabam sendo mais reduzidas, vamos dizer assim (E14, Enfermeira, Unidade de internação)

Essa fala reproduz bem as características curativistas, reducionistas e a valorização dos aspectos biológicos, negligenciando a subjetividade do indivíduo. Ainda que as profissionais percebam que a mulher possui necessidades que vão além do corpo físico, elas não conseguem parar e atender a essa demanda.

Ao priorizar ações e práticas que a equipe considera essenciais para a manutenção da vida, as profissionais de enfermagem não reconhecem que outros aspectos do cuidado que envolvem as questões da subjetividade da mulher são tão importantes quanto o cuidado do corpo físico.

Eu já cheguei a conversar com algumas “não se preocupe com o cabelo né, ou com a mama, preocupe-se em primeiro lugar em preservar a sua saúde”. (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Eu acho que primordial, pra paciente, naquele momento é ela ficar boa e continuar com o tratamento. Eu acho que o sexo em si, essas coisas acho que depois vêm em seguida, né, eu acho, não sei. (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Às vezes eu brinco com elas “ah então, o problema, se todo o problema da gente fosse uma mama, né, a gente coloca uma prótese assim de coisa, dá uma disfarçada, o importante é você ficar bem”. Às vezes tem criança, né “ainda mais que você tem seu filho pra cuidar né, e tudo. E se um dia der certo, se o Dr. achar que deve e você quiser, eles fazem né, a reconstrução da mama”. (E16, auxiliar de Enfermagem, Ambulatório)

Assim imbuídas da crença de que a manutenção da vida refere-se ao fato de as mulheres com câncer ginecológico e de mama estarem vivas, os depoimentos das profissionais de enfermagem mostram que elas dão pouca importância a outras dimensões do

cuidado, além de não valorizarem os aspectos como a queda do cabelo e a amputação da mama.

Dessa forma o trabalhador na área da saúde contribui para alguns problemas presentes na prática assistencial quando desconsidera as dimensões do ser humano e atua pautado na sua formação reducionista (biológica e positivista), ignorando os aspectos subjetivos e sociais dos usuários (MELLO, 2008).

Considerando as atitudes dos profissionais de enfermagem na assistência oncológica e se incluindo nelas, Hughes (2009) afirma que todos estão muito focados no tratamento do câncer e se esquecem da sexualidade e da sua importância para o paciente.

Priorizando a dimensão física do ser humano, a equipe de enfermagem faz com que respostas emocionais e psicológicas da doença ocupem posição de inferioridade em comparação aos mecanismos biológicos.

Não tem é tempo, né! Essa conversa primeiro da quimioterapia já gasta ali uns 30-40 minutos. Tudo que tem que explicar, coisas assim objetivas. Se você vomitar você faz isso, se você tiver febre, faz aquilo. O seu cabelo deve cair mais ou menos dentro de duas semanas, começa a cair um pouco, depois costuma cair tudo. Às vezes não cai de uma vez. Mais ou menos o que acontece com as suas unhas, a sua pele fica escurecida. O tipo de alimentação que você vai comer. Tudo isso que você tem que falar desde o começo, já dá isso. Isso, telefone te chamando, a porta batendo, cateter pra punccionar aqui é enfermeira, só enfermeira que puncciona cateter. Então eu não tenho como me estender a mais do que isso, pra entrar num assunto tão delicado. E muitas vezes elas não querem falar disso, nesse momento(...) Como que é a quimio, quanto tempo que elas vão ficar lá, como que age, entendeu? Se vai dar diarreia, pode dar vômito, pode dar ferida na boca. O que elas têm que fazer com cada... Isso tem que assegurar que ela entendeu. Então a gente tem essas prioridades. (E4, enfermeira, Ambulatório)

Então a gente tem as questões de procedimentos e outras coisas que envolvem todos os cuidados aqui, acaba falhando essa parte da gente chegar, parar e conversar sobre isso, né? (E13, Enfermeira, Unidade de internação).

A complexidade do tratamento oncológico e os eventos adversos compõem a principal preocupação da equipe de enfermagem. Estudo que explorou as percepções de enfermeiros gregos, sobre questões sexuais e como estas podem inibir ou aumentar a capacidade deles de incorporarem a avaliação da saúde sexual nas práticas assistenciais, também menciona a prioridade dada pelos profissionais aos procedimentos mais complexos. De acordo com o estudo, os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados mais intensivos apontam que graves problemas de saúde têm prioridade em relação às preocupações sexuais. Essa priorização é tanto da parte dos profissionais quanto dos pacientes (NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009).

Observa-se que as profissionais de enfermagem demonstram, também, preocupação com o bem-estar das mulheres em tratamento oncológico, mas muitas vezes não valorizam o significado das “perdas” para as mulheres. Revelam dificuldades em perceber a representatividade do corpo, do cabelo, da imagem corporal para essa mulher. Avaliam o sentimento de pesar das mulheres como exagerado e até mesmo como uma espécie de fuga.

Você não perdeu um pulmão, um coração, um rim, um fígado, nada. É uma coisa que tá fora do seu corpo. É essencial, a mulher sofre? Sofre, é normal. Sofre quando perde o cabelo, quando perde a mama. Só que a mama não é igual o cabelo que nasce de novo, você tem que ver o que dá pra você fazer Eu sempre friso pra elas “mama não é vital, é necessário, mas não é um órgão vital.” É isso que vocês têm que pôr na cabeça.(...) Se você tirou sua mama, se você tá bem, se você tá viva, já é uma grande coisa.(...) Muita...é...como que eu vou te dizer. Muita importância, mais do que devia. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Eu acho que na cabeça delas é difícil funcionar, é entender que isso não é nada, que o pedaço de pele que tava doente precisava tirar e pronto acabou. A mama é dela, a mama é dela, é uma parte dela, é uma cultura, é diferente. (E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

O sofrimento das mulheres com a mutilação e com as mudanças na imagem corporal é minimizado pelas profissionais de enfermagem que buscam valorizar o “estar viva” como um bem que as fará superar todas essas dificuldades no processo de adoecimento.

Entretanto, é importante uma revisão conceitual acerca do valor atribuído, pelas profissionais de enfermagem, à mama ou aos órgãos genitais desvinculando-os dos aspectos reprodutivos e estéticos.

Se por um lado a mama é considerada prescindível no corpo feminino pelas profissionais de enfermagem, por outro, ela é repleta de significados, e a sua retirada leva a uma dor que ultrapassa a dor física.

Muitas vezes a mastectomia induz a um processo reflexivo, e as mulheres, após o procedimento cirúrgico, se dão conta da representatividade das mamas no contexto corporal e sociocultural na qual estão imersas (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

Em contrapartida, algumas das profissionais de enfermagem do presente estudo têm a noção de que seus conselhos não reproduzem a realidade vivida pelas mulheres. Elas compreendem que se trata de perdas muito significativas para quem as vivencia, apesar de discursarem o contrário.

Tem paciente que chega chorando “Nossa fulana, cê tá chorando, por que cê tá chorando, você não tava fazendo a quimio tudo direitinho?” “É mais é que agora eu vou pra cirurgia e eu vou perder a mama.” “Ah não, mas isso é o de menos, depois você vai fazer uma

reconstrução, existe o silicone.” Quer dizer nós fazemos uma parte mais ou menos assim o que é real é o que você sente. Que é difícil você falar que você tá com seu dente, se você perder você vai usar dentadura. Então seria isso (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Mas assim é... é difícil, a gente entende, a gente escuta, a gente orienta apesar que a gente, cada um sabe na sua pele o que está sentindo. É isso que a gente escuta bastante. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Os depoimentos das profissionais de enfermagem apontam que, apesar de adotarem um discurso em que a vida é o bem maior, com o intuito de auxiliar a mulher nesse processo de aceitação da nova imagem, a equipe tem consciência do valor atribuído a esses órgãos. Acredita que independente das diferentes maneiras de encarar a mutilação, as mulheres que negam qualquer sofrimento podem estar mascarando a dor.

Tem umas que sentem mal. Têm outras que não estão nem aí também falam “ah não serve pra mais nada” elas falam. Mas aí é aquela forma de esconder a gente sabe que elas estão tentando “tampar o sol com a peneira” como a gente costuma dizer. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Os depoimentos das profissionais estudadas mostram que o modelo de saúde adotado na instituição e o cuidado praticado pela equipe de enfermagem perdem a sua essência e caracterizam-se muitas vezes pela frieza e automaticidade dos atos. Diante dessa postura assumida pela equipe, pode-se questionar o conceito que se tem de cura.

Segundo Capra (1982), a abordagem biomédica não é suficiente para o fenômeno da cura, uma vez que esse fenômeno pressupõe uma compreensão prévia do conceito holístico de saúde, englobando as dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais de cada indivíduo.

Além de influenciar a postura da equipe de enfermagem, o modelo de saúde também influencia a postura assumida pelas mulheres que são atendidas no serviço de saúde. A equipe de enfermagem relata que também existe, por parte delas, uma valorização da intervenção física ou química.

Então eu acho que na cabeça delas, supondo né, fica meio que essa coisa “agora não é momento, agora eu tenho que pensar na minha saúde, agora eu tenho que fazer, tenho que pensar em outras coisas.” Então ela inibe esse lado dela, porque ela acha que nunca é o momento, que ela não sabe “ah eu não sei se eu vou morrer, então agora não é o momento, eu não sei qual que é o meu prognóstico, agora não é o momento.” Ela tem que tá focada em outros aspectos. Então assim, tanto é que surgem “n” questões sobre “ah como que eu vou cuidar do dreno? Ah como que eu vou fazer isso?” Você percebe todo esse cuidado assim com outras coisas, mas isso não aparece. (E13, enfermeira, Unidade de internação)

Concordante com os conceitos da equipe de saúde, os depoimentos das profissionais mostram que, na busca pela cura, as mulheres concentram-se na luta pela sobrevivência. Elas sofrem com as alterações na imagem corporal, mas verbalizam força e trazem um discurso para a enfermagem em que o importante é ficar bem.

Porque o que acontece aqui com a gente é que ela vem num momento que ela vem meio que em choque...Eu acho que ela nem percebe essa alteração nela... de estética. Ela vai percebendo muito aos poucos, mas às vezes é depois que ela saiu daqui, né. Então assim, o que aparece muito, assim no pós-operatório não aparece tanto pra gente. Porque, ela tá tão assim, eu acho que ela tá pensando “Ah será que eu tenho câncer?” Ela já vem com outras preocupações, né, “Será que eu vou fazer quimioterapia? Será que eu vou morrer?” Enfim, a preocupação dela naquele momento é completamente diferente. (E13, enfermeira, Unidade de internação)

De sexualidade em si eu acho que não. Não sei se geralmente os pacientes que estão aqui elas ou tipo acabaram de receber o diagnóstico ou fizeram cirurgia tipo recente, ou estão em quimioterapia. Não sei se por este fato meio que elas não pensam muito neste [tema sexualidade] ou não expressam muito (E14, enfermeira, Unidade de internação)

Além do foco na cura, outra questão que pode levar as mulheres a não questionarem sobre a sua sexualidade, durante o processo de adoecimento, reside na hegemonia profissional, característica do modelo biomédico.

As mulheres assistidas na instituição são, em sua maioria, pertencentes a uma classe social baixa. Essa condição da clientela parece interferir na oferta de cuidados, e os relatos das profissionais de enfermagem evidenciam que as mulheres não externam suas dúvidas, medos e anseios e questionam muito pouco as determinações dadas pelos profissionais.

Não pergunta nada. A gente sempre procura fazer a alta junto, né? Mas assim, não sei talvez seja por questão de conhecimento, tudo é gente bem simples, humilde, não sei. A mesma coisa quando você faz a alta, vamos supor repouso sexual de 40 dias, ninguém questiona nada, tá tudo bem. Acho que entendem, mas....sabe? É como se fosse, é uma ordem, agora se vai cumprir eu não sei. (rsrs) Não questionam nada, sabe? Por que pode isso ou pode aquilo. Nada. Acho que já tá na formação da pessoa, né, não sei. (E7, Enfermeira, Unidade de internação)

Aí na hora que o médico chega pra ela “Oh você vai ter que tirar o útero” aí vem a vírgula, a vírgula não, ponto de interrogação. Só que nem todas têm a abertura de perguntar pro médico isso. “Ah doutor como que vai ser depois, eu vou poder transar?” Tinha uma moça, uns 47 anos, a preocupação dela era se depois dela fazer cirurgia se ela ia ter orgasmo ou não. (E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

A gente na alta dá orientações, “vai procurar a unidade de emergência se tiver dor, vai fazer repouso de tanto tempo.” E elas se calam, elas não fazem perguntas. È muito difícil alguém ficar perguntando “repouso do que? Eu não sei o que acontece porque se...Algumas

questionam, mas a maioria não questiona. O remédio que você põe lá ela não questiona o que ela tá tomando.... “Oh tem que fazer...O médico... tem que fazer um Raio X.” Você não escuta ninguém “Mas por que ele pediu um Raio X do pulmão?” Ela tá com câncer na vagina porque que tá pedindo um Raio X? Não tem isso, o que o médico falou é amém. Agora eu não sei se elas não questionam por vergonha...por não saber se expressar ou simplesmente porque acaba que tudo que você fala pra elas, elas acreditam e tá bom... (E10, técnica de enfermagem, Unidade de Internação)

Os depoimentos das profissionais de enfermagem apontam que as mulheres com câncer ginecológico e mamário mostram uma postura submissa e não questionadora e evidenciam a hegemonia do conhecimento dos profissionais que atuam na instituição hospitalar.

Segundo Ayres et al. (2004), a classe social a que o paciente pertence determina o tipo de relação estabelecida entre ele e o médico e determina a adoção de certos comportamentos por eles. Pacientes de classes menos favorecidas têm menos acesso à negociação e participação.

5.3.2 Barreiras relacionadas à dinâmica institucional

A dificuldade no estabelecimento de vínculo está presente na instituição em que o estudo foi realizado e isso é um fator importante que dificulta a abordagem da sexualidade com as mulheres em tratamento oncológico.

Essa dificuldade é compreendida pelas profissionais de enfermagem pesquisadas que justificam tal fato, apontando a rotatividade e o rodízio entre os setores como um dos aspectos que interferem. As profissionais entrevistadas alternam de setor, de turno e de local, e isso ocorre tanto no setor de internação como no ambulatório.

Rodo, rodo. Igual o mês passado eu tava no curativo, o mês retrasado eu tava na orientação, agora eu tô no ultrassom. Aí quando eu tô de tarde eu vou pro material às vezes. (E6, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Você pega a funcionária do HC, a gente procura fazer um rodízio entre todas as funcionárias. Aí dependendo do caso, de uma coisa, né, um paciente mais grave alguma coisa, lógico que você vai fazer a seleção com a funcionária pra essa determinada enfermaria, mas assim, se não tiver nada assim de anormal, especial, a gente procura fazer rodízio pra que todas percorram todas as enfermarias, né? Fazer um rodízio (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Aqui, é no meu caso eu não tenho uma escala fixa. Eu faço tanto manhã quanto tarde, e quanto noturno. (E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

A gente muda muito, assim né, tem algumas enfermeiras que ficam mais fixos, mas às vezes a gente muda muito de escala. Então às vezes as pessoas querem conversar com uma pessoa que seja mais íntima, né? Mesmo as meninas mudam né, sempre de escala (E13, enfermeira, Unidade de internação)

A rotina de trabalho é a gente atendendo o paciente, às vezes fica escalada no balcão, às vezes fica escalada na área ímpar, na área par, no ultrassom, na urodinâmica, na urogineco, no curativo, na medicação, na orientação, né? E aí a gente nas salas, nos corredores a gente circula sala, né? (E16, auxiliar de Enfermagem, Ambulatório).

Os depoimentos mostram que a equipe entende que barreiras estão presentes na organização do trabalho da enfermagem na instituição do presente estudo e dificultam que o tema da sexualidade se expresse no cuidado das mulheres em tratamento oncológico. A rotatividade que está presente nos depoimentos é expressa como uma barreira que impede a intimidade necessária para que alguns assuntos venham à tona.

A necessidade de vínculo para que o assunto apareça nas práticas de saúde também foi reportada por Akinci (2011), em estudo avaliando os níveis de conforto dos enfermeiros turcos, durante experiências clínicas que incluem tópicos de sexualidade. Os enfermeiros das unidades clínicas sentem-se mais confortáveis do que os que trabalham com pacientes cirúrgicos. A autora justifica apontando que provavelmente a abordagem desses tópicos é propiciada por longos períodos de hospitalização que favorecem a intimidade entre o profissional e o paciente, fato presente nas unidades clínicas.

Outra característica da dinâmica institucional que dificulta a abordagem da temática evidenciada nos depoimentos é a escassez de tempo, que é identificada quando os profissionais classificam os atendimentos prestados como rápidos e que não possibilitam adentrar nessa questão.

Você não vai se abrir com qualquer pessoa, entendeu? Tipo expor alguma coisa íntima desse tanto assim pra você. Você vai acabar falando com quem você não tem muito contato? Então acaba assim, a gente não consegue, eu não consigo ter tempo de chegar com as pacientes assim, a gente acaba sendo muito rápido entendeu? Não sei se é porque tudo aqui é corrido entendeu, você tem um monte de paciente pra dar cuidado. Como que você vai ter o tempo de abordar isso, sendo que às vezes não dá conta nem de vê, é tipo de fazer, vamos dizer assim uma evolução de todos os pacientes, entendeu?(E14, enfermeira, Unidade de internação)

Eu não sei se é por esse rodízio rápido, né? Da necessidade de leito rápido, às vezes você vai fazendo as coisas que é urgente, que a gente acha que é urgente, naquele momento, né? Não sei se é urgente.(rsrs) Que a gente acha que tá sendo o ideal pra paciente, eu não sei, de repente... (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Percebe-se que a dimensão da sexualidade é compreendida como um aspecto que para ser expresso exige um contato maior com as profissionais e que a dinâmica do trabalho na instituição não tem permitido que as mulheres em tratamento oncológico tenham intimidade suficiente com a equipe para sua expressão.

Hughes (2009) menciona a necessidade de separar um tempo suficiente para abordar a sexualidade nas práticas assistenciais. Acrescenta, ainda, que o enfermeiro deve demonstrar respeito pelo paciente, bem como interesse e preocupações genuínas, olhando para ele e evitando expressões faciais ou verbais que sinalizem julgamento diante das preocupações expressas.

A instituição assiste um grande número de pacientes, e o quadro de funcionários é restrito. Os contatos são caracterizados como rápidos e automáticos. Esta “automaticidade” dos atos inviabiliza a reflexão sobre os acontecimentos vivenciados pelas mulheres em tratamento oncológico. Muitas vezes as profissionais de enfermagem não conseguem sentar e conversar com as pacientes durante seu plantão, e, diante de tantas informações a serem repassadas, a sexualidade não é um assunto privilegiado durante os cuidados.

Quando tá mais tranquilo o plantão você senta, conversa, escuta histórias, várias histórias até assim desabafo de intimidade com o marido, com o filho, a vida delas...(E1, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Seria bom se fosse menos gente, você daria mais atenç..., daria mais assistência, é diferente pra nós assim da equipe que temos que dar os cuidados. Se você tem menos pacientes naquela enfermaria você dá mais atenção... Consegue ficar mais em cima de um, da outra. Ou ter uma quantidade maior de funcionários, você entendeu? Porque às vezes infelizmente isso aqui tá lotado de cabo a rabo aí você não consegue dar aquela assistência que... Às vezes você quer sentar ali, você não tá podendo mais sentar, você tem que cuidar da outra. Entendeu? (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Porque aqui tem vez que tem muito paciente internado. Às vezes tem gente internado e já tem gente esperando lá na salinha de espera pra fazer a internação, ou seja, esperando a outra ir de alta pra você poder internar. Às vezes vem paciente de jejum de casa pra cirurgia, que já desce direto. Então é um rodízio, acho que é próprio do SUS isso, pouca vaga, muitas necessidades. Então acaba que tem que ir correndo, às vezes alguma coisa fica pra trás, entendeu? (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Então assim, da mesma forma que eu comentei da... da parte médica, a mesma coisa em relação à enfermagem, praticamente assim, um assunto que não é abordado né? É muito... A gente...o dia a dia é...Às vezes torna-se muito complicado, né? É...são...são muitos pacientes, digamos assim, são muitos pacientes, infelizmente o número cresce dia a dia. E o quadro de funcionários é...é restrito, então se você ficar na real, observando a dinâmica do funcionamento, você vai ver que não tem assim muito tempo também pra isso, mas assim na verdade não é abordado, seja pela questão de funcionário, por qualquer questão que seja eu não vejo o assunto ser abordado. (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Fica difícil a fila fica aumentando e eles ficam até bravos porque tá demorando, né? Porque já demorou um tempão esperando a consulta então eles querem, já saem, às vezes tem ônibus né, pra tomar, uns que moram fora. Então às vezes não sobra muito tempo assim pra gente, né. É o que eu tô te falando, o tempo da gente é pouco. (E16, auxiliar de Enfermagem, Ambulatório)

As profissionais de enfermagem mostram em seus depoimentos que têm dificuldades em abordar o tema da sexualidade no cuidado das mulheres em tratamento oncológico e justificam tal lacuna se pautando na falta de tempo, no reduzido quadro de funcionários, no número excessivo de pacientes sob sua responsabilidade. Assim “o algo a mais” nem sempre pode ser ofertado devido a uma sobrecarga de tarefas a serem cumpridas.

Hughes (2009) corrobora as profissionais de enfermagem deste estudo e afirma que se é pressionado pelo tempo. A falta de tempo bem como a carga pesada de trabalho também foram apontadas pelos enfermeiros como fatores externos que dificultam as discussões sobre problemas sexuais com os pacientes em estudo desenvolvido na Grécia (NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009).

Estudo desenvolvido na Suécia (SAUNAMÄKI; ANDERSSON; ENGSTRÖM, 2010) contou com a participação de 88 enfermeiros e teve como objetivo descrever atitudes e crenças dos enfermeiros em relação à discussão da sexualidade com os pacientes. Os resultados obtidos revelam que os enfermeiros reconhecem o comprometimento da sexualidade dos pacientes, e 63% dos participantes concordam ser da responsabilidade do enfermeiro falar sobre sexualidade com os pacientes. No entanto, a maioria refere não ter tempo para discutir as preocupações sexuais de seus pacientes, bem como não se sentem confiantes em relação à capacidade para responder a essas preocupações.

Outro aspecto reforçado pelas profissionais entrevistadas foi o excesso de burocracia institucional que inviabiliza um diálogo produtivo entre profissional e paciente. São tantos papéis a serem preenchidos e tantas orientações a serem fornecidas que o trabalho acaba tornando-se mecânico e não sobra tempo para que as dúvidas das mulheres em tratamento oncológico possam ser expostas.

Rotina, as rotinas, papelada, muito impresso, preenche muita coisa. Que nem ele sai daqui...o paciente chega ali pra nós com um monte de papel que nós temos que informar ele de tudo. Então praticamente dele nós nem pergunta... Eu acho que é... é muita coisa pequena que exige daqui, exige dali que faz nós, não ter o tempo com o paciente. (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

A burocracia da instituição, com maior frequência no setor ambulatorial, é uma barreira importante que dificulta para as profissionais de enfermagem acolherem a expressão da sexualidade, durante o atendimento das mulheres em tratamento oncológico.

Estudo que explorou as experiências relacionadas à sexualidade de 52 pacientes, durante o tratamento do câncer (SOUTHARD; KELLER, 2009), mostra algumas razões, levantadas pelos pacientes, para que a sexualidade não seja considerada na assistência de enfermagem. Um dos aspectos destacados foi a afirmação de que a enfermeira está muito ocupada para sentar-se e conversar sobre essas questões com os pacientes.

A complexidade do trabalho da enfermeira, uma das categorias de profissionais pesquisadas, mostra que como estão comprometidas com inúmeras atividades administrativas, estas são priorizadas em detrimento do cuidado direto às mulheres em tratamento oncológico conforme relato.

Então você é enfermeira tanto assistencial, quanto encarregada, quanto enfermeira chefe, você tá tudo no mesmo pacote, né? Você faz desde o treinamento de funcionário até punccionar uma veia que elas não saibam punccionar. Você cuida de todo o material, né, de almoxarifado, testar material novo, fazer controle de qualidade, quando ele não tá bom. Aí vem o médico te falar que a torneira tá pingando, aí que o computador...Tudo! É como se nós tivéssemos que saber a função de todos, entendeu?(E4, enfermeira, Ambulatório)

Assim, além de cuidar, a enfermeira também desempenha a função administrativa, resultado histórico e social da sua construção enquanto profissão no Brasil. Essa função não é realizada por todas as categorias de enfermagem, mas sim pela enfermeira, e os instrumentos utilizados foram apropriados da administração geral (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

“Essas funções administrativas ou gerenciais do cuidado ou da assistência compreendem uma dimensão mais ampla do fazer o cuidado, ou do cuidar, gerenciando as múltiplas ações, ora mais técnicas interventivas, ora mais políticas e organizativas” (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010, p. 383).

Em meio a tantas funções, a enfermeira alega falta de tempo para inserir essas questões nas orientações e delega a função ao profissional psicólogo.

Só em algum momento que elas procurarem. Quando era a H [psicóloga], eu falei com a H. e falei com a F.[psicóloga], “F., não dá tempo de abordar a sexualidade”. Eu, nesse horário restrito que eu tenho. Se ela tiver [tempo], como que ela fica também uma meia hora ou mais com a F., né? Então eu já deleguei isso pra ela. (E4, enfermeira, Ambulatório).

Frente às atribuições desempenhadas pelas enfermeiras, elas delegam a outros profissionais, no caso ao psicólogo, a responsabilidade de lidar com aspectos relacionados à sexualidade das mulheres com câncer ginecológico e mamário.

De acordo com Hugues (2009), trabalhar a sexualidade com as pacientes consiste em adicionar mais funções ao trabalho já em desenvolvimento, e isto não é possível, pois há uma pressão do tempo, que muitas vezes é um impeditivo para tal.

Com as inúmeras atividades a serem desempenhadas no serviço e o número crescente de pacientes, a enfermagem tem interagido cada vez menos com os pacientes sob seus cuidados. Retomando que a sexualidade requer confiança e vínculo para que seja exposta, a falta de envolvimento profissional-paciente aparece como outra barreira para a discussão do tema.

Em detrimento à imagem da enfermeira burocrata, os resultados de um estudo (RESSEL; GUALDA, 2005) projetaram a imagem de uma enfermeira que valoriza o contato direto com o sujeito cuidado, a comunicação e a oferta de uma atenção contínua.

Merhy (2000) fala sobre esse posicionamento do profissional frente ao outro, situando essas interações intersubjetivas no espaço das “tecnologias leves”. Acrescenta que somente mediante auscultas sensíveis torna-se possível extrair as necessidades e, sobretudo, considerá-las dentro do cuidado.

“O cuidado é subjetivo e a melhor forma para a sua compreensão é a capacidade de relacionar-se com o outro, inerente ao ser humano” (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010, p.380).

Por outro lado, essa falta de envolvimento da equipe com os pacientes pode estar relacionada a um mecanismo de enfrentamento adotado. O trabalho com mulheres em tratamento oncológico é definido pelas próprias profissionais de enfermagem como um trabalho triste, apesar de gratificante.

Elas relatam que o sofrimento é uma constante na prática assistencial e que muitas vezes elas se veem afetadas psicologicamente. Nos relatos abaixo, observa-se que a equipe se sensibiliza com a situação da paciente.

Eu encaro bem, sem problema. Às vezes bate uma tristeza, você muitas vezes vê o paciente que chegou numa condição razoável, de repente, né, ele vai definhando ele vai a óbito posteriormente. Então isso chateia muitas vezes. Sente às vezes mal. Às vezes precisa até de algum auxílio, mas a gente vê também coisa boa, né? (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

É bom e é sofrido porque a gente não deixa de se envolver, né? Infelizmente. A gente até tenta, mas a gente se envolve. (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

A gente tem que ter um, tem que ter uma, digamos assim, uma saúde... psicológica muito boa pra lidar com isso, né. Mas eu acho que é nesse sentido que a gente às vezes se coloca e tem que ter, isso muito bem assim estabelecido na sua cabeça. E aí você fica pensando você fala “meu Deus né, poderia ser eu de repente, né?” Então aí você tem que parar um pouco, pensar e distanciar e pensar em fazer o melhor por elas. Mas às vezes a gente se coloca muito no lugar assim né, pensando e se fosse comigo? (E13, Enfermeira, Unidade de internação)

Ao refletirem sobre as questões de vivências de prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem, sob a ótica da psicodinâmica dejouriana do trabalho, Martins, Robazzi e Bobroff (2010) mencionam que o trabalho desenvolvido pela equipe gera sentimentos ambíguos, podendo colaborar tanto para a vivência de prazer quanto para a vivência de sofrimento. Se por um lado o trabalhador se sente útil ao servir e confortar, por outro ele sofre ao se deparar com a morte, com a dor e com situações difíceis.

Lidar diariamente com a dor do outro, e principalmente com a vulnerabilidade de ser mulher e saber que aquela situação é passível de ser vivenciada por elas, acarreta muitos temores.

Nós por sermos mulheres, pelo menos eu me coloco às vezes um pouco no lugar delas, né? Então tem isso também, a gente se vê assim, é um reflexo de se vê nas pacientes porque é uma coisa que poderia acontecer pra nós, ou pra nossa família, enfim, pras pessoas próximas de nós, né? (E13, enfermeira, Unidade de internação)

Eu assim, eu fico mal. Fico mal porque eu me ponho no lugar delas, né? Me ponho no lugar delas, porque se acontecer isso comigo eu...sei lá o que acontece comigo, eu vou ficar, eu vou ficar muito mal, sei lá. Entrar em depressão... não sei se eu vou dar a volta por cima. Sabe assim, é muito ruim, porque eu me ponho no lugar delas em tudo, sabe (E6, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Observa-se que as profissionais de enfermagem pesquisadas e como política institucional todas são mulheres, elas se identificam com a condição das mulheres em tratamento oncológico. A proximidade e o envolvimento com as mulheres com câncer ginecológico e mamário suscitam uma vulnerabilidade nas profissionais de enfermagem e isso faz com que coloquem barreiras para dificultar o vínculo com as usuárias do serviço. Assim, como mecanismo de enfrentamento (“blindagem”), a enfermagem adota um distanciamento da situação.

Então, ao longo do tempo a gente vai aprendendo um pouco da razão e do coração, né? Porque você tem que ter um equilíbrio, porque se eu ficar direto só na razão eu fico assim muito seca, né? Até ignorando o que o paciente sente. Então eu tento assim, não entrar demais no problema dele porque eu já tive depressão, já tive distúrbio do pânico, tanto com o trabalho, como com problemas familiares. Então procurar não me envolver, principalmente quando eu saio daqui (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório).

Não sei se é porque a gente com o tempo também você tenta ser um pouco mais profissional e se começa envolver muito você começa a ficar meio deprimida. Mas no início eu lembro que tinha muitas pacientes que reclamava do marido, que o marido tinha separado... Tem pessoas que perguntam “como que tá isso, como que tá aquilo?” Eu também fazia isso, mas agora eu não faço mais. Sabe por que, quando elas começam assim muito aí eu... Eu tento dar o apoio, mas mais distante, porque elas sugam até a última gota. (E15, Auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Torna-se evidente a necessidade de um suporte psicológico/emocional para que a equipe possa elaborar estratégias para lidar com esse fato.

Aliás, a psicologia seria bom até se tivesse um jeito né, se tivesse uma pessoa pra atender não só os pacientes, mas os funcionários também. Não é? Se tivesse uma pessoa com essa disponibilidade de tá assim conversando com a gente porque por mais que a gente tenta, né seria bom pra, pra cuidar da cabeça da gente também. É o dia a dia da gente aqui com esses tipos de doença, né? (E16, auxiliar de Enfermagem, Ambulatório)

Pitta (2003), em seu clássico livro “Hospital: dor e morte como ofício”, analisa o contexto da vida dos trabalhadores da saúde no Brasil e chama a atenção para as relações que eles estabelecem entre si, com o ambiente em que trabalham e os sentimentos desencadeados pelo contato cotidiano com a dor e a morte, concluindo que existe sofrimento no desempenho de suas profissões.

Kitze e Rodrigues (2008) acreditando nesses fatores estressantes presentes na rotina hospitalar, desenvolveram um estudo para identificar se auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalhavam em unidade oncológica apresentavam *Burnout*. As autoras verificaram que a população estudada apresentava *Burnout* por meio da identificação dos escores nas dimensões desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional.

Esses fatores também contribuem para que temas sensíveis como a sexualidade não sejam priorizados no cuidado de enfermagem uma vez que pode ser mais um fator de estresse para a equipe. Assim frente a outros aspectos que a equipe não tem como ignorar, ele passa a ser secundário, justificado por falta de espaço, falta de tempo, caráter privado do tema entre outros.

Ainda no que se refere à dinâmica da instituição, o espaço físico também contribui para que o tema não apareça durante as ações de enfermagem. A equipe salienta a falta de locais reservados como um fator impeditivo para que a paciente exponha suas preocupações. Mesmo quando tem o desejo de sanar uma dúvida, a paciente não questiona pela falta de privacidade.

As orientações de alta, por exemplo, poder falar... Fazer uma alta mais privativa tipo num lugar assim [privativo]. Porque também às vezes ela tem uma dúvida ela não vai te falar. A gente faz uma alta dentro da enfermaria com mais cinco. (E10, técnica de enfermagem, Unidade de internação)

Nota-se que a organização dos espaços da instituição não prevêem locais em que diálogos privativos possam acontecer, o que no caso da expressão da sexualidade pelas mulheres com câncer ginecológico e mamário pode ser uma barreira importante, visto ser um tema ainda permeado de valores culturais que o situam no âmbito privado. Assim sem um local mais privativo, as avaliações e orientações desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem ficam restritas ao corpo físico.

Essa falta de privacidade inviabiliza a abordagem, pois segundo Hugues (2009) para falar sobre sexualidade é preciso que seja estabelecida a confiança e deve-se criar um clima propício à confidencialidade.

As profissionais entrevistadas, portanto, não desconsideram que a abordagem da sexualidade no cuidado de mulheres com câncer ginecológico e mamário é um aspecto importante, mas apontam barreiras institucionais que não devem ser desconsideradas na análise da assistência prestada a essas mulheres.

5.3.3 Barreiras relacionadas às interpretações sociais da sexualidade

A sexualidade está situada na esfera dos interditos e desse modo sua abordagem é muitas vezes tangenciada. Segundo as profissionais entrevistadas, a sexualidade é considerada um assunto íntimo, delicado, pertencente ao âmbito privado e, desse modo, muitas mulheres não trazem essa temática para o ambiente hospitalar.

As manifestações da sexualidade passam a fazer parte da esfera privada com o surgimento da dualidade das esferas da vida, na época contemporânea. Nessa transição, as

emoções e funções corporais, até então visíveis e explícitas, passam a ser controladas e dissimuladas e, como consequência, a sexualidade passa a ser vista com pudor e sem espontaneidade, sendo tratada de forma reservada (BOZON, 2004).

Essa repressão se intensifica quando a sexualidade é considerada sob o enfoque de gênero. A sexualidade é uma temática que se relaciona fortemente às questões de gênero, ou seja, à definição dos papéis de homens e mulheres no mundo.

Vive-se numa sociedade marcada pelas desigualdades na construção dos papéis masculinos e femininos e, segundo Parker (1991) “essa diferenciação carrega um dualismo moral, que contribui para legitimar e reforçar a hierarquia de gênero”.

O fato de ser mulher inviabiliza discutir questões relacionadas à sexualidade. Este assunto acaba sendo tomado como inapropriado porque em toda a sua formação a mulher sofre repressões nesse sentido. A construção da sexualidade feminina é permeada pela restrição e até mesmo pela negação da sua existência, enquanto a sexualidade masculina é incitada e encorajada (SEHNEM, 2009).

Eu acho que é por essa questão de gênero mesmo, porque mulher acaba sendo muito recolhida e não falando. Eu acho que inibe porque, é...eu acho que por esta questão de ser uma coisa tão íntima, né? Fica restrita, e é difícil você falar de você, você se expor tanto, né. E às vezes expor o outro né que tá numa relação. Então é aquela coisa bem restrita, que a gente de repente aprende desde pequena né, que tem algumas coisas que ficam restritas a sua casa, que você não fala, né? Como a gente vê que tantas mulheres não falam, tem tantos problemas e que acabam não falando. Mais pelo estereótipo de coisa íntima, né, que é uma coisa muito íntima você falar sobre a sua sexualidade, né? (E13, Enfermeira, Unidade de internação)

A sexualidade é uma coisa que não é fácil assim de você ficar expondo. Têm pacientes que são tipo, conservadoras, entendeu. Têm pacientes que de repente não vão ao ginecologista, faz quanto tempo porque têm medo, assim não sente bem, entendeu? E ela vai ficar expondo? Não vai. (E14, Enfermeira, Unidade de internação)

Observa-se que as profissionais de enfermagem também justificam a ausência da abordagem da sexualidade no cuidado de enfermagem, considerando que as mulheres em tratamento oncológico trazem para o ambiente hospitalar as questões culturais vivenciadas no seu processo de construção da identidade feminina. Essa construção, ainda muito presente na sociedade atual, define que questões da sexualidade são mais presentes na vida dos homens e que o exercício da sexualidade é uma necessidade maior do homem, portanto as mulheres se retraem e não expõem o assunto com a equipe.

Ressel (2003) menciona que a mulher está tão enraizada na noção cultural de repressão da sexualidade que muitas vezes elas nem pensam nesse assunto.

As mulheres mostram-se envergonhadas quando são orientadas sobre procedimentos que envolvem as partes íntimas ou sobre questões ligadas à relação sexual.

Mas eu acho que é mais por esta questão de gênero, por exemplo, assim né, citando aqui é um andar que você tem que fazer as orientações “você não pode ter relação sexual por tanto tempo. Às vezes você faz esse tipo de orientação, mesmo assim, eu acredito que é por esta questão de gênero né? Do recolhimento da mulher, do retraimento de falar nessas questões. Porque elas não trazem muito isso, né? E algumas ficam até um pouco espantadas assim quando você toca no tema, né? Tipo assim, nossa né, tá perguntando... fica assim meio tensa. (E13, Enfermeira, Unidade de internação)

Essa noção de que as mulheres não têm a sexualidade afetada, porque ela é objeto de repressão sexual, parece ser uma fronteira de conforto para a equipe de enfermagem.

Quando abordam aspectos técnicos do cuidado, relacionados à necessidade de abstinência sexual e impedimentos acerca das relações sexuais, como parte do cuidado físico, elas não se constrangem e dão as informações às mulheres.

Não são todas as pacientes que ficam inibidas com o assunto, e grande parte das entrevistadas menciona a diferença existente entre elas. Algumas mulheres gostam de falar, de expor a sua vida, outras são mais fechadas.

Porque têm pacientes e pacientes, aquela que conversa, que gosta de contar da sua vida, é espontânea. E tem aquela caladinha, que chega, entrega os papéis e espera ela [a profissional] falar... (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

A diferenciação pessoal entre as mulheres com câncer ginecológico e mamário também pode ser um elemento que dá à equipe de enfermagem certo conforto à medida que somente abordarão o tema quando ele for exposto na prática assistencial. Esse pode ser um elemento de análise da equipe porque a timidez da mulher em expressar suas necessidades não pode ser reconhecida pela equipe como necessidade não afetada durante o tratamento.

Essa carga de preconceito que envolve o tema dificulta a sua presença nas ações assistenciais em saúde. Além do constrangimento das pacientes, existe o desconforto por parte da equipe de saúde. Assim não se pode desconsiderar que a enfermagem enquanto uma profissão predominantemente feminina transporta para a profissão as normas e os valores inerentes à construção cultural da sexualidade das mulheres. As questões de gênero que influenciam a construção da sexualidade da mulher são as mesmas que determinam as ações de enfermagem e as privam de expressar a sensibilidade, levando à censura de discussões relacionadas à temática e aumentando o preconceito.

Muitas vezes a equipe de enfermagem sente-se constrangida, ao tratar aspectos relacionados à sexualidade com as pacientes. Ressel e Gualda (2002) entendem que, fruto das questões culturais que influenciam significativamente a sua construção profissional, muitas vezes, a enfermagem ignora o tema dentro dos cuidados, tratando a sexualidade de forma “invisível” e oculta”.

Essas atitudes da equipe de enfermagem estão relacionadas à formação profissional que tem sido influenciada culturalmente por valores, significados, símbolos e conceitos específicos. A enfermeira aprendeu a regra básica de que o cuidado é feito com naturalidade, seriedade e sem pudor. Sentimentos e emoções não podem ser demonstrados enquanto cuida-se do corpo do outro. Dessa forma as relações interpessoais são balizadas pela negação da sexualidade, e o paciente é tratado como assexuado (RESSEL, 2003). A autora afirma ainda que o constrangimento que marca a construção da sexualidade ocorre em nível pessoal e interpessoal e se reflete nas ações profissionais por meio do distanciamento, da falta de diálogo e de oportunidades formais para desconstruir a perspectiva negativa existente sobre o tema.

Santos et al. (2007) corroboram dessa ideia e mencionam que as dificuldades em interagir com a sexualidade do outro está associada à supressão da sexualidade na profissão e à adoção de padrões de comportamentos. Segundo eles, as enfermeiras que trabalham em oncologia encontram dificuldades no tema e tendem a evitar o assunto, deixando os pacientes com muitas questões sem respostas.

Além da dificuldade em tratar o tema, as profissionais entrevistadas também demonstram, por meio dos seus depoimentos, a adoção de normas e valores culturais que determinam o que é considerado lícito ou não dentro das práticas sexuais.

Teve uma coisa aqui que chamou muita atenção, nós comentamos aqui muito na época que foi uma paciente que fez colostomia... e o marido dela tinha o maior prazer em fazer...ter relação com ela pela colostomia (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação).

Tem uma coisa assim horrorosa, a mulher tava com um tumor grande no útero, abdome e intestino, teve que tirar parte do intestino e colocou bolsa de colostomia. Isso acontece lá na procto também. E depois ele iam, fez a quimio, eles iam tentar “reimendar” pra tentar evacuar pelo ânus novamente. A paciente não queria, não queria, não queria, o médico não sabia por que, passou pra nós. Em todo tempo eu nunca vi isso, nunca vi isso, a pessoa querer ficar com bolsa. O marido queria que ficasse. Ele introduzia o pênis al. (E4, enfermeira, Ambulatório).

Observa-se, portanto, que a equipe de enfermagem demonstra preconceitos com práticas sexuais que saem do socialmente aceito, mantendo depoimentos permeados de valores que são aceitos no seu meio social.

O discurso em torno da sexualidade ainda é impregnado pelo preconceito e isso faz com que o assunto seja tratado sem naturalidade, dentro de uma atmosfera de proibição (BRETAS; OHARA; QUERINO, 2008).

Entretanto pode-se perceber que algumas profissionais compreendem suas dificuldades e acreditam que outras colegas de trabalho possuem um perfil mais adequado para lidar com essas questões pela história de vida que têm. As experiências pessoais servem de subsídios para os aconselhamentos e as orientações.

Pela vida prática, né? Que eu acho que deve ter, de cada uma, que tem seus marido, e tudo. Diferente da vida que eu tô tendo agora, meio parada. Eu mesmo, pra sexualmente agora falando, eu tô assim, eu falei pras meninas, como é que é “Tô fechada pra balanço!” Porque eu tô com a mãe idosa também, que eu chego em casa cuidando dela e não tenho saído. E quando a gente não sai, hospital e casa, não...não é referência de uma vida social, né? (E3, auxiliar de enfermagem, Ambulatório).

Destaca-se aqui que profissionais que não têm vida sexual ativa demonstram dificuldades em abordar o assunto e se consideram despreparadas para tal, acreditando que somente aquelas que mantêm relações sexuais podem abordar o assunto com as mulheres com câncer ginecológico e mamário.

As diferentes condutas observadas entre as profissionais são esperadas, pois mesmo socializadas dentro de determinadas regras e valores elas respondem de forma singular. O que não pode ser esperado é que apenas algumas profissionais se disponham a tratar o tema. Todas são igualmente cuidadoras e devem valorizar essa dimensão no cuidado (RESSEL, 2003).

Outra dificuldade encontrada pelas mulheres em relação à temática, na percepção das profissionais entrevistadas, é que elas possuem uma interpretação social de que sexo, sinônimo de prazer, é incabível numa situação de doença. A interpretação social de que o sexo está presente na vida saudável e de que é fonte de prazer as inibe de colocarem essas questões para a equipe.

Você pensar em sexo, sexo é prazer, é alegria, é sei lá. É coisa boa e que nesse momento ela não tem que estar focada nisso. Porque eu acho até que elas acham assim que seria até meio que entre aspas um “pecado” abordar isso nesse momento que elas teriam que tá voltada pra outras coisas, né? (E13, enfermeira, Unidade de internação)

Muitas vezes os pacientes sentem-se culpados e envergonhados por ter o câncer, ou mesmo por estar pensando em sexo nesse momento. Por achar inapropriado, eles não questionam o profissional de saúde (HUGHES, 2009).

Outra percepção da equipe é que a mulher vive a sua sexualidade de uma maneira bem diferente do homem, sendo totalmente influenciada pelas circunstâncias. Toda a carga de ter uma doença como o câncer interfere nas suas motivações sexuais e suas preocupações envolvem a vida, os filhos e o sustento da casa.

Muitos homens é assim mesmo, tá com problema é sexo, tá sem problema também, perdeu no jogo é sexo, ganhou também, entendeu? É ou não é? A mulher leva todos os problemas pra cama. A gente leva tudo, problema do trabalho, alguém que te olhou atravessado, o médico que te xingou. O marido leva o pênis dele, entendeu? Mesmo que ele tá com uma dívida horrorosa, ele “transa, transa, transa” depois ele lembra do problema. A gente, a nossa cabeça tá lá, entendeu? Agora você imagina você tá pensando no que ele tá pensando, que cadê seu peito, que você tinha dois e você não tem. Como é que você vai colocar um “baby doll”, fazer todo um jogo lá de sexo, vai vestir de...sei lá de enfermeira, que elas gostam de vestir. Que fantasia que vai ter, tudo com a luz apagada, escondida, só pra pôr naquele orifício lá... não é fácil não (E4, enfermeira, Ambulatório)

Até meados do século XVIII, as mulheres só diferiam dos homens por serem machos menos perfeitos, tanto nos aspectos físicos quanto nos sociais. Somente no século XIX, é que houve a distinção entre os corpos de machos e fêmeas, sendo agora a diferença sexual como de espécie e não mais de grau (BOZON, 2004). Essa evolução biológica, que ressalta as diferenças radicais entre os sexos, foi acompanhada por uma diferenciação psicológica. A mulher possui qualidades naturais tais como o pudor, a capacidade de continência sexual, a moderação e a ausência do desejo. De maneira inversa, o indivíduo masculino é caracterizado pelo desejo, pela agressividade e atividade (BOZON, 2004).

A interpretação das profissionais é de que a mulher apresenta dificuldade em se desligar das questões pessoais e familiares presentes no seu entorno e não consegue pensar em sexo mediante tantas consequências advindas do processo de adoecimento.

Elas têm outras prioridades, elas querem saber se tem algum auxílio, se existe um auxílio-doença, uma coisa que possa acudir, né? E que chance que ela tem de viver com esse câncer que ela tem. Então a preocupação, o instinto delas primeiro é da vida delas e da cria. O marido fica pra depois, né? Elas têm que ver como que vai ficar os seus filhos. Imagina que ela vai pensar em “transar” essa hora! De ficar sem cabelo, sem peito, sem comida, sem casa, sem dinheiro. Então elas têm muitas prioridades, elas vão chegar no sexo mais pra frente. Eu acho que é, não sei se as mulheres sublimam ou o que é, não pensam nisso nesse momento. (E4, enfermeira, Ambulatório)

Então num momento tão delicado como esse de câncer que ela vai saber se vai melhorar ou não, tá pensando nesse... na questão sexual, eu acho meio difícil. Naquele momento. (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Estando aqui internada, a cabeça dela tá lá fora, com o filho, com a casa, com o marido com o casamento em si, mas assim, o sexo eu acho que elas até pode pensar nisso, mas assim a longo prazo. (E10, técnica de enfermagem, Unidade de internação)

Essa mesma interpretação de que, na presença de uma condição que ameaça a vida, a subjetividade da mulher passa a ser secundária mostrando que na luta pela sobrevivência as prioridades residem no repouso, no curativo, nos cuidados com a alimentação e com consultas médicas, foi reportada em outros estudos. Somente quando o risco de morte se dissipa é que as mulheres se voltam para a mutilação e suas consequências na vivência da sexualidade (DUARTE; ANDRADE, 2003; SOUTO; SOUZA, 2004).

5.4 Reconhecendo a necessidade de reestruturação da assistência prestada

A reestruturação necessária na assistência prestada pela equipe de enfermagem passa por mudanças na formação, por mudanças de valores pessoais e profissionais e pela implementação de intervenções dirigidas a esse aspecto humano.

5.4.1 A reestruturação passa por mudanças na formação

As profissionais entrevistadas têm consciência da posição privilegiada que ocupam. Reconhecem que as mulheres sentem-se mais à vontade com elas e que esta condição favorece o surgimento de questões relacionadas à sexualidade no cotidiano do cuidado de enfermagem. Sabem que essa proximidade também permite uma maior detecção das disfunções sexuais vividas pelas mulheres em tratamento oncológico.

Porque às vezes a pessoa não consegue abrir com o médico, com uma pessoa assim... Então no dia a dia, a gente vendo todo dia, vem uma vez, vem duas, vem três, aí já se abre, conversa. (E1, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação).

Elas se abrem mais conosco do que com o médico, elas têm mais tempo conosco. A gente detecta coisas que eles, os outros profissionais não conseguem detectar ou pela experiência... ou elas ficam com vergonha. Acaba de sair da consulta elas nos perguntam coisas que elas tinham que ter perguntado. (E4, enfermeira, Ambulatório)

A gente fica 12, 6 horas direto ali, então a gente vai conhecer melhor o dia a dia, o que o paciente tá sentindo na pele. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Mas elas têm... acho que mais liberdade de se abrir com a gente do que com os médicos. Eu acho que elas se sentem mais à vontade. Quando elas querem falar elas, eu acho que elas se sentem mais à vontade de se abrir com a gente do que com os médicos. (E15, auxiliar de enfermagem, Ambulatório).

Em virtude da estreita relação com os pacientes, os enfermeiros estão em uma posição única para promover a saúde sexual e fornecer conselhos de saúde sexual para as pessoas sob seus cuidados (HIGGINS; BARKER, BEGLEY, 2006).

Entretanto, nem sempre a equipe tira proveito dessa posição e, mesmo ciente da possibilidade de estas mulheres sofrerem com as alterações decorrentes da doença e tratamento, não investiga ou avalia a dimensão da sexualidade. Por meio de avaliações as profissionais poderiam identificar o comprometimento e implementar ações para minimizar esse problema.

Fica pra trás, a questão do sexo, por exemplo, eu tenho certeza, que... isso daí muitas vezes, eu acho que todo mundo vai ser unânime em dizer: não se aborda isso aqui não. Assim, da pessoa chegar e falar pra você não. Mas se você for lá, conversar, perguntar, você vai detectar sim. Mas de chegar lá “Oh a senhora tá tendo algum problema em casa, com o marido... que a gente possa...” Isso daí a gente não faz não. Cuidado específico da, sei lá da cirurgia, da quimio, que tá instalado... é uma falha, realmente é uma falha mesmo. (E7, enfermeira, Unidade de internação)

Reconhecem, ainda que independente do perfil da mulher assistida, que existe uma falha do serviço em relação à abordagem da sexualidade, e isso precisa ser resolvido.

Tem paciente que ela consegue se abrir, ela consegue contar alguns fatos da vida pessoal, particular. Tem paciente que não, nem se você der a maior abertura, ela não... Ela se fecha em si, como uma concha e não adianta, você não consegue tirar nada. Mas eu acho que o serviço deve, pode ser melhorado sim. (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Eu acho que ela tinha que ser orientada, não orientada, mas assim a paciente vai fazer uma histerectomia, é ... essa pergunta vai aparecer, ela vai tirar o útero, um órgão que tá dentro dela. Tem que ter um pré, não tem o as enfermeiras que vêm aqui perguntar pra elas se têm alergia? Por que não perguntar “Olha você tem alguma dúvida de alguma coisa, de sexo você tem dúvida? Olha depois da cirurgia isso não vai acontecer vai ser assim, assado. (E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Os depoimentos revelam a preocupação das profissionais de enfermagem com a sexualidade das mulheres, inclusive apontam estratégias para melhorar a assistência prestada. Gonçalves, Canella e Jurberg (2007) comentam que mais atenção tem sido dirigida à sexualidade, e os profissionais que cuidam de portadores de câncer têm se preocupado com essa questão, mas a maioria deles não possui treinamento em sexualidade. O despreparo para trabalhar tais questões é tanto de natureza técnica quanto emocional (SANTOS; RIBEIRO; CAMPOS, 2007).

O processo de formação do enfermeiro é assinalado pela omissão da educação sexual e como consequência aspectos da sexualidade são desconsiderados na prática (FRANÇA; BAPTISTA, 2007). Mesmo estando presente em algumas teorias de enfermagem, a sexualidade não é um tema discutido de forma adequada no espaço de formação, tanto no nível da graduação como nos cursos técnicos de enfermagem. Discussões críticas e contextualizadas, englobando as questões ligadas à esfera sociocultural, não são contempladas (BRETAS; OHARA; QUERINO, 2008).

A equipe reconhece o despreparo para lidar com questões relacionadas à sexualidade das pacientes. Esse despreparo inibe a abordagem do tema, uma vez que elas não possuem domínio da temática para responder às questões que podem emergir nas discussões.

Eu acho que a maioria aqui não tem um preparo pra isso. Eu acho que a gente tem que ser mais orientado mesmo assim, sobre a parte psicológica, sobre como atuar nisso, como a parte também física porque a gente não... muita gente não... muitas vezes a gente não sabe o que responder pra paciente. Teria que ter assim... orientação acho que de sexólogo, seria? Acho que nós deveríamos ter treinamento sim tanto de enfermagem, pra ser um tratamento assim... de cuidados melhores. Nós... Eu não tô falando que o nosso seja um tratamento... É, a gente faz aquilo... o básico né? Você tem que ser simpática, você tenta tá ali, mostrar que você tá ali, se ela quiser alguma coisa, pedir alguma coisa, você está ali, né. A gente tenta dar do melhor que a gente pode oferecer, mas eu acho que nós poderíamos ser treinados para oferecer melhor. (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Eu acho que pra começar a gente tinha que tá mais instruída do que pode, do que não pode porque às vezes você não sabe que palavra você pode usar, o que você vai falar. Pra uma, ó, pra você conversar com uma mulher que tirou a mama como, de que maneira você tem que abordar ela, entendeu? Porque é complicado isso, porque de repente uma pessoa tem mais tato pra isso a outra não. Às vezes fala alguma coisa que vai ofender ela, que vai deixar ela mais chateada ainda. Eu acho que primeiro uma preparação da equipe pra depois não sei, acho que pra começar é isso. (E10 técnica de enfermagem, Unidade de internação)

Bom, eu penso que se alguém mandar eu fazer isso ia me dar naturalmente algumas dicas né do que eu deveria perguntar, de como proceder naturalmente, não é chegar assim de cara perguntando. Agora se você chegar em mim e perguntar pra mim responder de mim né, então como mulher naturalmente “Pra você tipo assim, o que é sexo? Acho que sexo é importante, é part... a vida sexual da pessoa, independente até da opção que ela possa ter, a gente tem que

respeitar também, eu acho importante, eu acho que faz parte do dia a dia. Se alguém me pedir, vai perguntar, eu vou ...o que você quer, que forma você quer que eu aborde essa pessoa naturalmente, né? Eu ia querer um...tipo um treinamento pra se falar. Mas o que eu acho importante, tipo como mulher né, é saber se a pessoa tá, tipo, tem desejo sexual ou não? (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório))

Só que assim, isso é às vezes até difícil pra abordar, porque eu vou falar exatamente o que? Entendeu? Mas assim, geralmente isso não aparece, também não sei se é por parte da gente que também vai tipo, vou falar o que? Entendeu? (E14, Enfermeira, Unidade de internação)

Observa-se, portanto, que a falta de preparo permeia todas as categorias profissionais da enfermagem e causa desconforto porque as profissionais não se sentem capazes de abordar o tema com as mulheres em tratamento oncológico, mas compreendem que é uma lacuna na formação.

A falta de preparo afeta a capacidade de comunicação e gera um desconforto entre as profissionais de enfermagem quando esses assuntos emergem na prática clínica.

Todos os enfermeiros que participaram de um estudo desenvolvido na Grécia (NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009) reconhecem a falta de conhecimento apropriado nessa área específica e sublinham a necessidade de treinamento. Eles ressaltam que o treinamento não deve ser somente dirigido às questões fisiológicas da sexualidade, mas deve englobar habilidades de comunicação, para que sejam capazes de oferecer serviços de saúde sexual adequados.

Em estudo realizado na Turquia (AKINCI, 2011), dos 160 enfermeiros, 90,1% relataram que um treinamento sobre sexualidade afetaria sua conversa sobre problemas sexuais com seus pacientes. Os níveis de conforto foram diferentes de acordo com o nível de informação sobre sexualidade. Os enfermeiros que tinham mais informação sentiram-se mais confortáveis quando tópicos de sexualidade emergiram em sua prática assistencial.

A influência positiva do preparo, na abordagem da sexualidade, também foi observada em estudo conduzido na Suécia (SAUNAMÄKI; ANDERSSON; ENGSTRÖM, 2010). Enfermeiras com maior grau de instrução foram mais propensas a considerar a sexualidade como essencial para os resultados de saúde dos pacientes, bem como a considerar esta responsabilidade dentro dos seus cuidados. O estudo sugere que as escolas de enfermagem devam ensinar os seus alunos a lidar com a sexualidade dos pacientes, tornando esse aspecto uma parte natural dentro do cuidado de enfermagem. Salienta, ainda, que os serviços de saúde devem disponibilizar orientações sobre a temática para os enfermeiros, criando um espaço de educação.

A formação deve propiciar um embasamento acerca da sexualidade durante toda a vida (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000). Santos et al. (2007) sugerem a reformulação no currículo do curso de enfermagem a fim de que a sexualidade possa ser discutida e de que o tema possa ser liberto dos tabus e preconceitos que o acompanham.

Nakopoulou, Papaharitou e Hatzichristou (2009), ao discutirem as mudanças necessárias no currículo, comentam a introdução de disciplinas que abordem a multidimensionalidade da sexualidade humana, incluindo seus componentes biológicos, psicológicos e sociais.

Os alunos precisam ser habilitados para tratar esse assunto e muito mais do que incluir a sexualidade no currículo é preciso aliar esta teoria à prática. Eles devem ser encorajados a acrescentar perguntas sobre a vida sexual nos seus inquéritos diários, pois dessa maneira os profissionais abrem espaço para que o paciente possa trazer as suas preocupações (MAGNAN; NORRIS, 2008).

Isso porque, nos cursos de graduação de enfermagem, a sexualidade não tem sido um tema incluído de forma sistemática e é tratado eventualmente. Questões pontuais surgem durante as atividades desenvolvidas, e algumas atividades informais servem de campos de discussão para a temática (SEHNEM, 2009). “Se fossem utilizadas práticas dialógicas no momento em que essas questões surgissem, seria possível despir-se de constrangimentos, tabus e preconceitos que perpassam tanto o entendimento conceitual da temática quanto a sua vivência prática” (SEHNEM, 2009, p.71).

Faz-se necessária a inclusão de estágios que possam abranger aspectos da saúde sexual e sexualidade nos programas de enfermagem, pois da mesma forma que as profissionais entrevistadas, incluindo as enfermeiras, no estudo de Akinci (2011), muitos enfermeiros relatam que tiveram pouca experiência clínica. A estratégia de situações-problemas foi citada como mecanismo para problematizar, refletir e debater a sexualidade, além de grupos de sentimentos, filmes e oficinas didáticas (SEHNEM, 2009).

Kong, Wu e Loke (2009) corroboram a ideia de que o conhecimento aprendido em sala de aula deve ser consolidado por meio de práticas clínicas relacionadas à sexualidade. Apontam, ainda, cursos de capacitação e especializações como estratégias para a habilitação dos enfermeiros.

A necessidade de um cuidado mais global e da reestruturação da assistência prestada, capaz de lidar melhor com a questão da sexualidade, é recomendação de um estudo desenvolvido por Madeira, Almeida e Jesus (2007). Todos os pacientes têm necessidades relacionadas à saúde sexual e considerar essas necessidades faz parte do cuidado holístico. O

investimento em estudantes de enfermagem, motivando-os a investigar a saúde sexual dos clientes, aparece como um esforço (KONG; WU; LOKE, 2009).

Vale destacar, entretanto, que o conhecimento sozinho pode não ser suficiente, precisa-se de disposição e habilidades para iniciar uma comunicação sobre sexualidade, além do compromisso de avaliar a saúde sexual e responder às preocupações relacionadas à sexualidade (MAGNAN; NORRIS, 2008).

Ao refletir acerca do processo de formação do enfermeiro, também se faz necessário considerar que os profissionais devam ser instigados a prestar um cuidado que contemple a humanização no atendimento, considerando a subjetividade e a singularidade do sujeito. Pinho, Siqueira e Pinho (2006) acreditam que a prática da integralidade deva ser instituída na academia, proporcionando a apreensão pelos alunos de se ter como vínculo, acolhimento, afetividade e respeito.

Enquanto você faz o [curso] auxiliar e técnico de enfermagem eles te ensinam a furar e a fazer curativo, entendeu? Eles não te ensinam a colocar a mão na mão, esse toque não é ensinado mais. Eles [professores] têm medo de olhar no olho do paciente, ter o perigo de correr uma lágrima, entendeu?(E8, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Ressalta-se que, desde a formação dos profissionais de enfermagem, há uma lacuna importante a ser reconhecida, que envolve lidar com a subjetividade dos sujeitos envolvidos no cuidado. Nessa direção, temas que necessitam de maior envolvimento interpessoal da equipe são evitados na formação e neles se pode inferir que a sexualidade faz parte dos mesmos.

5.4.2 A reestruturação passa por mudanças nos valores pessoais e profissionais

Entre as inúmeras razões levantadas para que o assunto não seja tratado na prática assistencial encontram-se os equívocos sobre a importância da sexualidade e intimidade para o ser humano, fatores que apontam para a necessidade de as profissionais de enfermagem entrevistadas reverem seus valores pessoais e profissionais.

A falta de tempo tão mencionada como uma barreira para a abordagem da sexualidade pode ser decorrente da percepção que os profissionais de saúde têm em relação à expectativa

do paciente sobre essa temática. O profissional precisa perceber a sexualidade como importante para o indivíduo e só assim disporá de tempo para discuti-la com as pacientes.

Eu acho que você tem que dar uma brecha pra essa paciente falar disso... que a maioria das vezes ela pensa, ela sofre, mas ela não tem coragem de abordar. Eu acho que ela pensa assim que isso é insignificante por tudo o que eu já passei. Alguém vai falar: “Nossa ela tá preocupada com isso?” (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

Muitas vezes o volume de trabalho e a falta de tempo agem como barreiras para a exploração reflexiva dos problemas relacionados à sexualidade, mas se os profissionais não incorporarem a ideia de que essas discussões fazem parte do seu trabalho os pacientes permanecerão desamparados nesse aspecto (DIZON, et al., 2008).

Em relação ao papel profissional, muitos enfermeiros acreditam que falar sobre tópicos relacionados à sexualidade não compete às suas atribuições profissionais. Entretanto, o cuidado holístico exige que a avaliação da saúde sexual e a intervenção sejam partes integrantes da prática de enfermagem. Sendo assim, os enfermeiros precisam tomar consciência dos seus próprios valores e preconceitos que constituem obstáculos na abordagem da sexualidade de seus pacientes (NAKOPOULOU; PAPAHRITOU; HATZICHRISTOU, 2009).

Estudo realizado com estudantes de enfermagem (MAGNAN; NORRIS, 2008) encontrou que 77,7% deles reconhecem que discussões relacionadas à sexualidade contribuem para resultados benéficos na saúde dos pacientes e 86,1% acreditam que permitir o paciente falar sobre problemas sexuais é uma responsabilidade da enfermagem. Ainda assim, poucos (32,1%) relatam tempo disponível para essa abordagem. De acordo com o estudo, pesquisas adicionais são necessárias para ajudar a dissipar o mito de que os pacientes não esperam dos enfermeiros a abordagem das preocupações relacionadas à sexualidade.

Se a enfermagem ou mesmo os estudantes de enfermagem assumem essa concepção de que o paciente não pensa que a sexualidade deva ser abordada por eles eles se tornam menos propensos a avaliar a sexualidade, a coletar dados referentes à história sexual ou mesmo a oferecer aconselhamento, ainda que tenham formação para tal (MAGNAN; NORRIS, 2008). O mesmo estudo mostra que os alunos modificam seu comportamento baseados na demanda que eles acreditam ter e priorizam as tarefas psicomotoras, prontamente realizáveis, em detrimento das preocupações psicossociais dos seus pacientes.

Depoimentos das profissionais entrevistadas mostram que elas acreditam que a enfermagem deveria estar mais atenta às mulheres que precisam de apoio. Fala de uma intervenção realizada pela psicóloga, bem como da parte que compete à enfermagem.

Mas eu acho que assim, na enfermagem deveria ter, a gente deveria ter um pouco mais acesso aos psicólogos, assim, fazer a consulta de enfermagem, nós não, a enfermeira, e encaminhar pro psicólogo. Olha, precisa do acompanhamento do casal, da inserção dela de novo na sociedade, porque muitas ficam reprimidas mesmo, por um tempo. Aí elas mesmas, a gente vai batalhando, elas vêm fazer quimio, a gente vai conversando, e elas vão melhorando... (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

A conscientização da enfermeira da sua própria sexualidade também aparece como uma maneira de minimizar os conflitos na área da sexualidade dentro das práticas de cuidados de enfermagem. Cabe à enfermagem entender e resolver os próprios conflitos, pois “enquanto as enfermeiras não assumirem seus sentimentos e emoções, estarão à mercê de confrontos e conflitos entre o ser mulher e o ser enfermeira” (RESSEL, 2003, p.214). Essa conscientização afetará a sua maneira de cuidar e permitirá um olhar atento para essa questão tão importante (RESSEL; GUALDA, 2004).

Para melhorar a comunicação sobre sexualidade, o profissional precisa identificar suas opiniões e sentimentos individuais, uma vez que a sexualidade é influenciada pelo conhecimento geral, pelas experiências pessoais, valores, religião, entre outros fatores (AUDETTE; WATERMAN, 2010).

Diante do desconforto experimentado em relação à sexualidade, as profissionais de enfermagem precisam primeiramente examinar os seus valores pessoais e pressupostos sobre o tema para então serem capazes de compreender a perspectiva do outro e prover um cuidado individualizado e livre de julgamentos (STILOS; DOYLE; DAINES, 2008).

Os próprios alunos de enfermagem reconhecem a necessidade de entender primeiramente as questões relacionadas à própria sexualidade para então poderem orientar questões sobre o assunto com os pacientes (BRETAS; OHARA; QUERINO, 2008).

Os estudantes sentem falta de discutir a própria sexualidade durante a formação acadêmica. Eles acreditam que essas discussões forneceriam embasamento para lidar com a sexualidade do outro, além de possibilitar a desconstrução e construção de novos conceitos e valores (SEHNEM, 2009).

Torna-se necessário desconstruir a perspectiva negativa em relação ao tema. A enfermagem precisa entender e assumir as suas limitações e compreender que, para assimilar novos conceitos, são necessárias reflexões e discussões com o grupo de trabalho.

5.4.3 A reestruturação passa pelo reconhecimento das possibilidades de intervenção

A equipe precisa abrir espaço para essas discussões, ainda mais reconhecendo o temor das mulheres de serem inapropriadas ao trazerem estas preocupações em meio a tantos problemas.

Eu acho que sim [que deve incluir questões de sexualidade no cuidado]. Eu acho que você tem que saber só se pôr, né? Saber falar, com jeitinho, explicar no vocabulário popular, porque não adianta eu falar pra eles em termos técnicos, eles não vão entender nada “essa moça é louca, tá falando javanês pra mim, né?” Então eu acho, eu acho que é necessário. A orientação pro casal. Eu acho que deveria ter um apoio quanto a isso. (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Borduka e Sun (2006) trazem que o profissional de saúde precisa dirigir questões relacionadas aos problemas sexuais ao paciente para que uma conversa sobre sexualidade possa ser iniciada. Essa comunicação aberta entre o paciente e profissional de saúde é essencial. Desse modo, o paciente percebe que é aceitável discutir suas preocupações sobre sexo e que o tema não gera nenhum desconforto no profissional.

Outra questão a ser considerada pelas colaboradoras é a mudança no perfil das mulheres acometidas pelo câncer. Considerando que as disfunções sexuais são maiores em mulheres jovens, essa questão precisa ser considerada no contexto da assistência a essas mulheres.

Os relatos da equipe de enfermagem confirmam a alteração na faixa etária das mulheres acometidas pelo câncer de mama:

Elas tão vindo bem mais novas. Não sei se estão descobrindo mais rápido ou se é uma evolução assim natural de aparecer em idade mais nova mesmo, que seria a idade fértil, né? (E2, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação).

Antigamente, o perfil era paciente que tinham câncer de mama, bem mais idosas, muito idosas, né. Então não que você não vise sexualidade num paciente idoso, claro que tem essa preocupação, é, pode ter vida sexual naturalmente, mas comparado né às mulheres mais jovens, como hoje temos pacientes de câncer né de mama muito jovens é claro que muda totalmente a história (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

E hoje em dia, por exemplo, outra questão é que a gente vê mulheres muito jovens que estão vindo com câncer, tá mudando um pouco esse perfil... E todo mundo fica abalado, eu acho, essa questão da mulher ser mais jovem do que a mais velha. Porque a mais velha querendo ou não cumpriu um ciclo. Até então, o que a gente vê muito, assim que a gente já pegou muito, pacientes que vieram, por exemplo, depois de ter neném, né? Essa experiência, então

que o neném não foi nem amamentado, neném entrou em aleitamento artificial, ela separou do neném pra fazer quimio. Então assim que ela descobriu no final da gestação né? Então assim, você fica pensando no impacto disso, né? Então mulheres com bebês, jovens, que não têm um prognóstico tão bom. Então assim, querendo ou não, isso reflete assim o cuidado e para a equipe ver, assim essa questão do diagnóstico em mulheres mais jovens, porque você pensa em tudo que ela poderia ter pela frente, né? (E13, enfermeira, Unidade de internação)

A equipe mostra, em seus depoimentos, a necessidade de reconstrução da sua prática fundamentada na mudança do perfil etário das mulheres, principalmente com câncer de mama. Assim reconhece que a sexualidade deve ser mais reconhecida como dimensão do cuidado, porque para mulheres jovens, ainda em idade fértil, a abordagem do tema é pertinente. Entretanto, esse é um aspecto que exige reflexão da equipe, visto que não se pode compreender a sexualidade como necessidade apenas das mulheres jovens, mas é uma dimensão de todo ser humano, independente de sua idade, classe social e educacional.

A equipe, entretanto, reconhece que essa mudança na faixa etária repercute no cuidado, pois se depara com uma mulher cujo impacto da doença é bem maior, interrompendo todos os planos. Por outro lado, as colaboradoras acreditam que as mulheres mais jovens estão mais abertas para tratar essas questões, o que de certa forma facilita a abordagem.

Ao reconhecer a necessidade de um suporte para que a mulher possa lidar com as disfunções sexuais advindas do processo de adoecimento e do tratamento, a equipe de enfermagem elenca algumas alternativas dentro da realidade institucional em que atuam. Entre elas está o encaminhamento ao ambulatório de sexualidade, a participação em grupos verbais e o acompanhamento com o profissional psicólogo.

Então, tem que dizer que é importante, algumas às vezes quer deixar... que a mulher quer deixar o companheiro livre. Que ela não vai prestar pra mais nada, né? Então eu acho que tem que ter alguém que disse...que falasse isso pra ela “mas o companheiro pode querer você, mesmo sem peito”, entendeu? (E4, enfermeira, Ambulatório)

Então eu acho, eu acho que é necessário. A orientação pro casal. Eu acho que deveria ter um apoio quanto a isso. Eu não sei se tem alguma psicóloga que fica com essa parte, de apoiar o casal, de acompanhar, né? Porque eu acho que é muito importante.

Eu acho que a gente precisa disso. Ela precisa expor, ela precisa se abrir com alguém. Às vezes ele não quer se abrir com alguém da família. Quer se abrir com uma pessoa que não vai contar nada da vida dele pra ninguém entendeu? Então às vezes eles vão até no confessionário, né? Que ali é tipo um confessionário. Porque a psicóloga não vai passar isso pra ninguém a não ser pra equipe multidisciplinar. Mas pra ela, ela fica sentindo mais à vontade sabe? Mais protegida (E5, auxiliar de enfermagem, Unidade de internação)

Eu acho que toda paciente que faz uma cirurgia tipo de colo, de mama teria que vir pro ambulatório de sexualidade nosso automático. Teria que ser uma coisa já. Você vai

conversar com a terapeuta lá, sexóloga, pra você ver como que você vai ficar depois que tirar os pontos, tudo certinho, que eu te liberar já vou marcar uma consulta pra você, só pra você conversar. Se você quiser continuar tudo bem. Se você não quiser você não continua, não é? Porque elas têm uma abordagem muito mais fácil, elas chegam e falam mesmo, elas estão acostumadas a mexer só com isso (E12, técnica de enfermagem, Ambulatório)

A gente tem esse problema, porque a gente não tem uma psicóloga, por exemplo, pra abordar né, só isso. Então a gente tem as questões de procedimento e outras coisas que envolvem todos os cuidados aqui que acaba falhando essa parte da gente chegar, parar e conversar sobre isso, né? Então de repente a experiência de grupo eu acho que é legal, que elas ficam na mesma situação, né, um grupo que a gente pudesse encaminhar ou, uma psicóloga pra trabalhar com essas questões (E13, enfermeira, Unidade de internação)

Então ela precisa se cuidar também do resto, e acredito que se ela tiver suporte, né, é... sexual, envolvendo como eu te falei desde o começo do assunto, não é só o ato, o sexo em si, não é isso né, mas tudo aquilo que envolve né, a parte né, que chega na sexualidade no final, ela vai ter melhor, com certeza. Assim como todos os outros fatos da vida, não é porque eu sou solteira que eu vou dizer que não é verdade isso, porque é verdade, né. Na verdade sexo faz parte do dia a dia e é de extrema importância pra mulher, assim também para o homem e pro casal, né, como um todo. Sinceramente? Devia ser mais voltado sim, e aquela questão acredito que medicamentos né devam interferir nisso, e como também quando às vezes fazem quimioterápicos que deixam a paciente tão mal né, como que ela vai pensar nesse momento em sexo, ela tá pensando em sexo né. (E11, auxiliar de enfermagem, Ambulatório)

Observa-se que as profissionais de enfermagem reconhecem que a sexualidade pode estar afetada nas mulheres em tratamento oncológico, identificam alternativas para que essa dimensão seja incluída no cuidado a essas mulheres, além de compreenderem a complexidade do tema e a necessidade de uma equipe multidisciplinar para seu atendimento. Ressalta-se, ainda, que reconhecem que a equipe de enfermagem tem papel relevante para avaliar essa necessidade e expor a dimensão no cuidado.

Nesse sentido, as profissionais reconhecem que ações pontuais não são suficientes para tratar a sexualidade. A equipe entende que há a necessidade de um trabalho em equipe e de uma abordagem contínua para o sucesso dessa intervenção.

É um assunto que dá pra tratar, mas é aquilo que eu falei que não adianta tipo ser uma, entendeu? É um trabalho que não adianta só uma pessoa chegar e falar, é um trabalho que você tem que envolver o psicólogo, tem que sempre trabalhar em equipe, não adianta só uma pessoa chegar e expor uma coisa e só, daí não tem continuidade (E14, Enfermeira, Unidade de internação)

A consulta de enfermagem dirigida à saúde sexual deve estar inserida nas ações planejadas à atenção à saúde e deve ser articulada a outras ações e serviços assim como envolver toda a equipe multidisciplinar (DIZON et al., 2008; FRANÇA; BAPTISTA, 2007; GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000; MANDÚ, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao interpretar as quatro unidades temáticas, sob a perspectiva sociológica da sexualidade, apreendeu-se como a sexualidade é reconhecida e incorporada pela equipe de enfermagem no cuidado às mulheres com câncer de mama e ginecológico e teceram-se algumas considerações.

A presença ou não da abordagem da sexualidade dentro dos cuidados de enfermagem é de natureza multifatorial. As ações das profissionais reproduzem as inúmeras influências sofridas por elas tais como, valores e crenças presentes na sociedade em relação à sexualidade, preceitos do modelo de saúde vigente, especificidades da organização do trabalho da enfermagem na instituição em questão, características do cuidado em oncologia, entre outras.

Percebe-se que a censura que permeia a construção da sexualidade feminina é a mesma que age determinando a sua presença ou não nos cuidados de enfermagem. O comportamento feminino, seja das profissionais de enfermagem, seja das mulheres assistidas, reflete as assimetrias de gênero, denotando a falta de apropriação da vivência da sexualidade por parte das mulheres. Por um lado, as mulheres não reivindicam que essas questões sejam consideradas pelos profissionais de saúde. Muitas vezes elas não têm coragem de falar sobre a sua sexualidade com as profissionais de enfermagem, pois se sentem inibidas diante de um assunto considerado tão íntimo. Num momento de tanta tristeza, elas acreditam ser até mesmo inapropriado pensar em sexo, sinônimo de prazer e alegria. Somado ao pudor que envolve o tema, o estado de choque em que elas se encontram faz com que aspectos relacionados à sexualidade passem despercebidos neste momento, onde a cura é a prioridade.

Por outro lado, a enfermagem também não inclui aspectos relacionados à sexualidade no rol dos cuidados dispensados. Devido à complexidade do tema e aos tabus que o permeiam, as profissionais evitam tocar no assunto com as mulheres porque não sabem o que aconselhar ou mesmo que atitude tomar diante da detecção do problema. Elas reconhecem o despreparo e a necessidade de uma capacitação que trabalhe inclusive as habilidades de comunicação.

Dessa forma, impera o silêncio no que tange ao tema, ainda que a problemática do comprometimento da sexualidade decorrente do câncer ginecológico e mamário seja uma realidade constatada.

As percepções das profissionais de enfermagem, em relação ao comprometimento na sexualidade das mulheres, ficam evidentes quando elas discursam sobre os problemas decorrentes da mutilação, sobre as disfunções relacionais, sobre a perda da vaidade, entre outras vivências que retratam a dimensão da imagem corporal alterada e suas repercussões na vida social das mulheres. Isso sinaliza que o problema não é ignorado pela equipe, embora muitas vezes nenhuma intervenção seja dirigida a essas questões.

Quando se vislumbram as práticas assistenciais descritas pelas profissionais de enfermagem, depara-se com intervenções que envolvem o cuidado do corpo físico até o ajustamento psicossocial, porém estas não atendem, de forma plena, à demanda das mulheres em relação à sexualidade.

Muitas são as barreiras que impedem a exploração da temática. Ao pensar no modelo de saúde preconizado, as prioridades do cuidado de enfermagem residem nos aspectos físicos do sujeito. Existe uma valorização da dimensão física e as disfunções sexuais ou outras alterações na sexualidade não constituem objetos de investigação e intervenção.

As condições de trabalho na instituição também não favorecem a discussão do tema. A falta de tempo, o excesso de tarefas a serem desempenhadas e a relativa ausência de horizontalidade dos profissionais dificultam a formação de vínculos, tão necessários para que esses assuntos possam emergir na relação profissional-paciente.

Por outro lado, quando se consideram as especificidades do trabalho em oncologia, percebe-se que lidar diariamente com a dor do outro exige a elaboração de mecanismos de defesa pela equipe, que muitas vezes são manifestados pelo distanciamento. É como se a equipe se escondesse atrás das técnicas e assim os elos não se formam e não há o risco de sofrer os danos oriundos do envolvimento pessoal e da vulnerabilidade suscitada pela proximidade.

Dessa forma, o que se percebe é que a sexualidade aparece nas práticas assistenciais da equipe de enfermagem estudada, mas requer, entre outras coisas, um plantão tranquilo, um lugar reservado, o domínio da temática pela profissional de enfermagem, uma mulher que dê abertura para a discussão e que, preferencialmente, toque no assunto.

Apesar das dificuldades apresentadas pela equipe de enfermagem, elas reconhecem a necessidade de considerar este aspecto da mulher na assistência bem como a urgência da reformulação do cuidado. Apontam, inclusive, algumas estratégias para intervir no comprometimento físico e emocional da mulher devido ao processo de adoecimento. Sugerem encaminhamento para psicólogos, para o ambulatório de sexualidade, participação em atividades em grupo, entre outras intervenções.

As profissionais também têm consciência da posição favorável que a equipe de enfermagem ocupa em relação aos demais profissionais de saúde. Sabem que esta posição possibilita avaliar e intervir nas alterações sexuais das mulheres. Do mesmo modo, reconhecem que essa intervenção requer uma equipe multiprofissional e um trabalho contínuo.

Sendo assim, a reestruturação da assistência que se almeja passa por uma audaciosa mudança no paradigma de saúde. Acredita-se que somente com a incorporação dos preceitos do modelo holístico de saúde o indivíduo será visto em sua totalidade pelos profissionais de enfermagem, e aspectos relativos à sexualidade não serão negligenciados na prática assistencial.

Nessa perspectiva de mudança, questões culturais, tanto de formação pessoal quanto profissional, devem ser repensadas de modo que a sexualidade possa ser vista como essencial ao ser humano e presente em toda a vida, até mesmo numa situação de doença. Reflexões sobre valores pessoais e interpretações sociais relativas ao tema são imprescindíveis, objetivando destituir a sexualidade de preconceitos.

Também se faz necessário rever a formação do enfermeiro, incorporando conceitos relativos ao tema na grade curricular, de modo a capacitar o profissional para atuar nessa dimensão do cuidado.

Por último, a enfermagem precisa retomar a essência do cuidado, pois só dessa forma as suas ações irão reproduzir uma assistência que contemple todas as dimensões humanas, inclusive a sexualidade.

Este estudo apresenta limitações por se tratar de um tema complexo como a sexualidade. Entretanto, as considerações realizadas a respeito do cuidado prestado pela equipe de enfermagem instigam à reflexão e à busca por novos paradigmas assistenciais. As discussões não se esgotam aqui e novos estudos são necessários, inclusive dirigidos à própria mulher acometida pela doença, possibilitando confrontar os pontos de vistas em relação à problemática da sexualidade.

REFERÊNCIAS

- ABASHER, S. M. Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer. **Psycho-Oncology**, New York, v.18, n.8, p.858–865, Aug. 2009.
- ADACHI, K.; UENO, T.; FUJIOKA, T.; FUJITOMI, Y.; UEO, H. Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v.37, n.6, p.412-418, 2007.
- AKINCI, A. C. The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics. **Sexuality and Disability**, New York, v.29, p.239-250, 2011.
- AKYÜZ, A.; GÜVENÇ, G.; USTÜNSÖZ, A.; KAYA, T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v.40, n.3, p.241–247, 2008.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a Enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.
- AUDETTE, C.; WATERMAN, J. The sexual health of women after gynecologic malignancy. **Journal of Midwifery and Women's Health**, New York, v.55, n.4, p. 357-362, 2010.
- AYRES, J. R. C. M.; MINAYO, M. C. S.; BOARETO, C.; CAMPOS, R. O. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.15-29, 2004.
- AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Vivência do diagnóstico de câncer de mama e de mastectomia radical: percepção do corpo feminino a partir da fenomenologia. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v.5, n.1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/view/2> Acesso em: 3 abr. 2012.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.2, p.378-385, abr./jun. 2010.
- BAYRAM, G. O.; BEJI, N. K. Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. **Sexuality and Disability**, Netherlands, v.28, n.1, p.3-13, 2010.

BERNARDO, B. C.; LORENZATO, F. R. B.; FIGUEIROA, J. N.; KITOKO, P. M. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro**, v.29, n.2, p.85-90, fev. 2007.

BORDUKA, D. C.; SUN, C. C. Sexual function after gynecologic cancer. **Obstetrics & Gynecology Clinics of North America**, Philadelphia, v.33, n.4, p.621-630, Dec. 2006.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Tradução Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_ceps.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2010.

BRETAS, J. R. S.; OHARA, C.V.S.; QUERINO, I. D. Orientações sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, p.568-574, 2008.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.210-216, maio/ago. 2005.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Tradução Álvaro Cabral; revisão técnica da tradução Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Cultrix, 1982.

CIDÓN, E. U. Sexual problems after breast cancer: the underreported symptoms. **Gynecologic Oncology**, New York, v.116, n.1, p.147-150, Jan. 2010.

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA:IMS/UERJ, 1996. p. 160-172.

DIZON, D. S. Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. **Breast Journal**, Cambridge, v.15, n.5, p.500-504, 2009.

DIZON, D. S.; THOMPSON, D.; DUFFY, C.; WIGGINS, D. The sexuality clinic in the breast center: sex as a survivorship issue. **Breast Cancer Online**, Cambridge, v.11, n.12, p.1-3, 2008.

DRAGISIC, K. G.; MILAD, M. P. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, St. Louis, v.190, n.5, p.1416-1418, May 2004.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 62-83.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.1, p.155-63, jan./abr. 2003.

FERREIRA, C. B. **Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino**. 2007. 125 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 299-304, maio/jun. 2003.

FOBAIR, P.; SPIEGEL, D. Concerns about sexuality after breast cancer. **Cancer Journal**, Villejuif, v.15, n.1, p.19-26, Jan./Feb. 2009.

FRANÇA, I. S. X.; BAPTISTA, R. S. A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p.202-206, mar./abr. 2007.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.49, n.4, p.209-214, 2003.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**: ensaios sobre a sexualidade. Tradução Lúcia Ribeiro da Silva; revisão técnica Sérgio Carrara e Horacio Sivori. Rio de Janeiro: Garamound, 2006.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A Gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.35, n.1, p.80-87, mar. 2001.

GIR, E.; NOGUERIA, M. S.; PELÁ, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.33-40, 2000.

GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L.; MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.

GONÇALVES, S. R. O. S.; ARRAIS, F. M. A.; FERNANDES, A. F. C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. **Revista RENE**, Fortaleza, v.8, n.2, p.9-17, maio/jun. 2007.

GONÇALVES, W. C.; CANELLA, P. R. B.; JURBERG, M. Câncer do colo uterino e sexualidade: influências do diagnóstico e do tratamento. **Femina**, Belo Horizonte, v.35, n.10, p.635-641, out. 2007.

GRADIM, C. V. C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama**. 2005. 182 f. Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HEILBORN, M. L. A construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 40-58.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.14, n.1, p.336, jan./abr. 2006.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. R. Ciências Sociais e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 7-20.

HIGGINS, A.; BARKER, P.; BEGLEY, C. M. Sexuality: the challenge to espoused holistic care. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v.12, n.6 p.345-351, Dec. 2006.

HUBER, C.; RAMNARACE, T.; McCAFFREY, R. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, New York, v.33, n.6, p.1163-1167, Nov. 2006.

HUGHES, M. K. Sexuality and Cancer: the final frontier for nurses. **Oncology Nursing Forum**, New York, v.36, n.5, p.241-246, Sep. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2012**: incidência do câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

KITZE, S.; RODRIGUES, A. B. Burnout em Oncologia: um estudo com profissionais de Enfermagem. **Einstein**, São Paulo, v.6, n.2, p.128-133, 2008.

KONG, S. K. F.; WU, L. H.; LOKE, A. Y. Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.18, p.2372–2382, 2009.

LAVIN, M.; HYDE, A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in Irish context. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v.10, p.10-18, 2006.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa da saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 31-39.

MADEIRA, A. M. F.; ALMEIDA, G. B. S.; JESUS, M. C. P. Refletindo sobre a sexualidade da mulher mastectomizada. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.3, p.254-257, jul./set. 2007.

MAGNAN, M. A.; NORRIS, D. M. Nursing students' perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v.47, n.6, p.260-268, Jun. 2008.

MALUF, M. F. M. **O perfil da sexualidade de mulheres com câncer de mama**. 2008. 212 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MANDÚ, E. N. T. Consulta de enfermagem na produção de saúde sexual: revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.6, p.729-732, 2004.

MANGANIELLO, A. **Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia**. 2005. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MARKOPOULOS, C.; TSAROUCOA, A. K.; KOUSKOS, E.; MANTAS, D.; ANTONOPOULOU, Z.; KARVELIS, S. Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. **Journal of International Medical Research**, Northampton, v.37, n.1, p.182-188, Jan. 2009.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 1107-1111, Dec. 2010.

MELLO, I. M. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2011.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4, n.6, p.109-116, 2000.

MICK, J. M. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v.11, n.5, p.671-675, Oct. 2007.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 09-30.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NAKOPOULOU, E.; PAPAHRITOU, S.; HATZICHRISTOU, D. Patients' sexual health: a qualitative research approach on greek nurses' perceptions. **Journal of Sexual Medicine**, Malden, v.6, n.8, p.2124-2132, Aug. 2009.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. 2. ed. São Paulo: Best Seller, 1991.

PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

PELUSI, J. Sexuality and body image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. **American Journal of Nursing**, New York, v.106, n.3, p.32-38, Mar. 2006. Supplement.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8. n.1, p.42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Anablume, 2003.

POLIT, D. E.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Tradução Regina Machado Garaz. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PUJOLS, Y.; MESTON, C. M.; SEAL, B. N. The association between sexual satisfaction and body image in women. **Journal of Sexual Medicine**, Malden, v.7, n. 2, pt. 2, p. 905-916, Feb. 2010.

RATNER, E. S.; FORAN, K. A.; SCHWARTZ, P. E.; MINKIN, M. J. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. **Maturitas**, Limerick, v.66, n.1, p.23-26, May. 2010.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. 333 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RESSEL, L. B.; DIAS, M. D.; GUALDA, D. M. R. O corpo e a cultura. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (Org.). **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p. 63-72.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.37, n.3, p.82-87, 2003.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem? **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.36, n.1, p.75-79, mar. 2002.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.323-333, dez. 2004.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. Reflexões sobre a sexualidade velada na imagem da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.414-424, dez. 2005.

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

ROWLAND, J. H.; MEYEROWITZ, B. E.; CRESPI, C. M.; LEEDHAM, B.; DESMOND, K.; BELIN, T. R.; GANZ, P. A. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, v.118, n.1, p.99-111, Nov. 2009.

- SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.637-644, dez. 2008.
- SANTOS, L. R. M. S.; SALDANHA, A. A. W. Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento. **Psico USF**, Itatiba, v.16, n.3, p. 349-356, set-dez. 2011.
- SANTOS, L. V.; RIBEIRO, A. O.; CAMPOS, M. P. A. Habilidades do acadêmico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.1, p.32-35, jan./mar. 2007.
- SANTOS, L. V.; RIBEIRO, A. O.; CAMPOS, M. P. A.; MATTOS, M. C. T. Sexualidade humana: nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.303-306, 2007.
- SAUNAMÄKI, N.; ANDERSSON, M.; ENGSTRÖM, M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.66, n.6, p.1308-1316, 2010.
- SCHOVER, L. R. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v.26, n.5, p.753-758, Feb. 2008.
- SEHNEM, G. D. **Percepções culturais de estudantes de enfermagem acerca da sexualidade: o dito e o velado**. 2009. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, 2009.
- SHELL, J. A. Including sexuality in your nursing practice. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v.42, n.4, p.685-696, Dec. 2007.
- SHEPPARD, L. A.; ELY, S. Breast cancer and sexuality. **Breast Journal**, Cambridge, v.14, n.2, p.176-181, Mar./Apr. 2008.
- SOUTHARD, N. Z.; KELLER, J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v.13, n.2, p.213-217, 2009.
- SOUTO, M. D.; SOUZA, I. E. O. Sexualidade da mulher após a mastectomia. **Escola. Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.402-410, dez. 2004.

STILOS, K.; DOYLE, C.; DAINES, P. Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 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. **Arquivos Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.14, n.1, p.17-22, jan./mar. 2007.

TIERNEY, K. Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. **Seminars in Oncology Nursing**, Orlando, v.24, n.2, p.71-79, May, 2008.

TOBIAS, S. Sexuality & the Gynecologic Cancer Survivor. **Journal of Gynecologic Oncology Nursing**, Austin, Texas, v.20, n.1, p.17-19, 2010.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Apresentação**. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/informacao.aspx?id=5&ref=1&refV=1>>. Acesso em: 6 mar. 2012.

VARGENS, O. M. C.; BERTERÖ, C. M. Living with breast cancer. Its effect on the life situation and the close relationship of women in Brazil. **Cancer Nursing**, New York, v.30, n.6, p.471-478, Nov./Dec. 2007.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Repensando as relações de gênero e sexualidade. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA:IMS/UERJ, 1996. p. 189-199.

WILMONT, M. C. Life after cancer: what does sexuality have to do with it? **Oncology Nursing Forum**, New York, v.33, n.5, p.905-910, Sep. 2006.

WILMOTH, M. C.; HATMAKER-FLANIGAN, E.; LALOGGIA, V.; NIXON, T. Ovarian cancer survivors: qualitative analysis on the symptom of sexuality. **Oncology Nursing Forum**, New York, v.38, n.6, p.699-708, Nov. 2011.

ZHANG, Y.; WILDEMUTH, B. M. Qualitative analysis of content. In: WILDEMUTH, B. M. (Ed.). **Applications of social research methods to questions in information and library**. 2009. Disponível em: <http://www.ils.unc.edu/~yanz/Content_analysis.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Análise da sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem a mulheres com câncer ginecológico e mamário na perspectiva da etnoenfermagem.

Pesquisadora responsável: Simone Mara de Araújo Ferreira (Telefone para contato: 16/8810-3767) sisicg@yahoo.com.br

Orientadora: Prof^a Dr^a. Ana Maria de Almeida (Telefone para contato: 16/3602-3432) amalmeid@eerp.usp.br. Avenida dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

A senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem a intenção de observar o cuidado de enfermagem prestado a mulheres com câncer ginecológico ou mamário no ambulatório de mastologia e oncologia ginecológica e na unidade de internação.

O câncer de mama e os demais cânceres ginecológicos comprometem a sexualidade da mulher. Desde o diagnóstico ela irá enfrentar dificuldades de ordem sexual, uma vez que o tratamento envolve a retirada cirúrgica de órgãos fundamentais para a sexualidade feminina, como as mamas e o útero. Isso poderá ter repercussões no desempenho sexual e na autoimagem desta mulher.

Esta pesquisa tem como objetivos analisar se a sexualidade está presente no cuidado de enfermagem prestado a estas mulheres; quais são as práticas adotadas pela equipe de enfermagem relacionadas à sexualidade; identificar se as questões culturais interferem nas práticas de enfermagem relacionadas à sexualidade e discutir como poderia ser a reestruturação cultural do cuidado de enfermagem. Entendemos que a realização da pesquisa irá contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado a essas mulheres.

Caso aceite participar desta pesquisa, você será entrevistada, com perguntas sobre sua inserção na enfermagem, o dia-a-dia da unidade e sobre como as questões de sexualidade são abordadas com as pacientes da oncologia. Nossa conversa será gravada, com duração aproximada de 30 minutos, e as fitas serão guardadas por cinco anos, sob nossa responsabilidade, e após esse período serão inutilizadas. Além disso, irei observar a rotina do serviço, buscando identificar como a sexualidade se insere no cuidado prestado.

Os resultados do estudo, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico.

Assumimos o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, assim como garantimos que o desenvolvimento da pesquisa não trará nenhum prejuízo às suas atividades laborais no serviço. Você não irá receber nenhuma remuneração pela sua participação, assim como não terá nenhum gasto.

Será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir nas suas atividades neste Hospital.

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e uma cópia deste termo, assinada pela pesquisadora, ciente dos meus direitos concordo em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da informante

APÊNDICE B

Roteiro da entrevista

Caracterização da população:

Tempo de trabalho no setor

Tempo de trabalho em oncologia

Iniciar com questões gerais, avaliando a prática assistencial:

Como é o dia-a-dia da equipe de enfermagem neste setor? Você poderia descrever o trabalho desenvolvido aqui no 8ª andar?

Quais as atividades desenvolvidas?

Questões culturais relacionadas à profissão:

Como foi sua inserção na enfermagem?

Como você vê o trabalho da enfermagem?

Questões específicas sobre sexualidade:

A sexualidade aparece na prática assistencial? Ela é abordada de alguma forma? De que forma?

Você costuma discutir essas questões com a paciente?

Como você se sente em discutir a sexualidade com as pacientes?

Como você trata essa questão?

Se não, como deveria ser tratada a questão da sexualidade?

Alguém aqui discute estas questões com a paciente? Quem?

Você acredita que o câncer mamário e ginecológico pode afetar a sexualidade da mulher?

Perguntas sobre experiências:

O que é sexualidade para você?

Você teria uma vivência sobre como a doença e/ou o tratamento afetou a sexualidade de alguma paciente?

Perguntas hipotéticas:

Caso alguma paciente lhe questionasse sobre a sua sexualidade após a doença, como você procederia?

ANEXO**ANEXO A****PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 097/2011

Ribeirão Preto, 20 de abril de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 137ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de abril de 2011.

Protocolo: n° 1281/2010

Projeto: Análise da sexualidade como dimensão do cuidado de enfermagem a mulheres com câncer ginecológico e mamário na perspectiva da enfermagem.

Pesquisadores: Ana Maria de Almeida
Simone Mara de Araújo Ferreira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Ana Maria de Almeida
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP