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

ANA PAULA ALONSO REIS MAIRINK

A PRÁTICA SEXUAL DE MULHERES JOVENS COM CÂNCER DE MAMA

RIBEIRÃO PRETO

2019

ANA PAULA ALONSO REIS MAIRINK

A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama

Versão Original

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marislei Sanches Panobianco

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

Mairink-Reis, Ana Paula Alonso

A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama. Ribeirão Preto, 2019.

149 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientador: Sanches, Marislei Panobianco.

1. Neoplasias da mama. 2. Adulto jovem. 3. Enfermagem.

Nome: MAIRINK-REIS, Ana Paula Alonso

A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por me mostrarem a importância do estudo.

Ao meu marido, pelo companheirismo e apoio durante o percurso desta jornada, primordiais para que eu enfrentasse muitos dos desafios que se fizeram presentes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a **Deus**, por sempre guiar meu caminho, me dar paciência e força para persistir em meus objetivos e não desanimar com as dificuldades.

Ao meu **marido, pais, irmã e familiares**, por entenderem minha ausência em muitas circunstâncias importantes de nossas vidas.

À **Dra Marislei Sanches Panobianco**, pela oportunidade de percorrer esta trajetória ao seu lado, pelo aprimoramento pessoal, acadêmico e profissional, apoio para o desenvolvimento desta pesquisa e ampliação de conhecimentos dentro da área da oncologia e saúde da mulher.

Ao **Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública**, pela oportunidade de viver novas experiências.

Aos **docentes e discentes**, que tive a oportunidade de conhecer na EERP/USP, pela cordialidade e acolhida. Aos **técnicos administrativos**, pela disposição e prontidão em me auxiliar nas demandas acadêmicas.

Às **mulheres jovens que participaram deste estudo**, por terem compartilhado comigo as dificuldades dos tratamentos para a neoplasia mamária, suas intimidades e seus anseios. Vocês estão contribuindo para a melhoria da assistência em saúde!

Aos **funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCMRP-USP)** e aos do **Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC)**, pela receptividade e auxílio durante as coletas de dados. Vocês foram muito importantes durante esse período. Muito obrigada!

Ao **Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA)**, pela oportunidade de aprendizado e de ter participado desse grupo. Em especial, à enfermeira **Maria Antonieta Spinoso Prado**.

Ao **Instituto Federal do Sul de Minas Gerais - Campus Muzambinho**, pelo afastamento durante a fase final desta jornada.

Aos **membros das bancas** do exame de qualificação e defesa desta tese, pelas contribuições, essenciais para o aprimoramento do trabalho.

Aos **bibliotecários Livia e Robson**, pela revisão do trabalho.

À **Dariê**, pelo auxílio na revisão do texto.

EPIÍGRAFE

“Sem a curiosidade que me move, me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino.” (PAULO FREIRE, 1998, p.95).

RESUMO

MAIRINK-REIS, A. P. A. **A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama.** 2019. 149 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Estudo qualitativo que teve como objetivo conhecer a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama. Os referenciais teórico e metodológico foram o Interacionismo Simbólico (IS) e a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Os critérios de inclusão foram: mulheres diagnosticadas com câncer de mama há no máximo um ano e que estavam realizando tratamento para a doença (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonioterapia), com idade entre 18 e 40 anos e que tinham companheiro sexual desde o diagnóstico para a doença. O critério de exclusão foi: mulheres que estivessem em tratamento paliativo. A coleta e análise de dados aconteceu entre outubro/2017 e agosto/2019, em dois Centros de Alta Complexidade em Oncologia, por meio de entrevista gravada com a seguinte questão norteadora: “Fale-me como era e como ficou agora sua vida sexual após o diagnóstico do câncer”. Participaram da pesquisa 13 atrizes sociais. Participaram da validação da TFD (esquema teórico) duas atrizes da pesquisa e duas expertises, uma da metodologia e outra da temática da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições proponente e co-participante. A metodologia propiciou a geração de três diagramas: o primeiro diagrama, denominado “Compreendendo a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama” refere-se às interpretações e reações das mulheres diante do diagnóstico e dos tratamentos do câncer de mama, que se mostraram como fatores que afetaram sua prática sexual. O segundo diagrama “Entendendo as estratégias de enfrentamento para a retomada da prática sexual” refere-se ao apoio social e afetivo que as mulheres receberam e que foram fundamentais para que elas enfrentassem as adversidades dos tratamentos e retomassem a prática sexual com seus parceiros. O terceiro diagrama, categoria central do estudo, denominado “A Prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama: entendendo os fatores que a afetam sua manutenção e os que contribuem para a sua retomada”, aponta que o companheiro foi o personagem principal (apoio afetivo) para a retomada da prática sexual do casal, pois através de manifestações de carinho, amor, suporte emocional e ajustamento da relação entre os dois, ele incentivou e empoderou sua mulher a vencer a insegurança de se relacionar sexualmente com ele. Os dados permitiram compreender que a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama foi prejudicada pela doença e seus tratamentos, mas que o seu companheiro ajudou-a a vencer os obstáculos e adversidades da vivência da doença e de seus tratamentos, sendo então, esse companheiro, o elemento chave e o principal responsável pela retomada da prática sexual entre o casal.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Adulto jovem. Enfermagem.

ABSTRACT

MAIRINK-REIS, A. P. A. **The sexual practice of young women with breast cancer. 2019.** 149 f. Doctoral Thesis - Graduate Program in Public Health Nursing, University of São Paulo at Ribeirão Preto Nursing School, Ribeirão Preto, 2019.

This is a qualitative study aimed to know the sexual practice of young women with breast cancer. The Symbolic Interactionism (IS) and the Grounded Theory (GT) were the theoretical and methodological references used. The inclusion criteria were women diagnosed with breast cancer for a maximum of one year and who were undergoing treatment for the disease (surgery and/or chemotherapy and/or radiotherapy and/or hormone therapy), between 18 and 40 years old and who had a sexual partner since the diagnosis of the disease. The exclusion criterion was women under palliative treatment. Data collection and analysis took place between October/2017 and August/2019, in two High Complexity Centers in Oncology, through an interview recorded with the following guiding question: "Tell me how was and how is like now your sexual life after the diagnosis of cancer." Thirteen social actresses participated in the research. Two research actresses and two experts, one of the methodology and the other of the research theme participated in the validation of GT (theoretical scheme). The research was approved by the Research Ethics Committee of the proposing and co-participating institutions. From the methodology, the generation of three diagrams emerged: the first diagram, entitled "Understanding the sexual practice of young women with breast cancer" is the interpretations and reactions of women regarding breast cancer diagnosis and treatment as factors that affected their sexual practice. The second diagram, entitled "Understanding coping strategies for resuming sexual practice" is the social and emotional and fundamental support that women received to face the adversities of treatment and resuming sexual practice with their partners. The third diagram was the central category of the study, entitled "The Sexual Practice of Young Women with Breast Cancer: Understanding the Factors Affecting Her Maintenance and Contributing to Her Resumption", pointing that the partner was the main character (affective support) for the resumption of the couple's sexual practice, because he encouraged and empowered his wife to overcome the insecurity of having sex with him through expressions of affection, love, emotional support and adjustment of the relationship between them. The data allowed an understanding that the sexual practice of young women with breast cancer was impaired by the disease and its treatments, but her partner helped her to overcome the obstacles and adversities of experiencing the disease and its treatments. Thus, the partner is the key element and the main responsible for the resumption of sexual practice in the couple.

Keywords: Breast neoplasms. Young adult. Nursing.

RESUMEN

MAIRINK-REIS, A. P. A. La práctica sexual de mujeres jóvenes con cáncer de mama. 2019. 149 f. Tese (Doctorado) – Programa de Post-Graduação Enfermería em Saúde Pública de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Estudio cualitativo con el objetivo de conocer la práctica sexual de mujeres jóvenes con cáncer de mama. Los referenciales teóricos y metodológicos fueron el Interaccionismo Simbólico (IS) y la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). Los criterios de inclusión fueron: mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de máximo un año y que estaban realizando tratamiento para la enfermedad (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia y/o hormonioterapia), con edad entre 18 y 40 años y que tenían compañero sexual desde el diagnóstico de la enfermedad. El criterio de exclusión fue: mujeres que estuvieran en tratamiento paliativo. La recolección y el análisis de los datos fue entre octubre/2017 y agosto/2019, en dos Centros de Alta Complejidad en Oncología, por medio de una entrevista grabada con la siguiente pregunta guiadora: “Me hable cómo era y cómo es ahora su vida sexual después del diagnóstico del cáncer”. Trece actrices sociales participaron de la investigación. Participaron de la validación de la TFD (esquema teórico) dos actrices de la investigación y dos expertas, una de la metodología y otra de la temática de la investigación. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de las instituciones proponente y co-participante. La metodología generó tres diagramas: el primer diagrama, denominado “Comprendiendo la práctica sexual de mujeres jóvenes con cáncer de mama” que se refiere a las interpretaciones y relaciones de las mujeres frente al diagnóstico y de los tratamientos del cáncer de mama, que se mostraron como factores que afectaron su práctica sexual. El segundo diagrama “Entendiendo las estrategias de enfrentamiento para la retomada de la práctica sexual” que se refiere al apoyo social y afectivo que las mujeres recibieron y que fueron fundamentales para que ellas enfrentaran las adversidades de los tratamientos y retomaran la práctica sexual con sus compañeros. El tercer diagrama, categoría central del estudio, denominado “La Práctica sexual de mujeres jóvenes con cáncer de mama: entendiendo los factores que afectan su mantenimiento y los que contribuyen para su retomada”, apunta que el compañero fue el personaje principal (apoyo afectivo) para la retomada de la práctica sexual de la pareja, pues a través de manifestaciones de cariño, amor, soporte emocional y ajuste de la relación entre los dos, él incentivó y empoderó a su mujer a vencer la inseguridad de relacionarse sexualmente con él. Los datos permitieron comprender que la práctica sexual de mujeres jóvenes con cáncer de mama fue perjudicada por la enfermedad y sus tratamientos, pero que su compañero la ayudó a vencer los obstáculos y adversidades de la vivencia de la enfermedad y de sus tratamientos, siendo entonces ese compañero el elemento clave y el principal responsable por la retomada de la práctica sexual entre la pareja.

Palabras clave: Neoplasias de mama. Adulto joven. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Codificação aberta, segundo modelo da TFD (Formando códigos abertos).....	42
Quadro 2 - Notas teóricas e metodológicas, segundo modelo da TFD.....	43
Quadro 3 - Codificação axial, segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias).....	45
Figura 1 - Passos das análises de dados segundo referencial metodológico, a TDF.....	46
Figura 2 - Representação gráfica das atitudes sociais participantes da pesquisa, quanto a dados socioeconômicos e dados da patologia.....	52
Diagrama 1 - Compreendendo a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama.....	54
Diagrama 2 - Entendendo as estratégias de enfrentamento para a retomada da prática sexual...	82
Diagrama 3 - Esquema Teórico - A Categoria Central: A Prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama: entendendo os fatores que a afetam sua manutenção e os que contribuem para a sua retomada.....	108

LISTA DE SIGLAS

PROMAI	Programa Materno-Infantil
SCMP	Santa Casa de Misericórdia de Passos
ESF	Estratégia Saúde da Família
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
IC	Iniciação Científica
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
CAM	Centro de Referência à Saúde da Mulher
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IS	Interacionismo Simbólico
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SCMP	Santa Casa de Misericórdia de Passos
HRC	Hospital Regional do Câncer de Passos
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
DRS	Departamento Regional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 O câncer de mama e suas implicações na sexualidade/prática sexual de mulheres jovens.....	19
2 OBJETIVO.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
3 REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	27
3.1 Interacionismo Simbólico (IS).....	27
3.2 Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).....	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.1 Tipo de Estudo.....	37
4.2 Contexto do Estudo.....	37
4.3 Atrizes sociais do estudo.....	38
4.4 Período de Investigação.....	39
4.5 Aspectos Éticos.....	39
4.6 O Teste Piloto.....	40
4.7 Procedimentos de Coleta de Dados.....	40
4.8 Análise dos Dados.....	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1 Conhecendo as atrizes sociais da pesquisa.....	48
5.2 A Construção dos Diagramas.....	53
5.3 Contextualizando o Diagrama 1.....	55
5.3.1 Subcategoria: Os transtornos emocionais e físicos advindos da descoberta do câncer de mama.....	55
5.3.2 Subcategoria: Os tratamentos para o câncer de mama.....	62
5.4 Contextualizando o Diagrama 2.....	80
5.5 Subcategoria: Os profissionais de saúde.....	83
5.5.1 Subcategoria: O companheiro.....	93
5.6 A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).....	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES.....	133
ANEXOS.....	139

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante minha vida acadêmica e no decorrer de minha trajetória profissional, a convivência com o câncer se fez presente e marcante. Na graduação atuei como estagiária voluntária no Programa Materno-Infantil (PROMAI), da Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP), que oferta suporte psicológico às pessoas com diagnóstico de câncer de mama, além de atendimentos de pré-natal e puericultura.

Ainda na graduação, estagiei na Estratégia Saúde da Família (ESF) Escola, uma parceria entre a Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) e a Prefeitura Municipal de Passos. Nesse contexto, durante um período, realizei as coletas de material para exame preventivo de câncer do colo do útero e exame clínico das mamas das usuárias do serviço. Foi a oportunidade de atuar como estagiária nessa ESF e a admiração que tinha pela professora que ministrava a disciplina de Saúde Pública que despertaram meu interesse por essa área.

A graduação ainda me oportunizou o contato com a pesquisa, por meio da participação em projeto de iniciação científica (IC) que contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Os resultados positivos da execução do projeto de IC me incentivaram a buscar aperfeiçoamento e ingressar no mestrado.

Desde o início de minha trajetória profissional atuo na docência em cursos técnicos, tendo a oportunidade de abordar a temática da oncologia, além de eventualmente prestar cuidado às pessoas com câncer, quando estou na supervisão de estudantes em campo de estágio. No entanto, a etapa mais marcante de minha vida profissional, relacionada à vivência com pessoas acometidas pelo câncer, refere-se à aprovação em um concurso público, para atuar em uma Unidade Básica de Saúde do município de Guaxupé-MG, a qual posteriormente se consolidou como Centro de Referência à Saúde da Mulher (CAM). Tive a oportunidade de participar de sua reestruturação e ser enfermeira responsável técnica, por quase oito anos.

Nesse contexto, a convivência com mulheres que recebiam o diagnóstico de câncer de mama se tornou intensa no meu cotidiano de trabalho, o que me despertou maior atenção à medida que acompanhava a trajetória dos tratamentos para a neoplasia, pois percebia o sofrimento físico e psicológico no momento do diagnóstico, durante os tratamentos e também na reabilitação.

A maioria delas, a partir da descoberta do câncer, passava a conviver com o medo da morte e de deixar seus familiares; preocupavam-se com a queda do cabelo e, também, com a retirada da mama e suas implicações em sua estética corporal, especialmente devido à dificuldade de expor seu corpo marcado pelas cicatrizes e mutilação de um órgão tão simbólico

para elas.

Assim, diante de todas essas implicações do câncer de mama na vida das mulheres que eu assistia, surgiram as temáticas de meus trabalhos de mestrado e doutorado. No mestrado investiguei o significado da alopecia para mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico e, agora, a proposta do doutorado foi compreender se o câncer de mama e seus tratamentos podem afetar a prática sexual de mulheres jovens com essa doença.

Esse interesse em trabalhar a temática do doutorado foi reforçado durante a minha coleta de dados do mestrado, quando entrevistei três mulheres jovens e, elas, além de me relatarem sobre o significado da queda do cabelo, durante o tratamento quimioterápico, comentaram sobre o receio que tinham em revelar ao companheiro seu corpo modificado, em função da cirurgia na mama.

Percebi a dificuldade em conversar com elas sobre sexualidade/prática sexual, dentro da assistência em saúde e, assim, a pertinência de estudar essa temática e com mulheres jovens.

Embora a incidência da doença tenha aumentado nos últimos anos entre as mulheres mais novas, ainda são poucos os casos quando comparados aos que ocorrem na população feminina acima dos 50 anos. Assim, para conseguir um número suficiente de participantes neste estudo, tive de realizar a coleta de dados em duas instituições que atendem mulheres com câncer de mama.

O período que antecedeu o início da minha coleta de dados foi permeado por incertezas e dúvidas quanto a conseguir estabelecer um diálogo com as mulheres sobre um assunto tão íntimo e pessoal, ainda considerado um tabu em nossa sociedade, e por vezes, de difícil abordagem entre pessoas que não possuem algum tipo de vínculo e/ou convívio social.

Assim, pensando em um modo de estabelecer algum tipo de relacionamento com essas mulheres, iniciei minha aproximação no setor em que estavam realizando alguma modalidade de tratamento para o câncer. Inicialmente eu me apresentava como enfermeira, professora e pesquisadora, fazia uma retrospectiva da minha trajetória profissional e dos motivos que me impulsionavam estar ali para aquela conversa (já contemplados nessa apresentação).

Em seguida, relatava que entendia que o assunto que me propunha a conversar com elas era muito pessoal, mas que também acreditava que esse diálogo pudesse contribuir para amenizar os anseios que poderiam estar vivenciando naquele momento, além de poder contribuir, num futuro, para a melhoria da assistência às mulheres que se encontrassem na mesma condição. E assim, elas iam se sentindo mais confiantes e menos inibidas para iniciarmos nossa conversa.

Mesmo com essa aproximação inicial, ao longo do nosso diálogo, era necessário estar

atenta e esforçar-me para não perder o foco da conversa pois, algumas vezes, a mulher ficava inibida diante de um questionamento, ou tentava desviar de assunto para não responder exatamente o que lhe era perguntado, fato esse que me preocupou também, pois temia não atingir o objetivo desta pesquisa e avançar dentro do referencial metodológico, a teoria fundamentada nos dados (TFD).

Os resultados do estudo mostraram, no entanto, que o referencial metodológico auxiliou na interpretação dos dados obtidos por meio das entrevistas, e que o objetivo foi alcançado, uma vez que as mulheres jovens com câncer de mama nos revelaram como se dava sua prática sexual com seus companheiros, permitindo-nos perceber que houve alterações na prática e que elas necessitaram de estratégias para o enfrentamento dessas mudanças. Elas nos contaram ainda que o companheiro foi primordial nesse processo, ajudando-as a vencer os obstáculos e adversidades da vivência da doença e de seus tratamentos, especialmente no que se refere à retomada da prática sexual entre o casal.

Dessa forma, espero que este estudo possa contribuir para a melhoria do panorama da assistência à saúde de mulheres jovens com câncer de mama.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O câncer de mama e suas implicações na sexualidade/prática sexual de mulheres jovens

Há algumas décadas, o significado do corpo abrange muito mais do que apenas o cuidado para mantê-lo saudável. Ele deve ser belo, magro e possuir formas bem definidas. Esses conceitos advêm da sociedade, lançados principalmente por meio de propagandas, em que a mídia ressalta a importância de sua conservação e aparência jovial, com ênfase para a população feminina. As mamas, como partes integrantes desse corpo, ganharam, por sua vez, maior importância estética, e tem havido, inclusive, uma procura crescente pelo implante de próteses de silicone para a satisfação da necessidade feminina: exibir mamas volumosas, belas e atraentes (OLIVEIRA et al., 2010).

A mama é culturalmente reconhecida como símbolo de erotização e de beleza, sendo vista de várias maneiras nas diferentes etapas da vida de uma mulher e está fortemente relacionada com a sexualidade e com a maternidade (GRADIM, 2005; SLEDGE et al., 2014; ALMEIDA et al., 2015), principalmente nos países ocidentais, como é o caso do Brasil.

No contexto atual, muitas mulheres, especialmente as mais jovens, podem se frustrar por não conseguir realizar a façanha de ter ou manter o corpo idealizado pela sociedade. Alguns fatores podem interferir negativamente nesse sentido, como a vivência de uma ou mais gestações e o trabalho no lar e fora dele. Assim, elas enfrentam dificuldades de lidar com os fatores genéticos e de conciliar suas atividades pessoais e profissionais com a disponibilidade de tempo e de vontade para realizar atividade física e uma alimentação adequada, itens que compõem as indicações para manter um corpo saudável e esbelto.

Além disso, nem todas as mulheres têm recursos financeiros suficientes para recorrerem a uma cirurgia plástica, o que às vezes se faz necessário para chegar ao objetivo do “corpo perfeito”. E, além de ter de lidar com essa supervalorização social do corpo e das mamas que o compõem, a mulher pode se deparar ainda, com um diagnóstico de câncer de mama.

Quanto ao aparecimento da doença em jovens, essa patologia é menos frequente em mulheres com idade inferior a 40 anos de idade, mas merece destaque, pois existem evidências de que aproximadamente 6,5% dos tumores malignos ocorrem nessa faixa etária, com taxa de mortalidade mais elevada (46,9%) do que em pacientes entre 40 e 50 anos (26,9%) (CRIPPA et al., 2003; CLAGNAN et al., 2008; LIMA et al., 2011).

Dados recentes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

revelam que a mortalidade devido ao câncer, no Brasil, entre crianças e adolescentes está estável, mas é a primeira causa de morte por doença entre a faixa etária de um a dezenove anos (BRASIL, 2017). Informações advindas dos registros de câncer e do sistema de mortalidade revelam que entre o período de 2009 a 2013, o câncer foi responsável por 12% das mortes entre 1 a 14 anos e 8% dos óbitos de 1 a 19 e, também, a segunda causa geral, ficando atrás apenas das “causas externas” (mortes violentas e acidentes de diferentes tipos) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016).

Em relação à incidência de câncer, no Brasil, na faixa etária de 15 a 29 anos, a estimativa é de 236 casos/milhão, sendo os tumores mais frequentes em adolescentes e adultos jovens os carcinomas (exceto pele) (54,3%), linfomas (15%) e leucemias (8,2%); as regiões mais frequentes dos carcinomas em adolescentes e adultos jovens são o trato geniturinário (18,1%), tireoide (14,18%) e mama (11,5%). Nas mulheres na faixa etária entre 25 e 29 anos, com exceção do de pele, os carcinomas foram prevalentes (68%), principalmente o do trato geniturinário (24,5%), mama (17,5%) e tireóide (15,7%). O câncer em adolescente e adultos jovens é classificado como “raro”, pois acomete esse público em proporção inferior às dos principais tipos de câncer em adultos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016).

Assim, levando em consideração esse perfil epidemiológico, os tumores mamários em mulheres muito jovens e jovens requerem atenção especial, pois tendem à suposição de benignidade de uma lesão, devido à baixa incidência da doença nessa faixa etária, o que dificulta e leva ao atraso do diagnóstico do câncer de mama, acarretando progressão da doença e aparecimento de metástases (CRIPPA et al., 2003; SHANNON; SMITH, 2003; DUTRA et al., 2009).

Gonzales-Ângulo et al. (2005) e Walker et al. (1996) definem mulheres muito jovens como aquelas com idade menor ou igual 35 anos, e ElKum et al. (2007) e Cammarota et al. (2018) definem mulheres jovens como aquelas na faixa etária até 40 anos de idade.

Dessa forma, tanto nas mulheres jovens, como nas muito jovens, os carcinomas mamários são mais agressivos e possuem maior risco de recidiva locorregional, além de apresentarem maiores dimensões ao diagnóstico do que aqueles em mulheres na pós-menopausa, pois os tumores costumam ser de alto grau, infiltrantes, com alta fração de proliferação, margens e linfonodos comprometidos, invasão vascular e recidivas. A maioria deles não expressa receptores hormonais, reforçando o mau prognóstico da doença (WALKER et al., 1996; AEBI, 2005; FERNANDOPUPLLE; CHER-SIANG ANG; TAN, 2006).

Geralmente os tumores mamários que acometem as mulheres mais jovens requerem

tratamentos agressivos, os quais, apesar de contribuir para o controle do agravo e para elevar a sobrevida das pessoas acometidas, não eximem as pacientes de uma série de desafios que se referem aos comprometimentos físicos, psicológicos e sociais a eles associados (ALVES et al., 2010; ALMEIDA et al., 2015).

Os tratamentos mais utilizados para essa doença são a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia, que podem acontecer de forma isolada ou em conjunto e são importantes no controle da doença. No entanto, podem apresentar efeitos deletérios, provocando eventos adversos locais e/ou sistêmicos que podem afetar a vida da mulher (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2004; SANTOS et al., 2010; BRASIL, 2013).

As consequências físicas provenientes do tratamento cirúrgico, além da perda da mama ou de parte dela, incluem deiscência, seroma, aderências fibrosas, celulites e linfedema, dor no braço e no tórax (PANOBIANCO; MAMEDE, 2002). Essas alterações podem influenciar negativamente na autoimagem e na autoestima da mulher, na relação com o próprio corpo, nos relacionamentos sociais e pessoais, podendo afetar a sexualidade e solicitar dela uma adaptação frente à situação vivida (SHOMA et al., 2009; ANAGNOSTOPOULOS; MYRGIANNI, 2009). Além disso, o fato de o câncer atingir um órgão tão simbólico para a mulher pode levá-la à dificuldade em expor seu corpo e em expressar sua sexualidade. Pode ainda gerar nela um sentimento de impotência perante sua nova condição física e influenciar na sua prática sexual (FERREIRA et al., 2015; SANTOS, D. B. et al et al., 2016).

Entre os eventos adversos da quimioterapia chama-se a atenção para o fato de que ela provoca a falência ovariana, com decréscimo dos hormônios testosterona e estrógeno, induzindo à menopausa e implicando atrofia vaginal, diminuição da lubrificação vaginal, da libido, anorgasmia e dispareunia (WHITE, 2004; PANJARI; BEL; DAVIS, 2011), o que contribui para o desconforto durante o intercuro, afetando o interesse da mulher em engajar-se em atividade sexual e ainda, na habilidade de manter a excitação. Outros efeitos colaterais, advindos da quimioterapia são as náuseas, vômitos e alopecia, que também podem causar prejuízos à prática sexual (WHITE, 2004; PANJARI; BEL; DAVIS, 2011).

A radioterapia, outra modalidade de tratamento, ocasiona efeitos adversos como diarreia, fadiga, náusea, vômitos (PETITTO, 2000) e danos à pele, como queimaduras na área exposta à radiação, provoca dor, escurece a pele e deixa marcas que afetam a imagem corporal da mulher. É inquestionável que esses fatores podem interferir negativamente em sua prática sexual.

Em relação à hormonioterapia, os diversos medicamentos utilizados podem levar a

ondas de calor e, assim como na quimioterapia, causar dispareunia, secura vaginal, alteração da libido, resultando em desconforto na relação sexual (CELLA et al., 2006; BARTON-BURKE; GUSTASON, 2007). Estudos apontam ainda que mulheres submetidas ao tratamento adjuvante, incluindo o tamoxifeno (CAMORIANO et al., 1990; MALINOVSKY et al., 2004), apresentaram aumento do peso corporal, o que foi mais comum entre as mulheres na pré-menopausa, comparadas às mulheres na pós-menopausa (MALINOVSKY et al., 2004). Assim, recomenda-se a realização de acompanhamento nutricional no período que antecede, durante e após o tratamento hormonioterápico e mudança no estilo de vida e reeducação alimentar, uma vez que a obesidade possui relação com a progressão e a recidiva da doença (LAGARES et. al, 2013), além de afetar a autoimagem e autoestima das mulheres, causando prejuízo à prática sexual e à satisfação conjugal (CESNIK; SANTOS, 2012).

Dessa forma, os eventos adversos dos tratamentos para o câncer de mama podem extrapolar as manifestações físicas e resultar em prejuízos significativos ao estado emocional, à prática sexual e, conseqüentemente, ao relacionamento do casal, em curto ou longo prazo (BARTON-BURKE; GUSTASON, 2007).

Em relação à prática sexual, cabe esclarecer que ela está inserida na sexualidade do indivíduo e trata-se da realização do ato sexual em si. Já a sexualidade (feminina) engloba uma série de fatores como desejo, autoimagem, sensualidade, sensação de bem-estar consigo mesma, aceitação do próprio corpo, identidade como mulher, e está na dependência de interações entre processos cognitivos, mecanismos bioquímicos, neurofisiológicos e do humor relacionados à libido (CAMARGO; SAMPAIO, 2017; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2015).

A sexualidade muitas vezes é negligenciada nas relações sociais devido aos diversos preconceitos atrelados à sua relação com as gerações anteriores, que orientam os valores sociais da atualidade. Até o período anterior à revolução industrial e inserção da figura feminina no mercado de trabalho, a mulher estava subordinada ao universo doméstico e era esse meio que a fazia respeitada. Cabia ao gênero masculino o domínio do comportamento sexual, sendo que a mulher ideal, a mulher de bem devia ser assexuada. A falta de satisfação sexual era um fenômeno banal do cotidiano, pois ela deveria estar à disposição do homem, aceitando de bom grado o que lhe era proporcionado, dedicando-se aos afazeres domésticos e criação dos filhos (VEIGA, 2007).

No entanto, atualmente, a sexualidade da mulher, assim como sua prática sexual, possui outro contexto. Apesar dessas mudanças, ainda são muitas as mulheres insatisfeitas com sua vida sexual, pois nossa cultura impede uma comunicação aberta e clara sobre sexualidade e problemas sexuais, fazendo com que esse assunto não seja abordado pela maior parte das

pessoas, mesmo por profissionais da área da saúde (TALHAFFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

Assim, faz-se importante investigar a sexualidade e como se dá a prática sexual de mulheres jovens acometidas pelo câncer de mama, uma vez que a sexualidade é parte integrante da personalidade do ser humano, estando atrelada às necessidades humanas básicas, como o desejo de intimidade, contato, prazer, expressão emocional, amor e carinho (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

Autores afirmam que a intimidade e a sexualidade são essenciais para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

Corroborando a importância da investigação citada no parágrafo anterior, estudos apresentam evidências de que a prática sexual das mulheres acometidas pelo câncer de mama sofre grande impacto, principalmente no período dos tratamentos, quando mais de 50% delas apresentam dificuldade de excitação, desejo e lubrificação (ELY; SHEPPARD, 2008). Apontam ainda que, após o término desses tratamentos, grande parte das mulheres continua a apresentar essas alterações, o que leva a problemas e insatisfações com a prática sexual (BIGLIA et al., 2010).

Foi observado também que mulheres mais jovens podem apresentar piores escores na avaliação da prática sexual em relação àquelas que se encontram na fase de transição menopausal durante o tratamento para o câncer de mama, além de terem de lidar com estressores como o medo da perda da fertilidade, a maior vulnerabilidade econômica pela existência de dependentes e, ainda, o sentimento de não serem mais sexualmente atraentes (KEDDE et al., 2013).

Nesse sentido, há evidências de que o diagnóstico de câncer e os efeitos indesejados de suas modalidades terapêuticas afetam tanto a qualidade de vida quanto o bem-estar psicológico do paciente oncológico, da sua família e, em especial, do seu parceiro. O câncer de mama e os fatores sociais, físicos e psíquicos a ele associados, resultam, portanto, em prejuízos consideráveis quanto ao estado emocional, à função sexual e ao relacionamento do casal (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

Apesar dessas evidências, as pesquisas que envolvem a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama ainda são escassas, o que motivou o presente estudo.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Compreender como se dá a prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama.

***REFERENCIAIS TEÓRICO
E METODOLÓGICO***

3 REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Interacionismo Simbólico (IS)

Neste estudo, utilizamos como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (IS), que trata da interação social e do comportamento humano, por considerar que ele possa favorecer a apreensão da dimensão do fenômeno a ser estudado, permitindo-nos conhecer como se dá a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama.

O termo *interacionismo* origina-se da palavra interagir, que significa “agir mutuamente” e a palavra simbólico vem do latim *symbolicu* e do grego *symbolikós* e quer dizer “aquilo que tem caráter de símbolo” (BLUMER, 1980). Apesar de George Herbert Mead, professor de filosofia da Universidade de Chicago, ter formulado os princípios da interação simbólica, ou seja, de ter dado origem ao IS entre 1893 a 1931, foi Herbert Blumer, ex-aluno, sociólogo e discípulo de Mead que esclareceu as suposições da obra de seu mestre (HAGUETTE, 1992).

Para compreender o IS, faz-se necessário conhecer os conceitos descritos por Mead e mais bem explicados por Blumer na década de 1930 que são: símbolos, interação social, *self*, mente, e sociedade (BLUMER, 1980).

No IS, o símbolo é o ponto central, sendo fundamental para que ocorra a interação entre os seres humanos. A comunicação ocorre por meio dos símbolos e estes podem ser as palavras, as ações humanas ou os objetos físicos que possuem um significado entre as pessoas e com sua interpretação, acontece a interação social. Somente é considerado símbolo quando possui uma intencionalidade, um significado (MEAD, 1982), ou seja, um objeto social apenas será considerado símbolo quando for empregado de modo intencional (CHARON, 1995).

Por meio da utilização dos símbolos ocorrem a comunicação e, a partir da interpretação dos mesmos (atribuir significados é próprio do autor social), a interação social, que cria e define o *self*. Com a comunicação, ocorre a transmissão de significações e a pessoa se torna aquilo que o outro está vendo (MEAD, 1972). Para Mead, o *self* (o ego/a própria pessoa) é o interior do indivíduo e é dividido em duas fases: *eu* e *mim*. Na fase “eu”, o indivíduo age de maneira espontânea e impulsiva, não socializada; já na fase “mim”, o indivíduo é um objeto social, que se origina da interação com os outros, o que lhe permite refletir sobre si mesmo e perceber-se no papel do outro.

No IS, de acordo com Mead, a mente interage com o *self*, uma vez que representa a comunicação de significados ao *self*. O indivíduo define as coisas para si mesmo devido à interação com a mente e, diante da interpretação realizada, possui uma ação. Assim, define-se

mente como um processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo mesmo usando os símbolos significantes. Finalmente, caracteriza-se a sociedade como dinâmica, uma vez que os indivíduos interagem (interação social), alterando e definindo a direção de seus atos (ação social) (MEAD, 1982). O comportamento humano tem o ato social como dado principal.

O IS permite interpretar as percepções das pessoas, o sentido e significado que elas atribuem às coisas e como isso está relacionado às suas experiências pois estes significados emergem da interação social, além de que os significados podem ser modificados ou atribuídos conforme a vivência e o enfrentamento das pessoas frente ao fato (REIS, 2015).

O IS, enquanto modelo de pesquisa, está inserido no paradigma interpretativista, que possui o objetivo de entender as experiências vividas conforme a compreensão daqueles que vivenciam as situações estudadas. Este referencial possibilita a compreensão do fenômeno de modo amplo e permite entender se um certo significado é resultante ou decorrente da interação dos elementos que estão envolvidos no processo social. Busca conhecer se esses elementos são significativos quando interagem e como emprega o processo interpretativo quando age mutuamente com objetos significativos da sua realidade (BLUMER, 1980; LOPES; JORGE; 2005).

O IS tem sido utilizado pela enfermagem para a interpretação das respostas humanas e compreensão dos significados que o indivíduo confere às situações que vivencia por meio da valorização da linguagem do discurso e da linguagem simbólica de seu comportamento (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Assim, os indivíduos tentam atribuir sentidos aos fatos inerentes de sua realidade, levando em conta sua própria interpretação e interação, mostrando que suas vivências são plenas de valores e significados. Ao vivenciar o presente, o indivíduo é influenciado pelas experiências do passado, do presente e do futuro (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; SAMPAIO, 2013).

Dessa maneira, levando-se em consideração a teoria, acreditamos que:

- a mulher interpreta as alterações em seu corpo em decorrência dos tratamentos para o câncer de mama, baseada no significado que essa condição se apresenta a ela num processo de interação consigo mesma e com os outros;

- as atitudes e comportamentos da mulher para a prática sexual são influenciados pelo modo como ela e o companheiro percebem em seu corpo as alterações advindas dos tratamentos do câncer de mama;

-o significado que a mulher atribui à sua nova condição física após os tratamentos do câncer de mama é construído, reconstruído e modificado de acordo com a interação consigo própria e com os outros, nos diversos contextos, tanto afetivo, quanto social.

3.2 Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)

A escolha de um referencial metodológico ocorre mediante o olhar do pesquisador sobre o fenômeno. O referencial metodológico escolhido para o presente estudo foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), um método que se popularizou mundialmente na área da enfermagem nas décadas de 1980 e 1990. Sua utilização contribui para a melhor compreensão do ser humano, nas suas diferentes fases da vida, e especificamente na área da enfermagem, em que o objeto de estudo, em pesquisas qualitativas, envolve a interação humana (GOMES et al., 2015). Entende-se que a aplicação de teorias contribui para sustentar a ciência, favorece subsídios para a atuação dos profissionais dessa área e oferece melhorias no cuidado aos clientes.

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi desenvolvida pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, no início da década de 1960. Glaser, formou-se em Columbia University, instituição na qual a formação dos alunos pautava-se na concepção de métodos quantitativos e na teoria sociológica. Já Strauss, formou-se na University of Chicago, universidade que possui histórico e forte tradição em pesquisa qualitativa e abordagens críticas no desenvolvimento de teorias (MELLO; CUNHA, 2010). Juntos, eles foram responsáveis pela publicação do primeiro livro sobre o método da TFD “The Discovery of Grounded Theory”, em 1967 (GOMES et al., 2015; MELLO; CUNHA, 2010).

Glaser e Strauss, com o passar dos tempos, começaram a discordar acerca dos procedimentos metodológicos da TFD. O primeiro manteve-se fiel aos princípios que foram inicialmente propostos no método, que se baseou no empirismo objetivo, para a condução das investigações. Já Strauss deslocou o método para a verificação, incorporando novos instrumentos de análise, como a descrição interpretativa dos dados, o que culmina na ruptura entre os autores Glaser e Strauss, que passam a seguir caminhos diferentes dentro dos preceitos metodológicos da TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011; GLASER, 2011; ENGWARD, 2013).

Strauss passou a trabalhar em parceria com Juliet Corbin, que foi autora, juntamente com ele, da obra intitulada “Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory”, cuja primeira versão foi publicada em 1990. Na vertente do

método, escrita por Strauss e Corbin, eles apresentam instrumentos para a aplicação da TDF como método científico e acrescentam a proposta de que a geração da teoria acontece por meio de uma relação colaborativa entre participantes e pesquisadores do estudo, caminhando conforme perspectiva relativista ou subjetivista do método (MELLO; CUNHA, 2010; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Vale destacar que Corbin foi primordial nas modificações do método, uma vez que Strauss faleceu em 1996, antes da finalização da segunda versão de sua obra (MELLO; CUNHA, 2010; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013), publicada no ano de 2008, intitulada “Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada” (STRAUSS, CORBIN, 2008). Essa autora não parou no estudo e aprimoramento do método lançando, no ano de 2015, a terceira versão do livro “Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory”.

Algumas décadas mais tarde, a partir dos anos 2000, surge outro nome importante que se propôs a divulgar novas contribuições sobre o método, Kathy Charmaz (SANTOS, J. L. G. et al., 2016). Essa autora, ex-aluna de Glaser, introduziu em sua obra intitulada “A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa”, sua própria versão sobre o método, iniciando seu aspecto construtivista (CHARMAZ, 2009; EVANS, 2013; LEWIS, 2015; KENNY; FOURIE, 2015; SANTOS, J. L. G. et al., 2016).

A literatura aponta algumas principais diferenças entre os autores Glaser, Strauss e Corbin e Charmaz quanto aos procedimentos metodológicos da TFD, no que concerne à base filosófica ou paradigma epistemológico (1), uso da literatura (2) e ao sistema de análise de dados (3).

Glaser, autor da vertente clássica do método, defende o positivismo moderado (1), uso da literatura ao final da análise dos dados (2) e o de suas orientações descritas no método clássico (original) para descobrir a teoria (dedução de hipóteses analisáveis por meio de teorias já existentes para descobrir a teoria do estudo) (3); Strauss e Corbin, da vertente straussiana (relativista ou subjetivista), de visão pós-positivismo e Interacionismo Simbólico (IS) (1), indicam, em suas orientações para o uso do método, a consulta à literatura em todas as fases da pesquisa (2), fazendo uma orientação rigorosa em sua obra para a criação da teoria (ajuste, compreensão, generalização teórica e controle) (3); já Charmaz, da vertente construtivista e do IS (1), também compartilha das orientações de Strauss quanto ao uso da literatura em todas as fases da pesquisa, orientando que ela deva ser compilada ao final (2) e, para a construção da teoria, a autora deixa o pesquisador à vontade para seguir a versão proposta por Glaser ou Strauss (3) (DANTAS et al., 2009; KENNY; FOURIE, 2015; SANTOS, J. L. G. et al., 2016).

Ainda fazendo uma diferenciação acerca do procedimento de análise dos dados, para Glaser, a codificação acontece por meio de duas etapas, codificação aberta e seletiva; para Strauss e Corbin, são três, a aberta, a axial e a seletiva; já para Charmaz, a análise se dá em duas etapas, as quais chamou de codificação inicial e codificação focalizada (SANTOS, J. L. G. et. al, 2016).

Assim, devido a TFD ser um método descrito por autores distintos, que diferem em alguns aspectos metodológicos, é importante destacar que os processos descritos nesse volume, conjugam a técnica de Strauss e Corbin (2008) para o desenvolvimento desta pesquisa.

A escolha dessa vertente metodológica da TFD se deu com base no fenômeno a ser investigado e na abordagem por meio da qual gostaríamos de estudá-lo, ou seja, a mais adequada à visão de mundo do pesquisador, ao referencial teórico da pesquisa e à problemática sob investigação, como recomendam Santos, J. L. G. et. al. (2016).

Outros autores ainda acreditam que a perspectiva straussiana é a opção mais indicada para pesquisadores iniciantes no método, por apresentar um sistema de análise de dados mais sistemático em relação aos das outras vertentes da TFD (SANTOS, J. L. G. et al., 2018).

Strauss e Corbin possuíam conhecimentos acerca da influência do IS e do pragmatismo. Assim, a TFD é um método de pesquisa qualitativa cuja sistematização técnica e procedimentos de análise capacitam o pesquisador a desenvolver teorias acerca do mundo de vida dos indivíduos. A finalidade da TFD é a construção de um esquema teórico que permita a compreensão dos fenômenos a partir da vivência dos sujeitos investigados, ou seja, suas teorias internas derivam do IS (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os autores acima citados, ao utilizarem o termo “teoria fundamentada” queriam dizer que a teoria construída, por meio dessa metodologia, é resultante da análise dos dados da pesquisa, esses sistematicamente reunidos e analisados, respeitando-se os preceitos propostos na TFD. As teorias fundamentadas, por emergirem dos dados, proporcionam mais discernimento, entendimento e, por fim, tornam-se um guia importante para ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Devido à importância dos dados para a construção das teorias substantivas, é necessário que as técnicas aplicadas para a coleta também sejam apropriadas. Nesse sentido, a principal técnica de pesquisa utilizada na TFD é a entrevista, utilizada no presente estudo, mas, a depender da problemática do estudo, outras poderão ser utilizadas, como, por exemplo, entrevista em grupo, observação, grupos focais, análise de documentos, fotografias/figuras, e ainda, expressões gráficas (CHARMAZ, 2009; MELO; CUNHA, 2010).

A partir da escolha da técnica de coleta, passa-se ao processo de amostragem que, na

TFD, denomina-se amostragem teórica. O início da amostragem teórica acontece com a coleta de dados com pessoas e/ou fontes de dados apontadas apropriadas para responder à questão de pesquisa e objetivo (s) do estudo. Conforme os dados vão sendo coletados e analisados, os próximos participantes do estudo vão sendo escolhidos mediante a necessidade específica de aprofundar em determinado conhecimento e preencher as lacunas que vão surgindo sobre o objeto de pesquisa (DANTAS et al., 2009; GOMES et al., 2015; KENNY; FOURIE, 2015). Isso quer dizer que é a análise dos dados que norteará o pesquisador quanto aos próximos dados a serem coletados na finalidade de desenvolver a teoria do seu estudo em construção (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste referencial metodológico, a amostragem não se baseia em pessoas e sim na representatividade, sendo que a amostra do estudo é construída a partir da busca de elementos que possibilitem o entendimento do fenômeno por meio da constituição das categorias em suas dimensões, propriedades e variações. Entende-se por *propriedades* os atributos ou características, específicas ou gerais, de uma categoria; *dimensões* correspondem à localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou faixa. As propriedades variam ao longo de seus escopos dimensionais, sendo essa *variação* que possibilita ampliar o conhecimento em relação ao objeto de estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, a coleta de dados é realizada até o momento em que os dados começam a se repetir e os sujeitos não apresentam informações novas para a descoberta de outras facetas sobre o fenômeno que está sendo proposto na investigação e, tampouco, para novos conhecimentos sobre o tema da pesquisa. A decisão de interromper a coleta de dados se dá pela saturação teórica das categorias (em suas dimensões, propriedades e variações) que irão compor a teoria fundamentada nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na TFD pode-se realizar coleta de dados em mais de um campo e reestruturação dos instrumentos com mudança no foco das perguntas ou na maneira como são questionadas para obter o máximo de informações e maior entendimento dos sujeitos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Isso acontece pois, à medida que as hipóteses são construídas, elas evidenciam novas possibilidades sobre o problema de pesquisa e acerca das perguntas que nortearão a entrevista (SANTOS, J. L. G. et. al, 2016).

Uma pesquisa que tem como referencial metodológico a TFD não tem o intuito de testar teorias já existentes e sim de investigar o que ainda não se conhece por meio da compreensão do objeto de estudo, permitindo ao pesquisador a construção de uma teoria fundamentada, que emerge dos dados de sua pesquisa (GOMES et al., 2015).

Para que a pesquisa seja produtiva, faz-se necessário que o pesquisador tenha

sensibilidade teórica e habilidade para reconhecer e dar significância aos dados que vão emergindo de sua coleta de dados (reconhecer diferenças e variações nos dados, em termos conceituais, durante o processo de codificação e de interpretação dos significados). Essa sensibilidade teórica permite ao pesquisador aprofundar-se e expandir a teoria, uma vez que o leva ao treino da abstração e o mantém fiel aos dados que vão emergindo (GOMES et al., 2015).

A capacidade de atingir a sensibilidade teórica baseia-se no conhecimento que o pesquisador adquire por meio da literatura científica, em sua experiência pessoal, profissional e do processo analítico (STRAUSS; CORBIN, 2008; LEITE et al., 2012; ENGWARD, 2013). Por isso, a TFD é considerada, ao mesmo tempo, arte e ciência, sendo arte pela habilidade do pesquisador em dar nomes às categorias, em formular perguntas, fazer comparações e agrupamentos de dados brutos, em um esquema inovador e integrador; ciência, pelos rigores metodológico e científico, que precisam ser mantidos na análise dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008; GLASER, 2011).

Conforme os dados vão sendo coletados, desde a primeira entrevista, deve-se realizar sua análise e, conforme já informado, neste estudo, foram utilizadas as três etapas propostas por Strauss e Corbin (2008): codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Deve-se, durante as etapas da análise dos dados, atentar para a elaboração dos memorandos (notas teóricas, metodológicas e de observação), que são os registros sobre a construção da teoria. As notas teóricas são as inferências e/ou interpretações dos fatos sobre os quais o pesquisador vai tomando conhecimento, o que lhe permite formular conceitos e hipóteses. Já as notas metodológicas constituem-se em lembretes e críticas que o pesquisador faz sobre as suas próprias estratégias e as notas de observação são as descrições da observação e audição no campo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008). Essas notas podem/devem ser realizadas, pelo pesquisador, em um diário de campo ou em outro local que julgar mais apropriado, como, por exemplo, no meio eletrônico.

A codificação aberta possui a finalidade de conceituar, ou seja, de agrupar os itens semelhantes e dar-lhes um nome que represente uma associação em comum, reduzindo grandes quantidades de dados a blocos de dados menores, administráveis. Nessa etapa, examinam-se os dados linha por linha, através de um exame minucioso e exaustivo do pesquisador, que culmina na identificação dos códigos substantivos, das suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008). No processo de codificação aberta, a utilização de tempo verbal no gerúndio é indicada como forma de auxiliar o pesquisador no desenvolvimento da sensibilidade teórica, pois o gerúndio auxilia-o na detecção de processos e na fixação aos dados, uma vez que transmitem a sensação de ação e sequência (CHARMAZ, 2009).

Já na codificação axial, marcada pelo movimento indutivo-dedutivo que demanda a sensibilidade teórica, além da reflexão do pesquisador, deve-se desenvolver sistematicamente as categorias e relacioná-las, isto é, relacionar categorias com subcategorias ao longo das linhas de suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Após essas duas etapas, deve-se refinar e integrar as categorias e subcategorias identificadas anteriormente (compará-las e analisá-las continuamente), formando um esquema teórico maior, fazendo com que os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria, última etapa da análise dos dados, conhecida como codificação seletiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Além dos memorandos, o pesquisador deve construir também diagramas, que são imagens visuais ou representações gráficas das relações das categorias do estudo, além do diagrama final, que representará a integração de todas as categorias de sua pesquisa e se constituirá na teoria fundamentada, a teoria emergida dos dados da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008). O diagrama possibilita visualizar e compreender melhor as ações e interações das categorias, subcategorias e, ainda, auxilia o pesquisador a chegar à categoria central e ao esquema teórico, que representará a vivência em estudo (GOMES et al., 2015).

Durante a realização dos passos para a análise dos dados, ocorre um constante ir e vir desses dados, o que se entende por circularidade. Eles são coletados e separados em pequenos pedaços, os códigos, que são analisados e comparados simultânea e sucessivamente; a comparação entre os códigos é a diretriz para a busca de novos dados (BIANCHI; IKEDA, 2008), pois possibilita identificar lacunas a serem preenchidas e elaborar hipóteses a serem confirmadas ou não. Essa circularidade também influencia a amostragem teórica, processo intencional de seleção dos sujeitos (GOMES et al., 2015).

Apesar de a TFD ser tipicamente empregada para a construção de teorias substantivas, Glaser e Strauss afirmam que esta teoria pode ser substantiva ou formal. A Teoria Substantiva é aquela gerada a partir de um contexto específico; produz-se uma teoria aplicada somente ao campo investigado. Já a teoria formal necessita de um estudo aprofundado, envolvendo a geração de conceitos abstratos que podem ser aplicados de forma generalizada a uma realidade mais ampla (GLASER; STRAUSS, 1967; KENNY; FOURIE, 2015). Dessa forma, a teoria substantiva é o alicerce para uma teoria formal. As três perspectivas metodológicas da TFD adotam essa mesma distinção em relação à teoria substantiva e à teoria formal (KENNY; FOURIE, 2015).

Neste estudo, foi construída uma TFD de nível substantivo. Assim, uma TFD consiste em uma explicação teórica de um problema que está delimitado a uma área distinta, de estudo particular (CHARMAZ, 2009; ENGWARD, 2013).

A teorização acontece através de operações indutivas e dedutivas. Ela é indutiva, pois parte do específico para o geral, quer dizer, dos dados para a teoria, não existindo hipóteses preliminares, pois serão os dados que levarão ao entendimento do fenômeno em estudo (assim possibilita o entendimento de implicações que advém das hipóteses, levando o pesquisador a quantificá-las ou negá-las); dedutiva, uma vez que o pesquisador criará hipóteses conforme os dados são coletados e analisados (PETRINI; POZZEBON, 2009; SANTOS et al., 2018).

Esses processos permitem o estabelecimento de temas/categorias/conceitos mais abstratos, através de habilidades que cerquem a criatividade e sensibilidade, contribuindo para a compreensão detalhada e complexa do objeto em investigação (CRESWELL, 2014), já que os dados estão submetidos constantemente a indagações, tornando a explicação teórica cada vez mais consistente (SANTOS et al., 2018).

A teoria surgirá a partir dos dados e representa a interpretação abstrata dos dados brutos, fazendo-se necessário confirmar se essa abstração realmente se ajusta a esses dados brutos e se alguma informação importante não foi omitida do esquema teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ao ser finalizada a terceira etapa, para imprimir rigor científico e consolidação dos resultados da pesquisa, a corrente straussiana recomenda, ainda, a validação da teoria. Para isso existem quatro critérios para julgar a aplicabilidade da teoria ao fenômeno em estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008), sendo que a forma de aplicação é livre, podendo o pesquisador utilizar a criatividade no processo (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

1. Ajuste: se a teoria é fiel à realidade deve se ajustar à área substantiva estudada;
2. Compreensão: a teoria deve ser compreensível e fazer sentido tanto às pessoas estudadas quanto aos estudiosos da área focalizada;
3. Generalização teórica: se o estudo é baseado em dados compreensíveis e em interpretação conceitual extensa, a teoria deve ser abstrata o bastante e incluir variação suficiente para torná-la aplicável a outros contextos relacionados àquele fenômeno;
4. Controle: a teoria deve prover controle, pois as hipóteses que propõem relações entre conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores.

A validação da teoria aponta para a constatação de que o modelo teórico seja uma representação da realidade investigada. A constatação do esquema teórico possibilita ainda debater sua aplicabilidade dentro de outros contextos de espaço e tempo, aceita mudanças e inclusões de novos elementos que apontem ao aprimoramento de informações referentes ao fenômeno investigado (SANTOS, J. L. G. et al., 2016).

***PERCURSO
METODOLÓGICO***

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Essa abordagem compreende um conjunto de técnicas interpretativas, que têm por objetivo expressar e traduzir o sentido dos fenômenos do mundo social por meio da investigação dos significados das relações humanas (AMEZCUA; ZAMBRANO, 2012).

Para a estruturação deste estudo foram contemplados os itens do COREQ - Consolidated criteria for reporting qualitative research (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.2 Contexto do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nos municípios de Passos-MG, situado na mesorregião do Sudoeste de Minas Gerais (MG), a 350 Km da capital Belo Horizonte-BH, e Ribeirão Preto-SP, localizado no interior do estado de São Paulo (SP), na região Sudeste do país, pertencente à mesorregião e microrregião de Ribeirão Preto, localizando-se à noroeste da capital do estado, distando desta 315 Km (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O campo de pesquisa no estado de MG foi a Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP). Neste local, a oncologia clínica iniciou-se em 2002, com o credenciamento do tratamento por quimioterapia, o que culminou na construção do Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC), inaugurado em dezembro de 2009, pertencente à SCMP. Desde agosto de 2011, com o credenciamento do SUS para o serviço de radioterapia, o HRC passou a ser um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

O HRC funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 18:00 horas e é referência para a macrorregião, atendendo 42 municípios vizinhos. A média de atendimentos diários no serviço de quimioterapia é de 35 e, desses, de três a cinco são mulheres em tratamento quimioterápico devido ao câncer de mama. Já o serviço de radioterapia atende diariamente 240 pacientes oncológicos e realiza mais ou menos 19 sessões de radioterapia em pacientes que estão em tratamento do câncer de mama.

No HRC, em relação ao número de atendimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama com idade até 40 anos, em 2010, foram atendidas 11 mulheres; em 2011, 11 mulheres; em 2012, 08 mulheres; em 2013, 15 mulheres; em 2014, 17 mulheres; em 2015, 16

mulheres e, até julho de 2016, 13 mulheres (HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER PASSOS, 2017).

Já o campo de pesquisa no estado de SP foi um o hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), um CACON, credenciado para os serviços de radioterapia e quimioterapia, que realiza atividades de assistência a pacientes oncológicos desde a década de 1960, sendo que nessa época o cirúrgico era o principal tratamento oncológico. A primeira central de quimioterapia do HC data do ano de 1991 e, para atender ao aumento da demanda de pacientes, em junho de 2006, foram inauguradas as suas novas instalações em um espaço para o atendimento multiprofissional.

O serviço de quimioterapia do HCFMRP-USP funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 18:00 horas e, inserido no SUS como referência terciária/quaternária, envolve uma população de cerca de quatro milhões de habitantes, sendo responsável pelo atendimento da demanda do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII de Ribeirão Preto, além dos DRS de Franca, Barretos e Araraquara, bem como outras regiões do Estado de São Paulo e até mesmo, outros estados e países. Conforme informações fornecidas pela enfermeira responsável pela Central de Quimioterapia e pela secretária do serviço, a média de atendimentos diários do local é de 45 e, desses, cerca de cinco são mulheres em tratamento quimioterápico devido ao câncer de mama.

O serviço de radioterapia do HCFMRP-USP também funciona de segunda a sexta-feira, porém, seu horário de funcionamento difere do setor de quimioterapia, sendo das 07:00 às 23:00 horas. Diariamente são atendidos 80 pacientes oncológicos, não havendo vagas exclusivas para nenhuma especialidade. De acordo com o enfermeiro do setor, ocorrem cerca de 12 atendimentos diários de pacientes com câncer de mama para o tratamento de radioterapia.

Em relação ao número de atendimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama com idade até 40 anos, no HCFMRP-USP, em 2010, foram atendidas 56 mulheres; em 2011, 22 mulheres; em 2012, 27 mulheres; em 2013, 25 mulheres; em 2014, 28 mulheres; em 2015, 37 mulheres; em 2016, 32 mulheres e, em 2017, 38 mulheres (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, 2017).

4.3 Atrizes sociais do estudo

Para participar do estudo, os critérios de inclusão foram: mulher diagnosticada com câncer de mama há no máximo um ano (período em que provavelmente ainda está realizando alguma modalidade de tratamento); estar realizando tratamento para a doença (cirurgia e/ou

quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonioterapia); idade entre 18 e 40 anos e ter companheiro sexual desde o diagnóstico para a doença. Como critérios de exclusão: estar em tratamento paliativo.

Todas as mulheres convidadas a participar da pesquisa aceitaram. Dessa forma, foram entrevistadas 13 mulheres, sendo que o tempo médio de duração das entrevistas foi de 28 minutos. Esse número de participantes foi determinado quando se atingiu o objetivo do estudo e a saturação das categorias em suas propriedades e dimensões e das pontes de articulação entre elas.

4.4 Período de Investigação

Os dados foram coletados e analisados pela autora, incluindo o período de sua validação, entre 02 de outubro de 2017 e 06 de agosto de 2019, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino, respeitando-se a rotina das instituições e o horário de funcionamento dos setores de quimioterapia e radioterapia.

4.5 Aspectos Éticos

Foi solicitada autorização do HRC de Passos-MG e do HCFMRP-USP de Ribeirão Preto-SP (APÊNDICE A), para a realização deste estudo, sendo aprovado no HRC (ANEXOS A, B, C e D) e HCFMRP-USP (ANEXO E), e o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado conforme parecer nº 2.283.486 (ANEXO F) e para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG (SCMP), sendo também aprovado, conforme parecer nº 2.359. 463 (ANEXO G).

Todas as participantes receberam esclarecimentos sobre as credenciais da pesquisadora e motivos que a levaram a se interessar pela temática (conforme contemplado no item 1 deste estudo - Apresentação). Quanto ao objetivo do estudo, ao procedimento de coleta de dados, à garantia de sigilo dos dados pessoais, da liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e receberam uma via do documento assinado pela pesquisadora.

Foram obedecidos, portanto, os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos, contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde

(CNS) (BRASIL, 2012).

4.6 O Teste Piloto

Antes de o instrumento de coleta de dados ser aplicado às participantes da pesquisa, ele foi avaliado por duas expertises que trabalham na área relacionada à temática câncer de mama, para um refinamento de seu conteúdo e processo de abordagem durante sua aplicação. Foi realizado também um teste piloto no dia 02 de outubro de 2017. Participou dessa etapa da pesquisa uma mulher que realizava tratamento quimioterápico no HCFMRP-USP de Ribeirão Preto-SP. Não houve necessidade de mudanças no instrumento.

4.7 Procedimentos de Coleta de Dados

No que se refere à inserção da pesquisadora no HRC de Passos-MG, um dos locais de coleta de dados, é importante salientar que esta já possuía vínculo estabelecido com o serviço, pois foi nesse local que coletou os dados de sua pesquisa de mestrado.

No período de coleta de dados a pesquisadora frequentou o setor de quimioterapia e radioterapia do HRC de Passos e do HCFMRP-USP, respeitando a rotina das instituições e horário de funcionamento desses serviços, a fim de identificar, por meio do levantamento de dados dos prontuários, as mulheres que possivelmente poderiam ser incluídas no estudo.

Após esse contato inicial, a pesquisadora comparecia ao serviço no dia e horário que estava agendado para a mulher realizar alguma das modalidades de tratamento para a neoplasia. Nessa ocasião, a pesquisadora abordava a mulher a fim de convidá-la para participar da pesquisa. A entrevista acontecia após a leitura e assinatura do TCLE, no próprio serviço, em local que assegurasse sua privacidade.

Durante a leitura do TCLE, a pesquisadora esclarecia à mulher, que estava sendo convidada a participar da pesquisa, que era enfermeira, tinha experiência na área da saúde da mulher devido sua trajetória profissional de atuação em Centro de Referência em Saúde da Mulher em município do interior de Minas Gerais, sobre seu interesse pela temática devido ao contato com mulheres que tiveram o diagnóstico de neoplasia mamária durante o período que atuou como enfermeira nesse Centro de Referência e durante sua coleta de dados do mestrado, e que, atualmente, é docente das disciplinas da área da saúde da mulher, em uma instituição de ensino da rede pública federal, de um município também do interior do estado de Minas Gerais.

Após a assinatura do TCLE, para a condução da pesquisa, foi utilizado um roteiro de

entrevista semiestruturado (APÊNDICE C), instrumento de coleta de dados, composto de 21 questões na primeira sessão e da questão norteadora, na segunda sessão.

A utilização desse roteiro visava aproximar a pesquisadora da participante da pesquisa, na expectativa de gerar uma atmosfera de confiança e liberdade, para a conversa mais íntima que viria a seguir. Esse roteiro não foi utilizado de modo fechado, sem a possibilidade de questionamentos adicionais, visto que durante o processo de construção da teoria fundamentada nos dados fez-se necessário investigar lacunas e facetas, que surgem em relação ao fenômeno que estava sendo investigado.

A primeira sessão do instrumento de coleta de dados foi relativa a dados sociais e terapêuticos que foram preenchidos mediante as informações levantadas em prontuários e complementadas pela mulher, antes do início da entrevista. Para esse levantamento de dados em prontuários, também foi solicitada autorização da participante da pesquisa, sendo que, após o levantamento prévio, todos os dados foram confirmados pela mulher, antes do início da entrevista propriamente dita. Os dados relativos à terapia para o tratamento do câncer de mama, foram retirados do prontuário, visto que a mulher, algumas vezes, não sabia fornecer informações precisas sobre os itens que constavam no instrumento de coleta de dados.

A segunda sessão continha a questão norteadora: “Fale-me como era e como ficou agora sua vida sexual após o diagnóstico do câncer”. Essa questão foi utilizada para iniciar a entrevista em profundidade (face a face) e direcionou o ponto do estudo a ser explorado, sendo que novas questões foram acrescentadas com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência.

Para o registro dos depoimentos das mulheres, em relação às respostas à questão norteadora e às demais que foram acrescentadas, foi utilizado o gravador digital, que permitiu o registro e transcrição, na íntegra, dos depoimentos. O caderno de anotações (diário de campo) também foi utilizado para registros complementares, que auxiliaram na compreensão e contextualização da análise do campo de pesquisa no momento da análise e interpretação dos dados (notas da observação em campo de pesquisa que possibilitam a reflexão sobre detalhes contextuais e expressões não verbais).

As entrevistas foram conduzidas de modo individual, pela autora do trabalho, com cada participante do estudo, antes ou após a realização da quimioterapia, a depender da rotina do setor naquele dia e da disponibilidade da mulher para a conversa. No HRC, na sala de entrevista (uma sala de urgência, pouco utilizada), a mulher era acomodada na poltrona, a porta era fechada e a entrevista, iniciada. Ao término, a enfermagem era comunicada sobre a finalização da entrevista.

No HCFMRP-USP, desde o momento que a mulher era chamada para entrar na sala de

quimioterapia, ela já era acomodada, pela equipe de enfermagem do setor, num leito distante dos demais, de modo que fosse possível estabelecer um diálogo mais reservado.

Antes do encerramento de cada entrevista, procurou-se esclarecer as dúvidas e melhorar o entendimento de questões que estavam obscuras, garantindo, assim, maior exploração dos aspectos pertinentes à pesquisa. Após cada entrevista, independentemente do local, se HRC ou HCFMRP-USP, era realizada uma nova revisão no prontuário da paciente para complementação e retirada de eventuais dúvidas ainda não esclarecidas pela mulher, na entrevista.

No HCFMRP-USP foram realizadas cinco entrevistas e, no HRC, oito entrevistas. A constituição dos dois grupos amostrais foi importante e suficiente para obtermos a variabilidade interna em relação às características e experiências pessoais de cada uma das mulheres participantes da pesquisa, e contribuiu para a construção das categorias em suas dimensões e propriedades.

4.8 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada de acordo com a TFD, por meio de três passos analíticos interdependentes (codificação aberta, axial e seletiva), em que o cumprimento de uma etapa não impede retornar a ela, pois o movimento é circular (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No primeiro passo analítico, a codificação aberta, foi realizada uma leitura a fim de identificar a essência dos relatos da depoente (palavras ou frases), aos quais foram atribuídas expressões, formando assim, os códigos abertos. Optamos por seguir as orientações de Strauss e Corbin (2008) e utilizamos o verbo no gerúndio, o que lembra movimento, algo em construção e passível de alteração, caracterizando o processo circular de análise dos dados, conforme prevê o método. Para possibilitar o retorno ao código, dentro da entrevista transcrita e verificar o contexto da fala do sujeito, utilizamos o critério de numerar as linhas (Quadro 2).

Cada uma das entrevistas foi transcrita e analisada logo após sua realização. A próxima entrevista somente aconteceu após esse passo ter sido concluído. Abaixo, um exemplo de como foi realizada a codificação aberta nesse estudo.

Quadro 1 – Codificação aberta, segundo modelo da TFD (Formando códigos abertos). HCFMRP-USP, Ribeirão Preto (SP); HRC, Passos (MG), 2019.

Linha	Trecho da entrevista	Codificação Aberta	
		Essência do relato	Código Aberto
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	“Olha, hoje é óbvio que não é como era antes, por conta da minha indisponibilidade, essas coisas! Não é (...), vamos dizer que não é com a mesma frequência, só isso! A única coisa que mudou é que não é com a mesma frequência! Não é uma coisa como eu te falei que é diariamente, mas é super tranquilo (...)!” (E1)	não é como era antes, por conta da minha indisponibilidade;	Mudando a prática sexual devido indisponibilidade
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	“E, a segunda, foi a parte sexual, que eu falo para você que a cirurgia de mama, a retirada de mama tira um pouco da sensualidade da mulher, querendo ou não eu sei que a gente tá lutando para viver, lógico, ali é uma luta!” (E2)	mudou, não é com a mesma frequência! Não é diariamente! a cirurgia de mama, a retirada de mama tira um pouco da sensualidade da mulher	Alterando a frequência Deixando de ser diariamente Afetando a sexualidade

Fonte: elaborada pela autora.

Esse processo iterativo de coleta e análise dos dados possibilitou-nos aprofundar no problema de pesquisa e na construção dos memorandos, notas teóricas (reflexões acerca dos dados que emergiam) e notas metodológicas (como se fossem lembretes para nós mesmas dos critérios e passos a seguirmos nas próximas coletas de dados a fim de nos manter fiéis à TFD), sendo válido para a visualização das lacunas que iam surgindo e que precisavam ser melhor exploradas nas próximas entrevistas. As notas de observação também foram realizadas e seus registros produzidos num caderno (diário de campo). O quadro a seguir (Quadro 3) mostra como as notas teóricas e metodológicas foram construídas no decorrer da coleta e análise dos dados.

Quadro 2 – Notas teóricas e metodológicas, segundo modelo da TFD. HCFMRP-USP, Ribeirão Preto (SP); HRC, Passos (MG), 2019.

Linha	Trecho da entrevista	Codificação Aberta			
		Essência do relato	Código Aberto	Nota Metodológica	Nota Teórica
1 2 3 4 5 6 7 8	“Olha, hoje é óbvio que não é como era antes, por conta da minha indisposição (...)” (E1)	não é como era antes, por conta da minha indisposição	Mudando a prática sexual devido à indisposição	Pesquisar sobre fatores que alteram a prática sexual.	A continuidade da vida sexual ou a interrupção seguida de retomada dependem da intimidade anterior do casal, da interação, comunicação, da avaliação da frequência, satisfação e qualidade atribuída a prática sexual.

Fonte: elaborado pela autora.

No segundo passo analítico, a codificação axial, os códigos abertos e semelhantes, identificados no passo anterior, foram agrupados em subcategorias e categorias, propiciando uma melhor visualização dos fatos e uma aproximação do pesquisador com seu objeto de estudo, permitindo mais uma vez a reflexão dos dados que iam surgindo.

Essa etapa exige muita atenção e diversas leituras e releituras dos códigos a fim de direcioná-los corretamente às subcategorias e categorias para a construção de um significado que leve à compreensão do fenômeno em estudo, além da busca na literatura por informações que auxiliem na compreensão dos dados que emergem (sensibilidade teórica). As subcategorias e categorias recebem uma denominação que pode ser modificada ao longo do processo de análise dos dados, conforme surgem novas facetas em relação ao fenômeno que está sendo investigado, visto a dinamicidade do processo de agrupamento e reagrupamento dos códigos em subcategorias e categorias.

Como podem surgir muitos códigos, é importante que o pesquisador se organize o máximo possível para evitar falhas e perdas. Para isso, foi utilizada a técnica de destacar os códigos semelhantes em cores iguais às subcategorias a que pertenciam, relacionando-os também à categoria para a qual estavam sendo direcionados, sendo utilizada, para essa

categoria, uma cor diferente, destacando-se e diferenciando-se subcategorias de categoria.

É o que representamos abaixo, exemplificando com a construção do Quadro 3.

Quadro 3 – Codificação axial, segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias). HCFMRP-USP, Ribeirão Preto (SP); HRC, Passos (MG), 2019.

Código aberto	Codificação Axial	
	Subcategoria	Categoria
Mudando a prática sexual devido indisponibilidade	Os transtornos emocionais e físicos advindos da descoberta do câncer de mama	Fatores que afetaram a prática sexual
Afetando a sexualidade	Os tratamentos para o câncer de mama	Fatores que afetaram a prática sexual

Fonte: elaborado pela autora.

Durante esse processo, o pesquisador vai reordenando e reagrupando as categorias e subcategorias; por isso, a cada nova análise é possível modificar o número dessas subcategorias e categorias. O importante é que, ao final, seja possível um número suficiente de interlocutores, que proporcionem a repetição e complementaridade das informações (categorias e subcategorias), por meio de pontes de ligação entre as diversas categorias, possibilitando, dessa forma, a realização da terceira e último passo da análise dos dados.

Nesse momento, a teorização está avançada, pois a indução e a dedução do pesquisador sobre os dados estão ocorrendo a todo momento, e esses dados categorizados permitem o entendimento do fenômeno em estudo.

A partir da análise dos dados coletados, foi possível iniciar a elaboração de diagramas. Nesta etapa do estudo (codificação axial), foram elaborados dois diagramas (Diagrama 1 e Diagrama 2), um para cada uma das categorias, explicitando o resultado dos dados categorizados até aquele momento. Vale reforçar que os diagramas estão sujeitos a modificações em suas representações gráficas até a conclusão da pesquisa (circularidade da análise dos dados).

No terceiro passo da análise dos dados, a codificação seletiva, realizou-se o refinamento das categorias, o que permitiu identificar a categoria que vem a ser o fenômeno central, ou seja, aquela que permeia todas as outras já identificadas. Essa é a categoria que consiste na teoria do estudo, ou seja, a teoria fundamentada nos dados (Diagrama 3).

Neste estudo, a validação da teoria fundamentada (esquema teórico) ocorreu por meio da comparação com os dados brutos, sendo realizada uma análise comparativa de alto nível,

por meio da validação por uma das atrizes sociais participantes da pesquisa (E8) e, também, por expertises na área de estudo, num processo intitulado pré-banca de análise da tese. Para avaliar a aplicabilidade da TFD ao fenômeno em estudo foram seguidas as recomendações propostas por Strauss e Corbin (2008) e aplicados os critérios de ajuste, compreensão, generalização e controle.

- **Ajuste:** o estudo foi escrito por uma pesquisadora que está próxima a um problema específico ou população de pessoas (retorno aos dados brutos e realização de comparação com os achados descritos na pesquisa); assim, a teoria é fiel à realidade e se ajusta à área substantiva estudada.
- **Compreensão:** o estudo foi apresentado e validado por duas pesquisadoras, uma expert no referencial metodológico, e outra, na temática da pesquisa. A validação foi comprovada ainda com uma atriz social participante da pesquisa. Assim, a teoria se mostrou compreensível e fez sentido tanto às pessoas estudadas, quanto aos estudiosos da área focalizada;
- **Generalização:** as mesmas expertises da temática da pesquisa e do referencial metodológico, que validaram a “Compreensão”, também comprovaram a “Generalização”, uma vez que consideraram este estudo baseado em dados compreensíveis e em interpretação conceitual extensa, com a teoria aqui construída, abstrata e com variação suficiente para torná-la aplicável a outros contextos relacionados àquele fenômeno.
- **Controle:** as mesmas expertises da temática da pesquisa e do referencial metodológico, que validaram a “Compreensão” e a “Generalização” também comprovaram que a teoria aqui construída provê controle, uma vez que as hipóteses que propõem relações entre conceitos poderão ser usadas para guiar ações posteriores.

Figura 1 - Passos das análises de dados segundo referencial metodológico, a TDF.

Fonte: elaborado pela autora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecendo as atrizes sociais da pesquisa

A descrição de cada atriz social da pesquisa será apresentada com o intuito de mostrar algumas características que contemplam as participantes da pesquisa. Para a garantia do sigilo e anonimato dessas mulheres, elas foram identificadas com nomes escolhidos de modo aleatório. A autora do presente estudo optou por usar um nome fictício, que será acompanhado da letra E (entrevista) e do número correspondente a essa entrevista.

Daniela (E1)

Daniela, 32 anos, casada/em união estável há um ano e seis meses, auxiliar administrativa, evangélica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita, há doze meses, em estágio IIIB e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico; havia realizado cirurgia de mastectomia para remoção do tumor. Pele de cor parda com tatuagem no ombro esquerdo, pinta marcante no queixo, cabelos na altura dos ombros, pretos com alisamento, olhos pretos, usava uma tiara no cabelo, brincos e prótese externa na mama. Ao comentar sobre a neoplasia, emocionou-se. Durante a entrevista mostrou-se educada e na maior parte, sorridente. O cenário da entrevista foi o HCFMRP-USP.

Ana Clara (E2)

Ana Clara, 39 anos, casada/em união estável há cinco anos, auxiliar de lavanderia, espírita, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama esquerda há doze meses, em estágio IIIA e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e hormonioterapia e já havia realizado radioterapia e cirurgia de mastectomia para remoção do tumor. Pele de cor parda, olhos pretos, cabelos pretos enrolados e curtos, e prótese externa na mama. Referiu ter feito reconstrução mamária, sem sucesso, pois apresentou rejeição da prótese. Durante a entrevista mostrou-se sorridente e comunicativa. O cenário da entrevista foi o HCFMRP-USP.

Vanessa (E3)

Vanessa, 40 anos, casada/em união estável há dez anos, do lar, evangélica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma indiferenciado na mama esquerda há quatro meses, em estágio IIA e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor parda, olhos pretos, usava turbante vermelho e brincos azuis. Estava acompanhada de seu esposo e de

um amigo que trabalha no setor de radioterapia do hospital. Durante a entrevista mostrou-se educada, discreta e séria. O cenário da entrevista foi o HCFMRP-USP.

Jéssica (E4)

Jéssica, 34 anos, solteira com namorado há dois anos, recepcionista, evangélica, cursou o ensino técnico. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama esquerda há dez meses, em estágio IIB e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e hormonioterapia; havia realizado cirurgia de mastectomia para remoção do tumor. Pele de cor branca, cabelos loiros (já nascendo); usava brincos, batom e enchimento na mama. Estava acompanhada de seu namorado. Durante a entrevista mostrou-se educada e muito comunicativa. O cenário da entrevista foi o HCFMRP-USP.

Eduarda (E5)

Eduarda, 39 anos, casada/em união estável há vinte e cinco anos, floriculturista, católica, cursou o ensino fundamental incompleto. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita há três meses, em estágio IIIA e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor parda, sobrancelha tatuada, mas com pelos seus também; usava brincos e uma peruca castanho-clara até a altura dos ombros. Referiu ainda não ter realizado cirurgia. Estava acompanhada de seu filho. Durante a entrevista mostrou-se comunicativa. O cenário da entrevista foi o HCFMRP-USP.

Wânia (E6)

Wânia, 39 anos, casada/em união estável há dezoito anos, trabalhadora autônoma, católica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama esquerda há quatro meses, em estágio IA e, no momento da entrevista estava em tratamento radioterápico; havia realizado cirurgia de quadrangectomia para remoção do tumor. Pele de cor branca, cabelos castanhos, usava brincos, estava muito bem vestida. Durante nossa conversa, mostrou-me a cicatriz na mama, foi educada e discreta. O cenário da entrevista foi o HRC.

Valéria (E7)

Valéria, 35 anos, casada/em união estável há dezenove anos, floriculturista, católica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita há seis meses, em estágio IIA e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor branca, cabelos pretos e curtos, crescendo ainda, pois os havia perdido devido à quimioterapia. Estava de batom cor de rosa, blusa preta e calça jeans. Referiu ter doado seu cabelo ao hospital, por duas vezes, anteriormente ao diagnóstico de sua neoplasia. Manifestou

desejo de divorciar-se de seu esposo, pois não se relacionavam satisfatoriamente há algum tempo. O cenário da entrevista foi o HRC.

Samanta (E8)

Samanta, 39 anos, casada/em união estável há quinze anos, auxiliar de escritório, católica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama esquerda há sete meses, em estágio IIB e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor negra, aparência muito mais jovem do que a idade, poucos pelos na sobrancelha, os quais caíram devido aos efeitos da quimioterapia. Usava lenço todo amarrado na cabeça, de cor branca e amarela; brincos, blusa decotada e batom todos de cor laranja. Referiu ter perdido todo o cabelo. Durante a entrevista mostrou-se comunicativa e alegre. O cenário da entrevista foi o HRC.

Fabíola (E9)

Fabíola, 35 anos, casada/em união estável há dez anos, funcionária pública, evangélica, cursou o ensino superior completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita há nove meses, em estágio IIIA e, no momento da entrevista, estava em tratamentos quimioterápico e radioterápico; havia realizado cirurgia de mastectomia para remoção do tumor. Pele de cor branca; estava usando lenço estampado em tom de lilás na cabeça; poucos pelos na sobrancelha, os quais caíram devido aos efeitos da quimioterapia; usava blusa do hospital, aguardando para fazer radioterapia. A cicatriz da axila ficava à mostra, devido à vestimenta. Mulher tímida, porém, risonha. O cenário da entrevista foi o HRC.

Gisele (E10)

Gisele, 40 anos, casada/em união estável há dezenove anos, do lar, evangélica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita há dois meses, em estágio IIB e, no momento da entrevista, estava em tratamento radioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor branca; fazia uso de lenço na cor palha e marrom, amarrado na cabeça; apresentava sobrancelha com quantidade normal de pelos. Mostrava-se pouco vaidosa e apresentou-se séria e reservada durante a entrevista. O cenário da entrevista foi o HRC.

Valquíria (E11)

Valquíria, 36 anos, solteira com namorado há nove anos, auxiliar de secretaria escolar, evangélica, cursou o ensino técnico. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama esquerda há nove meses, em estágio IIIB e, no momento da entrevista, estava em tratamento radioterápico; havia realizado cirurgia de mastectomia para remoção do tumor e quimioterapia.

Pele de cor preta, usava camiseta azul estampada, tinha unhas roídas e usava batom. Apresentava apenas lanugens na cabeça, e poucos pelos na sobrancelha, os quais caíram devido aos efeitos da quimioterapia. Durante a entrevista esteve falante, porém, um pouco reservada. O cenário da entrevista foi o HRC.

Waldete (E12)

Waldete, 34 anos, casada/em união estável há seis anos, auxiliar de saúde, católica, cursou o ensino médio completo. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita há sete meses, em estágio IIIA e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor parda, usava lenço nas cores lilás e branco e batom lilás, combinando. Estava de jaqueta de couro e bota. Apresentava sobrancelha tingida com hena. Esteve risonha, alegre e bem comunicativa durante a entrevista. O cenário da entrevista foi o HRC.

Silvana (E13)

Silvana, 40 anos, casada/em união estável há vinte e um anos, camareira, evangélica, cursou o ensino fundamental incompleto. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante na mama direita há um mês, em estágio IIIA e, no momento da entrevista, estava em tratamento quimioterápico e ainda não havia realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do tumor. Pele de cor parda; estava usando lenço na cabeça e aparentava ter mais idade (mais de 40 anos, sua idade atual). Durante a entrevista esteve bastante comunicativa, porém, tímida. O cenário da entrevista foi o HRC.

A seguir, apresentamos a Figura 2 que contempla essa caracterização de forma resumida:

Figura 2 – Representação gráfica das atrizes sociais participantes da pesquisa, quanto a dados socioeconômicos e dados da patologia, HCFMRP-USP, Ribeirão Preto (SP); HRC, Passos (MG), 2019, (n=13).

Fonte: elaborado pela autora.

5.2 A Construção dos Diagramas

Conforme citado, após a codificação aberta, com a identificação dos códigos abertos (preliminares), passamos ao segundo passo da análise dos dados (codificação axial), coletados por meio das entrevistas. A etapa de codificação axial constou de sete análises, sendo que na primeira emergiram doze subcategorias e onze categorias; na segunda e terceira, doze subcategorias e três categorias; na quarta, quinta e sexta análises emergiram nove subcategorias e três categorias. Já na sétima e última análise, emergiram duas categorias e quatro subcategorias.

Assim, da codificação axial resultaram duas categorias (apresentadas nas elipses) e quatro subcategorias (apresentadas nos retângulos pontilhados), que permitiram a construção de dois diagramas (Diagramas 1 e 2), como recomenda a TFD.

O terceiro passo da análise dos dados (codificação seletiva), com o refinamento das categorias, resultou na elaboração do terceiro diagrama (Diagrama 3), denominado “A Prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama: entendendo os fatores que afetam sua manutenção e os que contribuem para a sua retomada”. Esta categoria consiste, portanto, na teoria do estudo, ou seja, a teoria fundamentada nos dados.

No segundo passo do processo analítico, a codificação axial, realizou-se, ainda, uma seleção das falas das participantes que melhor retratassem a essência do relato e da categoria e esses depoimentos foram utilizados durante a discussão dos achados dessa pesquisa. É importante citar que as falas passaram pelo processo de refinamento, com a padronização na linguagem culta e retirada dos vícios de linguagem.

O método proposto permitiu-nos conhecer a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama, as estratégias de enfrentamento de que se utilizaram para retomar a prática sexual, além de entender sua vivência em relação ao câncer.

A seguir serão apresentados, na ordem, os dois diagramas resultantes da codificação axial, seguidos do diagrama resultante da codificação seletiva, todos com suas respectivas categorias e subcategorias discutidas separadamente.

Diagrama 1 – Compreendendo a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama

Fonte: elaborado pela autora.

5.3 Contextualizando o Diagrama 1

O diagrama 1 refere-se às interpretações e reações das mulheres diante do diagnóstico e dos tratamentos do câncer de mama, que afetaram sua prática sexual, já que alteraram seus relacionamentos sexuais com o companheiro devido às questões emocionais (o câncer tornou-se o fator mais preocupante em suas vidas naquele momento e atrapalhou a manutenção da prática sexual do casal; elas não sentiam vontade, na verdade nem pensavam em sexo, mas sim na cura da doença); e físicas (devido ao nódulo na mama), além das questões advindas dos eventos adversos dos tratamentos: cirúrgico (retirada da mama, alterando a imagem corporal), quimioterápico e hormonioterápico (medicamentos provocaram ressecamento vaginal, diminuição da libido, anorgasmia, entre outros). Em relação ao tratamento radioterápico, as mulheres apresentaram como queixa de evento adverso a ocorrência de fadiga, no entanto, esta não interferiu na prática sexual.

Nesse diagrama, denominado “Compreendendo a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama”, temos a categoria: “Fatores que afetaram a prática sexual” e as subcategorias: “Os transtornos emocionais e físicos advindos da descoberta do câncer de mama” e “Os tratamentos para o câncer de mama”.

5.3.1 Subcategoria: Os transtornos emocionais e físicos advindos da descoberta do câncer de mama

As modificações no bem-estar sexual podem se constituir em um dos maiores problemas advindos da vivência do câncer de mama, com um impacto longínquo, e se prolongar por muitos anos após um tratamento bem-sucedido (SILVA; SANTOS, 2008). Podem estar associadas a graves danos emocionais e físicos, decorrentes dos efeitos colaterais e da elevada toxicidade desse tratamento (USSHER; PERZ; GILBERT, 2013).

Neste estudo, em sua maioria, as jovens participantes da pesquisa relataram que houve mudanças na prática sexual em decorrência do diagnóstico do câncer de mama e dos tratamentos. Ao se receber o diagnóstico, a prática sexual foi afetada. Para as mulheres “a vida perde a graça”, elas se veem doentes, sentem-se deprimidas e tentam aceitar sua nova condição, assimilar e acreditar no que está acontecendo com elas. Assim, o foco de suas vidas e de suas preocupações se volta para a doença e suas consequências, para a efetividade dos tratamentos que irá realizar e para como eles podem proporcionar a cura do câncer que as acometeu.

Muitas delas têm dúvidas quanto ao momento certo e à forma correta de contar a triste

novidade para a família; manifestam medo de morrer, incertezas quanto ao futuro, e isso também acontece com seus companheiros em relação à evolução delas diante de um diagnóstico de câncer de mama. Ocorre, então, a privação da prática sexual, que se dá porque nesse momento a inquietação em relação à doença é tão grande que elas (e talvez eles) não sentem vontade e nem pensam em sexo. Nesse sentido, as mulheres acrescentam que o tumor na mama, algumas vezes, pode causar dores, e que há o receio do companheiro em machucá-las, o que também acarreta prejuízos à prática sexual.

“Ela (prática sexual) foi interrompida sim! Porque no começo foi muito difícil eu aceitar o que estava acontecendo comigo! Não conseguia assimilar o que estava acontecendo comigo, eu não acreditava! Não foi por conta dele (companheiro) não, eu mesma que tive muito receio e não estava com minha cabeça no lugar, não tinha vontade, eu estava preocupada com outras coisas (...). A incerteza se ia dar certo o tratamento, se não ia, se ia viver, se ia morrer, como que eu ia ficar!”(E1)

“No início, eu sentia dores, então, eu achava que ia me atrapalhar! Eu sentia as dores do nódulo, no seio, porque qualquer coisinha eu achava que ia me incomodar, eu não ia ficar na liberdade de ter a relação, qualquer coisinha ia me incomodar!”(E3)

“A gente tem duas escolhas: ou você enfrenta, ou você fica em casa! Por que? O seio da gente, tem uma pelotinha, dói, então, nem pela gente, o marido da gente fica com medo de machucar (ao tocar a mama) a gente! Eu acho que é mais complicado para o marido, e não para a mulher! Para a mulher, eu acho que no momento é mais difícil dela ficar com liberdade (de fazer algumas “brincadeiras” durante a relação sexual), assim, entendeu? E o marido, para não machucar a mulher (ao tocar a mama)!”(E5)

“Quando eu fiquei sabendo...Ah, teve (privação de sexo)! Ah, a gente quando fica sabendo (do câncer) é um baque muito grande, porque tipo assim, você não espera que vai acontecer com você! Então, até você reorganizar sua vida, você vir no médico, conversar, ver que tem tratamento, até você entender isso tudo, a vida da gente muda completamente! Então, você nem lembra, você deita preocupada (com a doença), você acorda preocupada, você pensa o que vai ser amanhã de mim? Então, eu fiquei preocupada (em relação à doença e tratamentos), eu achei que ele ficou também, bem mais do que eu porque ele também não sabia o que ia acontecer!”(E8)

“Quando a gente descobre, a gente fica muito deprimida, aí a gente não quer saber de nada, como se diz, dormir, dormir até passar tudo, então assim, é um tipo de coisa que eu abri mão inicialmente (prática sexual) por estar deprimida.”(E9)

“O baque de você saber que você teve um câncer muda tudo a sua vida! Para mim foi

difícil demais aceitar que eu tive um câncer! Foi difícil!”(E11)

“Quando eu fiquei sabendo do nódulo eu chorei muito sabe, foi a mesma coisa de te atirar no chão! Ah, mudou um pouco sabe (em relação a prática sexual)! Porque assim que eu descobri o nódulo, que eu já estava me preparando para fazer esse tratamento, eu já fiquei meia acanhada, fiquei na minha! Eu não queria falar para ele, mas depois eu falei assim, ah, vou fazer o tratamento, vou ter que contar com a ajuda dele! Aí eu contei! ...A gente ficou nessa crise assim, meio chora, meio tristonha, mais de mês!”(E13)

Além dessas questões, foi apontado pelas jovens atrizes sociais que a chegada de uma doença ameaçadora, assustadora e desconhecida no seu cotidiano, afetou-as psicologicamente. Houve um desequilíbrio emocional que as obrigou a buscar formas de lidar com todas as adversidades provocadas pelo anúncio do diagnóstico. Isso as fez “esquecer” da prática sexual, pois sentiam necessidade de lutar nesse momento para se libertar das “amarras da doença”.

“Eu me privei (da prática sexual), porque eu não sei, se foi meu psicológico, eu não sei explicar (...), eu acho que não é fácil para ninguém, então como eu não aceitava, foi onde eu me privei!”(E1)

“De eu tirar esse bloqueio que está me incomodando na minha mente e da aproximação com ele, porque eu imagino que ele pensava assim que eu não procurava ele por causa de dor, ou por causa do tratamento em si, por questão de tudo, do tratamento, do nódulo, remédio, essas coisas estavam me bloqueando!”(E3)

“...o que me limitou (na relação sexual) foi uma questão minha, dentro de mim, mas eu gosto, prezo dentro do casamento com meu esposo! Não sei te explicar porque, foi mais o psicológico que atrapalhou, mais da minha parte do que da dele (companheiro).” (E9)

“A gente fica triste (não consegue pensar em sexo), mas é mais psicológico mesmo. Estava com dor na mama e ele ficou com medo de machucar a mama, é isso!”(E10)

“O resultado de saber que eu tenho o câncer me deixou meio que com a cabeça desnorreada! A doença mexeu muito com o meu psicológico! É por causa de vários fatores, eu estou fazendo tratamento psicológico! Eu, eu não consigo (pensar em sexo nesse momento), eu estou focando em me libertar disso tudo! (E11)

Desse modo, compreender a vida de uma pessoa com câncer é enxergar a necessidade de compartilhar dores, preocupações, tristezas, discutir sentimentos e tentar diminuir as

preocupações de uma situação repleta de temores e incertezas, principalmente quando a sensação de finitude pode se tornar presente. Implica ser sensível para olhar como alguém que possui consciência da situação em que se encontra e que necessita de cuidados, não somente para o seu corpo físico, mas também na esfera existencial (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

A doença modifica o modo de pensar da mulher e ela pode passar a enxergar as coisas, ao seu redor, de modo negativo, à medida que vivencia momentos de conflito interno, devido aos significados que ela constrói ao longo de sua vida, gerados a partir das relações sociais. Em relação às práticas sexuais, as jovens mulheres afirmam que existem duas etapas em suas vidas, uma anterior e outra posterior ao câncer de mama. Elas relatam que, antes da doença, apesar do tempo gasto com os afazeres e a rotina do dia-a-dia, passeavam bastante e a prática sexual com seus companheiros se dava de forma ativa, fervorosa e intensa e concluem que a doença modifica esse panorama.

“(...) quando a gente se conheceu, eu gostava muito de sair... quando eu descobri (o câncer), a minha vida mudou! Eu me privei de tudo (da prática sexual, inclusive), mas era uma vontade minha! Eu me privei de tudo, eu não saía, eu não estava em reunião com os meus amigos, eu não falava com os meus amigos, eu não fazia nada (inclusive sexo)!” (E1)
“Bem ativa! Eu sempre tive uma vida bem ativa! Eu sempre gostei de sexo, eu sempre tive uma lubrificação muito boa, você entendeu? Então, isso mexeu muito comigo! Eu sempre gostei muito de sexo! Eu sempre me senti bem fazendo sexo! Então, é uma certa coisa, você entendeu? Está me faltando, tanto para mim quanto para meu marido! Mudou totalmente! Creio eu que no começo não, acho que depois com o tempo, passar dos anos que você vai se adaptando, o seu parceiro vai se adaptando! É difícil!” (E2)

“(antes do câncer) Não era assim antes, era bem mais ativa! Pelo menos, nos dias que ele ficava comigo” (E3)

“Ah, antes como se diz, fazia mais vezes, meu marido fica muito em casa, porque ele trabalha 12, descansa 36, era um dia sim e um dia não (risos)! Agora, não! Não é mais como era antes! Antes fazia mais vezes, era um dia sim e um dia não (risos)!” (E8)

“Era tranquila, normal assim, bom, tudo! Gostava e tudo, era frequente (prática sexual)! Aí o que mudou foi mesmo essas questões do corpo, de sentir dor, de desconforto, da vaidade, de estar sem cabelo, não sei se as mulheres se sentem menos mulher. Depois que nós voltamos, a relação sexual melhorou, não foi tudo aquilo que eu imaginei, acho que eu que coloquei muitos obstáculos que não existiam (para retomar a prática sexual com o companheiro)!” (E9)

“E antes, às vezes eu tomava a iniciativa! Agora não, agora eu estou mais sossegada! Eu acho que eu já não tinha muito desejo assim, eu acho que agora piorou!”(E10)

“Era mais intenso, agora não! Era boa, era satisfatória (prática sexual)! Igual eu estou te falando, eu não estou com cabeça para ficar tendo relação sexual, tem outras prioridades na minha vida (tratar a doença e se curar)!”(E11)

“Parece que eu me tranquei nessa parte! Antes a gente namorava mais, ficava mais para valer, então não está aquela coisa fervorosa mais!”(E13)

A participante da pesquisa, no relato abaixo, nos aponta que o câncer de mama a deixou insegura no que diz respeito ao relacionamento com o seu namorado. O medo de perdê-lo esteve presente, talvez por ela já ter construído o conceito de que o câncer modifica o corpo e a vida da mulher e de que essas mudanças poderiam acarretar prejuízos em seu relacionamento. Entretanto, esse mesmo relato nos mostra que a atitude do namorado foi contrária, pois ele a apoiou, não a rejeitou nem abandonou-a por causa da neoplasia mamária.

“Porque são duas etapas diferentes da minha vida (antes e depois da doença), porque antes eu sempre fui muito segura, eu sempre tive muitos namorados, eu nunca fiquei sozinha, sempre namorei assim bastante, nunca fui de ficar sozinha, de só ficar, sempre me relacionei com os meus namorados, sem problemas! Agora, eu tive um pouco de medo de ser rejeitada, a gente sempre acha que ninguém vai querer ficar com você (...) que eu estou com câncer! Mas eu me senti muito mais amada com esse namorado que fala que me aceita do jeito que eu sou, sendo que os outros, talvez, por eu ser normal, era normal!”(E4)

Outra faceta das mudanças na prática sexual das jovens atrizes sociais desse estudo refere-se ao modo como o relacionamento afetivo delas acontecia antes da doença. Suas diferentes declarações, nos depoimentos acima apresentados, mostram que tais mudanças podem ou não ocorrer e, se ocorrerem, podem ser distintas para cada mulher, a depender de como elas se relacionavam com seus pares antes de adoecerem.

Nesse sentido, estudos retratam que, geralmente quando a mulher é acometida pelo câncer de mama, já tendo uma relação estável e harmoniosa com seu companheiro, a doença não implica desordens na relação sexual, o que contribui para a reorganização familiar e para a reconstrução da vida do casal nessa nova condição. No entanto, quando o relacionamento já estava abalado, este tende a piorar e até mesmo terminar (SAMPAIO, 2006; PÁDUA, 2006; GONÇALVES, 2014).

Os resultados do presente estudo corroboram essas afirmações e apresentamos abaixo o que as mulheres relataram a respeito dessas questões. Pode-se constatar que, para algumas, apesar de terem ocorrido mudanças na prática sexual, estas não foram tão prejudiciais ao relacionamento sexual do casal (antes era boa, depois permaneceu boa: E1, E4, E5, E9). Para outras, esse relacionamento nem chegou a ser prejudicado, e até se apresentou mais satisfatório em relação ao período que antecedeu a doença (antes era boa, depois melhorou: E6, E8, E12).

Outras mulheres relataram que a prática sexual, que era satisfatória antes da doença, não permaneceu assim após sua descoberta (antes era boa, depois ficou ruim: E2, E3, E13). E houve ainda depoentes que relataram uma prática sexual desfavorável antes do diagnóstico, mantendo-se desfavorável com esse anúncio (antes era ruim, depois continuou ruim: E7, E10). As primeiras falas foram pronunciadas por aquelas que mantinham um bom relacionamento com o parceiro antes de se descobrirem doentes (antes era boa, depois permaneceu boa: E1, E4, E5, E9; antes era boa, depois melhorou: E6, E8, E12). A antepenúltima e penúltima falas são de mulheres cujos problemas eram anteriores ao relacionamento à doença, mostrando a piora dessa relação a partir do diagnóstico do câncer de mama (antes era ruim, depois continuou ruim: E7, E10), e a última é o depoimento de uma atriz social que ainda não estava conseguindo ter relações sexuais com seu parceiro (sem relação sexual: E11).

“Hoje é óbvio que não é como era antes, por causa da minha indisposição, essas coisas! Não é com a mesma frequência, só isso! Não é uma coisa que é diariamente, mas é super tranquilo!” (E1)

“Olha, não é como era antes, por conta da minha indisponibilidade! Antes também, não sei se porque era começo (da relação), era tudo mais legal, era tudo mais intenso! Hoje, é normal, entendeu? Não é, vamos dizer, com a mesma frequência, só isso! A única coisa que mudou é que não é com a mesma frequência! É a mesma coisa assim em relação a prazer! Não mudou nada! A vontade é a mesma! Sinto (libido, orgasmo) acho que tipo assim, é a mesma coisa, a mesma vontade que tinha antes, eu tenho agora!” (E4)

“Olha, seu eu te falar que está 100% a mesma coisa, eu vou estar mentindo! Mas graças à Deus, está, está indo (risos)! Eu não paro não (risos)! Está indo mais devagar (risos)! Se eu falar que está indo igual, vou estar mentindo! O que a gente fazia, a gente faz, só que mais devagar, mais com cuidado, mais com delicadeza, da parte mais do homem, do marido! Então, agora, é tudo devagarzinho! Mas tudo que não atrapalhe nada!” (E5)

“Foi tranquilo (risos)! Foi melhor do que eu esperava, foi tranquilo até! Eu achei que ia ser pior, mas foi tranquilo!” (E9)

“É melhor agora do que antes, mas ele sempre foi muito carinhoso, nunca tive nenhum problema quanto a isso! Ele é muito mais carinhoso agora do que antes! Mais preocupado, entendeu, comigo! Eu me sinto bem!” (E6)

“Eu até acho assim, é melhor, mais gostoso, você volta a ser namorado, aquele namorado que não podia nada, só pegar na mão (risos)? É tipo assim! Eu acho que comigo está sendo assim! Até melhor (risos)!” (E8)

“Minha vida sexual? Vou dizer é ótima e o câncer não atrapalhou não! -“Parece que agora ficou até mais gostoso! (...) ele me trata do mesmo jeito! Está bom do mesmo jeito! Como se diz, na cama nós dois ‘dá’ certo!” (E12)

“Posso ser sincera? Horrível, péssimo! Minha vida sexual é péssima, tanto que depois que eu tive (relação sexual), eu não sei se isso acontece com todo mundo, também não posso generalizar, mas para mim, foi péssimo! No meu casamento eu não consigo ter relações sexuais, eu tenho vergonha do meu corpo, eu tenho vergonha de estar nua perto do meu marido! É engraçado, você tem que reaprender a se relacionar com uma pessoa que você já se relaciona há anos! Nem eu conhecia meu marido e nem ele me conhecia! É complicado isso! Porque gente, quando eu melhorei da cirurgia era como se nós dois fôssemos dois estranhos, naquele momento, na cama! Sim, naquele momento, no ato sexual, sim! E, eu, não consegui, na verdade, até hoje, eu não consigo mais ser a mesma, por mais que eu tente, eu não consigo ser a mesma! Eu não sei, eu acho que o que mais me trava é a falta da mama! Olha, é impressionante, mas me trava! A partir do momento que eu tenho que tirar a roupa, aí eu não sei se ele olha, se ele tenta não olhar, isso me trava, eu não queria, é uma coisa minha, mas eu não queria sentir isso, juro por Deus, eu não queria sentir isso! Não queria estar sentindo esse tipo de coisa! Mas me trava!” (E2)

“Agora, com o tratamento, eu me afastei um pouquinho porque até então eu não entendia o que eu poderia estar fazendo ou não! E por questão de tudo, do tratamento, do nódulo, remédio, essas coisas estavam me bloqueando, não era assim antes, era bem mais ativa!” (E3)

“Assim, eu achei que ficou diferente! Foi bom, mas não foi aquela coisa! Ah, porque eu não sei se eu fiquei com medo de ficar com ele, eu não sei, eu fiquei na minha sabe, parece que eu me tranquei nessa parte! (...) mudou assim, que eu era mais fervorosa do que ele (risos), já sou mais como se diz mais sem vergonha do que ele (risos)! Aí, tem coisa que eu não fui, não fiz, fiquei na minha!” (E13)

“Então, na verdade eu estava já com alguns problemas com o meu marido nessa

questão mas, em questão da doença, não mudou nada! Então, não foi melhor porque o casamento não estava bom! Mas não devido à doença! Na verdade eu estou evitando o máximo possível, não porque eu não tenha vontade, mas porque eu não tenho vontade com ele! Então, eu estou evitando! Por enquanto, as mesmas vontades que eu tinha eu continuo tendo, embora, o meu relacionamento esteja com problemas. Continuo com as mesmas vontades, independente! Vontade de sexo, não mudou! Não sei se a partir de agora, no decorrer do tratamento, se vai mudar.” (E7)

“Eu espero sim que, se ele quiser, ele me procure!” (E10)

“Então, como eu estou te explicando, não é a doença em si, não é o tratamento em si, é outras coisas! A prática sexual, atrapalha mesmo! Homem, ele é proativo, tem mulher também que é proativa, só que eu não sou assim! E ainda junta, juntou tudo, aí ficou pior! Está não, está ativa não (vida sexual).” (E11)

Em relação à prática sexual com o parceiro, estudiosos afirmam que a continuidade da vida sexual ou a interrupção seguida de retomada depende da intimidade anterior do casal, da interação, comunicação, da avaliação da frequência, satisfação e qualidade atribuída ao relacionamento afetivo-sexual (SANTOS, D. B. et al., 2016). Outros acrescentam que a prática sexual pode contribuir para a qualidade de vida da mulher (e do casal) (HUGUET et al., 2009; MISTURA, 2014).

Nesse sentido, ressaltamos que algumas mulheres comentaram que a prática sexual até melhorou após a doença e isso se deu quando o casal conseguiu se adaptar a essa nova situação.

Os depoimentos apresentados até aqui referem-se especialmente aos sentimentos manifestados pelas depoentes em relação a descoberta do câncer de mama e como essa notícia impactou suas vidas sexuais. A partir daí, observamos que a mulher passa a ter a necessidade de reagir diante dessa nova situação entendendo como fundamentais, neste momento, os tratamentos.

5.3.2 Subcategoria: Os tratamentos para o câncer de mama

Nas últimas décadas houve o desenvolvimento de novas tecnologias e de fármacos mais efetivos para o tratamento do câncer de mama, assim como a melhoria da prestação de serviços, contribuindo de certa forma para o controle da doença e para o aumento da sobrevivência das pessoas acometidas (SANTOS et al., 2010). No entanto, esses tratamentos ainda apresentam efeitos deletérios que incluem comprometimentos físicos, psicológicos e sociais, em curto ou

longo prazo, afetando de forma substancial a mulher acometida pela doença (SILVA; VARGENS, 2016), e também seu companheiro e sua família.

A cirurgia da mama

Entre as diversas modalidades de tratamento, a cirurgia ainda é indicada para a maioria dos casos (ALMEIDA et al., 2015). O tratamento cirúrgico das neoplasias mamárias malignas pode acarretar a perda total ou parcial da mama, o que faz algumas mulheres se sentirem incompletas, devido à falta do órgão que lhes proporcionava a feminilidade, especialmente as jovens, que geralmente estão mais preocupadas com a estética do corpo, com as reações do parceiro íntimo diante das mudanças físicas causadas pela cirurgia, uma vez que isso faz com que elas se sintam menos atraentes, pois uma nova autoimagem gera insegurança e receio diante do parceiro, diminuindo a autoestima e prejudicando a prática sexual (SILVA, S. E. D. et al., 2010).

Este estudo corrobora esses achados, uma vez que os depoimentos abaixo mostram claramente que a falta da mama causa prejuízos à prática sexual e traz preocupações daquelas de quem não precisou passar por um procedimento cirúrgico mais invasivo, por ter feito apenas a retirada do nódulo, conservando a mama.

As mulheres jovens que passaram pela cirurgia referem-se ao procedimento como “mutilante”. Elas se sentem envergonhadas diante de si próprias e algumas nem gostam de observar o local cirúrgico. Elas se sentem “menos mulher”, “menos feminina” e, ao terem de se relacionar sexualmente com seus companheiros, afastam-se, por vergonha de ficarem nuas diante deles, por terem de mostrar “um corpo imperfeito, com defeito”, e modificado pela ausência da mama. Além de se sentirem e se verem com o “corpo deformado, mutilado” pela retirada da mama ou de parte dela, o que as fazia lembrarem-se da doença, preocuparam-se também com a presença do dreno, com a incisão na mama, com a cicatrização e o toque na área operada:

“Porque é feio, porque quando eu me olho, eu ainda vejo que eu estou doente, eu não gosto! É feio uma mama só! Tem dias que eu estou bem, que eu nem ligo, que eu não penso, mas de repente eu já lembro que eu estou sem um peito, aí isso aqui me faz lembrar que eu estou doente, entendeu? Eu me sinto ainda um pouco desconfortável porque uma coisa que ele (companheiro) sempre, desde que a gente se conheceu, ele sempre achava bonito eram os meus peitos! Ele falava: Seus peitos são isso (bonitos, me ganhou por causa deles), sempre (...), então ele gostava!” (E1)

“A mama? Tira um pedaço, aí muita gente fala assim: Mas tudo bem, você está viva, fulano teve câncer de não sei o que, teve câncer! Mas se uma pessoa tem um câncer no intestino, ela tira um pedaço do intestino, ela tirou um pedaço de uma coisa que está dentro dela, não vai refletir para fora dela! Ela tira um pedaço do intestino, fechou, acabou! Agora, quando você tira parte de algum membro do seu corpo externo, é horrível! A cirurgia de mama, a retirada de mama, tira um pouco da sensualidade da mulher, querendo ou não eu sei que a gente está lutando para viver, lógico, ali é uma luta! À primeira estância, eu penso assim: Oh meu Deus, eu não tenho que estar falando isso, porque meu Deus, eu estou viva! Só que é involuntário você pensar! É assim, acontece! Você tem hora que não se sente como mulher!” (E2)

“Eu tive um pouco de medo! Medo da cirurgia! Porque eu tinha aflição do corte! Eu fiquei com um ponto aberto, bem no meio assim, então eu tinha medo e aflição daquilo, que talvez se eu fosse fazer, ter relacionamento, pudesse prejudicar os pontos, a cicatrização! E um pouco mais assim receosa por causa da vergonha de mostrar o corpo. Eu não me sinto bem de olhar e eu não queria que as outras pessoas vissem também! É um pouco vergonha de tirar a roupa mas de resto, a vontade é a mesma! Só tem que ser com um pouco mais de cuidado (para ter relação sexual) por eu estar com o negócio aqui que incomoda, o cateter, sei lá, o expansor, às vezes não dá para deitar de lado, abraçar, então é mais simples!”(E4)

“O toque (na mama), a gente fica meio assim, mas acho que o marido fica mais ainda! Tem dias que você está se sentindo horrorosa, com o seio machucado! É engraçado isso viu, se você parar para pensar! A gente fica assim porque o seio machucado, a gente sente feia, isso aí é verdade, a mulher se sente feia, tem os altos e baixos!”(E5)

“ (voltar a ter relação sexual com o parceiro) É estranho! No começo fica meio apreensiva quanto à região que foi cortada! Sinto constrangida por estar com a cicatriz na mama, de estar com câncer! Assim, para mim foi até mais fácil, eu não retirei a mama (fez quadrantectomia), então assim, não sei o que teria acontecido comigo se eu tivesse retirado ela! Não sei como que seria, seria um momento novo! Não sei se eu ia ficar apreensiva, chateada, não sei o que ia acontecer!”(E6)

“A cirurgia! Porque tirou o peito! Foi muito pior porque igual eu falei a gente se sente menos mulher, se sente feia! A mastectomia foi a questão pós cirúrgica, de recuperação, do ponto, do dreno, é o que diferenciou, que alterou mais (no relacionamento sexual) o período! Então, é muito difícil assim, mais pela questão da vaidade, a gente fica mais

sem graça, fica meio constrangida! Mais constrangimento assim! Me senti muito constrangida de ficar sem seio!”(E9)

Ainda em relação ao procedimento cirúrgico, estudo aponta que a aceitação da perda da mama, parece ser mais difícil para as mulheres jovens, que esse procedimento interfere na espontaneidade e no desejo sexual e que, mesmo após o término do tratamento, 50% dessas mulheres continuam apresentando altos níveis de insatisfação no que diz respeito à relação sexual (ELY; SHEPPARD, 2008). Dessa forma, constata-se que a mudança na autoimagem interfere negativamente na autoestima.

“Eu acho que altera tudo, o tratamento do câncer ele altera tudo! Ele altera a prática sexual, ele altera a sua autoestima, ele altera o seu organismo, hoje, sabe, não é tudo que me faz bem, você entende? Por quê? Porque que tem dias que eu me sinto bem e tem dias que eu me sinto um lixo? Ninguém me explicou isso! Por quê que minha autoestima tem dias que está mais ou menos, razoável, e nesse meio, tem dias que está um lixo? Por quê?”(E2)

Essas manifestações podem ser mais bem compreendidas quando nos apropriamos das definições e/ou conceitos e refletimos e entendemos sobre imagem corporal, autoimagem e autoestima, principalmente daquelas mais jovens.

Quanto à imagem corporal ou autoimagem, autores informam que esta diz respeito à representação mental que o indivíduo possui sobre o seu próprio corpo (CAPISANO, 1992). Trata-se do indivíduo interagindo com o seu *self* e interpretando, ao seu modo, o corpo que possui, como afirma Mead (1972).

O conceito de autoimagem é expressado, portanto, pela percepção que a pessoa tem de si e de seu reflexo diante dos pensamentos, sentimentos e ações advindas de seus relacionamentos interpessoais (FLORIANI; MARCANTE; BRAGGIO, 2014). Algumas doenças, como o câncer de mama, que afetam estruturas corporais podem afetar também a imagem de uma pessoa e, dependendo do significado emocional que essa mudança tem para o indivíduo, pode influenciar no modo como a sociedade o trata, levando-o a mudar seus padrões de auto aceitação, seu desenvolvimento cultural e suas relações, fazendo com que a autoimagem influencie diretamente na autoestima da pessoa.

Autoestima é entendida como o modo que nos sentimos em relação a nós mesmos, ou seja, o valor que atribuímos a nós próprios conforme a nossa imagem e também de acordo com a estima que temos das outras pessoas, sendo que a aprovação e aceitação dos outros é

importante no desenvolvimento de nossa autoestima (PEÑA, 2013). Dessa forma, autoimagem e autoestima acabam interagindo e a mudança em uma delas acaba por interferir na interpretação da outra pelo próprio indivíduo, nas suas relações consigo mesmo e nas suas relações com os outros e com o mundo.

Em relação à imagem corporal, é importante salientar que esta não se configura em uma estrutura rígida, pois pode ser resultante da inter-relação e de três fontes de informações distintas que são a imagem idealizada, a projetada pela impressão de terceiros e a objetiva (CAPISANO, 1992). Assim, o indivíduo, ao interagir com o outro, percebe o que este pensa e interpreta essa percepção através da interação com sua mente, que sofre influência da interação social (MEAD, 1982).

Dessa forma, a mulher jovem com câncer de mama, que foi submetida à retirada desse órgão tão interpretativo de sua feminilidade e de sua sexualidade, ao interagir com o companheiro e com a sociedade, sente-se influenciada pelo que os outros podem pensar dessa sua nova condição, dessa sua nova imagem e constrange-se ao ter de mostrar seu novo corpo (numa relação sexual, por exemplo), pois tem sua autoestima alterada.

Esse contexto deixa claro que a interação social pode conduzir nossa maneira de agir e ver o mundo e ainda influenciar na forma como enfrentamos os infortúnios em nossas vidas, pois a ação de cada ser depende de como ele interpreta a visão que os outros têm dele próprio em determinada situação. Nesse sentido, não é o outro que determina o que fazemos, mas o fruto dessa interação que norteará nossas atitudes diante da situação vivenciada (REIS, 2015).

No caso de mulheres com câncer de mama, a retirada parcial ou total deste órgão as afeta, fragilizando-as e trazendo prejuízos à satisfação sexual (FREIRE et al., 2017) e à realização de atividades domésticas, à prática de esportes e ao convívio familiar e, ao se considerar as funções sociais da mama, sua identidade e universo simbólico, a mastectomia representa não só uma alteração funcional mas também sociocultural para a mulher e o ambiente, repleta de significados e simbolismos que interferem em sua autoestima (GARCIA et al., 2015; LAGO et al., 2015).

Nesse sentido observa-se que a mulher se dirige ao seu *self* e reconhece seus próprios conceitos e, aqueles que as outras pessoas possuem dela, analisando e formulando assim, novos conceitos advindos dessa interação com o outro e transformados em símbolos.

Levando em consideração as questões que afetaram emocionalmente as mulheres para a prática sexual com seu companheiro, e transportando-as para o universo do IS, podemos pensar sobre o significado dos símbolos em relação ao comportamento humano. O sentido que atribuímos às coisas (no geral) advém da nossa interpretação (*self*), envolvendo duas etapas: eu

e mim. Na fase eu, o indivíduo é reativo e dá propulsão ao ato. Já a fase mim, é resultado da socialização (interação social).

Assim, no momento em que a mulher com câncer de mama direciona-se ao seu *self*, o seu “eu” sente a dificuldade de aceitar a falta da mama, entendendo que sua identidade está alterada, pois o que é interpretado por ela é a imagem de um corpo modificado e mutilado, mesmo com a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama.

“Então, é isso, é tudo isso, esse é o ponto x da questão, da cirurgia, no todo, foi isso, foi a falta do meu seio que eu sinto falta quando eu me olho, é complicado, eu acho que eu ainda, não que eu fico horrorizada, mas eu ainda não me acostumei, não sinto vontade de ter sabe (relação sexual), por mais que eu falo assim: Meu Deus, eu vou fazer a cirurgia (de reconstrução da mama) mas eu não vou ter mais o bico, é um pouco diferente do que um seio normal!” (E2)

A reconstrução mamária tem a finalidade de restabelecer a estética corporal, melhorando a autoimagem da mulher, restaurando o volume perdido e proporcionando simetria com a outra mama. As técnicas de reconstrução mamária podem variar de acordo com a condição física da mulher e cirurgia realizada para a remoção do tumor (ROCHA et al., 2016). Em nosso país, as técnicas mais empregadas são a de utilização de um expansor de tecido, que depois é substituído por prótese de silicone, e a de reconstrução com retalho de músculo grande dorsal e retalho do músculo reto abdominal (PAREDES et al., 2013).

Sabe-se, portanto, que a reconstrução mamária pode trazer vários benefícios à mulher mastectomizada, tanto no aspecto físico, quanto no aspecto emocional, elevando a autoestima e recuperando a autoimagem, no entanto, antes de optar por realizá-la, a mulher deve ser orientada e estar ciente de que a reconstrução é um procedimento estético e não se trata de um tratamento para cura do câncer. Além disso, deve saber que a reconstrução não ocorre em uma única cirurgia, mas em várias etapas cirúrgicas, até ser finalizada, pois inicialmente é realizada a criação da protuberância mamária, posteriormente a obtenção da simetria de acordo com a outra mama e, por fim, a criação da aréola e mamilo (FARAH; NAHAS; MENDES, 2015).

Estudo aponta que em mulheres jovens é mais indicado a técnica de reconstrução mamária com silicone, por apresentar menores índices de rejeição do implante, o que é mais comum em mulheres mais velhas (CAMMAROTA et al., 2018).

É necessário atentar ainda para o fato de que nem sempre a cirurgia de reconstrução mamária satisfaz totalmente a mulher, uma vez que esta pode acarretar cicatrizes visíveis, alteração da sensibilidade da mama e levar à falta de naturalidade na aparência da mama

reconstruída. Assim, problemas com a imagem corporal e o sentimento de diminuição da feminilidade e do desejo sexual podem persistir, mesmo após a reconstrução (HEIJER et al., 2012; INOCENTI et al, 2016).

“Não fiz a reconstrução por medo também! Na época, que eu estava fazendo reconstrução, teve muita rejeição, eu fiquei com medo, eu não sei o que aconteceu, se foi um lote que veio, mas todas as mulheres que fizeram cirurgias naquele momento junto comigo, a maioria tiveram rejeição e tiveram que tirar a prótese!” (E2)

“Penso, mas não agora (fazer reconstrução mamária)! Ah, eu queria fazer daqui um ano e meio, dois anos, eu queria fazer! Eu acho que (...) posso ser sincera? Eu não sei se vai me fazer tanto bem assim! Eu não sei se vai mudar alguma coisa (em relação a prática sexual), porque eu acho que o problema está no meu convívio, o problema está na minha cabeça (na dificuldade de me relacionar sexualmente com meu parceiro)! Talvez pode ser que eu coloque a prótese e continue com a mesma neura!” (E2)

Autores apontam que as mulheres jovens podem apresentar maior necessidade de realizar a cirurgia de reconstrução mamária que as mulheres mais velhas, por restaurar sua identidade e auxiliar no enfrentamento dos tratamentos e da doença (VIEIRA et al., 2013).

Outros acrescentam que o fato de se submeter ou não à cirurgia de reconstrução da mama pode estar atrelado à segurança em retomar as atividades sexuais com o companheiro, pois sua realização sugere a possibilidade da recuperação da integridade psíquica e física da mulher e, para muitas, isso contribui para o exercício de sua sexualidade de modo pleno (HUGUET et al., 2009).

O depoimento abaixo retrata a importância que a mulher dá à sua mama por seu companheiro gostar muito dela. Talvez, para essa mulher, a cirurgia de reconstrução mamária pudesse ser uma possibilidade de resgatar sua sexualidade plena, após a vivência do câncer.

“Uma coisa que ele sempre, desde que a gente se conheceu, ele sempre achava bonito, eram os meus peitos. Então ele sempre brincava comigo, antes de eu ficar doente, ele sempre falava: Você me ganhou por causa dos seus peitos! Seus peitos são isso (...). Então, quando eu descobri, a primeira coisa que eu pensei, assim, depois da minha família, eu estou falando em relação a ele, era tudo que ele gostava!” (E1)

A quimioterapia

Em continuidade à discussão sobre a interferência dos tratamentos para o câncer de mama na prática sexual das mulheres que os realizam, a literatura pertinente a esta temática aponta que aquelas que foram submetidas à quimioterapia apresentam maior risco de disfunção sexual, se comparadas às que não receberam essa terapia, apresentando diminuição do desejo, atrofia vaginal, dificuldade em atingir o orgasmo, dor e fadiga (CANTINELLI; CAMACHO; SMALETZ, 2006; ALDER et al., 2008; GILBERT; USSHER; PERZ, 2010; VERENHITACH et al., 2014).

A revisão de texto da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – Text Revision; DSM-IV-TR) define disfunção sexual como “distúrbios no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e causam *distress* e dificuldades interpessoais” e divide didaticamente o ciclo da resposta em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Disfunção sexual implica alguma alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, que se manifesta de forma persistente ou recorrente. O diagnóstico de disfunção sexual somente deve ser utilizado quando representar uma parte importante do quadro clínico, com duração mínima de seis meses. As disfunções sexuais podem ser primárias ou secundárias, generalizadas ou situacionais; também podem ser associadas a fatores psicológicos, fisiológicos ou uma combinação de ambos. Quando inteiramente atribuível a uma condição médica geral, uso de substâncias ou efeitos adversos de medicamentos, o diagnóstico a ser utilizado deve ser disfunção sexual devido à condição médica geral (ABDO; FLEURY, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007; VERENHITACH et al., 2014).

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher”, e que tem como marco a menopausa, a qual corresponde ao “último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e que acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade” (BRASIL, 2008).

Assim, chamamos de climatério o processo de transição entre o ciclo reprodutivo e não reprodutivo. Aos 35 anos é iniciado o período de pré-menopausa, seguido pela perimenopausa, que tem duração de dois a oito anos, em que a mulher possui ciclos menstruais que são irregulares devido à variação endócrina. A pós-menopausa é assinalada pela ausência de menstruação por um período superior a 12 meses (SOUZA; ALDRIGHI, 2001). Na menopausa a mulher pode passar por muitas transformações psíquicas e físicas, relacionadas não somente ao processo de envelhecimento (TRENCH; ROSA, 2008) mas também à ocorrência de fogachos que ativam a insônia, depressão, irritabilidade e diminuição da libido (ALDRIGHI; ALDRIGHI, 2002).

Já a menopausa precoce (prematura) é a falência ovariana antes dos 40 anos. Sua incidência é de 1:250 mulheres na idade de 35 anos e de 1:100 na idade de 40 anos (COULAM;

ADAMSON; ANNEGERS, 1986; VAN KASTEREN; SCHOEMAKER, 1999; REBAR; CONNOLLY, 1990; TAYLOR et al., 1996; SILVA et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006; PANAY; KALU, 2009; VUJOVIĆ et al., 2012).

Vale lembrar que, em ambas as situações relatadas acima, menopausa ou menopausa precoce, a mulher pode apresentar disfunção sexual (LOMÔNACO; TOMAZ; RAMOS, 2015) e isso inclui a menopausa precoce provocada pelo tratamento quimioterápico.

Estudos lembram que uma disfunção sexual, mesmo que de curta duração, pode levar à angústia e frustração, mas, quando crônica, pode acarretar depressão, ansiedade, prejudicar relacionamentos e criar problemas em vários aspectos da vida da mulher (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; DENNERSTEIN et al., 2005). As queixas sexuais podem existir durante toda a vida reprodutiva, mas é no climatério que as mulheres podem ficar mais expostas à disfunção sexual (DENNERSTEIN et al., 2005). Durante o climatério e menopausa, as alterações hormonais podem provocar diferentes efeitos no sistema nervoso central e órgãos genitais da mulher, além da influência de fatores psicológicos, físicos, sociais e os relativos ao parceiro sexual (PINTO-NETO; VALADARES; COSTA-PAIVA, 2013).

Outra pesquisa esclarece, ainda, que, em relação às alterações hormonais, os estrogênios são importantes para manter o tecido genital saudável e sua deficiência na pós-menopausa leva ao afinamento do epitélio vaginal, aumento do pH vaginal, perda da elasticidade, alterações na sensação genital, redução da lubrificação, ressecamento vaginal e dispareunia. A atrofia vaginal influencia no funcionamento sexual e pode afetar todos os seus domínios, incluindo o desejo sexual. Além disso, na peri ou pós-menopausa, os efeitos sistêmicos da falta de estrogênio, tais como insônia, sintomas vasomotores, sentimentos negativos, alterações do humor podem levar a piora da função sexual nas mulheres (LEVINE; WILLIAMS; HARTMANN, 2008; VALADARES et al., 2008a; VALADARES et al., 2008b; SANTORO; KOMI, 2009).

Nesse sentido, as mulheres aqui pesquisadas, além de serem jovens, em idade reprodutiva, e vivenciarem um câncer de mama, sofreram várias consequências de uma menopausa precoce, o que influenciou, sobremaneira, na sua prática sexual, e isso fica explicitado em seus depoimentos. Algumas até têm orgasmo, mas não apresentam libido e queixam-se muito de ressecamento vaginal, dispareunia e falta de desejo para o ato sexual:

“eu tenho um pouco de desconforto na hora de começar, até esquentar (risos) dá um pouquinho de desconforto, antes, vamos supor, de excitar, de ficar um pouquinho mais molhadinha, mas começou, depois eu não tenho mais! Depois passa, mas assim, se eu tiver relação hoje, no outro dia eu não consigo ter porque me dói, sabe! No começo da

penetração, parece que machuca! Era como se fosse isso (estava seca)! Sim, não no começo, depois (fica molhada)! Sim (tem orgasmo)! Sim (sente prazer)!” (E1)

“A penetração, está horrível, eu não consigo ter relações sexuais com meu marido (devido ressecamento vaginal)! Faz falta, faz falta para mim, porque eu sei que eu posso ter orgasmo, mas eu não tenho libido mais! Cadê aquela vontade toda que eu tinha, cadê aquela coisa? Então, isso me deixa nervosa, para mim faz falta, por conta de eu saber que eu tinha tudo isso!” (E2)

“Eu tenho às vezes dores, por causa também da menopausa precoce, que vai dando aqueles sintomas que aparecem nas mulheres, e me incomoda um pouco, às vezes, a secura, a dor!” (E3)

“Depois que veio a quimio, eu não sei se é medo dele (companheiro) também de acontecer alguma coisa comigo, mas está bem menos! Então assim, alterou, igual eu te falei é uma vez só de 15 em 15 dias (que fazem sexo)! O desconforto que eu tenho é que eu não tenho vontade, aí até começar, aquilo engajar, você abraça, você beija, para mim até chegar aí, depois (vai)! “(E8)

“Só que o que acontece é que começa a dar ardume, arde a região íntima, não tem lubrificação, não tem! Tinha todos esses fatores! Lubrificação, como que eu vou te explicar (...) fica ardendo! É ardido, fica com a sensação ardido, entendeu? Não tem mais lubrificação! Pode ser por causa do tratamento, não quero jogar tudo a responsabilidade em cima do tratamento, e pode ser também a questão psicológica! A medicação da quimioterapia é diferente de paciente para paciente, aí a que eu tomei fez esses efeitos em mim, entendeu? Essa sensação de estar fazendo a menopausa com 36 anos de idade.” (E11)

Estudos afirmam que, no caso de mulheres com câncer de mama, a permanência e extensão dos danos da deficiência estrogênica e menopausa precoce vão depender da idade da paciente, da dose e da duração do tratamento quimioterápico. O impacto da menopausa induzida pela quimioterapia costuma ser grave nas pacientes jovens, que podem ter a capacidade reprodutiva comprometida (YOUNG-MCCAUGHAN, 1996; GANZ et al., 2003; ARCHIBALD et al., 2006; OCHSENKÜHN et al., 2011).

Nesse sentido, os agentes alquilantes são as drogas quimioterápicas que mais causam a falência ovariana e quanto maior for a dose administrada, maiores serão as chances de desenvolver a falência ovárica prematura. No câncer de mama, um agente alquilante bastante utilizado é a ciclofosfamida que, quando administrado em doses superiores a 300mg/kg,

desencadeia disfunção ovulatória em 80% dos casos (CARVALHO, 2010; OLIVEIRA; OSELAME; NEVES, 2014).

Em mulheres mais velhas, essa falência ocorre dentro dos primeiros meses do ciclo quimioterápico e, nas jovens, quando elas recebem doses grandes e cumulativas de agentes citotóxicos (MARHHOM; COHEN, 2007). Muitas destas mulheres podem não perder completamente a função ovariana imediatamente após o tratamento, mas apresentam, mesmo assim, falência ovariana prematura. A dose média cumulativa de ciclofosfamida que induz a amenorreia em mulheres de 40 anos é de 5,2g; para mulheres de 30 anos a partir de 9,3 g e para as mulheres de 20 anos, são necessárias 20,4g (KOYAMA et al., 1997).

Um outro tipo de tratamento para a neoplasia mamária são as terapias alvo, utilizadas no intuito de bloquear o crescimento e disseminação de células cancerígenas, as quais são atacadas mais especificamente, provocando poucos danos às células normais; às vezes, se obtém sucesso, mesmo quando os quimioterápicos não respondem (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

O trastuzumab (herceptin), anticorpo monoclonal, pode ser utilizado no tratamento da neoplasia mamária na fase inicial e tardia, sendo administrado juntamente com a quimioterapia, podendo ser usado de modo isolado, se a quimioterapia já foi tentada. Se iniciado antes ou após a cirurgia, para tratar tumores diagnosticados em estágio inicial, esse anticorpo é administrado por um ano. Em casos de neoplasia mamária avançada, seu uso somente é indicado se o medicamento for útil (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017). No ano de 2005, estudo avaliou que o transtuzumab possibilita aumentar a sobrevida de mulheres com HER2 positivo (PICCART-GEBHART et al., 2005).

Vale lembrar que essas medicações estão entre as que foram utilizadas no tratamento das mulheres participantes do presente estudo.

Assim, o ressecamento vaginal e a dispareunia devidos à menopausa precoce incomodam muito as jovens mulheres com câncer de mama e influenciam negativamente em sua prática sexual, podendo haver uma melhoria com o término do tratamento, conforme depoimentos abaixo:

“depois da quimio você melhora, você volta sua vida normal, aí parece que dá uma força e você vai retomando a sua vida ao normal!”(E8)

“A dificuldade é o ressecamento, durante a quimio, agora voltou ao normal! Agora, a dificuldade de dores, essas coisas, agora está mais tranquilo, depois que a quimio acabou! Então, esse ressecamento, dor, melhorou!”(E9)

Nesse sentido, é importante que elas saibam da existência dos eventos adversos dos tratamentos, mas que alguns deles diminuem ou são eliminados no decorrer do tempo, após seu término.

Ainda no que se refere às disfunções sexuais provocadas pelos efeitos deletérios da quimioterapia, as jovens mulheres se queixaram de outros eventos que não aqueles relacionados à menopausa precoce. Citaram a fadiga, ou seja, a sensação de fraqueza e cansaço, náuseas, cefaleia e febre como fatores que influenciaram negativamente na sua prática sexual. Falaram ainda sobre o ganho de peso, que fez com que elas se sentissem “outra pessoa”, mais feia e menos atraente para o parceiro.

Entre os eventos adversos dos tratamentos para o câncer de mama podem ocorrer alterações do peso corporal, sendo mais comum o aumento dele na quimioterapia adjuvante (MARTINS et al., 2009; TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010; SILVA, B. C. et al., 2010; EARLY BREAST CANCER TRIALISTS’ COLLABORATIVE GROUP et al., 2012; SAMPAIO et al., 2012).

Nesse sentido, o aumento de peso leva as mulheres jovens a saírem dos padrões do corpo esperado em nossa sociedade, escultural e esbelto, o que lhes ocasiona sofrimento e incômodo (NOGUEIRA, 2009), devido à alteração em sua imagem corporal (MAGALHÃES, 2017).

Quanto ao ganho de peso durante o tratamento quimioterápico, vale ressaltar que ele está associado a um pior prognóstico da doença, uma vez que pode ser fator de risco para doenças cardiovasculares associadas à síndrome metabólica e, no câncer de mama, existem evidências de que uma das afecções poderia influenciar no prognóstico da outra e, sua associação, em aumento das taxas de morbimortalidade (THIVAT et al., 2010; RODRIGUEZ; AGUILAR MARTINEZ; MANUEL-Y-KEENOY, 2013; FIGUEIREDO et al., 2014).

Abaixo, seguem as falas das mulheres, mostrando como grande parte desses eventos interferiram em sua prática sexual:

“A gente fica sem ter relação após a quimio! Porque, é que nem eu te falei, eu fico com muita dor no corpo sabe, assim, então esses períodos de três dias a gente não tem relação não, mas não é nem por vontade, mas é por causa que eu me sinto com dor no corpo. E ele (companheiro), acho que mais que eu ainda, por cautela, você entendeu? A quimio, ela deixa a gente com mais cansaço, ofegante, sem você fazer nada, você fica cansada!”(E5)

“(...) quando a gente faz quimio, na semana você fica, nossa, o seu estômago fica ruim, a gente não tem vontade não (de fazer sexo)! Na semana da quimio vai uns 15 dias para a gente voltar, porque aí até que sai daquele estado da quimioterapia, que você volta

ao normal, é uns 15 dias! E assim, a vontade igual eu tinha antes, não tem! Não adianta falar que tem porque não tem!”(E8)

“Então, a quimioterapia tem a questão do enjoo, tudo, uns três dias, você fica muito ruim, praticamente de cama!”(E9)

“Mas acho que junta tudo também que a gente fica triste por causa do desconforto, principalmente na hora que faz a quimioterapia, fica ruim! Uma semana a gente passa mal, mais ou menos! Enjoo, náusea, dor de cabeça, me deu um pouco de febre, coceira nos braços, não dá vontade nem de tomar água, fica fraca, fica ruim!”(E10)

“Ah, eu engordei 14 quilos (...).” (E1)

“A questão de peso, estou muito acima do peso, você falar que não tem algo na medicação que você toma é mentira, porque deve ter sim! Porque reagiu, para mim reagiu! Uma pessoa que vestia 42, está vestindo moda pluszie, tem alguma coisa errada! Tanto com o tratamento que foi para combater essa doença, como também, a ansiedade!”(E11)

É importante citar ainda a fala de algumas atrizes relacionando a interferência dos tratamentos do câncer de mama em sua prática sexual e comentando que, pelo fato de ainda se encontrarem em idade reprodutiva, durante a quimioterapia, seus médicos lhes recomendaram o uso do preservativo nas relações sexuais, pois nesse período não era indicado que engravidassem, uma vez que a medicação poderia induzir a problemas com o feto. A indicação do uso do preservativo também se faz no sentido de proteger a mulher de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (KRABBE et al., 2016), que podem se instalar mais facilmente devido à imunossupressão acarretada pelos quimioterápicos (KELVIN; STEED; JARRETT, 2014).

Elas mostraram que o fato de terem de usar o preservativo, que elas não utilizavam até o momento, fez com que a prática sexual se modificasse, que a libido diminuísse:

“Às vezes, eu fico meio sem vontade de ter uma relação, mas por receio do tratamento, porque tem o fato de ter que se proteger, proteger o parceiro, porque até então, eu não usava preservativo porque a gente tentava engravidar, agora é preciso usar, mas aí, eu fico com um pouco de receio de eu pegar alguma coisa dele, mesmo ele estando saudável, sempre existe alguma coisa, mesmo no organismo normal pega alguma infecção, e eu fiquei um pouco com receio a respeito disso. Eu senti que tem tirado um pouco a vontade do ato sexual, da minha parte!” (E3)

“A gente estranha um pouco porque fazia muito tempo que a gente não usava preservativo e agora a gente está tendo que usar (devido tratamento quimioterápico)!”

E nada é para sempre, é só uma fase!” (E5)

“A camisinha acaba mudando mesmo, isso aí não tem jeito, né?”(E7)

Assim, consideramos, nesse caso, a importância de a equipe de saúde que assiste essa mulher transmitir-lhe informações sobre a necessidade de maiores cuidados com sua saúde, em geral, no período em que realiza os tratamentos, uma vez que alguns descuidos podem ocasionar piora do seu estado de saúde e diminuir a efetividade do tratamento. Como enfermeiras, apontamos a importância da atuação dessa categoria profissional nessas orientações.

Nesse sentido, estudo recente com profissionais da enfermagem que cuidam de mulheres com câncer ginecológico e mamário, indica que eles enfrentam barreiras para realizar essas orientações. Entre elas, apontam a escassez de tempo advinda da quantidade reduzida de recursos humanos na área da enfermagem, principalmente dentro dos hospitais, fazendo com que os atendimentos prestados tenham que ser rápidos, impossibilitando abordar a questão da sexualidade, que é complexa e ainda repleta de tabus. Os autores afirmam que as ações desses profissionais estão atreladas e reproduzem a influência sofrida por eles próprios, “tais como os valores e as 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” (FERREIRA et al., 2015).

Ainda citando Ferreira et al. (2015), a conclusão do estudo é de que “a inclusão da temática da sexualidade de forma sistematizada nas rotinas do cuidado de enfermagem exige mudanças no paradigma de saúde e na dinâmica do trabalho, além de reflexões sobre valores pessoais e interpretações sociais relativas ao tema”.

No que se relaciona ainda às queixas das jovens mulheres quanto aos efeitos deletérios dos tratamentos, além da menopausa precoce e todos os seus transtornos, elas mencionaram outros efeitos da quimioterapia, que levaram a mudanças de comportamento em relação às práticas sexuais, como a alopecia. Esta é uma das consequências dos tratamentos sistêmicos para o câncer de mama, e que afeta a aparência física (FREIRE et al., 2017; MACHADO; SOARES, OLIVEIRA, 2017), assim como a mastectomia, anteriormente discutida.

Autores comentam que as mulheres expressam sentimentos complexos durante o tratamento quimioterápico e muitas raspam a cabeça antes de o cabelo cair para não verem isso acontecer. Ao mesmo tempo, consideram crítico o fato de se tornarem carecas e comparam essa fase com a de quando receberam o diagnóstico da doença ou se depararam com a perda cirúrgica da mama (FERREIRA et al., 2017).

Assim, a queda do cabelo, além de se caracterizar como um grande desconforto físico,

foi citada como um evento adverso do tratamento causador de angústia e tristeza nas mulheres. Conviver com a falta de algo que é visível para elas e para as outras pessoas gerou um sentimento de impotência, uma imagem de pessoa adoecida, menos feminina e sexualmente menos atraente.

As participantes desse estudo tiveram dificuldade em expressar sua sexualidade e em manter relações sexuais com seus companheiros, devido ao fato de estarem carecas. Foi revelado que, mesmo durante o ato sexual, elas usavam artifícios para esconder do parceiro a falta do cabelo. As sobrancelhas, cuja falta era difícil de disfarçar, também foi alvo de lamentações.

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

“Aí o que mudou foi essas questões do corpo mesmo, da vaidade, de estar sem cabelo. Não sei se as mulheres se sentem menos mulher, não sei te explicar” (E9)

“Eu achei que ficou ruim mesmo foi por causa da minha aparência, do meu cabelo! Eu acho que eu fiquei com vergonha porque eu nem gosto de me ver no espelho assim! A minha careca que está incomodando mesmo, é o cabelo mesmo! Eu acho que eu já era feia sabe, e agora, sem cabelo (risos), ficou pior (risos)! Eu durmo com o lenço! O lenço fica na cabeça (risos)!” (E10)

“A gente fica assim um pouquinho se achando feia por causa da careca!” (E12)

“Por causa do meu cabelo, eu fiquei meio assim com vergonha e aí eu tenho medo que ele (companheiro) rela às vezes (na cabeça durante o ato sexual), eu estou com esse trauma!” (E13)

Em nossa sociedade é culturalmente esperado que mulheres, especialmente as mais jovens, exibam cabelos belos e longos. Por isso, as atrizes sociais revelaram que a queda do cabelo acarretou sofrimento e dificuldade de expor “a careca” ao companheiro, fazendo com que essa fosse escondida com o uso de artifícios como lenços, perucas, turbantes, chapéus, entre outros. Existem, nesse caso, a dificuldade da auto aceitação de um corpo modificado e a busca por recursos para disfarçá-lo; é uma maneira de a mulher manter seu *self*.

Segue o depoimento:

“O cabelo? Porque a gente se sente, como é que fala, tipo assim, você está com o cabelo nas suas costas, agora você está sem seu cabelo, você vai ter relação com seu marido, eu não fico careca, que nem eu te falei, eu uso turbante! Vai te colocar (o companheiro) a mão às vezes, sem querer no cabelo (durante o ato sexual), você pode ficar chateada, você entendeu? Eu falo para ele não colocar a mão na minha cabeça! Só isso só! E uso o turbantinho, mesmo para dormir! A noite toda eu uso!”(E5)

Em relação à alopecia, as mulheres sentem a necessidade de disfarçá-la, utilizando então, um recurso estético. Ao se comunicarem com seu *self*, elas entendem que os artifícios podem melhorar sua imagem corporal e, por isso, passam a utilizá-los (REIS, 2015).

Estudo de Reis e Gradim (2018), que tratou da questão da alopecia no câncer de mama, ocasionada pelo tratamento quimioterápico, retrata claramente que a queda do cabelo e da sobrancelha gera tristeza nas mulheres, por estarem em locais visíveis às outras pessoas. Já a perda dos demais pelos do corpo, como os pubianos e os axilares, que também caem por causa do tratamento quimioterápico, não provocou esses mesmos sentimentos, pelo fato de esses pelos estarem em locais mais escondidos e, também, por serem geralmente retirados, por meio da depilação, em nossa cultura.

Esse fato nos mostra como a sociedade influencia no modo como a mulher encara sua alopecia, como se comunica com seu *self*, após a interação social. Os símbolos são tudo aquilo que podem ser representados e num processo de interação social, a mulher cria-os e redefine-os em sua mente, levando o seu *self* a ressignificá-los e é a partir daí, que ela os interpreta, culminando numa ação. Aqui, a ação foi a vergonha de expor seu rosto descaracterizado ao parceiro, devido à alopecia, o que culminou em prejuízo da prática sexual do casal.

A hormonioterapia e a radioterapia

A hormonioterapia foi outro tratamento para o câncer de mama que também interferiu na prática sexual das mulheres pesquisadas. Já a radioterapia, apesar de ter causado muita fadiga, não chegou a interferir na esfera sexual.

Já a radioterapia tem a capacidade de destruir as células tumorais, reduzindo a recorrência local e aumentando a sobrevida da mulher (JÄRVENPÄÄ et al., 2006; KAHÁN et al., 2007). A técnica de aplicação mais comum é a radioterapia externa (teleterapia), em que a radiação ionizante atravessa os tecidos até atingir a área do tumor, ficando também sujeitos aos efeitos tóxicos dos raios, órgãos e tecidos normais (GOMIDE et al., 2009). O evento adverso mais comum é a queimadura da pele na área irradiada, podendo ocorrer dor local, coceira,

descamação. Outros eventos adversos podem ser: alteração sensitiva local, restrição da mobilidade e fadiga, os quais podem comprometer as atividades laborais, da vida diária, os contatos familiar e social (DAGNELIE et al., 2007; SCHNUR et al., 2012; SILVA et al., 2014).

A hormonioterapia ou terapia endócrina é a utilização de substâncias supressoras de hormônio que inibem o crescimento do tumor e está associada à diminuição da mortalidade e ao aumento da sobrevida. É um tratamento de longa duração, sendo recomendado o uso diário de um comprimido por via oral durante cinco anos, após a avaliação positiva dos receptores hormonais de estrogênio e progesterona do tumor mamário. Possui efeitos adversos importantes, pois o seu uso leva a supressão dos hormônios femininos, sendo para algumas mulheres, uma mutilação adicional à sua feminilidade, após a mastectomia. Estudo apontou que mulheres mais jovens possuem menor persistência ao tratamento, fato que pode ser explicado devido os efeitos adversos do medicamento na sua sexualidade (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2014).

As participantes deste estudo comentaram:

“Fui caminhar e eu expliquei para ele (médico) que eu estou sentindo uma fadiga muito grande, estou assustada com isso, igual você fica com medo por estar sentindo assim! Porque que você está sentindo assim? Não sabia que (a radioterapia) podia causar isso, e ele me falou que pode!” (E6)

“E, a segunda (coisa que atrapalha além da retirada da mama) é a penetração, está horrível, eu não estou conseguindo ter relações sexuais com meu marido! Ah, foi quando eu comecei a tomar o tamoxifeno, porque antes, mesmo quando eu fazia quimioterapia, antes da cirurgia, eu ainda tive, eu tinha relações sexuais, mesmo na quimioterapia, mas depois da cirurgia, logo entrei com o tamoxifeno, aí eu não tinha mais lubrificação, eu fui percebendo que doía muito!”

“Aí, o médico falou que tudo isso venho do tamoxifeno, por quê? Porque automaticamente eu entrei numa menopausa precoce! Então, tudo aquilo que ia passar depois dos 50 anos, eu estou passando com trinta e... (...).” (E2)

“O médico falou para mim: Infelizmente, não existe outro remédio a não ser o tamoxifeno, que vai resolver para você! Não existe outro remédio! Eu acho que deveria, por quê? Porque ele é um remédio que inibe o hormônio! Pensa, uma pessoa, uma mulher, que o hormônio faz parte da vida da mulher, e você não tem mais aquilo? Você entende? Porque caramba, eu não hormono mais! E sem contar o calorão que eu sinto, sem contar aquela coisa horrorosa que tem hora que a minha cabeça pega fogo, pega fogo, esquenta, esquenta, esquenta, esquenta, esquenta, aí daqui a pouco, vem o

frio!”(E2)

Os desconfortos provocados pela hormonioterapia são semelhantes àqueles causados pela quimioterapia, pois ambos os tratamentos podem induzir à menopausa precoce e, como apontam os depoimentos, causam o ressecamento vaginal, a fadiga e as ondas de calor ou fogachos, entre outros. Todos eles são considerados inconvenientes e impactantes.

Em relação aos fogachos, esses produzem suor e calor em excesso, além do efeito de aperto no peito, muitas vezes associado ao sentimento de angústia. Podem ocorrer ainda alterações nos padrões de sono e instalação de insônia, irritabilidade e perda da memória em consequência de cansaço mental (FERREIRA et al., 2013; SOUZA; ALDRIGHI; LORENZI-FILHO, 2005).

Em relação aos desconfortos advindos do ressecamento vaginal devido ao uso da hormonioterapia, é importante relatar a provável ocorrência de dor durante o coito, que afeta a vida sexual e requer mudanças no modo como as mulheres relacionavam-se com elas mesmas e com seus companheiros (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006). Uma maneira de minimizá-los é a utilização de lubrificantes íntimos. Os relatos a esse respeito são pertinentes e lembram a importância de os profissionais de saúde orientarem as mulheres sobre esse possível desconforto durante o tratamento e, ainda, sobre a possibilidade da utilização de lubrificantes (sob prescrição médica). Estudos apontam que o uso dos hidrossolúveis é o mais adequado, pois evitam infecções que poderiam acontecer com outros tipos (BONINI, 2014).

“Depois que eu tive (câncer), minha vida sexual é péssima! Na hora que vai introduzir, eu sinto uma dor horrível por conta de ressecamento! Aqui eles me passaram um lubrificante, não adiantou! Lubrificação à base de água não adiantou! Agora, eu estou pensando em conversar com meu médico e optar pela lubrificação à base de óleo. Eu ainda não usei por medo de ter uma infecção, de ter uma coisa, foi por medo! À base de óleo, esses que a gente compra em sexy shop! Só não usei ainda, por medo! Porque a gente sabe que os a base de água normalmente não deixam dar infecções.” (E2)

“(...) mas ela (psicóloga), falou que tem como ter um controle nisso e conversar (sobre dor durante relação sexual). A doutora mesmo me receitou um medicamento (óleo lubrificante à base de água) que eu poderia estar usando para eu não sentir tanta dor! Porque até então, eu achava que eu não poderia usar nada! Ah, vai melhorar, eu vou ter mais intimidade, mais aproximação com o meu marido, porque o casamento não é só a questão do ato sexual, tem a questão do diálogo e do entendimento um com o outro, e a gente tem dialogado bastante e se aproximado também em outras áreas, mas essa

questão do ato sexual, estava ficando um pouquinho de lado por causa desse meu bloqueio!”(E3)

Esses relatos das jovens atrizes vão ao encontro dos resultados da pesquisa de Lopes et al. (2016), a qual aponta que a hormonioterapia, assim como a quimioterapia, possibilita disfunções sexuais (e menopausa precoce) em mulheres com neoplasia mamária e, quando associada à radioterapia e/ou quimioterapia, esse risco aumenta cerca de seis vezes, com destaque para a diminuição da lubrificação vaginal, que como já visto, causa dispareunia e interfere na satisfação sexual (SAFARINEJAD; SHAFIEI; SAFARINEJAD, 2013).

Assim, num primeiro momento reportamo-nos aos fatores que afetaram a prática sexual das mulheres jovens com câncer de mama, as atrizes sociais deste estudo. Elas mostraram em seus depoimentos que a descoberta da doença e seus tratamentos se configuraram como os grandes vilões na manutenção dessa prática, uma vez que provocaram transtornos emocionais e físicos que, de certa forma, influenciaram nas atividades cotidianas e no relacionamento sexual com o parceiro.

Elas falaram sobre as dificuldades para lidar com essa nova situação em suas vidas, mas mostraram também que aos poucos foram encontrando novas formas de conviver com tais dificuldades. Descobriram que algumas delas eram passageiras e que também não precisavam lutar sozinhas contra um “fantasma” que as assombrava. Conseguiram ultrapassar algumas barreiras e nos contaram como isso foi possível. Dessa forma, a continuidade de suas histórias, dentro da construção da TFD, levou à elaboração de um novo diagrama.

5.4 Contextualizando o Diagrama 2

O diagrama 2 refere-se ao apoio social e afetivo que as mulheres receberam e que foram fundamentais para que elas enfrentassem as adversidades dos tratamentos e retomassem a prática sexual com seus parceiros. Quanto às estratégias para enfrentar a nova situação vivida e retomar a prática sexual, as mulheres mostraram a necessidade de apoio social e afetivo, e as personagens centrais desse apoio foram “os profissionais de saúde” (apoio social) e “o companheiro” (apoio afetivo). Em relação aos primeiros, ficou evidenciada sua dificuldade em abordar a temática da sexualidade com as mulheres jovens com câncer de mama de quem estavam cuidando; ofereceram orientações, mas o foco eram os eventos adversos que os tratamentos da doença podem ocasionar; já o companheiro se mostrou como o protagonista da rede de relacionamentos em todo o processo da doença e tratamentos; percebeu as dificuldades

enfrentadas pela mulher, dispôs-se a mudar, ofereceu ajuda e manifestou seu apoio e aceitação diante da nova condição da mulher; estimulou-a a vencer o medo e a insegurança de se relacionar sexualmente com ele.

Nesse sentido, Juliano; Yunes (2014) comentam que o ser humano nasce e vive numa rede de relacionamentos cujas representações são a família, a escola, a comunidade, o trabalho, entre outras. É nestes ambientes que as pessoas interagem, tornando possível o apoio em situações de mudança ou crise. Brito; Koller (1999) acrescentam que os apoios social e afetivo advém da rede relacional de pessoas e se mantém através de laços afetivos que dependem das percepções que cada um tem do seu próprio mundo social, de competências e recursos disponíveis para proteção.

Essa rede de relacionamentos é entendida como um conjunto de pessoas e de sistemas que constitui os elos de relacionamentos percebidos e recebidos do indivíduo. Neste conceito, foi acrescentado o componente afetivo por reconhecer o valor do vínculo afetivo para a composição e manutenção de proteção e apoio (BRITO; KOLLER, 1999; TAYLOR, 2002).

Tendo em vista essas definições e conceitos, apresentamos o diagrama 2, denominado “Entendendo as estratégias de enfrentamento para a retomada da prática sexual”, que contempla a categoria: apoio social e afetivo; e as subcategorias: “os profissionais de saúde” e “o companheiro”.

Diagrama 2 – Entendendo as estratégias de enfrentamento para a retomada da prática sexual.

Fonte: elaborado pela autora.

5.5 Subcategoria: Os profissionais de saúde

O adoecimento de um membro da família implica mudança em toda estrutura familiar. Neste contexto, a pessoa adoecida, diante das dificuldades em lidar com sua nova situação, busca suporte na rede de apoio construída em suas relações percebidas e recebidas ao longo de sua vida, no intuito de se reestruturar e se adequar à sua nova condição física (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006; JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007; CANIELES et al., 2014).

Reportando-nos às jovens atrizes com câncer de mama que fizeram parte do presente estudo, podemos afirmar, com base em seus depoimentos, que elas buscaram esse apoio, social e afetivo, no sentido de retomar sua prática sexual, entre aqueles que constituíam seus elos de relacionamentos percebidos e recebidos. Em busca de apoio social, os profissionais da saúde que lhes prestaram atendimento no período de sua doença e tratamentos apareceram como os elementos que poderiam auxiliar nesse processo.

Nessa direção, cabe citar que, nos últimos anos, a sexualidade é considerada uma das dimensões da qualidade de vida e faz parte do processo saúde-doença. Conforme relatório da Organização Mundial de Saúde, a felicidade sexual é fundamental para promover saúde humana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986). Desse modo, os profissionais de saúde devem aconselhar e auxiliar seus pacientes a resolverem seus problemas sexuais, porém observam-se muitas barreiras para esse diálogo, devido às limitações no âmbito da formação profissional (VIEIRA et al., 2013; MOORE, HIGGINS, SHAREK, 2013) assim como devido aos tabus para lidar com questões relacionadas à sexualidade.

No presente estudo, ao considerar o apoio social buscado pelas jovens mulheres com câncer de mama, essas deixaram claro em suas falas que os profissionais de saúde encontraram dificuldade para a abordagem das implicações dos tratamentos do câncer de mama na prática sexual/sexualidade delas:

“Oh, eu posso ser sincera com você? ...teve alguns (médicos) que você vai falar sobre o assunto (prática sexual), parece que não é a área dele, eles não querem falar sobre isso. Então, na hora que eu entro no consultório, eles querem falar sobre o tumor, sobre o câncer, sobre como o câncer está desenvolvendo ou como o câncer não está desenvolvendo. Eles querem que passe para eles coisas em relação ao tumor, então, fora disso, parece que não interessa para eles!”(E2)

“Ah, porque, eu posso ser sincera? Porque eu falo assim, eu penso comigo, ah, ninguém nunca me perguntou, ninguém nunca chegou, nunca nenhuma enfermeira chegou em

mim e falou: Você está sentindo isso, isso, isso? Ela não vai falar sobre esse assunto comigo! Então, eu nunca perguntei! Oh, eu acho, que quando o profissional da saúde, tanto o médico, principalmente o enfermeiro, pega uma paciente dentro do consultório e ela é diagnosticada com câncer de mama, eu acho que todos os assuntos devem que ser relatados para a pessoa, todos! Oh, você vai tomar isso, vai acontecer isso, na sua casa vai mudar, o seu comportamento vai mudar, muitas vezes o seu, como que eu posso dizer para você, muitas vezes você vai se sentir irritada, muitas vezes você vai se sentir melhor, você entende? Vai ter dias que você vai estar melhor! Oh, o seu relacionamento pode haver alterações, o teu marido pode ser uma pessoa que ele vai entender isso, mas pode acontecer dele não entender isso! Então, a gente já vai estar preparada! Eu não estava preparada, porque isso não foi passado para mim! Nada disso foi passado! Foi passado o quê? Aquilo que eu estou te falando, sobre o tumor, sobre a doença, fora disso não foi me passado mais nada! Eu falo assim que eu sou muito curiosa, então, tudo aquilo que eu (...), como eu estou conversando com você, então eu pergunto, mas muitas vezes a gente não obtém informação! A gente é bem tratada, é otimamente tratada, você entende, só que eu acho que tem certas coisas que eles poderiam esclarecer mais, mais declarado!”(E2)

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

“(Questionando se algum profissional conversou com ela sobre prática sexual durante o tratamento) Não, igual você não! Não, não estou lembrada não! Sobre isso, não (prática sexual)!”(E8)

“Não procurei ninguém, até porque não tinha ninguém assim, como se diz, ninguém (...) fui vendo o que dava certo! Nem tocaram no assunto (risos) (sobre prática sexual)! Não sei se é o papel da psicóloga, não sei! Não, nem vontade, nem curiosidade, nem nada (de conversar com um profissional de saúde sobre prática sexual)! É, eu acho difícil assim, não sei nem que jeito eu estou conversando com você (risos)! Não, prática sexual hora nenhuma ninguém falou nada!”(E9)

“(respondendo ao ser questionada se ela tem alguma dúvida quanto ao tratamento) Pode fazer sexo normal (risos)? Meu marido tem que usar preservativo? Porque vai na sorte mesmo (risos)!”(E10)

“(Respondendo ao questionamento se algum profissional conversou com ela sobre prática sexual durante o tratamento) Ah, de sexo, eu acho que não! Que eu estou lembrada não!”(E12)

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

Algumas das atrizes sociais desta pesquisa contaram que receberam algumas orientações dos profissionais que estavam participando de sua assistência durante o tratamento da doença. Essas orientações não se aprofundaram na questão da prática sexual mas, sim, sobre os diversos eventos adversos que os tratamentos da doença podem ocasionar na mulher a eles submetida.

“eles (enfermeiros) falam para gente não ir em shopping muito lotado, ficar perto de gente que está resfriado, essas coisas (devido baixa imunidade ocasionada pelo tratamento quimioterápico)!”(E5)

Uns falam uma coisa, outros falam outra. A enfermeira me passou algumas orientações e assim, eu mesma, por mim, comecei a fazer! Elas me deram a opção de estar fazendo um creme manipulado (para passar na área que estava sendo afetada devido radioterapia), eu já não quis, eu quis comprar o que era mais caro mesmo, não sei se foi o melhor, mas pelo menos, está bom eu não tive problema entendeu? Não deu bolha, não deu descamação, ele dói um pouquinho mas é normal!”(E6)

De anticoncepcionais também! Camisinha! Então, na verdade essa questão da camisinha foi até a enfermeira, mais pela questão de gravidez ou mesmo até questão de alguma doença, mais o fundamental, acho que questão de engravidar mesmo, porque eu não posso! Pelo tratamento, pela quimio! Pela quimio, eu não poderia! Algum problema! Para os dois (mãe e bebê)! Para mim, pelo fato de que eu teria que parar o tratamento e, para o bebê, porque eu já teria a química (no organismo)!”(E7)

“Sobre os efeitos da quimioterapia, que ia cair o cabelo, do estômago ruim, do gosto de ferro na boca (...). Ah, não sabia que não podia fazer unha, nas três primeiras quimioterapia, eu estava fazendo normal unha, depois eu perguntei, e a enfermeira, ela me explicou que realmente não pode, tratamento odontológico, canal, mais foi isso!”(E8)

“Ele, o doutor, falou que o cabelo vai cair, vai sentir um pouco de enjoo. Aí tem uma enfermeira lá na quimio que te entrega um papel com as orientações falando o que eu podia alimentar, que podia tomar sol, mais o papel que fala mesmo, mas era tudo o papel, mais o papel!”(E9)

“Agora, da cirurgia, mais é com os cuidados como fazer o curativo e o jeito do dreno, do braço que não pode pegar peso e não pode calor, não pode fazer a unha, evitar fazer

a unha e machucar esse braço, não aferir pressão.” (E9)

“A nutricionista me deu uma folha para falar o que que eu tenho que comer para evitar perda de peso e deu outra folha também, eu acho que é a psicóloga lá, que vem falando o que pode dar vômito, dor de cabeça, febre, coceira! Tomar cuidado com o sol, usar protetor solar, tomar bastante água, alimentação de três em três horas, evitar refrigerante, gordura, essas coisas!”(E10)

“Como seria o tratamento, é (...) como que ia reagir a quimioterapia no meu organismo (...). Ia ter essa queda de cabelo, as unhas iam ficar escuras, eu poderia sentir enjoo, poderia ter diarreia, ter mal estar.” (E11)

“Não, o médico não, da parte da oncologia não! Só falou das toxinas que eu ia tomar! Da cirurgia? Que ia ser uma cirurgia que ia ser preciso tirar toda a mama, não ia ser possível tirar só o quadrante, que tinha que tomar certos cuidados com a recuperação, é (...) só! Ah, repouso, não fazer esforço (...).” (E11)

“(...) alimentação também é importante para a gente não ganhar peso, entendeu? Porque pode desencadear outros fatores no nosso organismo, ter os cuidados que a gente precisa ter no pós-operatório!” (E11)

“Da cirurgia para não pegar peso, não fazer exercícios repetitivos porque o braço podia inchar, que ia mudar algumas coisinhas! Que eu lembre é só!” (E12)

“Recebi sobre os efeitos da quimio, nutrição! Me deu o papel que eu podia ter queda de cabelo, vômito, queda das unhas também, muitas pessoas tinham! Intestino, se acaso soltasse tal alimentação, se acaso prendesse, tal alimentação!”(E12)

“É de orientação foi sobre que eu ia passar mal na hora, que eles iam aplicar uma injeçãozinha de vômito, ia ser rápido, só que o cabelo eu ia perder! Primeira coisa que o Dr. me passou foi do cabelo, eu ia perder! Aí eu falei assim: Ah, eu já perco? Já, já perde o cabelo! Aí eu falei: Ah, então está bom!” (E13)

“Mas foi só do cabelo e falou que eu ia passar mal, a moça mesmo, foi a outra, ela é nutricionista, aí ela falou para mim que ia dar náusea, às vezes assim, na hora de fazer a comida, aquele cheiro, ia dar fraqueza, eu ia sentir muito fraca, mas era para eu repousar. Foi só isso mesmo! Da queda do cabelo, que às vezes eu ia ficar triste, ia chorar, mas eu tinha que passar por isso porque eu ia perder!” (E13)

A importância destas orientações é incontestável, pois muitos dos eventos adversos acometem de maneira significativa a paciente, acarretando prejuízos à sua vida como um todo. No entanto, o que chama atenção é a dificuldade dos profissionais em falar abertamente sobre

um evento adverso tão importante e significativo para o universo feminino e no relacionamento de um casal: possíveis repercussões dos tratamentos do câncer de mama na prática sexual, especialmente dessas mulheres tão jovens.

Essa dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, é resultado de uma falha na formação acadêmica, por não tratar as questões relacionadas à sexualidade dos pacientes, sinalizando para a necessidade de expansão de especialistas nesse campo de atuação, o que pode contribuir para minimizar o desempenho profissional insatisfatório ou fornecimento de cuidados ineficientes (CESNIK; SANTOS, 2012). Para tanto, indica-se a necessidade de as instituições de ensino superior capacitarem seus estudantes para lidarem com essas questões e a de os serviços de saúde fornecerem capacitação para seus funcionários (BRÊTAS; OHARA; QUERINO, 2008 ; CESNIK et al. 2013 , JUNQUEIRA et al., 2013).

Os depoimentos acima mostraram que as atrizes sociais da pesquisa se depararam com situações que não sabiam ou não esperavam que fossem acontecer durante os tratamentos e, tampouco, que poderiam ser fatores que acentuariam ainda mais a dificuldade do casal em manter a prática sexual durante a vivência do câncer e seus tratamentos.

Assim, ao terem uma comunicação ineficiente com esses profissionais de saúde, as mulheres do presente estudo depararam-se com uma certa dificuldade de compreender se e poderiam se relacionar sexualmente com seus companheiros. Isso reforça os preceitos do IS, que aponta o símbolo como ponto central da interação social. Nessa situação, a falta desse símbolo, a comunicação, fez com que as mulheres interpretassem de modo negativo a situação vivenciada, o que dificultou o exercício de sua sexualidade. O silêncio que existiu sobre a temática “prática sexual” durante os cuidados em saúde emitiu comandos ao *self* delas de se afastarem sexualmente de seus companheiros.

Em se tratando de diálogo com os profissionais em relação aos desconfortos sexuais ocasionados, então, pelos tratamentos, as mulheres receberam as seguintes orientações:

“A minha médica mesmo disse que a quimioterapia tinha tantas reações relacionadas a isso e que a gente ficava um pouquinho seca, a indisposição total, poderia doer sim um pouquinho, mas que eu poderia ter uma vida sexual normal!” (E1)

“(...) a respeito da menopausa precoce, os médicos já tinham me informado de que o apetite sexual diminui, em consequências às dores, à secura vaginal, aí então, eu já sabia!” (E3)

“Sim, sim, eu recebi algumas orientações! Então, que realmente poderia acontecer de mudar, questão de hormônio também, mesmo em questão da menopausa foram as orientações que eu recebi! Bom, que poderia diminuir a vontade ou mesmo ter

dificuldades com relação a ressecamento e tal, foi mais nesse sentido!” (E7)

“Se alguém me falou? Falou que eu podia ter relação normal! O médico falou, a gente recebe informações também lá na quimioterapia, que pode ter a vida sexual, não precisa parar a vida sexual por causa do câncer! As enfermeiras! Que pode ter relação sexual normal! Falou que no processo do tratamento quimioterápico não é impossibilitada a pessoa ter as relações sexuais. O médico também lá da oncologia falou! Na radio também tem a cartilha, tudo direitinho explicando que isso não priva de você ter relações sexuais. Não priva, mas é a pessoa! É eu, sou eu, entendeu? É muita coisa!”(E11)

Apesar de algumas das jovens atrizes sociais deste estudo terem recebido informações a respeito das implicações da doença e dos tratamentos do câncer de mama na sua vida sexual, essas pareceram ser superficiais e omitirem explicações aprofundadas e/ou orientações de como elas poderiam amenizar os possíveis desconfortos advindos dos tratamentos da neoplasia. No relato apresentado a seguir, por exemplo, a atriz social relata que a orientação recebida parece uma bula de remédio, ou seja, é realizada de maneira bem pontual, sem muitos detalhes e esclarecimentos.

“Mas, assim, só me falaram assim, o médico falou assim: Oh, o tamoxifeno faz isso, isso, isso acontecer, isso, isso, isso! Mas não explicaram que eu poderia me sentir assim, que eu poderia me sentir assado, que eu poderia me sentir daquele jeito, que isso ia me atrapalhar! Só me falaram o básico, olha, com o tamoxifeno você vai entrar numa menopausa precoce, você não vai ter mais lubrificação, ele pode te dar dor de cabeça, isso, essas coisas básicas! Tipo uma bula (explicação pontual igual bula de medicamento), sabe? Assim, não vem a bula lá de contraindicações? Assim, só isso que eles me falaram!” (E2)

Os vários depoimentos aqui apresentados trazem à tona o tabu ainda existente em relação a discutir o tema sexualidade, especialmente quando está relacionado às modificações que os tratamentos para o câncer de mama podem causar nessa esfera da vida das acometidas. Ficam evidentes as dificuldades, tanto dos profissionais, quanto das próprias mulheres para iniciar uma discussão, nesse sentido. Os profissionais acabam dando uma importância maior para a doença em si, para os seus sinais e sintomas e eventos adversos dos tratamentos, minimizando as orientações ou não incluindo a prática sexual. Isso pode acontecer até mesmo por eles não estarem preparados e/ou atentos a essa dimensão da saúde de suas pacientes, e

comumente essa temática não é abordada. A mulher parece ficar “assexuada” diante de “seu problema principal”, que é o câncer. Essas são questões que ainda não são muito discutidas no meio acadêmico ou nos espaços em que a mulher é assistida pela equipe de saúde.

Em seus depoimentos, as jovens mulheres deixaram claro que se preocupam e têm dúvidas em relação à prática sexual, principalmente durante os tratamentos do câncer de mama, mas também não sabem como abordá-las com os profissionais que as assistem. Colocam o médico como a pessoa de referência para esses esclarecimentos, no entanto, entendem que os demais profissionais da saúde, como enfermeiros e psicólogos, entre outros, são elementos importantes nesse processo. Elas não entendem muito bem porque essas questões não são levadas até elas.

“Se o médico, que é o médico, ele não quer falar sobre o assunto, a enfermeira vai falar?”(E2)

“Não, eu só recebi um papelzinho, que aí eu teria que ler para estar sabendo que fazer sexo faz bem para o paciente, mas ninguém me explicou nada sabe, então assim, você pula esses pedaços, como se diz, pulou pedaços, quando chegou nas minhas mãos já estava tudo certo (risos)! Já estava resolvido já! Assim para falar a verdade mais é a gente estar perguntando do que eles estarem falando!”(E6)

“Só falou que é vida normal! A psicóloga que atende lá onde faz a quimioterapia, ela falou assim: Você vai ser a mesma de sempre! Falou só isso mesmo, falou que eu vou ser a mesma pessoa que eu era mas tem que ter alguns cuidados à mais para alimentação, só essas coisas! Ela não tocou no assunto (sobre prática sexual)!”(E10)

Apesar de os serviços possuírem panfletos informativos com orientações acerca da vida sexual durante os tratamentos para a neoplasia, as dúvidas persistem, pois as orientações são muito pontuais e pouco esclarecedoras. Além disso, as mulheres sentem necessidade de esclarecer dúvidas com um profissional da saúde pessoalmente, uma vez que essas dúvidas são individuais e diversificadas.

Dessa forma, sem respostas às suas perguntas, algumas até mesmo nem feitas, sobre sua vida sexual durante os tratamentos, as jovens mulheres partiram em busca de um enfrentamento de seu problema e de uma solução para retomarem a prática sexual e, nesse sentido, elas sentiram a necessidade de procurar informações sobre o assunto em outros meios, como na internet e em grupos de apoio.

“Internet! Tudo que eu quero saber (sobre prática sexual durante a vivência do câncer e seus tratamentos), hoje eu vou lá e jogo no google, e o google me explica algumas

coisas! O que eu quero saber, hoje, eu vou no google e procuro, e não era para ser assim, eu tenho o médico que está tratando de mim! Eu acho que era ele que tinha que passar isso! Eu não sei se é porque (ele) não tem tempo também, porque é muita gente, então ele não vai ficar sentado ali uma hora conversando comigo se tem um monte de paciente lá fora, você entendeu? Mas eles não poderiam, sei lá, marcar um tempo? Ter uma profissional que possa estar tratando só isso com você? Ele vai sentar, esse profissional, vai perder o tempo que ele tiver que perder com você mas ele vai te explicar, ele vai te explicar o que está acontecendo com você!”(E2)

“lá onde eu moro tem uma casa, a gente fala casa rosa, a gente reúne as mulheres que já tiveram câncer de mama ou alguma que está em tratamento, outra que já terminou, então, a gente conversa muito. Daí lá, as meninas até brincam, não gente, olha dá bastante, se faz bem para saúde, mesmo que vocês não queiram, vocês dão, que faz bem! Então, a gente brinca muito com essas coisas, aí foi onde me despertou a curiosidade também que realmente estava mais assim, não sei se é medo que a gente tem, de dar alguma coisa errada mas está indo.” (E8)

“Não sabia que cortava a menstruação, não sabia! Aí quando cortou, eu falei gente, que engraçado, não menstruei! Porque a minha, ela vem certinha, ela não atrasa nem adianta, que eu sou muito ligada nessas coisas e falei gente, não veio! Ai, o que a gente faz, procura na internet! Procurei mas aí depois, na primeira consulta que eu tive com ele (médico) eu perguntei, aí ele me explicou, corta mesmo! Só falou que cortava. Eu ainda falei para ele do meu nervosismo, tudo assim, ele falou normal, mas corta! Não vai descer!”(E8)

“Eu olhei na internet! Porque eu queria saber se podia ter relação (sexual) fazendo quimio, se não tinha o uso de preservativo, se tinha que usar, aí eu olhei na internet! Aí eu vi que podia fazer normal, que só se tivesse ressecamento procurar o médico, porque aí ele poderia estar passando umas pomadas, uns gel para lubrificar, isso que eu olhei!”(E12)

As atitudes dessas mulheres refletem duas fases do IS: a fase “eu”, em que elas agem de modo impulsivo e recorrem à internet, em busca de informações, e a fase “mim”, em que elas formulam os conceitos, após conhecimento prévio obtido por meio das leituras realizadas. Desse modo, no processo de interação com a mente, a mulher interpreta as coisas e, como consequência, possui uma ação.

Assim, o fato de as jovens mulheres precisarem buscar informações por outros meios,

já que não as conseguiram através dos profissionais da saúde, pode nos mostrar que trilharam um caminho tortuoso, sem respostas, mas os relatos abaixo nos permitem refletir e compreender que algo positivo aconteceu nessa caminhada. Ao buscarem as informações de que necessitavam, na internet ou em grupos de apoio, elas chegaram novamente até os profissionais da saúde para que eles pudessem esclarecer-lhes as dúvidas surgidas na segunda etapa desse percurso. Desse modo, as dúvidas que surgiam encorajavam as mulheres a iniciar uma conversa com um dos profissionais de saúde envolvidos em sua assistência, no sentido de conseguir retomar sua vida sexual e a harmonia no relacionamento conjugal, como também a aceitação de sua nova condição física e emocional.

“(Respondendo ao questionamento se algum profissional conversou com ela sobre prática sexual durante o tratamento) Não, sobre isso não! Tanto é que eu que pedi para a doutora que eu queria passar com um psicólogo, porque eu estou precisando de ajuda psicológica! Eu estou precisando! Já está até marcado, agora em novembro eu vou passar, porque eles viram que isso está me incomodando muito!” (E2)

“Eu conversei bem com a psicóloga e ela me orientou que é para eu tentar ter uma vida normal! Eu estou tendo uma vida normal nas outras coisas e por que não na relação (sexual) com o esposo? Eu estava ficando um pouquinho ansiosa com isso, meio restrita sabe, um pouco mais fechada para essa questão. Eu vou começar a fazer academia, tenho feito minhas atividades normal, tenho feito as minhas coisas na minha casa, estou estudando em casa, então assim, por que não a atividade sexual? Tentar levar na normalidade também? Com algumas restrições, é claro, mas nada que impeça! Aí eu estou conversando com ela para eu poder entender isso e ela pode me esclarecer que eu posso ficar mais tranquila a respeito disso e tentar manter uma atividade saudável, ativa e sem medo de que vai me prejudicar em alguma parte por causa do tratamento, porque era isso que estava me bloqueando e não é, não vai me prejudicar!”(E3)

“E aí, eu perguntei para ela (enfermeira) se tira um pouco a vontade (de ter relação sexual), e ela falou que tem paciente que sim, e tem uns que não!”(E5)

O ser humano, diante de uma enfermidade, necessita de cuidados e orientações e, nesse sentido, a interação social é importante para que seja possível ressignificar conceitos e formular estratégias para um enfrentamento positivo das adversidades vivenciadas, especialmente em se tratando da interação com um profissional, que a mulher julga ter mais domínio e conhecimento do que ela, sobre as adversidades que ela vivencia naquele momento de sua vida.

A escassez de informações e de orientações por parte dos profissionais de saúde pode

ter contribuído para que essas mulheres vivenciassem esse período com mais sofrimento e dificuldades, pois elas se mostraram, muitas vezes, perdidas frente a vivência de sua prática sexual, após a descoberta do câncer de mama e início dos tratamentos. Seus relatos mostram que as orientações somente aconteciam quando havia da parte delas a curiosidade e estabelecimento de um diálogo sobre o assunto e que, quando isso ocorria, os profissionais esclareciam suas dúvidas, ainda que de forma superficial, mas lhes proporcionando maior segurança e confiança para retomar relação sexual com seus parceiros.

Corroborando o que Ferreira et al. (2015) afirmam em seu estudo, os resultados da presente investigação nos permitem comentar que a provável rotina atribulada desses profissionais, acrescida da dificuldade que ainda existe para a abordagem de um assunto íntimo entre profissional de saúde e paciente, gera dificuldade na comunicação, atrasando o esclarecimento de dúvidas e informações importantes que podem proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas mulheres, no que se refere à sua prática sexual com seus companheiros.

Assim, após as discussões apresentadas, finalizando esta subcategoria, entendemos que o adoecimento das jovens atrizes sociais deste estudo implicou mudança na sua estrutura familiar, mais especificamente no relacionamento sexual do casal (ela e seu companheiro). Diante das dificuldades em lidar com essa situação, de se reestruturar e se adequar à sua nova condição (física e emocional), elas buscaram suporte na rede de relacionamentos (apoio social e afetivo), construída em suas relações percebidas e recebidas ao longo de sua vida. Em relação a esse apoio, elas mostraram a importância dos profissionais da saúde e elegeram-nos como o componente que poderia lhes fornecer suporte social.

No entanto, foram evidenciadas barreiras para esse diálogo (profissional-mulher jovem com câncer de mama e problemas na prática sexual, advindas dos tratamentos), sejam devido às limitações no âmbito da formação profissional ou aos tabus ainda existentes para lidar com questões relacionadas à sexualidade e a prática sexual em si.

As atrizes reagiram a essas dificuldades, demonstrando que esperam dos profissionais da saúde (seu apoio social) uma atenção às nuances de sua vivência da prática sexual, com mais e melhores orientações sobre as implicações dos tratamentos e sobre como elas poderiam enfrentar isso de modo mais positivo, diminuindo ou talvez até deixando de haver a interrupção da prática sexual durante a vivência dos tratamentos para o câncer de mama.

Em se tratando de mulheres jovens, além da questão da prática sexual, as orientações acerca da capacidade reprodutiva dessas mulheres após os tratamentos para o câncer de mama também deveriam ter sido realizadas pelos profissionais de saúde. É importante discutir sobre

a maternidade, capacidade reprodutiva e os riscos do tratamento oncológico sobre o futuro reprodutivo de mulheres submetidas a tal terapêutica (FERREIRA; SOARES JUNIOR; ALVES, 2011).

Nesse sentido, elas devem ser informadas sobre as possibilidades de preservação de fertilidade, como a aplicação de diversas técnicas, entre elas: criopreservação de embriões, ooforopexia para os casos de radioterapia localizada e a criopreservação de oócitos (OKTAY et al., 2013). A escolha da técnica dependerá da idade da mulher, tipo de tratamento, se ela possui ou não parceiro, do seu desejo de constituir prole, do tempo entre o diagnóstico da doença e início da quimioterapia, além da probabilidade de a neoplasia causar metástase ovariana (LETOURNEAU et al., 2012).

Assim, as mulheres tiveram de continuar seu caminho na busca por resolver os problemas relativos à sua prática sexual e desta vez elegeram seus companheiros, que se mostraram importante suporte afetivo, o que está contemplado na subcategoria apresentada a seguir.

5.5.1 Subcategoria: O companheiro

O companheiro apareceu na fala das mulheres como o protagonista da rede de relacionamentos (apoio afetivo) em todo o processo da doença e tratamentos.

Estudos demonstraram que um dos maiores medos da mulher com câncer de mama é o de ser abandonada pelo seu companheiro. O medo da rejeição e da não aceitação, por ter uma doença estigmatizante e, ainda, a mudança corporal decorrente dos tratamentos fazem com que a mulher se recolha em seu próprio mundo, podendo se fechar emocionalmente e ter dificuldades de se relacionar com seu parceiro, afastando-se dele. Assim, ao mesmo tempo em que a mulher espera uma aproximação e um reconhecimento, afasta-se pela vergonha do corpo modificado e pelo medo de ser rejeitada. Os dois vivenciam, dessa forma, momentos de ambiguidades, que dificultam a eles a ultrapassagem das barreiras causadas pela doença e seus tratamentos (GONÇALVES; ARRAIS; FERNANDES, 2007; SEARA, 2012).

Em relação à intimidade do casal, os depoimentos dos companheiros de mulheres com câncer de mama, entrevistados por Yoshimochi et al. (2018), demonstraram seus sentimentos de estranhamento diante da nova situação de suas mulheres, mas eles comentaram também que houve um distanciamento por parte delas, por não se sentirem “normais” após a doença e a cirurgia. O relacionamento do casal, que vigorava antes do câncer de mama, assim como doenças preexistentes, problemas financeiros, entre outros, também apareceram como fatores

importantes no sentido de auxiliar ou dificultar a retomada da relação íntima do casal, após a doença.

Os mesmos autores acrescentam que “o que antes era considerado simples, como o ato de tocar ou de se relacionar sexualmente com suas mulheres, mudou de perspectiva e de sentido, e os companheiros passaram por uma condição corporal de indigência, de limitação e de restrições, geradas pela doença e pelos tratamentos. Em alguns casos, essas condições podem ainda permanecer por um tempo maior, ultrapassando o período de tratamento e de recuperação da mulher” (YOSHIMUCHI et al., 2018).

Entende-se que o *self* do casal sofre um “bloqueio” diante das circunstâncias que vivenciam e ambos se afastam sexualmente por estarem fragilizados e não saberem ainda como vencer essas adversidades.

Dessa forma, para os casais do presente estudo, após o diagnóstico e início dos tratamentos para o câncer de mama, surgiram barreiras no relacionamento do casal e, depois de determinado tempo, os companheiros começaram a demonstrar sua contribuição, no sentido de apoiar suas mulheres. Conforme já descrito, a mastectomia e a alopecia, assim como a menopausa precoce que provocou diminuição da libido, ressecamento vaginal e dispareunia, entre outros, foram os principais vilões desse processo.

As entrevistadas para o presente estudo mostraram o quanto sofreram com as mudanças corporais e como isso interferiu em sua prática sexual e no relacionamento com seus companheiros. Eles tentavam se mostrar solidários, mas nem sempre elas se convenciam disso:

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

As reações de apoio dos companheiros podem ser justificadas, uma vez que o câncer de mama leva a alterações emocionais e psicológicas e toda a família “adoece junto com ela” e vivencia a enfermidade com ansiedade e angústia (MISTURA, 2014), e, logo que possível, eles reagem, tentando oferecer sua ajuda nesse processo.

Outros autores corroboram essas afirmações e complementam-nas, citando que os sistemas familiares podem sofrer alterações impulsionadas por eventos característicos do ciclo de vida familiar ou por eventos inesperados, como uma enfermidade. O modo como a família

lidará com esse evento inesperado depende muito do sentido que lhe é dado, das características da situação em si, da resiliência familiar e da sua inscrição na história familiar. De qualquer modo, um diagnóstico de câncer acarreta impacto no sistema familiar e exige uma reorganização para lidar com os cuidados e tratamentos que a doença requer (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; LAMANNO-ADAMO, 2006; WALSH, 2005).

É interessante apontar que, entre os membros da família, a qual pode ser nuclear (constituída pelo esposo e filhos) (ÁRAN, 2003) ou parental (constituída por membros com quem a mulher possui outros laços consanguíneos: pai, mãe, irmãos, netos e primos) (GONÇALVES; CHALFUN, 2016), o companheiro é o que mais apresenta sofrimento psíquico, como depressão, por exemplo, e, como manifestação decorrente desse sofrimento, muitas vezes, ele acaba se afastando do convívio afetivo e físico de sua mulher, podendo ocorrer a negação de seu estado clínico, elevada tensão conjugal e a indiferença à neoplasia mamária (MISTURA, 2014).

Nesse sentido, autores apontam que o ajustamento psicossocial, no decorrer dos primeiros anos após o diagnóstico, deve acontecer com a mulher, mas também com o companheiro e com toda a família, e caracteriza-se como um fator importante no ajustamento à doença (XAVIER; GENTILLI, 2012).

O companheiro é um membro especial na família, pois tem características particulares que ultrapassam, na intimidade, todas as relações com os outros membros. Seu papel é imprescindível em todas as fases do tratamento de sua mulher, que necessita do seu apoio durante todo o processo de reabilitação (TALHA FERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

Ciente desse seu papel, o companheiro passou a interpretar de modo positivo a situação que vivenciavam e seu *self* emitiu comandos de que ele teria que driblar as dificuldades que se apresentaram à mulher e a ele.

Em relação às mamas, é inegável que têm uma importância muito grande para a mulher e o processo de mudança, após o câncer de mama, reflete em dificuldade e sofrimento para retornar à sua vida familiar, social e sexual. Assim, sua perda, decorrente de tratamento cirúrgico, pode acarretar dificuldades para a mulher agir de modo sedutor e para despir-se diante do companheiro, preferindo que ele não veja sua cicatriz cirúrgica (ROCHA et al., 2016), conforme já descrito neste estudo.

Nessa mesma direção, a alopecia decorrente do tratamento quimioterápico, também já comentada no presente estudo, prejudica a imagem corporal e a sexualidade, tornando a mulher vulnerável, interferindo na sua identidade e no relacionamento com o companheiro (SAMPAIO, 2013), uma vez que sexualidade e imagem corporal fazem parte da identidade

central e do autoconceito de relacionamento, comprometidos durante o câncer (HIRSCHLE; MACIEL; AMORIM, 2018).

Para a retomada da vida sexual do casal, os companheiros das jovens atrizes sociais também tiveram de conviver e tentar amenizar as consequências dos tratamentos ligadas à menopausa induzida, quando elas queixavam da falta de lubrificação vaginal e dispareunia no ato sexual, sem contar ainda com o comprometimento da capacidade reprodutiva.

Assim, o fato de o companheiro tecer elogios e criar situações que proporcionem o empoderamento feminino, no momento em que a mulher se encontra sem a mama e/ou sem os cabelos, ou tem dificuldade para se relacionar sexualmente com ele devido aos incômodos causados pela menopausa precoce, parece fazer com que ela passe por esse período com menos sofrimento e dor, evitando, dessa forma, o isolamento social. O modo como seu companheiro “vive a mastectomia, a alopecia e os eventos adversos da menopausa precoce da mulher” influencia muito na maneira como ela enfrenta essas mudanças no seu corpo e na sua autoimagem, sendo que sentimentos positivos, de ajuda e apoio, auxiliarão para que ela tenha um enfrentamento positivo perante essa situação, inclusive no que se refere ao relacionamento sexual com o companheiro. Os companheiros das jovens atrizes sociais deste estudo assim o fizeram:

“Mas ele (companheiro), super tranquilo, super paciente (em relação a privação da prática sexual durante a quimioterapia) e tudo, normal (...), desde o primeiro ciclo, desde o início do meu tratamento. Ele (companheiro), desde que eu descobri (a doença), desde que caiu (o cabelo), quando caiu, ele que foi tirando, ele que levou para cortar, ele que me deitou no peito dele, ele que enxugava minha lágrima e falava assim: Você está do mesmo jeito que eu te conheci, para mim você é a mesma! Sabe, assim, ele me deu um super, super apoio mesmo!” (E1)

“eu falei para ele que eu estava com vergonha, que eu não estava me sentindo bem, aí ele disse que não era para eu ficar com isso na cabeça, que ele está comigo porque ele gostava do jeito que eu estou, do jeito que eu sou, porque senão, ele não estaria comigo! Ninguém é obrigado a ficar com ninguém! (...) eu vou fazer reconstrução de mama, meu cabelo vai crescer, e ele fala que não tem problema se eu não quiser fazer tudo isso, que está bom! Eu me sinto confortável na situação, me sinto bem assim!” (E4)

“Isso aí é uma fase, creio eu, todo mundo fala, que é uma fase e vai passar. Ele fala isso para mim! Que meu cabelo vai crescer, o seu seio vai operar e

se tirar tudo, depois a gente põe um silicone! Ele fala desse jeito para mim, então, vai passar, se Deus quiser!” (E5)

“Ele (companheiro) continuou normal, como ele agia, mudou da minha parte, da parte por causa do constrangimento mesmo (devido cirurgia na mama)! Então, na parte sexual ele está mais cuidadoso acho que está mais paciente frente a esses conflitos!” (E9)

“eu achei que não ia cair (o cabelo) porque o doutor falou que às vezes raleia só, se caso cair eu nem ia sair na rua, mas aí meu marido me deu força sabe, aí com ele, aí vai bem!” (E10)

O aparecimento do câncer de mama na vida do casal provoca modificações em suas vidas, que acaba por passar por dificuldades traumáticas e extensas, mas se os dois se mantiverem unidos, o enfrentamento da doença e o de suas adversidades serão facilitados, pois o suporte emocional recíproco auxilia em todos os períodos da doença (HIRSCHLE, 2016).

Nesse sentido, é importante que a família, os amigos, os profissionais da saúde incentivem o companheiro a se inteirar do tratamento de sua mulher e, sempre que possível, a acompanhe nas consultas médicas, nas sessões de quimioterapia e radioterapia, pois isso contribuirá para que ele retire dúvidas, diminua a ansiedade e entenda melhor o processo pelo qual a mulher e ele estão passando. Quando isso acontece, o sentimento das mulheres é positivo, pois elas se sentem amparadas e mais próximas deles:

“Agora ele voltou a trabalhar, porque desde o meu início ele parou, ele só me acompanhou, ele ficava comigo nas consultas, quimioterapia, ele vivia fazendo as coisas para mim! Ele algumas vezes perguntava lá (para o médico), porque ele acompanhou tudo, agora porque ele está trabalhando, mas ele sempre perguntava: Olha, ela pode ter relação? Mas ela reclama que dói muito (...), não sei o quê! Então, ele às vezes tirava a dúvida (com o médico), ele perguntava!” (E1)

“Porque tem certos maridos, depois que descobrem que a mulher está com câncer, faz a cirurgia, eles começam a rejeitar ela! Então, pelo contrário, ele vem comigo todo dia, está sempre comigo, está sempre preocupado comigo, está sempre cuidando, então como se diz, agora, está com uma atenção melhor do que antes, a atenção está mais voltada para mim agora, entendeu?” (E6)

“(...) ele não é muito de conversar, ele trabalha muito sabe, aí então, agora eu e ele estamos passando mais tempo juntos, por causa que ele está vindo aqui comigo!” (E10)

Essa aproximação entre o casal facilita o diálogo e a continuidade ou retomada da prática sexual. No entanto, não podemos esquecer que nem sempre ela acontece. Alguns companheiros, ao saberem da doença da mulher, podem até rejeitá-la, acarretando ainda mais transtornos à mulher, uma vez que, como aponta estudo de Mistura (2014), os parceiros são extremamente importantes no processo de reabilitação da mulher com neoplasia mamária, principalmente quando eles se dispõem a ajustar seus horários e padrões de comportamento, para estarem junto de suas mulheres, demonstrando sua preocupação com a saúde delas.

Para a mulher, ter o companheiro ao seu lado, durante o processo dos tratamentos e reabilitação da doença é fundamental no enfrentamento da enfermidade, pois ela se sente encorajada a lutar pela sua cura, assim como para buscar os meios de retomar sua vida conjugal e social.

Em se tratando de relacionamento conjugal, é evidente que a prática sexual é importante, pois faz parte da vida a dois; configura-se em uma arma que tece o relacionamento entre os casais e faz com que um se preocupe com as necessidades sexuais do outro (GRADIM, 2005). As falas abaixo nos apontam a importância do diálogo e da presença do companheiro para o ajustamento e retomada da prática sexual do casal:

A gente senta, ele (companheiro) está entendendo quando eu não tenho vontade (da prática sexual), a respeito da perda do cabelo, se isso incomoda ele ou não, porque o homem, ele vê pela aparência, eu tenho engordado, mas um pouco também é a questão do remédio, mas ele está entendendo, pelo o que ele passa para mim, ele tem entendido que é uma fase e depois disso, a vida vai voltar ao normal! Então, eu acredito que por um lado, está dando certo dialogar mais e de entender!”(E3)

“Tudo era conversado. Ele que se preocupava mais do que eu mesmo, com o meu bem-estar! E eu me sinto bem em conversar com ele! E a gente conversa sempre, toda vez que a gente está junto, a gente conversa sobre isso (relacionamento sexual), sobre o meu corpo, sobre a gente está junto, sobre ele me aceitar do jeito que eu sou, do jeito que eu quero, do jeito que eu posso!” (E4)

“Estou conversando, conversando com ele, e ele me deixando a vontade de fazer o que eu quero, o meu limite! Mas super tranquilo, ele não fica forçando a barra não! Como se diz, é a hora que dá para mim, ai faz!” (E8)

“Nós deitamos e ficamos conversando, ai ele falou assim que me amava falei para ele que também amava ele; aí eu falei para ele assim só que parece que eu estou passando uma fase difícil mas eu preciso mudar também o comportamento com você! No caso dele, eu fiquei mais (...) sabe, mais retraída! Só que ai, esse dia nós ficamos

conversando, eu conversei com ele, expliquei para ele que não vai ser fácil, não é fácil, mas vou lutar junto com você sabe, nós dois está junto, tem que pensar que nós temos uma vida inteira juntos, não é porque aconteceu isso agora que eu vou deixar! Ele conversou muito comigo! Até que de repente, nós abraçamos e beijamos e rolou aquele clima, sabe, e aí a gente ficou!” (E13)

Outro depoimento de uma das jovens atrizes sociais deste estudo nos serve de exemplo, mostrando-nos que o fato de diminuir o grau de importância da perda da mama e associá-la a outros eventos importantes dentro do relacionamento foi um fator motivacional para diminuir o medo da retomada da prática sexual e seguir os tratamentos.

“(respondendo se tinha medo de perder o companheiro devido mastectomia) Medo não, porque ele desde o primeiro momento que a gente ficou sabendo que eu ia ter que remover a mama, ele foi novamente super companheiro, era o que ele gostava, mas além disso, existia um monte de coisas!”(E1)

“Hoje me sinto mais valorizada pelas coisas que ele fala, eu sinto sinceridade porque ele ficou comigo, mesmo sabendo que eu estou com câncer, que eu faço quimio. Eu me senti mais segura agora! Eu vou fazer reconstrução de mama, meu cabelo vai crescer, e ele fala que não tem problema se eu não quiser fazer tudo isso, que está bom! Eu me sinto confortável na situação, me sinto bem assim! Porque eu acho que quando a gente está feliz, amando, apaixonada, tudo é mais fácil, tudo é mais fácil, tem que se permitir, se permitir gostar, estar junto!”(E4)

E parece que tudo melhora quando a comunicação entre o casal é satisfatória, pois percebe-se que a proximidade entre eles fica mais fácil e os anseios são diminuídos. As carícias se tornam presentes na relação a dois, mesmo que com mais cuidado, para evitar qualquer intercorrência, como dor, machucados e até a possibilidade de abertura da cicatriz cirúrgica, o que favorece a continuidade e o fortalecimento do relacionamento sexual, pois a mama, alvo de preocupações do casal, é tocada e acariciada.

“Então é aquela coisa assim, aquele mimo para tocar, aquele mimo, não sabe como fazer, você entende?” (E2)

O fato de o companheiro ser carinhoso para tocar a mama faz a mulher repensar sobre sua vida conjugal e, em especial, na esfera sexual. Sua mente interpreta que esse gesto do companheiro demonstra que existe carinho, amor, afeição e o fato dele demonstrar cautela e

cuidado desperta-a para a possibilidade de retomar a prática sexual. É o *self* despertando nela a possibilidade de “pensar” uma nova maneira de se relacionar sexualmente com o seu companheiro.

O cônjuge, portanto, tem um papel muito importante em todas as fases do tratamento para o câncer de mama, sendo fundamental sua interação com sua companheira durante a reestruturação da sua integridade física e emocional. O diagnóstico de câncer não significa que a intimidade ou o relacionamento sexual com o parceiro deva acabar, mas sim, que deva aumentar a comunicação entre os pensamentos, sentimentos, desejos, relação entre eles (SILVA, T. B. C. et al., 2010; HIRSCHLE, 2016).

As situações que proporcionam maior intimidade e que favorecem evidenciar, ao companheiro, as marcas que o tratamento cirúrgico deixa no corpo da mulher também foram fatores que contribuíram para a proximidade do casal e aumentou a aceitabilidade das mulheres perante sua nova condição física, diminuindo a vergonha da exposição de sua nudez ao companheiro.

Evidencia-se assim que o *self* dessas mulheres as fez ressignificar o conceito sobre as alterações físicas advindas do tratamento cirúrgico e, assim, elas emitiram comandos de enfrentamento, uma vez que a interação social com o companheiro foi positiva e as empoderou para lhes revelarem seu corpo modificado.

“A gente toma banho junto todos os dias! Ele que me dá banho até hoje! Ele vê, sempre!” (E1)

“Vê! Sabe, vê eu tomar banho, vê eu trocar de roupa! Não, foi só no início mesmo! Depois mudou, voltou ao normal! (E9)

No câncer de mama, as preocupações dos homens se direcionam para as necessidades das mulheres e eles sentem necessidade de demonstrar apoio constante a elas. Assim, o apoio conjugal se mostra fundamental para o enfrentamento da doença, pois, dessa maneira, tanto a mulher quanto o homem podem se ajudar nos momentos de desesperança e fraqueza (HIRSCHLE, 2016).

A literatura aponta que o amor, carinho, apoio e companheirismo do parceiro são fundamentais, pois as mulheres, em todas as fases do tratamento do câncer de mama, possuem necessidade de afeição, compreensão, carinho e de serem aceitas por eles (SILVA, T. B. C. et al., 2010; ROCHA et al., 2016).

Neste estudo, atitudes positivas, mencionadas pelas jovens atrizes sociais para a retomada da prática sexual, foram os elogios que os companheiros faziam em relação à sua

imagem corporal, mesmo que transformada, o que, mais uma vez, se transformava em ações positivas para o enfrentamento da doença.

Ao elogiar a companheira, o homem desperta nela o sentimento de positividade em relação às adversidades dos tratamentos. O ser humano tende a agir conforme interpretações que realiza; é o *self* emitindo comandos de interações positivas ou negativas, da convivência com o outro.

“a pessoa que está com você, tem que te elogiar, mesmo você estando assim! É o que acontece comigo, é o que está me fazendo me sentir bem, ter encontrado uma pessoa que faça isso por mim, ele me elogia e eu me sinto do jeito que ele me fala, acho que isso que dá assim a autoestima bem alta, bem grande mesmo, e que ajuda no tratamento!” (E4)

O relato mostra que essa atenção e cuidado do companheiro, além de elevarem a autoestima da mulher, melhorando o seu *self*, faz com que ela se sinta mais amada e valorizada. Essas atitudes demonstram a preocupação com a saúde e bem-estar, que ainda existem o desejo e a admiração na relação homem-mulher.

Elas relataram que os comentários positivos do companheiro também despertaram nelas um sentimento de cuidado e atenção, melhorando até mesmo a prática sexual, pois nesse momento em que eles se dispuseram a ser mais atenciosos e buscaram estratégias que as fizessem se sentir mais amadas, valorizadas e tivessem mais prazer durante o ato sexual, minimizaram, os desconfortos advindos dos tratamentos e reforçaram a interação social, fortalecendo-as para a superação das adversidades que estavam sendo vivenciadas por elas (e pelo casal).

“Assim, para falar a verdade eu acho que até melhora, ele fica com mais cuidado com a gente (...). Melhora um pouco porque parece que pega a gente no colo (risos)! Fica aquele carinho, aquela coisa”(E8)

“A gente fica muito vulnerável, muito frágil, a gente tem muito medo, então, o fato de ser carinhoso, de mostrar que está ali do lado para o que a gente precisar, que vai estar sempre ali!”(E9)

“Ah, está um amor (risos)! Cuidando bem! Ele já era bom, aí agora, está mais! Tem mais paciência, me ajuda mais, graças a Deus! Eu acho que para mim está bom (risos)! (...) eu até estava conversando com ele, falei estou com dó dele porque tem que ficar pajeando eu, aí fica difícil!” (E10)

A doença pode contribuir para a revisão de conceitos e prioridades do casal, pois o fato de estar associada à finitude faz com que ambos reflitam suas posturas, modo de agir e de se relacionar. Muitas vezes, a convivência diária faz com que as coisas se tornem automáticas e o cuidado e a atenção, que se faziam presentes no início do relacionamento, se percam. Situações de enfermidade nos fazem repensar nossas posturas para com o outro e o medo de perdê-lo nos leva a dar atenção para os detalhes, o que, na relação entre homem e mulher, é importante, pois é sinônimo de companheirismo e ajuda a manter viva a chama da paixão, combustível importante para um relacionamento sadio e duradouro.

Assim, a doença pode proporcionar esses momentos de reconciliação entre o casal, em que as brigas e inimizades são deixadas de lado, em prol de um clima mais harmônico e que favoreça o processo de reabilitação. Foi referido pelas atrizes sociais que as saídas dos companheiros, para o consumo de bebida alcóolica, tiveram interrupção e, mesmo que houvesse brigas entre o casal, essas eram amenizadas por meio de atitudes de arrependimento e agradados após suas ocorrências, manifestando-se sentimentos positivos, de aumento da importância, preocupação com sua saúde e carinho para com elas.

“Ah, ele está mais amoroso! Ele não sai, gostava de sair para tomar uma cerveja, às vezes vinha tarde quando eu trabalhava à noite, às vezes eu falava uma coisa e já estava meio agressivo, agora não, até falei para minha cunhada ontem, nossa, ele está um coco (risos)! Como se diz, está bem (...) mudou sabe, ele mudou, para melhor! Mudou para melhor!” (E13)

“Assim, agora, ele arrepende, agora ele arrepende, às vezes ele briga comigo e toda hora ele está lá me agradando! Acho que agora ele arrepende, mas não deixa de brigar também não, passar raiva! Mas agora eu acho que na hora que ele briga assim, ele pensa, fala assim, ela está doente, deixa eu ir lá dá um cheirinho nela, e eu também sou sem vergonha, rapidinho já está tudo do mesmo jeito!” (E12)

Apesar de a maioria das mulheres ter relatado que houve interrupção na prática sexual do casal, sua retomada ocorreu de modo gradativo, cada qual a seu tempo, conforme as mulheres foram compreendendo melhor o que estava ocorrendo com elas e que esse era um fator importante dentro da relação marital. A aceitação da sua doença e de sua nova condição física foi um fator importante para a retomada da prática sexual de modo espontâneo.

“Ah, uns dois meses depois da operação! Ah, eu tinha receio, não sei (risos)! Mas era eu! Ah, não sei! Da minha operação, do meu braço (risos), não sei! De doer o meu braço, de forçar o meu braço! Essas coisas (...) Ah não sei, eu não queria forçar! Eu

não queria fazer esforço nenhum! Meu humor ficava meio alterado e então eu tive dificuldade e eu quase não tinha relação. Durante a minha quimioterapia, eu acho que tipo assim (...), não dava uma vez ao mês! Eu não sentia vontade, eu chorava, para mim não tinha tanta graça mais! Eu estava doente e eu não queria saber de muita coisa!”(E1)

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

“Tivemos sim, mas foram bem poucas vezes! Quase um mês (sem ter relação após o diagnóstico)! Acho que do tratamento para cá, a gente teve umas duas vezes! Duas vezes ou três vezes, não lembro direito! É mais por receio a respeito do tratamento em si”(E3)

“Ah, foi uns quarenta dias (sem ter relação sexual)! Porque vinte dias eu fiquei com o dreno, fiquei na casa da minha mãe, aí, depois que eu consegui ir para casa, mas eu não conseguia me mexer, eu fiquei com o braço muito duro, inchado, foi uns quarenta dias!”(E4)

“Ficou um tempo, ficou um mês eu acho, é aquela fase de seu psicológico mesmo fica muito abalado, mas eu acho que foi um mês! Uns trinta dias para adaptação! Não é bem uma adaptação, é uma digestão!”(E7)

“até a minha primeira consulta e você vê que não é nada daquilo, acho que deve ter sido uns 15 dias! Já tinha uma semana que ele (companheiro) não estava em casa, que ele estava fazendo curso, depois ele veio, deve ter sido isso mesmo, uns 15 ou 20 dias!”(E8)

“Há uns quarenta dias! Por causa do constrangimento mesmo, da minha parte, vergonha! Gosto, é igual eu te falei é uma coisa para mim normal, eu gostava e tudo só que o que me limitou depois foi só a questão minha, dentro de mim, mas eu gosto, prezo dentro do casamento com meu esposo!”(E9)

“eu sou ruim de data, acho que uma semana! Porque eu fiz biópsia e estava com dor! Aí não teve jeito não! Estava com dor na mama!”(E10)

“Sim, depois do tratamento foi o que, acho que foi semana passada! Ah, eu fiz seis

meses de quimioterapia, então, terminou em agosto, setembro, é foi mês passado, é outubro, oito meses! Foi boa, mas a sensação de ardume incomoda!”(E11)

“Acho que um mês e meio mais ou menos! Ficamos mesmo assim só como amigo, sem abraçar, sem beijar, nós ficamos amigos mesmo um do outro! Eu me afastei do meu marido quando o meu cabelo começou a cair”(E13)

Falando sobre câncer de mama, autora afirma que não existe o tempo certo para o retorno à prática sexual, que essa acontecerá conforme o entrosamento do casal, sendo importante explorar e conhecer o novo corpo, no sentido de perceber sensações e obter relaxamento e excitação (GRADIM, 2005).

Estudo aponta que a atividade sexual está mais relacionada a idade e a oportunidade de fazer sexo, representada pela presença de um companheiro sexual, e que a chance de uma mulher possuir vida sexual ativa é menor quanto maior for a sua idade, além do fato de relacionamentos estáveis aumentarem 63 vezes a chance da permanência da prática sexual entre o casal (VIEIRA et al., 2013).

O relacionamento sexual do casal depende muito de como era antes do aparecimento da doença. Desse modo, relacionamentos frágeis antes do adoecimento costumam não superar eventos traumáticos, porém, se, ao contrário, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a se interessar pela vida sexual e buscarem novas formas de adaptações para atender às atuais condições da mulher, o relacionamento sexual pode se tornar mais confortável, prazeroso e agradável (SAMPAIO, 2006; PÁDUA, 2006; GONÇALVES, 2014). Além disso, a literatura também aponta que o tempo de relacionamento do casal pode contribuir para um maior conhecimento e intimidade um com o outro, fortalecendo os vínculos (HIRSCHLE, 2016).

Quanto ao tempo de relacionamento com o companheiro, duas atrizes sociais deste estudo tinham entre um ano e um ano e meio; cinco, entre cinco e dez anos e as outras cinco, entre 15 e 25 anos.

Observa-se, no entanto, que, para uma retomada satisfatória da prática sexual, foi primordial o companheiro saber esperar o tempo de sua mulher. Foi necessário ele ter paciência, compreender a falta de desejo dela e suas dificuldades para vivenciar esse momento. Ele teve de fornecer suporte para que esses obstáculos fossem superados pelo casal, o que se tornou a chave para abrir a porta da vivência da afetividade entre eles.

Assim, as falas a seguir mostram o respeito e paciência como estratégias utilizadas pelos casais para retornarem a prática sexual e se sentirem mais confortáveis e satisfeitos, seja em

relação ao prazer ou no sentido de diminuir os desconfortos advindos dos tratamentos.

“Ah, eu não sei explicar! Não sei (...)! Foi acontecendo naturalmente, não teve assim uma estratégia! A estratégia para mim foi a paciência dele, que na verdade era só quando eu queria ou que eu estava disposta, ele sempre respeitou, nunca forçou, nunca fechou a cara, nunca brigou, nada (...), sempre respeitou o meu momento! Eu acho que isso foi a estratégia! Não chegamos a abordar esse assunto, sentar e conversar, olha, não está tendo, você está vendo minhas condições (...)! Não, foi tudo sempre muito natural, ele me procurava hoje e eu falava: Mor, hoje eu estou tão ruim (...), ele já não fazia nada, nada (...), só me abraçava e ficava o tempo todo assim! Eu fui ficando mais tranquila e aí, foi acontecendo!” (E1)

“Foi natural mesmo! Foi espontâneo! Foi mais da parte dele de ter cuidado comigo, tudo queria saber se estava bom, se vai me machucar!” (E4)

“Estratégia? Ah, eu acho que não teve nenhuma não! Mas é isso mesmo, é voltar lá atrás, começar tudo devagar, encostando, abraçando, brincando, sei lá (...). Ele fala: Ah, hoje eu te pego, você vai ver! Hoje você vai ver! Mas é assim, entendeu? É assim mesmo!” (E8)

“Essa questão da paciência mesmo de entender o tempo da gente, de entender os medos, essa parte mesmo de esperar a minha hora! A gente fica muito vulnerável, muito frágil, a gente tem muito medo, então, o fato de ser carinhoso, de mostrar que está ali do lado para o que a gente precisar, que vai estar sempre ali! E, assim, acho que no geral, com tudo mais paciente! Ah, todo mundo parece que passa a agradar a gente mais no geral (risos)! Então, na parte sexual (ele) está mais cuidadoso acho que está mais paciente frente a esses conflitos!” (E9)

“Na casa dele! Ah, o casal, beijando, abraçando, e aí aconteceu! O meu homem, como eu te falei, ele é muito respeitoso! Se eu não quero, ele não me força! Ele não faz nada contra a minha vontade! Eu falo para você que é difícil para um homem, porque eu tenho conversado isso com ele. Se fosse outra pessoa, outro homem, já tinha me abandonado, não estava namorando comigo mais! E, se eu não quero, ele não obriga, ele não força nada!” (E11)

Em relação às estratégias utilizadas por casais que vivenciaram o câncer de mama, estudo constatou que o medo da rejeição e a vergonha de revelar o local cirúrgico ao parceiro, nos momentos de intimidade, são apresentados por mulheres mastectomizadas, as quais buscam esconder as cicatrizes por meio de vestimentas (GASPARELO et al., 2010; HIRSCHLE, 2016;

ROCHA et al., 2016).

Outras estratégias foram apontadas pelas jovens mulheres no sentido de o casal retomar a prática sexual. Alguns tinham relação sexual no escuro, outros diminuía o ritmo do ato sexual ou a mulher não tirava a blusa. Outros combinavam não encostar na mama operada. A ausência da luz ou a relação sexual com a blusa contribuíram para que a mulher evitasse revelar as marcas do tratamento cirúrgico em seu corpo, ficando, assim, mais à vontade para o ato sexual. A mudança no “ritmo” e o fato de “não encostar na mama” auxiliaram na diminuição do medo de machucar o local cirúrgico. Abaixo os depoimentos das mulheres que revelam essas adaptações:

“Mas sexo hoje, eu só faço sexo no escuro! Tipo mesmo o oral, é no escuro, eu não consigo fazer no claro porque (no escuro) ele não está vendo! Não está vendo eu sem mama! Ele não vê, está no escuro, ele não vê! Ele não está vendo!”(E2)

“Eu tenho vergonha de tirar a roupa! A blusa não! Não, não tiro, mas ele diz que não se importa! E eu também não quis que ele visse! Aí, a gente entrou num acordo, por enquanto não! Mais ele sempre respeita meu limite! É o meu limite! É o que eu imponho, então, com isso me deixa me tranquila! Talvez se não desse esse limite, o meu limite, talvez não (...) ou então, quisesse que eu tirasse a blusa, alguma coisa assim, talvez eu não aceitaria, não seria tão prazeroso assim!”(E4)

“Escuro! Era, era no escuro! Não tem muito assim estratégia, porque é igual eu te falei, muda, a gente faz menos bagunça (risos)! Uai, brincadeiras do casal! Agora é tudo mais devagarzinho! É até engraçado! Diminuir o ritmo! Sabe, é isso! Acho que só isso só! A gente acha que é um bicho de sete cabeças!”(E5)

“Não teve estratégia nenhuma não! Olha, a única coisa de estratégia que eu fiz foi que eu não tirei a blusa! Fiquei com a blusa do pijama! Às vezes eu fico com a blusa, às vezes não! É que eu fiz a cirurgia recente. Acho que foi umas duas vezes (que tirou a blusa)! Não teve outra estratégia, fora a blusa!”(E9)

“(...) ele (companheiro) ficou com medo de machucar a mama, assim, é isso! Aí se caso ele relasse no meu peito eu empurrava ele!”(E10)

“A mão ele não põe (na mama que tem o nódulo)! O dia que foi colocar, que ele veio beijando assim, eu falei, ah, aqui não! Eu tento proteger, aí ele não, tudo bem! Eu acho que é mais a preocupação aqui, aqui na mama, eu acho!”(E13)

Outro estudo aponta também que algumas situações práticas e contextuais podem acabar por dificultar/facilitar o reinício da atividade sexual após a cirurgia da mama. Um exemplo

disso são as posições sexuais de cada um dos parceiros, que podem tornar as relações mais ou menos agradáveis (PÁDUA, 2006; GONÇALVES, 2014).

No que concerne a essas afirmações, neste estudo, as participantes relataram adaptações de posição e no tipo de sexo, como recursos para a retomada da prática sexual com seus companheiros.

“Uma prática sexual que a gente ainda tem hoje, que eu falo que conta muito é o sexo oral, e é o que a gente usa, sexo oral, você entendeu? Só que eu queria resolver isso, porque não é só o sexo oral! A gente vai ficar fazendo sexo oral até quando? Sem ter uma penetração, eu sinto falta, você entendeu? É (...), para muitas pessoas se eu for falar isso, vai falar: Mas (...) você vai fazer isso? Ué, mas é uma estratégia que a gente usou! Gosto, gosto muito do sexo oral, eu me sinto bem, eu sinto prazer, você entende? Tem hora que por mais que eu falo que eu não sinto nada, se ele me tocar naquele ponto x, aquela coisa, vai, eu consigo chegar ao orgasmo, ele também consegue chegar ao orgasmo no sexo oral comigo, eu fazendo nele, então, foi essa a opção que a gente topou.” (E2)

“(...) tem várias, várias formas de estar fazendo amor com a pessoa que você ama, então pronto, aí você já resolve o problema! Então assim, eu fiquei deitada e a penetração ocorreu, eu estava deitada de costas, não podia virar nem para um lado nem para o outro, a penetração ocorreu foi assim que a gente arrumou o jeito de está fazendo e foi esse o jeito! Está bom, para mim está ótimo!” (E6)

Assim, a retomada da prática sexual pelo casal foi um período permeado de angústias, receios, obstáculos e adversidades, porém, um foi o apoio do outro. Elas entenderam que eles eram personagens primordiais nessa trajetória e eles o que acontecia com suas mulheres naquele momento. Assim, dispuseram-se a mudar e o modo positivo como eles encararam a situação (oferecendo ajuda; manifestando seu apoio e aceitação diante da nova condição da mulher; valorizando o corpo da mulher, por meio da minimização da revelação das marcas advindas do procedimento cirúrgico; respeitando o tempo da mulher para retomar a prática sexual e utilizando estratégias diversificadas para a efetivação dessa prática) empoderou essas atrizes sociais e estimulou-as a vencer o medo e a insegurança de se relacionarem sexualmente com eles.

Diagrama 3 – Esquema Teórico - A Categoria Central: A Prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama: entendendo os fatores que a afetam sua manutenção e os que contribuem para a sua retomada

Fonte: elaborado pela autora

5.6 A Teoria Fundamenta nos Dados (TFD)

Depois de discutirmos separadamente as categorias que emergiram da análise axial, fizemos uma apreciação destas categorias no intuito de refiná-las e integrá-las, ou seja, realizamos uma reflexão global dos achados desta pesquisa compondo, assim, um esquema maior, que resultou em uma teoria, possibilitando a compreensão de como ocorre a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama. Essa etapa da análise de dados, conforme o referencial metodológico deste trabalho, a TFD, trata-se da codificação seletiva, que nos permitiu a elaboração da categoria central deste estudo.

Assim, a construção da categoria central foi mostrando uma sequência que se iniciava com as mulheres falando que o fato de receber o diagnóstico de câncer de mama e associá-lo à premência de morte gerou desespero, pois não estavam preparadas para o adoecimento e tampouco para as repercussões em suas vidas, nos aspectos afetivo, social e físico. Nesse sentido, em relação à prática sexual das mulheres jovens com câncer de mama, verificamos que essa sofreu modificações em detrimento do diagnóstico da doença e de seus tratamentos.

Ao se descobrirem doentes, as mulheres tiveram sua prática sexual afetada. Elas relataram que, ao saber da doença, suas vidas perderam a graça e que, num primeiro momento, foi difícil aceitar essa condição de enfermidade; suas preocupações giraram em torno da neoplasia e seus tratamentos, fazendo com que deixassem de lado a vida sexual, pois não sentiam vontade e não conseguiam pensar em sexo naquele momento.

Embora a prática sexual tivesse sofrido certa modificação, aquelas que já tinham uma relação estável e harmoniosa com seus companheiros não se queixaram de problemas na relação sexual, por causa do diagnóstico da doença. No entanto, a existência de problemas na relação conjugal, antes mesmo do diagnóstico do câncer, foi apontada como fator de alteração da prática sexual.

As questões psicológicas também atingiram as mulheres e alteraram sua prática sexual devido à dificuldade em aceitar a doença e as implicações dela sobre sua feminilidade. Já em relação às questões físicas, os tratamentos cirúrgico e quimioterápico foram apontados como os que mais afetaram a prática sexual das mulheres jovens com câncer de mama, sendo que a hormonioterapia também provocou desordens dessa natureza.

Entre os efeitos deletérios dos tratamentos e que modificaram a prática sexual das participantes deste estudo, foram citados os vômitos, náuseas, diarreia, mucosite, estomatite, anorexia, dor abdominal e outros que provocaram importantes alterações na identidade feminina, na autoimagem e na autoestima, devido às modificações na estética corporal, como a

falta da mama e do cabelo, assim como o aumento de peso, e que revelaram um corpo não belo e adoecido, passível de repugnância pelo companheiro. Ocorreram ainda alterações hormonais que causaram menopausa precoce e desconfortos durante o ato sexual, com a diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia e anorgasmia.

As atrizes sociais se encontravam em idade reprodutiva e, durante a quimioterapia, que as deixava imunossuprimidas, seus médicos lhes recomendaram o uso do preservativo nas relações sexuais, para evitar a gravidez e protegê-las de infecções sexualmente transmissíveis. Nesse sentido, o fato de terem de usar o preservativo, que elas não utilizavam até o momento, fez com que a prática sexual se modificasse e diminuísse a libido.

Quanto à radioterapia, a única queixa foi em relação à fadiga, porém essa, neste estudo, não se apresentou associada ao ato sexual e, sim, às mudanças nas atividades diárias.

Diante de todas essas dificuldades, as mulheres buscaram por apoio social e afetivo para superarem as barreiras que impediam as relações sexuais com seus companheiros. Assim, a rede de relacionamentos foi importante para o enfrentamento dessas adversidades.

Em relação ao apoio social, os profissionais da saúde apareceram como parte da rede de relacionamentos que fornece esse apoio e então evidenciaram-se a dificuldade e o despreparo que eles ainda possuem para lidar com a questão da sexualidade e da prática sexual. Nesse sentido, as orientações oferecidas por eles às mulheres foram muito superficiais, o que as levou a buscarem outros meios de informação, como a internet e os grupos de apoio, a fim de se empoderarem do assunto e resolverem as situações conflitantes que vivenciavam com seus companheiros.

As orientações dos profissionais de saúde versaram acerca de alguns cuidados e, entre eles, aqueles com o braço do lado operado, com o dreno, curativos, retirada de cutículas, aparecimento de linfedema, ocorrência de náuseas, diarreia e alopecia. A importância dessas orientações é indiscutível, no entanto, e especialmente por se tratar de mulheres jovens, os profissionais de saúde deveriam atentar para os eventos adversos dos tratamentos sobre a sexualidade e a prática sexual.

Nesse sentido, ao sentir a falta dessas orientações, as mulheres buscaram informações na internet e esta foi uma ferramenta que as auxiliou a sanar dúvidas, mesmo que não fosse o melhor meio para isso, uma vez que poderiam acessar caminhos não confiáveis e obter informações errôneas.

Os relatos das atrizes sociais nos permitiram entender que as orientações recebidas dos profissionais de saúde no que tange às implicações do câncer de mama e seus tratamentos sobre a prática sexual foram incipientes e apenas ocorreram quando elas se dispuseram a falar e

iniciaram o assunto com eles, indagando-os sobre suas dúvidas. Isso ocorreu, algumas vezes, após elas terem recorrido à internet e não terem obtido os esclarecimentos que buscavam. Mediante suas indagações, os profissionais as orientaram, no entanto, de maneira breve e superficial, mas, de certa maneira, esse diálogo auxiliou essas mulheres frente à situação que viviam, ou seja, o distanciamento de seus companheiros.

Ainda não satisfeitas com as respostas às suas indagações sobre a prática sexual, as jovens mulheres continuaram tentando resolver seus problemas e, para tal, elegeram como suporte afetivo seus companheiros.

Eles, por sua vez, deixaram claro que estavam dispostos a ajudá-las e demonstraram seu apoio nessa caminhada, o que fez com que elas entendessem que se aproximar deles poderia contribuir para a retomada da prática sexual durante a vivência dos tratamentos do câncer de mama. E, dessa forma, o companheiro ofereceu apoio afetivo e se lhes configurou como a personagem mais importante nesse processo.

No início, os companheiros demonstraram certo estranhamento diante da nova situação de suas mulheres, mas observaram também um distanciamento por parte delas, por não se sentirem “normais”, e começaram a explicitar seu apoio, o qual foi imprescindível em todas as fases do tratamento.

A perda da mama, decorrente de tratamento cirúrgico, acarretou dificuldades para a mulher agir de modo sedutor e para despir-se diante do companheiro, e a alopecia, decorrente da quimioterapia, assim como o aumento do peso corporal e as consequências da menopausa precoce, decorrentes da quimioterapia e da hormonioterapia, prejudicaram sua imagem corporal e a vivência de sua sexualidade. Além disso, tornaram-na vulnerável, interferiram na sua identidade e no relacionamento com o companheiro. No entanto, o modo como este companheiro “viveu as mudanças da mulher” influenciou na maneira como ela enfrentou essas alterações, sendo que sentimentos positivos, de ajuda e apoio, auxiliaram para que ela superasse essa situação, inclusive no que se refere ao relacionamento sexual com o companheiro.

Outra forma de oferecer apoio foi mostrada pelos companheiros, quando eles acompanharam suas mulheres nas consultas médicas, nas sessões de quimioterapia e radioterapia e, assim, beneficiaram-se também, pois puderam esclarecer dúvidas, diminuir a ansiedade e entenderam melhor o processo pelo qual a mulher e ele estavam passando.

A enfermidade da mulher e o medo de perdê-la fez o companheiro repensar sua postura diante dessa situação e prestar mais atenção em detalhes. Essa mudança de postura também aconteceu com a própria mulher e, dessa forma, o casal foi descobrindo novas formas de se aproximar, dialogar e retomar a prática sexual. As carícias na relação a dois exigiram mais

cuidado por causa da cirurgia da mama; foram importantes os elogios à mulher em relação à sua imagem corporal, mesmo diante das mudanças percebidas.

Para a retomada satisfatória da prática sexual, ainda foi necessário o companheiro saber esperar o tempo de sua mulher. Outras estratégias também foram apontadas pelas jovens mulheres no sentido de o casal retomar essa prática, como: ter relação sexual no escuro, não encostar na mama operada, diminuir o ritmo e mudar as posições para o ato sexual, ou, ainda, a mulher não tirar a blusa. A ausência da luz ou a relação sexual com a mulher usando blusa contribuíram para que ela ficasse mais à vontade. A mudança no “ritmo” e o fato de “não encostar na mama” auxiliaram na diminuição do medo de machucar o local cirúrgico.

Enfim, a categoria central deste estudo se configura: O companheiro se apresenta como protagonista da rede de relacionamentos (apoio afetivo) em todo o processo da doença e tratamentos do câncer de mama de sua mulher. Esta se encontra diante de uma nova condição, permeada de transtornos físicos e emocionais, que acabam por afetar a prática sexual do casal. O companheiro, por sua vez, entendeu o que estava acontecendo com ela e se dispôs a contribuir, auxiliando-a a superar várias dificuldades advindas desse processo, no sentido de proporcionar um ajustamento da situação. Ele a valorizou e empoderou, estimulando-a a vencer o medo e a insegurança de se relacionar sexualmente com ele. E assim, houve a retomada da prática sexual da mulher com seu companheiro. O que se mostrou como um diferencial nesse processo, portanto, foi o fato de o companheiro ter se prontificado a ajustar a relação para a retomada da prática sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial teórico (IS) e o referencial metodológico (TFD) foram imprescindíveis para chegar aos resultados desta investigação, respondendo ao objetivo do estudo.

A utilização do IS, que trata da interação social e do comportamento humano e busca entender as experiências vividas conforme a compreensão de seus atores, juntamente com a aplicação da TFD, cujas teorias internas derivam do IS e podem preencher a lacuna existente entre a teoria e a prática, permitiram-nos a construção de um esquema teórico, resultante dos dados da pesquisa, os quais foram sistematicamente reunidos e analisados.

Uma teoria foi, então, construída, o que nos possibilitou aprender a dimensão do fenômeno e evidenciar, com aprofundamento, como se dá a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama.

A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama é prejudicada pela doença e seus tratamentos, uma vez que estes podem causar transtornos físicos e emocionais graves e fazer a mulher/casal voltar suas preocupações para situações que se distanciam deste setor de suas vidas (sexual). Isso se deve ao impacto com o diagnóstico de uma doença estigmatizante e muito associada à finitude e às marcantes transformações no corpo da mulher, com a cirurgia, a quimioterapia e a hormonioterapia. A falta da mama ou de parte dela, a menopausa precoce e a alopecia aparecem como os grandes vilões, já que alteram a autoimagem, a autoestima e o dia-a-dia das mulheres e acabam por interferir na prática sexual do casal.

Assim, a partir do diagnóstico, ocorrem alterações na prática sexual que, muitas vezes, é afetada e tem sua retomada dificultada. Além disso, essa temática ainda é pouco discutida na literatura e os profissionais da saúde tem dificuldade em abordar a temática durante sua prática laboral. As mulheres também não se sentem confortáveis para sinalizar a eles que necessitam de ajuda para lidar com as questões que envolvem a prática sexual durante os tratamentos para a doença.

Até mesmo a OMS reconhece que a felicidade sexual é fundamental para promover a saúde humana e, nesse sentido, ficou clara, nos depoimentos das atrizes sociais do presente estudo, a necessidade de os profissionais da saúde estarem atentos e preparados para aconselhar e auxiliar seus pacientes com problemas sexuais, especialmente aqueles causados pelas doenças e seus tratamentos, oferecendo, desta forma, apoio social. No entanto, as limitações no âmbito da formação profissional, assim como os tabus (de profissionais e pacientes) para lidar com questões relacionadas à sexualidade são barreiras evidentes para esse diálogo, mas devem ser superadas, talvez por meio de mudanças, especialmente na formação acadêmica desses

profissionais.

Neste cenário, para ultrapassar essas barreiras, a mulher necessita, sim, de apoio social, mas também de apoio afetivo e, neste estudo, o companheiro se apresentou como protagonista da rede de relacionamentos (apoio afetivo) em todo o processo da doença e tratamentos do câncer de mama de sua mulher. Ele foi a principal personagem a oferecer este apoio, indiscutivelmente essencial para proporcionar um ajustamento da situação. Ele viveu com ela todas as transformações ocorridas nesse processo, entendeu sua própria importância no sentido de acompanhar, valorizar, estimular e empoderar sua mulher, respeitar o “tempo dela” para se aceitar nessa nova condição, a ponto de ajudá-la vencer os obstáculos para a retomada da prática sexual.

O companheiro dessa mulher jovem com câncer de mama entendeu, portanto, que precisava agir de forma a proporcionar a reaproximação do casal e tornou-se, assim, o elemento chave e o grande responsável pela retomada da prática sexual entre eles.

Implicações para a prática em enfermagem

A metodologia (TFD) utilizada neste estudo, que culminou na geração de uma teoria (esquema teórico), nos permite o reconhecimento de problemas relacionados a certos contextos da nossa atuação profissional, fazendo-se um recurso importante que favorece a pesquisa na enfermagem/área da saúde, pois contribui para aperfeiçoar as práticas durante a assistência. O método nos possibilita compreender fatos/situações/contextos/entre outros pouco compreendidos, levando-nos a uma reflexão e, por vezes, oportunizando um novo olhar sobre a realidade.

No que concerne à enfermagem, cabe ressaltar que ela foi pouco citada neste estudo, no momento em que as mulheres se referiram aos profissionais que cuidavam de sua saúde, fato que nos leva a repensar nossas práticas profissionais e a constatar que é fundamental que o tema sexualidade e prática sexual seja abordado durante a assistência de enfermagem às mulheres jovens com câncer de mama. A formação dos enfermeiros deve garantir que se sintam seguros e capazes de abordar a mulher, nessa condição, para discutir/orientar sobre a prática sexual durante a vivência do câncer de mama e de seus tratamentos, assim como para promover discussões sobre o tema e sanar as dúvidas dessa população.

Ainda se faz necessário refletir sobre a atuação profissional dos enfermeiros que já estão inseridos no mercado de trabalho, visto que não podemos desprezar a necessidade de capacitá-los para essa orientação durante a assistência de enfermagem às mulheres jovens com câncer de mama.

São necessários mais estudos nessa área, de modo a trazer mais conhecimento e contribuições para a enfermagem e demais profissionais de saúde que prestam cuidados às mulheres jovens, durante a terapêutica da neoplasia mamária, além da utilização mais frequente do uso do método da TFD nas pesquisas em enfermagem e saúde, como forma de colaborar com o aperfeiçoamento continuado do método, pois cada estudo envolvendo a TFD é sempre uma nova oportunidade de aprender, uma vez que a teoria emergente está sempre em contínuo desenvolvimento, podendo ser ampliada e aprofundada com novos sujeitos de pesquisa e dados que emergem.

Os resultados apresentados e discutidos nesta pesquisa merecem serem investigados em outros contextos, o que contribuiria para maior validação dos resultados desta pesquisa, além de possibilitar o enriquecimento da literatura nacional em relação às lacunas sobre a prática sexual de mulheres jovens, diante do diagnóstico e tratamentos do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev Psiquiatr Clín.** v.33, n.3, p.162-67, 2006.
- AEBI, S. Special issues related to the adjuvant therapy in very young women. **Breast.** v.14, n.6, p.594-599, 2005.
- ALDER, J. et al. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? **J. Sex. Med.**, Basileia, v. 5, n. 8, p. 1898-906, 2008.
- ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S.; ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. **Rev. Bras. Med.**, v. 59, p. 15-21, dez. 2002. Número especial.
- ALMEIDA, T. G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 432-438, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127741627006.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- ALVES, P. C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010.
- AMEZCUA, M.; ZAMBRANO, S. M. H. Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para uma ciência aplicada. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 675-683, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a24.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.
- ANAGNOSTOPOULOS, F.; MYRGIANNI, S. Body image of greek breast cancer patients treated with mastectomy of breast conserving surgery. **J. Clin. Psychol. Med. Settings, New York**, v. 16, n. 4, p. 311-321, 2009. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10880-009-9176-5>>. Acesso em: 8 jun. 2019.
- ARÁN, M. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. **Rev. Est. Feministas**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 399-422, jul./dez. 2003.
- ARCHIBALD, S. et al. Chemically-induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. **Women Ther.** New Brunswick, Canadá, v. 29, n. 1-2, p. 83-106, 2006.
- BARTON-BURKE, M.; GUSTASON, C. J. Sexuality in women with cancer. **Nurs. Clin. North Am.**, Amherst, v. 42, n. 4, p. 531-554, 2007.
- BIANCHI, E. M. P. G.; IKEDA, A. A. Usos e aplicações da Grounded Theory em administração. **Rev. Gestão. Org.**, Recife, v. 6, n. 2, p. 231-248, maio 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/viewFile/21521/18215>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- BIGLIA, N. et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. **Journal of Sexual Medicine**, Wormerveer, v. 7, n. 5, p. 1891-1900, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233281>>. Acesso em: 30 jul.2019.

BLUMER, H. **A natureza do Interacionismo simbólico**. São Paulo: Mosaico, 1980. (Teoria de comunicação: textos básicos).

BONINI, J. J. **Pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial**: conhecimento após o grupo de orientações. 2014. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/17/Protocolo-de-Diagnostico-Precece-do-Cancer-Pediatrico.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; QUERINO, I. D. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 568-574, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Factors associated to persistence with hormonal therapy in women with breast cancer. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 284-295, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2014.v48n2/284-295/en>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

CAMARGO, S. A. P.; SAMPAIO NETO, L. F. Sexualidade e gênero. **Rev. Fac. Ci. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 19, n. 4, p. 165-166, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/35351/pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

CAMMAROTA, M.C. et al. Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v.33, n.1, p.3-11, 2018. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/1908/reconstrucao-mamaria-em-mulheres-jovens-e-suas-peculiaridades>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

CAMORIANO, J. K. et al. Weight change in women treated with adjuvant therapy or observed following mastectomy for node-positive breast cancer. **J. Clin. Oncol.**, Scottsdale, v. 8, n. 8, p. 1327-1334, 1990.

- CANIELES, I. M. et al. Rede de apoio a mulher mastectomizada. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 450-458, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10790/pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- CANTINELLI, F. S.; CAMACHO, R. S.; SMALETZ, O. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 124-33, 2006.
- CAPISANO, H. F. Imagem corporal. In: MELO FILHO, J. (Ed.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 179-92.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CARVALHO, P. S. R. **Preservação da fertilidade masculina em doentes oncológicos**. 2010. Dissertação (Mestrado em Biologia Humana e Ambiente) – Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/12423032.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicol. Ci. Prof.**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2014.
- CELLA, D. et al. Quality of life of postmenopausal women in the ATAC (“Arimidex”, tamoxifen, alone or in combination) trial after completion of 5 years’ adjuvant treatment for early breast cancer. **Breast Cancer Res. Treat.**, Evanston, v. 100, n. 3, p. 273-284, 2006.
- CESNIK, V. M. et al. A vida sexual de mulheres com câncer de mama: significados atribuídos ao diagnóstico e seu impacto na sexualidade. **Est. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 187-197, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/31.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.
- CLAGNAN, W. S. et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 67-74, 2008. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/37451761.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. Thousands Oaks: SAGE, 2015.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: UNFPA, 2006. p. 27-62. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

COULAM, C. B.; ADAMSON, S. C.; ANNEGERS, J. F. Incidence of premature ovarian failure. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 67, p. 604-606, 1986.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRIPPA, C. G. et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 32, n. 3, p. 50-58, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/146.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

DAGNELIE, P. C. et al. Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. **Ann. Oncol.**, Maastricht, v. 18, n. 5, p. 940-944, 2007.

DANTAS, C. C. et al. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. **Rev. Latino Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 17, n.4, p. 573-579, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

DENNERSTEIN, L. et al. Sexuality. **Am. J. Med.**, New York, v. 118, p. 59-63, 2005. Supplement 12B.

DUTRA, M. C. et al. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 54-60, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000200002>. Acesso em: 11 jun. 2019.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 432-444, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611616255?via%3Dihub>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

ELKUM, N. et al. Being 40 or younger is an independent risk factor for relapse in operable breast cancer patients: the Saudi Arabia experience. **BMC Cancer**, Riyadh, v. 7, n. 222, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2222639/>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

ELY, S.; SHEPPARD, A. L. Breast cancer and sexuality. **The Breast J.**, Boston, v. 14, n. 2, p. 176-181, 2008.

ENGWARD, H. Understanding grounded theory. **Nurs. Stand.**, Cambridge, v. 28, n. 7, p. 37-

41, out. 2013.

EVANS, G. L. A novice researcher's first walk through the maze of grounded theory: rationalization for classical grounded theory. **Grounded Theory Rev.**, Mill Valley, v. 12, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://groundedtheoryreview.com/2013/06/22/a-novice-researchers-first-walk-through-the-maze-of-grounded-theory-rationalization-for-classical-grounded-theory/>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

FARAH, A.B.; NAHAS, F.X.; MENDES, J.A. Reconstrução mamária em dois estágios com expansores de tecido e implantes de silicone. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 30, n. 2, p.172-181, 2015. Disponível em: < <http://www.rbc.org.br/details/1619/reconstrucao-mamaria-em-dois-estagios-com-expansores-de-tecido-e-implantes-de-silicone>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

FERNANDOPULLE, S. M.; CHER-SIANG ANG, P.; TAN, P. H. Breast carcinoma in women 35 years and younger: a pathological study. **Pathology**, Surry Hills, v. 38, n. 3, p. 219-222, 2006.

FERREIRA, M. L. S. M. et al. Impacto do câncer de mama em mulheres climatéricas. **Atas - CIAIQ**, Lisboa, v. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1480/1437>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FERREIRA, S. M. A. et al. Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: perspectiva das profissionais. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 82-89, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00082.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

FERREIRA, V. N. et al. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 25, p. 410-419, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/18.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2019.

FERREIRA, F.P.; SOARES JÚNIOR, J.M.; ALVES DA MOTTA, E.L. Preservação da fertilidade: a importância de oferecer esta possibilidade às pacientes com doenças neoplásicas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 33, n. 9, p. 223-226, 2011.

FIGUEIREDO, A. C. D. S. et al. Associação entre variáveis antropométricas e o tratamento para o câncer de mama. **Cons. Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 93-100, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=4783&path%5B%5D=2672>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

FLORIANI, F. M.; MARCANTE, M. D. S.; BRAGGIO, L. A. **Auto-estima e auto-imagem a relação com a estética.** 2014. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/5882778-Auto-estima-e-auto-imagem-a-relacao-com-a-estetica.html>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

FREIRE, M. M. et al. Câncer de mama e seus tratamentos: repercussões na sexualidade vivenciada por mulheres. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4511-4514, nov. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23144/24755>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

- GANZ, P. A. et al. Breast cancer in younger women: reproductive and late effects of treatment. **J. Clin. Oncol.**, Alexandria, v. 21, n. 22, p. 4184-4193, 2003.
- GARCIA, S. N. et al. Quality of life domains affected in women with breast cancer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 89-96, jun. 2015.
- GASPARELO, C. et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Ci. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 535-542, 2010.
- GILBERT, E.; USSHER, J. M.; PERZ, J. Sexuality after breast cancer: a review. **Maturitas**, Nova Gales do Sul, v. 66, n. 4, p. 397-407, 2010.
- GLASER, B. G. **The grounded theory perspective**: conceptualization contrasted with description. Mill Valley: Sociology Press, 2011.
- GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New Brunswick: Aldine, 1967.
- GOMES, I. M. et al. Grounded theory in nursing: an integrative review. **J. Nurs. UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 1, p. 466-474, jan. 2015. Suplemento 1. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10360/11084>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- GOMIDE, L. B. et al. The long-term impact of breast radiotherapy on dyspnea and pulmonary function. **The Breast J.**, v. 15, n. 5, p. 560-561, 2009.
- GONÇALVES, A. L. **A satisfação sexual e coping em mulheres mastectomizadas**. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, 2014.
- GONÇALVES, S.R.O.S.; ARRAIAS, F.M.A.; FERNANDES, A.F.C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. **Rev. RENE**, v. 8, n. 2, p. 9-17, mai-jun, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5280/3887>>. Acesso em: 31 jan. 2019.
- GONÇALVES, R. L. F.; CHALFUN, M. O direito à afetividade parental como um dos elementos do princípio da dignidade da pessoa humana e da relação familiar. **Rev. Cient. FACERB**, Rio Bonito, v. 3, n. 1, p. 86-117, 2016.
- GONZALEZ-ÂNGULO, A. M. et al. Women age ≤ 35 years with primary breast carcinoma: disease features at presentation. **Cancer**, Vienna, v. 103, n. 12, p. 2466-72, 2005. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.21070>>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- GRADIM, C. V. C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama**. 2005. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HALL, H.; GRIFFITHS, D.; MCKENNA, L. From Darwin to constructivism: the evolution of grounded theory. **Nurs. Res.**, Victoria, v. 20, n. 3, p. 17-21, jan. 2013.

HEIJER, M. D. et al. Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: a prospective long-term followup study. **Eur. J. Cancer**, Oxford, v. 48, n. 9, p. 1263-1268, jun. 2012.

HIRSCHLE, T. M. R. **Mulheres mastectomizadas e seus parceiros**: representações sociais do corpo e satisfação sexual. 2016. 143 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8537/2/arquivo%20total.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

HIRSCHLE, T. M. R.; MACIEL, S. C.; AMORIM, G. K. Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 457-468, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n1/2358-1883-tpsy-26-01-0457.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP. **Banco de Dados Oracle do HCFMRP-USP**, 2017.

HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER PASSOS. **Dados do Sistema SRHC-INCA**, 2017.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

INOCENTI, A. et al. Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasias da mama. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-9, maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-2016004520014.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População e domicílios**: divisão territorial. Cidades. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

_____. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: Inca, 2016.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Terapia alvo para câncer de mama**. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/terapia-alvo-para-cancer-de-mama/1771/265/>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

JÄRVENPÄÄ, R. et al. Radiological pulmonary findings after breast cancer irradiation: a prospective study. **Acta Oncol.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 16-22, 2006.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n3/v17n3a09.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

JUNQUEIRA, L. C. U. et al. Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 89-101, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100008>. Acesso em: 11 mar. 2019.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p.184-189, mar./abr. 2007.

KAHÁN, Z. et al. The risk of early and late lung sequelae after conformal radiotherapy in breast cancer patients. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, Oxford, v. 68, n. 3, p. 673-681, 2007.

KEDDE, H. et al. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. **Support. Care Cancer**, Berlin, v. 21, n. 1, p. 271-80, 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-012-1521-9>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

KELVIN, J. F.; STEED, R.; JARRETT, J. Discussing safe sexual practices during cancer treatment. **Clin. J. Oncol. Nurs.**, Pittsburgh, v. 18, n. 4, p. 449-453, ago. 2014.

KENNY, M.; FOURIE, R. Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: methodological and philosophical conflicts. **Qualit. Report**, Florida, v. 20, n. 8, p. 1270-1289, 2015. Disponível em: <<http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss8/9>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

KOYAMA, H. et al. Cyclophosphamide-induced ovarian failure and its therapeutic significance in patients with breast cancer. **Cancer**, v. 39, p. 1403-1409, 1977.

KRABBE, E. C. et al. Escola, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidades para as infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. Interd. Ens. Pesq. Exten.**, Cruz Alta, v. 4, n. 1, p. 75-84, 2016. Disponível em: <http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/eletronica/article/view/4387/pdf_73>. Acesso em: 31 jan. 2019.

LAGARES, E. B. et al. Excesso de peso em mulheres com diagnóstico de câncer de mama em hormonioterapia por tamoxifeno. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 201-210, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/07-excesso-de-peso-em-mulheres-com-diagnostico-de-cancer-de-mama-em-hormonioterapia-com-tamoxifeno.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

LAGO, E. A. et al. Feelings of mastectomy women about self image and changes in daily life. **Ci. Saúde**, Londrina, v. 1, p. 15-18, jan./abr. 2015.

LAMANNO-ADAMO, V. L. C. **A família sob impacto**. In: BOTEGA, N. J. (Org.). Prática

psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 67-74.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537-544, 1999.

LEITE, J. L. et al. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 3, p. 772-777, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/33.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

LETOURNEAU, A.; VERBURG, P.H.; STEHFEST, E. A land-use systems approach to represent land-use dynamics at continental and global scales. **Environmental Modelling and Software**. v. 33, p. 61-79, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S136481521200014X>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

LEVINE, K. B.; WILLIAMS, R. E.; HARTMANN, K. E. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. **Menopause**, New York, v. 15, n. 4, p. 661-666, 2008. Parte 1.

LEWIS, L. F. Putting 'quality' in qualitative research: a guide to grounded theory for mental health nurses. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, Oxford, v. 22, n. 10, p. 821-828, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12270>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018&lng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2015.

LOMÔNACO, C.; TOMAZ, R.A.F.; RAMOS, M.T.O. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. **Reprod. Clim.** v. 30, n. 2, p. 58-66, 2015.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a14v39n1.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

LOPES, J.S.O.C. et al. A sexualidade de mulheres em tratamento para o câncer de mama. **Enfermería Global**. n. 43, p. 369-387, jul, 2016. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/958da717701d19748acfe93e0b46b586/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036007>>. Acesso em: 15 jan.2018.

OKTAY, K. et al. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. **Journal of Clinical Oncology Asco**, Special Article. v.31, n.19, jul, 2013.

MACHADO, M. X.; SOARES, D. A.; OLIVEIRA, S. B. Significados do câncer de mama

para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis Rev. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 433-451, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n3/433-451/pt/>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

MAGALHÃES, P. A. P. **O significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens**. 2017. 200 p. Tese (Doutorado em Ciências - Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MALINOVSKY, K. M. et al. Breast cancer patients' experiences on endocrine therapy: monitoring with a checklist for patients on endocrine therapy (C-PET). **Breast.**, Edimburgo, v. 13, n. 5, p. 363-368, 2004.

MARHHOM, E.; COHEN, I. Fertility preservation options for women with malignancies. **Obstet. Gynecol. Surv.**, São Paulo, v. 62, p. 58-72, 2007.

MARTINS, L. C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 158-162, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/19.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

MEAD, G. H. **Espíritu, persona y sociedad**: desde el punto de vista del conductismo social. Barcelona: Paidós, 1982.

_____. **Mind, self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. 8. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1972.

MELLO, R. B.; CUNHA, C. J. C. A. Grounded theory. In.: GODOI, C. K.; MELLO, R. B.; SILVA, A. B. (Org.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 241-266.

MISTURA, C. **Ganhando na loteria e temendo perder o prêmio**: a experiência de famílias rurais ao ter a mãe/esposa sobrevivente de câncer de mama. 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

MOORE, A.; HIGGINS, A.; SHAREK, D. Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, Edimburgo, v. 17, n. 4, p. 416-422, ago 2013. Disponível em: <[https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(12\)00125-1/pdf](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(12)00125-1/pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2019.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema único de saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/06.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2019.

NETO, A.M.P.; VALADARES, A.L.R.; COSTA-PAIVA, L. Climacteric and sexuality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 3, p. 93-96, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2018.

NOGUEIRA, D.; **Câncer de mama, imagem corporal e ganho de peso: estudo de caso.** 86 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

OCHSENKÜHN, R. et al. Menopausal status in breast cancer patients with past chemotherapy determines long-term hypoactive sexual desire disorder. **J. Sex Med.**, Malden, v. 8, n. 5, p. 1486-1494, 2011.

OLIVEIRA, C. L. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, p. 53-60, 2010. Número especial, Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4659/3476>>. Acesso em 11 jun. 2019.

OLIVEIRA, K. D.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Infertilidade após o tratamento oncológico. **Rev. Med. Saúde Brasília**, Brasília, DF, v. 3, n.1, p. 72-84, 2014. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/viewFile/4898/3140>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Documentos básicos.** Genebra: OMS, 1986.

PÁDUA, E. A. **Câncer de mama não impede a prática sexual.** São Paulo: [s.n.], 2006.

PANAY, N.; KALU, E. Management of premature ovarian failure. **Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.**, Amsterdam, v. 23, p. 129, 2009.

PANJARI, M.; BELL, R. J.; DAVIS, S. R. Sexual function after breast cancer. **J. Sex. Med.**, Amsterdam, v. 8, n. 1, p. 294-302, 2011.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós-mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1690/1735>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

PAREDES, C. G. et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Re. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 28, n.1, p.100-104, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/17.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

PEÑA, C. G. **Enfrentando o câncer: cuidados com a imagem pessoal.** São Paulo: Senac, 2013.

PETITTO, J. V. Câncer dos órgãos genitais: tratamento radioterápico. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia.** 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 2343-2353.

PETRINI, M.; POZZEBON, M. Usando grounded theory na construção de modelos teóricos. **Rev. Gestão Planej.**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 1-18, jan./jul. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264003034_Usando_Grounded_Theory_na_Construcao_de_Modelos_Teoricos>. Acesso em: 11 mar. 2019.

PICCART-GEBHART, M. J. et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in her2-positive breast cancer. **New Engl. J. Med.**, Boston, v. 353, n. 16, p. 1659-1672, 2005.

PINTO-NETO, A. M.; VALADARES, A. L. R.; COSTA-PAIVA, L. Climatério e sexualidade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 93-96, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2018.

REBAR, R. W.; CONNOLLY, H. V. Clinical features of young women with hypergonadotropic amenorrhea. **Fertil. Steril.**, v. 53, p. 804-810, 1990.

REIS, A. P. A. **Alopecia: cotidiano da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2015.

REIS, A. P. A.; GRADIM, C. V. C. Alopecia in breast cancer. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 2, p. 447-455, fev. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25097/27855>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ROCHA, J. F. D. et al. Mastectomia: as cicatrizes na sexualidade feminina. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 5, p. 4255-4263, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11171/12705>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

RODRIGUEZ, S. F. M. J.; AGUILAR MARTINEZ, A.; MANUEL-Y-KEENOY, B. Influence of body weight on the prognosis of breast cancer survivors, nutritional approach after diagnosis. **Nutr. Hosp.**, Madri, v. 28, n. 6, p. 1829-1841, nov. 2013.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Sexualidade humana. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (Ed.). **Compêndio de psiquiatria – ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAFARINEJAD, M. R.; SHAFIEI, N.; SAFARINEJAD, S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. **Psychooncology**, Chichester, v. 22, n. 6, p. 1242-1248, 2013.

SAMPAIO, A. C. P. **Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia**. 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

SAMPAIO, B. A. L. **Significado da alopecia para mulheres submetidas à quimioterapia para o câncer ginecológico ou mamário**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Influência do tipo de terapia antineoplásica sobre marcadores antropométricos e dietéticos em mulheres portadoras de câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 223-230, 2012.

SANTORO, N.; KOMI, J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. **J. Sex. Med.**, Malden, v. 6, n. 8, p. 2133-2142, 2009.

SANTOS, D. B. et al. Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. **Psic.: teor. e pesq.**, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324219.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SANTOS, D. B.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1342-1355, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104304/102951>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em Enfermagem e saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SANTOS, J. L. G. et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 52 p. e03303, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017021803303.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SANTOS, M. C. L. et al. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 675-678, 2010.

SCHNUR, J. B. et al. Acute skin toxicity-related, out-of-pocket expenses in patients with breast cancer treated with external beam radiotherapy: a descriptive, exploratory study. **Supp. Care Cancer**, Berlin, v. 20, n. 12, p. 3105-3113, 2012.

SEARA, M. L. P. S. **Imagem corporal e função sexual das mulheres mastectomizadas**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

SHANNON, C.; SMITH, I. E. Breast cancer in adolescents and young women. **Eur. J. Cancer**, Oxford, v. 39, n. 18, p. 2632-2642, 2003. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804903006695?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SHOMA, A. M. et al. Body image disturbance and surgical decision making in egyptian post menopausal breast cancer patients. **World J. Surg. Oncol.**, Londres, v. 7, n. 66, p. 1-10, 2009. Disponível em: <<https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7819-7-66>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

SLEDGE, G. W. et al. Past, present, and future challenges in breast cancer treatment. **J. Clin. Oncol.**, New York, v. 32, n. 19, p. 1979-1986, jul. 2014. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2014.55.4139>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SILVA, B. C. et al. Influência da quimioterapia no peso corporal de mulheres com câncer de mama. **Comum. Ci. Saúde**, Londrina, v. 21, n. 3, p. 245-252, 2010.

SILVA, C. M. C.; VARGENS, O. M. C. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2780, ago. 2016.

SILVA, E. C. S. et al. Câncer de mama e qualidade de vida durante o tratamento radioterápico. **Cad. Grad. – Ci. Biol. Saúde FACP**, Recife, v. 1, n. 3, p. 85-93, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1719/921>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.17, n. 3, p. 561-568, 2008.

SILVA, M. N. M. et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 150-154, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a11.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 5, set./out. p. 727-734, 2010.

SILVA, T. B. C. et al. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 113-119, jul. 2010.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 15, p. 605-611, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Falência ovariana precoce**. [S.l.]: AMB: CFM, 2006. (Projeto diretrizes). Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/falencia-ovariana-precoce.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

SOUZA, C. L.; ALDRIGHI, J. M. Sono e climatério. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 20-25, 2001.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 1-17, fev. 2006.

SOUZA, C.L.; ALDRIGHI, J.M.; LORENZI-FILHO, G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 51, n. 3, mai-jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000300019>. Acesso em: 30 jul. 2019.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TALHAFFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. **Arq. Ci. Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 1, p. 17-22, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf>. Acesso

em: 12 jun. 2019.

TAROZZI, M. **O que é grounded theory?** Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis : Vozes, 2011.

TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010.

TAYLOR, A. E. et al. A randomized, controlled trial of estradiol replacement therapy in women with hypergonadotropic amenorrhea. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, Springfield, v. 81, p. 3615-3621, 1996.

TAYLOR, S. E. **Lazos vitales:** de cómo el cuidado y el afecto son esenciales para nuestras vidas. Madrid: Taurus, 2002.

THIVAT, E. et al. Weight change during chemotherapy changes the prognosis in non metastatic breast cancer for the worse. **BMC Cancer**, Londres, v. 10, n. 648, 2010.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int. J. Qual. Health Care**, Inglaterra, v. 19, n. 6, 2007.

TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 207-216, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/08.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

USSHER, J. M.; PERZ, J.; GILBERT, E. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. **J. Adv. Nursing**, v. 69, n. 2, p. 327-337, 2013.

VALADARES, A. L. et al. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 299-304, 2008a.

VALADARES, A. L. et al. Sexuality in brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. **Menopause**, New York, v. 15, n. 2, p. 264-269, 2008b.

VAN KASTEREN, Y. M.; SCHOEMAKER, J. Premature ovarian failure: a systematic review on therapeutic interventions to restore ovarian function and achieve pregnancy. **Hum. Reprod. Update**, Oxford, v. 5, p. 483-492, 1999.

VEIGA, A. P. Orgasmo: querer e poder. **Rev. IGT Rede**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 22-31, 2007.

VERENHITACH, B.D.; MEIDEIROS, J.N.; ELIAS, S.; NAZÁRIO, A.C.P. Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. **FEMINA**, v. 42, n. 1, jan-fev, 2014.

VIEIRA, E. M. et al. Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2049-2056, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a21v29n10.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

VUJOVIĆ, S. et al. Premature ovarian failure. **Srp. Arh. Celok. Lek.**, Belgrado, v. 140, n. 1112, p. 806-811, 2012.

WALKER, R. A. et al. Breast carcinomas occurring in young women (<35 years) are different. **Br. J. Cancer**, London, v. 74, n. 11, p. 1796-1800, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2077218/>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WHITE, C. A. Body images in oncology. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. London: Guilford, 2004. p. 379-386.

XAVIER, B. B.; GENTILI, R. M. L. Afetos e cooperação familiar como coadjuvantes do tratamento de câncer de mama em mulheres. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 73-95, 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12756/11638>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

YOSHIMUCHI, L. T. B. et al. A experiência do companheiro da mulher com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03366.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

YOUNG-MCCAUGHAN, S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. **Cancer Nurs.**, New York, v. 19, n. 4, p. 308-319, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A – Autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

Prezado Sr. _____,

Solicitamos à V. Sa. autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama”. A análise dos dados obtidos será utilizada no trabalho de obtenção ao título de Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo referencial teórico será o Interacionismo Simbólico, que se preocupa em interpretar e compreender os aspectos internos da conduta humana. Para a coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevista que contém uma pergunta que norteará nossa entrevista. Após a pergunta norteadora, poderão ser realizados outros questionamentos para melhor entendimento. Na realização da entrevista, será utilizado o gravador digital e um caderno de anotações. Os dados serão analisados conforme referencial metodológico, a Teoria Fundamentada em Dados (TFD), que possui o propósito de construir um modelo teórico que facilite o entendimento dos fenômenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos investigados.

Esclarecemos às participantes da pesquisa que haverá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e este será lido e explicado àquelas que farão parte da pesquisa. Serão orientadas ainda sobre seu anonimato na publicação dos dados e da liberdade em se recusar a participar deste estudo, a qualquer momento, sem ônus para o seu tratamento. A pesquisa será desenvolvida pela discente Ana Paula Alonso Reis, sob orientação da Profª Drª Marislei Sanches Panobianco.

Contamos com a colaboração desta Instituição.

Atenciosamente,

Ana Paula Alonso Reis Mairink
Pesquisadora Responsável

Marislei Sanches Panobianco
Profª Dra. da EERP -USP

Autorizado em: ____/____/____

Assinatura: _____

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto de Pesquisa: “A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama”

Pesquisadoras Responsáveis: Ana Paula Alonso Reis Mairink (doutoranda) e Marislei Sanches Panobianco (orientadora)

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender como se dá a prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama. Entender isso é importante para que possamos orientar melhor as mulheres que passam por essa situação e ajudá-las a vivenciar esse momento de suas vidas de modo mais tranquilo e menos doloroso. Caso você aceite participar da pesquisa, realizaremos algumas perguntas como dados pessoais, dados do câncer, dos tratamentos realizados e do seu relacionamento sexual e suas respostas serão anotadas em um papel. Caso você autorize, será ligado um gravador e tudo o que conversarmos será gravado. Faremos ainda, anotações num caderno, sempre que necessário. Essa conversa levará cerca de 40-60 minutos, será realizada numa sala reservada do hospital, ou em outro local que combinarmos, sempre preservando sua privacidade.

Os possíveis riscos pela sua participação na pesquisa são de um desconforto emocional, pois você responderá a perguntas de cunho pessoal, e poderá constranger-se em fornecer informações de sua vida íntima e sexual. Caso esses desconfortos ocorram, estaremos à disposição para ajudá-las, conversando e tentando minimizar seu constrangimento, por meio de diálogo com a própria pesquisadora ou, se for necessário, com um profissional da psicologia, que trabalhe no próprio serviço em que a coleta de dados estiver ocorrendo.

Por outro lado, ao conversar com a pesquisadora, você poderá ser beneficiada ao externar suas emoções e amenizar suas angústias, ansiedades e tristeza. E ainda, os resultados deste estudo poderão fornecer conhecimentos para auxiliar profissionais de saúde no atendimento a mulheres jovens com câncer de mama, especialmente no que está relacionado às dificuldades que elas podem ter quanto à prática sexual após o diagnóstico do câncer e os tratamentos para a doença.

Não haverá nenhum gasto para você, pois as entrevistas serão marcadas no dia em que comparecerá ao hospital, e se for marcada em outro dia e local, eu irei encontrá-la. Você também não receberá pela sua participação. Caso ocorra algum dano a você, decorrente de sua participação nessa pesquisa, você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país.

Lembramos que você poderá interromper a entrevista, e a mesma poderá ser novamente iniciada em outro momento, e também, você poderá desistir de sua participação, sem prejuízo ao atendimento que recebe no hospital. Para isso, deixamos aqui nosso nome completo e endereço: Ana Paula Alonso Reis Mairink – Rua Doutora Izabella de Túlio Guimarães, 44 - bairro Ouro Verde III, telefone: 35-99164-1536, Guaxupé-MG e Marislei Sanches Panobianco – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP – USP) – sala 100, Ribeirão Preto-SP, telefone: 16-3315-3480.

Você ainda, pode usar esses contatos para obter maiores informações sobre a pesquisa ou ir até o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, situado na Av. Bandeirantes, 3.900- Ribeirão Preto-SP, telefone 16-3315-9197, que funciona das 10 às 12 e das 14 às 16 horas, de segunda à sexta-feira, em dias úteis, onde também poderá ser melhor informada sobre a pesquisa.

2/2

O CEP possui a função de verificar os projetos de pesquisa afim de averiguar suas finalidades e avaliar riscos e benefícios aos participantes, bem como protegê-los eticamente. Assim, esse projeto foi encaminhado ao CEP e está aprovado.

Os resultados dessa pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos, na mídia ou similares porém, garantimos que será mantido o respeito, o sigilo, o anonimato e que o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-la não aparecerá no trabalho.

Você tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da sua participação, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa.

Sendo assim, convidamos você a participar deste trabalho e, para isso, solicitamos o seu consentimento, como também, sua autorização para buscar alguns dados do seu tratamento no seu prontuário médico.

Eu, _____, após ter recebido as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto. Declaro que recebi uma via desse documento que assino.

_____, _____ de 20____.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Obs.: este documento será impresso em frente e verso

Apêndice C – Roteiro de Entrevista (Instrumento de Coleta de Dados)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO PROGRAMA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: “A prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama”

Discente Responsável: Ana Paula Alonso Reis Mairink

Orientadora: Dra. Marislei Sanches Panobianco - Profª. Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

SEÇÃO I

1- DADOS SOCIAIS

(1) Nome: _____

(2) Endereço: _____ nº: _____ Complemento: _____

(3) Cidade: _____ UF: _____

(4) Telefone: () _____

(5) Idade: _____ anos

(6) Idade que descobriu alteração na mama: _____ anos

(7) Idade no diagnóstico: _____ anos

(8) Estado Civil: () solteira () casada ou união estável () separada/divorciada
() viúva - Há quanto tempo? _____

(9) Ocupação: _____

(10) Crença: _____

(11) Nível de escolaridade da paciente:

() analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo
() ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino técnico
() superior incompleto () superior completo () pós-graduação

(12) Nível de escolaridade do companheiro:

() analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo
 () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino técnico
 () superior incompleto () superior completo () pós-graduação

(13) Qual a sua cor? (autodeclarada)

() branca
 () parda
 () preta
 () outra: _____

2- ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

(14) Qual cirurgia? Data: ____/____/____

() Mastectomia: tipo _____
 () Quadrantectomia
 () Nodulectomia
 () Outra: _____

(15) Estádio do Tumor (classificação TNM):

Tamanho tumor (T):

() 0 ____ () I ____ () II ____ () III ____ () IV ____

Linfonodos regionais (N):

() 0 ____ () I ____ () II ____ () III ____ () IV ____

Metástase à distância (M):

() 0 ____ () I ____ () II ____ () III ____ () IV ____

(16) Irá realizar ou já realizou radioterapia?

() sim
 () não
 () não se aplica

Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

Número de sessões que irá realizar: _____

Em curso: ____/____/____

Número de sessões já realizadas: _____

(17) Ciclo quimioterápico:

QT Adjuvante () Neoadjuvante: () Paliativa ()

Início: ____/____/____

Número de sessões: _____

Intervalo entre as sessões: _____

Datas de agendamento dos ciclos quimioterápicos:

Esquema quimioterápico:

(18) Está apresentando amenorréia?☐ sim☐ não☐ não se aplica**(19) Em qual sessão iniciou a amenorréia? _____ sessão****(20) DUM: ____/____/____****(21) Há indicação de hormonioterapia? () sim () não**

Se sim, qual medicamento? _____

SEÇÃO II**1- PERGUNTA NORTEADORA****(01) “Fale-me como era e como está agora sua vida sexual após o diagnóstico do câncer.”**

ANEXOS

Anexo A – Solicitação de autorização para coleta de dados no Hospital Regional do Câncer de Passos-MG (HRC).

Santa Casa de Misericórdia de Passos
Hospital Regional
CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 - Inscrição Estadual: Isento
PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral)
Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020
Passos - MG
e-mail: scpassos@scpassos.org.br

Passos, 16 de março de 2016

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Da: Universidade do Estado de São Paulo (EERP-USP)

Para: Santa Casa de Misericórdia de Passos

Venho por meio deste solicitar autorização para realização do trabalho para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, intitulado como “Relacionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama” tendo como orientadora a Profª Dra. Marislei Sanches Panobianco e será realizado pela aluna Ana Paula Alonso Reis.

Segue em anexo cópia do projeto supracitado.

Desde já agradeço pela atenção.

Assinatura do orientadora

Ilmo. Sr.
Dr. José Ronaldo Alves
Diretor Técnico do Hospital

Anexo B – Termo de Compromisso para realização da pesquisa científica na Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG.

<p align="center">Santa Casa de Misericórdia de Passos Hospital Regional CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 Inscrição Estadual: Isento PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral) Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020 Passos - MG e-mail: scpassos@scpassos.org.br</p>
---	--	---

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS

Projeto: Relacionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama
Pesquisador Responsável: Ana Paula Alonso Reis (Discente Programa de Pós -Graduação em Enfermagem em Saúde Pública EERP-USP, nível doutorado) e Marislei Sanches Panobianco (Profa. Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP)

Asseguramos que os sujeitos de pesquisa incluídos no projeto “**Relacionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama**” terão a sua confidencialidade resguardada pela equipe envolvida na condução do projeto de pesquisa e que em nenhum momento a identidade será revelada.

Declaramos que os dados obtidos e os materiais biológicos coletados no estudo serão utilizados exclusivamente para as finalidades descritas no protocolo e no termo de consentimento livre e esclarecido. Não haverá teste além daqueles descritos no protocolo e não há previsão de armazenamento das amostras biológicas para testes futuro, sendo as mesmas apropriadamente destruídas após o uso.

Declaramos que o estudo será enviado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após a autorização para a coleta de dados no HRC de Passos. Como anexo, nos responsabilizamos pelo cumprimento das normas institucionais que norteiam a visão e missão resumidas em estatutos e protocolos.

Estamos comprometidos em publicar a pesquisa supracitada assegurando que os resultados serão reportados de maneira ética, responsável e coerente, sejam eles favoráveis ou não.

Declaramos que o projeto não acarretará nenhum tipo de ônus a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Passos, sendo inteiramente custeado pelos pesquisadores.

Passos, 16 de março de 2016.

Pesquisadores envolvidos:

Nome completo	Assinatura
Discente Ana Paula Alonso Reis
Docente Marislei Sanches Panobianco

Anexo C – Declaração de autorização da coordenação do Serviço Hospitalar do Hospital Regional do Câncer de Passos-MG (HRC) para a coleta de dados.

Passos, 28 de março de 2016

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
DO SERVIÇO HOSPITALAR**

PROJETO: Relacionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama

PESQUISADORA: Ana Paula Alonso Reis

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa supracitado no setor de quimioterapia do Hospital Regional do Câncer de Passos. A coleta de dados será iniciada, somente, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Passos.

Dr Paulo Cesar Felipe Franco
Coordenador do Hospital Regional do Câncer de Passos

Marcelo Soares de Oliveira
Gerente da UNEP

Anexo D – Autorização Hospital Regional do Câncer de Passos-MG (HRC) para realização da pesquisa.

UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA
PESQUISA E EXTENSÃO

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Dr. José Ronaldo Alves, Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Passos, **AUTORIZO** a coleta de dados da pesquisa **“Relacionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama”**. O projeto será desenvolvido pela aluna Ana Paula Alonso Reis sob orientação da Professora Doutora Marislei Sanches Panobianco, para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Passos, 04 de abril de 2016

Assinatura: _____

Dr. José Ronaldo Alves
Diretor Técnico

Anexo E – Solicitação da pesquisadora e Autorização da diretora e responsável pelo setor de oncologia clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP) para realização da pesquisa.

APÊNDICE A – Autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

Ribeirão Preto, 26 de outubro de 2016.
Prezado Sr (a). Liane Rapatoni,

Solicitamos à V. Sa. autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **"Prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama"**. A análise dos dados obtidos será utilizada no trabalho de obtenção ao título de Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo referencial teórico será o Interacionismo Simbólico, que se preocupa em interpretar e compreender os aspectos internos da conduta humana. Para a coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevista que contém uma pergunta que norteará nossa entrevista. Após a pergunta norteadora, poderão ser realizados outros questionamentos para melhor entendimento. Na realização da entrevista, será utilizado o gravador digital e um caderno de anotações. Os dados serão analisados conforme referencial metodológico, a Teoria Fundamentada em Dados (TFD), que possui o propósito de construir um modelo teórico que facilite o entendimento dos fenômenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos investigados.

Esclarecemos que haverá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado às atrizes sociais da pesquisa e este será lido e detalhado a elas no momento do convite. Serão orientadas ainda sobre seu anonimato na publicação dos dados e da liberdade em se recusar a participar deste estudo, a qualquer momento, sem ônus para o seu tratamento. A pesquisa será desenvolvida pela discente Ana Paula Alonso Reis, sob orientação da Profª Drª Marislei Sanches Panobianco.

Contamos com a colaboração desta Instituição.

Atenciosamente,

Ana Paula Alonso Reis

Ana Paula Alonso Reis
Pesquisadora Responsável

Marislei Sanches Panobianco

Marislei Sanches Panobianco
Profª Dra. da EERP -USP

Autorizado em: 16/11/16

Assinatura: Liane Rapatoni

Dra. Liane Rapatoni
Oncologia Clínica
CRM 107893

Anexo F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) para realização da pesquisa.

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP					
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA					
Título da Pesquisa: Vivência de mulheres jovens com câncer de mama em relação à prática sexual.					
Pesquisador: Ana Paula Alonso Reis					
Área Temática:					
Versão: 2					
CAAE: 69123517.2.0000.5393					
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP					
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio					
DADOS DO PARECER					
Número do Parecer: 2.283.486					
Apresentação do Projeto: análise de pendências					
Objetivo da Pesquisa: análise de pendências					
Avaliação dos Riscos e Benefícios: análise de pendências					
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: análise de pendências					
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: TCLE corrigido					
Recomendações: Aprovar					
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: TCLE foi corrigido					
Considerações Finais a critério do CEP: Parecer aprovado ad referendum					
Endereço: BANDEIRANTES 3900					
Bairro: VILA MONTE ALEGRE		CEP: 14.040-902			
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO				
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.283.486

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_929375.pdf	09/08/2017 10:31:01		Aceito
Outros	RespostaParecer090817.pdf	09/08/2017 10:30:01	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Outros	OficioencaminhamentoaoCEPpronto.pdf	09/08/2017 10:28:48	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP140717.pdf	09/08/2017 10:27:00	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE140717.pdf	09/08/2017 10:25:54	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	09/08/2017 10:22:34	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/07/2017 12:34:11	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/05/2017 12:44:12	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHRC.pdf	30/05/2017 16:21:53	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHC.pdf	30/05/2017 16:20:42	Ana Paula Alonso Reis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 19 de Setembro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG (SCMP) para realização da pesquisa.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
Elaborado pela Instituição Coparticipante														
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA														
Título da Pesquisa: Vivência de mulheres jovens com câncer de mama em relação à prática sexual.														
Pesquisador: Ana Paula Alonso Reis														
Área Temática:														
Versão: 1														
CAAE: 69123517.2.3002.8043														
Instituição Proponente: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 2.359.463														
Apresentação do Projeto:														
Pesquisa que tem como objetivo conhecer a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama. Pesquisa qualitativa, cujo referencial teórico será o Interacionismo Simbólico (IS) e o metodológico, a Teoria Fundamentada em Dados (TFD). Será desenvolvida no Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC) e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP). Os critérios de inclusão serão: mulher diagnosticada com câncer de mama há no máximo um ano; estar realizando tratamento para a doença (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonioterapia); idade entre 18 e 40 anos; ter companheiro sexual desde o diagnóstico para a doença e o critério de exclusão: estar em tratamento paliativo.														
Objetivo da Pesquisa:														
Objetivo Primário:														
- Conhecer a prática sexual de mulheres jovens com câncer de mama.														
Objetivo Secundário:														
- Conhecer quais são os maiores impedimentos para a prática sexual.														
- Verificar se a mulher ou o casal recebeu algum tipo de orientação sobre a sexualidade/prática sexual durante a vivência do câncer.														
- Descobrir quais recursos são utilizados para a volta da prática sexual.														
- Verificar se existe relação entre o estágio e os tratamentos para a doença na diminuição/cessação da prática sexual.														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Endereço: Rua Santa Casa, 164</td> <td style="width: 20%;">CEP: 37.904-164</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Bairro: Santa Casa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: MG</td> <td>Município: PASSOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (35)3529-1006</td> <td colspan="2">E-mail: cepunep@scpassos.org.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Santa Casa, 164	CEP: 37.904-164		Bairro: Santa Casa			UF: MG	Município: PASSOS		Telefone: (35)3529-1006	E-mail: cepunep@scpassos.org.br	
Endereço: Rua Santa Casa, 164	CEP: 37.904-164													
Bairro: Santa Casa														
UF: MG	Município: PASSOS													
Telefone: (35)3529-1006	E-mail: cepunep@scpassos.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PASSOS

Continuação do Parecer: 2.359.463

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos para as mulheres pela participação na pesquisa são de um desconforto emocional, pois responderão a perguntas de cunho pessoal, e poderão constranger-se em fornecer informações de sua vida íntima e sexual. Caso esses desconfortos ocorram, estaremos à disposição para ajudá-las, conversando e tentando minimizar seu constrangimento, por meio de diálogo com a própria pesquisadora ou, se for necessário, com um profissional da psicologia, que trabalhe no próprio serviço em que a coleta de dados estiver ocorrendo.

Benefícios:

Ao conversar com a pesquisadora, elas poderão se beneficiar ao externar suas emoções e amenizar suas angústias, ansiedades e tristeza. E ainda, os resultados deste estudo poderão fornecer conhecimentos para auxiliar profissionais de saúde no atendimento a mulheres jovens com câncer de mama, especialmente no que está relacionado às dificuldades que elas podem ter quanto à prática sexual após o diagnóstico do câncer e os tratamentos para a doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa estruturada, adequada de acordo com Resolução CONEP 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com apresentação dos Termos Obrigatórios, TCLE escrito de forma clara e correta.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	09/08/2017		Aceito

Endereço: Rua Santa Casa, 164

Bairro: Santa Casa

CEP: 37.904-164

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-1006

E-mail: cepunep@scpassos.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PASSOS

Continuação do Parecer: 2.359.463

Básicas do Projeto	ETO_929375.pdf	10:31:01		Aceito
Outros	RespostaParecer090817.pdf	09/08/2017 10:30:01	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Outros	OficioencaminhamentoaoCEPpronto.pdf	09/08/2017 10:28:48	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP140717.pdf	09/08/2017 10:27:00	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE140717.pdf	09/08/2017 10:25:54	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	09/08/2017 10:22:34	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_929375.pdf	15/07/2017 13:41:55		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_929375.pdf	13/07/2017 12:35:28		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/07/2017 12:34:11	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_929375.pdf	01/06/2017 08:52:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPfinal.pdf	01/06/2017 08:51:07	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/06/2017 08:49:47	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_929375.pdf	31/05/2017 12:54:11		Aceito
Outros	OficioencaminhamentoaoCEPpronto.pdf	31/05/2017 12:53:10	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/05/2017 12:51:47	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/05/2017 12:44:12	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	31/05/2017 12:41:04	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHRC.pdf	30/05/2017 16:21:53	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHC.pdf	30/05/2017 16:20:42	Ana Paula Alonso Reis	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/05/2017 16:12:06	Ana Paula Alonso Reis	Aceito

Endereço: Rua Santa Casa, 164

Bairro: Santa Casa

UF: MG

Município: PASSOS

CEP: 37.904-164

Telefone: (35)3529-1006

E-mail: cepunep@scpassos.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PASSOS

Continuação do Parecer: 2.359.463

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSOS, 31 de Outubro de 2017

Assinado por:

Marcos Antônio de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Santa Casa, 164

Bairro: Santa Casa

UF: MG

Município: PASSOS

CEP: 37.904-164

Telefone: (35)3529-1006

E-mail: cepunep@scpassos.org.br