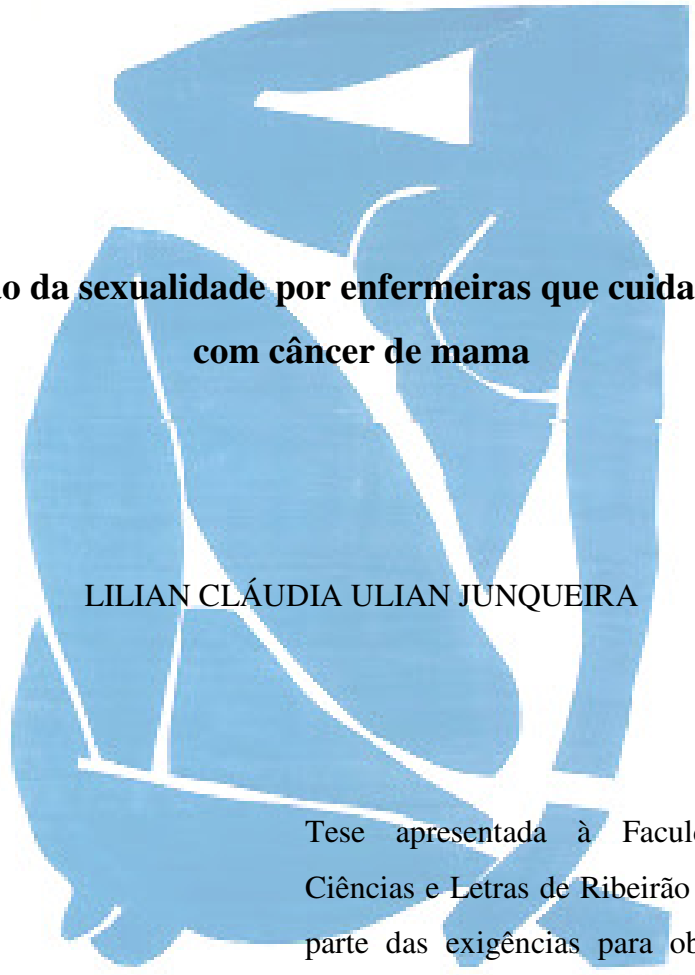
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS



A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer de mama

LILIAN CLÁUDIA ULIAN JUNQUEIRA

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor (a) em Ciências, Área Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO- SP
2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS

A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer de mama

LILIAN CLÁUDIA ULIAN JUNQUEIRA

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor (a) em Ciências, Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

RIBEIRÃO PRETO - SP
2014

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.

Junqueira, Lilian Cláudia Ulian
A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer de mama. Ribeirão Preto, 2014.

222 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP. Área de concentração: Psicologia. Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1.Sexualidade 2. Enfermagem 3.Neoplasias mamárias 4.scripts sexuais 5.oncologia

Apoio Financeiro:

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com bolsa de Doutorado no período de setembro de 2010 até o presente momento.

Esta Tese de Doutorado foi elaborada junto ao:

Junqueira, Lilian Cláudia Ulian

A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer de mama

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor (a) em Ciências, Área Psicologia.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof (a). Dr (a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Enrico,
fruto do amor e da sabedoria,
que cotidianamente me ensina sobre a ciência da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por me despertarem a consciência para um mundo sem preconceitos, pela infância livre e curiosa, pela educação e pelos valores constantes, edificados ao longo da vida, e pelo direito de conquistar meus sonhos.

Ao meu esposo Caê, pelo amor incondicional e pela liberdade que me permitem ser, escolher e realizar meus desejos.

Ao meu orientador, Manoel Antônio dos Santos, por ser meu primeiro guia no mundo acadêmico e pelos exemplos de sabedoria, ao longo de toda nossa trajetória.

Meu reconhecimento aos professores, colegas e membros do grupo "Saúde e Gênero", envolvidos no projeto "Sexualidade e câncer de mama", em especial à coordenadora Profa. Elisabeth Meloni Vieira, por me acolher em sua trajetória e suas valiosas contribuições, ao longo de toda a pesquisa. Agradeço também as trocas contínuas com a pesquisadora e amiga Daniela Barsotti Santos.

Aos pesquisadores, Alain Giami e Nick Ford, por serem grandes pessoas ao contribuírem na construção do saber, ao longo de todo o processo desta pesquisa.

A toda a equipe de saúde do REMA. Agradeço às professoras Ana Maria de Almeida, Marli Mamede, Marislei Sanches Panobianco e Thais de Oliveira Gozzo, em especial à enfermeira-chefe Maria Antonieta Spinoso Prado, pela oportunidade de aprender mais sobre o câncer de mama, a equipe e o cuidar de uma maneira alegre e esperançosa. Minha admiração aos profissionais e alunos que ali compartilham saberes e fazeres de forma generosa.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP a qual proporcionou meu desenvolvimento como pesquisadora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesquisa e Ensino-CAPES, pela bolsa de doutorado que permitiu o desenvolvimento de toda a pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP, pelo financiamento do projeto maior de pesquisa “Sexualidade e câncer de mama”.

À Maria do Socorro Dias Novaes de Senne, pela cuidadosa revisão do texto.

À Arlete Belluzzo e Geraldo Magela pelas versões em inglês e francês, respectivamente.

Aos meus amigos e companheiros de caminhada acadêmica e aos amigos do coração que tornaram meus dias mais leves: Vania Trad, Rafael Alves Galli, Danilo Barbosa, Flávia Maria Campos, Mércia Sousa, Joyce e Eduardo Camarneiro. À prima Janaína Teresinha Junqueira de Assis, pelo exemplo de amor e pela dedicação com a vida humana.

A todas as enfermeiras, colaboradoras desta pesquisa, que cuidam incansavelmente das pacientes com câncer de mama e dos familiares. Em especial, deixo meu sincero agradecimento a duas grandes profissionais que participaram indiretamente da pesquisa, companheiras de uma jornada com as pacientes com câncer: Janaína Luísa dos Santos e Sandra Tófoli. Valeu!

Mulheres de Atenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas
Quando amadas, se perfumam
Se banham com leite, se arrumam
Suas melenas
Quando fustigadas não choram
Se ajoelham, pedem, imploram
Mais duras penas
Cadenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Sofrem por seus maridos, poder e força de Atenas
Quando eles embarcam, soldados
Elas tecem longos bordados
Mil quarentenas
E quando eles voltam sedentos
Querem arrancar violentos
Carícias plenas
Obscenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Despem-se pros maridos, bravos guerreiros de Atenas
Quando eles se entopem de vinho
Costumam buscar o carinho
De outras falenas
Mas no fim da noite, aos pedaços
Quase sempre voltam pros braços
De suas pequenas
Helenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas
Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos, só têm presságios
O seu homem, mares, naufrágios
Lindas sirenas
Morenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Temem por seus maridos, heróis e amantes de Atenas
As jovens viúvas marcadas
E as gestantes abandonadas
Não fazem cenas
Vestem-se de negro, se encolhem
Se conformam e se recolhem
Às suas novenas
Serenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Secam por seus maridos, orgulho e raça de Atenas

(Chico Buarque de Holanda e Augusto Boal, 1976)

As partes e o todo - Nu Azul III
Henri Matisse, 1952.

Resumo

Junqueira, L. C. U. (2014). A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de mulheres com câncer de mama. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O acometimento pelo câncer de mama é acompanhado por diversos eventos estressores, que provocam uma série de mudanças imprevisíveis e não escolhidas na vida da mulher que está em tratamento, bem como na dos familiares envolvidos, podendo alterar a dinâmica relacional e a sexualidade. Algumas das preocupações comuns entre as pacientes são: o medo da morte que a doença suscita o sentimento de inutilidade, a perda dos vínculos afetivos e, especialmente, a mutilação da mama, que é símbolo da feminilidade, sexualidade, erotismo, maternidade e identidade. No cenário do tratamento e da reabilitação, a enfermeira exerce papel importante no cuidado da mulher adoecida. Por essa razão, é relevante indagar como a profissional percebe as questões da sexualidade na assistência. Este estudo qualitativo, descritivo e exploratório teve por objetivo investigar os significados atribuídos à sexualidade e se (e como) essa dimensão é contemplada na prática profissional de enfermeiras (os) que cuidam de mulheres com câncer de mama. Participaram da pesquisa 31 enfermeiras e um enfermeiro, com experiência profissional em oncologia variando de dois a 25 anos de assistência a pacientes com câncer de mama, oriundos de diferentes instituições e contextos de saúde, de caráter público e privado: ambulatórios, enfermarias, centrais de quimioterapia, radioterapia e atendimento domiciliar. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas em profundidade, abertas e não diretivas. A entrevista teve como questão disparadora: "Como você coloca a sexualidade na sua prática profissional?" e foi apoiada em um "guia de escuta", proposto em estudo similar desenvolvido com enfermeiras francesas. Esse recurso foi adaptado às características das participantes brasileiras. O *corpus* da pesquisa foi constituído pelas entrevistas audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra e literalmente. O material foi submetido à análise de conteúdo temática, com o propósito de construir as unidades de significado, que permitiram a formação das categorias temáticas. Os dados foram interpretados com apoio do referencial teórico dos roteiros (*scripts*) sexuais de Gagnon e Simon. Os resultados foram organizados em três eixos temáticos, conforme a predominância nos três níveis de interação: (1) Cenários culturais: a sexualidade como ato sexual e aspecto a ser medicalizado; a sexualidade como prerrogativa de jovens; a sexualidade associada à imagem corporal e autoconceito; a sexualidade que surge no paradoxo vida-morte e a sexualidade como decisão médica. Contemplam também as relações de gênero, em que o cuidado é direcionado conforme o gênero, as diferenças de gênero no adoecer, a violência de gênero, o gênero normativo para o casal e as barreiras culturais que os profissionais encontram na abordagem da sexualidade. (2) Roteiros interpessoais: compostos pela interação entre os atores sociais, modos de comunicação e estratégias de cuidado à sexualidade. São quatro formas de comunicação, que envolvem diretamente os relacionamentos e condutas interpessoais entre profissionais e pacientes: as questões de sexualidade não são comunicadas no cuidado à paciente; a comunicação com discurso evasivo, de negação da sexualidade no cuidado; a comunicação fragmentada; e a comunicação acolhedora e integrada junto aos familiares e à equipe de saúde. (3) Roteiros intrapsíquicos ou da subjetividade da enfermeira: neste nível a pessoa é protagonista de suas condutas, fazendo uso de sua identidade nos encontros com as pacientes, priorizando seu mundo psíquico para operacionalizar as ações de cuidado nos cenários de saúde. Neste estudo elencamos os principais significados que os

profissionais da enfermagem outorgam à dimensão da sexualidade, como uma representação pessoal e coletiva que circunda o grupo de enfermeiras. Esses significados se alicerçam em roteiros sexuais advindos em parte de suas vivências no grupo pessoal e no familiar, e em parte de sua formação acadêmica, ancorada no modelo biomédico de cuidado e na medicalização da sexualidade. Como contribuição potencial, espera-se que este estudo possa suscitar novos conhecimentos na interface da sexualidade e dos cuidados em oncologia, favorecendo a capacitação de enfermeiras e de outros profissionais da equipe, de modo a contemplar as questões da sexualidade na produção dos cuidados em saúde.
Palavras-chave: Sexualidade, Enfermagem, neoplasias mamárias, roteiros sexuais, oncologia.

Abstract

Junqueira, L.C.U. (2014). Scripting of sexuality by nurses providing care to patients with breast cancer. Doctoral Dissertation, University of São Paulo at Ribeirão Preto, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters, Ribeirão Preto.

Breast cancer is accompanied by various stressful events that lead to a series of unpredictable and undesirable changes in the lives of women undergoing treatment and in the lives of the family members involved, potentially altering the dynamics of life and sexuality. The disease raises some concerns that are common among patients, such as fear of death, a sense of worthlessness, and loss of affective bonds, but mainly in regard to the mutilation of the breast, an important symbol of femininity, sexuality, eroticism, maternity and identity. Nurses play an important role in the treatment and rehabilitation of these patients. For this reason, it is important to ask how these professionals perceive issues concerning sexuality in care delivery. This qualitative, descriptive and exploratory study's aim was to investigate meanings assigned to sexuality and whether (and how) it is addressed in the professional practice of nurses providing care to breast cancer patients. Thirty-two nurses (one of whom was male) with professional experience in oncology, ranging from two to 25 years, in delivering care to breast cancer patients in different institutions and health contexts, both in public and private facilities, outpatient clinics, nursing wards, chemotherapy and radiotherapy centers, and homecare, participated in the study. Open and directed in-depth interviews were used to collect data. The following guiding question was used: "How do you address sexuality in your professional practice?" grounded on a "listening guide", proposed in a similar study conducted by French nurses, and adapted to the characteristics of the Brazilian participants. The study's *corpus* was composed of recorded interviews that were transcribed verbatim afterwards. Data were submitted to thematic content analysis to construct meaning units that enabled identifying thematic categories. Data were interpreted according to the theoretical framework of sexual scripts proposed by Gagnon and Simon. The results were organized into three thematic axes according to their prevalence in the three levels of interaction: 1) Cultural scenarios: sexuality as sexual act and an aspect to be medicalized; sexuality as a privilege of the young; sexuality associated with body image and self-conception; sexuality that emerges in the life-death paradox; and sexuality as a medical decision. They also includes gender relations in which care is established based on gender, gender differences in illness, gender violence, the normative gender for the couple, and cultural barriers professionals face when addressing sexuality. 2) Interpersonal scripts: composed of interaction among social actors, communication modes, and strategies of care delivery in regard to sexuality. There are four ways of communicating that directly involve interpersonal relationships and conduct between professionals and patients: issues concerning sexuality are not reported to patients; communication with evasive discourse that denies sexuality; fragmented communication; and embracing care integrated with family and the health staff. 3) Nurses' intrapsychic or subjective scripts: at this level, nurses are protagonists in their own conduct and make use of their identities during encounters with patients, giving priority to their psychological world to put into operation care actions in healthcare contexts. In this study we listed the main meanings nursing professionals assign to the dimension of sexuality as a personal and collective representation that surrounds the group of nurses. These meanings are grounded on sexual scripts that, in part, arise from their experiences in personal and family groups, and, in

part, from their academic training grounded on the biomedical model of care and on the medicalization of sexuality. A potential contribution we expect is for this paper to lead to new knowledge concerning the interface between sexuality and oncological care, favoring the qualification of nurses and other professionals on the staff in order to address issues of sexuality in healthcare delivery.
Keywords: Sexuality, Nursing, breast neoplasms, sexual scripts, oncology.

Résumé

Junqueira, L. C. U. (2014). L'itinéraire de la sexualité par des infirmières qui s'occupent de femmes atteintes d'un cancer du sein. Thèse de doctorat, Faculté de Philosophie, Sciences et Lettres de Ribeirão Preto, Université de São Paulo, à Ribeirão Preto – SP.

L'atteinte d'un cancer du sein est accompagnée par plusieurs événements stressants, qui provoquent une série de changements imprévisibles et non choisis autant dans la vie de la femme qui suit un traitement que celle des familiers concernés, qui peuvent altérer la dynamique relationnelle et la sexualité. Certaines des préoccupations communes entre les patientes sont : la peur de la mort que la maladie suscite, le sentiment d'inutilité, la perte des liens affectifs et, notamment, la mutilation du sein, qui est le symbole de la féminité, de la sexualité, de l'érotisme, de la maternité et de l'identité. Dans le scénario du traitement et de la réhabilitation, l'infirmière joue un rôle important dans les soins de la femme tombée malade. C'est pour cela qu'il est remarquable s'enquérir comment la professionnelle aperçoit les questions de la sexualité en prêtant son assistance. Cette étude qualitative, descriptive et exploratrice a eu pour but rechercher les significations attribuées à la sexualité et si (et comment) cette dimension est considérée dans la pratique professionnelle d'infirmières/d'infirmiers qui s'occupent de femmes atteintes d'un cancer du sein. A la recherche, ont participé 31 infirmières et un infirmier ayant de 2 à 25 ans d'expérience professionnelle en oncologie et soins infirmiers à des patientes atteintes d'un cancer du sein. Ils étaient originaires de différentes institutions et contextes de santé, de caractère public et privé: des ambulatoires, des infirmeries, des centres de chimiothérapie, de radiothérapie et de soins à domicile. Pour la collecte de données, on a utilisé des interviews en profondeur, ouvertes et non directives. L'interview a eu comme question de départ: « Comment placez-vous la sexualité dans vos pratiques professionnelles ? » s'appuyant sur un « guide d'écoute » proposé dans une étude similaire développée avec des infirmières françaises. Ce procédé a été adapté aux caractéristiques des participantes brésiliennes. Le *corpus* de la recherche a été constitué par les interviews audio enregistrées et ultérieurement transcrites intégrale et littéralement. Le matériel a été soumis à l'analyse de contenu thématique, dans le dessein de construire les unités de signification lesquelles ont permis la formation des catégories thématiques. Les données ont été interprétées selon le référentiel théorique des itinéraires (*scripts*) sexuels de Gagnon et Simon. Les résultats ont été organisés en trois axes thématiques, conformément à la prédominance dans les trois niveaux d'interaction : (1) Des scénarios culturels: la sexualité comme acte sexuel et aspect à être médicalisé; la sexualité comme prérogative de jeunes; la sexualité associée à l'image corporelle et à l'autoconcept; la sexualité qui arrive dans le paradoxe vie – mort et la sexualité comme décision médicale. Ils comprennent aussi les rapports de genre où le soin est dirigé selon le genre, les différences de genre au tomber malade, la violence de genre, le genre normatif pour le couple et les barrières culturelles que les professionnels trouvent à l'approche de la sexualité. (2) Des itinéraires interpersonnels: composés par l'interaction parmi les acteurs sociaux, modes de communication et stratégies de soin à la sexualité. Ce sont quatre les formes de communication, qui renferment directement les rapports et comportements interpersonnels entre professionnels et patientes: les questions de sexualité ne sont pas transmises dans le soin à la patiente; la communication avec un discours évasif, de négation de la sexualité dans le soin; la communication fragmentée; et la communication accueillante et intégrée auprès de la famille et de l'équipe de santé. (3) Des Itinéraires intrapsychiques ou de la subjectivité de

l'infirmière: à ce niveau la personne est protagoniste de ses conduites, faisant usage de son identité dans les rencontres avec les patientes, priorisant son monde psychique pour rendre opérationnelles les actions de soins dans les scénarios de santé. Dans cette étude on a répertorié les principales significations que les professionnels en soins infirmiers accordent à la dimension de la sexualité, comme une représentation personnelle et collective qui entoure le groupe d'infirmières. Ces significations se fondent sur des itinéraires sexuels advenus en partie de leurs expériences dans leur entourage et dans leur famille, et, en partie de leur formation académique, ancrée sur le modèle biomédical de soin et sur la médicalisation de la sexualité. Comme contribution potentielle on espère que cette étude puisse susciter de nouvelles connaissances dans l'interface de la sexualité et des soins en oncologie, tout en favorisant la capacitation d'infirmières et d'autres professionnels de l'équipe, de façon à contribuer aux questions de la sexualité dans la production des soins en matière de santé.
Mots-clés: Sexualité, soins infirmiers, néoplasies mammaires, itinéraires sexuels, oncologie.

LISTA DE SIGLAS

AMOR- Ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

BVS- ScieLo – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DNSP- Departamento Nacional de Saúde Pública

DVDs - Digital Versatile Disc

EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery

EERP- USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

FAPESP- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FFCLRP-USP- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

FIV- Fertilização in vitro

FMRP-USP-USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HC – Hospital das Clínicas

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

INCA- Instituto Nacional do Câncer

INSERM- Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica – Paris

IRPCC – Instituto Ribeirãopretano de combate ao câncer

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

REMA – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas

SAD- Serviço de Atendimento Domiciliar

SIBiNET/USP - Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

SOBECcan - Fundação de Pesquisa, Prevenção e Assistência do Câncer

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

USP- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 23

1. A sexualidade no século XXI: Conceitos e implicações para a saúde da mulher 30

1.1. A sexualidade circunscrita pela Medicina: definindo conceitos na modernidade 30

1.2. A construção do conceito de sexualidade e sua influência nas produções de cuidado no cenário da saúde 34

1.3. Sexualidade e as transformações nos vínculos afetivos e nas relações de gênero 37

2. As relações sociais de gênero (masculino e feminino) e suas aplicações no campo da Enfermagem 42

2.1. Gênero na identidade da Enfermagem 42

2.2. Gênero nas relações sociais 45

3. Adoecer de câncer de mama e a vivência da sexualidade 49

3.1. O câncer de mama na mulher 49

3.2. Consequências do câncer de mama para a sexualidade 52

3.3. O câncer de mama e os parceiros afetivos 57

4. Panorama sobre o cuidado da sexualidade, no câncer de mama, pela equipe de enfermagem 60

5. Construção cultural da sexualidade pela Enfermagem brasileira 76

6. Abordagem teórica 84

2. OBJETIVOS 90

3. JUSTIFICATIVA 90

4. MÉTODO 92

4.1. Pesquisa qualitativa 92

4.2. Contexto do estudo 94

4.3. Participantes 95

4.4. Descrição dos participantes 97

4.5. Compromisso ético 100

5. COLETA DE DADOS **100**

5.1. Entrevista em profundidade 100

5.2. Local 102

5.3. Estudo-piloto 102

5.4. Diário de campo 103

6. ANÁLISE DOS DADOS **113**

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO **117**

7.1. CENÁRIOS CULTURAIS 118

7.2. SCRIPTS INTERPESSOAIS 155

7.3. SCRIPTS DA SUBJETIVIDADE 173

7.4. IMPLICAÇÕES DOS SCRIPTS PARA ASSISTÊNCIA A SAÚDE 184

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS **187**

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **192**

APÊNDICES **209**

ANEXOS **211**

APRESENTAÇÃO

As inquietações que conduziram à proposta deste estudo foram ancoradas no interesse em estudar o processo de cuidado de mulheres com câncer de mama, implementado pela categoria profissional da enfermagem. Este estudo teve por objetivo investigar os significados atribuídos à sexualidade e se (e como) essa dimensão é contemplada na prática profissional de enfermeiras (os) que cuidam de mulheres com câncer de mama. Esta pesquisa situa-se no campo dos estudos da Psicologia Social, articulando temas como: o feminino, a corporalidade, o gênero e as relações sócio-históricas, as sexualidades, a heteronormatividade, a construção da identidade e a humanização do cuidado à saúde da mulher, propondo uma discussão reflexiva apoiada no referencial teórico dos scripts sexuais, desenvolvida pelos sociólogos Gagnon e Simon (2005).

A sexualidade é um processo de construção social que compreende aspectos biológicos, relacionais, subjetivos e envolve as práticas físicas de obtenção de prazer sexual de uma pessoa consigo mesma e com o outro, por meio do desejo sexual. O conceito integra a identidade pessoal, atuando através de uma grande variedade de significados como: a escolha de determinados tipos de vestuários, maneirismos, estilo de vida e do objeto erótico que podem ser simbolizados psicologicamente (Hawkes, 1996).

Algumas perguntas mais detalhadas sobre o processo de construção social da sexualidade são importantes, como: Como sabemos o que sabemos sobre sexo? Em que os especialistas se embasaram para fundamentar suas teorias? O que uma dimensão histórica nos conta sobre a priorização de alguns conhecimentos em detrimento de outros? Sexo e sexualidade, comumente, são termos utilizados em diferentes contextos e com uma facilidade que nos sugere que esses termos são fixos. No entanto, o sexo biológico está localizado em marcadores físicos e fisiológicos, sendo externamente a genitália, pênis, testículos, vagina, clitóris e internamente canal deferente, glândula prostática, útero e ovários. Os componentes não macroscópicos, como cromossomos e hormônios, fornecem suporte bioquímico para essas categorias. Dessa forma, mesmo esses sentidos para as distinções anatômicas têm sua origem social (Hawkes, 1996).

Com importante destaque, nos aproximamos do conceito de gênero que se faz útil na medida que descontrói o modelo binário de sexualidade (Villela e Arilha, 2003), este que encerra as identidades humanas em categorias estanques: homem ou mulher e seus respectivos papéis sociais, engessados numa lógica capitalista e dominante a favor de políticas que regem e normatizam os corpos e as subjetividades. Assim devemos ampliar o olhar e

lançar luz no processo saúde-doença, buscando compreender a sexualidade sob a ótica profissional e empreendendo uma discussão que contemple a integralidade no cuidado de pessoas, problematizando as concepções de sexualidade presentes nos cenários culturais de profissionais que cuidam do câncer de mama e a diversidade de práticas de cuidado com a sexualidade que permeiam nosso universo humano.

Escolhemos o público para a pesquisa, a Enfermagem como: numerosa categoria profissional e representativa, dentro das equipes de saúde. A profissão tem apoiado suas práticas alinhadas aos modelos vigentes de atenção, aos modos de organização dos serviços e aos processos de trabalho em saúde, todos vinculados ao contexto histórico, político, social e de gênero. Ao longo da história, a profissão da enfermagem é compreendida como um trabalho feminino, caritativo e subordinado ao ofício médico, este masculino que mantém e perpetua a divisão de poder social e sexual do trabalho, entre homens e mulheres. Por vezes, a enfermeira teve um papel considerado auxiliar, inferior nas tomadas de decisões, como que secretariando o médico. A principal atribuição da enfermeira era cuidar e manter os corpos controlados em sinais e sintomas, higienizando-os e dando subsídios para a execução da medicalização adequada, ofício este único e de poderio médico. A profissão médica precisa e exige uma Enfermagem especializada para auxiliar na Medicina curativa e, dessa forma, notamos que o currículo tende a se especializar para atender às demandas hospitalares (Galleguillos & Oliveira, 2001).

Desde minha vivência como psicóloga hospitalar (2005) atuando no campo da Psico-oncologia, questiono a exclusão do tema sexualidade na prática profissional da equipe de saúde. É sabido que, em algum momento do tratamento, emerge o questionamento da sexualidade por parte da paciente, na medida que lhe seja possibilitada a escuta. Por vezes, essas pacientes me revelaram sua insegurança de questionar o médico ou outro profissional da equipe acerca das suas questões sexuais. A sexualidade, tema interditado no contato com o profissional da saúde, expressa-se em questões concretas que traduzem dúvidas como: a possíbilidade de manter relações sexuais com os parceiros afetivos na vigência do tratamento, sentir dor e falta de lubrificação durante o ato sexual, a diminuição da potência ou desejo sexual, etc. É como se essas perguntas não fizessem parte do ementário da consulta ou soassem como “falta de respeito”.

Em um de meus atendimentos psicológicos, uma paciente mastectomizada relatou-me que só conseguiu voltar a ter relações sexuais com o parceiro tempos depois, desde que permanecesse com a blusa durante o ato sexual. Assim, *“não mostraria suas cicatrizes mostruosas”* decorrentes de ter tido os dois seios retirados devido a uma mastectomia

bilateral radical. A paciente jovem, na época com 32 anos, encontrava-se bem após dois anos, embora as preocupações com a imagem corporal se mativessem. Nesse período de seguimento, nenhum membro da equipe havia comentado com ela a possibilidade de retomada dos seios, em poder usar próteses externas ou mesmo de submeter-se à reconstrução mamária.

Em outra ocasião, atendendo uma paciente que havia feito histerectomia (retirado o útero) em decorrência de um câncer ginecológico, a ouvi dizer, envolta em muito receio: *"Agora tenho medo de perder meu marido, pois com a retirada do útero fiquei vazia. Não posso mais ter relações sexuais, pois o pênis vai vazar lá no fundo e meu marido vai achar estranho e vai me trocar por outra"*.

Fiquei comovida e um tanto preocupada com os rumos atuais da assistência em saúde, cada vez mais desumanizada e distanciada das necessidades subjetivas dos pacientes. Refleti sobre quantas mulheres enfrentam essa situação que agrega um sofrimento adicional, além daquele já existente devido aos procedimentos envolvidos desde o diagnóstico, as intervenções e as intercorrências cirúrgicas, até o longo tratamento, numa trajetória permeada por tantas perdas em termos da feminilidade e da sexualidade. Será que ninguém da equipe sensibiliza-se para a importância de atenuar a dificuldade vivenciada no plano da autoimagem, autoestima e relacionamentos afetivos pós-tratamento? Em especial, questionei as enfermeiras que passam a maior parte do tempo com essas mulheres que vivenciam um sofrimento agudo desde a etapa pré-diagnóstica. Os profissionais da equipe de enfermagem acompanham a intervenção cirúrgica, os curativos, a constatação da mutilação da mama, as perdas vivenciadas nos papéis femininos e sociais (esposa, mãe, profissional), bem como o prolongado processo de reabilitação psicossocial. Seriam as enfermeiras meras espectadoras do sofrimento feminino? Ou será que essa íntima convivência com o sofrimento alheio pode ressoar de alguma maneira em sua própria identidade feminina e em suas vivências sexuais enquanto mulheres-cuidadoras de mulheres? Qual é a percepção que a enfermeira tem acerca de seu papel profissional nesse contexto, na abordagem das questões ligadas à sexualidade, autoimagem e autoestima da mulher mastectomizada? Essa abordagem é realmente feita e percebida como parte de seu papel profissional? No entender da enfermeira, a abordagem da sexualidade necessita de uma formação e competência específicas e, por extensão, deve ser da alçada de uma única categoria profissional? Ou, a sexualidade pode ser abordada por todos os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional)? São questões desafiadoras e que precisam ser investigadas no âmbito do cuidado e do cuidar.

Desenvolvi diferentes pesquisas com enfoque na saúde desde a graduação e, em 2005, como aluna especial cursei disciplinas voltadas à compreensão do processo de adoecer e os modos de cuidar, trabalhando em uma linha de pesquisa que enfoca o modo de cuidado dos profissionais que se dedicam à assistência de pacientes crônicos, na área da Psico-oncologia na qual cursei a especialização no Instituto Ribeirãopretano de Combate ao Câncer (IRPCC). A partir de 2006, dediquei-me ao desenvolvimento da pesquisa: "Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde" que resultou na dissertação de mestrado defendida junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da (FFCLRP-USP) em 2008, sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos.

Foi um estudo que despertou para a pesquisa atual, pois tanto a religiosidade como a sexualidade são temas-tabus, para as equipes de saúde, que sempre me intrigaram, pois no diálogo com os pacientes, passam a alcançar sentidos que compõem a subjetividade e participam no enfrentamento do adoecer. Vejo, também, que são conhecimentos e práticas que ficam fora dos currículos das disciplinas dos cursos de saúde, ou quando possuem, é com enfoque teórico, distanciado das vivências dos pacientes.

A partir de 2009, passei a integrar o grupo de pesquisa *Saúde e Gênero*- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, coordenado pela Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira, e composto pela Profa. Dra. Gleice da Silva Perdoná, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP-USP), pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) e pelo Prof. Dr. Alain Giami, do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM) de Paris, França, além de alunos de graduação e pós-graduação em Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Medicina. Esse grupo desenvolveu o projeto de pesquisa "Sexualidade e câncer de mama", com dois componentes: a) com mulheres com câncer de mama, investigando as consequências do tratamento sobre a sexualidade, imagem corporal e autoimagem, bem como o impacto sobre a saúde sexual ; b) a dimensão da sexualidade, tal como ela aparece no cuidado de mulheres com câncer de mama, na perspectiva da Enfermagem. Este último componente, referente ao presente estudo, foi desenvolvido em parceria com a equipe de pesquisadores do INSERM- Paris, sendo esta sob a coordenação do Prof. Dr. Alain Giami. Desse modo, este projeto de doutorado é parte de um projeto mais amplo que tem por objetivos investigar a sexualidade e o câncer de mama, na perspectiva dos profissionais de enfermagem e de mulheres em tratamento[1].

Este projeto recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) em 2009, sob a coordenação da Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira.

E também recebi financiamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que concedeu bolsa de doutorado durante todo o percurso de doutoramento. Em outubro de 2009, o Prof. Dr. Alain Giami fez uma visita à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP-USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- (EERP- USP), onde participou de atividades científicas (reuniões com o grupo de pesquisa e seminários), dedicadas à discussão dos projetos de pesquisas com a equipe brasileira.

A presente investigação se insere na linha de pesquisa desenvolvida pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Essa linha focaliza o processo saúde-doença em sua complexidade e enfoca pesquisas oriundas da atividade do profissional no campo de assistência, em temáticas despertadas pela prática clínica, para tanto, entende ser necessário desenvolver estudos relacionados aos fatores e processos envolvidos nesse campo, dentre os quais podemos destacar as condições em que se apoia o cuidador, em especial da enfermagem, uma das categorias profissionais mais importantes da equipe multiprofissional e que vem sendo foco de atenção no cotidiano assistencial em saúde. O tema de meu interesse situa a compreensão da sexualidade como um aspecto subjetivo e social do cuidado que emerge na relação enfermeira e paciente com câncer de mama.

Sob convite do orientador da pesquisa, Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, tive a oportunidade de aperfeiçoar-me na carreira docente, como supervisora colaboradora do estágio curricular do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, intitulado : « Atuação em Psico-oncologia: atenção multiprofisisonal a mulheres com câncer de mama » . O estágio é inserido nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo EERP-USP, precisamente no serviço ambulatorial de reabilitação de mastectomizadas – (REMA), às segundas, quartas e sextas-feiras. No período compreendido entre 2010 e 2013, desenvolvi-me como supervisora clínica, dentro da prática do ensino, pesquisa e extensão, e foi uma experiência edificante a cada encontro ali construído, nos vários prismas em que lançava o meu olhar: as pacientes mastectomizadas, os familiares, as estagiárias e os profissionais de diversos cursos da saúde.

1- O projeto maior, intitulado "Sexualidade e câncer de mama", no seu componente relativo ao estudo com as enfermeiras foi aprovado pelo CONEP, registro nº 15572, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, processo nº 25000.577896/2009-98.

Semanalmente, acontecia o grupo de apoio às pacientes mastectomizadas, com cerca de 40 a 50 participantes, configurava-se como um grupo coeso e consolidado com a proposta de compartilhar vivências, apoiarem-se e contruirem juntas sentidos, buscando um melhor enfrentamento na reabilitação do câncer de mama. Nesses encontros eram frequentes surgirem temas relacionados à sexualidade, tais como: a imagem corporal, os vínculos afetivos abalados pelo adoecer, a relação sexual e o posicionamento dos parceiros. Entretanto, são temas que surgem lá pelas tantas, no final do grupo, acompanhado de um silêncio tenso, seguido de quebras por risos e comentários paralelos. São encontros que se fazem interditos, o tema é colocado quando não há mais tempo de se discutir ou quando o grupo já dispersou e se concentra em finalizar e retornar para casa. Não pode ser considerada somente uma dificuldade das mulheres em compartilhar da intimidade, quais serão as barreiras além que configuram este encontro? E os profissionais que participam da mediação do grupo, como se sentem, quais as dificuldades e inseguranças em adentrar e circunscrever o tema da sexualidade junto às pacientes ? São questões que este estudo não trata diretamente, mas ficam como questionamentos que se fazem necessários.

Com certeza, desse ponto o estudo tem um sabor, uma responsabilidade e um dever profissional em poder investigar, esclarecer e contribuir na construção do conhecimento sobre a dimensão da sexualidade no cuidado, ancorada no saber científico lado a lado com a prática profissional. Como contribuição potencial, esperamos que este estudo possa suscitar novos conhecimentos acerca da interface da sexualidade e dos cuidados em oncologia, favorecendo a capacitação de enfermeiros e de outros profissionais da equipe, de modo a contemplar as questões da sexualidade e das facetas de gênero na produção dos cuidados em saúde.

Para melhor organização da tese, o percurso teórico foi dividido em cinco capítulos. No primeiro deles, adentramos o percurso histórico das mulheres e as transformações em sua sexualidade ao longo do tempo, fez-se mister descrever a *Sexualidade no século XXI : conceitos e implicações para a saúde da mulher.* Elucidamos os diferentes olhares à sexualidade que se configuram nas ciências humanas e constroem o homem pós-moderno em sua cultura e diversidade.

O segundo capítulo descreve *As relações sociais de gênero (masculino e feminino) e suas aplicações no campo da enfermagem,* bem como as identidades de gênero que se apresentam como uma categoria necessária para análise das relações humanas que se constroem continuamente em nossa cultura.

No terceiro capítulo, *Adoecer de câncer de mama e a vivência da sexualidade*, tratamos acerca das características inerentes à mulher que adoece do câncer de mama e suas consequências para a sexualidade, as relações familiares e sociais, bem como os sentimentos comprometidos em todo esse processo.

No quarto capítulo, apresentamos uma revisão da literatura, traçando o *Panorama das estratégias e dificuldades que a equipe de enfermagem* vivencia no cotidiano de trabalho acerca do tema da sexualidade no cuidado à mulher mastectomizada, trazendo os principais achados na literatura científica.

Em seguida, no capítulo cinco foi abordada a questão da *construção cultural da sexualidade pela Enfermagem brasileira*, parte de sua gênese até os dias atuais.

O sexto capítulo introduz o marco teórico e algumas pesquisas para o fenômeno da sexualidade na esfera atual das relações humanas, com ênfase na teoria da roteirização sexual proposta por Jonh Gagnon e Willian Simon (2005).

Logo na sequência, passamos ao desenho do percurso metodológico, a partir de um estudo de caráter qualitativo, exploratório transversal realizado com 32 enfermeiros (as) que possuem experiência profissional com mulheres com câncer de mama. Com os resultados analisados na perspectiva teórica de Gagnon e Simon (2005), buscamos deixar claros os três níveis que envolvem a construção dos *scripts* sexuais, na sequência: os cenários culturais, os *scripts* interpessoais e os *scripts* intrapsíquicos ou da subjetividade.

Realizamos, também, a discussão com base na literatura científica compilada ao longo deste percurso de doutoramento, buscando respostas às questões aqui levantadas e que justifiquem a presente tese. A pesquisa foi sintetizada nas considerações finais, onde foram compilados os principais achados, as implicações teóricas e as impressões da pesquisadora, durante a construção da tese.

1. A sexualidade no século XXI: conceitos e implicações para a saúde da mulher

1.1 A sexualidade circunscrita pela Medicina: definindo conceitos na modernidade

O processo de modernização da sexualidade estimulou o otimismo sexual e atravessou toda a metade do século XX, buscando uma legitimidade junto ao campo da saúde, circunscrevendo-se na área médica. Nesse enfoque, a saúde sexual é definida pela busca de bem-estar sexual por meio da medicalização e qualidade de vida (Giami, 2007a). Desse modo, a sexualidade passa a ser relacionada não somente ao ato sexual e aos aspectos reprodutivos, mas também à obtenção de prazer, à vontade de viver sentimentos de intimidade e à expressão de sentimentos que definem a identidade pessoal.

Tais aspectos são apontados no estudo acerca da sexualidade no cotidiano de mulheres, em que foram identificados alguns fatores que influenciam a saúde sexual da mulher, mesmo estando saudáveis: o avançar da idade e a menopausa são representativos; as mudanças anatômicas e consequentes na fisiologia sexual feminina demandam atenção especializada, sendo a dispareunia (dor durante a relação sexual) a mais comum das queixas. Exposição à vulvovaginites, infecções do trato urinário e a menor lubrificação podem aumentar a dor no ato sexual. A dor também pode estar relacionada a cirurgias decorrentes do parto como cesáreas e a episotomia. Os achados mostraram que a masturbação continua sendo um tema interdito, e o grupo de mulheres não acolhe esta demanda para reflexão. Os resultados apontam que a mulher precisa buscar maior autonomia na vivência de sua sexualidade, conversando com seu parceiro sobre seus problemas, desejos e preferências (Trindade & Ferreira, 2008).

Ao examinar o panorama atual do cuidado, notamos que o paradigma de assistência à saúde baseado no modelo biomédico ainda hoje é prevalente em nossa sociedade. Esse paradigma entende o indivíduo como um corpo biológico, constituído por órgãos e sistemas, em uma concepção mecanicista e funcional, segundo o qual a doença é entendida como uma disfunção a ser corrigida. A função do profissional de saúde seria a de corrigir, restaurar, reparar as peças avariadas da máquina biológica (Capra, 1982). Nesse modelo de assistência, a prática está centrada na utilização da tecnologia, na intervenção técnica e na comunicação dos procedimentos, bem como em prescrição de estilos de vida tidos como saudáveis e padrões de comportamento esperados. Assim, a visão da saúde está totalmente submissa à questão da doença que precisa ser medicalizada incluindo as variáveis de gênero.

Por um longo período, em especial nos últimos 50 anos, a produção de teorias e discursos sobre sexualidade tem sido um desafio a ciências que se dedicam à problemática. Nesse contexto, profissionais de diversas áreas da saúde se deleitaram a definir parâmetros apoiados no discurso técnico-científico. Duas ordens distintas acabaram por se construir, sucessivamente, e hoje coexistem no campo da sexualidade. Trata-se primeiro da abordagem sexológica que respondeu a problemas demográficos ou de sáude mental ou sexual, contribuindo nos discursos do biopoder de Foucault. Já a abordagem construcionista tratou de definir a sexualidade como fenômeno social, a desigualdade entre os sexos, a subordinação das mulheres, a discriminação sexual e nas últimas três décadas inclinou-se a compreender a epidemia da Aids e a violação dos direitos sexuais (Paiva, 2008).

A área da saúde sofreu forte influência do modelo biomédico sustentado no discurso cartesiano da separabilidade e redução da emergência dos acontecimentos. Acabou por resultar no reforço do discurso da sexualidade como fenômeno biológico, senão estrito, pelo menos de forte domínio desta dimensão na abordagem dos problemas de saúde referentes à sexualidade. A visão médica de nomeação das doenças para uma adequada intervenção ainda permanece forte e majoritária em atenção à teia complexa que envolve a sexualidade (Trindade & Ferreira, 2008).

A medicalização do corpo feminino e da sexualidade está ancorada nas questões relativas à reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia, e através dela a sua condição feminina foi naturalizada. O processo de naturalização é construído em meados do século XIX, em que a Medicina é consolidada como saber científico, contexto este mediado pela sociedade capitalista que se ocupa do projeto de medicalização dos corpos (Vieira, 2002).

Durante todo esse período, coexistiram concepções sobre a sexualidade amparadas nas noções de impulso, de força natural de imenso poder, poder se opondo à civilização e cultura. Culturas e sociedades somente eram guiadas por essa força natural e essencialmente diferente entre homens e mulheres, considerada norma quando heterossexual. No entanto, houve uma grande contribuição desse período sexológico para a mudança social, que foi naturalizar o prazer no contexto de tradição judaico-cristã, podendo o prazer emergir como verdade revelada sobre a natureza do sexo, outrora reprimida pela sociedade ocidental (Paiva, 2008).

Segundo Vieira (2002), a Medicina passa a ditar normas adequadas aos corpos tanto no projeto de higienização como na questão reprodutiva para controlar a população. Penetra cada vez mais como objeto de reflexão e prática, como apoio científico indispensável ao exercício do Estado e como estratégia social. Dessa forma, as representações sociais de saúde e doença vão sendo moldadas do saber científico ao de prática social. O médico passa a ter um papel

social mais amplo, como também se transforma em educador e guardião da moral e dos bons costumes.

Loyola (1999) concorda que é na Medicina que a sexualidade termina por ser unificada como instinto biológico voltado para a reprodução da espécie e que todos os demais atributos ligados ao erotismo, tidos como sexuais, passam a ser submetidos a essa exigência primordial. A sexualidade desta ótica fica identificada com a genitalidade e a heterossexualidade, e mesmo a Psicanálise rompe com a sexualidade não reprodutiva.

Giami (2009) reflete que, há alguns anos, utilizamos os conceitos do campo da sexologia, sendo que o conceito de sexualidade é uma invenção da Medicina e da Biologia europeia do século XIX e vem sendo substituído pelos conceitos de « função sexual » e de « disfunções sexuais » que remetem às dimensões patológicas da sexualidade e por outro lado o conceito de « saúde sexual » ligado aos « direitos sexuais », sendo estes últimos envolvidos pela saúde pública e pelos direitos humanos. E alerta que é preciso entender essa revolução de conceitos apoiada nas transformações políticas e poderes envolvidos, como no caso da excessiva medicalização dos corpos, para compreender a lógica de saúde vigente.

O termo « função sexual » permite dar um fundamento orgânico à sexualidade, sendo um termo utilizado em escalas de avaliação da função sexual, predominando principalmente em pesquisas clínicas e nas avaliações de tratamentos que servem para estabelecer dados da Medicina baseada em evidências. A « sexologia », tratada como « ciência sexual », abrange um campo mais vasto da sexologia médica ou medicina sexual, fazendo parte das práticas de alto nível científico. Assim, o termo « medicina sexual » situa-se no campo das perturbações e das disfunções sexuais, não abrangendo um caráter amplo da sexualidade (Giami, 2009).

E por último, Giami (2009) faz referência aos direitos sexuais, como direitos humanos universais baseados na liberdade inerente, na dignidade e na igualdade. A « saúde sexual » é considerada um direito fundamental de todo ser humano, e deve ser reconhecido, respeitado e defendido por todas as sociedades. São suas ramificações: o direito à liberdade sexual; a autonomia, integridade e segurança do corpo sexual; a privacidade; a igualdade sexual; o direito ao prazer, expressão e livre associação sexual; as escolhas reprodutivas livres e responsáveis; o acesso à informação científica; a educação sexual integral e o direito à saúde sexual, incluindo os tratamentos necessários de todos os problemas e preocupações na esfera da sexualidade.

Com relação à saúde da mulher, o tema sexualidade é uma das prioridades das políticas públicas, no entanto, a abordagem centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, não necessariamente englobando toda a complexidade que o tema envolve. O

atendimento é caracterizado individualmente, nas consultas ginecológicas a partir de demandas espontâneas das mulheres que focam e restringem a compreensão ao campo da doença ou restauração do funcionamento dos órgãos. Ressaltamos, ainda, que o atendimento no âmbito privado do consultório não proporciona uma discussão coletiva entre as próprias mulheres, o que poderia, a partir do compartilhamento de experiências comuns do feminino e da vivência de ser mulher, proporcionar um desenvolvimento mútuo (Trindade & Ferreira, 2008).

No campo da enfermagem, uma profissão composta em sua maioria por mulheres, a sexualidade tem sido marcada pela invisibilidade e pelo ocultamento, embora a sexualidade esteja presente em todos os momentos vividos pela enfermeira, por meio dos gestos, dos movimentos corporais e nas entrelinhas implícitas do que foi verbalizado ou não (Ressel & Silva, 2001). O corpo da enfermeira como instrumento de trabalho sente e produz prazer, que não se refere propriamente ao ato sexual, mas está relacionado ao exercício de gostar do que faz, de ser prazeroso tanto para quem faz como para quem recebe o cuidado (Ressel & Gualda, 2004).

O corpo-corporeidade da enfermeira está presente nos cuidados desde o início de uma vida, ou seja, desde as primeiras necessidades de cuidado, os corpos interagem uns com os outros. O cuidado com os enfermos foi historicamente uma das formas de caridade adotadas pela Igreja que se conjugam na história da Enfermagem. Nessa visão, as mulheres cuidadoras prestavam assistência tanto com a finalidade de cuidado aos carentes como forma de purificar seus corpos, (Lopes, Merighi & Garanhani, 2010), denotando assim uma sexualidade asséptica que oprime e culpa qualquer desejo sexual que possa emergir da esfera feminina.

Como forma de ilustrar esse fenômeno opressor, a investigação de Ressel e Gualda (2004), uma pesquisa qualitativa, buscando compreender a sexualidade, seus significados, simbolizações, sentimentos e valores para as enfermeiras, afirma uma sexualidade concreta e velada das enfermeiras. Os principais conceitos descritos pelas profissionais sobre o que significa a sexualidade foram: expressão de vida que faz parte de todas as pessoas; individualidade; singularidade; resultado de uma construção cultural; comportamento corporal e a maneira que cada pessoa tem de pensar, agir, vestir, enfeitar, falar, andar, se expressar, olhar e sentir; sensualidade, carinho, afeto, toque, comunicação, proximidade; prazer, ato sexual, genitalidade e coito.

Os principais sentimentos relatados pelas enfermeiras no ato de cuidar relacionando a sexualidade estão associados ao constrangimento. Exemplos como: na relação com os pais por meio do diálogo em que o tema surgia; no momento da orientação aos filhos; na assistência

prestada ao paciente envolvendo o toque das partes íntimas do corpo e, por fim, nas dificuldades em falar da própria sexualidade, devido a tabus e preconceitos que ainda permeiam a concepção de sexualidade e acabam por criar barreiras impondo limites e distanciamento entre cuidador e pessoa cuidada (Ressel & Gualda, 2004). Para tanto, se fez necessário prosseguir na discussão acerca da sexualidade, suas origens e influências na profissão da enfermagem.

1.2 A construção do conceito de sexualidade e sua influência nas produções de cuidado no cenário da saúde

As primeiras construções de sexualidade da pessoa costumam ter seu início na escola com a educação sexual, tendo suas bases nas áreas da Biologia e da Saúde, abordada mais precisamente nas aulas de Ciências, incidindo mais sobre a funcionalidade do sistema reprodutor do que sobre o sistema sexual. As principais orientações são sobre prevenções da gravidez precoce e as doenças sexualmente transmissíveis e não do prazer corporal. Essa realidade é reproduzida, cotidianamente, em nossa realidade, chama a atenção para as bases ancoradas na higienização em saúde contidas nesta proposta que se aproxima da relação corpo-disciplinarização e distancia-se da relação corpo-prazer que a tornaria mais complexa, pois implicaria em considerar masculinidades e feminilidades possíveis dentro do conceito de gênero, sexualidade e identidade (Farah, 2010).

A dificuldade dos profissionais, de abordar e discutir a sexualidade junto aos pacientes, familiares ou equipe de saúde, tem suas raízes na construção do conceito de sexualidade, operacionalizado desde sua socialização primária, seja pela família ou escola (Farah, 2010) e, reproduzindo-se até os dias atuais, reforçado pela formação da enfermeira, na qual foram condicionadas aos conceitos, valores, significados, símbolos culturais que refletem a prática com mitos, tabus e preconceitos até hoje. E, não raras vezes, as enfermeiras negam-se a perceber a temática ou a diversidade sexual que as envolve, fato este que se agrava no âmbito pessoal e profissional, pois a sexualidade sempre foi uma área de interdição para a maioria das mulheres (Ressel & Gualda, 2004).

Já mais recentemente, Saunamaki, Andersson e Engstrom (2010) pesquisaram as atitudes e crenças de enfermeiras no cuidado à sexualidade de pacientes. Participaram do estudo 88 enfermeiros, sendo que 95% da amostra foi composta por mulheres. A maioria, cerca de 90%, afirmou que as doenças e tratamentos afetavam a sexualidade dos pacientes, no entanto, nem todas se sentiram confortáveis na abordagem do assunto junto aos pacientes. Em

sua maioria, costumavam delegar esta demanda aos cuidados médicos, pois alegaram em suas crenças que os pacientes estavam demasiadamente doentes para interessar-se pelas questões sexuais, por ser um assunto de privacidade, e que é necessário tempo para abordagem do assunto e assinalaram que essa conversa deve ser sempre iniciada pelo paciente, além do desconforto pessoal vivido na relação.

O estudo etnográfico de Pinheiro, Couto e Silva (2011) contribuiu nesse ponto, acerca da sexualidade e a variável de gênero envolvidas no cuidado. Os pesquisadores enfocaram a abordagem da sexualidade masculina em dois serviços de atenção primária à saúde. Buscaram compreender como a sexualidade dos homens se apresenta no contexto da assistência e como as demandas são abordadas pelos profissionais de saúde. Foram entrevistados 57 homens que relataram como principais problemas: as infecções sexualmente transmissíveis, a prevenção do câncer de próstata e os problemas relativos à ereção. Em todos os participantes foi observado que a abordagem profissional utilizada foi superficial, abreviada e ancorada na medicalização e na representação da sexualidade focada no órgão genital. Embora os usuários acatassem os parâmetros biomédicos, muitos apresentaram sinais de resistência, mostrando como as construções de gênero também podem demarcar barreiras na assistência à saúde, como podem promover a construção de relações dialógicas entre profissionais e usuários da rede de saúde.

Para Arantes e Mamede (2003), a paciente com câncer tem o direito de ser ouvida, questionar e opinar sobre suas conveniências, dispor como proprietária exclusiva de seu próprio corpo, partes e funções e decidir sobre sua própria vida. Entretanto o sistema atual de saúde evidencia muitas práticas que desconsideram o usuário como sujeito ou pessoa em seu tratamento. Verifica-se frequentemente que as mulheres pouco opinam na ocasião do diagnóstico e definição do tratamento, e quem dirá da própria sexualidade.

A questão da participação da paciente no seu processo de tratamento, inclusive nas decisões sobre as modalidades a que serão submetidas, deve ser conduzida dentro de uma proposta de um modelo assistencial norteado pela ética do cuidar de cidadãos, de forma a possibilitar que a mulher com câncer de mama torne-se sujeito de escolha e participação em sua própria saúde (Arantes & Mamede, 2003). No Brasil, ao final do século XIX, a constituição de uma Medicina social marca uma fase de ampliação dos objetivos do processo de medicalização da sociedade, tanto na transformação dos grupos urbanos e públicos, como na esfera privada. Dessa forma, o controle social se estende à sexualidade e à reprodução, duas questões do processo de reprodução humana que serão comumente confundidas (Vieira, 2002).

Nos últimos tempos, vem sendo desenvolvido um novo paradigma de saúde baseado no modelo biopsicossocial que proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psíquica e social. Esse paradigma preconiza que a formação do profissional de saúde deve ir além das habilidades técnico-instrumentais e que é preciso evoluir no sentido de se assegurar o desenvolvimento das capacidades relacionais que permitem o estabelecimento do vínculo adequado e uma comunicação efetiva (De Marco, 2006).

Trindade e Ferreira (2008) alertaram que as questões de sexualidade são eixos fundamentais a serem abordados pelos enfermeiros. No entanto, tais questões não podem ser reduzidas à medicalização e sim devem contemplar as percepções do corpo, de prazer/desprazer, dos valores afetivos e da responsabilização por si e pelos outros. Para isso é fundamental o estabelecimento do vínculo entre cliente e enfermeiro, facilitando as discussões sobre todos os aspectos da sexualidade e incentivo ao autocuidado.

Há farta literatura disponível a respeito do impacto do câncer de mama sobre a sexualidade da mulher, contudo, diversos estudos alertam para a necessidade de uma prestação de assistência de enfermagem mais qualitativa em oncologia, com uma maior participação no processo de tratamento e reabilitação das pacientes. É preciso implementar a eficácia da comunicação que os profissionais de saúde estabelecem, em particular as enfermeiras necessitam se estabelecer em relação a essas questões nos cuidados à paciente, a fim de manter seu bem-estar e qualidade de vida (Bertolo & Pauli, 2008; Fontes & Alvim, 2008a; Hordern & Street, 2007; Lindau et al., 2010; Teixeira et al., 2009; Saunamaki, 2010).

Lembrando que o processo de construção da sexualidade não é fixo, os significados e conteúdos a ela atribuídos podem variar, não somente ao longo da história de uma determinada sociedade para outra e entre os grupos de uma mesma sociedade, mas também ao longo da vida dos indivíduos, sendo importante considerar aspectos como a biografia e a trajetória sexual dos indivíduos, bem como o contexto sociopolítico em que se localizam (Loyola, 1999).

A vivência da sexualidade é considerada um dos aspectos essenciais do desenvolvimento humano, presente do nascimento até a morte. Traz imbricado o senso de identidade pessoal, o modo de relacionamento e a troca afetiva que se estabelece com o outro, além da capacidade de dar e receber prazer sexual. Envolve, assim, um ritual de intimidade na relação com o próprio corpo e com o corpo do outro (Maciera & Maluf, 2008).

Diante dos achados, a sexualidade feminina é vista como uma dimensão fundamental do ser humano, que encena uma perspectiva mais ampla, manifesta-se em todas as etapas do

ciclo de vida do homem e da mulher: da concepção à morte, incluindo a reprodução. Além disso, a sexualidade tem na genitalidade apenas uma de suas múltiplas facetas, e talvez nem seja a mais importante diante da construção cultural que permeia o conceito de sexualidade de cada mulher.

A sexualidade não pode ser definida apenas por meio dos órgãos sexuais com a denominação de externos ou internos. Ao redor de nossos corpos e sexos, estão os modos como percebemos, sentimos, definimos e compreendemos nossas práticas sexuais e outras atitudes que permeiam a vida. Sendo assim, a sexualidade vai além do ato sexual e conceitos biológicos. É circulada por valores e normas, bem como por construções culturais que demarcam o modo como cada sociedade, cada grupo social, irá significar os atos e atitudes que serão considerados como próprios do campo sexual. Portanto, definir o que é do domínio da sexualidade envolve considerar o contexto histórico no qual se apresenta, considerando aquilo que é certo ou errado, permitido ou tabu, flexível ou imutável.

1.3 Sexualidade e as transformações nos vínculos afetivos e nas relações de gênero

O conhecimento de que somos originariamente divididos em dois sexos é uma ideia que começou a vigorar apenas a partir do século XVII. Antes disso, a Medicina e o modelo biomédico não tratavam das diferenças sexuais. Para a compreensão que se tinha nessa época, havia apenas um sexo, o chamado sexo único: o masculino. A mulher era considerada como representante inferior por não possuir o "calor necessário", devido a apresentar o sexo na genitália externa. A mulher possuía o sexo "interno", derivado e semelhante ao masculino. A noção de sexo estava subordinada à ideia da perfeição do corpo masculino. O sexo tinha como referência os órgãos reprodutores masculinos. A característica "frieza da mulher" era imprescindível para a reprodução, pois se ela fosse quente como o homem, o embrião poderia ser destruído (Laqueur, 2001).

Segundo Vilela e Arrilha (2003), sexo é uma palavra que admite três significados distintos. Uma primeira acepção assinala a posição do sujeito na reprodução sexuada, sendo fecundante o macho e reprodutora a fêmea. Um segundo significado estaria referido aos órgãos sexuais externos, e o terceiro diz respeito ao ato sexual, o fazer sexo. Essa visão biológica do sexo engendra a construção cultural da diferença dos sexos, centrada na suposta desigualdade entre homens e mulheres localizada no sexo. Essa construção foi apoiada pelas produções científicas, em especial médicas, das quais resultaram as desigualdades morais e políticas entre homens e mulheres, com ressonâncias presentes na visão de mundo, crenças e

valores sobre os atributos masculinos e femininos, representados na atualidade pelos estereótipos de gênero.

As diferenças existentes entre os sexos fundaram noções de desigualdades entre homens e mulheres, dispondo-os vulneráveis à força e razão masculinas e caracterizadas pelas relações de poder. A mulher e sua condição desigual ao homem, por muito tempo ela viveu sob tutela do masculino, primeiramente com o pai e substituída no marido, com sua sexualidade marcada pelos padrões cristãos, legitimada pela instituição do casamento e pelo cumprimento do destino reprodutivo da espécie (Foucault, 1994).

A masculinidade e a feminilidade como expressão de comportamentos definiram-se socioculturalmente, a primeira à luz de características como força, agressividade, lógica e independência, aproximando-se do que é esperado de um ser humano. E, a segunda, a fraqueza, submissão, dependência e emoção, aproximando-se de um comportamento dito feminino (Trindade & Ferreira, 2008).

Nesse contexto, atributos como paciência e passividade das mulheres em relação ao sexo também eram características importantes que deviam ser reproduzidas na relação com os esposos e filhos, com o intuito de garantir a harmonia familiar, necessária para que os "filhotes" humanos se tornassem produtores e consumidores competentes. A busca sexual masculina seria o molde para a atitude de assertividade que os homens deviam ter para dar continuidade ao trabalho de produção e consumo de bens e riquezas materiais que movem a sociedade capitalista (Villela & Arilha 2003).

Notamos, então, uma estreita e contínua imbricação do social e do biológico e a compreensão de gênero que participa desse processo. Em algumas famílias tradicionais ainda subsiste a ideia de que a mulher deve assumir papéis de esposa e mãe, colocando-os à frente de seus interesses individuais. Quanto ao homem, sua socialização desde menino visa à aquisição de uma profissão. O nepotismo familiar é bem conhecido nas áreas políticas e da saúde, quando verdadeiras dinastias se constroem nas profissões (Padilha, Vaghetti & Brodersen, 2006).

No que tange à sexualidade, há certa dificuldade em delinear esse conceito, em virtude das controvérsias teóricas que giram em torno dele. A sexualidade como um aspecto do cuidado ganhou a proeminência crescente nas últimas décadas com o desenvolvimento do conceito do holismo nos cuidados. Apesar do fato de que, desde os anos de 1970, esteve muito descrito na literatura sobre a sexualidade, em que muita diversidade era indicada a respeito do significado preciso do termo. A sexualidade é uma das áreas mais difíceis da experiência humana de definir, porque é complexa, diversa e incerta (Lavin & Hyde, 2006).

A sexualidade pode ser abordada em relação à família, ao parentesco, ao casamento e à aliança como constitutiva e perturbadora da ordem social, e como enfoque das disciplinas: Antropologia e Sociologia. Pode ser interpretada como constitutiva da subjetividade e/ou identidade individual pela ótica da Psicanálise, e social pela História e Ciências Sociais; ou ainda como um problema biológico e genético pelas fontes da Medicina e por fim como um problema político e moral embasados na Sociologia e Filosofia, ou mais propriamente como atividade sexual comumente tratada. Sendo assim, não existe uma abordagem unitária da sexualidade, e a polissemia que se apresenta pode ser tratada como uma tentativa de articulação entre abordagens situadas em diferentes níveis com pontos em comum (Loyola,1999).

Para Foucault (1980), a partir do século XIX, a sexualidade é caracterizada pela ótica de poder e controle dos corpos e relações, visto que a sexualidade conservadora vinculada à reprodução humana e anteriormente ordenada em função de assegurar o povoamento e reproduzir a força de trabalho é ameaçada com o surgimento das sexualidades periféricas, desvinculadas da função reprodutiva do casal. As sexualidades periféricas foram descritas em categorias, a saber: a sexualidade das crianças, dos loucos e dos criminosos, dadas como devaneios, obsessões, pequenas manias e grandes raivas. Dessa forma, são sexualidades que saem do controle social e embolsam visibilidade que ameaçam a ordem em sociedade. Neste ponto, a Medicina, com seus métodos científicos, descreve as variações sexuais em patologias orgânicas, funcionais ou mentais, oriundas das práticas sexuais incompletas e sem o propósito da reprodução. Concomitante nesse processo há a redução das sexualidades singulares em prol de fixar fronteiras de normalidade para as sexualidades polimorfas. Nesse ponto, podemos relacionar o modelo biomédico hegemônico com sua enorme influência no cotidiano, na medida em que o cuidado centrado no corpo e suas práticas são divididas por especialidades de poder médico.

Atualmente, a sexualidade está relacionada não somente aos aspectos reprodutivos, mas também à obtenção de prazer, vontade de viver sentimentos de intimidade e expressão de sentimentos. Desse modo, sofre influências de aspectos biológicos, culturais e sociais. Assim, a compreensão das condutas sexuais varia dependendo da época, da cultura e do contexto em que a pessoa estiver inserida (Maciera & Maluf, 2008).

Para Giddens (1993), a visibilidade atual da sexualidade está relacionada à transformação social da intimidade e dos laços afetivos entre as pessoas, às redescrições contemporâneas do amor e suas articulações com dimensões como poder e gênero.

Partindo do cenário contemporâneo de inovações constantes e transformações radicais nas relações afetivas, Giddens (1993) tratou da sexualidade inserida no contexto das relações humanas pela ótica da transformação da intimidade. Para o autor, as relações humanas são construídas e estruturadas ao longo da história. A mudança na construção da intimidade é explicada pela transformação do "amor romântico" no "amor puro", desvinculando o sentido do feminino do aspecto complementar da reprodução e da maternidade.

Dessa forma, o exercício da sexualidade propicia o desenvolvimento de estilos de vida bastante variados. A sexualidade deixa de ser uma condição natural e reprodutiva e atua como uma dimensão constitutiva da identidade, sendo um ponto de conexão entre o corpo, a autoidentidade e as normas sociais que vão influenciar e definir condutas sexuais e sociais em sociedade. Giddens (1993) aponta uma transformação da intimidade que contribui para o entendimento dessas questões, que é a passagem do "amor romântico" para o "amor confluente" na atualidade.

O amor romântico puro é um amor sexual, focado nas práticas sexuais e na função reprodutiva, com certa equivalência de gênero. Esse tipo de amor tem mostrado uma característica diferente dos laços de poder do início, que é a busca do envolvimento emocional puro, mais do que por critérios sociais externos. O amor confluente é um amor ativo, contingente e, por isso, entra em choque com as categorias "para sempre" e "único" da noção do amor romântico. Assim, quanto mais o amor confluente consolida-se, em uma possibilidade real, mais se afasta a busca da "pessoa especial" para "o relacionamento especial" (Giddens, 1993).

Loyola (1999) chama atenção para a sexualidade atrelada à esfera dos sentimentos. A relação existente entre sexo e amor, abordada pelos sociólogos e historiadores, desde sempre constitutiva da sexualidade, torna-se problemática na medida em que por um lado é marcada pela hierarquia que perpassa a relação entre os gêneros, definindo sexualidade feminina e masculina; e por outro, a partir do romantismo, quando o erotismo se imiscui no amor conjugal, essa nova forma de amor-paixão passa a orientar nossas escolhas amorosas e matrimoniais. É presente na sociedade humana que o sexo constitui ainda um instrumento poderoso de criação de vínculos sociais e, ao mesmo tempo, uma constante ameaça às regras estabelecidas.

Esse cenário construído entre a realidade e a idealização começa a ser interpelado com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e o advento dos métodos contraceptivos, em meio às décadas de 1950 e 1960, que permitiram a desvinculação da atividade sexual da reprodução. Assim, parte da teoria que trata da sexualidade feminina em função da

maternidade perde o sentido, com a crença da incapacidade das mulheres para a vida pública. Surge, então, o conceito de *gênero* que questiona a determinação biológica dos sexos frente ao papel desempenhado por homens e mulheres, buscando valorizar a importância de atributos culturais designados a cada um dos sexos. A teoria de gênero enfatiza a perspectiva relacional e reconhece a relevância da escolha social na construção das várias maneiras de ser homem e ser mulher (Villela & Arilha, 2003).

O gênero constitui o modo como nos relacionamos conosco e com os outros. Ele permite operar o processo de produção simbólica, definindo uma identidade, a maneira como cada um percebe o mundo, apreende os códigos de interpretação da cultura e estabelece pautas de interação com o outro, marcando a atuação social de cada pessoa. O gênero atravessa o processo de subjetivação e construção de identidade, configurando os modos de sentir, pensar e agir em relação a si próprio, ao mundo e ao com quem nos relacionamos (Villela & Arilha, 2003; Rocha-Coutinho, 2004).

Novos conceitos importantes inserem-se no campo da sexualidade, principalmente na segunda metade dos anos de 1990. Os organismos internacionais, voltados às políticas públicas para a saúde das mulheres, incorporaram conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais como direitos humanos, por meio da força dos movimentos feministas. Essa perspectiva sobre a sexualidade surge principalmente em função da feminilização da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adotar o termo saúde sexual. Crescem, também, os movimentos gay e lésbico buscando desconstruir a sexualidade como ótica unilateral da heterossexualidade, sem levar em conta as relações homoafetivas (Costa & Coelho, 2011).

Notamos que os sujeitos que fazem parte de grupos marginalizados, tais como: as mulheres, os negros, os índios, os homossexuais, entre outros, que sempre tiveram suas identidades construídas pelo seu «colonizador», e portanto só podem vir a se representar através da recuperação de suas histórias, há muito tempo veladas pelo discurso do « colonizador ». A identidade feminina caminhou ao longo da história, pautada pela discriminação, isto porque foram negadas as possibilidades de as mulheres desenvolverem as capacidades socialmente valorizadas e que sempre garantiram primazia ao homem, tais como: perspicácia intelectual, pensamento lógico e interesses políticos e profissionais (Rocha-Coutinho, 2004).

As mulheres avançaram no mercado de trabalho e conquistaram um papel social, porém incorporaram a dupla jornada com um cotidiano que se revela prejudicial à saúde da mulher, afetando vários fatores, dentre eles, sua sexualidade. Notamos que a identidade feminina teve

de ser ampliada, para incluir esse novo papel: trabalhadora e pessoa com uma carreira profissional, entretanto, para muitas mulheres brasileiras a família permanece como prioridade. Assim, sem perceber, a mulher sacrifica possíveis satisfações em termos de crescimento profissional e contribui para a manutenção do esquema machista que prevaleceu na sociedade tradicional, no qual ela própria lutou, mas por vezes permanece apenas no nível do discurso (Rocha-Coutinho, 2004).

Em pesquisa qualitativa, desenvolvida com vinte mulheres, foram investigados seu cotidiano e as questões da sexualidade. Situações como o cansaço, o estresse e as inúmeras preocupações que circulam o universo feminino foram apontados no estudo como sendo fatores que influenciam a falta de vontade para o sexo. Notamos que algumas mulheres abrem mão da relação sexual com seu parceiro em função de descansar e recuperar forças para as atividades diárias (Trindade & Ferreira, 2008). Assim, o conceito de saúde sexual passa a interessar e se contextualiza por transformações histórico-culturais, influenciando normas e condutas humanas.

2. As relações sociais de gênero (masculino e feminino) e suas aplicações no campo da Enfermagem

2.1 Gênero na identidade da Enfermagem

No final dos anos de 1960, a sexualidade muda de contexto, o sexo busca sua emancipação da essencialidade e da função reprodutiva. É iniciado ali um questionamento, por teóricos dos movimentos feminista e homossexual, sobre a verdade do sexo ser instintivo ou não, que contribuiu enormemente para a explosão de estudos no campo das ciências humanas e sociais, aprofundando a crise do paradigma sexológico, essa perspectiva que se abriu tem sido chamada construcionista. Somado à experiência visível das mulheres emancipadas da reprodução, como único destino feminino da sexualidade, com os experimentos urbanos que produziam sociabilidades e sexualidades homossexuais, foi validada a noção de que a vida cotidiana, histórica e socialmente construída era reinventável (Paiva, 2008).

A construção da identidade profissional da enfermagem tem forte tendência à feminização, em que por tempos a mulher teve seu papel social ocupado exclusivamente aos cuidados com a casa, com as crianças e os doentes da família, com tendência à doação (Lopes

& Leal, 2005; Spíndola, 2000; Santos, et al., 2008). Assim, passo a passo, as diferentes formas com que o corpo feminino foi analisado e interpretado, ao longo da história das ciências médicas e biológicas, influenciaram o modo pelo qual os profissionais da saúde vêm se comportando com relação à assistência prestada aos pacientes e suas dificuldades com o tema na equipe de saúde.

A enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras, que associa a figura da mulher cuidadora, mãe, que sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, passado de mulher a mulher. A marca das ordens religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo, feminino e caritativo. Tendo um tardio processo de profissionalização, assegura essas características e reproduz as relações de trabalho sob o peso hegemônico da medicina masculina. Desta forma, ocorre uma seletividade sexual do trabalho, assentada em valores ideológicos religiosos, levando os grupos sociais a serem incorporados aos sistemas organizados de saúde em expansão, a partir dos avanços científicos e da organização capitalista do trabalho. Neste ponto denomina-se a noção de cuidado, enquanto ação concebida como feminina e produto das qualidades naturais das mulheres, que fornece condições ao seu exercício no espaço formal das relações de trabalho na saúde (Lopes & Leal, 2005).

A relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado) traduzem as ligações que existem entre natureza, legitimidade, gênero, classe e poder. A reconstrução cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do (tratar) sobre as práticas do (cuidar) se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Como se as primeiras: masculinas, científicas e dotadas de valores de verdadeira qualificação profissional fossem superiores às segundas: qualidades empíricas e femininas. Os atos médicos representam os atos-fins, são concretos, quantificáveis, justificam maior salário por atos realizados, enquanto dos da enfermagem, incorpora aos fins e se invizibiliza (Lopes & Leal, 2005).

Os grupos sociais que ocupam as posições centrais, dados como "normais" (de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de religião etc.), têm a possibilidade não apenas de representar a si mesmos, mas também de representar os outros. Eles falam por si e também falam pelos "outros" (e sobre os outros); apresentam como padrão sua própria estética, sua ética ou sua ciência e arrogam-se o direito das manifestações dos demais grupos. Por tudo isso, podemos afirmar que as identidades sociais e culturais são também políticas. As formas como elas se representam ou são representadas, os significados que atribuem às suas

experiências e práticas são, sempre, atravessados e marcados por relações de poder e estigmatização, como no caso das pessoas que assumem uma identidade diversa da norma (Louro, 2000).

Atualmente a categoria profissional da enfermagem vem batalhando para acompanhar os movimentos de transformação no mundo com relação à posição da mulher na sociedade, e a enfermeira vem se assumindo como cidadã, profissionalizando-se e conquistando seu espaço no mercado de trabalho, além de assumir papéis públicos de direção e gerência que antes eram reservados somente aos homens. Existe ainda um forte questionamento acerca das funções e capacidades desempenhadas pelas mulheres nos espaços públicos, no entanto, é um cenário que vem se transformando com o aumento do número de mulheres na liderança e gestão de espaços e equipes (Andrade, 2008; Padilha, Vaghetti & Brodersen, 2006).

Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006), no estudo de revisão da literatura acerca do gênero em Enfermagem, expuseram que os estereótipos sexistas podem ocorrer desde a infância e estender-se ao longo da vida, como uma série de comportamentos predefinidos que obrigam, tanto a mulher como o homem, a uma luta constante pela libertação de seus papéis estáticos: colocando a mulher como estrela do lar e em posições subalternas ou objeto de prazer e o homem aparece ocupando papéis importantes no trabalho e no corpo social. E, dessa forma influenciam também a construção dos papéis sociais na enfermagem, traçando características estereotipadas que retratam o que se espera de uma enfermeira mulher: bondade, dedicação, carinho, abnegação e obediência servil.

Heilborn (1999) explica que a sexualidade e o gênero não têm a mesma importância para todas as pessoas. Assinala que essa variação é efeito dos processos sociais que se originam no valor que a sexualidade ocupa em determinados nichos sociais e nos roteiros específicos de socialização com que as pessoas vivem ao longo de suas trajetórias de vida. A cultura é a responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abarcam categorizações de gênero, de orientação sexual e de escolha de parceiros. Dessa forma, valores e práticas modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, originando as carreiras sexuais e amorosas.

Divididas binariamente, as carreiras sexuais de homens e mulheres brasileiros apresentam diferenças de gênero marcadas pela cultura vigente, fato constatado na pesquisa etnográfica, realizada no final do século XX com homens e mulheres de 20 a 45 anos. Heilborn (1999) descreve estas carreiras sexuais em masculinas e femininas. O início da atividade sexual implica uma mudança de *status* e da percepção de ser homem, que é simultaneamente interpelado a trazer dinheiro para casa e ter se iniciado sexualmente. Já para

a mulher, o resguardo da virgindade foi muito valorizado, sendo consideradas mulheres para casar, separadas das não mais virgens, sendo estas consideradas fáceis. Esses parâmetros ordenaram o modo como os homens se aproximaram das figuras femininas, marcadas pelo machismo e pelas relações de poder sobre as mulheres. As trajetórias femininas de iniciação sexual assinalaram um quadro de relações entre gêneros, na qual ao homem é atribuída a condução dos rumos desse acontecimento.

Tradicionalmente, as relações de poder vigentes no sistema patriarcal colocavam a mulher como submissa ao homem, reduzindo a sexualidade feminina a posturas passivas e resignadas nos embates das relações sexuais e sociais. Essa redução por si só constitui uma situação de violência de gênero, a qual não é percebida igualmente por toda mulher, pois se trata de uma experiência subjetiva e não universalizante e que envolve determinados fatores culturais, econômicos e sociais (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

A enfermagem, nesta lógica, permitiu e facilitou aos médicos o exercício da medicina tal qual a conhecemos e reforçou a dominação do masculino sobre o feminino, também no campo da saúde. Como exemplo tem-se o exercício da higiene, em que a higienização do ambiente perdeu sua cientificidade e aproximou-se de uma prática doméstica, apoiada em instrumentos próprios do cotidiano doméstico: a vassoura, a bacia, o urinol, entre outros, constituindo um status de tarefas intermediárias, embora respondam às necessidades básicas de manutenção da vida e recuperação do bem-estar, assumem uma seletividade hierarquizada de tarefas (Lopes & Leal, 2005).

A feminização persistente na enfermagem, desde o início da profissionalização, cabe uma reflexão: é o resultado dos esforços exteriores e de interesses preocupados em manter a profissão em condição de auxiliar, de desvalorização técnica e econômica ou se está a frente de uma profissão que se protege? Assim, os autores concluem que se trata de uma profissão "para mulheres" e de mulheres que se protege, pois cuidar é uma ação identitária feminina que transcende o espaço de trabalho (Lopes & Leal, 2005).

2.2 Gênero nas relações sociais

O contexto supracitado assinala o quanto a sexualidade feminina está imbricada com questões importantes de gênero que configuram aquilo que se espera de um homem ou de uma mulher. Biologicamente falando, a diferenciação dos sexos se dá pela funcionalidade das células e órgãos reprodutivos. Entretanto, quando nos atemos aos aspectos sociais de gênero, observamos que essa primeira diferenciação é uma experiência que divide as pessoas em

funções sociais nas quais vários elementos construídos socialmente constituem, por exemplo, o que é ser mulher e o que é ser homem, quais são os comportamentos, sentimentos, valores e relações de poder esperados para mulheres e homens (Bandeira, 1999).

Desde os anos de 1970, a produção feminista dedicou-se a questionar as bases naturalistas da desigualdade entre os sexos e da subordinação feminina. A categoria gênero, contribuição definitiva da teoria feminista, foi consagrada no final do século XX como importante categoria de análise social (Paiva, 2008).

No percurso histórico, por meio da construção dos ideais feministas, utilizaram-se as abordagens referenciadas na análise do gênero que podem ser descritas em três posições teóricas: a primeira que explica as origens do patriarcado, a segunda de orientação marxista, propondo uma abordagem histórica que contenha uma explicação material para o gênero ou propondo uma solução em sistemas duais, compostos pelos domínios do patriarcado e do capitalismo e por fim a mais recente, dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspirada nas várias vertentes da Psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais (Fonseca, 2008).

Bastante referenciada, a feminista americana e historiadora Joan Scott (1995), uma das mais importantes autoras, fala sobre o uso da categoria gênero na história, a qual visou acima de tudo a transformar os estudos de gênero no campo da história, rejeitando a construção binária e hierárquica da relação entre homem e mulher. A autora define gênero adotando duas posições: primeira como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; a segunda sendo um conceito primordial de significar as relações de poder.

Essas relações sociais, segundo a referida historiadora, são permeadas por quatro elementos distintos, que coexistem: (1) os símbolos culturais que trazem representações simbólicas em sistemas de opostos: como Eva-Maria, luz-escuridão; purificação e poluição; (2) os conceitos normativos que representam as interpretações dos sentidos símbolos para conter suas possibilidades metafóricas, dentre eles encontram-se as doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas; (3) a noção de fixidez que leva a uma aparência atemporal da noção de gênero, é preciso segundo a autora desconstruir as instituições sociais e políticas, bem como as organizações que sustentam uma representação binária do gênero; (4) a concepção da identidade subjetiva, tendo em vista que o desenvolvimento da sexualidade e identidade dos sujeitos é mediado por um processo cultural. Nesse sentido, a categoria gênero

é um conceito-chave para analisar a relação de subordinação das mulheres e os processos de transformações sociais e políticas.

Butler (2000), filósofa estadunidense, também pesquisadora dos estudos de gênero, vem aprofundar o questionamento da heteronormatividade de gênero e sua construção por meio dos corpos dos sujeitos. Para ela, o sexo é desde o início uma categoria normativa que não funciona somente como norma, mas é uma prática regulatória que produz os corpos que governa, essa força regulatória traduz-se em uma forma de poder produtivo, que demarca, diferencia, faz e circula os corpos que ela controla.

O desejo da autora é tornar claro que as normas regulatórias do sexo trabalham de uma forma performativa para constituir a materialidade dos corpos, mais especificamente para solidificar o sexo no corpo, marcar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual. Completa que o sexo não é simplesmente aquilo que alguém possui ou uma descrição estática daquilo que alguém é, mas ele é uma das normas pelas quais um alguém se torna viável, é aquilo que qualifica a pessoa como corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural (Butler, 2000).

Butler (2000) sensibiliza-nos para algumas características que entrelaçam a materialidade dos corpos: (1) significa a remodelação da matéria dos corpos como efeito da dinâmica do poder, indissociável das normas regulatórias que governam sua construção; (2) a compreensão da performatividade não como ato que o sujeito apresenta, mas aquilo que ele nomeia inscrito no discurso para produzir fenômenos que ele regula e constrange; (3) a construção do sexo não mais imposta como dado corporal sobre o gênero, mas como uma norma cultural que governa a materialização dos corpos; (4) repensar o processo pelo qual uma norma cultural é definida ao compreender como o sujeito é formado ao assumir um sexo, ligado à questão da identificação e os meios discursivos envolvidos pelos quais o imperativo heterossexual possibilita algumas identificações sexuadas e impede ou nega outras.

Ainda nesse pensamento, a autora conclui que a matriz excludente pela qual os sujeitos são formados mostra uma produção simultânea de seres abjetos, assinalando aqueles que ainda não são sujeitos, mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O abjeto designa as zonas inóspitas e inabitáveis da vida social, povoadas por aqueles que não adquiriram o *status* de sujeito, mas que seu domínio está circunscrito. A zona inabitável constitui o limite que defini o domínio do sujeito e que também buscará sua própria reivindicação de direito à autonomia e à vida. Nesse sentido, alguns sujeitos são constituídos pela força da exclusão e da abjeção, ou seja, um exterior abjeto que habita dentro do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio (Butler, 2000).

Weeks (2000) explica o fenômeno pela ótica do sentido construído individualmente, afirma que um dos atrativos da Psicanálise, por exemplo, é que ela nos inclina a questionar sobre a relação entre processos psíquicos, dinâmica social e mudança histórica. Os sentidos que damos aos nossos corpos e suas possibilidades sexuais tornam-se uma parte vital de nossa formação individual, sejam quais forem as influências sociais. Tal medida nos faz entrar na instância valorativa do eu, que existe ali uma pessoa que pode significar e ponderar as influências que recebe de seus grupos socializadores.

Segue ainda uma longa discussão acerca da origem do termo gênero, para alguns estudiosos ele aparece unicamente pela construção social do sexo, em outro polo temos os funcionalistas afirmando o caráter natural e biológico do sexo, que depois pode se subordinar à cultura e suas normas de poder. O sujeito é construído pelo social e cultural e/ou ele pode ser ativo nessa construção, ele pode ser um corpo que pensa? Questionamos nesse paradigma a natureza nula do sexo? Nada pode influenciar? Estaria o problema na linguagem? Estaria o problema no apagamento do feminino? Para Butler (2000), essa delimitação que frequentemente é efetuada como uma pressuposição pouco teorizada em qualquer ato de descrição dos sujeitos, que marca uma fronteira que inclui e exclui que decide o que será ou não conteúdo do objeto ao qual nos referimos.

A existência do sujeito se complica ainda mais para aqueles e aquelas que se percebem com interesses ou desejos distintos da heteronormatividade. Para estes restam poucas alternativas como: o silêncio, a dissimulação ou a segregação. A produção da sexualidade é seguida pela rejeição da homossexualidade, por vezes declarada em homofobia. Esse sentimento parece ser mais presente na produção da identidade masculina, acarretada pela nossa cultura que reprime manifestações afetivas entre meninos. É notável também que expressões físicas de afeto entre homens são controladas em muitas situações sociais (Louro, 2000).

Vale aduzir, perante o contexto de inclusão e exclusão descrito, que algumas identidades de gênero possuem caráter político, consideradas formadoras de opinião na sociedade, como é o caso dos profissionais da saúde que legitimam o saber científico perante a população assistida, contudo, ganham uma visibilidade e uma força tão grandes que deixam de ser percebidas como representações sociais e são tomadas como sendo a realidade.

Paradoxalmente, os indivíduos precisam da identidade "subjugada" para se afirmarem e se autodefinirem, assim compreende-se a visibilidade das identidades sexuais "alternativas", mesmo quando excluídas ou negadas são necessárias e constituem a referência heterossexual. E, na medida em que emergem publicamente as várias identidades: gays, lésbicas, *queers*,

bissexuais, transexuais e travestis, acaba pondo em evidência a instabilidade e a fluidez das identidades sexuais. Dessa forma nossas identidades de classe, raça, gênero, geração ou nacionalidade estão relacionadas à nossa identidade sexual, e esses vários marcadores sociais interferem diretamente na forma de vivê-la (Louro, 2000).

3. Adoecer de câncer de mama e a vivência da sexualidade

3.1 O câncer de mama na mulher

No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2014 apontam 57.120 casos novos para o câncer de mama. No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, será válida também para o ano de 2015, com a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a extensão do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). (Instituto Nacional do Câncer, 2014).

A detecção precoce do carcinoma mamário poderá minimizar os efeitos da doença e aumentar a possibilidade de cura, proporcionando melhores alternativas cirúrgicas. Entretanto a realidade denuncia uma maior dificuldade que é o atraso no diagnóstico que só ocorre em fases avançadas da doença, quando a única alternativa é a cirurgia mutiladora, acompanhada de tratamentos invasivos como: a quimioterapia, a radioterapia e a terapia hormonal. Todas essas alternativas têm efeitos agressivos e traumatizantes para a vida e saúde da mulher, podendo afetá-la em dimensões psicossociais e espirituais (Caetano & Soares, 2005).

A descoberta do câncer de mama suscita na mulher uma reação emocional intensa que pode desencadear angústias frente à possibilidade de morte e antecipação de múltiplas perdas, associadas à imagem corporal, ao sentimento de feminilidade e ao relacionamento afetivo-sexual (Fontes & Alvim, 2008a; Penson et al., 2000).

O acometimento pelo câncer de mama é sentido como estressor e provoca uma série de mudanças não escolhidas para a vida da mulher que está em tratamento, tanto para ela como para os familiares envolvidos, alterando a dinâmica da vida em família. São preocupações comuns como o medo da morte que a doença suscita, bem como a mutilação da mama que é símbolo importante de feminilidade, sexualidade, erotismo, maternidade e identidade (Duarte & Andrade, 2003; Bertolo & Pauli, 2008).

A experiência relacionada com o câncer de mama tem um significado individual e representações diferenciadas para cada mulher que as vivencia, mas é preciso ressalvar que existem muitos sentimentos de ordem universal, tais como: a dor de adoecer, a raiva, as perdas enfrentadas, o estresse, a depressão e a falta de fé, independente da idade e do estado civil. Mas é importante considerar o contexto em que a paciente vive, como condição socioeconômica e ocupacional, bem como a rede de apoio psicossocial (Vieira, Lopes & Shimo, 2007; Katz, 2011).

De acordo com Silva e Santos (2008), o câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comum na população feminina de diversos países. O diagnóstico altera permanentemente a vida da mulher, dependendo da fase da doença em que ocorre a descoberta. Esta fase (estadio) é considerada no planejamento das intervenções dos profissionais de saúde e no tratamento, tendo impacto direto sobre seu desfecho. As pacientes comumente descrevem o seguinte percurso: pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento, reabilitação e terminalidade (Rossi & Santos, 2003).

O sofrimento permeia toda a trajetória da experiência de adoecer de câncer, pois se relaciona com a percepção que a mulher tem de si mesma como portadora de câncer e com a reformulação e construção de uma nova identidade para a mulher com diagnóstico de câncer de mama (Bergamasco & Angelo, 2001). A confirmação do diagnóstico traz consigo o impacto de uma nova e cáustica realidade. Mesmo estando bem, sem sinais e sintomas iminentes da doença, a mulher depara-se com o medo da morte e a incerteza do futuro, construído a partir da nova autoimagem de ser uma portadora de câncer. Com toda a informação de que dispõe sobre tratamentos e tecnologia envolvida, a mulher revela dificuldade de elaboração e aceitação da nova situação.

Historicamente, adoecer de câncer é considerado um infortúnio associado a experiências malditas e servindo de metáforas para diversas adversidades físicas, mentais e sociais. Frequentemente nos remetemos a diversos tipos de “cânceres sociais”, como a violência, a desintegração familiar, o uso de drogas, roubos e corrupção que têm sido referidos como perturbadores do equilíbrio e, consequentemente, denominados câncer (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

O câncer carrega ainda a metáfora da morte e é encarado como um mistério, por tempos temido como contagioso, possui um caráter estigmatizante difícil de dissociar e foi velada pelos médicos sua comunicação direta ao paciente, por medo de que as pessoas sucumbissem ao saber da verdade. Sendo sinônimo da sentença de morte, o câncer de mama atinge o aspecto íntimo, feminino e emocional que acaba por gerar no imaginário da mulher a

desistência, o fracasso e a vergonha de si própria por adoecer. O câncer já foi descrito na história como insuficiência de paixão, atacando principalmente os que são sexualmente reprimidos, inibidos, não espontâneos e incapazes de exprimir o ódio (Sontag, 2002; Moura et al., 2010).

Bergamasco e Ângelo (2001) afirmaram que o resultado da interpretação da experiência do câncer pela mulher, frente ao seu tratamento, desencadeia sentimentos e emoções a partir do significado de viver com uma doença estigmatizante que remete à perda, morte e impotência. Os significados atribuídos afetam profundamente a maneira como a paciente percebe sua doença e consequentemente as respostas de outras pessoas com relação à sua nova condição de adoecida.

As modalidades terapêuticas são baseadas de acordo com o estágio clínico da paciente e as mais comuns para o tratamento do câncer de mama são: a quimioterapia, a radioterapia, a cirurgia e a hormonioterapia. Independente de outras modalidades terapêuticas, a cirurgia de mastectomia é uma prática comum, em especial na população brasileira, na qual o câncer de mama é usualmente diagnosticado em estágios mais avançados, em que o tumor já avançou em grande parte do tecido mamário (Bertolo & Pauli, 2008; Silva et al. 2010).

A cirurgia da mama constitui-se como o principal tratamento do câncer de mama, sendo empregada na maioria das mulheres. Dentre os tratamentos cirúrgicos, têm-se a mastectomia e as cirurgias conservadoras da mama, como a lumpectomia e quadrantectomia, podendo ser realizada a reconstrução mamária imediata ou algum tempo depois. A reconstrução pode ser utilizada por mulheres que foram submetidas a cirurgias conservadoras, para a correção de alguma deformidade no seio, quando ocorre extração de grande parte da mama (Santos & Vieira, 2011).

A primeira cirurgia de mama foi realizada no século I d.C. pelo médico grego Leonidas, e havia muitos mitos acerca da cura, em que só haveria esperança se não houvesse ulceração, condições como a superficialidade do tumor e extirpação de todas as raízes. Nessa época os cirurgiões abusavam das indicações de mastectomias que eram realizadas em grande número, caindo em descrétido em razão dos péssimos resultados alcançados. No Renascimento, foi comum o uso da guilhotina pelos médicos, com o intuito de tornar a mastectomia um procedimento mais rápido e menos doloroso. Todo esse início colaborou para que as cirurgias e até mesmo o diagnóstico e tratamento do câncer fossem considerados violentos, mortíferos e sem cura para o imaginário social da população temerosa do pior (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

A doença impõe características de permanência prolongada, como o linfedema que além do efeito estético, pode comprometer a execução das atividades ocupacionais da mulher (Moura et al., 2010; Santos & Vieira, 2011), ocultando a visibilidade da execução de seus papéis femininos ao impossibilitá-la de realizar atividades que antes lhe caracterizavam como prazer, importância social, seja como mulher ou profissional, incapacitando muitas vezes seu retorno à vida normal. E, ainda precisam conviver com o fantasma da recidiva que coloca a mulher em um estado de permanente alerta, alterando seu convívio afetivo e relacional, gerando uma situação de estresse que favorece a desestruturação do seu aspecto biopsicossocial.

Rosa e Radünz (2012) elencaram, em estudo de revisão de literatura, os fatores relacionados com a taxa de sobrevivência nas mulheres com câncer de mama e a redução dos estadiamentos avançados quando na ocasião de descoberta da doença, entre eles, ressalta-se o diagnóstico em estadio inicial, ausência de comprometimento linfonodal, mulheres com padrão socioeconômico elevado e com maiores níveis de escolaridade. Para tanto, alertaram para a implementação de políticas públicas de saúde que incluam os resultados científicos atuais e que sejam voltadas prioritariamente às mulheres a partir dos 40 anos de idade, bem como agilização no fluxo de atendimento nos serviços de baixa, média e alta complexidade. As desigualdades sociais e de acesso ao serviço público devem ser modificadas urgentemente.

Uma questão importante revisada na literatura por Santos e Vieira (2011) é a mudança da imagem corporal como consequência dos tratamentos do câncer de mama. As autoras evidenciaram o impacto que os tratamentos geram também na sexualidade da mulher, pois afetam diretamente aspectos como: a perda do potencial de excitação e de estimulação sexual com a retirada do seio, alopecia e a questão da assimetria corporal. A imagem corporal e o funcionamento sexual também foram associados à percepção da atratividade sexual pelo parceiro ou da qualidade deste relacionamento.

3.2 Consequências do câncer de mama para a sexualidade

O modo peculiar de enfrentar um câncer de mama vai depender da história de vida da paciente, da idade e das relações interpessoais estabelecidas durante sua trajetória de vida. A compreensão de estar doente remete a mulher ao entendimento particular de sua vivência do adoecer, com suas características singulares de enfrentamento das adversidades e perdas ao

longo de sua existência. Para algumas mulheres, sobreviver é mais importante que a perda da mama propriamente dita ou alterações na imagem corporal (Bertolo & Pauli, 2008).

Duarte e Andrade (2003) apontam que cada mulher possui uma representação mental do próprio corpo, estando diretamente vinculada à percepção de si no mundo e compondo-se dos aspectos fisiológicos, psicoafetivos, cognitivos e relacionais. Dessa forma, a imagem que fazemos de nosso corpo é construída e "des-construída" ao longo da nossa vivência, a partir de experiências com o mundo exterior. Assim, mudanças na imagem corporal ocasionam mudanças na autoimagem e podem vir a afetar a sexualidade das pacientes submetidas às cirurgias de forma singular.

As autoras verificaram, no estudo com as mulheres mastectomizadas, que a reconstrução da mama é sentida como uma possibilidade de recuperar a feminilidade, a sexualidade e o erotismo, mas com certa temporalidade no tratamento. Algumas mulheres relatam, no momento do diagnóstico e nas fases posteriores ao tratamento, que a manutenção da vida é considerada mais importante que a perda da mama, independente do procedimento cirúrgico à que a mulher foi submetida. Somente após afastada a possibilidade de morte é que a mulher irá voltar-se para a mutilação das mamas e suas consequências para a sexulidade (Duarte & Andrade, 2003). Embora outra pesquisa aponte que a visualização da mastectomia pode ser um choque para algumas mulheres, em relação à percepção física de si mesmas, acarreta sentimentos negativos de medo, acanhamento, estranheza, tristeza, espanto e desânimo, ou seja, uma desolação frente à mutilação à que foram submetidas (Moura et al., 2010).

Salci, Sales e Marcon (2009) realizaram um estudo descritivo, de natureza qualitativa, com 11 mulheres com câncer de mama. Nessa investigação fundamentada na fenomenologia, foram identificados os sentimentos das mulheres ao receberem o diagnóstico. Essas autoras comentam que as mulheres que já haviam passado por experiências próximas e positivas com o câncer, em algum momento de suas vidas, tiveram melhor aceitação frente ao diagnóstico.

Santos e Vieira (2011) afirmaram que a idade pode ser um fator de ajustamento psicossocial, pois com o processo de envelhecimento humano, natural do ciclo de vida, a mulher vivencia mudanças corporais que ocorrem de forma gradual e que muitas vezes estão relacionadas a modificações de expectativas no desempenho de papéis sociais, como o potencial produtivo. E, no caso das mais jovens, a interdição da maternidade advinda da menopausa precoce é induzida pelo tratamento quimioterápico. Outra preocupação das mais jovens apontada por Oliveira et al. (2010) é o medo da morte em sua fase mais produtiva por possuirem filhos dependentes.

Por outro lado, Bergamasco e Ângelo (2001) afirmaram que o câncer pode proporcionar que a mulher estabeleça novos propósitos na vida, sabendo que pode alterar sua vida diária de uma forma produtiva e saudável. A esperança de voltar à normalidade é um importante fator no enfrentamento de situações de crise.

Caetano e Soares (2005) coletaram depoimentos de mulheres mastectomizadas em estudo que avaliou o self-físico e o self-pessoal, ancorados na Teoria do modo de adaptação de Roy, verificando os mecanismos de enfrentamento e as respostas adaptativas e ineficazes emitidas pelas mulheres. O self-físico engloba o autoconceito e a sexualidade que incluem a imagem corporal e o nível de satisfação. O self-pessoal diz respeito à existência da pessoa e à integridade espiritual. Os achados indicaram um autoconceito bastante afetado, desde o momento do diagnóstico ao tratamento. As mulheres responderam com mecanismos de defesa: negação, rejeição, raiva, depressão, aflição, medo até chegar à fase de ajustamento. O apoio na espiritualidade também foi marcante.

Segundo as autoras, foram comuns reações como deplorações ou lastimações pelas mulheres afetadas pelo câncer de mama. A ansiedade por se tratar de uma resposta à percepção de um perigo esteve associada a outros sentimentos marcantes como a raiva, a mágoa, a vergonha, o desespero, a depressão, o conformismo e a coragem. A raiva é comum ser expressada ao adoecer e é uma forma de enfrentar a ansiedade, em particular frente ao evento agressor, insulto ou lesão (Caetano & Soares, 2005).

A vivência do tratamento do câncer de mama acarreta eventos estressores físicos, encontrados no estudo de Silva e Santos (2008), tais como: sequelas, limitações dos movimentos, linfedema, alterações na imagem corporal e medo de ressurgimento da doença. De acordo com Rossi e Santos (2003), preocupações com a sexualidade comumente são evidenciadas no período pós-tratamento, no qual as repercussões psicológicas se encaminham para o plano do relacionamento afetivo-sexual. Como resultados da pesquisa, os autores encontraram dois eixos: mulheres que dispunham de um relacionamento afetivo sólido não sofreram significativas alterações na vida sexual após a doença e seus tratamentos, enquanto que aquelas que já vivenciavam insatisfação conjugal anterior à doença sofreram drásticas alterações na vida sexual, sendo que algumas passaram a se afastar do relacionamento com o sexo oposto. Tal postura de distanciamento afetivo pode ser compreendida como um fenômeno de descrença com relação à possibilidade de estabelecer novos relacionamentos ou de ressignificar os antigos, por temor de frustrar o parceiro e sofrer rejeição pela condição de "mutilada", sentindo-se "menos mulher" e não atraente sexualmente.

Esses resultados apresentam semelhanças com estudos que investigaram a sexualidade das mulheres com câncer (Barton-Burke & Gustason, 2007). Para essas autoras, idade, gênero e polarização do estado marital permeiam a maneira como as avaliações sexuais são conduzidas. Existe o pressuposto de que a pessoa com câncer que tem um parceiro sexual é heterossexual. E também destacam que os indivíduos solteiros podem ser mais interessados sobre mudanças na sexualidade e função sexual do que aqueles que têm um parceiro.

Para Souto e Souza (2004), a sexualidade para as pacientes com câncer de mama é essencial, não desaparece com o adoecimento, faz parte da constituição de vida da mulher e dos seus relacionamentos. Em vigência da mastectomia, ela passa por um estado de adormecimento e de latência. E, em um determinado momento, ela se manifesta desta ou daquela maneira, ou da maneira como foi antes da mastectomia, ou até mesmo de uma maneira nunca antes vivida, quem sabe até melhor que antes.

Barton-Burke e Gustason (2007) abordaram a sexualidade como uma integração das dimensões física, psicológica e social dos indivíduos. Envolve mais do que o ato sexual com finalidade reprodutiva, uma vez que engloba aspectos do ser homem ou ser mulher, como nos tornamos o que somos, como pensamos sobre esse modo de ser, como nos relacionamos uns com os outros e lidamos com as consequências dessas interações.

Markopoulos et al. (2009) realizaram uma pesquisa sobre o impacto da cirurgia para a autoestima e a vida sexual das pacientes. Avaliaram a satisfação de 207 mulheres com relação ao resultado estético e ao impacto psicológico da autoestima com a cirurgia da mama. Encontraram que as pacientes que sofreram a cirurgia de conservação da mama ficaram mais satisfeitas com sua imagem corporal, seguidas daquelas que fizeram mastectomia com atraso na reconstrução. Embora o diagnóstico de câncer tenha um impacto psicológico negativo em todas as pacientes, a reconstrução com atraso trouxe menos impacto na autoestima e vida sexual comparadas àquelas que somente fizeram a mastectomia sem reconstrução da mama. Concluíram que o tipo de cirurgia tem um papel significante no pós-operatório, influenciando a autoestima e a vida sexual das pacientes.

Bertolo e Pauli (2008) descreveram contradições nos discursos de mulheres mastectomizadas, ao perceberem a imagem corporal pós-mastectomia. A ausência do seio trouxe inicialmente sentimentos de estranheza, entretanto mesmo sendo uma situação difícil, tiveram boa aceitabilidade não necessitando de passar pela reconstrução mamária, considerando a retomada da vida como mais importante do que a perda do órgão. No entanto, no mesmo discurso apresentaram dificuldades na esfera da sexualidade, tanto no momento de despir-se ou vestir-se, como evitando relacionamentos com parceiros. A pesquisa traz em seu

bojo o distanciamento da mulher entre a percepção da imagem corporal e os sentimentos verdadeiros que suscitam para consigo próprias.

Santos et al. (2008) investigaram as influências desencadeadas pelo câncer de mama e seus tratamentos na vida afetiva e sexual de oito mulheres, por meio do método de estudo de caso. Concluíram que a maioria das mulheres percebe a diminuição na frequência das relações sexuais, sem comprometimento do relacionamento com o companheiro, havendo casos em que o parceiro se tornou mais atencioso. Inapetência sexual, dor durante as relações e dificuldades para excitar-se e alcançar o orgasmo foram as principais disfunções relatadas. Ussher, Perz e Gilbert (2011) encontraram dados semelhantes com relação às alterações no bem-estar sexual e intimidade das mulheres com câncer de mama. E acrescentaram que as alterações na atratividade física ou falta de feminilidade acabam por dificultar as adaptações na rotina e encontro com o parceiro ou novos relacionamentos.

Duarte e Andrade (2003) desenvolveram um estudo qualitativo com seis mulheres mastectomizadas, com tempo de cirurgia variando de 1,5 anos a 8 anos. Ressaltaram questões sobre a sexualidade destacadas nos discursos das pacientes, como: necessidade de informação sobre a doença, reação ao diagnóstico, relação médico-paciente, eu e meu corpo, eu e o olhar do outro, percepção de si mesma e relacionamentos amorosos. O estudo indicou que, após a cirurgia de mastectomia, as mulheres apresentaram limitações e dificuldades que envolviam a exposição dos corpos, embora apesar dos temores, algumas produziam diversos modos de ressignificarem e expressarem a sua sexualidade de uma forma potencializadora para as relações cotidianas.

Estudos levantados pela revisão de literatura sobre sexualidade em mulheres com câncer, realizada por Barton-Burke e Gustason (2007), revelaram que a maioria das pesquisas conduzidas se refere a mulheres em tratamento do câncer de mama. O foco dos sintomas relatados pelas mulheres são os efeitos colaterais desencadeados pela radioterapia e quimioterapia e sua influência na disfunção sexual após o diagnóstico e o tratamento. Duarte e Andrade (2003) corroboraram tal ideia em seu estudo com mastectomizadas, destacando dois momentos marcantes para a mulher que enfrenta o câncer de mama: sendo o primeiro caracterizado pelo impacto da descoberta, envolvendo o diagnóstico e os tratamentos em que a batalha pela manutenção da vida é evidente. E num segundo momento o período pós-cirúrgico em que há uma retomada do cotidiano, após superar o estigma do morte. A partir da retomada dos relacionamentos sociais, atividades de lazer, trabalho e família é que surgem as preocupações com o próprio corpo e o relacionamento com o parceiro.

Souto e Souza (2004) investigaram as expressões de sexualidade de 15 mulheres que foram submetidas à mastectomia radical. Pesquisa qualitativa com enfoque fenomenológico foi discutida à luz do existencialismo de Martin Heidegger. A expressão da sexualidade revelou-se por meio dos discursos das mulheres que foram organizados em categorias temáticas: relação heterossexual, da necessidade de um tempo para se acostumar e conviver com o corpo mutilado, acanhamento, evitação e estranheza devido à falta de uma mama, tratamento afetivo e atencioso recebido do companheiro, retomada das atividades normais do dia a dia e da alegria em viver e recuperar a integridade física.

Souto e Souza (2004) afirmaram que existe um paradigma dominante de cuidado, mas concluíram que a sexualidade é uma vivência posterior ao adoecimento, existem outras necessidades priorizadas pelas mulheres como: repouso, curativos, boa alimentação e consultas médicas. Por um prisma diferente, parece que a sexualidade pode não estar vinculada ao modelo biomédico, mas também, na opinião da mulher em que a sexualidade poder ser vivida após algum tempo de tratamento é um fator importante assinalam os autores, pois mesmo em casa, a mulher se ocupa de preocupações como no ambiente hospitalar. Após satisfazer tais exigências, ela aos poucos vai se adaptando ao novo e recuperando o bem-estar.

Em outra perspectiva, temos mulheres que sentem falta da atenção, esclarecimento e apoio, como foi observado no estudo de Oliveira et al. (2010). Foram entrevistadas 13 mulheres mastectomizadas que queixaram da falta de informação ou incetivo na realização da reconstrução mamária por parte dos profissionais da equipe de saúde. As autoras afirmaram ser fundamental na assistência às mulheres que elas reconheçam o quadro ao qual vivenciam, isto será possível com o suporte da equipe ao demonstrar competências como: oferecer informações com relação ao problema, os procedimentos cirúrgicos, a continuidade dos tratamentos, as possibilidades de intervenções estéticas, pois essas informações ajudam a diminuir os sentimentos de dúvida, medo, preocupação e nervosismo gerados pela falta de ajuda e informação a essas mulheres.

3.3 O câncer de mama e os parceiros afetivos

No estudo fenomenológico de Sales e Molina (2004), foram ouvidos os depoimentos de sete mulheres com neoplasia em tratamento quimioterápico, nos quais relataram sobre a vivência do câncer em seu cotidiano. No quesito relacionamento com o parceiro, as pacientes demonstraram em suas falas que, após o diagnóstico de câncer, eles se tornaram mais

próximos, destacando atitudes de solicitude de seus esposos para com elas. Algumas manisfestaram gratidão ao marido pelos cuidados despendidos durante a doença e outras perceberam o marido mais atencioso, embora o desejo sexual seja percebido como diminuído. Esse estudo adiciona um dado importante que é a aproximação afetiva dos parceiros no cuidado à mulher mastectomizada, contrariando a ideia de que a mulher é abandonada pelo parceiro ao adoecer e tirando o foco do relacionamento amoroso atrelado ao relacionamento sexual.

Silva et al. (2010), em um estudo qualitativo, pesquisaram a percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. Os resultados agrupados em três categorias: compreendendo o diagnóstico, convivendo com a doença e o relacionamento conjugal indicaram uma carência de conhecimento sobre o câncer, atribuindo conceitos não embasados e não tendo consciência real do adoecer de suas esposas. Foi verificado também que o significado atribuido ao câncer encontra-se bastante comprometido e relacionado ao sinônimo de morte. Os cônjuges buscam apoio na fé e crença em Deus, ao mesmo tempo que trazem sentimentos de constrangimento, choque, pessimismo pelo impacto do diagnóstico com receio e vontade de reverter o quadro.

A construção do enfrentamento do adoecer da parceira com câncer de mama revela que os companheiros dessas mulheres tiveram de combater sozinhos os obstáculos inerentes à convivência após a mastectomia, carregando consigo a responsabilidade de serem suporte para suas esposas e sem o suporte do sistema de saúde. É visto que os parceiros precisam receber informações adicionais acerca da doença, do tratamento e suas necessidades relacionadas à intimidade e sexualidade pós-mastectomia (Silva et al., 2010). Os benefícios do cuidado dos parceiros com as esposas são reconhecidos por elas, sentindo que é bom tê-los próximos e a ajuda é bem-vinda. Dessa forma, é importante pensar que a assistência deve ser estendida até eles, otimizando sua participação e que, assim, tomem consciência das limitações e se possível a acompanhe e apoie (Souto & Souza, 2004).

As fendas emocionais do casal aparecem com o adoecimento, e a ruptura costuma ser resultado das fragilidades em que os laços matrimoniais se encontravam antes do adoecer. Dessa forma, é evidente que os maridos precisam de uma rede de suporte dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, estabelecendo um canal de comunicação aberto, sendo esta condição indispensável para assistência em saúde da família, acompanhamento emocional e orientação sexual.

Gradim (2005), em estudo qualitativo com nove casais, buscou conhecer, sob a perspectiva de gênero, como a prática sexual é exercida após a mulher ter tido o câncer de

mama. Constatou dois núcleos de sentido importantes: a mama afetada ficou longe das carícias no ato sexual, demarcando a sexualidade vinculada ao biológico, fazendo referência ao órgão e à sexualidade localizados no corpo; e outro sobre o exercício da sexualidade após o adoecer, em que o desejo sexual no homem não diminuiu após a doença da esposa, mas as relações sexuais sim, com o argumento de a mulher querer evitar a relação sexual durante o período de tratamento com quimioterapia. Observamos nesse estudo a desconstrução da crença de que a mulher é abandonada pelo parceiro após o câncer, o estudo revelou que o encerramento dos laços afetivos e da vida sexual não ocorre se o casal já tiver realizado uma construção da vida a dois.

Ferreira (2007) também investigou o relacionamento conjugal para casais em vivência do câncer de mama. O estudo revelou a cumplicidade dos maridos e suporte em todas as fases do tratamento sem haver separações conjugais, no entanto, houve um distanciamento da vivência de sexualidade. O compromisso assumido no casamento foi o responsável pela manutenção do laço conjugal em meio à experiência dolorosa do adoecer, mas experimentaram a não revelação de sentimentos íntimos com relação ao câncer de mama. Os casais apresentaram um modelo tradicional de conjugalidade, em que rege a moral, e os valores não são questionados, a família é uma instituição valorizada em que os papéis de gênero são demarcados de forma rígida.

É válido ressaltar a importância do papel do parceiro sexual, como suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada. Biffi e Mamede (2004) identificaram os tipos de suporte social que os parceiros ofertam e como este apoio é percebido por eles. O suporte social oferecido pelos parceiros sexuais significou a demonstração de afeto, a compreensão pela situação vivenciada por suas esposas mesmo que de forma silenciosa, com incentivos às estratégias de autocuidado e colaboração nas atividades domésticas. Os parceiros percebem-se úteis oferecendo atenção no manuseio do dreno, nos curativos, estimulando a realização de exercícios e preocupando-se com a nova imagem corporal de suas parceiras. No entanto, na esfera da sexualidade apresentaram dificuldades de apoiar a parceira, aos canais de comunicação, à sensação de impotência e insegurança ao lidar com o diagnóstico e reorganizar as atividades do lar.

Existe uma necessidade premente de estender os cuidados da equipe de oncologia para os familiares da paciente acometida pelo câncer, em especial os cônjuges, pois parecem adoecer com as esposas. Estes demonstraram frequentemente sentimentos de insegurança e preocupação tanto com a morte das esposas, como incerteza no desempenho das atividades rotineiras do lar e do cuidado com a mulher. E ainda, se faz necessário o suporte no quesito

relacionamento, pois constataram que o casamento sofre abalos na esfera da sexualidade, podendo haver ruptura do casal (Silva et al., 2010).

Ferreira et al. (2013) concordaram que é imprescindível a elaboração de um plano de cuidados para essa mulher, incluindo o parceiro que precisa ser estimulado a estar mais próximo da mulher e a participar de todo o processo. A enfermagem precisa reconhecer no parceiro sexual um suporte e trabalhar suas dificuldades no processo de adoecimento da mulher, tornando-o elemento de apoio durante a reabilitação.

Diante do exposto, notamos que o impacto do câncer, além de abalar os sentimentos e estruturas de relacionamentos, sejam amorosos, sociais ou familiares, ameaça também a unidade corpo-mente-espírito, levando as pacientes com câncer de mama a se negarem como mulheres e, por vezes, a restringirem seu convívio social, sendo seus maiores desafios se adaptar e continuar a desempenhar atividades ocupacionais e papéis sociais (Caetano & Soares, 2005).

4. Panorama sobre o cuidado da sexualidade, no câncer de mama, pela equipe de enfermagem

Em face dessas considerações, evidenciamos a necessidade de demarcar os conhecimentos já estabelecidos e refletir sobre os desafios atuais e as novas perspectivas de pesquisas que se abrem no campo da sexualidade na assistência à saúde da mulher. Nessa vertente, este capítulo objetiva empreender uma revisão da literatura dedicada especificamente às estratégias utilizadas pelas enfermeiras ou pela equipe de enfermagem nos cuidados à sexualidade da paciente com câncer de mama, na literatura científica publicada em periódicos.

Frente a tais considerações, este estudo teve como objetivo traçar um panorama das pesquisas que abordam os aspectos da sexualidade como uma dimensão dos cuidados em enfermagem, no contexto do câncer de mama. A questão de investigação que norteou o estudo foi: Quais estratégias de cuidado à sexualidade, no câncer de mama, são realizadas pelos profissionais da enfermagem?

Para atingir o objetivo proposto, foram seguidos os seguintes passos metodológicos, propostos por Broome (2000). Eles são: a) inicialmente foi realizado um levantamento sistemático das publicações nacionais e internacionais sobre sexualidade, enfermagem e câncer de mama; b) foi realizada a identificação dos autores, tipos de pesquisa, ano de publicação, periódicos nos quais foram publicados tais estudos, origem dos artigos, idioma

em que foram redigidos, objetivos e resultados obtidos; c) foi realizada a análise descritiva dos resultados dos estudos e avaliadas criticamente as contribuições ofertadas na produção de conhecimento sobre a temática da sexualidade no cuidado da mulher com câncer de mama pela equipe de enfermagem.

Estratégia de busca das publicações

O material necessário para a revisão integrativa da literatura científica foi obtido mediante a execução de buscas eletrônicas em diferentes bases de dados on-line. Optamos por adotar tal estratégia metodológica, tendo-se em vista que a divulgação científica, via internet, é cada vez mais utilizada pelos pesquisadores. Contudo, certas limitações são inerentes a qualquer uma das bases de dados existentes na atualidade, podendo ficar algum estudo à margem. Foram incluídos os artigos cujos textos pudessem ser obtidos na íntegra pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo - SIBiNET/USP. A combinação de diversas bases de dados, portanto, pode ser considerada a alternativa mais eficiente para que se possa executar um levantamento bibliográfico abrangente (Péres & Santos, 2009).

Partindo desse princípio, foram consultadas quatro bases de dados distintas, a saber: Web of Science, MedLine, PsycINFO e BVS- ScieLo, contemplando a literatura internacional. As buscas eletrônicas foram executadas a partir da utilização dos descritores enfermeiras (*nurses*) ou enfermagem (*nursing*) e sexualidade (sexuality) e do operador booleano "e" (*and*). Tal estratégia foi privilegiada levando-se em consideração que viabiliza a localização de referências que apresentam os três descritores adotados e da palavra-chave: câncer de mama (*breast cancer*) que é sinônimo do descritor neoplasias mamárias (*breast neoplasms*), pois o último apresentou menos evidências.

Para subsidiar um levantamento bibliográfico atualizado e abrangente, as bases de dados foram configuradas para localizar as referências publicadas entre 2001 e 2011, totalizando 108 artigos, com aproveitamento de 21 referências. Com as coletas atualizadas até junho/2014, os descritores apontam mais cinco pesquisas, sendo duas indisponíveis pelo sistema SIBiNET/USP, uma outra fora do critério de inclusão, pois tratava da sexualidade das pacientes com câncer de mama e não fazia referência às estratégias da enfermagem. Dessa forma, dentro do critério de inclusão, somamos duas referências que são parte integrante dos resultados da presente pesquisa que desenvolvemos, portanto optamos por não incluí-las aqui para não sobrepor os dados.

Procedimentos para seleção e apreciação das publicações

O título e autoria de todas as referências obtidas, a partir das buscas eletrônicas, foram inicialmente examinados para a eliminação de eventuais repetições. A seguir, os resumos das referências selecionadas foram submetidos a uma leitura preliminar, cujo propósito básico foi determinar o material efetivamente pertinente a essa revisão da literatura.

A leitura foi norteada por critérios de inclusão específicos que permitiram qualificar os trabalhos. O primeiro deles foi o idioma. Foram considerados os artigos publicados em língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola. O segundo critério de inclusão foi o formato do trabalho, sendo incluídos apenas os artigos completos disponíveis nas bases de dados. Foram incluídos nas referências publicadas como artigo: relatos de experiência, estudos empíricos qualitativos ou quantitativos, trabalhos de revisão da literatura científica. Foram descartadas as referências publicadas como: livro, capítulo de livro, dissertação, tese, resenha, ensaio, resumo ou carta ao editor. O terceiro critério adotado para a seleção das publicações foi o objetivo. Foram consideradas somente as referências voltadas à investigação das estratégias de cuidado da sexualidade pela equipe de enfermagem às mulheres acometidas por câncer de mama. Foram descartadas as referências relacionadas a outros tipos de cânceres que fazem referência à sexualidade, tais como: câncer de próstata, ginecológicos e ostomias; e a outros aspectos psicológicos do câncer mamário ou que tratavam somente das dificuldades das mulheres mastectomizadas e não faziam referência à enfermagem. O fluxograma abaixo apresenta os descritores e os artigos encontrados, selecionados, excluídos e recuperados nas respectivas bases de dados consultadas.

Apreciação quantitativa dos estudos revisados

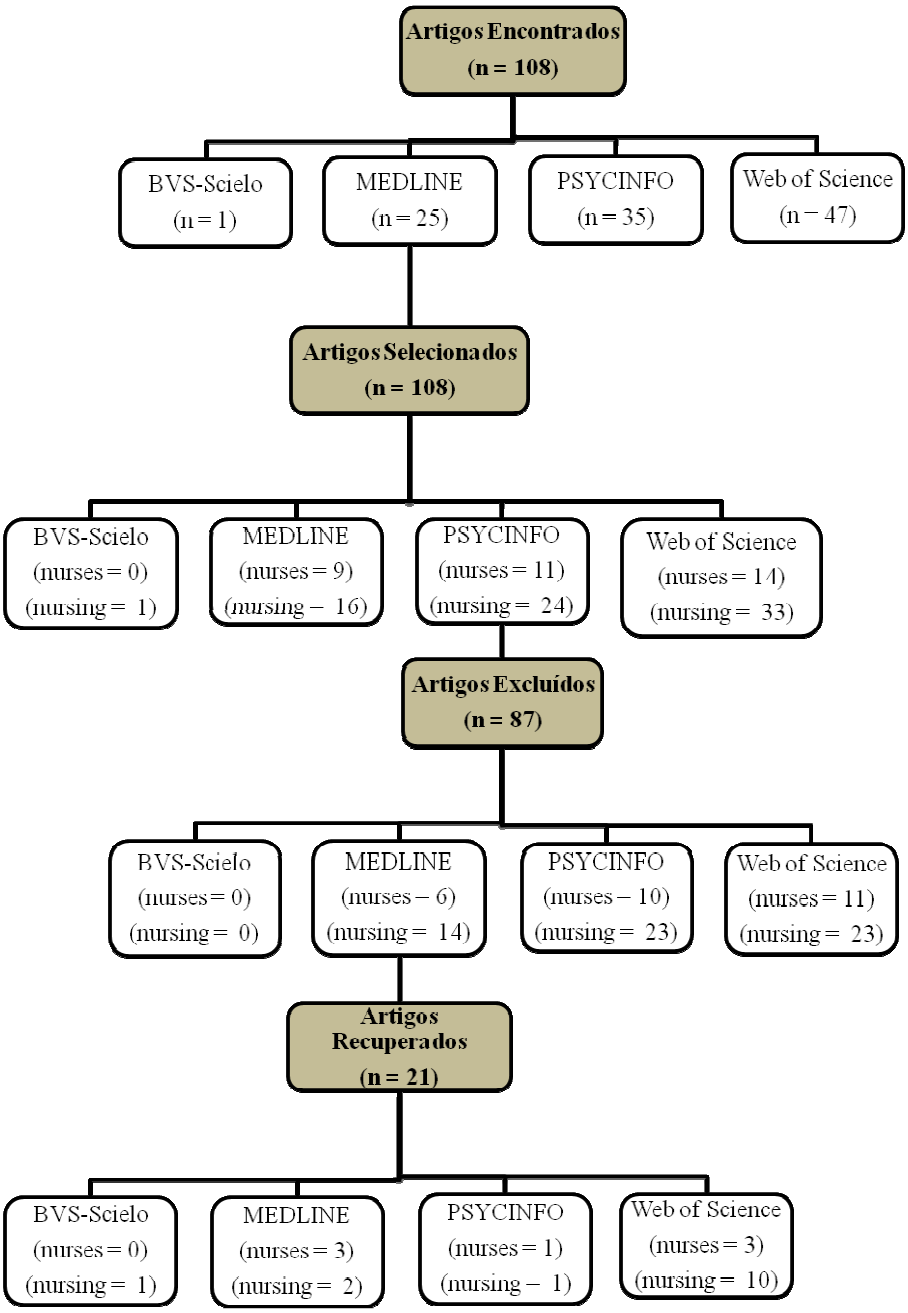


Figura 1 – Fluxograma dos artigos encontrados, selecionados, excluídos e recuperados nas bases de dados.

As buscas eletrônicas possibilitaram a localização de 108 referências, sendo 47 delas na Web of Science, 33 no PsycINFO, 20 na MedLine e apenas 1 referência na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, SciELO-Brasil, o que evidencia a escassez de estudos dedicados à investigação qualitativa das estratégias de cuidado da sexualidade de mulheres acometidas por câncer de mama. Quanto ao idioma, foi encontrado apenas um artigo no português. Desse modo, constatamos de antemão uma lacuna significativa a ser preenchida com o conhecimento oriundo de novas pesquisas.

A checagem do título e da autoria das referências inicialmente obtidas apontou que 51 trabalhos foram repetidos tanto na PsycINFO quanto na MedLine, e um deles publicado duas vezes com títulos diferentes. O número de referências foi reduzido, portanto, de 108 para 57, pois as repetições foram automaticamente descartadas. A seguir, os resumos das referências selecionadas com esse primeiro procedimento foram submetidos a uma leitura criteriosa, conduzida a partir da utilização dos critérios de inclusão estabelecidos. Essa leitura implicou na eliminação de 36 referências atendendo ao terceiro critério de inclusão, pois os resumos estavam fora do objetivo. Assim, foram efetivamente consideradas pertinentes a essa revisão da literatura 21 das 108 referências inicialmente encontradas com os descritores.

A discrepância verificada entre o número de referências inicialmente obtido, mediante a busca nos sistemas eletrônicos de identificação bibliográfica empregados, e a quantidade de referências considerada efetivamente pertinente justificam-se frente ao estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão. Cumpre assinalar, contudo, que tais critérios se mostraram de extrema importância, pois permitiram selecionar adequadamente as referências inicialmente obtidas, conferindo, consequentemente, maior precisão à revisão da literatura. Isso se torna especialmente claro quando se observa a quantidade de referências excluídas por não atenderem ao terceiro critério de inclusão estabelecido.

Apreciação qualitativa dos estudos revisados

As referências selecionadas foram recuperadas na íntegra e submetidas a uma apreciação qualitativa, mediante leituras exaustivas. Após essa etapa, os achados das publicações foram submetidos à análise de conteúdo temático (Minayo, 2008). Para melhor organização dos dados, os achados oriundos dessas leituras foram sistematicamente analisados em um formulário a partir da identificação de seis dimensões de análise, a saber: (1) modalidade de produção científica; (2) país de origem e ano de publicação; (3) área de conhecimento; (4) amostra; (5) abordagem metodológica; (6) resultados das pesquisas

construídos em quatro categorias temáticas: a) relação enfermeiro-paciente e os sentimentos envolvidos no cuidado; b) crenças culturais e atitudes dos enfermeiros no cuidado à sexualidade; c) estratégias de cuidado à sexualidade utilizadas pela equipe de enfermagem e d) demandas de sexualidade das pacientes à equipe de saúde.

A avaliação da primeira dimensão de análise, a modalidade de produção científica, indica que as referências selecionadas apresentaram 13 estudos experimentais sendo: dois quantitativos, sete qualitativos e quatro quanti-qualitativos. Aparecem também dois estudos teóricos e seis revisões de literatura. As revisões de literatura possibilitaram a obtenção de um panorama abrangente da produção científica, enfocaram as dificuldades das enfermeiras e a necessidade das mulheres, e ao final forneceram indicações para novas pesquisas, porém não abrangeram as estratégias de cuidado com profundidade, com pouca descrição clara dos processos e resultados.

A segunda dimensão de análise, país de origem e ano de publicação, evidenciou predomínio de artigos publicados em periódicos dos Estados Unidos e países europeus. Verificamos uma média de dois estudos por ano, sendo a maior concentração a partir de 2006 até 2008, o que encontra um leve aumento em 2011, para três estudos. Os EUA parecem manter a maior produção científica com seis estudos, distribuída desde 2001 até 2008, em segundo lugar classifica-se a Irlanda, a Austrália, a China, Suécia, e o Brasil com dois estudos cada, no entanto, um dos estudos brasileiros de Vargens e Berterö, (2010) foi publicado na Suécia, os demais países apresentaram apenas um estudo. A dispersão dos dados traz a ideia de que a necessidade atual de investigar a sexualidade aparece distribuída em vários países, com culturas e condições de desenvolvimento da saúde diferentes, no entanto sendo uma preocupação comum a questão da sexualidade e a prática profissional do cuidado. Com base nesses dados, podemos inferir que novas investigações nesse campo do conhecimento ainda se fazem necessárias, especialmente no contexto nacional. Segue a configuração na tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição dos artigos recuperados, segundo país e ano de publicação

						INGLATERRA				
					SUÉCIA	FINLÂNDIA	ISRAEL			COREIA
AUSTRÁLIA			EUA		IRLANDA	IRLANDA	CHINA	GRÉCIA	TURQUIA	AUSTRÁLIA
EUA			EUA		EUA	EUA	EUA	BRASIL	SUÉCIA	CHINA
2001	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**

A área de conhecimento e publicação dos periódicos trata da terceira dimensão de análise, tendo predomínio de 18 publicações em periódicos internacionais da enfermagem: *Oncology Nursing Forum, Cancer Nursing, European Journal of Oncology Nursing, Clinical Journal of Oncology Nursing*, *Australian Journal of Advanced Nursing, Nursing Clinics of North America***,** *International Journal of Nursing Studies.* Foram dois deles na Medicina: *Sexuality and Disability* e *Supportive Care in Cancer*, e 1 para a Psico-oncologia: *Psycho-Oncology*.

Com relação à amostra dos estudos, referente à quarta dimensão de análise, notamos clara divisão no foco dos estudos, embora haja a especificação metodológica, tal fato chama a atenção quando se faz a segmentação dos estudos nas bases de dados, sendo oito (8) estudos específicos com as enfermeiras e equipe de enfermagem, oito (8) estudos envolvendo as pacientes com câncer de mama e suas consequências para a enfermagem, três (3) estudos apenas são dedicados à interação enfermeiro(a)–paciente e por fim dois (2) estudos enfocam a formação e educação dos enfermeiros. Os achados indicam que há uma escassez de estudos dedicados aos profissionais da enfermagem diretamente, muitos deles apresentam-se como pano de fundo nos cuidados, mesmo o enfermeiro sendo o sujeito da amostra do artigo, houve destaque para a voz das pacientes e suas necessidades, bem como acompanham essa lógica os poucos estudos sobre a interação na relação de cuidado.

Na quinta dimensão de análise, evidenciaram-se as abordagens metodológicas correlacionadas aos anos de produção. As produções de 2001 a 2005 trazem mais estudos teóricos e revisão de literatura relacionados aos pacientes e suas dificuldades com o adoecer de câncer e prejuízos para a sexualidade, libido e autoestima, todos com enfoque biomédico dos cuidados. A partir de 2006, apareceram estudos exploratórios e descritivos, fazendo mais uso das metodologias qualitativas e quantitativas e/ou combinadas.

E por último, segue a sexta dimensão de análise, trazendo os resultados das pesquisas, descrevendo nas duas primeiras categorias: a) as dimensões envolvidas no cuidar, como os sentimentos, barreiras; b) crenças culturais e atitudes dos enfermeiros no cuidado à sexualidade, e nas duas sequentes: c) as demandas das pacientes e d) as estratégias dos enfermeiros no cuidado à sexualidade, somando quatro categorias de análise:

a) Relação enfermeiro-paciente: sentimentos e barreiras envolvidos no cuidado

Nesta primeira categoria, são destacados dois aspectos importantes que impactam os sentimentos e preocupam as enfermeiras no cuidado assistido aos pacientes, primeiro sobre como abordar a sexualidade dos pacientes e familiares e, depois, em sua grande maioria apontam as barreiras e fatores socioculturais que dificultam o cuidado da sexualidade (Lackey, Gates & Brown 2001; Lavin & Hyde, 2006; Hautamaki et al., 2007; Shell; 2007; Stilos, Doyle & Daines, 2008; Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki , 2009; Zeng et al. , 2011; Legg, 2011).

Apesar da importância tida nos recursos à sexualidade como um aspecto do cuidado, os enfermeiros revelaram que raramente esta dimensão esteve integrada em seu ementário de cuidados. Os participantes concordaram sobre a sexualidade ser um aspecto do cuidado para as mulheres que se submetem à quimioterapia no tratamento do câncer de mama. No entanto, quando questionados se levantariam a introdução do assunto da sexualidade, enquanto agente educador, a metade dos participantes reivindicou que esperariam a paciente trazer o assunto (Lavin & Hyde, 2006).

Hautamaki et al. (2007), único estudo envolvendo equipe, utilizaram um questionário aplicado a 215 profissionais da saúde, sendo que 182 (88%) dos respondentes afirmaram à parte que trata de suas atribuições profissionais questionar sobre a sexualidade junto aos pacientes. Entretanto a proporção que discutiu realmente essa dimensão do cuidado com os pacientes era extremamente baixa. Somente 2% de todos os respondentes (5% dos médicos e 2% das enfermeiras) afirmaram que discutiram questões de sexualidade em suas relações, isto é, com mais de 50% de seus pacientes. Todos os médicos concordaram que abordar a sexualidade é de sua responsabilidade durante o tratamento. Entre as enfermeiras, 92% concordaram que esta era também a responsabilidade de médico. Entretanto, 65% dos médicos consideraram que as enfermeiras têm parte igualmente compartilhada dessa responsabilidade, e 78% dos pacientes de cuidados sentiram o mesmo. Os autores sugeriram que a discussão deve ser iniciada pelos profissionais, deixando um caminho aberto para que os pacientes se expressem livremente em suas dúvidas sobre sexualidade.

Kadmon et al. (2008) exploraram o ajustamento psicossocial de homens cujas esposas israelitas foram diagnosticadas com câncer de mama, ampliando o cuidado para os parceiros cuidadores das esposas, esse foi o único estudo que se preocupou com a interação do casal e em específico no cuidado da equipe ao familiar. Kotronoulas; Papadopoulou e Patiraki. (2009) trouxeram uma revisão de literatura sobre a busca de evidências, conhecimentos,

atitudes, sentimentos e comportamentos dos enfermeiros da oncologia para as questões de saúde sexual e identificaram os principais fatores que influenciam a prestação de assistência médica supletiva no contexto do câncer. Esses dois estudos trazem evidências importantes para a prática da enfermagem e parecem ter avançado sobre a dificuldade do cuidado à sexualidade e estão trazendo possibilidades e questionamentos práticos da clínica cotidiana.

Os autores identificaram nove possíveis fatores-chave influentes: suposições incorretas em relação às questões sexuais, conforto, conhecimento sexual, o papel do profissional de enfermagem, as questões do paciente e as questões relacionadas com a enfermeira, os trabalhos relacionados ao meio ambiente, atividades de educação continuada e os fatores relacionados à sociedade. Os resultados do estudo propõem que há uma evidente necessidade de dissipar os mitos sobre saúde sexual no tratamento do câncer. Além disso, atividades de educação continuada e a disponibilidade de materiais educativos podem auxiliar os enfermeiros a abordar adequadamente as preocupações sexuais enquanto cuidam de pacientes com câncer (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009).

Furtado et al. (2009), único estudo brasileiro, entrevistaram oito enfermeiras mediante entrevista semiestruturada com enfoque na vivência do câncer de mama e como cada uma lidaria com o adoecer. A análise compreensiva das entrevistas revelou que o fato de ser profissional da saúde, especificamente da oncologia, não significa que a enfermeira demonstraria melhor enfrentamento da doença, uma vez que é constatada a presença do estigma da morte, consolidado nas falas das participantes.

Vargens e Berterö (2010) realizaram um estudo qualitativo em conjunto, sendo a coleta realizada com 16 enfermeiras no Brasil e análise na Suécia, por pesquisadores de ambos os países. O objetivo foi identificar a relação de interação do enfermeiro do sexo feminino, com o fenômeno de mutilação em cirurgias ginecológicas e como isso afeta sua relação com pacientes do sexo feminino nessa situação. Explicaram que as enfermeiras mantêm as distâncias do feminino diante do seu papel profissional de enfermeira, realizam o cuidado de enfermagem como uma rotina diária de cuidados técnicos e protocolares. Isso significa que no relacionamento enfermeira-paciente, elas vivem um conflito pessoal, o que influencia diretamente na sua oferta de cuidados.

Hyde (2007) concordou que, dentro do corpo de conhecimentos da enfermagem, as construções biomédicas da sexualidade estão enraizadas na sexologia ortodoxa, com um enfoque dominante do funcionamento sexual e pouco dedicado sobre a reabilitação psicossocial das mulheres com câncer, dessa forma o relacionamento humano fica sobrepujado frente à técnica, configurando mais uma barreira no cuidado.

Barton, Wilwerding e Carpenter (2004), em estudo de revisão de literatura, sugeriram para as enfermeiras a abordagem comportamental como a melhor forma de lidar com a libido das pacientes sobreviventes, no entanto, não descreveram como seria a abordagem na interação enfermeiro-paciente, tornando a sugestão apenas teórica, necessitando de mais estudos que fundamentem a prática.

Os enfermeiros precisam ser mais abrangentes nos cuidados às necessidades sexuais, espirituais e de esperança dos pacientes com câncer, para um cuidado holístico que contemple os aspectos psicossociais e da qualidade de vida. Todo ser humano tem uma dimensão sexual, mesmo os pacientes com câncer avançado têm uma necessidade fundamental para a intimidade humana (Legg, 2011).

b) Crenças culturais e atitudes dos enfermeiros no cuidado à sexualidade

Esta categoria abrange as crenças culturais que as enfermeiras possuem ou construídas por sua formação pessoal ou profissional, sendo que elas afetam diretamente os modos de suas condutas no ambiente de trabalho.

Stilos, Doyle e Daines (2008) em estudo quali-quatitativo descreveram as atitudes e crenças de enfermeiras chinesas nos cuidados à sexualidade de pacientes com câncer ginecológico. Investigaram os fatores de sua prática atual, explorando facilitadores e barreiras na abordagem da sexualidade junto às pacientes.

Zeng et al. (2011), em estudo quali-quatitativo, tiveram por objetivo descrever as atitudes e crenças das enfermeiras chinesas no cuidado às pacientes com câncer. Os dados foram coletados por um Inventário de Atitudes e Inquérito de Crenças e Sexualidade, destacando aspectos da questão cultural. Os resultados indicaram que os enfermeiros na maioria dos chineses (76,4%) consideraram a sexualidade como uma questão muito particular para discutir com os pacientes com câncer e (63,8%) assumiram que a maioria dos pacientes de câncer não tinha interesse na sexualidade por estarem demasiadamente adoecidos.

No estudo de Lavin e Hyde (2006), todos os participantes afirmaram que a cultura irlandesa tinha impactado na habilidade das enfermeiras ao endereçar a sexualidade com pacientes em um contexto irlandês. A sexualidade foi vista geralmente como um tópico que não fosse abertamente discutido na sociedade irlandesa. Nessa pesquisa também trataram do fator religião, sendo a Igreja Católica um dos principais repressores do comportamento e da expressão social da sexualidade.

Com relação às principais razões de não abordarem a sexualidade, as alternativas apresentadas pelos membros da equipe de saúde eram: a falta de tempo, a falta de privacidade com o paciente, falta da instrução, consideravam um aspecto não necessário no cuidado e a sexualidade sendo uma questão difícil para tratar junto aos pacientes. Para as enfermeiras, a razão mais importante para não levantar a sexualidade era a falta de instrução recebida, seguida pelo fato de ser considerado um assunto difícil para discutir. Entre médicos, a razão a mais importante citada foi a falta de tempo (Hautamaki et al, 2007).

Outro fator reforçando a falta de acesso foi o indício de que poucas mulheres foram encaminhadas para atendimento psicológico, sugerindo outras barreiras ao atendimento interdisciplinar. Tentativas de melhorar a falta de comunicação e treinamento de habilidades específicas, questionários de triagem psicológica dos sintomas e a necessidade de melhor acesso aos serviços psicológicos puderam contribuir para a implementação do modelo de atenção (Parle *et al.,* 2001).

Shell (2007), em estudo teórico, indicou algumas abordagens teóricas de apoio aos enfermeiros e enfatizou o conhecimento sobre as diferenças culturais existentes entre os diferentes pacientes, americanos africanos, americanos asiáticos e hispânicos, com menor ou maior grau de aproximação nas relações. Sugeriu estratégias para que os enfermeiros treinem seu diálogo de abordagem da sexualidade com pessoas que já tenham intimidade, como amigos e família, para depois irem conversar com os pacientes. O estudo trouxe um guia de autoavaliação para os profissionais de enfermagem se autoaplicarem, em que foram avaliados o nível de conforto, as atitudes e os conhecimentos envolvidos com a sexualidade.

Uma análise da literatura coletada revelou que, embora os enfermeiros da oncologia tenham atitudes relativamente livres em suas rotinas de trabalho, eles reconheceram a necessidade de prestação de cuidados de saúde sexual como um importante papel da enfermagem e assumiram possuir conhecimento e habilidades de comunicação sobre sexualidade limitados, o que muitas vezes evitam ou deixam de responder eficazmente às preocupações sexuais dos pacientes.

Ao longo dos últimos tempos, vem sendo desenvolvido um novo paradigma de saúde baseado no modelo biopsicossocial, no qual há uma compreensão mais abrangente do ser humano, sendo este compreendido numa inter-relação com as coisas a sua volta e nas suas relações, levando-se em conta a diversidade de saberes que interferem no binômio: saúde-doença. O processo saúde-doença desloca então o indivíduo como centro das disfunções para agora ser compreendido mais integralmente, ou seja, inserido numa unidade familiar, social, cultural, histórica e também econômica (Camargo-Borges, Mishima & McNamee, 2008).

Compreendendo que só é possível pensar integralidade e longitudinalidade se o profissional estiver aberto a ouvir o outro, prestando a atenção na comunicação verbal e não verbal, validando compreensões das mensagens, sendo capaz de eliminar barreiras impostas pela comunicação (Teixeira et al., 2009), o enfermeiro deve ter a habilidade necessária para manejar a situação fazendo emergir dos limites as possibilidades de diálogo com a cliente (Fontes & Alvim, 2008a). Fato esse considerando que a sexualidade é compreendida por aspectos da personalidade relativos à orientação sexual, às atitudes, às crenças e aos comportamentos e que a saúde sexual integra aspectos somáticos, intelectuais, emocionais e sociais.

c) Demandas de sexualidade das pacientes à equipe de saúde

Para ilustrar a terceira categoria de análise que trata dos achados na literatura acerca das enfermeiras no cuidado às demandas do assunto sexualidade das pacientes, também endereçados à equipe de saúde, os resultados de Westman, Bergenmar e Andersson (2006) mostraram que o diagnóstico do câncer resultou em demandas existenciais em alguns dos pacientes. Essas trazem reflexões sobre o sentido da vida, Deus como um poder superior, saúde, trabalho, relações e sexualidade. Reflexões sobre o câncer consistem em crenças sobre as causas do tratamento do câncer e sexualidade. Também pode ser visto que a perda de valores importantes da vida, como saúde e sexualidade, pode levar à perda do sentido da vida. Os pacientes relataram a necessidade de apoio existencial, bem como os obstáculos para receber esse apoio, como a falta de tempo e continuidade no contato com o profissional e falta de conhecimento, resultando em uma incapacidade de identificar as questões existenciais por parte dos profissionais. Alguns dos pacientes desejavam o apoio existencial do enfermeiro, enquanto outros receberam o apoio necessário da família e dos amigos.

Surge, também, neste ponto uma variável de gênero, uma grande discussão das necessidades dos pacientes na assistência à saúde coletiva. Entre todos os artigos selecionados apenas um artigo, o estudo de Donovan e Flynn (2007), abordou a sexualidade na vivência do câncer de mama masculino. Introduzem a ideia de que ao viver com uma doença feminilizada, tiveram uma experiência muito angustiante e estigmatizante para alguns homens, o tratamento resultou em uma mudança profunda no conceito de si mesmo e constituiu uma mudança significativa na imagem corporal e de sua sexualidade. Esse fato foi mais incidente nos participantes que vivenciaram a disfunção erétil relacionada ao uso do tamoxifeno.

Infelizmente, os autores constataram que alguns profissionais de saúde não foram capazes de oferecer apoio psicossocial específico, e os participantes se sentiram marginalizados dos benefícios potenciais do ambiente de tratamento. A grande maioria dos estudos de sexualidade e câncer está relacionada à prestação de cuidados às mulheres, esta variável de gênero pode indicar a dificuldade em que o homem relata e assume problemas na esfera da potência sexual, assunto velado na maioria das sociedades, dessa forma a mulher tem o costume de expressar mais a respeito de suas fragilidades e procurar mais os serviços de saúde, possibilitado assim maior escuta e atenção por parte dos profissionais que cuidam da saúde.

Kadmon et al. (2008) apresentaram o estudo que enfocou a necessidade de a equipe de enfermagem ofertar apoio psicossocial aos parceiros das pacientes com câncer de mama. Os maridos das mulheres com câncer de mama relataram precisar lidar com vários problemas em diferentes frentes de enfrentamento, necessitando de apoio e informação, mesmo que não solicitassem em tempo hábil ou diretamente à equipe de saúde. Esse estudo aponta outra lacuna na literatura, o fato de estender o suporte à sexualidade envolvendo a família, sendo uma dimensão do cuidado necessária no tratamento do câncer. Aspecto que vai exigir estabelecer a educação e formação dos enfermeiros durante a graduação para desenvolver um apoio estratégico e de comunicação mais efetiva.

d) Estratégias utilizadas de cuidado à sexualidade pela equipe de enfermagem

Na quarta categoria, apresentamos as evidências de estratégias no cuidado à mulher mastectomizada, implementadas pelas enfermeiras em seu ementário de cuidados. À luz dos resultados do estudo de Lavin e Hyde (2006), um grupo de trabalho foi estabelecido (em colaboração com a sociedade contra o câncer irlandesa) para desenvolver uma oficina para treinar as enfermeiras na introdução da imagem da sexualidade e do corpo em pacientes da oncologia. O formato da oficina foi derivado da versão modificada de sua ferramenta de ensino (“falando sobre a imagem da sexualidade e do corpo: um ensino como recurso para profissionais de saúde”) e incluída na metodologia: leituras, role-play e discussão em grupo. As avaliações imediatas da oficina revelaram que foram identificadas as necessidades das participantes, entre elas a orientação que elas exigiram para abordar este aspecto sensível do cuidado com pacientes. Além disso, foram fornecidos aos participantes questionários, para retornarem em até três meses após a realização da oficina, com o objetivo de explorar como a oficina influenciou em sua prática clínica. Essa oficina foi agendada regularmente, no intuito

de que as enfermeiras se transformassem em facilitadoras, de modo que se tornasse disponível nacionalmente.

Um dos resultados sobre as estratégias adotadas pela enfermagem consta no estudo de Hautamaki et al. (2007) que trouxeram que não há nenhuma diretriz ou procedimento para abordar a sexualidade com os pacientes. Os médicos se apresentaram mais ativos do que enfermeiras em descrever os efeitos de uma doença ou de seu tratamento na sexualidade, visto que as enfermeiras comumente distribuem o material impresso. Ambos, os médicos e as enfermeiras, precisam receber o treinamento em como falar com o paciente sobre sexualidade e conceitos relacionados e documentar essas discussões, incentivando outros prestadores de serviços de saúde a continuar essa discussão. A discussão deve ser iniciada pelos profissionais, deixando os pacientes com a opção se querem continuar com a discussão ou não. É particularmente importante fornecer o treinamento e a instrução em como abrir as discussões em áreas delicadas como a sexualidade. Esse treinamento pôde ajudar para que os profissionais possam rever sua própria sexualidade, fato que deve facilitar para que tratem o assunto com os pacientes de forma adequada.

Herbenick et al. (2008) concordaram que são necessárias mais pesquisas acerca de como abordar a sexualidade adequadamente junto às pacientes, acrescentando um aspecto importante que é a atual fonte de informações disponíveis às pacientes, e que também é necessário o enfermeiro ter conhecimento delas. É importante considerar as maneiras variadas em que as mulheres adultas procuram informação sobre a saúde sexual, tal como enfermeiras diretas, líderes do grupo de apoio, amigos, membros da família, compartimentos, a Internet ou locais de encontro de adultos. As livrarias para adultos vendem frequentemente uma escala de produtos que incluem preservativos, lubrificantes, Digital Versatile Disc- DVDs de conteúdo sexual explícito, roupa íntima, brinquedos de sexo (por exemplo, vibradores e luvas de masturbação). A pesquisa indicou que esses locais de encontro têm um papel original na instrução da sexualidade, dadas as perguntas dos tipos de consumidores endereçadas aos empregados adultos do varejo e o compromisso dos empregados em muitos desses locais de encontro, para explicar os interesses e as necessidades sexuais de seu cliente. Dessa forma, as enfermeiras podem considerar falar com os pacientes sobre a ampla gama de preocupações que os sobreviventes do câncer como um grupo pode ter sobre a função sexual, inclusive a dor genital, a falta de lubrificação, satisfação, excitação, desejo e orgasmo e, em seguida, perguntar se o paciente tiver dúvidas sobre qualquer um desses fatores ou se gostaria de obter informações ou referências adicionais.

Jun et al. (2011), no estudo coreano, desenvolveram um programa de ressignificação da vida sexual, ofereceram uma oportunidade para facilitar a dinâmica em pequenos grupos que preparam o terreno para os cuidados, que levem a um reconhecimento precoce de problemas sexuais e de participação ativa para a melhoria da saúde sexual para os sobreviventes do câncer de mama e enfermeiros. O estudo pôde ser utilizado para a educação de pacientes sobreviventes ou grupos de apoio para aumentar a satisfação sexual.

Os pesquisadores concordaram que os enfermeiros precisam ser mais abrangentes nos cuidados à sexualidade, à espiritualidade, ao otimismo e à esperança, quando cuidam dos aspectos psicossociais e da qualidade de vida dos pacientes, para um cuidado mais amplo, holístico e efetivo (Hyde, 2007; Huber, Ramnarace & McCffrey, 2006; Lackey, Gates & Brown 2001; Legg, 2011; Oskay, 2010).

O presente estudo de revisão da literatura buscou traçar um panorama das pesquisas que evidenciaram o cuidado da sexualidade, como uma dimensão dos cuidados em saúde no câncer de mama ofertados pela enfermagem. Foi possível delinear características dos estudos, mantendo as singularidades que cada um vem a contribuir enquanto estratégia de cuidado, necessidades e barreiras na abordagem junto aos pacientes.

Estudos de revisão da literatura têm predominante importância ao apresentar um panorama das principais evidências científicas. Para Cesnik e Santos (2012), o consumo da literatura atualizada é um recurso que fomenta a qualificação dos profissionais da oncologia, visto que os princípios da assistência estão assentados nas práticas interdisciplinares e vêm incorporando outros profissionais da equipe de saúde, tais como psicólogo, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Trabalhar em equipe é uma demanda crescente que exige estratégias que incluam o acolhimento de aspectos que transcendam as dimensões estritamente físicas e biomédicas, como os cuidados subjetivos que envolvem a sexualidade das mulheres.

Houve predomínio de trabalhos publicados em periódicos internacionais, principalmente nos Estados Unidos e em países europeus. Esse dado evidencia a necessidade de incrementar investimentos em publicações brasileiras acerca da investigação e do manejo da sexualidade no cuidado aos pacientes com câncer de mama. Também são necessários estudos com níveis mais sofisticados de evidência, tais como os experimentais. Acreditamos que a ampliação do número de publicações qualificadas nessa área poderá proporcionar maiores evidências para a prática clínica, levando a uma compreensão mais abrangente por parte dos profissionais envolvidos na assistência, principalmente em lacunas importantes a serem aprofundadas: gênero, família e cultura.

O recurso dos profissionais em oferecer escuta às dimensões subjetivas da vivência da sexualidade, após a mastectomia, e a qualidade do relacionamento afetivo-sexual, durante o tratamento do câncer de mama, são demandas urgentes para obter uma otimização das estratégias de reabilitação psicossocial. Os achados podem também contribuir para qualificar a assistência integral dos profissionais, tornando a relação enfermeiro-paciente mais humanizada e baseada em evidências científicas (Cesnik & Santos, 2012; Lackey, Gates & Brown 2001).

Frente ao contexto assistencial e educativo, temos presenciado, no cotidiano dos profissionais de saúde, dificuldades no desempenho de um papel desejável no cuidado e na abordagem da sexualidade do paciente. Analisar o comportamento da pessoa, responder aos seus questionamentos, esclarecer e orientar o paciente quanto aos possíveis efeitos colaterais de medicamentos e sobre a doença em si são algumas das situações que as enfermeiras normalmente enfrentam. No entanto, quando está em questão a abordagem da sexualidade, deixam transparecer dúvida, dificuldade e insegurança, quando não negação e fuga (Gir, Nogueira & Pelá, 2000).

Existe outro entrave para os enfermeiros que é desenvolver a competência da comunicação da sexualidade, pois conversar com um paciente ou familiar acerca da temática da sexualidade causa deconforto e gera dificuldades aos profissionais da enfermagem. São urgentes as necessidades de aprofundar as questões relativas à sexualidade humana, nas disciplinas e conteúdos curriculares dos cursos de graduação em enfermagem. É preciso fornecer conhecimentos especializados com o intuito de desmistificar o tema e reduzir os medos, preconceitos e constrangimentos do profissional, no momento em que ele desenvolve suas atividades junto aos pacientes, familiares e na própria equipe de saúde (Junqueira et al., 2013; Souto & Souza, 2004).

Com relação às limitações do estudo, era esperada a falta de referencial teórico que efetivamente trouxesse embasamento aos cuidados da sexualidade, os estudos parecem caminhar no sentido de identificar as necessidades das pacientes e a melhor forma de cuidar da sexualidade, durante o adoecimento pelo câncer de mama. A literatura carece de uma abordagem mais pontual da sexualidade, esta lacuna indica que pesquisas precisam avançar tanto no plano das práticas, como nos saberes, apontando um universo a ser desvendado para as próximas décadas de pesquisas em todo o mundo.

5. Construção cultural da sexualidade pela Enfermagem brasileira

Neste capítulo abordamos a origem da profissão da enfermagem no Brasil, os marcos históricos condutores da categoria para compreender a gênese do cuidado em enfermagem, apontando as questões culturais da sexualidade envolvidas na assistência até os dias atuais. Contexto este dialogado com autores que se debruçaram a investigar a sexualidade e suas aplicações na assistência, bem como, dificuldades, barreiras e avanços no ensino e na pesquisa no Brasil.

A Enfermagem Moderna foi introduzida no Brasil em 1923, mediante a organização do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). O foco do ensino era formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição esta urgente à continuidade do comércio internacional que se encontrava ameaçado pelas epidemias da época. A formação desses profissionais esteve a cargo de enfermeiras da Fundação Rockfeller, enviadas ao Brasil com o propósito de organizar o serviço de enfermagem pública e dirigir o ensino. Assim, a Escola de Enfermagem foi criada em 1922 com o nome de Escola de Enfermagem do DNSP. No ano de 1926, passou a chamar-se: Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN e, em 1931, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ (Galleguillos & Oliveira, 2001).

O ensino da enfermagem no Brasil, desde sua origem, orientou-se em formar enfermeiras para atuação na saúde pública, centrada no espaço hospitalar e voltada para o estudo sistemático das doenças, sem priorizar questões sociais vinculadas à saúde coletiva. O currículo mínimo reformulado em 1994 preservou a subdivisão em especialidades médicas, própria do modelo flexneriano, embasado nos preceitos biomédicos, individualizado e hospitalocêntrico, que marcou o ensino de enfermagem até os dias atuais, assim a formação segue antagônica aos pressupostos da saúde coletiva (Galleguillos & Oliveira, 2001).

No levantamento da literatura sobre a Sexualidade e a Enfermagem, realizado por Costa e Coelho (2011), eles utilizaram 29 estudos que enfocaram o cuidado integral e as doenças crônico-degenerativas e cirúrgicas. A revisão confirmou o pressuposto de que os estudos sobre sexualidade, no campo da Enfermagem são poucos, indicam mudanças de paradigma e incluem a discussão sobre gênero, as relações de poder e direitos sexuais, no entanto, ainda permanece forte tendência para a vinculação da sexualidade aos seus aspectos biológicos, sem considerar os aspectos ético-legais e subjetivos (Viana et al., 2013) que permeiam a privacidade dos pacientes.

Ressel e Silva (2001) descreveram em estudo qualitativo, com mulheres de uma região rural, o modo como a sexualidade se revela na relação enfermeiro-paciente. Chamaram a atenção dos profissionais para perceberem aspectos não verbais da sexualidade, acerca da comunicação desta, velada no silêncio dos corpos. Reações corpóreas tais como: o suor, a palidez, o olhar arregalado, o arquear de sobrancelhas, tosses, contração da face e outros sinais significativos de surpresa, desagrado, aprovação, alegria, nervosismo, vergonha, tensão, emoção e por fim o toque das mãos na altura do coração. Esse último gesto, sendo o mais significativo, por representar o toque na região mais profunda de nosso « eu », foi repetido várias vezes pelas colaboradoras da pesquisa. Os sinais do corpo nos traduzem muito da essência de cada ser humano, sendo uma linguagem silenciosa, cheia de mensagens. Esses sinais dizem muito sobre nós mesmos e nossa sexualidade e, para tanto, é preciso conhecer esses sinais para que o profissional de saúde possa desenvolver a sensibilidade de percebê-los no outro.

Santos (2010), em estudo qualitativo com oito enfermeiras sobre a comunicação na assistência à mulher mastectomizada, confirmou que a mastectomia exige da mulher um ajustamento em sua identidade, e dessa forma, a enfermeira, como profissional e parte de sua rede social de apoio, tem o papel fundamental de participar do processo de construção dessa nova identidade, abrindo caminhos para que a paciente se torne capaz de enfrentar uma nova etapa de sua vida.

Barreto et al. (2008) ressaltaram a importância da assistência da enfermagem no período perioperatório da mastectomia, por ser um procedimento cirúrgico agressivo acompanhado de traumas e sofrimento, para tanto desenvolveram um estudo buscando levantar as informações demandadas pelas mulheres em tratamento e constataram dúvidas durante todo o processo no que concerne à cirurgia, à internação e ao tratamento.

As enfermeiras relataram que sentem vergonha e desconforto pessoal, sentimentos que as impedem de abordar o assunto junto às pacientes. Mencionaram fatores impeditivos tais como: barreiras culturais, o baixo nível educacional das pacientes que exige o uso linguagem simples, a idade e as diferenças étnicas que as fazem manter reservas em relação à comunicação da sexualidade no âmbito social (Pinheiro, Couto & Silva 2011). Dessa maneira, é compreensível que priorizem a manutenção da rotina de cuidados concretos com o corpo, orientações quanto aos efeitos colaterais dos tratamentos, preocupação com o manejo dos sintomas de dor e desconfortos físicos, assim não é preciso entrar em intimidade com os pacientes.

Silva et al. (2013) explicaram fatores ético-legais com relação ao cuidado com a privacidade dos corpos dos pacientes durante o manejo pela enfermagem. E afirmaram que é preciso sensibilizar os profissionais da enfermagem, como também os demais profissionais da saúde, quanto à garantia que as pessoas têm de que sua privacidade e individualidade sejam resguardadas, não apenas em situação de pesquisa científica, mas também na condição de adoecimento. O estudo buscou refletir acerca da exposição corporal dos pacientes, destacando o respeito pelo espaço territorial, corporal e subjetivo dos pacientes que tem sido violado pelos profissionais e ignorado durante o desempenho de suas funções. O respeito constitui princípio ético da Enfermagem e serve de base para atitudes, reconhecendo o ser humano em sua dignidade e herança cultural.

Ressel e Gualda (2004) buscaram compreender a sexualidade, seus significados, simbolizações e valores em um grupo de 14 enfermeiras, por meio das modalidades de grupo focal e entrevista individual. Os resultados permitiram destacar os sentimentos emergentes: constrangimento com o assunto, medo, surpresa, desafio, mágoa, preocupação e satisfação pessoal. A vivência da sexualidade na assistência da enfermagem revelou uma postura patologizante e biologicista na atuação da enfermeira, mostrando a sexualidade como uma dimensão que precisa ser medicalizada. Vista por outra perspectiva, esta dificuldade pode ser um caminho para o autoconhecimento, na medida em que possibilita a reflexão sobre as práticas de cuidado e a revisão de conceitos já consagrados, em direção a um cuidado em enfermagem ético e comprometido.

Ressel e Gualda (2004) também acrescentaram outro estudo: a influência da sexualidade do paciente nas enfermeiras. Em geral, não é desvendado o significado dos acontecimentos que envolvem a sexualidade do outro e que mobilizam os sentimentos das enfermeiras. Não raras vezes, elas se negam a percebê-los. Tal postura de repressão dos afetos reforça uma área de interdição para as mulheres. Dessa forma, é possível entender que, enquanto as enfermeiras não assumirem seus sentimentos e emoções, estarão à mercê de confrontos e potenciais conflitos entre o "vir a ser mulher" e o "vir a ser enfermeira".

O estudo fenomenológico de Spíndola (2000) investigou o significado de ser mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem junto às enfermeiras atuantes em um hospital geral público. A análise indicou que as mulheres tiveram dificuldades em conciliar as tarefas da casa com o trabalho externo e os filhos, sendo mais difícil quando estes são pequenos. Os fenômenos permitiram a formação de cinco categorias: a) sentiram complicada a conciliação dos vários papéis femininos e sobrecarregadas com seus afazeres; b)limitações para progredir profissionalmente, visto que a família e o cuidado com os filhos vêm como prioridade; c)

dificuldades para acompanhar o crescimento dos filhos, com sensação de perda e culpa; d) facilidade que a enfermagem traz para a tomada de decisões em família e cuidados com os filho e o trabalho contribui para reconhecimento e valorização da mulher.

Gir, Nogueira e Pelá (2000) afirmaram que a sexualidade ainda é um tema muito reprimido na educação em sociedade, o que acarreta um esmagamento do desenvolvimento do comportamento sexual. Acreditam que, independentemente da forma como a sexualidade é vivenciada por cada pessoa, a escola ou a universidade não podem omitir ou marginalizar a discussão da sexualidade humana como processo vital, se o curso de enfermagem realmente tiver por objetivo que o aluno adquira uma visão holística de homem e da diversidade sexual que permeia os comportamentos e identidades, quer para fundamentar a atuação profissional, quer para sua autocompreensão, enquanto ser de relação.

Ferreira (2012), em estudo qualitativo com profissionais da equipe de enfermagem, analisou a sexualidade como sendo uma dimensão do cuidado de enfermagem nas mulheres com câncer ginecológico e mamário. Entrevistou 16 profissionais entre enfermeiros e técnicos. Por meio da análise de conteúdo, foi possível constatar quatro unidades temáticas: a doença e a sexualidade da mulher: reconhecendo o problema; a sexualidade como dimensão do cuidado em enfermagem; identificando barreiras na abordagem da sexualidade e reconhecendo a necessidade de reestruturação da assistência prestada. Afirmou que a reestruturação da abordagem da sexualidade passa por mudanças na formação, nos valores pessoais e profissionais, bem como nas possibilidades de intervenção na assistência prestada.

Uma enfermidade crônica como o câncer implica em contato contínuo do paciente e da família com os membros da equipe de saúde, o que passa a criar condições de vinculação, entre as partes, bastante especiais. Esse vínculo é de grande valia para todos, dado que família e equipe possuem um objetivo em comum: dar, à pessoa enferma, as melhores condições possíveis de vida (Santos & Sebastiani, 2003). Valle e Françoso (1997) reafirmaram que, muitas vezes, os profissionais da enfermagem se refugiam na dimensão técnica de sua especialidade, por não terem condições de se depararem com seu próprio sofrimento vivido na relação com o outro, a pessoa que adoece.

Camargo & Souza (2003) discutiram sobre o papel e a atuação da enfermeira nos cuidados com a paciente mastectomizada. Afirmaram que a atuação da enfermeira no cotidiano dos cuidar deve se refletir numa assistência de enfermagem de qualidade que direciona para o autocuidado, objetivando a melhoria da qualidade de vida e ainda permitindo o reconhecimento e a valorização da relação de cuidado. Considerando a mulher como um ser

singular, como cidadã, como pessoa responsável por sua saúde, ofertando, dessa maneira, uma assistência que congregue técnica, ciência e humanização.

Especificamente em relação à sexualidade, para haver um cuidado acolhedor e proativo do tema, faz-se necessária a legitimação dessa dimensão da vida como um aspecto a ser cuidado pela enfermagem. Muitas vezes, ouvir e responder às demandas, explorar os sentimentos e oferecer informações são medidas suficientes para a maioria das mulheres assistidas se sentirem assistidas em suas necessidades. Apenas uma pequena parte das pacientes necessitará de atendimento especializado e irá requerer um encaminhamento específico (Higgins, Barker & Begley, 2006).

Sales e Molina (2004) afirmaram que o cuidar reside na essência da Enfermagem, sendo este o verdadeiro instrumento dos profissionais enfermeiros. O cuidar vai além de executar técnicas, sendo necessário em muitos momentos se colocar no lugar do outro e perceber as necessidades comunicadas, mesmo na linguagem não verbal, as demandas tanto fisiológicas como emocionais.

É tarefa da Enfermagem explicar e discutir as alterações decorrentes do ato cirúrgico (mutilação, limitação dos movimentos dos braços, curativos e seroma); orientar e enfatizar os cuidados necessários pós-linfadenectomia; identificar e intervir nas possíveis alterações presentes na autoimagem e na autoestima (aceitação, negação, rejeição), avaliar a possibilidade de reconstrução mamária, mas, sobretudo, enfatizar a importância do relacionamento enfermeiro, paciente e familiares (Camargo & Souza, 2003).

Camargo e Souza (2003) discorreram sobre os objetivos assistenciais da equipe de enfermagem, a saber: informar sobre rotinas hospitalares e procedimentos a serem realizados, reduzindo o estresse das clientes gerado pela desinformação; facilitar ou possibilitar a recuperação física, emocional e social da cliente, preparando-a para o autocuidado (realização de curativo, cuidados com o dreno, exercícios); dar voz à cliente, permitindo dividir seus anseios, medos, dúvidas e expectativas; procurar identificar e intervir nos aspectos que poderão prejudicar o tratamento e a recuperação física e moral; auxiliar os familiares a encontrarem fontes de ajuda para a resolução do problema; facilitar o acesso aos demais profissionais da equipe; esclarecer sobre a conduta cirúrgica, certificando-se da compreensão e aceitação por parte da cliente; permitir que a cliente e familiares tomem posições sobre o tratamento; discutir sobre o retorno às atividades e convívio social, sexualidade e anticoncepção.

No que concerne à educação em saúde dos profissionais da oncologia, cabe aos trabalhadores de saúde desenvolverem um olhar mais acurado e sensível para perceber os

possíveis efeitos do câncer no adulto e seus tratamentos sobre a dinâmica sexual do casal, para atuarem de forma a minimizá-los (Mandú, 2004; Macieira & Maluf, 2008). O estresse físico e emocional advindos da vivência de adoecimento, com a dor e insegurança que acompanham esse processo, podem desorganizar o casal. Por vezes, é comum a tentativa de proteger e poupar o sofrimento do outro, o que conduz cada cônjuge a sofrer isoladamente.

Santos et al. (2008) chamaram a atenção para a necessidade de criação de espaços em que o paciente possa articular um discurso que expresse a singularidade de seu desejo. Para tanto, faz-se necessária uma escuta diferenciada pelo profissional, acolhendo as queixas das pacientes e dos familiares em suas particularidades, e não apenas buscar uma normatização da função sexual a qualquer custo. O tratamento deve incentivar a expressão dos problemas relacionados à sexualidade: depressão, inconstância do desejo, diminuição da libido, dificuldade de alcançar o orgasmo e estranhamento do próprio corpo, em virtude das alterações corporais decorrentes do tratamento (Maciera & Maluf, 2008).

A sexualidade possui uma dimensão exclusivamente humana, na qual entrelaça os fenômenos de prazer (função sexual), emoção, afetividade e comunicação. Sendo clara a sexualidade comparativamente diferente do sexo, que engloba todos os seres vivos (Souto & Souza, 2004). Para Mandú (2004), a saúde sexual desdobra-se em quatros aspectos a serem considerados pela Enfermagem: os direitos sexuais históricos, processos geradores de vulnerabilidades ; potenciais de enfrentamento; perfis socioepidemiológicos específicos e as necessidades e demandas das pessoas, alvos de cuidados.

Lemos-Pereira (2007) lembrou que a prática da enfermagem é em muitos momentos uma invasão de intimidade, pois os profissionais, como parte dos procedimentos de cuidados, tocaram nas partes íntimas dos pacientes, entraram em contato com outro corpo que não o seu, adentraram a intimidade de pessoas desconhecidas, sendo comum surgir constrangimento durante a consulta (Brêtas, Ohara & Querino, 2008). E ainda, a forma como a sexualidade é tratada durante o curso de graduação contribui para a construção/desconstrução de representações que vão estar diretamente relacionadas com a prática profissional e o campo da sexualidade.

O assunto da sexualidade é ainda velado por pacientes, familiares, profissionais e sociedade, fazendo com que continue no plano privado e sem naturalidade para ser discutido, assim, essa dificudade se estende ao cuidado prestado, fazendo com que contínuas vezes se torne uma atividade desprazerosa e estressante. Os discursos existentes na formação e na prática de enfermeiras, comumente excluem o erótico, o sensual e são carregados de preconceitos, agravando mitos e tabus, gerando um clima de interdição sobre o assunto,

despertando incertezas que sobrepoem o não dito e expressado verbalmente (Brêtas, Ohara & Querino, 2008).

França e Batista (2007) refletiram sobre a construção cultural da sexualidade brasileira e suas implicações para a prática da enfermagem. Constataram influências diretas da mídia na sexualidade humana e suas consequências para a abordagem da sexualidade. As autoras encontraram dados teóricos na literatura e categorizaram em três eixos temáticos : 1) o controle social da sexualidade que trata da docilização do corpo feminino e das relações de poder que mantiveram a submissão feminina e o papel social de cuidadora do lar e da família na esfera do privado. Os estudos comentaram sobre a revolução sexual da mulher com o advento da pílula anticoncepcional e do trabalho externo ao lar, promotores de maior liberdade à mulher, desvinculando a sexualidade da reprodução e abordaram o eixo da beleza e imagem feminina socialmente construídas pela mídia, sendo o corpo feminino ainda alvo de controle e opressão; 2) a sexualidade autônoma que discute a política de visibilidade da diversidade sexual, os movimentos dos homossexuais feministas na luta pela defesa da igualdade e o preconceito que viveram na década de 1990 com a epidemia da Aids. E, por último 3) a sexualidade e suas implicações para a Enfermagem, preocupando-se em grande parte com a educação sexual. É preciso que o enfermeiro encampe os vários espaços de suas práticas no processo educativo: as creches, os hospitais, escolas, indústrias, empresas, direcionando suas ações para a pessoa, a família e a comunidade e tenha o esforço das práticas interdisciplinares envolvendo os demais profissionais da equipe.

Lemos-Pereira (2007) realizou uma pesquisa qualitativa aplicando questionários em docentes e discentes do Curso de Enfermagem com o objetivo de identificar qual a abordagem pedagógica era utilizada no ensino da sexualidade. Participaram 39 pessoas de ambos os sexos, sendo 27 alunos e 12 professores de um total de 32, ou seja menos da metade participou. Para os professores, a visão da sexualidade está centrada no campo do sexual, numa perspectiva essencialista e biológica. Já os discentes têm uma perspectiva psicossocial, não restringindo a sexualidade ao sexo ou aspecto genital, tendo uma visão mais próxima do social. O tema da sexualidade foi abordado por metade dos docentes em aula expositiva, prevalencendo questões do campo biomédico, tais como : prevenção de gravidez, DSTs, higiene pessoal. Assim, ao abordar a questão de forma não dialogal, não crítica e reflexiva, pode configurar um processo de assexualidade tanto para o futuro profissional como no campo da saúde, influenciando negativamente a assistência.

Brêtas, Ohara e Querino (2008) investigaram a percepção de 193 estudantes do curso de graduação em Enfermagem (sendo 176 do sexo feminino e 17 do sexo masculino), sobre

atividades voltadas à orientação sexual e como estas atividades são desenvolvidas. Encontraram que 93% dos estudantes se interessaram por atividades no campo da sexualidade e concordaram com atividades para receberem orientações da sexualidade durante o curso de formação e 80% justificaram a necessidade de existir essa informação por meio das categorias: 9% na formação profissional, 15% abordar estereótipos, 26% com a necessidade de informação, 4% sobre prevenção, 13% cuidado de si para cuidar do outro, 8% autoconhecimento e 19% apresentaram dificuldades com o assunto.

Santos, Ribeiro e Campos (2007) investigaram as habilidades do acadêmico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente. Observaram que a maioria dos estudantes, assim como os enfermeiros, encontra-se técnica e emocionalmente despreparados para trabalhar com questões da sexualidade, sendo as barreiras mais comumente relatadas: procedimentos que envolvem o contato com os genitais e partes íntimas e também quando têm de lidar com questionamentos feitos por pacientes e familiares. A pesquisa revelou que o estudante de enfermagem vivencia sentimentos de ansiedade, incômodo e nervosismo. Também manifestaram reações preocupantes, como a falta de ação, não saber como abordar o cliente, consideração da situação como algo anormal e o despreparo profissional, relacionado à falta de discussão dos temas em sala de aula, durante a formação no curso de graduação.

Em pesquisa realizada com estudantes de enfermagem acerca das metodologias para aprenderem sobre a sexualidade, os participantes citaram: 32% possuem preferência no aprendizado por meio da discussão em grupo; 30% optaram por oficinas com tema específico; 18%, por entrevistas; 15%, aulas expositivas e 5% citaram outras estratégias. Sobre a maneira de ocorrer essas atividades, 71% dos estudantes optaram pelo aprendizado conjunto (aluno-professor), seguidos de 21% que optaram que o ensino venha do professor e 5% que os alunos desenvolvam metodologias sozinhos (Brêtas, Ohara & Querino, 2008).

Conforme as evidências citadas, notamos que a produção dos serviços de saúde é também determinada pela formação do enfermeiro, assim, a sexualidade na saúde coletiva necessita de um olhar interdisciplinar para uma efetiva integração dos campos de saber que se complementam pelas diferentes formas de recortar o objeto. A formação, dentro do novo paradigma de saúde e educação, poderá gerar para a Enfermagem condições capazes de transformar a realidade, para atender às necessidades da população, tendo o paciente como um cliente ativo em sua saúde, dentro das proposições do Sistema Único de Saúde - SUS. (Andrade, 2007; Galleguillos & Oliveira, 2001).

A literatura mostrou que a formação profissional não contempla a dimensão integral do ser humano, e que os profissionais não entram no campo de forma sistêmica (Ceccim, 2004).

Há um desafio para a qualificação profissional em saúde, fazendo-se necessário repensar a forma de inserção no cenário profissional e os modos de participação na coletividade que vêm sendo moldados pelos cursos de formação, de maneira a construir o futuro a partir da assimilação, reflexão crítica, questionamento e formulação das propostas calcadas nos objetivos em que se inscrevem na atuação multidisciplinar, para poder fomentar estratégias efetivas na busca de transformação da realidade (Amâncio Filho, 2004).

6. Abordagem teórica

A perspectiva teórica adotada neste estudo é a da Psicologia Social aplicada à saúde como campo de atuação e pesquisa, enfocando a compreensão dos discursos apresentados pelos profissionais da enfermagem sobre a sexualidade no cuidado às mulheres mastectomizadas, por meio da interface entre o individual e o social em contextos sócio-históricos localizados. Essa perspectiva insere-se na interdisciplinaridade, buscando trazer conhecimentos e vivências práticas para a enfermagem, contribuindo para a saúde da mulher e coletiva, bem como para fornecer subsídios para outros profissionais da equipe no manejo da sexualidade no cuidado dos pacientes.

Escolhemos para este estudo uma epistemologia social baseada na teoria dos *scripts* ou roteiros sexuais de John Gagnon, formulada inicialmente pela dupla Gagnon e Simon em 1973, quando reintroduziram a dimensão social no estudo da sexualidade (Alferes, 2004). A teoria dos roteiros derivou-se da Filosofia pragmática com influências do interacionismo simbólico pós-positivista da Escola de Chicago (Gagnon, 2006).

Gagnon e Simon (2005) desenvolveram a teoria da conduta sexual, construída por meio de roteiros ou *scripts* sexuais para explicar os processos pelos quais as pessoas organizam seu comportamento sexual ou condutas sexuais. De acordo com os autores, no processo de construção dos roteiros, as pessoas aprendem a *ser sexuais* em culturas e em grupos sociais específicos dentro de qualquer cultura, ou seja, a conduta sexual está relacionada às ações sociais situadas sócio-historicamente.

Os roteiros sexuais ao serem criados podem, ainda, sofrer o processo de edição, sendo reescritos e reorganizados para atender a novas exigências concretas e perder relações com antigos roteiros, dependendo do período da vida. Os roteiros sexuais seriam resultantes de um processo combinatório de recursos culturais e psicológicos que visa a atender às demandas adaptativas das pessoas ao meio social (Gagnon, 2006). No caso do acometimento pelo câncer

de mama, foi constatada uma mudança na roteirização sexual da mulher e do casal em função do adoecimento e dos efeitos colaterais dos tratamentos que levam a alterações significativas da imagem corporal e da sexualidade (Santos, 2012).

Gagnon (2006) buscou refletir sobre a sexualidade num plano sócio-histórico, desmistificando a exclusiva função biológica que por tempos ocupou as pesquisas e roteiros. Considerou cinco premissas para explicar o conceito de *script* sexual. 1) Afirma que a conduta sexual é inteiramente determinada pela história e pela cultura; 2) o significado na conduta sexual nasce em uma interpretação da atividade corporal das pessoas; 3) a própria ciência da sexualidade é também histórica e determinada pela cultura; 4) a experiência sexual é adquirida, mantida e desaprendida em todas suas variações e 5) gênero e sexualidade são condutas que mantêm uma relação no social e nas diversas culturas. Explica que a vida sexual se assemelha a toda vida social, sendo afetada pelas circunstâncias sociais e culturais, diferindo de uma época para outra ou de culturas diferentes. A conduta sexual será formulada com significados individuais, sociais e contextos diferentes, dependendo dos atributos e relações sociais das pessoas envolvidas, tais como: idade, etnicidade, classe, nível de intimidade social e relações familiares entre as pessoas.

O roteiro é uma sequência de ações que ligam os sentimentos de desejo e prazer ou de repulsa e desintegração das atividades corporais associadas ao contato físico e aos sinais de excitação. Não se configura somente pela excitação local no órgão sexual, mas a uma sequência do que deve ser feito no ato sexual, com tal e qual pessoa (as) e em quais circunstâncias e os sentimentos e motivações envolvidos na ocasião do evento. O roteiro sexual é também a organização de convenções mutuamente compartilhadas que permitem que dois ou mais atores participem do ato e que envolva a dependência mútua (Gagnon, 2006).

Gagnon (2006) descreve os roteiros em três níveis: intrapsíquico, interpessoal e cenários culturais. Podem existir de um modo estático e também a partir das relações dinâmicas e interativas estabelecidas entre os três níveis nas diferentes culturas e ao longo da vida. O autor explica que o nível intrapsíquico representa o conteúdo da vida mental que, em parte, é resultante dos cenários culturais e parte das demandas de interação, e em parte independente destes. O sujeito passa a ser ator da situação. O nível interpessoal trata da situação interativa de ator e plateia, em que o ator atende às expectativas de outras pessoas e norteia sua conduta pela conduta alheia e pela ordem sociocultural circundante. Os cenários culturais seriam guias de instrução e condutas que existem no plano de vida coletiva, envolvendo as instituições socializadoras, como a família, a escola, a religião, a política, a economia, a cultura e as organizações de modo geral.

Existe, também, uma dinâmica constitutiva nos roteiros ao longo do desenvolvimento da pessoa. Essa interação possui extensões históricas, culturais e individuais. Primeiro nos socializamos como espectadores ou aprendizes dos cenários culturais, mas na medida em que somos solicitados a encenar esses roteiros, é preciso modificá-los para atender às exigências das situações concretas em que somos demandados, seja no nível interpessoal ou intrapsíquico em que nos encontramos, o que inclui expectativas de outras pessoas presentes nessas situações ou do contexto sociocultural em que habitamos. A necessidade de roteirizar o próprio comportamento, bem como supor a roteirização do comportamento do outro, gera um ensaio interno que pode levar a pessoa a pautar sua conduta na conduta alheia (Gagnon, 2006).

A adaptação aos guias de instruções dos cenários culturais pode ocorrer de forma direta sem envolver um questionamento crítico por parte da pessoa, que passa a encenar e reproduzir comportamentos de forma natural. Já para outras, podem considerar as exigências da cultura, estranhas e perturbadoras, sendo incapazes de encenar os papéis exigidos ou criarem barreiras para evitar as demandas da cultura e dos papéis, e para tanto a saída nestes casos só poderia ser o crime, a loucura, a arte ou a ciência (Gagnon, 2006).

Existem alguns estudos brasileiros que delinearam características dos *scripts* sexuais em diferentes populações, abordando variados aspectos dos roteiros sexuais encenados pelas pessoas durante a epidemia da Aids (Paiva, 2008); encenações de roteiros sexuais envolvendo o amor e a conjugalidade na contemporaneidade (Oltramari, 2009); os *scripts* da sexualidade e da imagem corporal em mulheres com câncer de mama (Santos, 2012); Galli (2013) descreveu os roteiros sexuais de transexuais e travestis e seus modos de envolvimento sexual-afetivo. Somam-se a esses os estudos em Portugal, por Alferes (2004) que discutiu a articulação dos três níveis e sobre o duplo papel dos *scripts* sexuais e na França: Giami, Moulin e Moreau (2013) pesquisaram o papel da sexualidade no trabalho das enfermeiras francesas e o erotismo na relação de cuidado.

Alferes (2004) conceitualizou os comportamentos sexuais numa perspectiva psicossocial, fez uma releitura da história da sexualidade, elevando a entrada dos roteiros sexuais de Gagnon e Simon como eixo fundador da leitura social da sexualidade. Em sua discussão teórica, articulou os três níveis de interação e acrescentou uma discussão acerca do duplo papel dos *scripts* sexuais: a mediatização entre estímulos e respostas sexuais e a definição social das situações sexuais. Avançou o trabalho com as reflexões acerca do diálogo existente entre os três níveis de interação e explicou a interface dos níveis interpessoal e os cenários culturais com o nível intrapsíquico, com a possibilidade de transformação deste

último, por meio de uma atitude de abertura do sujeito protagonista na medida em que critica e diminui sua subserviência aos cenários culturais.

Paiva (2008) discutiu preconceitos acerca dos roteiros sexuais das pessoas infectadas pelo vírus da Aids. Na década de 1980 ainda se associava a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV aos chamados "promíscuos", descritos nos homossexuais, usuários de drogas, trabalhadores do sexo, africanos e haitianos, com a contribuição direta e reforço dos profissionais na saúde. Após 20 anos constataram que as pessoas infectadas seguiam cenas típicas e cotidianas na contaminação pelo HIV, como a professora da escola ter tido relações sexuais com o próprio marido. Dessa forma perceberam que as campanhas de prevenção à saúde eram ineficazes, pois falavam de comportamentos e práticas sexuais de risco, sem contexto e sem pessoa. A emergência do HIV/AIDS nesse momento estimulou a crítica mais radical aos paradigmas sexológicos ou de influência cultural, contribuindo para a crítica da epidemiologia comportamental que importava para a Aids a tradição dos estudos sociocognitivos no campo da Psicologia da Saúde.

Oltramari (2009) abordou, em seu estudo de revisão de literatura, as várias facetas e roteiros que o amor pode assumir dentro das relações sociais conforme a intenção a ser conquistada pelo sujeito. O amor não deve ser compreendido somente como um sentimento que une as pessoas, mas como uma prática social construída através de roteiros sexuais que se constituem no universo social e interpessoal dos amantes. Os principais achados apontam uma hibridização das concepções de amor, ou seja, o amor conserva seus elementos românticos, mas incorpora cada vez mais o amor com vias à construção de um projeto em comum, preservando a singularidade de cada par, não necessariamente heterossexual. Nesse ponto, vamos percebendo uma abertura histórica para a entrada de novos roteiros na sociedade, diverso do padrão heteronormativo.

Santos (2012) investigou os roteiros numa perspectiva das doenças crônicas como o câncer, sobre as repercussões do processo de diagnóstico e de tratamentos, na sexualidade e na imagem corporal da mulher com câncer de mama. O estudo na abordagem qualitativa utilizou a triangulação dos dados de fontes como entrevista com as mulheres, grupo focal e uma atividade grupal temática. O estudo identificou quatro *scripts* sexuais: 1) sexualidade restrita ao ato sexual e relações de gênero bem delimitadas; 2) relações de gênero de modo difuso com a valorização do bem-estar e prazer sexual feminino; 3) valorização exacerbada da vivência sexual e 4) *script* sexual do envelhecimento. Ressaltou a importância do profissional de saúde conhecer e identificar os *scripts* relacionados à sexualidade e à imagem corporal, pois servirá de subsídios favoráveis na atenção à saúde dos pacientes.

Galli (2013) desenvolveu um estudo com enfoque qualitativo utilizando a teoria dos roteiros sexuais de Gagnon (2006) como referencial teórico na leitura de entrevistas realizadas com 15 pessoas, de 19 a 58 anos, entre travestis, transexuais que já realizaram a cirurgia de redesignação sexual e transexuais que não a realizaram. O objetivo foi investigar os modos de organização da vida sexual, os tipos de práticas e os roteiros sexuais, além dos desejos, fantasias, ações e relações que as circunscrevem. Os achados mostraram a incorporação de diversos discursos sexuais pertencentes à cultura ocidental, em destaque a brasileira, sendo descritos quatro principais: gênero, amor romântico, o médico-científico e o erótico. Ressalta a importância de os profissionais da saúde terem conhecimento dos diferentes modos de envolvimento afetivo-sexuais dos travestis e transexuais, buscando fomentar políticas públicas que abarquem a assistência integral para essas pessoas.

Giami, Moulin e Moreau (2013) descreveram o papel da sexualidade no trabalho da enfermagem e suas diferentes nuances de erotização na relação de cuidado. Realizaram uma pesquisa qualitativa e entrevistaram 64 enfermeiros e profissionais da saúde que trabalham na oncologia. A amostra foi composta por 85% de mulheres, com aproximadamente 13 anos de experiência de trabalho com câncer. Utilizaram a teoria dos *scripts* sexuais de Gagnon para investigar como a sexualidade aparece na assistência e desenvolveram o conceito de "cenário profissional". A pesquisa revelou problemas relacionados à comunicação sobre a sexualidade e o erotismo da relação de cuidado, apontando uma oposição com os cenários culturais (enfermeiro é assunto de fantasias sexuais) e cenários profissionais para sexualizar a relação com o paciente, em que o erotismo positivo é visto como facilitador das relações de cuidado ou obstáculo. Afirmaram que a erotização da relação de cuidado é positiva quando confere um benefício tanto para a enfermeira como para o paciente, integrado com os cenários profissionais. Foi abordada também a questão do assédio sexual vivido pelos enfermeiros na relação com o paciente, em exemplos como a insinuação de masturbação, piadas atrevidas e toques indesejados dos corpos. Os autores ressaltaram a importância de respeitar os limites dos pacientes e encontrar um lugar confortável na relação terapêutica, para que o enfermeiro não seja julgado na sua questão ética, ao abordar questões de sexualidade. São vigentes e descritas as estratégias de proteção aos corpos e intimidade mais utilizadas pela enfermagem para lidar com a erotização não desejada. Concluíram sobre a necessidade de formação dos profissionais para lidarem com a saúde sexual dos pacientes.

O profissional de saúde, ao compreender as narrativas das cenas sexuais das pessoas das quais cuidam, estimulará a descrição do espaço, do ritmo da ação de todos os personagens envolvidos na cena e dos *scripts*: o que cada personagem/ faz, fala ou sente e como significa

essa ação. Na ocasião de fomentar sua ação dentro da assistência à saúde ou em programas de prevenção e promoção, faz-se necessária a consideração dos cenários sexuais, da comunicação sexual dentro dos *scripts* e das desigualdades sociais que organizam a experiência sexual (Paiva, 2008). Diante dos exemplos expostos, parece haver alterações nas roteirizações sexuais quando entram variáveis nos cenários culturais, nas relações interpessoais dos atores envolvidos e mesmo no nível intrapsíquico do sujeito em ação. O adoecimento crônico como o câncer de mama implica alterações intrapsíquicas que terão repercussões diretas no nível interpessoal e nos cenários culturais que esta paciente circulará em seu itinerário de cuidado, bem como nos profissionais que prestam sua assistência.

Tendo em vista essas considerações teóricas, foram delineados os objetivos para o presente estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar os significados atribuídos à sexualidade e se (e como) essa dimensão é contemplada na prática profissional de enfermeiros (as) que cuidam de mulheres com câncer de mama.

2.2 Objetivos Específicos

Apresentar e analisar os conceitos e as estratégias de cuidado à sexualidade empreendidos pelos profissionais.

Identificar os posicionamentos dos enfermeiros com relação ao tema da sexualidade sob a perspectiva dos roteiros sexuais de Gagnon e Simon (2005).

3. JUSTIFICATIVA

Acreditamos que este estudo possa fornecer subsídios que possibilitarão oferecer uma escuta sensível aos profissionais da enfermagem e que estes possam ampliar a visão e as ações de cuidado às pacientes com câncer de mama e familiares, valorizando os aspectos subjetivos da vivência de adoecimento, tais como a sexualidade, regulada por suas concepções, crenças e sentimentos suscitados pelo cuidado, sem abdicar do caráter científico do atendimento.

Os profissionais de saúde, mesmo aqueles que adotam uma filosofia de cuidado baseada em uma abordagem biopsicossocial, mostram-se reticentes em discutir questões sobre sexualidade com seus pacientes, possivelmente devido ao tabu que envolve o tema, mas também por questões pessoais relacionadas ao sexo e à sexualidade e pela carência de preparo, conhecimento e habilidades necessárias a essa abordagem (Rice, 2000). Sem a incorporação, pelos profissionais, da ideia de que a discussão da sexualidade faz parte do seu trabalho (Lemos-Pereira, 2007; Mandú, 2004), os pacientes podem sentir que parte de suas necessidades é negligenciada ou deixada de lado pelos profissionais (Dizon et al., 2008).

A sexualidade com enfoque na saúde sexual ainda é pouco valorizada na prática assistencial da enfermagem. Faz-se necessário clarear que a sexualidade é uma forma de expressão natural do homem, no entanto, seus aspectos políticos e sociais quase nunca são levados em conta. A sexualidade como forma de expressão de vida e relação entre as pessoas

parece não existir, pois o sexo, em nossa sociedade, aparece cada vez mais como objeto de consumo (Lemos- Pereira, 2007).

A sexualidade ainda não está legitimada como uma dimensão considerada no cuidado pelo profissional de saúde. Embora, Andrade (2007) afirme que a enfermagem não é mais uma profissão submissa à Medicina como no passado, sendo uma profissão moderna, que tem por obrigação de cada profissional de sua equipe contribuir para o crescimento e a renovação dos conhecimentos em sua área. Para que possamos reverter essa situação, o profissional necessita reconhecer os pacientes como seres sexuais, dotados de necessidades e desejos singulares. Só assim poderão oferecer às mulheres acometidas pelo câncer de mama suporte, aconselhamento e orientações quanto ao manejo dos aspectos relativos ao corpo e à sexualidade, rompendo o silêncio que ronda essa importante dimensão da vida humana (Higgins, Barker & Begley, 2006).

De acordo com Giami (2007a), as últimas definições de saúde sexual propostas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, confrontam os profissionais de saúde com a questão dos direitos sexuais e do comportamento sexual responsável e apresentam a saúde como um valor do mundo contemporâneo, assegurando, assim, uma coerência de valores e princípios morais que devem nortear as ações em saúde.

Cabe refletir acerca de outras possibilidades de compreensão do cuidado, como a presença da sexualidade, em geral pouco discutida nos serviços de saúde ou no âmbito acadêmico. Como contribuição potencial, esperamos que o estudo possa suscitar novos conhecimentos acerca da interface da sexualidade e dos cuidados em oncologia, favorecendo a capacitação de enfermeiras e de outros profissionais da equipe, de modo a contemplar essas questões na produção dos cuidados em saúde.

4. MÉTODO

4.1 Pesquisa qualitativa

O estudo descritivo exploratório foi desenvolvido segundo a abordagem qualitativa de pesquisa. Este estudo teve por objetivo investigar os significados atribuídos à sexualidade e se (e como) essa dimensão é contemplada na prática profissional de enfermeiros (as) que cuidam de mulheres com câncer de mama.

A história dos métodos qualitativos ou compreensivos é mais recente do que dos métodos quantitativos. Há pouco mais de um século, com o início das ideias de se sistematizarem as Ciências Humanas, surgiu um novo paradigma em contraponto às questões já ordenadas pelas Ciências Naturais, ou seja, o racionalismo. Com seus métodos qualitativos, a disciplina de Antropologia desenvolveu a chamada Etnografia, cuja revolução ocorreu nos anos de 1920, com as publicações de Malinowski. Este antropólogo permaneceu alguns anos convivendo com nativos da Oceania, observando, participativamente, o que lá ocorria. A partir desse marco fundante, a história da ciência atribuiu-lhe o pioneirismo na metodologia científica qualitativa, já que ele procurou descrever, sistematicamente, como havia obtido seus dados e como ocorria a experiência de campo (Turato, 2005).

Debus (1994) afirmou que, para se realizar uma pesquisa qualitativa, é importante seguir três recomendações: perguntar por que, saber escutar e abordar a investigação como um processo de estudo criativo. A investigação qualitativa é formativa, oferece técnicas especializadas para obter respostas, em profundidade, acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos. Essa modalidade permite compreender melhor as atitudes, crenças, motivos e comportamentos da população em questão.

A pesquisa qualitativa é constituída de um conjunto de práticas materiais e interpretativas de acesso à determinada realidade, com uma abordagem naturalística e interpretativa do mundo. Os pesquisadores estudaram elementos em seus ambientes naturais, tentando dar sentido e interpretando fenômenos nos significados que as pessoas adjudicam a eles. Esse enfoque permitiu que sujeitos, pesquisadores e práticas metodológicas sejam situados em tempo e espaço determinados, resultando em diversos recortes, visões e interpretações do fenômeno investigado (Denzin & Lincoln, 2000).

Bogdan e Biklen (1994), sobre a pesquisa qualitativa, enfocaram o significado como ideia-chave. Afirmaram que o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou

correlacionando, quantitativamente, eventos de suas vidas. Ele pretendeu conhecer a fundo suas vivências e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida.

A investigação qualitativa possui algumas características basilares, de acordo com Bogdan e Biklen (1994). A primeira característica é que a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o pesquisador como o instrumento principal da pesquisa. O contexto em que se desenvolveu a pesquisa também é relevante, caracterizando o local e suas variáveis. A segunda característica é que a pesquisa qualitativa é descritiva, uma vez que as informações colhidas se apresentam em forma de palavras ou imagens. A terceira trata do interesse maior do investigador qualitativo, que se concentra no processo e não nos resultados ou produtos obtidos. A quarta característica é que os investigadores qualitativos tenderam a analisar os seus dados de forma indutiva, ou seja, reflexiva, rejeitando assim a formulação de hipóteses construídas previamente. Por fim, na abordagem qualitativa é dada importância ao significado, visto que os investigadores qualitativos têm interesse na maneira como as pessoas dão sentido às suas vidas, valorizando, portanto, as experiências e interpretações que os sujeitos constroem sobre a realidade.

A pesquisa qualitativa é considerada uma via essencial para a produção de teoria e a construção de modelos teóricos de inteligibilidade no estudo de sistemas que não são diretamente acessíveis, tanto na organização como nos processos que os caracterizam a observação externa. A teoria nesta abordagem é definida como um sistema de representações capaz de articular diferentes categorias entre si e de gerar conhecimento sobre o que se pretende conhecer na pesquisa científica. As teorias produzidas não são sistemas estáticos aos quais se deve assimilar todo o conteúdo, mas são sistemas abertos, nos quais os pesquisadores precisam considerar a parcialidade do desenvolvimento e não somente o resultado final (González Rey, 2010).

O pesquisador terá de descobrir seus próprios caminhos, avaliando, avançando, recuando, ensaiando e corrigindo-se constantemente. E para tanto, deverá ter mais outras características que vão além da organização e disciplina técnica do pesquisador, tais como: a criatividade, a capacidade de indagar, a curiosidade e a ética. E ainda, precisará estar envolvido emocionalmente, também com seu objeto de estudo, misturando-se e identificando-se sem ele. Assim, a subjetividade do pesquisador terá uma importância vital em todo o processo da pesquisa (Turato, 2011).

A pesquisa, na esfera do sujeito, é um dos espaços privilegiados de comunicação da subjetividade do participante, que terá um valor essencial para os processos de produção de sentido dos sujeitos pesquisados, nos diferentes momentos de sua participação neste processo.

A pessoa que aceita participar de uma pesquisa não a faz por pressão externa, mas por causa de uma necessidade pessoal que se desenvolve no próprio espaço da pesquisa, seguindo seu curso, por meio dos diferentes sistemas de relação constituídos neste processo. A pessoa participante consegue o nível necessário de implicações para expressar-se em sua riqueza e complexidade se inserido em espaços que lhe afetem por meio da produção de sentidos subjetivos (González Rey, 2010).

4.2 Contexto do estudo

Como explicitado anteriormente, a presente investigação está vinculada a um projeto de pesquisa mais amplo em inter-unidades, desenvolvido no *campus* da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. As unidades que participaram do projeto maior são: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), das quais vieram os respectivos docentes responsáveis pela supervisão da pesquisa.

O presente estudo foi realizado com os enfermeiros (as) que trabalham em instituições de saúde de caráter público e privado, que prestam assistência às mulheres acometidas pelo câncer de mama, na cidade de Ribeirão Preto-SP. Conseguimos oito instituições que prestam cuidado às pacientes com câncer de mama, conforme a autorização dos serviços de saúde (Anexo 2), que compreendem: Hospital das Clínicas (HC – FMRP), Hospital Ribeirânia, Hospital São Lucas, Instituto Ribeirão-pretano de Combate ao câncer (IRPCC), Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto (AMOR), Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e a Fundação de Pesquisa, Prevenção e Assistência do Câncer (SOBECcan).

Utilizaremos o termo genérico “enfermeiras” para fazer referência aos participantes, pois 96% da amostra é composta por mulheres, essa opção se justifica em função da norma da língua portuguesa dizer respeito à padronização no masculino, levando em consideração que foi incluída uma participação masculina, entretanto, a enfermagem evidencia em sua maioria a participação feminina no campo de trabalho que, atualmente, no espaço de cuidado vem sendo compartilhado também com os homens, mas historicamente, em sua maioria feminina, justifica o uso do termo no feminino.

4.3 Participantes

Preliminarmente, foi realizado um levantamento de todas as instituições e/ou serviços de saúde que ofereciam atendimento ao câncer de mama e contassem com enfermeiros que trabalhavam diretamente com as pacientes, totalizando oito instituições do município de Ribeirão Preto. A pesquisadora entrou em contato com as chefias dos serviços de enfermagem, solicitando sua colaboração na pesquisa, por meio da indicação de nomes de todos os enfermeiros que atuassem diretamente na oncologia e que atendessem pacientes com câncer de mama, consideradas *a priori* informantes-chave para este estudo.

Em seguida, depois de contatados seus responsáveis, foram explicadas a natureza do estudo e a questão de investigação, e estes autorizaram a realização da coleta de dados junto aos enfermeiros. Foram rastreados aproximadamente 40 nomes de profissionais que poderiam ser potenciais participantes desta pesquisa. Apenas uma instituição de caráter privado não concordou com a realização da pesquisa, e, por conseguinte, os profissionais de enfermagem desta instituição não puderam ser convidados a participar do estudo, sendo assim totalizada a pesquisa com oito instituições.

Em dezembro de 2009, foi feita nova confirmação dos possíveis participantes, localizada e confirmada a existência no campo, compondo 40 possíveis sujeitos, residindo na cidade de Ribeirão Preto, abrangendo todas as instituições públicas e privadas de cuidado à mulher com câncer de mama e algumas estendendo a assistência a outros tipos de câncer.

O período de coleta durou 17 meses, tendo início em dezembro de 2009, com a inclusão da entrevista-piloto dois, e terminada a coleta em 2011 com 32 entrevistas concluídas. Cada entrevista exigiu algumas remarcações de horários (até três vezes), visto que as enfermeiras reservavam o horário pelo telefone, no entanto, havia intercorrências nos serviços que impediam a coleta no dia marcado, sendo cancelada a entrevista para aquela ocasião e remarcada em data oportuna.

A delimitação do número total de entrevistas realizadas não seguiu o critério da saturação dos dados, isto é, foram entrevistados todos os profissionais disponíveis e pertinentes aos critérios de inclusão, sendo tal recurso necessário para que se alcancem satisfatoriamente os objetivos do estudo.

O material foi audiogravado e transcrito imediatamente após a realização de cada entrevista e submetido à análise de conteúdo, atentando-se para a ocorrência de convergências e divergências das categorias temáticas encontradas. A coleta de dados foi interrompida quando contemplamos todos os enfermeiros disponíveis no município.

Para o presente estudo, foram definidos, previamente, os seguintes critérios de inclusão dos participantes:

(a) ter vínculo empregatício com uma das instituições de saúde pertencentes ao município de Ribeirão Preto que contassem com enfermeiros que trabalhavam diretamente com as pacientes com câncer de mama.

(b) atuar especificamente em oncologia com pacientes com câncer de mama.

(c) tempo: mínimo de dois anos. Esse período foi definido porque acreditamos ser necessário um tempo mínimo de experiência do profissional no espaço de cuidado.

(d) acessibilidade: foram incluídas as participantes que se mostraram disponíveis para colaborar com o estudo e estavam de acordo com as condições da pesquisa, formalizando sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice A).

Como critérios de exclusão definiram-se:

(a) Profissionais que, apesar de trabalharem na oncologia e de terem sido indicados pelos chefes de serviço, declararam não ter experiência com câncer de mama.

(b) Profissionais vinculados a instituições e ou/serviços de saúde cujos superiores hierárquicos não autorizaram sua participação no estudo

(c) Profissional que não concordou com a participação no momento da entrevista, ocasião em que aferiu dificuldade própria com o método de coleta de dados, no entanto, havia dado anuência de sua participação por telefone.

4.4 Descrição dos participantes

Participaram 32 enfermeiros (as), sendo 31 enfermeiras e um enfermeiro, com idade variando entre 23 e 60 anos, que prestavam assistência às mulheres acometidas pelo câncer de mama, com um mínimo de dois anos de experiência em câncer de mama até 25 anos, atuando diretamente com essa clientela em diferentes instituições e contextos de assistência, de caráter público e privado: ambulatórios, enfermarias, centrais de quimioterapia, radioterapia e atendimento domiciliar.

Com relação ao estado civil, a maioria era casada ou vivia em união estável com filhos, compondo cerca de 65,6% da amostra de conveniência, os demais 34,4% eram solteiros ou separados/divorciados com relacionamento afetivo. Apenas um participante, do sexo masculino, se denominou homoafetivo com relacionamento estável com um parceiro.

Com relação à formação após a graduação em enfermagem, 87,5% da amostra possui pós-graduação em uma, duas ou até três áreas diferentes, sendo que 46% delas possuem especialização em oncologia. Destas, 7% possuem pós-graduação *stricto sensu* mestrado/doutorado em Enfermagem. Outras especializações foram mencionadas: Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Gestão em Negócios de Saúde, Atendimento pré-hospitalar, Enfermagem Obstétrica e Aleitamento Materno, Hematologia, Saúde Mental, Nefrologia, Clínica Cirúrgica, Controle de Infecção, Tratamento de Feridas, Assistência Domiciliar, Saúde da Família e Saúde do Trabalhador.

Conforme o critério de exclusão, dos 40 possíveis sujeitos, foram excluídos oito, sendo um homem e sete mulheres por falta de experiência em câncer de mama, mencionadas somente no ato da entrevista, alguns ficaram surpresos com sua indicação como sujeito elegível. E uma participante recusou-se a participar do estudo, referindo ter dificuldades pessoais, sentir “vergonha” com o método de entrevista e alegou disponibilidade caso fosse um questionário para ser preenchido em casa, ela o faria e retornaria à pesquisadora, do contrário não se sente à vontade para falar em entrevistas.

Segue a tabela abaixo compondo a caracterização dos 32 participantes que compõem a amostra da pesquisa.

Tabela 2- caracterização das participantes da pesquisa

N	Idade	Estado Marital período relação n° filhos	Tempo em oncologia	Cursos pós-graduação *Stricto sensu* *Lato sensu*	Lócus de trabalho
0	34 anos	Solteira Não namora s/filho	2 anos	Mestrado Enfermagem	Saúde mental Ginecologia e Obstetrícia
1	48 anos	casada 17 anos 1 filho	24 anos	Oncologia Saúde Pública	Ginecologia e Obstetrícia
2	38 anos	Casada 16 anos 2 filhos	5 anos	Oncologia	Quimioterapia
3	28 anos	Solteira Namora s/filho	5 anos	Atendimento pré-hospitalar	Quimioterapia
4	30 anos	Casada 6 anos s/ filho	6 anos	Oncologia	Quimioterapia
5	32 anos	Separada Não informou s/ filhos	6 anos	Enfermagem obstétrica Enfermagem oncológica	Quimioterapia
6	31 anos	Casada 3 anos s/filho	6 anos	Residência em Hematologia	Quimioterapia
7	59 anos	União estável 25 anos s/filho	30 anos	Saúde pública e aleitamento materno	Ginecologia e Obstetrícia
8	45 anos	Solteira Namora s/filho	25 anos	Oncologia	Ginecologia e Obstetrícia
9	35 anos	Casada 1filho	2 anos	Oncologia	Quimioterapia
10	35 anos	Casada 10 anos s/filho	11 anos	MBA em Gestão em negócios de saúde	Clínica médico-cirúrgica
11	24 anos	Solteira s/filho	2 anos e meio	Oncologia	Ginecologia e Obstetrícia
12	36 anos	Solteiro Namora 4 anos s/filho	6 anos	Oncologia	Ginecologia e Obstetrícia
13	35 anos	Casada 10 anos s/filho	10 anos	Oncologia Saúde Mental	Quimioterapia
14	29 anos	Solteira s/filho	5 anos e meio	Enfermagem do trabalho	Radioterapia
15	60 anos	Divorciada 2 filhos	16 anos	Saúde Pública	Ginecologia e Obstetrícia
16	41 anos	Casada 10 anos	20 anos	X	Quimioterapia
17	51 anos	Casada, 29 anos,	6 anos	Oncologia	Radioterapia

		s/ filhos			
18	44 anos	Casada 20 anos 2 filhos	20 anos	Oncologia MBA Gestão em negócios de saúde	Quimioterapia
19	37 anos	Solteira Namora 4anos s/filho	12 anos	X	Serviço particular Oncologia Quimioterapia
20	49 anos	Casada 3 filhos	4 anos	Obstetrícia Nefrologia	Ginecologia e Obstetrícia
21	30 anos	Solteira Namora 7 anos s/filho	5 anos	Oncologia	Ginecologia e Obstetrícia
22	31 anos	Casada 6 anos 1 filha	10 anos	Oncologia MBA Gestão de enfermagem	Ginecologia e Obstetrícia
23	23 anos	Solteira Namora1 ano s/filho	2 anos	Residência em clínica cirúrgica. Especialização em infecção	Radioterapia
24	47 anos	Casada pela 2x 2 filhos	20 anos	Enfermagem do trabalho	Ginecologia e Obstetrícia Quimioterapia
25	31 anos	Casada 5 anos 1 filho	10 anos	Oncologia Aprimoramento em pesquisa clínica	Quimioterapia
26	47 anos	Casada 25 anos 1 filho	25 anos	Hematologia e feridas	Ginecologia e Obstetrícia
27	25 anos	Solteira s/filho	2 anos	X	Ginecologia e Obstetrícia
28	46 anos	Casada 26 anos 2 filhas	25 anos	Enfermagem do trabalho, Saúde Pública e Assistência domiciliar. Mestrado em Enfermagem	Atendimento domiciliar
29	33 anos	Casada 7 anos s/filho	10 anos	Saúde da Família	Atendimento domiciliar
30	35 anos	Casada, 2 filhos	12 anos	Saúde do trabalhador. Mestrado e Doutorado	Atendimento domiciliar
31	35 anos	Casada, 2 filhas	13 anos	Enfermagem do trabalho. MBA Gerência em saúde Auditoria de qualidade	Atendimento domiciliar
32	44 anos	Casada, 2 filhas	4 anos	X	Ginecologia e Obstetrícia

4.5 Compromisso ético

O projeto foi encaminhado aos gestores das instituições de saúde que tratam de pacientes oncológicos na cidade de Ribeirão Preto-SP, para análise e esclarecimento da proposta, de seus objetivos e alcances, obtendo-se sua aprovação para coleta de dados. Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e aprovado sob o protocolo n° 1019/2009, sendo parte de uma pesquisa abrangente com o tema: "Sexualidade e câncer de mama" (Anexo I).

Todos os participantes tiveram garantida a possibilidade de ler, compreender a proposta e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) que assegura o sigilo das informações fornecidas, tendo em vista a legislação que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução n°196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

5. COLETA DOS DADOS

5.1 Entrevista em profundidade

A entrevista costuma ser a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo. Consiste em um diálogo a dois (ou entre vários interlocutores no caso de grupos focais), realizado por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa junto à abordagem de temas pertinentes ao objetivo do estudo (Minayo, 2008).

Neste estudo optamos pela entrevista aberta ou em profundidade, em que o participante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões. A entrevista teve a questão disparadora: *"Como você coloca a sexualidade na sua prática profissional?"* e seu desenvolvimento apoiou-se no "guia de escuta" proposto e desenvolvido na França com a mesma finalidade (Apêndice B), adaptado às características dos colaboradores. A ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida, mas é determinada pelas relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto em pauta (Minayo, 2008).

Na entrevista em profundidade, algumas táticas podem ser exploradas pelo pesquisador durante o encontro: silêncio (aguardar o momento adequado); neutralidade na animação e elaboração (observações, ruídos e gestos por parte do entrevistador) para que o participante

prossiga no assunto; reafirmar ou repetir o que o sujeito traz, confirmando o entendimento da fala; recapitulação (uma elaboração retrospectiva em busca de um novo conteúdo pelo entrevistado); aclaração (buscando que o sujeito forneça detalhes quando o tema tende a amortecer); troca de tema (na situação em que o entrevistador fica sem saída e na pós-entrevista, quando se finaliza a entrevista formal e desliga o gravador podem surgir aspectos interessantes: manter diálogo amigável para futuras entrevistas e na necessidade de retorno para colher detalhes que escaparam do contexto formal da entrevista (Valles, 1997).

A conversação existente na entrevista é um processo ativo que se trava entre pesquisador e os sujeitos pesquisados, e que deve ser acompanhado com iniciativa, criatividade e paciência pelo pesquisador ao empregar diversos recursos com as pessoas que mostrem resistências no envolvimento. É no processo de comunicação que o outro se envolve em suas reflexões e emoções sobre os temas que vão aparecendo, em que o envolvimento mútuo é determinante para a qualidade das informações obtidas. As dificuldades para conversação envolvem elementos distintos, podendo partir do pesquisador ou do pesquisado, com frequência relacionados entre si, os quais podem ser o medo da pessoa de entrar em possíveis zonas dolorosas da vida, de confrontar valores que o orientam a não conversar sobre aspectos íntimos da vida, como no caso da sexualidade, e ainda não confiar no pesquisador. Caso isso ocorra, o pesquisador a princípio pode deixar o sujeito livre para abandonar a pesquisa, pois muitas vezes, por trás do desinteresse do participante em colaborar, podem estar escondidos aspectos complexos, os quais podem ser muito relevantes no curso da pesquisa e para a própria questão pesquisada. É necessário destacar que a postura do pesquisador é de alguém que reflete, questiona, posiciona-se e mantém-se ativo no curso das conversações, buscando aclarar as questões trazidas (González Rey, 2010).

As entrevistas são fundamentais quando se deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Se forem bem realizadas, permitirão ao pesquisador fazer um mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos de comportamentos das pessoas, descrevendo como cada um percebe e significa sua realidade, levantando informações consistentes de forma a compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo (Duarte, 2004).

A realização da entrevista exige alguns critérios do pesquisador: os objetivos bem definidos e introjetados pelo entrevistador; conhecimento prévio do ambiente, leituras de estudos precedentes no local, revisão bibliográfica e conhecer o contexto em que pretendia coletar a entrevista; introjeção do roteiro de entrevista e experienciar uma entrevista-piloto

como forma de corrigir possíveis dificuldades; segurança e autoconfiança e algum nível de informalidade, sem perder de vista os objetivos a serem alcançados, deixando a pessoa mais à vontade para falar. A roupa adequada com certa neutralidade e pontualidade do entrevistador costuma ajudar na recepção (Duarte, 2004).

5.2 Local

Para a realização das entrevistas, foram utilizados diferentes locais nas instituições, desde uma sala reservada da própria instituição no caso da escolha pelo participante, salas compartilhadas com outros profissionais, sala de espera, sala da quimioterapia, sala da ginecologia, conforme a disponibilidade da ocasião da coleta de dados, ou seja, o local disponibilizado pelo participante no momento da pesquisa.

5.3 Estudo-piloto

A coleta de dados teve início em dezembro de 2009, após sucessivas reuniões de preparo do trabalho de campo que envolveu a participação de toda a equipe do projeto mais amplo - brasileira e francesa, membros do grupo de pesquisa "Saúde e Gênero" (diretório CNPq). Essas reuniões tiveram início em agosto de 2009, com a discussão semanal de artigos pré-selecionados na temática do projeto. As entrevistas-piloto foram realizadas pela pesquisadora com duas enfermeiras de diferentes instituições de Ribeirão Preto.

O estudo-piloto visou a experimentar a questão disparadora do estudo, com o guia de escuta advindo do estudo com as enfermeiras na França. O instrumento foi "avaliado" quanto à clareza, compreensibilidade, ordenação das questões e precisão da linguagem, junto à população-alvo do presente estudo.

Nessa ocasião a questão disparadora do roteiro foi testada e adaptada à compreensão da linguagem pelos participantes brasileiros. Constatamos, após ampla discussão na equipe de pesquisa, os membros do grupo de pesquisa "Saúde e Gênero" (diretório CNPq), que houve boa compreensão pelos participantes e riqueza de detalhes (especialmente no estudo-piloto dois). No entanto, após longa discussão sobre a linguagem da questão disparadora e tentando mantê-la mais próxima possível da original francesa, o grupo julgou necessário mais uma adaptação, com a questão: *"Como você situa a sexualidade na sua prática profissional?"* que passou para *"Como você coloca a sexualidade na sua prática profissional?"*

O verbo *colocar* se fez mais bem compreendido que o verbo *situar*, assim não traria a conotação de lugar ou situação somente, mas como uma colocação que o profissional faz como protagonista em sua prática. Outra sugestão do grupo de pesquisa foi que a pesquisadora evitasse o *rapport,* ou seja, o "quebra-gelo" inicial comum nas entrevistas, pois a intenção era representar uma situação de entrevista em que o sujeito é abordado, assim não tendo um tempo de se preparar para as respostas, simulando o mais próximo de uma condição de atendimento ao paciente, situação em que o profissional também é pego de surpresa e precisa atuar profissionalmente com os recursos de que dispõe. O intuito desta estratégia foi de aproximar o entrevistado o mais próximo do seu lócus de trabalho.

Em pesquisas tradicionais comumente dividi-se o momento de coleta de dados e a interpretação da informação, momentos que mais representam uma classificação despersonalizada do que uma interpretação construída. Partindo de princípios epistemológicos que caracterizam a pesquisa qualitativa, o dado é inseparável do sistema teórico em processo, no qual toma sentido, representando, a diferença central perante as demais metodologias. O dado obtém sua significação como o momento de tensão de um pensamento que se desdobra por meio dele em um processo que acompanha múltiplas ideias e informações. Desde o momento que o pesquisador entra em campo, começa um processo de produção intelectual que levará ao desenvolvimento de um modelo teórico, o que lhe permite significar uma variedade de aspectos empíricos no curso de desenvolvimento da pesquisa (González Rey, 2010).

5.4 Diário de campo

A pesquisa envolve várias etapas metodológicas estabelecidas de acordo com os objetivos e metas previamente planejados pelo pesquisador. Todas as etapas, desde a delimitação do tema, as hipóteses, os objetivos, o desenho do estudo, até a análise e a aplicação dos resultados requerem um aprofundado e laborioso processo de entrosamento do pesquisador com a escolha do método adotado. A pesquisa, embora bem planejada, sofre alterações, muda e inclui direções e estratégicas, traz diferente nuances, exigindo novas competências do pesquisador não antes previstas, como: flexibilidade e acolhimento dos processos em andamento. Para tanto, o diário de campo ou anotações de campo é um instrumento importante que possibilita manter a memória viva da pesquisa, é o local no qual se fazem registros de experiências, sentimentos, situações e fatos que ocorreram

paralelamente ao processo, nos quais não foram previstos como objeto de estudo e auxiliam na análise e compreensão do material colhido (Wagner et al., 1998).

As vivências e situações entre pesquisador e participantes da pesquisa configuram-se como parte integrante do material de análise. O registro do modo como são estabelecidos estes contatos, a maneira como o entrevistador é recebido, o grau de disponibilidade na entrevista e o local em que foi realizada a entrevista, bem como gestos, pausas, sinais corporais, mudanças no tom de voz e outras emoções e comportamentos que possam surgir serão indicativos importantes na leitura/interpretação posterior daquele depoimento (Duarte 2002).

As entrevistas realizadas em locais de trabalho podem ter interferências não programadas de pessoas e/ou situações urgentes que podem interromper o depoimento, fazendo com que o entrevistado se perca no discurso ou tenha dificuldade em retomá-lo do mesmo ponto, o que pode comprometer as informações na pesquisa. O tempo que pode durar a entrevista pode gerar ansiedade no entrevistado que pode ficar apreensivo durante a coleta (Duarte, 2002).

A totalidade da coleta das entrevistas com as enfermeiras foi realizada no próprio ambiente de trabalho do profissional, previamente agendado e escolhido pelo profissional como mais confortável, para tanto, julgamos oportuno inserir o diário de campo com a descrição do ambiente, pessoas, informações e clima do momento da coleta e intercorrências, como forma de compreender melhor a situação, trazendo a transparência do momento da entrevista e aproximando mais o leitor do contexto investigado.

O início da coleta de dados aconteceu em dois momentos, o primeiro com o projeto-piloto, ocasião realizada com duas enfermeiras. A primeira entrevista foi bastante confusa, eu estava ansiosa, e a entrevistada constrangida com o tema, ela desviou várias vezes em assuntos paralelos que haviam acontecido na semana e em tópicos de sua formação profissional. Não foi possível manter o foco de estudo na questão da sexualidade que ficou diluída em outros assuntos técnicos executados pela enfermeira em seu cotidiano. Embora percebi nesta entrevista que alguns indícios de sensibilidade e de dificuldade em trabalhar a sexualidade já aparecessem em alguns tópicos que eu me atentaria na escuta mais adiante, como segue a fala da entrevistada.

> *"Geralmente a nossa profissão, e eu falo enquanto enfermeira, a sexualidade é meio que deixada de lado, nós trabalhamos mais com a doença, com sinais e sintomas da doença, com aplicação de medicações, com a diminuição da dor da paciente, a parte prática do câncer, a sexualidade é realmente sempre deixada de lado. Eu entrei em contato com o paciente, desde o primeiro contato com o câncer, quando elas tinham a suspeita e que*

> *recebiam o diagnóstico, pacientes já mastectomizadas e em fase terminal da doença e todas essas trajetórias eu estou me lembrando que a sexualidade era pouco colocada, não só, talvez até pelo profissional, talvez até por mim, com medo de abordagem, com medo do que de repente a paciente falasse, e às vezes até pela própria paciente, não sei se de repente não tinham a oportunidade de falar ou se via muito o câncer e não falava muito na sexualidade" (Enf° 0, solteira, 35 anos).*

> *"Eram enfocados na doença, nos sintomas, vamos supor, na paciente que fazia uma quimioterapia, então nas náuseas, nos vômitos, na queda de cabelo, numa paciente de uma radioterapia, nas marcas que eram deixadas no corpo da paciente, na paciente com dor eram enfocadas no analgésico que era aplicado, não se fala tanto na sexualidade, apesar de algumas pacientes terem isso muito presentes" (Enf° 0, solteira, 35 anos).*

No projeto-piloto, a segunda entrevistada C. foi bastante disponível, aceitando participar da pesquisa logo no primeiro contato telefônico. No dia da entrevista é receptiva e escolhe uma sala privativa de consultas médicas para a entrevista. Respondeu às perguntas sem problemas de compreensão. Contou vários casos em que acompanhou as pacientes, a sexualidade aparece na fala da entrevistada sem constrangimento, mostra envolvimento com o assunto apesar de não ter tido formação na área e busca sanar suas dúvidas com colegas de equipe e médicos. Foi uma entrevista longa com 1hora e quinze minutos cheia de detalhes das vivências das pacientes. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um beijo no rosto. Nesta entrevista ainda não utilizávamos a questão norteadora com o guia de escuta, porém, mesmo sendo a piloto, ficou rica em detalhes, o grupo de pesquisa decidiu incluí-la.

A partir de discussões com o grupo de pesquisa, decidimos que o foco seria direto na questão de pesquisa: *"Como você coloca a sexualidade na sua prática profissional?"* Desse modo, a questão ficaria mais clara à enfermeira e evitaria o *rapport*, ou seja, o "quebra-gelo" costumeiro aplicado nas entrevistas de Psicologia, conseguindo representar uma situação próxima do cotidiano da enfermeira. Assim, tendo a abordagem direta da enfermeira e podendo simular uma situação real de seu trabalho, quando a paciente lhe aborda, espontaneamente, com dúvidas sobre a sexualidade, sem haver aproximações prévias. Bem, esta nova abordagem foi também um desafio para mim enquanto profissional que faria a entrevista. Foi o momento mais importante em minha formação, pois é quando deixo o olhar de psicóloga, compreensivo e acolhedor, e parto para o olhar de pesquisadora para os sujeitos pesquisados, foi uma mudança de postura que abriu todo um caminho de diálogo e escuta atenta a detalhes não ditos com cada entrevistado.

Contarei aqui um pouco do processo e algumas intercorrências durante as entrevistas, posturas observadas e caracterização de diferentes ambientes em que as entrevistas foram realizadas. Já com os termos de consentimento e gravador, parto para a segunda instituição.

Chego e peço para avisar a enfermeira que estava lá, eles me direcionaram para um banco em um corredor de entrada para as salas médicas e pediram para aguardar ali. Existem alguns médicos e estudantes de medicina no corredor, eles estão discutindo casos de pacientes com radiografias em mãos, uma linguagem bem técnica, falando dos estadiamentos e possibilidades de sobrevivência, chama-me a atenção a neutralidade deles tanto com os prognósticos bons como com os ruins, e fiquei aguardando a enfermeira, por uma meia hora, que pediu que nós esperássemos ali.

A enfermeira chega e mostra disponibilidade em participar da entrevista. É bastante simpática e receptiva, dirige-se para a sala de quimioterapia, senta-se em uma das cadeiras da quimioterapia e pede para aguardar uns minutos, pois ela havia tomado uma medicação para vômitos, porque havia passado mal na noite anterior. Sugeri para remarcar a entrevista se ela não se sentisse bem, ela pensa um pouco e diz que está melhor e podemos fazer a entrevista naquele momento. A colega de trabalho nos serve um café, achei isso inusitado para a entrevista, mas também receptivo e iniciamos:

Lê o termo de consentimento, assina e brinca: *"mas e onde assina o contracheque?"*

Durante a entrevista, não mostrou incômodo algum na pergunta norteadora, respondeu com clareza, responde diretamente às questões de clareamento da experiência. Mostra interesse pela pesquisa e comenta sua vontade de voltar a estudar, sente falta da atualização dos conhecimentos. Percebi um clima empático durante a entrevista, transcorrendo bem, embora tenham acontecido interrupções, ruídos de telefones da sala ao lado e do trânsito externo, estes não atrapalharam a comunicação. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão.

Achei diferente ela brincar com o fato de receber um pagamento para conceder a entrevista e também por ela sentar-se em uma cadeira de quimioterapia e reclinar-se, simula nesse momento, exatamente, a postura da paciente quando vai receber o quimioterápico. Havia outras cadeiras no ambiente para sentar-se, mas é como se ela personificasse a paciente naquele momento e recebesse minha escuta, simula uma vontade de receber cuidados, visto que ela estava com mal-estar por vômitos recorrentes, pouco antes da entrevista.

Nesse momento, imaginei que iría marcar uma ou duas entrevistas por semana, mas o campo se mostrou um pouco mais moroso do que eu havia previsto, meus problemas com a agenda das enfermeiras apenas começavam, elas não conseguiam horário para conceder a entrevista. Nós marcávamos, chegava no dia e horário da entrevista, era preciso esperar de duas até três horas e quando não, ir embora e remarcar para outro dia, pois havia muitas intercorrências nas unidades e elas não conseguiam se ausentar para fazer a entrevista.

Passei um longo período ligando em instituições diferentes, tentando ver quem e quando estavam disponíveis. Foram cerca de seis meses em malabarismo, idas às instituições, esperas longas e remarcações de dias e voltando sem as coletas. As dificuldades de tempo com as enfermeiras aumentavam, daí tive a ideia de sugerir a elas, marcarmos a entrevista no início do turno de trabalho, caso ela conseguisse chegar um pouco antes ou ficar um pouco depois do plantão, havia feito uso desta estratégia na minha coleta com os médicos no mestrado e havia funcionado, tentei replicar. Algumas enfermeiras responderam bem a esta solicitação, e fazíamos antes do turno, durante o intervalo de café ou mesmo ao final do turno. Foi a maneira que consegui que elas ficassem tranquilas para fornecer a entrevista, sem preocupações de estar faltando aos pacientes ou sendo interrompidas durante a entrevista quando solicitadas pela equipe de saúde. Nesse momento, percebo o quanto o tempo delas é raro, o turno de trabalho é agitado e atarefado com muitas atividades e decisões a serem tomadas, elas se comunicam o tempo todo com os auxiliares. E tiveram o cuidado de deixar os auxiliares cientes de sua breve ausência, caso precisassem de algo que era para chamá-las.

Passados alguns dias, consegui marcar com a entrevistada 3, que aceita a participar de imediato via telefone e agendamos uma data antes do início do turno, sem haver remarcação. Cheguei à instituição e ela está em frente ao balcão da recepção, me apresentei e ela pede para aguardar 10 minutos que ela tem um compromisso rápido ao telefone. Ela volta em 20 minutos, pergunto o local em que ela gostaria de ser entrevistada e ela me convida para sentar no sofá da sala de espera da sala de quimioterapia. Sentamos lado a lado. Ela cruza os braços e já parece mais distante, porém fixa o olhar na pasta em que retirei o termo de consentimento e o entreguei. Ela lê, e pergunta se sou médica, respondi que não e que participo do grupo de pesquisa e assim inicio com a pergunta disparadora. Ela responde prontamente, porém com respostas curtas, objetivas e centradas no cuidado técnico, e passa a ficar bastante racional durante a entrevista, até numa postura defensiva e somente no final, nos últimos minutos, ela se coloca falando de sua dificuldade em abordar a sexualidade dos pacientes, alegando ser algo invasivo. Senti limitação em avançar mais nesta entrevista, as respostas dela fechavam as possibilidades de aprofundar, porém trouxe informações importantes. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão. Bem, comecei a perceber as diferentes posturas de comunicação das enfermeiras, que não dependiam do ambiente de coleta, pois estávamos privativas, sem interrupções, mas o clima foi tenso ela olhava muito no relógio.

Em seguida, foram surgindo diferentes perfis, recepções mais calorosas com abraços e agradecimentos por participar da entrevista, estas configuravam verdadeiros encontros

humanos. Outras entrevistas se mantiveram mais distantes, frias, racionais e sem muita descrição de sua prática ou com pouco aprofundamento. Seguem dois exemplos abaixo ilustrando os diferentes posicionamentos das enfermeiros (as) ao concederem a entrevista, em uma mesma instituição, no mesmo dia.

A enfermeira entrevistada havia agendado seu horário primeiro, ela me recebe pontualmente e vamos para uma sala reservada na instituição. Durante toda a entrevista, ela é bastante séria e técnica, quando vou colocar as questões, ela cruza os braços, se afasta da mesa, olha no relógio duas vezes. No discurso tenta ser o mais adequada possível, parece com medo de mostrar erros do serviço. Terminamos a entrevista, ela abre a porta e me indica a sala de espera para aguardar o outro enfermeiro que está para chegar. Agradeci sua disponibilidade em conceder a entrevista, tenho vontade de dar um aperto de mão, mas não foi possível.

O enfermeiro recebe-me bem ao telefone, aceita participar de imediato da entrevista, bastante solícito sugere que seja logo após o horário da enfermeira, no mesmo dia, por conta de aproveitar a viagem, ainda me explica o endereço. Achei- o bastante cuidadoso já ao telefone. No dia, ele entra no trabalho às 11 horas da manhã, ele se atrasa um pouco e a atendente me avisa para aguardar mais. Eu estava bastante curiosa com a entrevista, pois seria o primeiro enfermeiro que eu iria entrevistar. Ele chega me cumprimentando com um aperto de mãos e um sorriso, desculpa-se pelo atraso e logo procura uma sala reservada para conversarmos. Iniciamos e ele responde bem à questão disparadora, temos um diálogo fluido e agradável, ele trouxe informações e questionamentos importantes ao longo da entrevista, pensamos juntos a questão da educação em sexualidade. Foi uma entrevista bem produtiva, trouxe elementos novos, ele agradece por ter participado, pois vai levar este aprendizado consigo. Agradeci a disponibilidade e ele me dá um abraço e me acompanha até a saída da instituição e deseja boa sorte com a pesquisa, pede também uma devolutiva dos resultados. Saí bastante satisfeita desta entrevista e questionando que o acolhimento e disponibilidade não dependem dos estereótipos de gênero, pois o enfermeiro foi muito solícito e caloroso no encontro, em comparação com a enfermeira do mesmo contexto de trabalho.

Com relação aos contextos de trabalho, parti para a primeira instituição particular de nossa amostra. Logo no primeiro contato telefônico, ela aceita participar da entrevista e agenda para o mesmo dia às 14 horas na instituição em que trabalha. Nossa, fiquei surpresa com a disponibilidade e prontidão, isso não havia acontecido. Chequei e ela me atende prontamente, e nos direciona para uma sala reservada, possui dois sofás brancos bem confortáveis, ela senta-se em um e eu fiquei em outro logo à frente. Ela me explica que ali é a

sala de conversar com os familiares. Fecha a porta, *e explica que é transparente e deixa um pouco aberta por conta da ventilação (sic).*

Iniciamos a entrevista, me chama a atenção a linguagem dela, bastante clara, adequada e descritiva com os detalhes, parece muito preocupada com as condutas e ética no trabalho. Fiquei tranquila e muito à vontade na conversa com ela, um clima bom, conseguimos seguir bem durante a entrevista, ela responde sem problemas às questões, apenas coloca ser um pouco tímida, porém vi que ela fala de si numa boa e ainda traz parte de seus valores sobre sexualidade. Nesta entrevista que chamou atenção que ela tinha vontade de falar da própria sexualidade em alguns casos, embora não fosse esperado, este aspecto veio a clarear os dados colhidos, fiquei mais atenta a partir de então, pois às vezes falavam como enfermeiras, numa postura mais ser profissional, às vezes sobressaía seu ser pessoa. Traz bastante sinceridade ao retratar o roteiro do serviço e coloca detalhes de sua vida na entrevista. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão.

Passada uma semana, cheguei a outra instituição particular, já na clínica, vi que a enfermeira está um pouco ocupada, pede que aguarde. Aguardei meia hora na sala de espera, que estava lotada de pacientes em tratamento, todas com lenço colorido na cabeça, falantes e impacientes, com suas acompanhantes, todas mulheres. Chega uma com o parceiro, todas olham, ela não possuía o lenço, e estava vestida bem simples de vestido marrom, logo vai se acomodando também. Achei interessante ficar ali, era uma sala muito confortável, com ar condicionado, café, bebedouro, e uma televisão na parede, ouvi várias conversas com as acompanhantes, sobre temas variados, o mal-estar causado pelos tratamentos, o calor e as novelas. A enfermeira me chama e vamos para uma sala de reunião, com uma mesa enorme, comprida com 16 cadeiras, sentamos frente a frente e estava muito gelada a sala, comecei a espirrar. Não houve problemas com a questão disparadora, *ela apenas confirma se é a sexualidade dos pacientes?(sic).* Foi uma entrevista curta, impessoal, ela dava respostas bem objetivas e olhava no relógio, parecia estar com pressa, isso foi me incomodando, mas prosseguimos e conseguimos conversar em meia hora. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão.

Saí frustrada, achei que poderia ter mais narrativas, por conta dos anos de experiência, mas logo comecei a questionar se o tempo de trabalho quer dizer algo? Ou vale também o tempo e modo de envolvimento da enfermeira com o trabalho, sendo uma vivência singular de cada enfermeira e do funcionamento do serviço também. Comecei a pensar nas diferenças individuais no cuidado, independente do tempo de atuação. Com relação à sala de espera, no momento anterior, fiquei intrigada com as acompanhantes serem em sua maioria mulheres e

também no olhar estranho que elas e as pacientes disparam quando surge uma paciente acompanhada pelo esposo, fiquei a pensar nisso por muito tempo.

Outro momento marcante e inesperado da coleta foi uma enfermeira, bastante solícita ao telefone, agenda comigo para mesma a semana. Cheguei à instituição pública, e ela me atende no horário combinado. Na entrada do andar, ela está conversando com uma paciente que passa para visitá-la e a enfermeira pega o bebê desta no colo, faz um carinho. Seguimos e ela prepara a sala de enfermagem para a entrevista e afirma que lá teremos mais privacidade para conversar. Responde às questões calmamente, ela me parece tímida no início, muito meiga nas respostas, o jeito de olhar com doçura, atenciosa e sem pressa de acabar a entrevista. Não há problemas com a questão disparadora, ela apenas confirma *se é a sexualidade das clientes? (sic).* Enfatiza sua dificuldade no trato com as mulheres com câncer de mama, embora tenha tido bastante experiência prefere trabalhar na obstetrícia, relata que pediu transferência de setor após ter tido o adoecimento por câncer de mama há dois anos. Revela no meio da entrevista que teve que tirar um nódulo da mama e a retirada de um quadrante. Desperta para a importância de a sexualidade ser trabalhada com as mulheres adolescentes e grávidas também, pois há caso de elas engravidarem na iminência de fazer o tratamento, que isso é comum e precisaria de orientação e seguimento. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão. Poxa vida! Fiquei muito sentida com esta entrevista, ela foi tão disponível, apesar da dor, que ainda carregava "no peito" por ter adoecido do mesmo câncer que ela cuidava.

Fiquei refletindo umas semanas, pois foi um impacto para mim o relato da enfermeira e fiquei tentando entender o distanciamento dela do setor de trabalho que tanto gostava. E, constatar na pele, que mais uma mulher com câncer de mama não foi atendida em sua sexualidade, no caso da enfermeira adoecida, pois chegou a influenciar em sua identidade profissional. A enfermeira acabou por buscar um distanciamento do câncer de mama e se direcionar para outro setor de trabalho, também com mulheres. E refleti, nesse momento, que o fato de ser enfermeira da oncologia, tendo conhecimentos técnicos, não a prepara melhor para enfrentar o próprio câncer, e em alguns casos, que ser profissional e ter conhecimentos e experiência na área da saúde até pioram o enfrentamento, pois as defesas e resistências costumam ser mais eficazes.

Outro momento marcante das coletas de dados foi quando comecei a pensar as questões do feminino entrelaçadas pela cultura, em especial nas influências destas na vida pessoal da enfermeira e que refletem na sua atuação profissional.

A enfermeira, em outra coleta, na mesma instituição, pede para aguardar um momento que ela vai comer uma banana de lanche e já retorna, me convida a sentar na sala da enfermagem, e eu aguardei por ela. Ela volta e percebo que ela tem um cabelo muito longo, negro, com um penteado de trança que me chama atenção. Muito séria no início, austera, mas a entrevista transcorre de forma tranquila, propus a questão disparadora e ela fica algum tempo em silêncio...uns dois minutos, foi longo e responde não ser uma coisa que costuma pensar muito não. Refere, então, a questão da perda da mama como pouco importante perante todo o sofrimento que ela percebe que a paciente passa durante os tratamentos. Alega muito de seus valores no cuidado, a questão da religião e da fé como primordiais no enfrentamento. E fala que caso ela tivesse câncer de mama, os seios não seriam o mais importante. Insiste no discurso do cuidado integral à pessoa ao longo de toda a entrevista. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão.

Em outro momento, no setor de radioterapia, uma enfermeira que se oferece espontaneamente a contribuir para a entrevista, ela não estava na lista levantada anteriormente sobre o campo, pois fui procurar por uma enfermeira no setor de radioterapia, e ela estava de licença-maternidade. Ela pergunta do que se tratava, eu expliquei, e ela se oferece para participar falando ter experiência. Marcamos para alguns dias depois. Cheguei e aguardei por uns minutos, ela tenta uma sala para conversarmos e não tem nenhuma disponível. A entrevista foi realizada na sala de curativos da enfermagem, nos apoiamos em pé, ao lado de um balcão e ficamos frente a frente. Ao nosso lado havia uma pessoa sentada no computador digitando umas prescrições, o que não foi impeditivo para a entrevista. Não havia outra possibilidade, ofereci outro dia achando que ela podia se incomodar de estar em pé ou haver outra pessoa na sala, e ela disse que não, que estava tudo bem e começamos. Responde à questão disparadora diretamente contando de sua experiência, a entrevista transcorre bem, ela traz várias vivências é curiosa e envolvida com o trabalho. Essa entrevista quebra a hipótese de que o pessoal que trabalha em radioterapia e quimioterapia não tem muito tempo, espaço e envolvimento para conversar com as pacientes. Foi uma entrevista que me fez refletir tanto a questão das diferenças individuais das enfermeiras no cuidado, e também porque conversamos 1 hora em pé, sem ela se incomodar ou ter pressa de ir embora. Também, por trazer a questão cultural do Projeto Rondom, de como a sexualidade foi abordada nessa experiência, pois cita que lá é preciso quebrar preconceitos e tabus, pois na tribo em que foram assistir, os homens possuem cerca de três mulheres cada, com respectivos filhos de cada, e todas as crianças sabem que são irmãs por parte de pai e brincavam juntas. E, que para isso, ela precisou adaptar o roteiro de contracepção que pretendia trabalhar, pois era algo

natural do ambiente deles e que coexistiam bem. Agradeci a disponibilidade e nos despedimos com um beijo no rosto.

Já caminhando para as entrevistas finais, encontrei com a enfermeira com quem agendei, pouco antes do horário, ela havia esquecido que marcou comigo, mas é bastante solícita, vamos para uma sala ao lado do postinho de enfermagem, ela avisa a equipe que vai se ausentar um pouco, pois está em um procedimento. Tranquila, ela responde à questão disparadora de forma direta, coloca sua experiência sem incômodo algum. Trouxe a preocupação com a sexualidade mais de forma preventiva, com as gestantes e as mulheres jovens que têm câncer e as consequências para a imagem corporal. Ela também refere existir um ambulatório de sexualidade no setor, guiado por uma médica. Achei interessante ela dizer que às vezes, encaminham as pacientes pra lá, é a primeira enfermeira que relata existir este ambulatório na cidade. Agradeço a disponibilidade e nos despedimos com um aperto de mão.

Em outra ocasião de coleta, a enfermeira está retornando do almoço, escolhe uma sala para conversarmos fora da sala da quimioterapia, é uma sala anexa, logo no corredor. É a sala de café dos funcionários, ela é cuidadosa com o barulho do exaustor e o desliga, mas também desliga a lâmpada e não há janela, então se ficasse ligado sairiam todos os ruídos na gravação, assim fizemos a entrevista no escuro, com uma fresta da porta aberta. Não hesita e responde à questão norteadora, enfrenta com um pouco de ansiedade, mas responde, apesar da falta de conhecimento, ela desperta para a importância do tema e pela pesquisa, pede uma devolutiva de resultados.

Cheguei à instituição no dia marcado, foi difícil e um desafio conseguir realizar esta entrevista e as demais referentes às enfermeiras do atendimento domiciliar, pois as profissionais quase não ficam na instituição e sim na assistência nos domicílios. Ela me cumprimenta com um sorriso e pede para aguardar um pouco, pois estaria vendo um local reservado para realizarmos a entrevista. Sentamos em uma sala de reuniões e iniciei a entrevista com a pergunta disparadora, ela me responde sem problemas, apenas fica insegura em saber se vai poder me ajudar. Ao longo da entrevista conta vários casos, com riqueza de detalhes e é visto seu envolvimento com o cuidado dos pacientes. Passado o tempo, ela conta do seu trabalho, as características e o quanto o serviço vem crescendo e traz contribuições valiosas do trabalho na intimidade do domicílio. Chega a emocionar-se quando fala do câncer de mama, com o receio de que aconteça em sua família, principalmente com as filhas, nesse momento pega na minha mão e chora...Aguardamos um momento, ela pede desculpa e conta que três funcionárias ali do setor já adoeceram de câncer recentemente, acolho-a e ficamos um pouco em silêncio. No geral a entrevista é muito boa, senti bastante à vontade com ela, e

também percebi o quanto ela é afetiva com o trabalho e conosco durante a entrevista. Ficamos cerca de duas horas conversando. Agradeci a disponibilidade e ela me agradece por ouvi-la e me abraça.

O contato com as enfermeiras que trabalham no atendimento domiciliar possibilitou mostrar nuances da intimidade na relação enfermeiro-paciente, que não são captadas dentro de uma instituição. Adentrar o domicílio, em especial o quarto do casal, e até presenciar a cena de banho de um paciente, é atitude de muita intimidade que me chamou a atenção nos cenários que estas enfermeiras habitam cotidianamente.

Esses foram alguns momentos vividos na coleta de dados, nos diferentes campos de assistência ao câncer de mama, registrados em meu diário de campo, que senti que seria importante compartilhar, pois trouxeram as nuances de cada encontro com cada uma das enfermeiras e o enfermeiro, traduzindo um pouco da intensidade que foi vivenciar a pesquisa, e que me auxiliaram na análise do material e na construção e discussão dos resultados da pesquisa.

Embora tenha percebido a falta de conhecimento teórico e técnico das enfermeiras com relação ao tema da sexualidade, elas, em sua maioria, se mostraram solícitas em colaborar com a entrevista e curiosas em aprender mais e poder ofertar um cuidado mais completo, pedindo muitas para serem avisadas caso exista algum curso de especialização ou capacitação voltado para a sexualidade nos cuidados da enfermagem.

6. ANÁLISE DOS DADOS

A confiabilidade e legitimidade de uma pesquisa empírica de cunho qualitativo dependem da capacidade de o pesquisador articular teoria e empirismo em torno do problema de pesquisa. Isso demanda esforço, leitura e experiência, mas fundamentalmente incorporar as referências teórico-metodológicas de tal maneira que se tornem lentes a dirigir o olhar, como ferramentas invisíveis a captar os sinais do texto (Duarte, 2002).

Para maior liberdade e segurança na análise, as entrevistas audiogravadas foram transcritas na íntegra e literalmente, respeitando a sequência e a forma como foram expressas as falas. O material coligido constituiu o *corpus* da pesquisa, o que possibilitou o trabalho de análise e interpretação.

Para sistematizar os resultados, utilizamos o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), o que nos possibilitou delinear os núcleos de sentido que emanaram dos

discursos das enfermeiras entrevistadas. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca obter a descrição do conteúdo da mensagem por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos, com indicadores (quanti-qualitativos), permitindo assim a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens.

Oliveira (2008) afirmou que os procedimentos podem variar em função dos objetivos da pesquisa, no entanto, as regras são necessárias para que se alcance a finalidade proposta e tenha valor científico, diferenciando-as de análises meramente intuitivas. A análise de conteúdo permite acesso a diversos conteúdos explícitos ou não no texto, podem implicar o contexto político, moralidade da época, representações sociais, inconsciente coletivo de determinado tema e repertório semântico ou sintático de um grupo social ou profissional.

Existem alguns conceitos importantes que nos dão sustentação ao desenvolvimento da análise de conteúdo: objetividade (implica que a análise deve e pode ser verificada e reproduzida por outro pesquisador; sistematicidade (a análise abrange todo o texto e evita toda e qualquer seleção arbitrária que retenha apenas os elementos de hipótese do pesquisador); conteúdo manifesto (trata-se de eliminar todo o conteúdo *a priori* e abordar apenas o conteúdo manifesto no texto); unidades de registro (é a segmentação do conjunto do texto que contém uma assertiva relativa ao objetivo do estudo); unidades de contexto (são segmentos de mensagens cujas dimensões são maiores e fazem referência às unidades de registro); construção de categorias (é a operação de classificação dos elementos participantes de um conjunto, iniciando pela diferenciação e seguida por reagrupamento conforme o sentido construído e o conjunto de critérios); análise categorial (considera a totalidade do texto de análise passando pela quantificação e classificação, segundo presença ou ausência de elementos, conhecido como método de gavetas ou rubricas significativas; inferência (operação lógica em que se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outra já aceita como verdadeira) e as condições de produção (implica a compreensão da superfície dos textos e dos fatores que determinam essas características, deduzidos logicamente por meio da correspondência entre as estruturas) (Oliveira, 2008; Minayo, 2012).

Analisar entrevistas que costumam ser longas é uma tarefa que exige dedicação e cuidado com a interpretação, tanto na construção de categorias como na extração de trechos que confirmem ou não suas hipóteses. Entre os assuntos que são ditos, muitos são subjetivos, pois se tratam do modo como aquela pessoa observa, vivencia e analisa seu tempo histórico, seu momento e meio social, assim sempre são possíveis muitos pontos de vista na pesquisa. Dessa forma, tomar depoimentos como fonte de investigação implica extrair daquilo que é

subjetivo e pessoal, representações que nos permitem pensar a dimensão coletiva, na qual a lógica das relações que se estabelecem no interior dos grupos sociais, em que o entrevistado participou em determinado tempo e lugar (Duarte, 2004).

Nosso material foi submetido à Análise de Conteúdo na modalidade temática (Oliveira, 2008; Minayo, 2008, 2012) que buscou ultrapassar o alcance descritivo da mensagem, os conteúdos manifestos até alcançar os conteúdos latentes, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.

Em seguida, utilizamos o referencial teórico dos roteiros sexuais de Gagnon e Simon (2005), para dar suporte à construção e análise dos resultados, em que os conteúdos foram categorizados, conforme predominância, nos três níveis de roteirização da sexualidade, a saber: os cenários culturais, o nível interpessoal e o nível intrapsíquico ou da subjetividade. Entendemos que esse fundamento teórico foi capaz de proporcionar a compreensão das representações de sexualidade dos profissionais de saúde, a partir de sua inserção como sujeitos sociais, e o que os mesmos destacam sobre suas percepções das relações de cuidado nos contextos socioculturais.

Os dados foram organizados em eixos temáticos e suas categorias, levando-se em conta a variedade e regularidade das respostas e os padrões convergentes de conteúdo dos relatos. Fazer uma análise temática implica em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto visado. Para tanto, foram seguidos os passos metodológicos recomendados pela literatura (Oliveira, 2008; Minayo, 2008, 2012):

1) Pré-análise (realização de leituras flutuantes e exaustivas de cada entrevista, organização do material e sistematização de ideias e eixos estruturantes que constituiram o *corpus* da análise final);

2- Exploração do material (categorização de dados, a partir de expressões ou palavras significativas que dão origem a unidades de registros, por similaridade dos conteúdos);

3- Tratamento dos dados obtidos e interpretação (tratamento de dados e interpretação dos significados dos conteúdos temáticos com base no referencial teórico assumido pela pesquisadora, podendo também abrir caminhos para novas dimensões teóricas e interpretativas).

O processo de categorização teve início com a retomada dos objetivos da pesquisa, buscando compreender como a sexualidade é colocada na prática profissional dos enfermeiros (as). Foram inicialmente encontrados cinco grandes eixos temáticos: 1. Conceitos de sexualidade; 2. Comunicação da sexualidade na prática profissional; 3. Estratégias de cuidado

implementadas pela Enfermagem; 4. Perspectivas de gênero no cuidado da enfermagem; 5. Interdito da sexualidade e as barreiras culturais, apoiadas no referencial de literatura sobre sexualidade, câncer de mama e a atuação da enfermagem que foi sistematizada concomitantemente à categorização.

Foi discutido no grupo de pesquisa que lêssemos as entrevistas e buscássemos encontrar categorias que tivessem relação com as questões de investigação da pesquisa, mas que também nos atentássemos para a formulação de novas categorias que compusessem a análise temática. A categorização e análise caminharam juntas, desde as primeiras impressões nas entrevistas, até conseguir um aprofundamento suficiente para a interpretação dos dados, utilizando o referencial teórico dos *scripts* sexuais de Gagnon e Simon (2005).

O processo teve algumas etapas: primeiro realizei as leituras e categorizações individuais de cada entrevista, buscando apontar os relatos singulares de cada participante. Concomitante a esta tarefa, foram identificadas confluências e divergências nos discursos das 32 entrevistas, construindo uma lógica de categorias e possíveis variações dos discursos dentro de cada categoria. Com esses primeiros achados, fiz uma discussão com o referencial teórico, buscando compreender e aprofundar a lógica em que se apoiava cada um dos fragmentos das falas. Após essa grande etapa, lancei o olhar para a lente interpretativa dos *scripts* sexuais.

A teoria dos *scripts* sexuais pode ser utilizada de diversas maneiras, dependendo do problema investigado. A pesquisa pode abordar um ou mais tópicos dos *scripts* sexuais, dando ênfase naquele que melhor exemplifique a dinâmica de interação entre eles (Gagnon, 2006). Nesta pesquisa optamos por utilizar os três níveis dos *scripts* sexuais, organizados conforme a predominância, embora entendêssemos que os três contribuem de diferentes maneiras e mantêm uma relação entre si.

Os cenários culturais envolveram tantos os conceitos de sexualidade como a visão do adoecer de câncer que os participantes possuem, compostos também pela perspectiva de gênero no cuidado e pelas barreiras culturais a partir da introjeção do panorama cultural no qual foram formados e estão inseridos. Os *scripts* interpessoais compõem os relacionamentos estabelecidos entre profissional e pacientes, abrangendo a comunicação interpessoal e as estratégias de cuidado utilizadas nas interações entre os atores. E os *scripts* intrapsíquicos ou da subjetividade do profissional compõem-se pelo interdito da sexualidade no cuidado, as barreiras e as posturas pessoais na abordagem da sexualidade, como veremos mais detalhadamente no capítulo seguinte.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados de uma pesquisa qualitativa sempre serão resultado da ordenação do material empírico coletado/construído no trabalho de campo, descrito em detalhes e que passou pela interpretação dos fragmentos dos discursos dos entrevistados, organizados em torno de categorias ou eixos temáticos e do cruzamento deste material com as referências teórico-conceituais que orientam o olhar do pesquisador (Duarte, 2004). Partindo desses princípios, os resultados foram construídos utilizando o material coletado com 32 entrevistas, organizados em três níveis de roteirização sexual, com o intuito de apresentar como a sexualidade foi colocada na prática profissional dos enfermeiros (as).

A linguagem não traz a experiência pura, pois ela vem organizada pelo participante por meio da reflexão e da interpretação num movimento simultâneo em que o narrado e o vivido por si estão entranhados pela cultura. A vivência de cada pessoa sobre o mesmo episódio é única, depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história. Embora pessoal, a experiência tem como suporte as características do coletivo em que a pessoa vive e as condições de interação em que ela ocorre. Assim, o que é comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências vividas pelas pessoas em um determinado contexto temporal (Minayo, 2012). Para tanto, agrupamos as categorias construídas por meio das diferentes variações de discursos dos participantes sob três grandes lentes: os cenários culturais, os *scripts* interpessoais e os *scripts* intrapsíquicos ou da subjetividade do enfermeiro (a).

Os resultados foram construídos em eixos temáticos organizados nos três níveis de roteirização conforme a predominância:

Cenários culturais: A) Conceitos de sexualidade: sexualidade como ato sexual e aspecto a ser medicalizado; sexualidade como prerrogativa de jovens; associada à imagem corporal e ao autoconceito; sexualidade surge no paradoxo: vida x morte e sexualidade: decisão médica. B) Relações de gênero e C) Barreiras culturais.

Scripts interpessoais: D) Comunicação da sexualidade e F) Estratégias de cuidado.

Scripts intrapsíquicos ou da subjetividade: G) Interdito da sexualidade: as barreiras e posturas pessoais no cuidado seguem a estruturação na tabela abaixo.

Tabela 3 – Estruturação dos resultados segundo a Teoria dos *Scripts* Sexuais

RESULTADOS	CATEGORIAS	Variações dos discursos
	Conceitos de Sexualidade	1-Ato sexual e aspecto a ser medicalizado 2-Prerrogativa de jovens 3-Imagem corporal 4-Paradoxo: vida x morte 5-Decisão médica
1. CENÁRIOS CULTURAIS	**Gênero**	1-Cuidado conforme o gênero 2-Diferença de gênero 3-Violência de gênero 4-Gênero normativo para o casal
	Barreiras Culturais	Formação Estereótipos e tabus
	Comunicação da sexualidade	1-Não comunicação da sexualidade no cuidado 2-Negação da sexualidade 3-Fragmentada 4-Acolhedora e Integrada
2. *SCRIPT* INTERPESSOAL	**Estratégias de cuidado**	1-Distanciamento e Negação 2-Refúgio na técnica 3-Delegação 4-Empatia no encontro Assumindo as dificuldades
3. *SCRIPT* SUBJETIVIDADE	**Interdito da sexualidade**	1-Barreiras e posturas pessoais no cuidado

7.1 CENÁRIOS CULTURAIS

Os cenários culturais constituem-se pelos guias de instruções que existem no plano coletivo e as pessoas os seguem por compartilhar de seus preceitos, abrangem representações culturais existentes nas instituições que socializam as pessoas de um modo geral, como: famílias, escolas, religiões e grupos organizados. Nesta pesquisa podemos pensar a conceituação que os profissionais da enfermagem fazem acerca da dimensão da sexualidade como uma representação coletiva que circunda no grupo de enfermeiros, advindos em parte de sua vivência no grupo pessoal, grupo familiar em parte de sua formação acadêmica ancorada no modelo biomédico.

Conceitos de sexualidade

A sexualidade foi conceituada pelos enfermeiros (as), por meio de seus discursos em diferentes variações: sexualidade como ato sexual e aspecto a ser medicalizado; sexualidade como prerrogativa de jovens; associada à imagem corporal e ao autoconceito; sexualidade surge no paradoxo: vida x morte e sexualidade: decisão médica.

Sexualidade: ato sexual e aspecto a ser medicalizado

As enfermeiras analisaram a questão da sexualidade humana definindo-a no conceito de ato sexual. Percebem que as pacientes endereçam suas demandas no momento da assistência, relatam as preocupações mais frequentes como: os efeitos das medicações na libido, a crença na possível transmissão do câncer durante o ato sexual e ainda o fato de a paciente não apresentar sexualidade por não ter tido relações sexuais durante a vida.

> *"Ela morreu virgem...então...assim...eu não tenho como te fala...da sexualidade dela..." (Enf°11, solteira, 24 anos).*

> *"...sexualidade...principalmente se ele tem vida sexual ativa...porque quando acontece...a quimioterapia...a vagina...pode ficar um pouco mais ressecada...então eu preciso orienta...e o homem pode perde a libido...a mulher também pode perde...a libido...então nós temos que orienta...olha você pode perde a libido perda de seu apetite sexual né." (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

As orientações fornecidas pelos enfermeiros figuram no campo dos cuidados técnicos, para melhorar ou prevenir o ato sexual, como o esclarecimento da possibilidade de ressecamento vaginal, perda da libido para os parceiros e a possibilidade de contágio por fungos durante o ato sexual, o que pioraria o quadro de resistência da paciente no tratamento. Outro fator que a enfermagem comumente se preocupa em assistir a paciente com câncer de mama é a questão do ato sexual vinculado à reprodução e à maternidade. Há frequente preocupação com a gravidez durante os tratamentos e a posterior amamentação, principalmente nas pacientes em idade reprodutiva, o que indica mais um ponto dos cuidados à sexualidade vinculados aos cuidados curativos, comum ao modelo biomédico, aplicados na saúde.

> *"Orientamos em relação à atividade sexual, aos cuidados com a saúde, com o prazer,a gente conversa sobre essas coisas né... quando o paciente sinaliza que precisa ou que quer ouvi sobre isso... às vezes já tem muitos filhos...e aí às vezes entra por esse canal de como fazer a prevenção de uma gravidez durante os tratamentos..."(Enf° 28, casada, 46 anos).*

Pouco é discutido sobre a sexualidade na assistência à saúde, conforme os discursos das enfermeiras. Nesta pesquisa a sexualidade é tratada como um aspecto a ser medicalizado com vias de melhorar a impotência sexual e a falta de libido decorrentes dos tratamentos, sejam mutilatórios ou não, e otimizar a vida sexual com intuito de melhorar a qualidade de vida.

A medicalização é descrita, nas ciências, como o processo pelo qual os problemas não médicos passam a serem definidos e tratados como problemas médicos, em termos caracterizar doenças e distúrbios como patologia. É feito uso da linguagem médica para entender, classificar e tratar o adoecimento, levando ao controle social dos organismos, desde doenças como a epilepsia, o alcoolismo, as deficiências, as disforias de gênero como o trasnsexualismo, a doença mental até as questões femininas da tensão pré-mesntrual (TPM), parto e menopausa (Conrad, 1992).

A postura profissional é de não questionar o paciente e nem fornecer orientações adicionais no que tange a aspectos psicossociais.

> *"Olha os nossos pacientes aqui eles não costumam relatar muito não tá... eles são principalmente as mulheres. Os homens às vezes eles perguntam se a gente tem amostra grátis de viagra, de... né, como chama aquela outra medicação que eu esqueci, sempre esqueço. Bom, Eleva, agora muito difícil isso, questionarem a gente ou colocarem. A gente também não questiona muito não, não entra em detalhes com eles. Fica meio que assim..." (Enf°3, solteira, 28 anos).*

Outro aspecto comum nos discursos sobre sexualidade aparece relatado negativamente pela profissional que elenca uma parte dos tratamentos de câncer e suas possíveis adaptações, marcadas pelo determinismo biológico e deixa de perceber a singularidade do adoecer e suas irregularidades que podem surpreender até mesmo o paciente. Nesta postura, a voz da paciente é anulada pelo poder médico-científico que divide a paciente em sintomas característicos do câncer, a serem feitas intervenções cirúrgicas pela Medicina, traduzindo um discurso marcado pelo poder sobre o corpo e a pessoa que fica destituída de significar suas vivências e escolher seus tratamentos. Nesse ponto, podemos relacionar o modelo biomédico hegemônico com sua enorme influência no cotidiano das enfermeiras, na medida em que o cuidado centrado no corpo e suas práticas são divididos por especialidades médicas.

> *"então se você pensar num paciente de câncer de cabeça e pescoço...que vai ficá traqueostomizado...se você pensar num paciente...com câncer de intestino...que vai ter uma colostomia....se eu pensar em um paciente da ortopedia...que vai sofrê uma amputação de membro...um paciente de câncer de próstata...que vai ter problema com ereção..."(Enf°5, separada, 32 anos).*

Enfim, temos o conceito de sexualidade tratado pelo profissional com a necessidade de existir limites para que seja exercida dentro de parâmetros da normalidade, caso contrário poderia se caracterizar como um distúrbio sexual, uma patologia que acarretaria a compulsão da pessoa não conseguir viver sem o ato sexual. Este também representa um discurso atrelado à antiga Medicina e à medicalização que conceituava a diversidade sexual como patologia.

> *"só que nós temos que tomar cuidado...porque tudo que é em excesso...tudo que extrapola...faz mal...não é?...como existe muitos distúrbios sexuais...aí...então...é bom...mas tem que ser .feita com cautela...pra não extrapola.. vamo supor assim...uma pessoa compulsiva que não consegue viver sem sexo né?...seria uma compulsão...algo em excesso...seria um distúrbio...isso...esse você toma pela patologia...já...né?" (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

A medicalização busca pela definição do bom funcionamento sexual, dimensão apoiada pelas disciplinas da Medicina e Psicologia que assumem um papel essencial na explicação da sexualidade contemporânea. São disciplinas que produzem descrições técnicas, elaboradas da atividade sexual, fisiológicas ou psicológicas, permitindo novas abordagens, centradas na normalidade. A medicalização faz parte de uma medicalização social que constitui em atribuir uma natureza médica a representações, práticas e problemas. Com a medicalização também são ampliados os cenários culturais, em que as pessoas sentem-se mais apoiadas na solução dos problemas relativos à atividade sexual, com resoluções fisiológicas para impotência e frigidez (Bozon, 2004).

O discurso predominante da sexualidade enfoca o ato sexual, ignorando as expressões de orgasmo, prazer e o erotismo intrínsecos. A concepção de sexualidade voltada para a reprodução humana e os conteúdos de Psiquiatria com enfoque no adoecimento mental continuam a ser replicados na formação do enfermeiro, ancorada na formação médica, hegemônica e reprodutora de conteúdos para outras especialidades da saúde. E, com isso, frequentemente os profissionais enfrentam situações complexas quando a sexualidade é problematizada na prática como resultado dos valores e crenças envolvidos nas diferentes formas de viver a sexualidade em cada cultura, abrindo um abismo no relacionamento com os pacientes. Apresenta-se um antagonismo, de um lado temos os conhecimentos técnico-

científicos avançados e adquiridos na formação profissional e de outro uma população que carece de uma compreensão social e cultural de suas vivências sexuais (Urbina & Soto, 2013).

Para compreensão da medicalização do ato sexual e do corpo, é importante entender suas origens e anseios, bem como seu contexto sócio-histórico. Para tanto Giami (2007a) destacou as três principais etapas do processo de medicalização da sexualidade: a aparição e difusão da contracepção oral, o desenvolvimento da epidemia da Aids e a emergência de novos tratamentos farmacológicos dos distúrbios sexuais.

Lembrando que os estudos da medicalização direcionaram seus interesses para a análise e insinuação da intervenção política da Medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição de comportamentos adequados à saúde, o que resultaria em indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos (Conrad, 1992). O século XVII presenciou o nascimento da Medicina moderna e da higiene, como o início da intervenção médica na intimidade das pessoas, possibilitando com que os profissionais de saúde e educadores se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males (Gaudenzi & Ortega, 2011).

A medicalização ocorre em três níveis distintos, o conceitual: a linguagem médica define a ordem e normaliza as questões sexuais; o institucional: as organizações adotam uma abordagem médica para os tratamentos ancoradas no modelo biomédico e por último, o nível de interação: define a interação médico-paciente, na qual o problema social é tratado com a prescrição de medicamentos (Conrad, 1992).

Historicamente a sexualidade encontra-se dessacralizada desde que se tornou objeto de pesquisas científicas objetivantes e naturalizantes. O recente desenvolvimento do termo função sexual que enfatiza as dimensões fisiológicas da realização da função erótica, independente da função reprodutiva. Esse conhecimento contribuiu para a definição de novas entidades clínicas, passando a dar lugar a tratamentos médicos inovadores aos órgãos sexuais, objetivando a obtenção do prazer e a manutenção do bem-estar, independentemente da relação do sexo com o sagrado, com o psiquismo, com a dimensão relacional e com o contexto social (Giami, 2007b).

Na cultura brasileira sobre a sexualidade, acrescenta-se, ainda, outra perspectiva que impulsiona o interesse na medicalização que é o corpo visto como capital e que a mídia ajuda a perpetuar entre as classes sociais (Goldenberg, 2010). Existe uma valorização extrema para determinado modelo de corpo como símbolo de riqueza a ser seguida e sinônimo de sucesso, talvez mais desejada por camadas médias e pobres da população que interpretam o corpo

como veículo de ascensão social e também como um valioso capital no mercado de trabalho, no mercado do casamento e no mercado sexual. Este corpo comumente é identificado como magro, saudável, simétrico e musculoso, adquirido através de muito trabalho, sacrifícios e investimentos financeiros.

Ressel e Gualda (2004) alertaram, para os profissionais da saúde, que a compreensão do conhecimento de sexualidade deve-se estender muito além da limitada noção de ato sexual e enfoque corporal, salientaram que o cuidado da enfermagem deve abarcar aspectos referentes à intimidade, à privacidade e ao respeito, como sinônimos de proteção às suscetibilidades da pessoa cuidada. Essa nova postura expressa o desejo de cuidar com ética, firmar um compromisso na relação com o outro que cuidamos, traduzindo envolvimento e empatia com os pacientes, valorizando sua dignidade e autonomia na escolha dos procedimentos de saúde.

Sexualidade como prerrogativa de jovens

A enfermeira fala em seu relato cheio de afeto, destacando os seios e o útero como dois símbolos corpóreos da sexualidade associados à reprodução e à maternidade. E ainda, coloca a importância da atenção às pacientes jovens em função da fertilidade e reprodução que podem ser afetadas pelos tratamentos. Essas colocações demonstram a visão da sexualidade evidenciada no corpo e no papel de mãe que a mulher ocupa, sexual e socialmente, portanto suas preocupações nos cuidados vão nessa direção.

> *"assim...a mama é o símbolo da feminilidade...né?...por exemplo...paciente...que trata aqui câncer de útero...por exemplo...é ali que se desenvolve o ser...né?...que foi gerado com bastante amor...de uma certa forma também...tá mexendo com a parte de sexualidade...muito provavelmente...agora não porque mais é senhora...né?...mas se for uma pessoa mais jovem...quer dizer...ela seria uma pessoa que assim não vai sê mais fértil vai tê uma série de consequências....né?...a partir desse...dessa questão...da problemática toda..." (Enf°7, união estável, 59 anos).*

As enfermeiras percebem a sexualidade como uma dimensão muito importante às pacientes jovens, sendo esta camada da população considerada a sexualmente ativa, com a função sexual e a reprodutiva preservadas. Entendem, também, a necessidade de recuperação da imagem corporal por meio da reconstrução das mamas, após a mastectomia.

> *"...mas nas pacientes mais novas principalmente, elas sentes muita falta, por exemplo a paciente que fazia a masté, nem que fosse uma pontinha (gesticula mostrando os seios), nem que fosse alguma coisinha, eu queria aquilo...A nova ainda tem muita preocupação*

> *com a questão, a mais velha era não, era só essa coisa assim: ah é só lá embaixo e acaba com a história." (Enf°1, casada, 48 anos)*

> *"não é só porque caiu o cabelo...não é...então ela se sente menos mulher...ela se sente é uma mutilação mesmo...né?...principalmente nas mulheres mais jovens...às vezes...essa aceitação pelas mulheres...de determinada idade...de terceira idade...seja diferente...mais muitas delas até lidam muito bem...com a situação...principalmente as mais velhas...né? essa questão da sexualidade...a gente muitas vezes sabe...que a pessoa...principalmente... as pessoas mais jovens...que são sexualmente ativas..."(Enf°10, casada, 35 anos).*

As enfermeiras conceituam que as pacientes mais jovens podem estar à procura de um novo relacionamento afetivo e sexual, por isso seria tão importante a preocupação com a boa imagem corporal como garantia de um bom funcionamento sexual, como se este atributo fosse prerrogativa somente de jovens, é uma visão estereotipada porém compartilhada na classe profissional em sua maioria.

> *"as mais jovens elas ainda estavam em busca de novos relacionamentos... encontrar...alguém...e de tê alguma coisa...com alguém...né?...eu tinha pacientes que frequentavam casa de show...mas que iam lá dançá...encontrá gente...saiam...arrumá um companheiro..."(Enf°15, divorciada, 60 anos).*

Os mais idosos na visão delas não se preocupariam tanto com a imagem corporal na sexualidade, pois não estão focados na função sexual, em especial no órgão genital feminino, sem a necessária participação ou tendo menor importância de outras partes do corpo como o seio. Representam no imaginário o estereótipo que esta parcela da população não mantém relações sexuais, porque não existe mais o intuito da reprodução. No entanto, essa visão é contraditória, pois durante o exame corporal pelos cuidados da enfermagem, as mais idosas tendem a cobrir o corpo ferido pela mastectomia, de forma a preocupar-se com sua intimidade na relação com o profissional.

> *"...teria que orientar...mas...só que muitos pacientes...preferem não entrar...nesse mérito...principalmente de uma faixa etária...vamos supor assim a partir dos quarenta anos...mais ou menos...quarenta e cinco anos...pra frente...idoso nem...questiono...elas não respondem...às vezes você quer ir fazer um exame...na mama...ou no abdômen...elas puxam a camisola pra cima...abaixa só um pouquinho...pra mostra só aonde tá a lesão...pra não mostrá a mama..." (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

As enfermeiras relatam ainda que é mais fácil a aproximação da sexualidade com as pacientes mais jovens, tal postura paradoxal pode explicar a dificuldade em perceber, significar e comunica-se sobre sexualidade com quem não faz parte da parcela da população considerada jovem.

> *"os mais idosos eles são mais cautelosos no falar...no entrar nessa parte...da sexualidade...os mais jovens já não, como o sexo acho que tá começando cada vez mais cedo, os jovens né? a vida sexual cada vez mais cedo né? às vezes errada, às vezes aprende na rua ou na escola que a escola finge que ensina, insiste que aprende...né?(risos) então falá com os jovens é mais fácil do que com os mais idosos, é mais difícil você abordar o adulto do que o jovem" (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

É importante, neste ponto, contrapor a discussão com os dados da literatura. Esta aponta que, culturalmente, a questão da idade para a mulher é o fator que mais desperta preocupação, principalmente com o surgimento da menopausa e suas consequências físicas, importando sobre a vontade de ter relações sexuais. As mudanças anatômicas e da fisiologia sexual feminina podem se alterar com o passar dos anos, assim o desejo sexual e a frequência nas relações diminuem com a idade, embora o interesse no sexo continue e o potencial para o prazer sexual permaneça ao longo da vida das mulheres. A necessidade de amor, carinho e intimidade não sofrem alteração com a idade. O histórico sexual durante a vida, considerando seu interesse pela sexualidade e envolvimento com parceiros, pode determinar em parte seu interesse no processo de envelhecimento (Trindade & Ferreira, 2008).

Santos e Vieira (2010) descrevem que, com o processo de envelhecimento, o ser humano naturalmente vivencia mudanças corporais que ocorrem num processo gradual, e que muitas vezes essas mudanças estão relacionadas ao desempenho dos papéis sociais. Assim, no caso do câncer de mama, parte dos papéis femininos já foi alterada na vivência das mulheres mais velhas, mas que para as jovens podem causar grande impacto, como na interdição da maternidade ou perda do potencial produtivo. Por isso, é importante desenvolver pesquisas em diversos contextos socioculturais e nas diferentes fases do ciclo de vital da mulher para que possamos compreender alguns símbolos culturais que se fazem presentes na dinâmica da elaboração da imagem corporal, em especial quando os aspectos físicos que estão atrelados aos ideais de beleza são modificados devido à doença e a seus tratamentos, como no caso do câncer de mama.

O envelhecimento é comumente vivenciado com dificuldade pelas brasileiras em comparação com outras mulheres e culturas. O corpo valorizado é o jovem, produtivo e com alto potencial de atratividade sexual. Notamos que existe um abismo existencial entre o poder objetivo que as brasileiras conquistaram em diferentes domínios como a realização profissional, independência econômica, maior escolaridade, liberdade na vida afetiva e sexual e, de outro a miséria subjetiva simbolizada no concreto de seus corpos, tais como a

preocupação com doenças, excesso de peso, vergonha do corpo, medo da solidão por falta de parceiro e a sensação de invisibilidade que traz o envelhecer (Goldenberg, 2010).

Diante desse cenário cultural, a visão dos enfermeiros sobre o corpo da mulher com câncer de mama que não é mais jovem reproduz um ideário do corpo feminino que sucumbe à atratividade sexual e se isenta da sexualidade, seja pelo adoecimento ou pelo envelhecimento natural do ciclo vital, caracterizando a sexualidade estereotipada como prerrogativa de jovens.

Sexualidade associada à imagem corporal e ao autoconceito

A valorização dos seios como ícone da feminilidade é presente e de grande importância para compor a imagem corporal, a autoestima e a identidade da mulher na perspectiva das enfermeiras. A sexualidade aparece bastante marcada nos aspectos físicos, como o seio que já foi motivo de orgulho e agora resta escondê-lo. E dessa forma, relatam a limitação da sexualidade atrelada à falta de autoestima em função do corpo mutilado.

A imagem corporal e o autoconceito na visão das enfermeiras são dimensões que possuem uma ligação direta com a visibilidade que o parceiro possui das mulheres, em especial os homens. Aqui reforçam o estereótipo de gênero em que o corpo feminino se esforça para servir o masculino, e que o valor da mulher e o sentimento de bem-estar dependem da aprovação masculina.

Rocha-Coutinho (2004) explicou que, hoje, as mulheres fazem escolhas nos relacionamentos, no entanto, ainda oscilam entre o direito de exercer sua sexualidade e a necessidade de se manter dentro da imagem corporal idealizada de mulher. As diferentes posições entre homens e mulheres assumidas em relação à sexualidade são justificadas pelas antigas versões naturalistas da sexualidade que marcam certas características masculinas em oposição às femininas.

> *"sexualidade eu acho que é vida, é tudo, eu acho que faz muito parte de todas nós, na hora que a gente se veste, que se troca e que se olha no espelho, a gente está se vestindo pra gente, pros outros, pros homens, pra chamar a atenção, pra ficar bem, pra se sentir bem." (Enf°1, casada, 48 anos).*

> *"tem...porque autoestima...né?...do paciente...cai a autoestima...você não tem vontade...de ter relação...você perde, você fica meia...não é?...você num tem, como que vai ter sexualidade...se você não tem nem autoestima?..."(Enf°9, casada 35 anos).*

Esses signos do feminino que dão visibilidade social à doença fazem a mulher se sentir diferente, estigmatizada e por vezes diminuída no ser mulher. Como reação usual, a mulher

com câncer de mama recorre a subterfúgios escondendo o corpo, como forma de mascarar a realidade que tanto a incomoda, na tentativa de acreditar que é e está saudável. Também com a vivência do adoecer as mulheres podem vir a mudar seus roteiros sexuais, com alterações no cenário sexual, como o exemplo de apagar das luzes e encobrir o corpo com a camisola.

> *"Muitas reclamavam assim: na hora de fazer sexo com meu marido, praticamente todas falavam isso, só faço de luz apagada, não gosto de luz acesa, eu faço de camisola.. Sexo é você estar inteira ali e não com medo de alguém ver uma parte do seu corpo. É a mesma coisa da história da gorda, ela não tira a roupa. Muitas vezes para fazer sexo porque ela não quer que seu marido, que seu parceiro visualize seu bumbum enorme" (Enf°1, casada, 48 anos).*

> *"mais assim...aqui na questão nossa talvez é mais assim a questão de é o físico mesmo né? que a pessoa acha que não tá legal...que tá faltando alguma parte dela foi...extinta...que até um certo momento...era motivo de orgulho pra pessoa e depois daquele momento é um negócio que ela vai tê que esconde literalmente...esconde...pra que os outros não vejam...e tentá apagá um pouco dela também...né? "(Enf°7, amasiada, 49 anos).*

As enfermeiras relatam na medida em que a paciente busca melhorar o aspecto físico, cuidando do peso ou fazendo a reconstrução mamária, são alcances que trazem um sentimento de bem-estar ligado diretamente à concepção do autoconceito que pode melhorar a autoestima, o que a faz a paciente ficar bem e refletir em outras dimensões da própria vida, no entanto, tal postura reforça a sexualidade ligada à imagem corporal.

> *"eu percebo uma busca nelas...de ficarem mais bonitas... se ela era gordinha...agora ela já emagreceu dez quilos, fez acompanhamento nutricional...então...ela fez reconstrução da mama...então...se percebe...ela não fala...mas no seu dia a dia com ela...você percebe...que isso é uma busca dela até por conta da sexualidade também...mas ela não falava diretamente com a gente da enfermagem..sobre isso...então...num sei como era antes...mas a autoestima...dela...conforme ela foi buscando...terminou o tratamento...o cabelo cresceu aí...ela...sabe? ela foi melhorando...melhorando...agora ..."(Enf°11, solteira, 24 anos).*

Duarte & Andrade (2003) explicaram que cada mulher possui uma representação mental do próprio corpo, estando diretamente vinculada à percepção de si no mundo e compondo-se dos aspectos fisiológicos, psicoafetivos, cognitivos e relacionais. Dessa forma, a imagem que fazemos de nosso corpo é construída e "des-construída" ao longo da nossa vivência, a partir de experiências com o mundo exterior. Assim, mudanças na imagem corporal implicam diretamente em sofrer com o câncer de mama e em decorrentes mudanças na autoimagem que podem vir a afetar a sexualidade das pacientes submetidas às cirurgias.

É válido lembrar que o sofrimento e as incertezas permeiam toda a trajetória da experiência do adoecer de câncer, pois o autoconceito que a mulher tem de si mesma como portadora de câncer, frequentemente, é pungente e doloroso, o que a faz esconder-se de si e do parceiro seja isolando-se das relações cotidianas seja durante as relações sexuais, estas são variáveis que comumente mudam seus roteiros sexuais. Esse momento crítico da vida exige a revisão de valores, expectativas, desejos, reformulando-se o projeto de vida e, no limite, dando lugar à construção de uma nova identidade.

A questão da visibilidade e da imagem corporal íntegra é tão forte que chega a chocar algumas profissionais. A perda da mama alterando a imagem corporal chega a ser mais forte que a percepção de que existe uma pessoa ali habitando essa imagem. Para a funcionária, enfermeira recente no setor, chega a ser tão traumático que ela sai da cena aos gritos e também não há um acolhimento por parte das outras atrizes sociais presentes. É como se todas se consternassem com a cena.

> *"Uma vez teve uma funcionária nova, e a paciente chegou em nós, a paciente acaba tendo muita intimidade e paciente chegou em nós levanta a blusa e mostra: olha o que aconteceu comigo! E quando a funcionária viu ela saiu gritando, então pra muita pessoas né." (Enf°1, casada 48 anos).*

Já neste recorte abaixo é possível notar que, após o choque emocional de perceber o corpo marcado pela falta da mama, a enfermeira sente certa admiração pela paciente. Neste caso ela consegue notar a pessoa e suas características que podem coexistir além do corpo mutilado, e este talvez seja outro choque. O estigma da doença é tão forte entre os profissionais de saúde que a enfermeira surpreende-se ao perceber o humor conservado na paciente, é como se fosse estranho a paciente não se comportar como alguém que sofre o tempo todo em que está em tratamento, pois no cenário do câncer é esperada a encenação do personagem enfermo por completo.

> *"eu nunca tinha visto, eu fiquei muito impressionada quando uma me mostrô, levantô a roupa assim eu vi...sem nada... eu me choquei...assim...pra ela não...ela falô porque eu tenho esse preenchimento aqui, óh...falando numa boa na hora qui eu vi...nossa...mi deu um frio assim nossa retinho sem nada com a cicatriz então... Eu fiquei chocada, ela tava levando super pelo menos aparentemente ela é uma pessoa bem divertida e assim aparentemente.tava numa boa com o enchimento..."(Enf°6, casada, 31 anos).*

Os profissionais compreendem que a sexualidade do paciente que adoece de câncer sofre alterações em função das perdas corpóreas implicando em mudanças nos papéis sexuais e sociais exercidos. Justificam que alterações em partes do corpo devido aos tratamentos

mutilatórios, seja pela mastectomia seja pela colostomia, terão influência direta na libido e no desejo de manter relações sexuais, incluindo a mudança no comportamento como a introversão.

> *"...falta uma parte de mim, eu acho que é uma coisa importante isso, na ostomia, é a mesma coisa, ah é complicado, nossa, como eu vou fazer, eu não vou transar mais, como que eu vou transar com essa "bolsinha". Porque não é uma coisa assim tão simples, como só a parte da mama, ou uma parte do intestino, né, às vezes uma pessoa sem orelha, ela vai ficar totalmente ali introvertida, porque como ela vai aparecer, né, pro mundo, ou pro outro parceiro" (Enf°1, casada, 48 anos).*

Algumas enfermeiras notam que os pacientes se afastam socialmente e afetivamente de suas relações, sofrem, adicionalmente, transtornos do humor com a necessidade de uso de medicações como suporte no enfrentamento, em que raramente encontram nas relações familiares.

> *"Tem umas que se afastam dos amigos, se afastam, deixam de fazer coisas que faziam antes, ficam mais dentro de casa isoladas. Tem umas que ficam depressivas, precisa usar a medicação, para essa depressão, como a maioria também. Muito difícil aquela que...tem uma ou outra que se une ainda mais com a família, com o marido que dão força né, mas a maioria não." (Enf° 2, casada, 38 anos).*

Há ainda a noção de que as mudanças ocorridas nos papéis sociais e sexuais dos pacientes são influenciadas no momento em que os pacientes são admitidos na internação hospitalar, ocasião em que são obrigados a despir-se, destituídas da escolha de vestimentas próprias. Notam a despersonificação que o paciente vive dos papéis sexuais no uso das "camisolas" em que o gênero fica tendendo para o feminino, aquele que carrega a marca cultural da fragilidade, que aceita as condutas e é passivo.

> *"...que o paciente chega no hospital, a primeira coisa que você fala pra ele é tira a roupa...entrou...no hospital...tira a roupa...se não conhece...o paciente...se não conhece a pessoa...né?...mas você dá pra ele uma camisolinha...com uma...aberta atrás...ridícula...aberta atrás...e amarra só no pescoço...né? e o toque...né?...entrou bastante a enfermagem toca demais sondagens vesicais então...é importantíssimo lidá...com essa sexualidade..."(Enf°12, solteiro, 36 anos).*

As enfermeiras informam, por meio de sua prática profissional junto às pacientes com câncer de mama, alguns dos fatores que dificultam o casal na retomada da vida sexual. Explicam que a sexualidade é afetada em decorrência de alguns fatores como: as perdas vividas durante os tratamentos envolvendo a imagem corporal, a queda dos cabelos e as limitações do braço afetado. Estes sinais denunciam também a visibilidade do câncer, que

para a mulher é de difícil aceitação, pois socialmente, significa a sua condição de ser doente, de incapacidade, de falta de autonomia e sentimento de menos-valia que consequentemente aplicam sua condição de fragilidade no meio social, fato este de desaprovação, visto que vivemos em um tempo que é valorizado o capital, o corpo saudável e produtivo, a autonomia e a integridade em nossa sociedade.

As enfermeiras referem nuances dessa condição enferma e de negação das dificuldades que vivem as mulheres com câncer nos tratamentos, que variam desde a falta de motivação para seguir em frente com a vida e com a sexualidade até a descrença total, sentindo que os tratamentos atrapalham a mulher.

> *"...de pacientes qui assim se recusaram a fazer uma mastectomia por conta da imagem...mesmo...da autoimagem então isso já apareceu, outras em relação a própria quimioterapia de não querê fazê a quimioterapia...por achá...qui é a questão também cai o cabelo...sabe?...elas trazem muito essas dificuldades...as limitações...do braço...da mastectomia...tudo isso parece que...atrapalha bem elas..."(Enf°5, separada, 32 anos).*

Marcas como essas parecem traduzir um feminino que tem de dar conta de enfrentar as facticidades do tratamento de forma onipotente com medo da desaprovação e do abandono do parceiro, sem compartilhar as fragilidades próprias do adoecer ou solicitar ajuda das relações afetivas. A morte parece ser o caminho que mais se presentifica na sexualidade desde as perdas corpóreas, passando pela desmotivação em viver, atingindo as relações afetivas com os parceiros. No discurso tecido pelas falas entrecruzadas das enfermeiras, o câncer ainda é considerado sinônimo da morte, terminando por gerar no imaginário da mulher sensações e reações emocionais negativas, como desistência, fracasso, rejeição de si própria e vergonha por ter adoecido.

Tal fato se agrava, segundo a enfermeira, quando as mulheres começam a tomar atitudes que parecem dissociadas dos sentimentos, como sair de casa abandonando a família e a relação com o parceiro, e às vezes fazendo uso do câncer como álibi que pode denunciar a fragilidade no laço sexual e afetivo anterior ao adoecer. Esses relatos são legitimados pelas enfermeiras como vivências comuns da sexualidade em seu cenário de trabalho.

> *"...quando ela descobriu o câncer de mama, já na primeira mama ela largou do marido, tem três crianças pequenas, ela largou dele, mas ele gosta dela, cuida dela. Então ele mora pertinho da casa dela, ela tirou a mama, largou do marido, está com as crianças, mas ele gosta dela, mora pertinho dela. Ele alugou uma casa pertinho da casa dela, ajuda ela com as crianças, ajuda ela em tudo, mas ela não quer saber dele, ela falou pra mim que ela não se sente mulher depois que ela tirou a mama. Ela não quer nada com*

> *homem nenhum, nem com ele e nem com outro, porque ela não se sente mulher, ela é outra pessoa hoje" (Enf°2, casada, 38 anos).*

Em uma cultura como a brasileira em que o corpo fica bastante exposto e é considerado um importante capital de atração afetiva, os prejuízos ocasionados pelo adoecimento ou envelhecimento, em especial da imagem corporal, podem ser vivenciados pela mulher como uma experiência grande de perda. Para as brasileiras, ter um parceiro fixo é considerado um capital marital, pois esta posse faz com que elas se sintam mais fortes, independentes e interessantes. Neste ponto a preocupação com a imagem corporal pelas enfermeiras é grande, pois é considerada um dos fatores de conquista e manutenção dos relacionamentos afetivos. A ausência do marido é constante motivo de queixas entre as mulheres, mesmo que elas tenham a imagem corporal aceita socialmente como o caso das magras e bonitas, a falta do parceiro é sentida com mais sofrimento que a falta da imagem corporal adequada, havendo relatos de inveja para com as pacientes mais gordas e velhas que possuem parceiros afetivos (Goldenberg, 2010).

Sexualidade surge no paradoxo: vida x morte

A sexualidade também revela os paradoxos próprios do cenário oncológico, por meio das narrativas das enfermeiras. Se por um lado toca-se na possibilidade de finitude como consequência do câncer, por outro, é possível perceber o nascimento da vitalidade e a autodescoberta da mulher fora do casamento e do adoecer. Apesar das adversidades vividas com os tratamentos do câncer e do próprio adoecer, a enfermeira percebe que a mulher apresenta vontade de viver a sexualidade, que se atualiza em sua nova identidade, de ser-mulher-com-câncer-de-mama. Sendo assim, não é preciso ter câncer para saber-se finito, porém viver o câncer parece ser um catalisador desse processo, possibilitando que a mulher saia da morte e transite para a outra esfera e, dessa forma, fazer a escolha de renascer para a vida.

> *"A paciente começou a ter um caso com o motorista que trazia ela. E ela me contou que no meio do caminho, a gente entra no mato, no matagal com o carro e transa ali, e disse a é? Hum e seu marido? Ela responde: Ah ele fala que já comprou o caixão pra mim mesmo, ele fala que já comprou o caixão e comprou mesmo, estava lá na casa dela". Eu pensei que pra ele estava sendo uma coisa boa e pra ela estava sendo uma oportunidade, não de trair marido, mas de ser feliz já que o marido já tinha comprado o caixão, ele estava desfazendo tanto dela". (Enf°1, casada, 48 anos).*

Os depoimentos das enfermeiras revelam a vontade de expressar a sexualidade por meio dos afetos físicos, com manifestações de beijos e abraços atrelados à percepção da morte, não só pelo câncer como pelas facticidades dos acidentes, mas por tomarem consciência da finitude humana, que as colocam para refletir sobre como têm ocupado sua temporalidade e despertarem melhores como pessoas. Nesse sentido, a enfermeira destaca sua relação com as pacientes que partiram e deixaram sua marca positiva de transformação.

> *"...agora eu tô trabalhando melhor...essa questão...entendeu?...mas eu via como uma perda sim...sabe?...mas agora eu tô vendo aqui...que as pacientes que se foram...elas num sabem o quanto elas fizeram bem comigo...sabe assim?...pra minha melhora"(Enf°8, solteira, 45 anos).*

Em outro espectro, a percepção da morte pode ser mais concreta, focada no corpo físico, a enfermeira olha para o corpo inanimado e fica identificada com sentimentos de pesar e passa a fazer uma reflexão da história de vida da pessoa e seus feitos, os sonhos partidos, os filhos e os afetos deixados.

> *"é muito difícil porque você vê...inanimado...ali...sabe?...começa a pensá...quantas coisas boas que ela fez...quantos sonhos ela ainda tinha...tendeu?...eu fico imaginando assim...sabe?...e o quanto os filhos vão senti falta dela..." (Enf°8, solteira, 45 anos).*

As enfermeiras apresentam também dificuldades em tocar na dimensão da sexualidade com pacientes que se encontram em cuidados paliativos ou na proximidade com a morte, que na percepção das enfermeiras já não possuem mais vida ali (Doyle & Daines, 2008). Significam o medo da morte que não terá mais vida e a partir deste ponto deixam de investir cuidados no referente à vida e à sexualidade. É uma postura equivocada e com falta de esclarecimentos acerca da filosofia dos cuidados paliativos, pois é notável que alguns pacientes mantêm a sexualidade preservada, quando não, aumentada, na ocasião de proximidade com a morte, é como se despertasse um último suspiro de prazer na vida antes do fim.

> *"porque ela realmente...não tinha...as outras pacientes...também...dos cuidados paliativos...também...nunca relataram nada...então eu creio que o medo da morte...essa paciente...ela tinha uma resistência de acreditá...que ela tava nesse processo...já...final...ela não queria muito...acreditá...nisso...ela não comia...e isso pra ela era terrível...ela não aceitava...ela achava que ela ia piorá...que ela ia sai dessa...então foi muito difícil...trabalhar com ela...nesses pontos de você sabe (sexualidade)...que ela nunca mais...vai viver novamente..."(Enf°11,solteira, 24 anos).*

Neste ponto, ajuda a compreender o fenômeno da sexualidade no paradoxo com a morte, pois as próprias pacientes por vezes se estigmatizam com relação à sexualidade. Golderberg (2010) investigou as diferentes nuances da sexualidade no envelhecimento feminino e encontrou pontos importantes a serem considerados quando se toca a sexualidade da mulher idosa que carrega o estereótipo de ausência sexual. A maioria das mulheres justifica em seus relatos a falta de parceiros, a invisibilidade e a aposentadoria do mercado afetivo e sexual. No entanto, esta foi considerada uma postura de vitimização das mulheres nesta faixa etária, que apontam destaque para as perdas, os medos e as dificuldades sexuais associadas ao envelhecer. Por outro lado, paradoxalmente, trazem a ideia de liberdade associada às mudanças positivas na vitalidade, conquistas, descobertas, amadurecimento, serenidade, tolerância, sabedoria, aceitação e cuidado maior de si mesma após os 50 anos. Nessa faixa etária, assumem o envelhecimento como uma descoberta, valorizando sua identidade pessoal que foi encoberta pelas obrigações sociais, em especial nos investimentos feitos no corpo pelos papéis de esposa e de mãe.

Sexualidade: decisão médica

São comuns cenários de poder no meio obstétrico e ginecológico no que diz respeito à saúde da mulher e à escolha dos melhores procedimentos pelos profissionais para a manutenção e a resolução da saúde. Ostermann e Ruy (2012) caracterizaram as consultas médicas como assimétricas, enfatizando as relações de poder na comunicação dos médicos durante o atendimento às pacientes. As perguntas nas consultas são propostas sempre pelos profissionais com vias a conduzir e controlar o atendimento, colocando as pacientes em posição de obrigatoriedade de resposta dentro do padrão esperado. Pouco ou nenhum espaço é dado à voz das pacientes que seguem o *script* determinado pelo médico. Constataram que nenhuma mulher se recusou a oferecer informações de sua vida em 144 consultas, percebemos então, além da obrigatoriedade, que estas mulheres também foram sujeitas à avaliação médica de suas respostas.

Nossos dados corroboram a literatura, em que há a percepção pelos enfermeiros ao predomínio do poder médico nas decisões de saúde da mulher com câncer de mama, bem como a falta de humanização no atendimento, que deixa de ouvir a voz da paciente e buscar compreender os sentidos de suas ações. Não existe uma preocupação em validar o conhecimento da paciente como parte da construção de seu processo saúde-doença, tão importante na adesão aos tratamentos e no curso da evolução da doença de modo geral. No

caso do câncer de mama, existe a preocupação com o equilíbrio psíquico da mulher e o conhecimento das consequências do desequilíbrio para o enfrentamento do adoecer, no sentido de buscar a melhora da qualidade de vida da paciente e seus afetos. Os profissionais da enfermagem referiram diferentes maneiras com que a sexualidade das pacientes, mulheres com câncer de mama, sofrem abuso do poder médico, assim como as profissionais mulheres.

Tradicionalmente, notamos as relações de poder vigentes no sistema patriarcal, que colocavam a mulher como subalterna e submissa ao homem, reduzindo a sexualidade feminina a posturas passivas e resignadas nos embates das relações sexuais e sociais. Essa redução por si só constitui uma situação de violência de gênero, a qual não é percebida igualmente por toda mulher, pois se trata de uma experiência subjetiva, não universalizante e que envolve determinados fatores culturais, econômicos e sociais (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

A enfermeira narra um episódio de reconstrução da mama, ocasião em que foi retirada da paciente a autonomia por expressar-se com relação à satisfação com o procedimento cirúrgico que sofreu, assim, foi exercido o poder médico justificando qualquer possibilidade de escolha da paciente. O direito de decidir pelo seu corpo lhe foi extirpado em nome da ciência médica.

> *"E ai quando ela fez, fez o cirurgião plástico, uma mama muito em cima da outra...Mas ela estava muito triste, aí eu pergunto o que aconteceu? Ela entra e fala aí eu quero te mostrar. Ai quando ela mostrou e disse: Olha isso ele pois uma mama lá em cima, isso é um horror, eu não quero. Mas eu perguntei e aí você não falou com o médico né, talvez ele vai levantar a outra e aí vai ficar as duas empézinhas. Eu falei com ele e ele disse que já estava bom demais, porque eu já estou com a outra mama, nós já fizemos muito por você, não era isso que você queria? Você não queria uma teta, ai. Mas eu também fiquei muito triste com o resultado, eu me sentiria, sempre me coloco no lugar da paciente, é horrível." (Enf°1, casada, 48 anos).*

Outra cena comum, baseada na avaliação racional e cartesiana dos médicos, é relatada pela enfermeira que presenciou o desfecho dolorido do caso da paciente, em que foi indicada a retirada da prótese de mama, pois esta encontrava-se queixosa e deprimida, e após o procedimento não foram resolvidos os sintomas da paciente, que acaba por tentar suicídio como última alternativa ao sofrimento vivido. Nesse ponto, percebemos que foi feita a avaliação na paciente de modo parcial, desconsiderando os aspectos subjetivos da paciente que poderiam ter levado ao risco de morte.

> *"...com a prótese...ela quis retirá...que ela achou qui os problemas que ela vinha sentindo...dores, ela associou...muitas coisas...que estavam acontecendo na vida*

> *dela...focando que o problema...era a prótese...ela:::...deixô...segundo a família...o médico...assim...numa situação que: ele...veio...a ponto de indicá...que ela retirasse...ela retirou a prótese...e depois...ela continuou...ela achou que tirando essa prótese...isso ia aliviá...metade dos problemas dela...e depois...ela percebeu que não era isso...i...ela chego...num estágio de depressão tão grande...que ela tentou o suicídio..."(Enf°10, casada 31 anos).*

E ao final desta categoria temos a citação referente ao ato médico, tão presente e de grande discussão atualmente. O profissional da enfermagem narra sua insatisfação com relação às posturas médicas onipotentes perante os demais ocupantes da equipe e desrespeitando as colegas de trabalho.

> *"então...tem sempre aquela não vamo falá disputa...mas aquela o médico sempre acha que é o melhor...né?...ele estudou mais porque ele pode...porque tem o ato médico...isso...então...é sempre rotulado...já vi médicos fazendo piadinhas...de enfermeiras" (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

Gênero como eixo norteador da Enfermagem nos cuidados

Cuidado da sexualidade conforme o gênero

A enfermeira imprime diferentes modos de comunicação no cuidado à sexualidade conforme o gênero, exemplificado no exemplo abaixo, ela percebe as dificuldade do casal, no entanto, com a mulher ela consegue ter mais abertura e intimidade no diálogo, já com o homem ela sente insegurança e prefere não conversar a respeito. As orientações versam sobre as limitações que a doença pode causar na sexualidade, são geralmente informadas à mulher, o que pode ocasionar uma responsabilidade unilateral pela dificuldade do casal no campo da sexualidade.

> *"Aqui eu sou obrigada, tem coisa que o paciente me traz, por exemplo vira pra mim e fala assim, ele tirou, ele teve câncer de próstata, ele tira toda a musculatura e o pênis não fica mais ereto. O médico falou, eu não estou conseguindo mais ter ereção e minha mulher chega perto de mim, ela quer, faz a parte dela mas eu não consigo ter ereção. Daí eu falo pra ele ter paciência, mas para esposa eu já abro o jogo. Pra ele não porque eu não tenho segurança nenhuma de conversar com ele sobre isso..." (Enf°1, casada, 48 anos).*

Neste exemplo ela descreve nuances do cuidado com as pacientes mulheres, que é preciso mais cautela, proteção, privacidade com a sexualidade, diferentemente com o homem, em que ela trata a sexualidade podendo ser mais despreocupada e natural.

> *"o homem pra ele ele acaba... ele age... como se fosse tudo natural então né? é onde você tem que ter mais cuidado em trabalhar isso com a equipe... não de uma forma geral... mas é do próprio homem... dele sê mais... né? ...e a mulher eu percebo ela mais cuidadosa, mais recatada, se preocupa mais em privar o paciente. Os homens muitas vezes... não na sua maioria... mas muitas vezes você percebe que ele assim...ele acha mais natural... que a mulher expor o corpo" (Enf° 18, casada, 44 anos).*

No recorte abaixo, vemos exemplificada a divisão do trabalho conforme o gênero, como forma de buscar a privacidade no cuidado e a neutralidade dos corpos com relação à sexualidade. Dessa forma, uma regra enfatizada pelas profissionais da enfermagem, sempre que possível é: *mulher cuida de mulher, homem cuida de homem*. Mas, como a maioria do contingente da enfermagem é composta por mulheres, elas acabam por prestar os cuidados também aos homens.

> *"Geralmente quem dava banho de leito nas mulheres era mulher...quem dava banho de leito em homem não...era...poderia ser tanto mulher como homem... mas nas mulheres... a maioria das vezes...era mulher mesmo...a não ser que a paciente tava sedada... entubada..." (Enf° 25, casada, 31 anos).*

Outra enfermeira explica a importância dessa segregação do gênero na prestação dos cuidados na enfermagem e narra sua experiência de constrangimento nos procedimentos de sondagem vesical no paciente do sexo masculino, em que ocorre a erotização durante o toque e ela não sabe como proceder, apenas se afasta, pois foi a orientação que recebeu durante a graduação, e a situação não é refletida em sua prática, apenas replicada.

> *"e aí você vai tirar sonda assim, às vezes, de homem mais velho e aí às vezes... faziam algum comentário que te deixava realmente constrangida e às vezes já teve algumas duas situações de ter homem com ereção...mas isso assim eu procurava ser o mais rápida possível pra terminar...sempre séria...pra assim... fazer aquilo... do jeito que veio ir embora..." (Enf° 23, solteira, 23 anos).*

Nos relatos das enfermeiras, fica claro o estereótipo de gênero no cuidado com o outro ou com o parceiro. Reforçam o cuidado ligado ao papel feminino, como sendo a mulher cuidadora, aquela que acompanha o enfermo. Ao longo da história o cuidado sempre esteve centrado na figura feminina associado à função reprodutiva, gestacional e maternal que são de

exclusividade da função sexual da mulher, como se este lugar biológico sobreponha culturalmente qualquer outro lugar social que ela venha a ocupar.

> *"Olha aqui é muito raro quando tem o homem, a mulher doente e o homem, é muito raro o homem acompanhar a mulher, é raro você ver o homem estar do lado dela. Agora o oposto tem assim, muito, muito, muito, muito. O homem doente, a mulher cuida, a mulher acompanha, às vezes paciente até terminal e a mulher está aqui do ladinho dele, bonitinha ali. O homem já não é recíproco não. Mais é a mulher companheira do homem, do que o homem companheiro da mulher, é o que eu vejo." (Enf°2, casada, 38 anos).*

> *"Vem fazer o tratamento sem ninguém...às vezes...acho que vem com uma amiga...ou irmã...eu não sei...mas...vem,é comum isso..." (Enf°6, casada, 31anos).*

As diferenças e desigualdades de gênero permanecem nas práticas cotidianas das enfermeiras e encontram legitimidade nos discursos subjetivos que naturalizam essas diferenças que tomam as propriedades biológicas de homens e mulheres como referências estanques: o forte, o viril, o dominador *versus* a frágil, a dócil, aquela que doa atenção. O papel feminino associado à abnegação e amorosidade é determinante para que a responsabilidade do cuidado seja delegada à mulher, como exemplo os cuidados do grupo familiar. Cabe-lhe a designação de acompanhar os doentes, pais e filhos, nos tratamentos da saúde, eventos da vida cotidiana, encontros escolares, entre outras atividades assistenciais e de atenção afetiva (Amorim, 2008; Coelho, 2005; Cortes et al., 2011).

O cuidado é uma atividade generalizada à profissão da enfermagem que tem por objeto de trabalho o cuidado do ser humano, da família e da sociedade e, em sua maioria, é um contingente feminino (Amorim, 2008; Lopes & Leal, 2005). Entretanto, no exemplo abaixo, fica clara a estratificação do gênero com o posicionamento do cuidado à paciente idosa conforme o sexo do profissional, o cuidado é direcionado desta maneira, com o intuito de garantir o respeito e pudor na relação profissional/paciente e, quando é necessário algum ajuste, por exemplo, inverter esta lógica afirmando que o homem possui mais força para ajudar determinadas atividades, isso é comunicado antes da ação e deixam a critério de escolha do paciente.

> *"Podendo direcioná...o atendimento das mulheres...com o plantão...né?...que...de funcionárias mulheres...a gente procura...principalmente com as pessoas idosas...tem muito pudor...né?...então a gente tem...disso...aqui sim...a gente...é...assim...em alguns casos a gente pede permissão pro o paciente...a senhora se importa...porque...às vezes...determinados casos precisa de alguém com mais força:::...não...não...me importo...então tudo bem...então a gente deixa a pessoa...decidi...né?...mas...nesses casos...principalmente mulheres...a gente percebe que tem até...vergonha...muitas vezes..."(Enf°10, casada, 35 anos).*

Neste ponto reafirmam o cuidado como atividade feminina na esfera doméstica, dos cuidadores familiares, em que as pessoas colaboram com parte dos tratamentos, fazendo os curativos quando necessários, geralmente são as mulheres que desempenham esta colaboração. Amorim (2008) afirma tal ocorrência como consequência da cultura patriarcal, na qual o elemento masculino tem exercido uma relação de poder sobre o feminino. Poucos são valorizadas, na sociedade, as atividades que dizem respeito ao contexto privado, tarefas estas que envolvem sensibilidade, carinho, afetuosidade que são consideradas, por excelência, femininas.

> *todas...elas cuidam...elas têm essa questão, cuidadoras na família...familiares...que ajudam...contribuem...então não é estritamente necessário...só quando for...que a gente interage nesse ponto...depois elas vêm aqui...os médicos tiram os pontos...vê se tá tudo bem...dá alta...arranca o curativo...mas a gente...fazê o curativo...nós não fazemos...elas que cuidam em casa...mas...quando precisa...a gente entra... auxilia...tudo...claro...mas toda semana...nunca tive problema com elas...a maioria ainda gosta...(Enf°11, solteira, 24 anos).*

A questão do cuidado centrado na figura feminina teve até agora, com efeito, a construção de um discurso homogêneo em relação ao sexo do profissional, associando o cuidado à dimensão do privado e das mulheres que ficavam em casa cuidando dos filhos, moribundos, idosos e parturientes. Não podemos afirmar uma rivalidade do sexo no interior do cuidado, entretanto, no imaginário social, o lugar de homens, certamente, não era dentro de um hospital cuidando. Trata-se de um universo, por excelência, feminino, na medida em que ele afirma questões de fragilidade, dependência, regressões e outras características vinculadas à continência feminina no cuidado. Portando, faz-se necessário um entendimento das relações estabelecidas entre homens e mulheres que prestam o cuidado, pois contribuirá para possíveis rupturas de estereótipos sexistas no seio da enfermagem que sofre um processo de naturalização do seu fazer, encarado como uma extensão das atividades domésticas exercidas por mulheres (Amorim, 2008; Coelho, 2005; Lopes & Leal, 2005).

Diferenças de gênero na sexualidade

O gênero é conhecido e demarcado, no discurso dos enfermeiros, em relação aos pacientes assistidos. Existe uma clara distinção acerca do que é adoecer feminino e do que é adoecer para o masculino, com características demonstrando os estereótipos de gênero bastantes presentes. Descrevem primeiramente o homem, em que a preocupação primordial na

doença é manter a função sexual preservada, embora reconheçam que eles deprimem em função do adoecer e dos tratamentos. Os profissionais têm a concepção de que para a mulher sexo e doença são separados, a preocupação da mulher se dá mais na subjetividade, ela se isola, é como se o fato de ter adoecido não permitisse que ela tivesse interesses sexuais. Para o homem, a sexualidade tem uma potência, uma questão hormonal que preservaria a vitalidade, mesmo adoecido.

> ***...*** *a pessoa se isola, a mulher principalmente ela separa totalmente, câncer e sexo pra ela, ela divide, pelo que eu converso com as pacientes até hoje, elas dividem, é algo da cabeça delas, ela vira outra pessoa, mesmo não querendo, ela sente que é algo mais forte na cabecinha delas, elas dividem assim, elas separam. Não teve nenhuma que falou assim, minha vida sexual continuou normal, nenhuma (Enf°2, casada, 38 anos).*
>
> *O homem né, eu acho até por uma questão hormonal, eles têm uma disposição né? Pra relação sexual, pra se exibir, para se preparar para o outro, para se abrir em experiências diversas (Enf° 30, casada, 35 anos)*

A enfermagem costuma direcionar o atendimento ao paciente conforme o gênero, para evitar constrangimentos, então pela lógica: a enfermeira mulher cuida de pacientes mulheres e o enfermeiro homem cuida de pacientes homens. É uma cultura que mantém silenciada a diversidade sexual, por exemplo, uma mulher homossexual poderia estar cuidando de outra mulher e não, isso não é cogitado, pois a diferença continua marcada no sexo biológico localizado no corpo. Segue exemplo abaixo:

> *...essa paciente dificilmente ela é abordada...ou tem que ser manipulada...exposta...por um funcionário...que não seja uma mulher a gente evita...por causa do constrangimento e não só, mas por....demonstrá...né?...mas também por estar na frente dum homem...mesmo sendo um profissional...mas...que então...a gente pensa nos dois lados...né? (Enf°10, casada, 35 anos).*

A enfermeira traz, no trecho a seguir, uma descrição de sua prática referente às caracterizações e influências do gênero feminino marcadas pelo seu ambiente de trabalho que é a proximidade com a maternidade. Talvez possamos inferir que essa proximidade não se dê somente pelo ambiente físico, mas a aproximação do discurso que nos inclina a questionar por que ela associa o feminino do câncer de mama às práticas da maternidade. A sua representação de sexualidade parece estar vinculada aos aspectos reprodutivos da mulher, priorizando uma condição social de mãe no gênero e preterindo o ser mulher e o ser profissional, principalmente quando os filhos são pequenos. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Spindola (2000) e Merighi et al. (2011).

> *"particularmente o andar onde eu fico...antigamente era maternidade...então...a maior parte dos funcionários são femininos...então...a gente tem uma sensibilidade...né?...e a gente se coloca muito...no lugar...né?...muitas vezes...em alguns casos...então...as pessoas...si sensibilizam...mais...eu acho...principalmente as mulheres..."(Enf°10, casada 35 anos).*

As enfermeiras já quando se referem às limitações do homem que adoece de câncer descrevem-nas referente à autonomia, na esfera das atividades ocupacionais, por exemplo o trabalho e as limitações cotidianas temporárias no que tange ao ambiente profissional e não tanto pela imagem corporal como no caso das mulheres.

> *"Modifica a estrutura de vida dele...modifica o trabalho...porque ele não vai trabalhar mais...modifica em casa...porque às vezes ela não vai poder fazer uma comida...porque não tá se sentindo bem...nem lava uma roupa...porque não tá legal...então..modifica completo...depois que eles vão passando até a se adaptar melhor...ao tratamento...eu percebo...uma melhora...entendeu?...eu acredito que melhore...em tudo" (Enf°11 solteira, 24 anos)*

> *"o homem você não se vê na situação de mutilado, de perder alguma parte do corpo... se ele tiver com a cabeça raspada tanto faz...entendeu? uma hora vai crescer...então, eu acho que o homem não passa tanto por essa situação" (Enf°23, solteira, 23 anos)*

A diferença de gênero aparece caracterizando a sexualidade afetada pelo adoecer de forma desigual para homens e mulheres, no trecho abaixo ambos sofrem mutilações em seus órgãos sexuais, no entanto, parece que a mulher é a mais lesada na situação, pois além da perda da mama, há a possibilidade de perda do marido, o contrário não é relatado nos discursos das enfermeiras.

> *eu acho importante principalmente quando o paciente vai passá por um processo de (prostatectomia) no homem...né?...vai tirá a próstata...vai perde a ejaculação...às vezes lesiona membros...adjacentes...e perde a ereção...então...é importante...abordá isso..pra mulher principalmente quando ela vai fazê uma mastectomia...radical...né?...vai perde a mama...porque mesmo...ela não sendo um órgão sexual ela faz parte da libido...principalmente masculina...e já ouvi casos...assim...nessa minha vida profissional...e o paciente chegá pra mim...e dizê...que o marido não procura mais...não quer mais... (Enf°12, solteiro, 36 anos)*

Existe uma crença cultural compartilhada para a diferença de gênero percebida pelas enfermeiras. Explicam que o paciente que já se encontra com o estado de saúde melhorado acaba por se expressar mais no âmbito hospitalar, no exemplo erótico passando "cantadas" nas enfermeiras.

> *"paciente fala ai gente vê assim...que eles falam você são tudo bunita...achei que eu ia vim aqui umas enfermeiras feia... os que descontrai...assim...que dá as cantadas...é os que tão melhor...que não tem dor...que já vem...faz uma quimio leve...talvez...que não dá tanto efeito colateral...pelo menos...é o que eu vejo..." (Enf°9, casada, 35 anos).*

> *"O homem ele vê muito essa parte ...que chamamos de um corpo bonito e ele já tem o tesão né? Vai e transa...e tá satisfeito, não interessa se amanhã ele vai ou não ter, eu acho que é mais o momento...e a mulher...fica mais a harmonia, o amor e o companheirismo" (Enf° 24, casada, 47 anos).*

A aproximação com a sexualidade no gênero masculino é evidenciada como facilitada pelo profissional. Já a sexualidade da mulher, segundo os participantes, envolve a esfera subjetiva, adentrando um universo mais profundo de sentimentos, dores, frustrações e transbordamento emocional, questões estas que necessariamente exigem um envolvimento maior do profissional e esforço pessoal em acolher as demandas, sendo considerada dificultada essa aproximação no caso das mulheres.

Para Ressel e Gualda (2004), o processo de cuidar de gêneros é bem mais complexo, significa entender que cuidar de um homem é diferente de cuidar de uma mulher, que cuidar de um homem é também diferente de cuidar de outro homem, porque cada um é um sujeito único, com uma história pessoal própria, com características físicas, mentais, espirituais, sociais e culturais individualizadas que exigem atenção e cuidados particulares, de acordo com as demandas singulares de cada pessoa.

Violência de gênero – abuso do poder

A violência de gênero surge praticada no cenário hospitalar dentro da própria equipe de saúde, onde são feitas piadas frente à orientação sexual da pessoa, fazem uso do estereótipo de que o enfermeiro do sexo masculino é gay, por ser uma profissão de origem feminina, e ainda, para a mulher há o estigma da erotização presente na figura da enfermeira, com as vestimentas de trabalho representadas de maneira sexualizada. A erotização algumas vezes escapa ao nível do discurso e fere os limites pessoais do corpo do profissional que sofre assédio sexual por parte do paciente.

> *"eu já vi que nem o pitibul...lessi...aquele enfermeiro é bravo...né?...gosta de tudo correto...é um pitbul...mas quer virar lessi...uma oncinha..esse pitbul...é lessi...ou essa coca é fanta...sempre tem sim...éh:::...não vamos tapar o sol com a peneira...sempre tem sim...essas piadinhas...de mau gosto...as que eu mais tive contato...são essas...até mesmo da equipe...pro enfermeiro...lidar com técnicos e auxiliares...às vezes você chega na*

> *equipe...ai:::...esse enfermeiro é um viado...né?...mesmo que você saiu...você ouviu...também...tem a enfermeira que vai usá...aquela máscara...o chapeuzinho da enfermagem...né?...aquele (biquíni) branco...com aquela toquinha...antiga...que as enfermeiras...usavam...” (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

> *“que tá mais exposto...a essa erotização do atendimento...porque...às vezes...acontece do paciente levá a mão na enfermeira ou no enfermeiro..eles verbalizam, chegam porque como eu sou o chefe da equipe olha o paciente lá me cantou ou pediu pra eu dar banho nele...pra mim esfregar a parte dele...né? ih eu tô te passando isso...porque vai que...pode inverter a situação...então...o profissional...se reporta ao seu superior...pra que ele não seja vítima éh não sai de vítima...porque...o paciente pode falá...que foi ele...que fez...isso” (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

Coelho (2005), em sua pesquisa sobre gênero, saúde e enfermagem, também descreve que preconceitos de gênero estão fundados na afinidade histórica das mulheres com o cuidar e restringem o envolvimento de homens na profissão, entretanto é notável que o aumento de homens tenha sido cada vez mais presente no cenário hospitalar, representando rupturas com estereótipos de gênero na enfermagem. Além da divisão sexual do trabalho na enfermagem, igualmente é instituída uma divisão social representada pela hierarquização da profissão em categorias: enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, estabelecendo-se também uma ótica de desigualdade, que termina por gerar abuso do poder pelas categorias mais altas, incluindo a esfera médica.

Estão presentes estereótipos de gênero também dentro da própria profissão. Entre os próprios colegas de enfermagem são feitas piadas em tom pejorativo e homofóbico. O estigma aparece dividido entre homem e mulher, caracterizando o profissional homem que se ocupa de ser gay e se for mulher, prostituta. São representações culturais comuns no cenário da enfermagem.

> *“Ah sempre tem...aquelas piadinhas...de mau gosto...ou não...né?...ou às vezes...não sei...a enfermagem tem um tom sexual...ai então às vezes...ai o fulano é gay, é viado...sempre tem essas piadinhas...de mau gosto...dentro da equipe...fofoca também...muita fofoca...eu não sei...a enfermagem...tem um tabu assim...ou o trabalho da enfermagem...ou é prostituta...se é mulher...se é homem...é gay” (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

Abaixo a enfermeira narra uma história em que a violência de gênero é marcada pelo poder masculino. A enfermeira foi confidente da triste história da paciente em tratamento que busca o refúgio e a proteção no serviço de saúde, pois sofria agressões por parte do parceiro íntimo. A mulher com câncer de mama que já sofre as agressões próprias do tratamento foi duplamente agredida neste caso e endereçou a busca de ajuda, orientação e proteção ao

profissional da saúde. Mais que acolher e trabalhar a sexualidade são estas as novas demandas, circunscrevendo a sexualidade no sistema de saúde, que vão exigir cada vez mais um posicionamento de um cuidado sistêmico e responsável por parte dos profissionais envolvidos na assistência.

> *...uma paciente com câncer de mama...que ela internava pra fazê quimioterapia...e aí quando ela chegava em casa...o marido batia nela...sabe?...Então ela relatava pra gente que não queria ir embora...tinha terminado a quimio...mas não queria ir embora...porque ela tinha medo de chegar em casa e encontrar o marido...então...eu num sei...num:::...num consigo imaginá...assim...o:::...essa questão da sexualidade...é tão Difícil...e ainda...a pessoa chega em casa...e tem um parceiro que não contribui com o tratamento...num apoia...num acompanha...(Enf°5, separada, 32 anos).*

Outro exemplo narrado pela enfermeira segue abaixo, explicando a falta de apoio, proteção e esclarecimento acerca da vida sexual, na qual vivem as pacientes e os companheiros que chegam a cometer abusos e violência para com a parceira que já foi acometida pelo câncer de mama. São demandas novas que chegam ao profissional de saúde que escuta e sente-se impotente por não saber qual o manejo adequado, como proteger essa paciente, orientar esse parceiro, acaba por apenas ouvir, e a violência segue seu curso sem resolução e piorando em muito a recuperação das pacientes, pois sabemos muito o quanto o suporte emocional e o familiar contribuem para a recuperação de uma forma mais efetiva no caso do câncer.

> *“ Ela já tinha uma vida conjugal muito conturbada, vivia a questão da violência doméstica, da violência sexual, então isso ficava muito triste pra ela, por ele ter essa necessidade de sexualidade. Ela vivia com um companheiro não muito aberto pra isso... então ela teve mesmo que retirar a mama toda, depois ela buscou fazer a reconstrução e colocar uma prótese de mama e teve uma rejeição dessa prótese e do companheiro. Ele exigia disposição, desejo, vontade dela, e como não vinha ou ele obrigava ela ou buscava outras fontes” (Enf°30, casada, 35 anos).*

> *“As pacientes com câncer de mama avançado... que não chegou a fazer cirurgia... teve uma senhora em Jardinópolis que a gente só descobriu... que ela tava com câncer de mama porque ela levou uma facada do marido...chegou no pronto socorro... a gente tirou a roupa pra examinar...vê onde que eram as facadas... e tinha uma lesão BEM feia na mama... mas ela não aceitava... ela não... não... não procurou o médico... deve ter desconfiado que era câncer de mama... era uma senhora... não procurou o médico... e ela usava um crucifixo no sutiã... aí ela dizia pra nós que o crucifixo machucou... que não era nada não... “não precisa se preocupar... não é nada não... o crucifixo machucou”(Enf° 32,casada, 44 anos).*

A violência apresenta-se como uma forma de legitimação de poder do homem sobre a mulher, sendo por isso denominada violência de gênero. Existe uma dimensão dos

preconceitos de classe dos profissionais aglutinando-se às relações de gênero, o que implica que a hierarquia de classe e a hierarquia de gênero se complementam e se potencializam, atualizando as subordinações (Ferrante, Santos & Vieira, 2009). Aqui em nossos dados aparece tanto praticada pelo parceiro íntimo à mulher como também praticada entre os colegas de trabalho que aproveitam a orientação sexual diferente da própria como pretexto para afirmar o poder. Scott (1995) afirma que o gênero é caracterizado por duas posições: a primeira como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e a segunda sendo um conceito primordial de significar as relações de poder.

A violência doméstica maltrata a mulher e destrói subjetividades envolvidas como no caso de filhos, do agressor e sua própria, numa clara demonstração de impotência das mulheres diante dos parceiros a quem a sociedade de gênero outorgou o direito de lhes calar a vida, e por vezes constatam-se meninas que sofrem violência sexual praticada em seus próprios lares e quase sempre pelo ser masculino próximo à família (Coelho, 2005).

Existe uma grande dificuldade de manejo da violência pelos profissionais no ambiente da saúde, pela falta de capacitação, por medo de retaliação pelos parceiros íntimos das pacientes ou, ainda, pelo desconhecimento dos dispositivos de apoio na comunidade. O fato é que o serviço de saúde é porta de entrada para casos de violência que acabam por ser constatados pelos profissionais e negligenciados sem a devida atenção.

Conforme aponta Ferrante, Santos e Vieira (2009), é preciso oferecer supervisão interdisciplinar, para possibilitar que a rede seja capaz de oferecer resolutibilidade neste âmbito. Somado a essas demandas, tem igual importância a discussão sobre as questões de gênero e classe, para que os serviços de saúde possam constituir espaços de acolhimento e orientação efetivos, integrando-se à rede de atendimento.

Coelho (2005) completa sobre as estratégias de acolhimento e humanização, que não basta reconhecer o problema e as desigualdades sociais que chegam aos serviços, é preciso estreitar os laços e criar espaços para a participação ativa das mulheres, para a troca de emoções e experiências, numa relação entre sujeitos que potencialize subjetividades, empoderando as pacientes em sua capacidade reivindicatória por direitos, exercitando assim a ética no cuidar.

Consequências do gênero normativo para a sexualidade do casal

Existe a crença entre as enfermeiras e a literatura também reforça de que a sexualidade do casal antes do câncer influencia como será a após o adoecimento ou na fase de reabilitação. O casal que já tinha uma comunicação aberta sobre os sentimentos e intimidade no campo sexual sofrerá menos abalos. O casal que já vem com dificuldades provavelmente estas se mantêm após a doença. Oltramari (2009) explica que as pessoas estabelecem relações de conjugalidade e perspectivam a construção de um projeto de vida em comum com aqueles que elegem como amados e extrapolam a questão do ato sexual, em contrapartida aqueles que vivenciam um relacionamento sem conjugalidade não desenvolvem a parceria.

> *...uma coisa é aquele casal que tinha uma vida ativa, um bom relacionamento este continuava e até mais forte, eu percebia muito isso. Aquele que todos os relacionamentos já vinham assim fragmentados, não era uma coisa boa bem antes, ou continuou, ou piorou bem, como a história da masté, então muito sem carinho. Aquele que já tinha carinho, muito carinhoso. (Enf°1, casada, 48 anos).*

As enfermeiras afirmam, conforme os relatos abaixo, que percebem que os efeitos colaterais dos tratamentos vivenciados pela paciente prejudicam sua libido e acabam por afetar a sexualidade do casal. O sentimento de mal-estar causado por algumas medicações, tais como: náuseas, fadiga, sudorese, que debilitam a libido da paciente. Percebem também que algumas pacientes manifestaram recusa às modalidades de tratamento que ameaçariam a imagem corporal e, consequentemente, sua sexualidade.

> *"Casos de pacientes...que assim...se recusaram a fazer uma mastectomia por conta da imagem...mesmo...da autoimagem então isso já apareceu, outras em relação a própria quimioterapia de não querer fazer a quimioterapia...por achá...que é a questão também de cair o cabelo...sabe?...elas trazem muito essas dificuldades...as limitações...do braço...da mastectomia...tudo isso parece que...atrapalha bem elas...(Enf°5, separada, 32 anos)*

> *"eu acho que...sofre...porque...primeiro ela fica muito debilitada...fisicamente...com o impacto da doença...do diagnóstico...psicologicamente...perante a família...depois...ela fica sem cabelo...depois ela fica fraca...depois ela fica sudorética...e ela fica cansada, entendeu?...ela que (lutou) tanto pela vida...tendeu?...todos esses fatores...eu acho assim...que influencia muito nela" (Enf°8, solteira, 45 anos).*

Verificamos um posicionamento referente ao gênero, o discurso acerca da retomada da vida sexual do casal parece centrado na figura da mulher, como se dependesse somente do bem-estar e da integridade dela para o casal retomar a intimidade, não aparece a figura masculina participativa nesse processo. Não seria essa uma exigência a mais com a mulher, pois é como se o parceiro pelo fato de ele existir já fosse o suficiente para a relação e nada se espera dele.

Tal fato se explica na existência atual de um grande paradoxo na satisfação da mulher com o casamento, pois para muitas mulheres, no passado, já houve uma ligação quase inevitável entre o amor e o casamento. Entretanto, mesmo após, por parte das intervenções dos movimentos feministas ter promovido a separação entre o casamento e suas raízes tradicionais econômicas e afetivas do homem como provedor, esta transformação impôs-se muito mais sobre as mulheres do que sobre os homens que poderiam encontrar no casamento e na família, antes de tudo, um refúgio do individualismo econômico (Giddens, 1993).

Outro discurso comum situa-se na fragilização da figura da mulher entre os profissionais da saúde, exemplificado na percepção do abandono que a mulher mastectomizada sofre por parte do homem durante o tratamento e/ou receber o diagnóstico. Neste caso o parceiro íntimo possuía uma amante explícita fora do casamento e co-habitava com a esposa, caracterizando uma situação de convivência emocional vulnerável para a mulher que já sentia os efeitos de adoecer sozinha. Por tempos, foi permitida socialmente à figura masculina a manutenção de relações extraconjugais com a anuência e subordinação da mulher, que acaba por alimentar seu sentimento de incapacidade em sustentar o laço afetivo do casamento.

Historicamente, enquanto os homens são pensados como sujeito de desejo independente da condição emocional, as mulheres continuaram a ser vistas como objetos a serem possuídos ou com desejo moderado, atentas ao desejo que possam suscitar. E, às mulheres é que incumbe resolver as tensões da sexualidade, cobra-se delas a tarefa de estabilizar e regularizar o desejo dos homens, contendo-os dentro do relacionamento do casal (Bozon, 2004).

> *...ia atrapalhá a relação dela...com o parceiro, ela não ia ser mais querida por ele, de repente ele pudesse abandoná-la, procurá uma outra pessoa coisas desse tipo....eu to mi lembrando muito bem de uma paciente paciente jovem...né?...ela deveria...devia tê uns quarenta anos, ela teve um câncer de mama...né?...fez a mastectomia, fez o tratamento mas teve uma metástase...e aí o marido...é:::...ele morava junto com ela...mas ele tinha uma outra pessoa...e ele não escondia isso de jeito nenhum, isso pra ela era uma situação difícil sabe? durante o tratamento foi muito difícil ela num tê o apoio do marido (Enf°5, separada, 32 anos*).

O cenário cultural das enfermeiras caminham *pari passu ao* ideal de amor romântico, em que a união afetiva de pessoas em sua totalidade é de natureza heterossexual, apoiada nos referenciais biológicos que designam a identidade e orientação sexual da pessoa para o casamento e a reprodução. A sexualidade aparece sempre ancorada no ato sexual, na divisão sexual do trabalho e nas relações hierarquizadas de gênero e poder, detalhando as características do que é do domínio do feminino e o que é do masculino como naturalizadas.

Os relacionamentos dentro da equipe de enfermagem sofrem a influência dos estereótipos de gênero e do fenômeno da violência de gênero, tanto na interação entre membros da equipe e de outras especialidades, como também não apresentam respostas frente a demandas de violência que surgem no trabalho.

Na época atual, notamos que novos modos de relacionamentos vêm surgindo, os ideais de amor romântico vêm se fragmentando sob a pressão da emancipação e da autonomia sexual feminina. Existe uma tensão entre o tradicional amor romântico e a emergência do amor puro, chamado também de "confluente" que presume igualdade na doação e no recebimento emocional entre os parceiros, o amor só se desenvolve nos contextos em que tenha intimidade e preocupação para com o outro envolvido. Assim, observamos que o amor há muito tempo tem mostrado uma qualidade igualitária, intrínseca à ideia de que um relacionamento pode derivar muito mais do envolvimento emocional de duas pessoas do que de critérios sociais externos (Giddens, 1993).

Surge, então, o amor "confluente" que não tem ligação específica com a heterossexualidade. As necessidades de romance têm-se estendido ao amor homossexual, apontando também certa influência sobre as distinções de feminilidade e masculinidade desenvolvidas entre parceiros do mesmo sexo. A sexualidade aparece como parte das negociações entre parceiros, diferente de quando foi considerada ponto central do romance, inundada de paixão, erotismo, completude e idealismo: características essenciais do amor romântico (Giddens, 1993). Bozon (2004) completa que estão surgindo novos roteiros sexuais, e os cenários vêm perdendo sua homogeneidade, assim decorre que as normas sexuais estão menos evidentes, provocando um aumento da necessidade de improvisação de cada indivíduo e adaptação constante dos parceiros e dos roteiros sexuais.

Negreiros e Féres-Carneiro (2004) debruçaram-se no fenômeno atual dos relacionamentos afetivos e na problemática do gênero de um prisma complementar, abordaram o masculino e o feminino nos laços familiares. Explicaram os modelos de família em modelos "antigo" e "novo". No antigo modelo, o casamento é considerado indissolúvel, monogâmico e ligado à reprodução. Acolhe duas ordens morais para os gêneros, em que a masculina é fundada na relação com o trabalho e na virilidade, considerando a manutenção econômica da família e atitude protetora para com seus membros. A feminina está ancorada na preservação da sexualidade e no exercício da maternidade, considerando a virgindade pré-nupcial, fidelidade conjugal e a dedicação ao lar e cuidado com os filhos. O modelo novo é designado pelo individualismo, peculiar dos grandes centros urbanos brasileiros. Nesse modelo de família, as fronteiras de identidades entre os dois sexos são fluidas e permeáveis,

com possibilidades plurais de representação do feminino, como exemplo: mulher oficial das forças armadas, homem-pai e dono de casa, mãe e pais solteiros, mulher-chefe de família, casais homossexuais masculinos ou femininos, parceiros masculinos mais jovens, casal sem filhos por opção, produção independente, fertilizações in vitro (FIV) e demais possibilidades que a evolução científica permite ou está em vias de criar.

Notamos que tanto no indivíduo como no desenvolvimento de uma família, a sexualidade é socialmente construída, pelos processos sutis da cultura emergente que se caracterizam como normas em relação aos corpos e subjetividades. Dessa forma, é fundamental desconstruir a ideia de corpo natural para a reprodução. Mas, utilizando a mesma estratégia de relativização, podemos notar que o corpo não é uma entidade natural, ele é uma dimensão produzida pelos imperativos da cultura. Os cenários culturais que passamos nos socializaram na experiência de sensações físicas que o corpo vivencia. Podemos inferir que na nossa cultura, determinadas regras são arbitrárias, porque não há nada em nosso corpo, da ordem de um estímulo, que determine a conduta sexual de homens ou mulheres. Esse fato pode ser notado quando se comparam várias culturas e observamos que determinadas práticas sociais são mais frequentes ou apreciadas num determinado grupo social e em outras chegam a ser ignoradas e consideradas até indesejadas (Heilborn, 2002).

O gênero é pouco problematizado ou visto pela equipe de enfermagem durante a assistência, sendo um eixo determinante de suas ações de cuidado, que ora constroem espaços de humanização pelo eixo do feminino do acolhimento, ora mantêm a ordem institucional opressora pelo eixo masculino do poder. Para a enfermagem, a sexualidade ainda é um tema interdito, desde a graduação é pouco abordado e em sua totalidade faz referência à heteronormatividade.

Os profissionais referem às relações íntimas dos pacientes em sua maioria como heterossexuais e dentro de um relacionamento estável como o casamento. É vital que o enfermeiro (a) adquira uma visão holística de homem e da diversidade afetivo-sexual que permeia os comportamentos, identidades e relacionamentos, quer para fundamentar a atuação profissional, quer para sua autocompreensão, enquanto ser de relação.

Bozon (2004) explica esse movimento de naturalização da heterossexualidade bem segmentada, pois nas sociedades que elaboraram um domínio da intimidade e dos sentimentos pessoais, a sexualidade é uma das experiências fundamentais para a construção da subjetividade e da relação consigo mesmo. No entanto, ela continua a servir como justificativa para a desigualdade de gênero, isso ocorre em função das atitudes psicológicas que são capazes de refletir a tensão entre o desejo e a afetividade. Essa divisão das emoções

segundo o sexo serve de fundamento a uma Psicologia das diferenças, que as reforça, contribuindo para a naturalização das diferenças de gênero.

A análise dos relatos dos participantes evidenciaram a perspectiva de gênero em seus discursos e o quanto o cenário cultural da enfermeira pode influenciar na sua prática profissional. É preciso que as questões de gênero sejam reconhecidas pelos profissionais em suas práticas assistenciais e educativas compreendidas como condicionantes de vida e saúde. Buscamos com isso que a atenção à saúde das mulheres com câncer de mama seja permeada pela concepção de integralidade no cuidado, a fim de superar as lacunas e barreiras na atividade profissional e assumir suas responsabilidades no combate às situações de opressão. Portanto, se faz necessário considerar o contexto social e cultural das usuárias dos serviços de saúde, bem como os roteiros sexuais através de valores que um determinado grupo compartilha, incluindo o amor, a sexualidade, o casamento e a conjugalidade, e no caso os valores compartilhados pelo grupo da enfermagem (Cortes et al., 2011; Gagnon, 2006; Heilborn, 2002; Oltramari, 2009).

Barreiras culturais da formação do enfermeiro

A primeira barreira presente nas concepções e ações dos enfermeiros é a cultural e tem a ver com o cuidado biomédico já supracitado neste trabalho, base predominante do conhecimento científico que configura grande parte da grade da enfermagem. A falta de conhecimentos adequados e o preparo técnico relacionados à sexualidade dificultam que o profissional possa estar abordando esta dimensão com o paciente, incluindo a equipe médica e os demais membros. É importante lembrar a motivação do profissional em querer fazer um cuidado ampliado e abertura para o aprendizado que são competências consideradas, igualmente, importantes na aproximação da paciente.

A sexualidade como tema tabu, os estereótipos de gênero e a sexualidade neutra constituem barreiras culturais na abordagem da sexualidade e estão operando como *scripts* culturais dos enfermeiros no cuidado.

> *...os profissionais eles se enfocam muito na questão da doença, né, na questão da cura, do processo curativo, não da prevenção e nem do cuidado com o paciente, cuidados paliativos, que hoje em dia nós apesar da graduação a gente tem abordagem sobre isso, estudamos, e tudo mais, mas não é uma coisa que muito focada, é uma cultura que se tem aqui que é voltada para a medicina curativa e não preventiva e nem o posterior (Enf°3,solteira, 28 anos).*

> *a questão da sexualidade entre os médicos ela não conversam elas não questionam muito...e os médicos...também...não têm preparo pra tá lidando diretamente com esta questão...então...muitas coisas...elas vêm e perguntam pra nós enfermeiras...(Enf°7 amasiada, 59 anos).*

As enfermeiras alegam barreiras na abordagem da sexualidade por ser um tema-tabu e envolver a intimidade do profissional levando ao constrangimento, dados semelhantes são encontrados no estudo de Zeng et al.(2011). Informaram também que as dificuldades estão relacionadas ao início da profissão, em que as enfermeiras jovens têm a preocupação em realizar seu trabalho técnico de forma adequada e somente posteriormente preocupar-se com a subjetividade do cliente.

> *'Sexualidade sempre foi um tabu né?...pouco conversado assim até eu assim culturalmente venho assim...fui...cresci...num ambiente onde se fala muito pouco né?....a japonesada assim se fala muito pouco da questão da sexualidade...eu tenho...dificuldade...mas a gente tenta superá isso daí né?"(Enf°7, amasiada, 59 anos).*

> *"como é um tabu...social..você entra nessa parte da sexualidade...é difícil...às vezes o paciente fica inibido...até mesmo o profissional fica inibido..também...às vezes tem que questiona...eles...se tem uma vida sexual ativa é difícil e percebe-se que ele tem receio de responder...às vezes, até é um motivo...pra omiti as informações" (Enf°12, solteiro 36 anos).*

O profissional afirma que, desde a graduação, existem dificuldades em abordar o tema junto com os alunos, pois fazem piadas até como forma de distanciar a intimidade no contato. E ainda, o fato de existir uma barreira em função das crenças religiosas, com forte repressão da sexualidade na sociedade como um todo, tendendo a piorar a abordagem da sexualidade.

> *"desde a faculdade, desde que eu entrei na faculdade ali falava de sexualidade, mesmo dentro da sala de aula já era difícil...uns riam...outros assobiavam...sempre tem aquela coisa... vulgar...né? que entra na modalidade, que entra numa coisa, que não pode ser tocado nesse assunto, parte um pouco da criação mesmo, acho que dentro do cristianismo isso ficou, um pouco mais restrito, mais assim preso...não pode falá...não pode fazer né? eu acho que com a entrada do cristianismo aqui levou mais a uma criação...mais prendendo a sexualidade...do ser humano" (Enf°12, solteiro, 36 anos).*

A formação da enfermeira está permeada pela incorporação de uma abordagem asséptica da sexualidade, garantindo assim a neutralidade dos corpos que cuidam e são cuidados. Essa assexualidade impõe limites e regula a relação entre cuidador e sujeito cuidado. É inclusive ensinado na graduação os cuidados com os corpos neutros, em que não há uma percepção da intimidade da pessoa. Quando ocorre algum problema na assistência, no manejo da sexualidade, os enfermeiros não problematizam para tentar solucionar o incômodo,

eles trocam de profissional, mantendo a divisão binária dos sexos (Vilela & Arrilha, 2003). O profissional coloca a sexualidade em um plano físico, quase neutro, equiparando as funções fisiológicas do paciente. Não há uma percepção da subjetividade que possa estar presente na relação da paciente consigo e com o esposo.

> *"Perguntá como é qui vai a relação dela, a intimidade olha como é que vai a sua intimidade?...olha eu já perguntei...né?...é se você comeu, .bebeu...urinô...o intestino funciono...e ai...como é que vai a sua intimidade?...né?...com seu esposo?...com seu companheiro?..."(Enf°5, separada, 32 anos).*

> *"A sexualidade não é investigada... a gente se é uma mulher que fez isso...num homem...a gente troca...pega o profissional do sexo feminino...põe pra cuidá...da mulher...si...o homem...que fez isso na mulher...eu pego um profissional...do sexo masculino...e ponho...pra cuidá...dele...e faço isso no plantão...pra que sempre...seja seguido...essa rotina...com aquele paciente...seja invertida...pra não deixá...éh que o sexo oposto...cuide dele..."(Enf°12, solteiro, 36 anos).*

Com relação ao cenário cultural da enfermagem, presenciamos por meio dos discursos das enfermeiras que existe um grande desejo e investimento físico e emocional da profissional em cuidar da mulher mastectomizada na dimensão da sexualidade em núcleos como: ato sexual, imagem corporal, reconstrução da identidade social, relacionamento afetivo com o parceiro, maternidade, que em síntese balizam a tentativa de operacionalização equilibrada dos diferentes papéis ocupados pela mulher, bem como a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos diante do poder médico, das diferenças de gênero e das barreiras culturais.

Foi relatado um aspecto equivocado pelos enfermeiros, como a sexualidade sendo prerrogativa de jovens, pois fica negligenciado o cuidado na maior parcela da população atingida pelo câncer de mama que varia entre 45 e 55 anos de idade, ou seja, uma idade não mais reprodutiva do ponto de vista físico, e que a sexualidade também é presente em outros aspectos que não somente o ato sexual: carícias, intimidade, trocas de afeto e cumplicidade nas experiências de vida.

Houve vários relatos referentes à manutenção do relacionamento com o parceiro sexual, sendo visto como fator positivo de bem-estar e apoio na recuperação da paciente, com grande ansiedade para os casos em que as parceiras foram abandonadas em curso do tratamento. As enfermeiras conceituaram o câncer como um fator que dificulta a retomada da vida sexual do casal e por isso alguns casais não encontram o enfrentamento adequado, culminando na separação ou traição durante os tratamentos. Nenhum manejo ou acolhimento foi relatado pela equipe de enfermagem no que tange a esse aspecto.

A sexualidade aparece conceituada também no paradoxo: vida e morte. Os enfermeiros apresentam uma preocupação maior para com a sobrevivência dos pacientes e em oferecer conforto e alívio dos sintomas decorrentes dos tratamentos oncológicos, tidos como sofríveis. Essa etapa somada à possibilidade de terminalidade inibe e dificulta que os profissionais toquem no assunto da sexualidade em uma parcela da população considerada assexuada como no caso dos idosos, sendo a sexualidade tratada como um aspecto secundário nesse momento.

E por fim, uma posição comum foi a preocupação dos profissionais em incluir em suas conceituações sobre sexualidade o campo da maternidade, fato este que retoma e reafirma a herança cultural do corpo feminino destinado à reprodução como finalidade primeira da mulher, ancorada nos primórdios do cuidar como exclusividade de mulheres e compartilhado pelo corpo teórico-prático das disciplinas que compõem o conhecimento técnico-científico da Enfermagem. Fica ainda evidente o conflito que o profissional vive diante de dilemas éticos envolvendo sua atuação profissional: de um lado os conhecimentos médico-científicos herdados em sua formação técnica e de outro sua humanidade caritativa no cuidar, configurando concomitantemente conflito e barreira cultural. As concepções de sexualidade, o gênero e as barreiras culturais presentes no cenário cultural atuam consequentemente no nível interpessoal do enfermeiro (a) em diferentes cenas do cuidado.

Comumente a temática de gênero é tratada como uma construção social dos agentes socializadores que definem a identidade da pessoa. Os atributos considerados na construção cultural da sexualidade são responsáveis pelas imagens de masculinidades e feminilidades. A construção de gênero e as barreiras culturais têm sido reforçadas pela ação conjunta de cenários socializantes como a família, a escola, a Igreja, a mídia, dentre outros grupos. Estes impõem regras e condutas que determinam comportamentos, espaços, desejos, atividades e projetos de homens e mulheres. Assim, o conceito de gênero é considerado no sentido de não ser somente uma aprendizagem sociocultural, como também para compreender as formas de organização social e ideologias dominantes nos cenários culturais (Bozon, 2004; Coelho, 2005; Cortes et al., 2011).

A categoria descreveu o cuidado da sexualidade facilitada ou dificultada conforme o gênero. Em seguida, foi notável a divisão clara dos gêneros em feminino e masculino, detalhando as nuances do fenômeno, bem como seus estereótipos presentes. Aparece no discurso dos participantes a violência de gênero perpetrada pelos próprios profissionais e a presença da heteronormatividade perpassando a assistência. Foram destacadas as consequências do câncer para a sexualidade do casal, para o vínculo amoroso e a conjugalidade em meio ao fenômeno do adoecer. A categoria abrangeu as barreiras culturais

dos enfermeiros que são oriundas e replicadas desde suas instituições socializadoras, tratando ainda hoje a sexualidade com diferentes mecanismos de defesa como a negação, ou por meio de simbolização em piadas e/ou neutralizando os corpos sexuados.

Para a compreensão do cenário cultural que apresentamos, é importante contextualizar algumas das mudanças sociais ocorridas no último século com a dimensão do feminino, tanto na conceituação do que é ser mulher na atualidade, como nos diferentes modos de relacionamentos estabelecidos e suas concepções de amor. Seguiremos abaixo uma breve explicação sobre esses achados, pois esses significados permeiam o simbolismo coletivo e são importantes para a compreensão dos conceitos de sexualidade construídos, as relações de gênero supracitadas e as barreiras culturais partilhadas pelos profissionais da enfermagem.

A mulher brasileira, no que diz respeito aos *scripts* femininos da sexualidade, parece oscilar ainda muito entre os dois modelos femininos a que esteve exposta: a "boa" mãe que destaca a família a qualquer outra atividade feminina e a mulher "independente" que pode e deve fazer escolhas, incluindo se quer ou não ter filhos e divide com o homem tarefas e responsabilidades. A maternidade ainda é um assunto venerado e de exercício primário das mulheres, inclusive quando asseguram a guarda da criança em caso de separação do casal. Afirmam que a gravidez ocorre no corpo da mulher, sendo assim ninguém melhor que ela para cuidar dos filhos. A maternidade no corpo da mulher, com a efetivação do "instinto materno", parece perpassar todas as esferas de atuação da mulher, incluindo suas escolhas profissionais e levando-a a se dividir nos papéis e a multiplicar funções para dar conta de todas as tarefas (Rocha-Coutinho, 2004).

A sexualidade feminina está imbricada com questões importantes de gênero que configuram aquilo que se espera de um homem ou de uma mulher. Biologicamente falando, a diferenciação dos sexos se dá pela funcionalidade das células e órgãos reprodutivos. Entretanto, quando nos atemos aos aspectos sociais de gênero, observamos que essa primeira diferenciação é uma experiência que divide as pessoas em funções sociais nas quais vários elementos construídos socialmente constituem, por exemplo, o que é ser mulher e o que é ser homem, quais são os comportamentos, sentimentos, valores e relações de poder esperados para mulheres e homens, fatores estes circunscritos pela cultura (Bandera, 1999).

O imaginário feminino da sociedade atual busca uma autonomia do masculino, traz o signo de que a mulher deve trabalhar e investir na carreira, buscando uma estabilidade financeira que acaba por se tornar uma precondição para a vinda dos filhos. O discurso social desvaloriza a mulher exclusiva do lar, vista como alguém de horizonte limitados e aspectos relacionados à realização, felicidade, crescimento pessoal e satisfação que são associados ao

“trabalho fora de casa” e que deve coexistir com sua outra prioridade que é a família. Notamos, no entanto que esse discurso existe muito mais no plano idealizado, em que as mulheres de hoje querem ser múltiplas: profissional competente, culta, boa dona de casa, mãe zelosa, sem deixar de cuidar da imagem corporal e investir na saúde, no entanto, são mudanças desejáveis, mas que na realidade houve um acúmulo de papéis com sobrecarga de trabalho, assim, muitas vezes os discursos femininos aparecem conflitantes perante a herança cultural da mulher dominada (Rocha-Coutinho, 2004).

É importante neste ponto salientar a recente transformação cultural da sexualidade e dos sentimentos de intimidade entre os parceiros, sobre os relacionamentos afetivos e sexuais na atualidade descrita por Giddens (1993). Para o autor, as relações humanas são construídas e estruturadas ao longo da história, e uma mudança na construção da intimidade é explicada pela transformação do “amor romântico” no “amor puro”, desvinculando o feminino somente do aspecto complementar da reprodução. Atualmente, o exercício da sexualidade deixa de ser uma condição natural e reprodutiva, atua como uma dimensão constitutiva da identidade, do desejo e satisfação pessoal, sendo um ponto de conexão entre o corpo, a autoidentidade e as normas sociais que vão influenciar e definir as condutas em sociedade.

Giddens (1993) apontou uma transformação da intimidade que contribui para o entendimento dessas questões, que é a passagem do “amor romântico” para o “amor confluente” na atualidade. O amor romântico é o amor sexual, focado nas práticas sexuais e na função reprodutiva. O amor confluente é o puro, busca identidade, é um amor ativo, contingente e, por isso, entra em choque com as categorias “para sempre” e “único” da noção do amor romântico. Assim, quanto mais o amor confluente consolida-se, em uma possibilidade real, mais se afasta a busca da “pessoa especial” e segue para “o relacionamento especial” (Giddens, 1993).

O amor não deve ser compreendido somente como um sentimento que une as pessoas, mas como uma prática social construída através de roteiros sexuais que se constituem no cenário social e interpessoal dos amantes. Existe uma hibridização das concepções de amor, ou seja, o amor conserva seus elementos românticos, mas incorpora cada vez mais o amor com vias à construção de um projeto em comum, preservando a singularidade de cada par, não necessariamente heterossexual (Oltramari, 2009).

Depois da revolução feminista, a mulher cada vez mais quer conquistar seu espaço no cenário cultural, lutou para escapar das amarras exclusivas da sexualidade reprodutiva e passou a simbolizar sua reprodução em aspectos simbólicos do existir, como a satisfação com a imagem corporal, a busca de um relacionamento mais igualitário em suas relações sexuais,

redescobrindo sua sexualidade como uma dimensão da identidade. Embora notemos, nos discursos da enfermagem, que a satisfação feminina é vista na perspectiva da complementaridade, como a necessidade de existir um parceiro e uma relação heterossexual, tidas como o ideal sexual e afetivo, tanto para as pacientes mulheres como para as profissionais da enfermagem que compartilham desse cenário cultural.

Foi possível elencar alguns dos exemplos de sexualidade conceituados pelos enfermeiros em sua prática assistencial, as barreiras culturais e as relações de gênero que sofrem forte influência dos cenários culturais sobre a forma como as enfermeiras no Brasil compreendem e embasam suas estratégias de cuidado à sexualidade da mulher mastectomizada, interagem com as pacientes, familiares e equipe de saúde, assim como, operacionalizam a comunicação no cotidiano do trabalho. Descreveremos melhor com exemplos as dimensões do nível interpessoal.

7.2. SCRIPTS INTERPESSOAIS

Nesta categoria são descritos os *scripts* interpessoais na comunicação dos interlocutores (pacientes e enfermeiras) e as estratégias de cuidado à sexualidade da mulher. Os *scripts* interpessoais se compõem pela situação interativa entre ator e plateia, em que o ator busca atender às expectativas de outras pessoas e norteia sua conduta pela conduta alheia e pelas ordens socioculturais circundantes (Gagnon, 2006). Neste nível identificamos os componentes a serem explicitados, como a comunicação e as estratégias de interação dos atores: os profissionais da enfermagem e a plateia: as pacientes com câncer de mama.

São quatro formas de comunicação que envolvem diretamente os relacionamentos e as condutas interpessoais entre profissionais e pacientes, a saber: *As questões de sexualidade não são comunicadas no cuidado à paciente; Comunicação com discurso evasivo, de negação da sexualidade no cuidado; Comunicação fragmentada própria do modelo biomédico e Comunicação acolhedora e integrada junto aos familiares e à equipe de saúde.*

Dentro ainda dos *scripts* interpessoais que completam a situação interativa da comunicação, temos as variações de estratégias no cuidado realizadas pelos enfermeiros às pacientes com câncer de mama. A primeira delas caracteriza-se pela *postura de distanciamento profissional do assunto quando abordadas pelos pacientes ou de negação da necessidade de cuidado da dimensão da sexualidade.* Comumente empregam *o cuidado técnico pautado no modelo biomédico; a delegação ao profissional considerado mais capacitado pela equipe; alguns assumem a dificuldade de lidar com a sexualidade do*

paciente, em especial quando é do sexo oposto ao do enfermeiro e também houve o uso da empatia, buscando compreender as necessidades dos pacientes.

Comunicação dos profissionais de enfermagem sobre a sexualidade

As questões de sexualidade não são comunicadas no cuidado à paciente

Essa subcategoria engloba os diferentes motivos apontados para a não comunicação da sexualidade no cuidado prestado à paciente, que foram identificados nos relatos dos enfermeiros, tais como: preocupações apenas com o tratamento e seus efeitos colaterais no corpo físico; a sexualidade não é considerada uma prioridade na consulta de enfermagem, porque a preocupação é com a preservação da vida; barreiras culturais e falta de tempo são justificativas para a falta de proximidade no nível interpessoal.

> *"A mulher vai passar por tanta coisa, né? Câncer de mama já é um...Tira a mama dela, ela já fica deprimida, queda de cabelos... Elas ficam deprimidas. Então eu acho que, nesse momento, a sexualidade dela diminui com o marido. Eu acredito, com base no que eu vejo aqui... a quimioterapia, elas ficam, sabe, debilitadas. Elas não se sentem bem. Então eu acredito que, nesse momento, não é o momento em que elas... Elas pegam... Elas voltam mais a vida delas pro tratamento". (Enf°11, solteira, 24 anos.)*

As participantes ressaltam a importância de priorizar outros aspectos no cuidado à mulher mastectomizada, tais como: acolhimento no diagnóstico, apoiar o tratamento monitorando sinais e sintomas, informar sobre os efeitos colaterais das medicações. As enfermeiras orientam acerca das questões estéticas, incluindo cuidados com a pele, por meio do oferecimento de recomendações quanto ao uso de protetor solar e os cuidados que elas devem ter em relação à queda dos cabelos.

> *A gente fala, assim, da pele, para passar o protetor, passar um creme hidratante. Porque está muito sol. Evitar o sol, né? Hidratar-se bastante, porque pode ter diarreia. E aí a gente vai orientando que o cabelo vai cair. Que nem homem que quiser raspar a cabeça, mulher também... Às vezes, a gente até fala pra raspar, porque vai cair bastante. (Enf°16, casada, 41 anos)*

As enfermeiras também pontuam, em seus relatos, a preocupação com a preservação da vida como valor supremo e com a debilitação física que a doença e o tratamento acarretam, além da temida possibilidade da morte, sempre onipresente no horizonte do câncer. Desse modo, privilegiam em seus discursos aspectos relacionados à evolução da doença e à busca da

cura. Porém, nessa compreensão de que existem outras prioridades mais relevantes com as quais as pacientes devem se preocupar, que não as vivências em relação à sexualidade, os participantes recorrem à questão existencial que dilacera a mulher nesse momento de suas vidas, que é ter de lidar com a incerteza quanto, a saber, se vai sobreviver ou morrer.

A questão da sexualidade da mulher ficaria em segundo plano, de maneira que não haveria necessidade de ser abordada pelas profissionais da enfermagem. Essa racionalização reflete a ênfase excessiva na cura, entendida como a total remoção das condições que deflagraram a doença e geraram o sofrimento. Não por acaso essa é uma das características proeminentes do modelo biomédico que mira a remissão da doença e não as necessidades da pessoa doente. Essa percepção contrasta com as preocupações observadas nas mulheres mastectomizadas.

> *"...pra começar eu acho que elas... a última coisa que elas perguntam é isso. A maioria, pelo menos das que eu atendo, porque elas estão mais preocupadas em saber se vão morrer, se vão curar, se vão passar mal" (Enf° 9, casada, 35 anos*).

As enfermeiras enfatizam, ainda, que não encontram, em sua prática profissional, condições específicas para promover a comunicação da sexualidade ou da saúde sexual, dado o seu despreparo pessoal e técnico para abordar a paciente, os familiares ou o casal, em assuntos dessa natureza. Ausência de capacitação técnica, que elas sentem que deveria ter sido oportunizada ao longo da formação acadêmica; insuficiência de conhecimento adequado e parco domínio do assunto; falta de tempo, de espaços apropriados e de garantia de privacidade nos serviços de saúde, considerando que a sexualidade ainda é um tema cercado de tabus e que envolve a intimidade psíquica das pessoas, diferenças culturais nos *scripts* sexuais e precariedade do vínculo estabelecido com a paciente, em decorrência da organização fragmentada do trabalho no contexto da saúde. Essas condições são apontadas como de difícil manejo, na perspectiva dos participantes.

> *"Aí eu ia falar para ela: "mas, e aí, como foi sua reação?" Eu não ia falar assim... Eu, particularmente, gostaria de saber como é que eu vou lidar com esse momento, que eu me coloco no lugar dela... Eu estou ali, o parceiro vira e não quer transar, porque olhou e se assustou, como é que é isso? Eu acho que é um choque... O que eu vou fazer com isso? "(Enf°1, casada, 48 anos)*

> *"eu acho que determinadas comunidades até pela sua cultura, a sua conformação social...sabe? porque lá...onde a gente fez orientação em Sergipe... tinha homens que tinham...quatro...cinco mulheres...muitas crianças de mães diferentes e o mesmo pai, nós estranhamos de início" (Enf°23, solteira, 23 anos).*

As enfermeiras relataram ainda encontrar outras barreiras em relação à comunicação da sexualidade, como as questões de gênero e a idade da paciente que promovem o distanciamento do profissional em relação ao assunto, inibindo a possibilidade de abordar a temática mesmo quando atua em equipe multiprofissional.

As enfermeiras relataram que sentem vergonha e desconforto pessoal, sentimentos que as impedem de abordar o assunto junto às pacientes. Mencionaram, como barreiras culturais, o baixo nível educacional das pacientes que exige o uso de linguagem simples, a idade e as diferenças étnicas que as fazem manter reservas em relação à comunicação da sexualidade no âmbito social (Pinheiro, Couto & Silva, 2011). Dessa maneira, é compreensível que priorizem a manutenção da rotina de cuidados concretos com o corpo, orientações quanto aos efeitos colaterais dos tratamentos, preocupação com o manejo dos sintomas de dor e desconfortos físicos.

Muitas vezes, o volume de trabalho e a falta de tempo agem como barreiras para a exploração reflexiva dos problemas relacionados à sexualidade e à saúde sexual. Sem a incorporação, pelos profissionais, da ideia de que a discussão dessa dimensão faz parte do seu trabalho, os pacientes podem sentir que algumas de suas necessidades são negligenciadas ou deixadas de lado pelos profissionais (Dizon et al., 2008).

Comunicação com discurso evasivo de negação da sexualidade no cuidado

Na perspectiva das enfermeiras, as pacientes não relatam nem questionam sobre sexualidade por não desejarem ou por sentirem vergonha de abordar essas questões. As profissionais, por sua vez, alegam que também não abordam o tema, pois nunca são questionadas em relação a esse aspecto pelas pacientes e também não conversam sobre essa temática com os demais membros da equipe de saúde, por se sentirem constrangidas. Assim, apresentam um discurso evasivo quando questionadas acerca do tema, adotando posturas profissionais marcadas por hesitações e atitudes reservadas, sustentando um discurso reticente, entrecortado por pausas, em que o que se sobressai não é tanto o que se fala, mas a dimensão do que é silenciado. Os silêncios muitas vezes são seguidos de risos desencadeados por ansiedade.

Assim, as enfermeiras recorrem a mudanças repentinas de assunto durante a conversa, fabulações que preenchem lacunas e tentativas de evasão no discurso. Esses momentos são alternados com outros, nos quais tangenciam o assunto e, por vezes, apresentam um relato esvaziado de significado. Esses artifícios costumam vir acompanhados de um mecanismo de

defesa recorrente, que é a negação desse tipo de demanda das pacientes. Negação que, por vezes, aparece associada a relatos contraditórios que denotam a concepção de cuidado que embasa as práticas de saúde.

> *"Olha, os nossos pacientes aqui, eles não costumam relatar muito não esta... eles são, principalmente, as mulheres... agora muito difícil isso, questionarem a gente ou colocarem... A gente também não questiona muito não, não entra em detalhes com eles. Fica meio que assim... Um ou outro que comenta que fala que se sente mutilado, mas assim, é muito difícil. Olha, sinceramente, comigo ninguém chegou e me abordou assim" (Enf°3, solteira, 28 anos)*

Percebemos que tratar de questões da sexualidade desperta nas enfermeiras sentimentos de constrangimento e evitação. Essa reação pode estar relacionada à apropriação que cada uma faz do tema em sua própria história de vida. Ao longo do processo de desenvolvimento psicoafetivo, podem ter incorporado a sexualidade como algo negativo, graças a uma experiência marcada pela falta de exploração franca e aberta do tema no cotidiano (Ressel & Gualda, 2004). Isso decorre também da construção social da sexualidade na tradição judaico-cristã, repressora. Nesse sentido, é importante destacar que a exposição da sexualidade causa acanhamento, pois é tema identificado ao universo privado. Acrescentamos a isso o fator agravante de que, na perspectiva das enfermeiras, há um entendimento generalizado de que tratar desse tema não é de sua competência profissional.

Comunicação fragmentada própria do modelo biomédico

Essa subcategoria de análise congrega o modo parcial de comunicação, no qual a profissional de enfermagem apresenta o tema ao paciente priorizando aspectos clínicos e cuidados protocolares, com a clara divisão social do trabalho entre os diferentes saberes técnicos que compõem a equipe de saúde. Há segmentação das fontes de informação, configurando uma modalidade fragmentada de comunicação (Capra, 1982), com a priorização dos aspectos clínicos. A comunicação trata de informações que envolvem o ato sexual, apoiada a uma preocupação com o bom funcionamento dos órgãos.

Assim, os saberes sobre a sexualidade são reconhecidos como pertencentes ao âmbito de atuação dos enfermeiros, mas no nível interpessoal resume-se a oferecer orientações sobre aspectos preventivos, englobando o uso de preservativos e lubrificantes, os riscos envolvidos na promiscuidade, a necessidade de controle do número de parceiros e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Adicionalmente, são oferecidas orientações relativas aos

efeitos do tratamento sobre a prática da relação sexual, devido ao ressecamento da mucosa vaginal, à perda ou diminuição da libido e às questões estéticas associadas ao desfiguramento corporal e à reconstrução mamária.

Nessa modalidade de comunicação, o cuidado é suprido pela aplicação de uma medida protocolar, seguindo um guia de instruções previamente elaborado no serviço, um manual de recomendações práticas ou mesmo uma lista de orientações gerais. A comunicação estratificada pode ser expressa também nos relatos nos quais a profissional de enfermagem parece estar disposta a prover assistência, porém oferece apoio caracterizado por opiniões pessoais, utilizando um discurso de senso comum ou que minimiza o sofrimento sem, de fato, oferecer uma possibilidade de elaboração dos conteúdos emocionais mobilizados pela experiência do câncer de mama.

> *"Então, a gente fala: "ó, é vida normal. Vocês vão seguir em frente, tocar a vida de vocês normal... Se conseguirem, vão trabalhar, vão se alimentar normal". É óbvio que tem as reações, tem, tem a fraqueza, tem o mal-estar, a queda do estado geral, às vezes a alimentação não vai ser legal, a gente orienta os tipos de alimentação, a libido pode aumentar, pode diminuir, pode manter o nível" (Enf° 3, solteira, 28 anos).*

Algumas profissionais relataram que só se dispõem a comunicar sobre sexualidade frente à demanda da paciente, quando esta oferece abertura para tratar do assunto. As enfermeiras consideram que esse é um assunto íntimo e de difícil abordagem e referem a necessidade de se dispor de um local adequado para abordá-lo. Mostraram-se temerosas de serem invasivas ao abordarem a paciente.

> *"...eu sempre espero. Primeiro, que a pessoa me traga... porque, assim... algumas pessoas – aí é o meu receio – eu penso, às vezes, estar sendo... invadindo, sabe? Ou sendo muito invasiva. Então, eu sempre espero a brecha... É claro que eu, enquanto profissional, eu sempre tenho que ter essa preocupação, né?" (Enf° 27, solteira, 25 anos).*

Em alguns trechos dos relatos, a dificuldade em abordar o tema da sexualidade por parte das profissionais é minimizada com a utilização de outros canais de comunicação, como estratégias de enfrentamento em relação ao embaraço que o assunto produz. Como se a utilização de outros recursos, tais como instrumentos, protocolos, manuais de orientações gerais que incluem a questão da sexualidade, livro institucional, *e-mail* e oficinas de grupo, pudesse substituir ou atender de maneira satisfatória à demanda da mulher, evitando o árduo, porém indispensável exercício da comunicação direta.

> *"...nós temos um protocolo... todo paciente de câncer de primeira vez passa conosco com a enfermeira, com o serviço social e com a psicologia, né?" (Enf° 26, casada, 47 anos).*

Comunicação acolhedora e integrada junto aos familiares e à equipe de saúde

Essa subcategoria abrange os relatos das profissionais que indicam que as enfermeiras se esforçam para desenvolver um diálogo acolhedor em relação à necessidade de comunicação da sexualidade das pacientes com câncer de mama, assim como buscam atender às demandas dos familiares e dos colegas de equipe. Esse movimento consiste em acolher a demanda e entrar em sintonia com a necessidade identificada e, somente a partir dessa experiência, dispor-se a elaborar uma estratégia de cuidado individualizado, respeitando a subjetividade presente no nível interpessoal da consulta de enfermagem.

Foram encontradas poucas profissionais que assumem para si a responsabilidade de manejar o tema da sexualidade na assistência oferecida, que se mostram dispostas a fazer uma leitura da comunicação não verbal, que priorizam o que as mulheres têm a dizer ao invés de se sentirem obrigadas a emitir automaticamente um cuidado pronto, que demonstram empatia com as necessidades de abordar a sexualidade ou se mostram confortáveis diante da responsabilidade perante seu papel de orientadores(as) nesse âmbito do cuidado.

> *"...a gente primeiro procura ouvir muito as pacientes. Elas têm uma certa dificuldade de expor, quando uma coloca as outras se encorajam... aí, então, a gente procura ouvir mais... E procura mais ir coordenando a fala; as falas e os pensamentos, do que estar colocando aquilo que a gente pensa a respeito. A gente quer saber como é que elas se sentem a respeito" (Enf°15, divorciada, 60 anos).*

Com relação à comunicação de sexualidade junto às pacientes, as enfermeiras relataram que acolhem a demanda e percebem a manifestação de sentimentos, o humor e o afeto presentes nos discursos das mulheres, assim como valorizam a observação dos comportamentos não verbais, como o fato de cobrirem o corpo durante a consulta. Perceberam a pessoa como uma totalidade a ser cuidada de forma holística e íntima e não consideram que tratam somente da doença, desde a etapa do diagnóstico até o desfecho do tratamento. Preocupam-se com a exposição dos corpos no cuidado prestado.

> *...ou até o jeito delas se cobrirem, se você vê que elas sentem incomodadas com a mama ou fazem algum comentário a respeito do marido. Comentário... comentário no geral... da vida... com as pacientes. Aí dá para você perceber se ela está tendo algum problema, ou não. (Enf° 22, casada, 31 anos.)*

Esse diálogo com a paciente pode ser facilitado quando as profissionais tiveram oportunidade de adquirir conhecimentos mediante cursos e especializações que realizaram, ou mesmo no próprio serviço, o que as levaram a experimentar uma atitude proativa no nível interpessoal. Também perceberam consequências subjetivas do adoecer que necessitam ser cuidadas, como os prejuízos na autoestima e nos aspectos estéticos, o que contribui para refinar a sensibilidade para abordar a sexualidade. Buscaram conhecer a paciente e suas necessidades de forma individualizada, esclareceram suas dúvidas, preocuparam-se com o modo adequado de abordar a mulher na intimidade.

> *... "Aí como que vai ser quando eu colocar tal roupa? Como que vai ficar, né?" E, apesar de ser aquela coisa muito recente que eu vivi, assim, né. Então, acabou de fazer a cirurgia... os dois, três, quatro, cinco primeiros dias... primeira semana, mas ela já se questionava e não só com isso... Questionava também assim... Não só a perda da mama ou de alguma parte, até a perda do cabelo, da imagem, perda da feminilidade, eu acho que era mesmo, né. "Como que vai ficar quando eu colocar tal roupa?" Ou: "Ai... eu vou perder o meu cabelo. E aí?" (Enf° 23, solteira, 23 anos).*

Especificamente em relação à sexualidade, para haver uma comunicação acolhedora e proativa do tema, faz-se necessária a legitimação dessa dimensão da vida como um aspecto a ser cuidado pela enfermagem. Muitas vezes, ouvir e responder às demandas, explorar os sentimentos e oferecer informações são medidas suficientes para a maioria das mulheres assistidas se sentirem acolhidas em suas necessidades. Apenas uma pequena parte das pacientes necessitará de atendimento especializado e irá requerer um encaminhamento específico (Higgins, Barker & Begley, 2006).

A subcategoria quatro congregou depoimentos que sugerem que as enfermeiras reconhecem, na paciente e em seus familiares, atores sociais coparticipativos nas cenas de tratamento. Uma das consequências positivas desse posicionamento é que as decisões são resultantes de reflexões conjuntas e não impostas pelo poder autocrático da autoridade de saúde. Esse posicionamento empodera a paciente, levando-a a assumir corresponsabilidade por seu tratamento e, portanto, por sua recuperação. Fazer do paciente um sujeito reflexivo de suas ações e decisões pode contribuir para aumentar a participação ativa no tratamento.

Santos et al. (2008) chamaram a atenção para a necessidade de criação de espaços em que o paciente possa articular um discurso que expresse a singularidade de seu desejo. Para tanto, faz-se necessária uma escuta diferenciada pela profissional, acolhendo a queixa das pacientes em sua particularidade, e não apenas buscar uma normatização da função sexual a qualquer custo.

Por fim, é válido ressaltar a importância de incluir o parceiro afetivo-sexual como suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada. Biffi e Mamede (2004) identificaram que o apoio social oferecido pelos parceiros sexuais significou a demonstração de afeto na compreensão da situação vivenciada por suas esposas, mesmo que de forma silenciosa, por meio de incentivos às estratégias de autocuidado e colaborando na realização das atividades domésticas. Os parceiros percebem-se úteis ao oferecerem atenção no manuseio do dreno, na realização dos curativos, no estímulo à realização de exercícios físicos e na manifestação de preocupação com a nova imagem corporal de suas parceiras. No entanto, na esfera da sexualidade apresentaram dificuldades em apoiar a parceira e em estabelecer comunicação aberta em relação ao tema, somadas aos sentimentos de impotência e insegurança que vivenciam ao terem de lidar com o diagnóstico de câncer e com a necessidade de reorganizar as atividades do lar.

Estratégias do cuidado realizadas pelas enfermeiras

Distanciamento profissional e negação do cuidado

As profissionais alegam que não abordam o tema da sexualidade, pois a demanda é nula, não são questionadas com relação a esse aspecto pelas pacientes. Apresentam posturas profissionais marcadas pelo distanciamento profissional por vezes alegando a ausência de lembrança sobre o assunto na consulta ou pulando este tópico de forma consciente na tentativa de preservar-se da exposição íntima da relação com a paciente. Esses artifícios geralmente vêm acompanhados de mecanismo de defesa comum, que é a negação desse tipo de demanda das pacientes. A negação, por vezes, aparece associada a relatos contraditórios na concepção de cuidado.

> *"...que às vezes...é colocado...mas eu num lembro desse assunto...de sexualidade...eu lembro di outros assim paciente...deprimido...tentô suicídio... ou...com...junto com as nossas orientações...só qui a gente...pula...chega nessa parte...não pergunta...não" (Enf°6, casada, 31 anos)*

> *"é uma coisa que bate, é muito com a gente quando a gente está ali começando porque a gente não sabe lidá com as situações, muitas vezes a gente acaba desenvolvendo...uma certa distância...desses assuntos...pra...pra...pra a gente se preservar..." (Enf°10, casada 35 anos)*

A negação é um mecanismo de defesa comum entre os enfermeiros que se recusam a perceber a presença da sexualidade no cuidado. Tal fato justifica-se porque a sexualidade sempre foi uma área de interdição para a maioria das mulheres. Essa interdição foi reproduzida e é reforçada na educação dos enfermeiros, resultando numa imagem aceita socialmente de um profissional assexuado, que em seu cotidiano vai compreender a paciente igualmente assexuada (Ressel & Gualda, 2004).

Os sentimentos relatados pelas enfermeiras no ato de cuidar relacionando a sexualidade estão associados ao constrangimento na assistência prestada ao paciente envolvendo o toque das partes íntimas do corpo e, por fim, as dificuldades em falar da própria sexualidade, devido a tabus e preconceitos que ainda permeiam a concepção de sexualidade e acabam por criar barreiras impondo limites e distanciamento entre cuidador e pessoa cuidada. A dificuldade de abordar a sexualidade, junto aos pacientes ou equipe de saúde, tem suas raízes na construção do conceito de sexualidade e é reforçada na formação da enfermeira, na qual conceitos, valores, significados e símbolos culturais refletem a prática com mitos, tabus, barreiras e preconceitos. E não raras vezes, as enfermeiras negam-se a perceber a temática ou a diversidade sexual que a envolve, fato este que se agrava tanto no âmbito pessoal como profissional, pois a sexualidade sempre foi uma área de interdição para a maioria das mulheres (Ressel & Gualda, 2004).

Outro fator muito importante de ser reconhecido pela enfermeira é sua abertura e condição emocional para lidar com o tema da sexualidade, incluindo uma avaliação da vida pessoal, quanto este tema mexe consigo, desperta aspectos de suas experiências de sexualidade. Dessa forma, caso a enfermeira identifique limitações para cuidar das demandas das pacientes, possa estar buscando ajuda na equipe de saúde, até que ela compreenda, signifique e reestabeleça esta dificuldade em sua vida.

> *"talvez porque esse momento também...eu num estava...não estivesse lidando bem com a minha sexualidade...talvez, eu acho assim...quando você não tá bem sexualmente você não consegue...assim...responder determinadas perguntas...né?...então...eu vou te dizê...hoje...se eu tô bem hoje...então hoje eu consigo responder melhor..."(Enf°8, solteira, 45 anos).*

É de suma importância que o profissional saiba identificar seus limites técnicos e pessoais para cuidar de uma forma ética e efetiva da sexualidade dos pacientes. E não só, destituir-se da postura de onipotência em quem tudo sabe, para dar lugar ao aprendizado e assim poder caminhar na direção de compreender e de desejar superar suas limitações enquanto profissional. Vargens e Berterö (2010) concluíram que as enfermeiras confrontam

suas distâncias do feminino por meio do papel profissional de enfermeira, realizando o cuidado de enfermagem como uma rotina diária. Isso denota que as enfermeiras vivem um conflito pessoal e encontram formas de anestesiar a ansiedade que surge com a temática da sexualidade, o que influencia diretamente na sua oferta de cuidados. Elas oferecem cuidados mas não se preocupam com a ética no atendimento, o que leva os cuidadores a um caminho estritamente técnico do qual é difícil sair.

Frente ao imaginário social do estigma do câncer como doença mortal, é compreensível que a abordagem da sexualidade envolva sentimentos que são difíceis de serem administrados, tanto por parte dos profissionais como das pessoas em geral. O medo da dor, a ansiedade perante as dúvidas, a resignação diante do desfecho fatal e a negação da doença são alguns dos aspectos emocionais que envolvem o cenário do câncer, trazendo um distanciamento do profissional das questões sociais e subjetivas que envolvem o adoecer de câncer (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

Refúgio na técnica

Essa subcategoria mostra diferentes maneiras em que a profissional busca refúgio no aparato técnico da ciência de forma geral, com embasamento na prática médica (Hyde, 2007). Ocorre a priorização dos aspectos clínicos, ou seja, a estratégia de cuidado se dá pelo incentivo à adesão aos tratamentos, pela oferta de informações que envolvem o ato sexual, atreladas ao bom funcionamento físico e à prevenção da relação sexual com o uso de preservativos.

> *"é por exemplo... a gente sabe que o tratamento quimioterápico ele pode ressecar um pouco mucosa... pode dar um ressecamento uma inflamação... a paciente tem muita secura vaginal...pode ter um atrofismo, ela tem muito problema... ela pode ter câncer tem risco de infecção de inflamação... as mulheres não sabem lidar com isso para podê ter um bom relacionamento sexual com o marido" (Enf° 19, solteira, 37 anos.*

O relato da enfermeira exemplificado abaixo demonstra que ela tem uma postura diferente, sabe que a sexualidade faz parte dos cuidados de enfermagem e começa a se inquietar com a questão da sexualidade ser presente em seu trabalho e pode ser possível que ela não tenha dado a devida importância durante os encontros com as pacientes com câncer. Tem a noção dos aspectos psicossociais que envolvem o cuidado, no entanto, não dá prosseguimento com a paciente, fica apenas na parte conceitual dos cuidados holísticos, o que na prática tem pouco aparecido.

> *"eu acho que a gente foca muito.na parte técnica...né?...eu acho...que a gente tem uma preocupação muito grande...em formá...bons técnico e essa questão da sexualidade...ela tá muito envolvida...com o outro lado também...que é o lado psicossocial...ou psicológico...enfim...que tá lá naquela parte...que muita gente ainda acha...que é aquela questão...holística aquela questão desejada né?..."(Enf°10, casada, 35 anos).*

As enfermeiras continuam focando a sexualidade no ato sexual e na imagem corporal como estratégia de cuidado, priorizam os cuidados corporais como a reconstrução da mama, sendo um processo cirúrgico considerado de destaque estético, fatos estes que ilustram parte dos cenários culturais nos quais estão envolvidas. Sem julgamentos de que é preciso retomar a imagem corporal o mais próximo da satisfação das pacientes, tal fato nos inquieta: a percepção da enfermeira focar bastante no aspecto estético, ou seja, o cuidado externo com o corpo, sendo assim ela pouco adentra o mundo subjetivo da paciente que é enovelado de sentimentos, esperanças ou crenças relacionadas à sexualidade e à construção social de feminino que ali habita.

> *"às vezes...quer...a reconstrução...aqui no hospital...a gente não tem...mas a gente providencia...tenta fazer..o máximo...pra ela...pra conseguir...porque eu sei que isso vai influenciar...em vários fatores...como a autoestima...então eu acho que de uma maneira geral a gente acaba...englobando a sexualidade..."(Enf°11, solteira, 24 anos).*

As enfermeiras nos revelam a crença no fato das pacientes que passam pela reconstrução da mama já solucionassem todos os problemas de imagem corporal, assim negligenciam, por exemplo, outros fatores importantes para a recuperação da sexualidade e retomada da libido, tais como: estar fora da zona de adoecimento e recidiva, autoestima, questões hormonais e ocupacionais até o fato de possuir uma companhia afetiva, que pode facilitar ou retardar o desenvolvimento da sexualidade, não são problematizadas no nível interpessoal.

As profissionais da enfermagem sofreram forte influência do modelo biomédico sustentado no discurso cartesiano da separabilidade e redução da emergência dos acontecimentos. A prática resulta no discurso da sexualidade como fenômeno biológico, senão estrito pelo menos de forte domínio dos problemas de saúde referentes à sexualidade. A visão médica ainda permanece majoritária em atenção à teia complexa que envolve a sexualidade. A medicalização do corpo feminino e da sexualidade está ancorada nas questões relativas à reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia, e por meio dela a condição feminina é naturalizada. O processo de naturalização da sexualidade é

construído em meados do século XIX, em que a Medicina é consolidada como saber científico, contexto este mediado pela sociedade capitalista que se ocupa do projeto de medicalização dos corpos (Loyola, 1999 ; Vieira, 2002).

Delegação para profissional mais capacitado

As enfermeiras que admitem que os temas relativos à sexualidade aparecem em suas estratégias com a paciente, mas que não as fazem diretamente, costumam delegar essa tarefa aos profissionais de outras especialidades técnicas que elas julgam mais capacitados ou mais bem preparados para manejar essas questões, fato recorrente, encontrado também no estudo de crenças e atitudes das enfermeiras acerca da sexualidade(Saunamaki, Andersson & Engstrom 2010). Por exemplo, na visão das enfermeiras, o psicólogo cuida dos aspectos subjetivos e psicológicos; a assistente social e a terapeuta ocupacional dão respaldo aos aspectos sociais e da reabilitação física, e o médico cuida dos aspectos clínicos e preventivos, assim como das implicações para o organismo da realização do ato sexual, o que reduz o conceito ampliado da sexualidade a uma única dimensão: o ato sexual.

> *"pedi uma avaliação ou um acompanhamento...de um terapeuta ocupacional, sei lá...que ele também aborda...essas questões...um atendimento psicológico, na verdade a gente acaba passando o problema, a gente identifica que aquilo ali existe e dá um encaminhamento..." (Enf°5, separada, 32 anos).*

> *"então eu acho que poderia ser na equipe mesmo, assim o paciente ter o suporte psicológico, acho que tinha de ser o psicólogo mesmo" (Enf° 28, casada, 46 anos).*

Esse expediente aparece fragmentando a assistência e não somente como um pedido de colaboração do profissional parte da equipe multidisciplinar, mas a assistência aos aspectos subjetivos é entendida como da alçada do psicólogo. Assim, a profissional da enfermagem perde preciosas oportunidades de trabalhar essas questões, ao se esquivar da tarefa de lidar com esses temas na sua prática profissional. Embora, contrariando essa lógica, de acordo com o estudo de Parle et al. (2001), poucos pacientes com demandas referentes à sexualidade foram encaminhados para os profissionais de psicologia. Talvez, porque muitos profissionais da equipe não tenham o hábito de pedir a colaboração de outros profissionais nas questões acerca da sexualidade, ou ainda, não reconhecem a necessidade de adentrar o psiquismo do paciente nas questões subjetivas que envolvem o adoecer.

Gomes, Skaba e Vieira (2002) alertaram que a discussão não pode se manter restrita aos aspectos da clínica médica. Nela deve ser comtemplada a necessidade de se considerarem os desdobramentos sociais que seguem a descoberta do câncer, demandando ações de saúde pública para essa doença, pois o câncer de mama está entre as enfermidades que mais afetam a mulher, fazendo com que suas portadoras fragilizem-se, tornando o enfrentamento mais difícil. Para que os profissionais de saúde possam lidar com essa problemática, é preciso que haja, além do entendimento da dimensão psicológica envolvida, uma compreensão socioantropológica do contexto e da situação social em que a pessoa se encontra.

É necessária a desconstrução do paradigma de cuidado fragmentado por especialidades, pois a compreensão do adoecer advém de uma teia de significados que devem sinalizar para uma promoção da saúde que invista na descontrução destas representações estratificadas da sexualidade, passando à busca de possibilidades de se lidar com o câncer como algo passível de controle, assegurando melhor qualidade de vida e diminuição do estigma durante os tratamentos, escapando, assim, do senso comum da sexualidade como um problema psicológico (Gomes, Skaba & Vieira 2002).

Assumindo as dificuldades em lidar com a sexualidade do paciente

Algumas profissionais da enfermagem relataram a dificuldade em lidar com a sexualidade dos pacientes. A preocupação foi recorrente no sentido de buscar melhorar a assistência, visto que as situações que se apresentam envolvem a intimidade do paciente e seu parceiro (a) e fogem ao protocolo cotidiano da assistência técnica da enfermagem. Situações delicadas como a recusa do parceiro em manter relações sexuais envolvem muita intimidade e investigação, pois não sabemos como a paciente pode reagir, pois cada enfrentamento é singular no ser humano. Existe aqui uma ética de responsabilidade por parte da profissional, pois ela questiona como seria a maneira adequada antes de agir.

> *"Eu não saberia como lidar com isso, eu não saberia, já estou sendo clara. Aí eu ia falar pra ela, mas e aí, como foi sua reação, eu não ia falar assim, eu particularmente gostaria de saber como é que eu vou lidar com esse momento, que eu me coloco no lugar dela, eu tô ali, o parceiro vira e não quer transar, olhou e assustou, como é que é isso? Eu acho que é um choque. Como que vou fazer com isso? E na hora que chega?" (Enf°1, casada, 48 anos).*

Em outro espectro a enfermeira assusta-se quando a paciente preocupa-se com a sexualidade durante os tratamentos, contrariando a lógica comum na literatura e no discurso da equipe de saúde, em que a sexualidade somente se manifesta na fase de reabilitação,

quando já não se apresentam os efeitos colaterais (Souto & Souza, 2004; Doyle & Daines, 2008). Lembra-nos também que a vivência da sexualidade é algo particular de paciente para paciente, alguns padecem menos neste aspecto.

> *"a paciente me perguntô isso...eu assim...o primeiro impacto eu num tinha muito assim...você tá...você vai pôr a quimioterapia nela...e ela tá preocupada com a sexualidade dela...e eu falei pra ela assim eu levei um susto né?...eu falei assim...como assim?...não porque eu tô com namorado novo...depois eu quero continuá fazendo sexo quente com ele...eu falei assim...ai:::...eu acho que vai ser um pouco afetado...mas depois...você vai voltá a normal...entendeu?...também nesse momento...eu não sabia respondê...sabe?" (Enf°8, solteira, 45 anos).*

E por último, existe uma dificuldade com a abordagem adequada com o paciente no momento da admissão hospitalar. Realizar uma boa anamnese é parte das preocupações dos enfermeiros, tanto durante o exame físico como na coleta de dados acerca da atividade sexual e a orientação acerca da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), no entanto é um assunto que ainda causa muito constrangimento no profissional de estar abordando.

> *"prevenção de...a .patologias sexuais...né?...também seriam bem interessantes...uma área de como lidá...com o paciente...que chega no hospital...e você tem que dar uma camisola...pra ele...você tem que .examiná os (genitais)...né?...pra ele também pode falá...óh eu tive que sai com uma prostituta...eu sai...e você pergunta...o que é essa verruga?...na sua glande?...tá vendo...como eu pergunto?...como um profissional...chega?...a:::...a perguntá...pro paciente?...ele vai ficá de cabeça baixa? vai olhá pra parede?" (Enf °12, solteiro, 36 anos).*

Frente ao contexto assistencial e educativo, temos presenciado, no cotidiano dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiras, dificuldades no desempenho de um papel desejável no cuidado e nas estratégias de abordagem da sexualidade da paciente (Hyde, 2007; Hautamaki et al., 2007 ; Furtado, 2009; Vargens & Bertero, 2010). Entretanto, conseguir dar voz às pacientes e aos familiares antes, durante e após os tratamentos de câncer, constitui uma postura humanizada do profissional. Presenciamos lacunas na comunicação, estratégicas de cuidados com dificuldade, falta de capacitação técnica para o ofício e, como forma de apoio, parecem envolver sempre um terceiro elemento no diálogo com a paciente. As demandas sobre sexualidade aparecem tímidas e sempre protagonizadas pelas pacientes.

Uso da empatia buscando compreender a paciente e suas necessidades

Essa subcategoria consiste em acolher a demanda e entrar em sintonia com a necessidade da paciente e, a partir de então, elaborar uma estratégia de cuidado de forma particularizada. As enfermeiras pesquisadas reconhecem a necessidade de capacitação adequada no tema da sexualidade humana para que possam abordar e orientar as pacientes de maneira efetiva. Levantam essa necessidade também com relação a outros pacientes estigmatizados pelos profissionais ao adoecer (Sontag, 2002; Furtado, 2009).

> *"Acho assim que talvez uma coisa fosse importante, colocar isso na faculdade na graduação, ou ter um curso só pra isso, um aperfeiçoamento nesta parte, isso não é dois dias ou três dias, mas do que isso. É importante você enfocar a masté, mas também o cadeirante, o viciado em droga, o ostomizado, o cego, isso é uma coisa importante que eu acho complicado falar assim, ou é melhor você ficar quieto. Você se sente em um momento difícil porque eu não consigo separar a minha pessoa da enfermeira. Quando uma mulher ou um homem me relata alguma coisa eu e coloco no lugar deles" (Enf°1, casada, 48 anos).*

Atitudes simples como a proteção da intimidade com o uso do biombo já caracteriza um ato de atenção por parte da enfermeira. Neste ponto passamos a refletir se a dificuldade em cuidar da sexualidade justifica-se somente pela falta de capacitação adequada, ou falta também uma sensibilidade por parte do profissional em perceber qual a real necessidade que a mulher mastectomizada vem endereçando nos contatos com os profissionais.

> *"eu acho que foi essa paciente que tinha que deixá o seio exposto pra fazê a massagem sendo que ali tinha muitas pessoas...então é isso lógico tem um biombo tal pra colocá éh pelo olha.você percebeu que ela não tava muito confortável com a situação ai nós colocamos o biombo ai .resolveu às vezes são mínimas coisas que a pessoa não percebe...que a gente pode tá fazendo pela pessoa" (Enf°7, amasiada, 59 anos).*

As profissionais sensibilizam-se buscando melhorar a dificuldade estética que as pacientes apresentam com a visibilidade dos signos da doença, em especial a preocupação com os cabelos é bastante frequente entre as mulheres. Oferecem recursos como uso de lenços, turbantes e chapéus durante o período do tratamento e orientam acerca do retorno dos cabelos.

> *"mas você pode por uma peruca...você pode colocá um lenço...um turbante...né?...teve uma época que eu até comprei uns chapeuzinhos pra elas...né?...uns chapeuzinhos coloridos que eu achei...no shopping...trouxe pra elas...pra colocá...outro dia...uma paciente...eu fiz um turbantezinho..." (Enf°8, solteira, 45 anos).*

Encontramos aqui algumas profissionais que assumem para si a responsabilidade de manejar o tema da sexualidade na assistência prestada e que se mostram dispostas a aprender, demonstram empatia com as necessidades de abordar a sexualidade ou se mostram confortáveis diante da responsabilidade com seu papel de educadoras nesse âmbito do cuidado.

> *"tem pessoas...que são muito simples...então...né?...imagina tem medo até de perguntá...sobre:::...o que...qui tá acontecendo com ela...muito menos...tocá na questão...da sexualidade...então...eu acho que a percepção maior...tem que ser da gente...né?..e assim...pode ser que talvez no primeiro dia...não seja a hora...no segundo não...mas no terceiro...que você JÁ tem um pouquinho mais de:::...empatia...a pessoa já se sente mais:::...à vontade...aí talvez você tem que... abordá...né?" (Enf°10, casada, 35 anos).*

As enfermeiras e outros profissionais da saúde apesar de todas as dificuldades vêm buscando desenvolver um novo olhar para o modelo de assistência à saúde baseado no modelo biopsicossocial, com abertura às necessidades dos pacientes, acessando uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psíquica e social. Esse paradigma preconiza que a formação do profissional de saúde deve ir além das habilidades técnico-instrumentais e que é preciso evoluir no sentido de se assegurar o desenvolvimento das capacidades relacionais como a empatia e o diálogo que permitem o estabelecimento do vínculo adequado e de uma abordagem efetiva (De Marco, 2006).

O recurso dos profissionais em oferecer escuta atenta e interessada às dimensões subjetivas da vivência da sexualidade e a qualidade do relacionamento afetivo-sexual, durante o tratamento do câncer de mama, são demandas urgentes para que se possa obter uma otimização das estratégias de reabilitação psicossocial. Os achados podem também contribuir para qualificar a assistência integral dos profissionais, tornando a relação enfermeira-paciente mais humanizada e baseada em evidências científicas (Cesnik & Santos, 2012; Lackey, Gates & Brown 2001; Legg, 2011).

Analisar o comportamento da pessoa, responder aos seus questionamentos, esclarecer e orientar o paciente quanto aos possíveis efeitos colaterais de medicamentos e sobre a doença em si são algumas das situações que as enfermeiras normalmente enfrentam. No entanto, quando está em questão a abordagem da sexualidade, deixam transparecer dúvida, dificuldade e insegurança, quando não negação e fuga (Gir, Nogueira & Pelá, 2000; Hyde, 2007; Junqueira et al, 2013).

Notamos que o nível interpessoal dos *scripts* sexuais apresenta uma pequena abertura para mudança diante do paradigma biologicista hegemônico na saúde, visto que algumas profissionais buscaram, empaticamente, sensibilizar-se para as necessidades das pacientes. Considerando o câncer de mama uma patologia permeada pela complexidade de fenômenos e relações envolvidos, concluímos que as políticas de atenção às mulheres com neoplasias mamárias devam formular princípios para que se possa alcançar tanto o aperfeiçoamento das intervenções técnicas como os aspectos da dimensão simbólica e cultural que envolvem o adoecer e a sexualidade (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

Heilborn (2002) discutiu a importância de uma perspectiva interdisciplinar no cuidado à sexualidade, conjugando vários saberes nas estratégias de cuidado na esfera da saúde, entendendo a enfermagem como uma prática de relação com outros profissionais da equipe, visto não tomar as pressuposições como verdades absolutas e imutáveis. Isso significa que a enfermeira está inserida em um contexto historicamente determinado e que inclui representações simbólicas, para além de corpos estáticos. Os profissionais da saúde são marcados em suas estratégias de cuidado pela função de intervir nos corpos e nas pessoas, no sentido de melhorá-los, e este é um compromisso assumido na gênese da profissão. Não há como o profisisonal de saúde furtar-se da ação educativa, lembrando que toda a função pedagógica é um pouco criminosa culturalmente, pois destrói os valores da pessoa/paciente que está sendo cuidada/educada, furtando assim sua possibilidade de vir a ser e tomar decisões.

Como exemplo de manejo em equipe, Fleury e Abdo (2011) atuaram de forma interdisciplinar na conduta de grupos (psicóloga e psiquiatra), optando pela intervenção da psicoterapia de grupo para a saúde sexual de mulheres durante a menopausa, fase esta em que se encontram muitas das mulheres que desenvolveram o câncer de mama e outras perdas sexuais. A proposta de discussão em grupo envolveu temas como: a função sexual, a comunicação e a intimidade sexual, a autoimagem, a sexualidade feminina, o climatério/menopausa, o papel psicossocial da mulher e o vínculo conjugal. Constatamos, ao final das sessões, o aumento no índice médio de função sexual, com alterações positivas, o que sugere o fortalecimento da saúde sexual decorrente de psicoterapia. Este constitui apenas um exemplo recente de intervenções na função sexual, em que as enfermeiras podem vir a participar conjuntamente com outros profissionais da equipe, somando esforços na abordagem da sexualidade. Jun et al. (2011) também afirmaram a estratégia de abordagem em grupo como positiva, tanto para as pacientes como para os profissionais.

Uma outra saída para as dificuldades de abordar a sexualidade com as pacientes foi encontrado por Lavin e Hyde (2006) que desenvolveram uma oficina para capacitar enfermeiras na abordagem da imagem da sexualidade e do corpo com as pacientes da oncologia, com temáticas baseadas na evidência clínica. Herbenick et al. (2008) acrescentaram um aspecto importante que os enfermeiros precisam saber ao formular suas estratégias de cuidado à sexualidade, que são as atuais fontes de informações disponíveis às pacientes, considerando que as mulheres adultas obtêm informações sobre a saúde sexual, de formas variadas como: as enfermeiras diretas, líderes do grupo de apoio, amigos, membros da família, a Internet, as redes sociais ou locais de encontro de adultos. As livrarias para adultos vendem frequentemente uma gama de produtos que incluem preservativos, lubrificantes, DVDs de conteúdo sexual explícito, roupa íntima, brinquedos de sexo (por exemplo, vibradores e luvas de masturbação).

7. 3 SCRIPTS DA SUBJETIVIDADE

Nesta categoria abrangemos os *scripts* intrapsíquicos ou da subjetividade da enfermeira que são provenientes parte dos cenários culturais e parte das demandas de interação dos atores sociais, ou seja do *script* intersubjetivo. Neste nível a pessoa é protagonista de suas condutas, fazendo uso de sua identidade nos encontros com as pacientes, priorizando seu mundo mental para operacionalizar as ações de cuidado nos cenários de saúde. Algumas dessas ações configuram o interdito no cuidado, como algo que não pode aparecer ou simplesmente é negado pelos profissionais.

Interdito no cuidado da sexualidade: barreiras e posturas pessoais no cuidado

As enfermeiras relataram que não encontram em sua prática profissional condições específicas para investir no cuidado da sexualidade, referem barreiras pessoais como características de personalidade e o próprio despreparo técnico para abordar a paciente, os familiares ou o casal, por considerarem um assunto de sua intimidade e da pessoa cuidada.

> *"Eu acho muito mais interessante, porque eu, particularmente, sou muito complicada para chegar num assunto desses com o paciente. Eu não me sinto legal, não me sinto bem. Acho uma coisa muito íntima da pessoa" (Enf°3, solteira, 28 anos).*

Relataram barreiras associadas à estruturação do espaço de atendimento que geram barreiras pessoais na aproximação da paciente, explicaram que a falta privacidade e tempo em função da estrutura e funcionamento do próprio serviço dificultam a aproximação das pacientes; a rotina de trabalho intensa é também um fato que justificam, pois são inúmeras atribuições em que não sobra oportunidade de diálogo com as pacientes ou familiares. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Hautamaki et al. (2007), sobre a existência de barreiras entre os próprios profissionais na abordagem da sexualidade, alegando um assunto de privacidade tanto no espaço pessoal quanto no espaço físico.

> *"a gente chegar, abordar, porque nunca tá sozinho na quarto, geralmente sempre tá com o A semana passada eu tinha 15 pacientes fazendo quimioterapia, né, então assim, é meio complicado acompanhante ou com outro paciente do lado, com acompanhante também" (Enf°3, solteira, 28 anos).*

Alguns exemplos de barreiras pessoais foram relatados pelas enfermeiras como a concepção da sexualidade sendo considerada um tabu social e um assunto não público a ser discutido no campo da assistência. As profissionais perceberam que as barreiras sobre a dificuldade de lidar com o tema da sexualidade originam-se em sua infância, na maneira como os corpos e gestos foram educados (Louro, 2000) e por isso pode ser um comportamento pessoal de difícil mudança, pois o sexo por si já é um assunto reprimido em nossa sociedade.

> *"Acho que isso aí vem das próprias raízes mesmo...né?...porque desde pequena...as pessoas já são reprimidas...já crescem falando pouco sobre sexo...né?...então eu acho que isso...vem...vem com a pessoa...mesmo...e pra mudá...é difícil...né?" (Enf°7, amasiada, 59 anos).*

> *"tem pessoas que são muito retraídas...que são pessoas é a própria educação às vezes da pessoa...é...não permite...que ela se envolva...né?" (Enf°10, casada, 35 anos).*

Outra barreira comum observada pelas enfermeiras é a própria condição emocional para lidar com assuntos íntimos como a sexualidade, pois sentem que o câncer já mobiliza bastante sua sensibilidade ficando identificadas com a doença e sentem que se não estiverem bem consigo, também não terão uma boa atuação como profissional, elas afirmam que não conseguem separar a vida pessoal da profissional.

> *"...éh...eu acho que indiretamente...pode afetar se por exemplo trabalhar com câncer é difícil assim pra quem está começando, no começo a gente acaba ficando meia emotiva...até acostumá...você acaba ficando meio depressiva...de ver casos e casos...você começa imaginar...se fosse comigo, como que eu ia ficar entendeu?....Então tem que*

> *estar bem preparada...psicologicamente pra separar...a parte profissional...da vida pessoal" (Enf°9, casada, 35 anos).*

Em alguns casos, foi possível observar a enfermeira fazendo uso do próprio juízo de valor que gera barreiras na aproximação com a problemática trazida pelas pacientes, dificultando a escuta e a proposição de uma reflexão genuína em diferentes situações. Ocasião em que vão lidar com os sentimentos da mulher com câncer de mama na relação marital, quando estes são contraditórios ou diversos dos seus:

> *"Fulano morreu! E eu falei menina, do que você se livrou! Saiu espontâneo da minha boca, porque ela falava assim, coisas horrorosas dele, e quando eu falei isso, ela falou assim: Não me fala isso, que eu estou sofrendo muito, ele era o homem da minha vida, ela mudou todo o discurso e eu me peguei assim de surpresa e disse: Olha você me desculpa, mas assim, a sua fala antes...você tinha muita raiva." (Enf°1, casada, 48 anos).*

O juízo de valor surge, também, quando a paciente apresenta uma ideia diferente da sua própria, como neste exemplo de a imagem corporal não ser legitimada como um ponto de preocupação da sexualidade da mulher, pela enfermeira que normaliza os fatos quando se refere às alterações do adoecer de câncer.

> *"Eu falo para elas que é normal, que a autoestima está baixa, que isto vai melhorar que é da cabecinha delas, que tem de ficar mais próxima da família, próxima do marido sabe. Não se ver como uma pessoa feia, porque tem algumas que não conseguem nem se olhar no espelho" (Enf° 2, casada, 38 anos).*

A enfermeira continua referindo concepções próprias, agora sobre o adoecer de câncer que caracteriza sua subjetividade no nível intrapessoal, quando precisa posicionar suas ações de cuidado.

> *"Se a pessoa não está bem psicologicamente você pode fazer o tratamento que for, eu não vejo assim, melhora sabia? Mesmo fisicamente, eu não vejo. Acho que a pessoa tem de estar bem, ter força para lutar, e se acontecer um negócio desse dentro de casa e ela não está bem dentro de casa, ela não vai ficar bem em lugar nenhum, ela tem de estar bem com ela, com a família, com os amigos, se ela não está bem, nada vai bem" (Enf° 2, casada, 38 anos).*

Por fim, o juízo de valor se revela no momento em que há conflitos na tomada de decisão envolvendo outro membro da equipe de saúde, o médico. A enfermeira narra com emoção sua dificuldade em julgar o que é ético no caso da paciente que escolhe ter um bebê e fazer os tratamentos para o câncer de mama. A profissional sente-se confusa em eleger quais

condutas seriam adequadas nesse momento, pois de um lado tem a pressão médico-científica de sua formação como enfermeira lhe alertando para riscos e sintomas e, de outro, a voz humana e feminina de seu intrapsíquico tocada pela maternidade da paciente.

A cena do médico com a indicação do aborto implica uma decisão de poder que destitui a escolha da paciente sobre como agir com seu corpo e saúde, tão discutida nos cenários atuais de cuidados à gestante. O poder visa tanto a controlar as atitudes dos outros como também a alcançar seus objetivos, no caso evitar a gravidez que ocorre fora da situação clinicamente desejada.

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida da paciente pode implicar em consequências negativas na relação com o profissional. É de conhecimento e evidência clínica os diversos efeitos colaterais das medicações para o bebê, no entanto, o direito à vida foi preservado pelo desejo da mãe que assume os riscos, acima de qualquer ordem médica e não interrompe a gestação, mantendo o nascimento da criança.

> *"o esposo é ela falou que ela quis ter relação aquele dia com o marido...porque ela queria ficá grávida...e ela ficou grávida ficando grávida parece que ela foi pra Barretos né? descobriu o câncer foi pra Barretos lá em Barretos eles não eram acostumados a fazer quimioterapia em pacientes gestantes...daí ela veio aqui pro hospital...e aí foi super...foi bem assim...super interessante assim...triste...mas interessante pra nós...o médico tinha falado que ela tinha que fazê aborto...mas ela não fez...e ela veio pra cá... ela falava assim...olha...veja ali o ultrassom...veja de quantos semanas que tá o nenê tá...crescendo...o nenê tá crescendo...então nós vivenciamos isso com ela...vivenciando isso com ela ficou...com sete meses acho tirou o nenê mas só que o nenezinho devido ter feito quimioterapia gestante a nenezinha nasceu cega sabe?...ela nasceu cega...a bebê...ficando no berçário...tudo...depois...quando a menina já tava com um aninho...ela trouxe a menina pra nós vê a criança...nós vimos a criança...daí...eu fiquei pensando assim...o que que é certo?...e o que que é errado?...né?...muita gente diz assim...nossa mas como essa paciente gestante...fez quimioterapia e nasce o nenê cega...pra ela...eu acho que ela queria a criança...entendeu?" (Enf°8, solteira, 45 anos).*

O que pouco se discute no meio médico e de saúde é o significado do nascimento de um filho para uma mulher, mais que um evento-padrão reprodutivo, é o ato criativo da sexualidade desta mulher que diz muito a respeito de sua subjetividade. O *script* intrapsíquico é capaz de recriar os roteiros por meio da criatividade humana que permite novas rotas conforme as necessidades interpessoais e dos cenários culturais que se apresentam (Alferes, 2004). Há um simbolismo por trás de cada gestação, o sentido que se busca com cada nascimento (Maldonado, 2009) e, neste caso, que envolve o câncer, parece falar de um renascimento duplo de vidas que foi sensivelmente ouvido pela enfermeira.

Em outro ponto temos, nesse *script*, a visão de sexualidade desenvolvida em uma posição idealizada e romântica do casal, o que muitas vezes, encontra um descompasso com os casais que passam pelo processo de adoecer de câncer, em que muitos aprendizados e novos limites são vivenciados durante o tratamento, isso pode configurar um distanciamento da paciente, pois a enfermeira faz uso de sua experiência pessoal na compreensão da sexualidade dada como normativa no casal heterossexual.

> *"agora na minha vida pessoal é muito tranquilo, eu tenho um bom relacionamento no casamento, essa questão de sexo eu sou um pouco às vezes até...tímida sabe?... ao mesmo tempo que eu já tenho um longo tempo de casada...mas assim, eu ainda percebo, tem alguns tabus...num consigo assim ser totalmente liberal a algumas fantasias...então eu acho assim, até para o sexo precisa de ter respeito entre o casal...precisa ter liberdade e cumplicidade...mas as coisas devam ser colocadas com respeito entre o homem e a mulher" (Enf°13, casada, 35 anos).*

Com relação às posturas profissionais presentes no atendimento, estas são em parte oriundas do *script* intrapsíquico, e destacamos no caso a sexualidade descrita pelas enfermeiras neste *script,* como uma concepção neutra dos corpos na atuação da enfermagem, principalmente no que tange ao cuidado e ao toque físico. Há uma preocupação desde a formação profissional com a preservação da intimidade dos pacientes, das partes íntimas durante a realização dos procedimentos técnicos e até do próprio cuidador.

A sexualidade, como uma concepção neutra dos corpos, se mantém oculta na prática assistencial e assim facilita o profissional poder lidar com os procedimentos que envolvem o sexo oposto, tendo a impessoalidade como postura marcante do *script* intrapsíquico da composição do personagem da enfermeira, criando assim condições para a manipulação do corpo e da sexualidade do outro através de uma autorização social instituída. O toque é protegido por luvas e aventais, quando não, há o uso de máscaras que encobrem as expressões faciais, tornando a enfermeira protegida em sua atuação (Ressel & Gualda, 2004).

> *"ao iniciar um procedimento cirúrgico a pessoa tem que se despir ou ela está só com camisola e a gente vai despir ela para iniciar, e muitas pessoas se sentem assim intimidadas, sem jeito, há uma preocupação durante a maioria dos procedimentos que são expostos, tentamos deixar a menor parte do corpo exposta possível..."(Enf° 23, solteira, 23 anos).*

> *"às vezes...dá banho em paciente jovem do sexo oposto né? ele acaba ficando excitado e aí as professoras tinham que orientar a gente como, que conduta tomar numa hora dessas ou de repente...algum paciente se insinuar pra nós, esse tipo de coisa. E a orientação era falar pro paciente que ia dá uma licença...um tempo pra ele se recompor e que depois eu voltaria pra terminar o banho, pra terminar o procedimento...o que fosse, mas assim, uma coisa bem técnica..." (Enf° 29, casada, 33 anos).*

No *script* intrapsíquico aparece o tema da ética e do assédio sexual envolvendo os corpos em um grande dilema da enfermagem para o cuidado integral, de um lado sua vocação em cuidar, no fazer uma enfermagem humana com envolvimento de sua subjetividade e da afetividade, e de outro, o medo que lhe assombra sua proatividade ser traduzida em assédio sexual e serem julgadas e perseguidas por terem cometido abuso. A preocupação ética na atuação das enfermeiras é tão grande que chega a engessar as profissionais de ter um olhar para aquilo que é diferente de sua vivência, como no segundo exemplo em que a enfermeira narra a contratação de uma profissional do sexo pelo familiar para o paciente adoecido e logo refere seus preconceitos com a situação. Ela parece ficar dividida de um lado com sua questão ética que acompanha o papel profissional, e sua subjetividade como pessoa, de outro.

> *"eu penso assim na parte do nu, de estar despido, do toque, é da exposição de parte íntimas, as falas propícias voltadas pra sexualidade...tipo assim...ereção...querer fazer amor... transar. É às vezes a má interpretação que às vezes a gente tem é de prestar um cuidado pro paciente e ele entender isso como uma carícia... uma proximidade voltada pra sexualidade..."(Enf°13, casada, 35 anos).*

> *"caso de um filho que morava com o pai, e o pai começou a dizer que ele queria alguém, que ele tava ali, mas ele tava vivo...então o filho conversou com a família e se a família permitisse...que se contratasse uma profissional pra satisfazer as necessidades do pai dele... todo mundo concordou e realmente se contratou essa profissional né? Conversou com ela sobre a forma como seria, que teria que usar o preservativo e o pai ficou feliz da vida ((risos)). Então é um arranjo diferente pra tratar a sexualidade...aí eu até me perguntava..."será que eu conseguia fazer isso com um familiar meu?" talvez não por conta dos preconceitos que eu tenho para com as profissionais do sexo né? Talvez pelo constrangimento de fazer esse arranjo anterior até chegar lá...então talvez eu não conseguiria fazer dessa uma opção viável"(Enf° 31, casada, 35 anos).*

Presenciar a masturbação de pacientes internados, principalmente mulheres, também é um caso de difícil aceitação para as enfermeiras que se alvoroçam em frequentes cochichos, com idas e vindas no quarto da paciente, na tentativa de verificar a veracidade da prática realizada por debaixo de um lençol. Não satisfeitas com o encobrimento da paciente, elas chegam a abordar a paciente em sua atividade velada sob o lençol.

> *"mas a gente já presenciou assim...nós já vimos uma paciente se masturbando à noite. Era quase toda noite, ela ficava na cama próximo à porta então você passava no corredor você via... algumas vezes as auxiliar... chegou perto assim... disfarçada... e falou assim pra ela "a senhora tá sentindo alguma coisa? a senhora tá com dor?"... aí ela falava assim que tava com câimbra nas pernas... mas era bem... bem entranho a atitude dela... foi essa que assim mais me chamou a atenção..."(Enf°32, casada, 44 anos).*

Essa discussão nos permite questionar qual o conteúdo cultural presente no *script* intrapsíquico que está sendo neutralizado, como a negação do prazer feminino e da sexualidade vinculada numa prática ativa como a masturbação na mulher. Parece haver certa repressão e uso do papel profissional neste caso, mais que uma questão ética do ambiente de trabalho, configura um retrocesso à condição cultural feminina de passividade, daquele que serve ao prazer sexual do outro e não à possibilidade de satisfação de suas próprias necessidades. A paciente, ao se masturbar, foge ao roteiro sexual feminino, subserviente ao cuidado do seu corpo, quebra regras preestabelecidas e causa ansiedade nos profissionais da enfermagem que não sabem qual deve ser sua conduta, a não ser reproduzir o modelo hegemônico patriarcal. As enfermeiras sequer reconhecem seu *script* sexual intrapsíquico, sua natureza feminina no acolhimento desta vivência sexual da paciente, buscando compreender as necessidades humanas.

Relatam em seus guias mentais desde o mito da morte para quem habita o câncer em seu corpo, como um aspecto de pouca intervenção profissional, pois a pessoa que tem câncer já estaria condenada à morte e também o mito do câncer contagioso, em que era preciso até destruir a casa da pessoa que o contraiu não deixando nenhum vestígio que pudesse atingir outras pessoas.

> *"quando sabe que a pessoa está com câncer, eu lembro da minha época de infância...porque eu morei na fazenda...se alguém morreu de câncer...eles punham fogo na casa né? ninguém entrava mais lá, eu lembro pôr fogo em casa não, ninguém vai morar aí...ele tinha câncer...era terrível, aquela pessoa é condenada. Eu vou falá o que?..." (Enf° 17, casada, 51 anos).*

A Igreja e a religião por tempos constituíram-se em um dispositivo de controle e ordem moral e social de conduta dos corpos em sociedade, tendo pouco espaço para pensar ou sentir a própria sexualidade, quando não foi reprimida, punida e considerada patológica para as pessoas que ousassem expressá-la, em especial as mulheres. A voz da enfermeira explica o pudor do casal, no caso exemplifica os próprios pais, ancorando uma sexualidade que respeita a religião. Talvez, o que ela não perceba, é que esta representação cultural já permeia seu imaginário significando parte de seu *script* sexual instrapsíquico herdado dos *scripts* sexuais dos pais, do qual ela nos relata também a heteronormatividade no casal, em que não se pode ter vida sexual independente um do outro, e que a união heterossexual deve ser perpetuada até que a morte os separe.

> *"é por conta da própria... questão da religião... deixa a pessoa um pouquinho mais quieta... um pouquinho mais apagada... é que meu pai também é da igreja... né? então... tem aquela coisa entre si... o casal não pode separar... o casal não pode arruma um... não pode arrumar outra... são eles e eles mesmo... eles têm que se aceitar do jeito que são... então ficam mais quietinho... é mais silencioso ainda o assunto..." (Enf° 31, casada, 35 anos)*

Outro significado cultural perpetuado nos *scripts* intrapsíquicos da enfermagem é o relato da enfermeira percebendo-se como anjo, que não apresenta sexo nem gênero definido, branco como a cor da pureza dos corpos. Um anjo não tem erotismo nem sexualidade, pois estaria dotado da bondade, da candura e da salvação. Com esses significantes é que a enfermeira revela seu *script* intrapsíquico de sexualidade.

> *"eles veem a gente com esse jeito de anjo branco...porque chegamos aos domicílios eles falam: "ai os anjos chegaram", falei que de anjo a gente não tem nada! (risos) então é uma coisa muito distante...os pacientes tratam a gente com respeito...como se estivéssemos trazendo a cura e a salvação" (Enf° 30, casada, 35 anos).*

A enfermeira é vista culturalmente na sociedade com alguns simbolismos, ora como um anjo assexuado, desprovido de qualquer tipo de prazer e ora como um objeto sexual. Isto ocorre porque a mulher tem sido considerada objeto digno de veneração: um ser frágil que deve ser protegido, dirigido, defendido, ser sublime de natureza angelical e também como um objeto erótico, perigoso, desejado, temido, de natureza sedutora e demoníaca. Anjo ou demônio são dois estereótipos que carregam mitos sobre a bondade e a maldade da mulher. Há ainda o fato de a mídia colaborar com a perpetuação desses mitos, encenando a figura da enfermeira como objeto sexual, utilizando-se desta em cenas sensuais que denigrem sua imagem e não condizem com a realidade profissional, com a utilização de vestuários insinuantes, trocas de afeto no ambiente de trabalho e relações com pacientes e outros profissionais da saúde (Brêtas, Ohara & Querino, 2008).

Remontando às questões históricas, é possível compreender os diferentes lugares que a mulher ocupou na enfermagem. Na sociedade primitiva, cabiam a ela todos os cuidados e práticas relacionadas ao nascimento e ao parto, o cuidado com as crianças e também doentes e moribundos. Na Idade Média, o ato de cuidar das pessoas pertencia às funções domésticas e somente abrangia pessoas de posse que possuíam escravos para tal atividade. Já no período do cristianismo, o corpo da cuidadora passa a ser visto como aquele dotado de caridade e como pecador. Por meio desse trabalho, poderia ganhar o perdão de seus pecados. O cuidado com os enfermos foi uma das muitas formas de caridade adotadas pela Igreja que se conjugam na

história da Enfermagem até os dias atuais. Nessa perspectiva, as mulheres cuidavam daqueles que necessitavam de ajuda ora coma finalidade de purificar seus corpos pecaminosos ora com o intuito de fazer caridade. Com o Renascimento e a Reforma Protestante, a Enfermagem passa por um período crítico, pois as religiosas foram expulsas de seus locais habituais não tendo uma nova organização, isso levou as pessoas que precisavam de ajuda a contratar indivíduos de índole duvidosa mediante baixa remuneração para a realização dos cuidados. Inicia-se uma fase de laicização da Enfermagem, exercida por mulheres de reputação duvidosa, consideradas imorais, bêbadas, analfabetas, submetidas a péssimas condições de trabalho (Lopes, Merighi & Garanhani, 2010).

O século XVI caracterizou-se como um período importante com o revigoramento das ordens religiosas, sendo fundada na França, a Companhia de Irmãs de Caridade com o intuito de oferecer a Enfermagem voltada para o Serviço Social. Nessa época os corpos que desejavam trabalhar na Enfermagem seguiam a ordem social vigente: caridosos, reservatórios de pecados, assexuados, submissos, dóceis, obedientes, sem conhecimento científico e cumpridores de suas tarefas. Somente a partir da segunda metade do século XIX é que a Enfermagem passa a ser vista como profissão e um campo do saber (Lopes, Merighi & Garanhani, 2010).

Os roteiros intrapsíquicos representam o conteúdo de vida mental que são resultantes do conteúdo dos cenários culturais e das demandas de interação, e em parte podem ser independentes destes. As posturas concernentes a ligar o significado cultural à ação (interação) manifestam-se no campo do intrapsíquico com a postura de impessoalidade no cuidado aos corpos. Os roteiros intrapsíquicos costumam seguir uma ordem, assemelhando-se a projetos e esquemas que podem se repetir com as ações. A enfermeira, neste caso, é um dramaturgo que roteiriza sua própria conduta de cuidado, a fim de lidar com a natureza problemática da interação com a sexualidade e os corpos cuidados (Gagnon, 2006).

Com relação aos roteiros intrapsíquicos de cuidado das profissionais da enfermagem, no que tange à sexualidade das pacientes, transparece a fragmentação na prestação do cuidado e uso frequente da experiência de vida pessoal do profissional, não havendo critérios crítico-reflexivos ou referenciais teóricos e práticos que norteiem a assistência de forma segura na abordagem da paciente ou quando são solicitadas a fazê-los. Na prática, a atenção dispensada à sexualidade encontra-se ancorada na função reprodutiva e nos problemas de ordem pessoal e clínica (Hyde, 2007). Continua ausente uma abordagem crítica e contextualizada que discuta as questões ligadas à esfera sociocultural da assistência de enfermagem, que contemple a

formação técnica da enfermeira, bem como suas barreiras e posturas pessoais e éticas no manejo da sexualidade junto aos pacientes.

Desde a infância estamos internalizando regras, valores e condutas socialmente aceitos, dentre eles nosso significado sobre a sexualidade. Temos uma construção cultural da sexualidade desde nosso início de vida, passando por dois processos de socialização: o primário em que se constitui a criação de fortes laços emocionais e nem sempre a substituição de seus preceitos é habilmente realizada, o que pode gerar confronto com tudo o que é aprendido deve ser escondido, neste caso a nudez não deve ser exposta. Já na socialização secundária, que constitui o personagem da enfermagem, na qual a nudez precisa ser manipulada, o corpo nu e suas partes íntimas são cuidadas, mas não devem despertar emoções (Ressel & Gualda, 2004).

Os sinais do corpo nos comunicam muito da essência do ser humano, sendo por vezes uma linguagem silenciosa, cheia de mensagens e construída por simbolismos. Esses sinais, quando percebidos pelo profissional da saúde, permitem também o autoconhecimento e uma reavaliação constante do nosso significado de viver, por meio da revisão de nossos gestos, expressões, posturas, olhares e características pessoais no trabalho, e é possível reaprender a ver, a sentir, a ouvir e a expressar, melhorando também sua atuação profissional. As enfermeiras evoluíram muito tecnicamente no que se refere aos cuidados com o paciente, porém a técnica não significa ética. É preciso mostrar sua humanidade nos pequenos gestos, sem preconceitos com o toque respeitoso, o sorriso, o olhar nos olhos, o aperto de mão, um afago, um puxar de cadeiras e o ouvir, sem que necessariamente pareça alguma insinuação erótica no cuidado. Reconhecer esse corpo cuidado como fonte de dor e prazer, de mensagens explícitas e veladas e ter contato com uma realidade do cuidar, diminui vários focos de conflitos, otimizando o fazer da Enfermagem (Ressel & Silva, 2001).

A enfermeira pode contribuir para que os mitos e preconceitos direcionados à sexualidade sejam suavizados e que o esclarecimento sobre o tema chegue até a população sem receios. A atenção à sexualidade não pode mais ser adiada, a enfermeira precisa assumir sua parcela de responsabilidade e intervir para que a pessoa seja tratada como um ser holístico, com seus múltiplos processos independentes que permeiam o ciclo da vida, dentre eles a sexualidade. Para tanto, as instituições formadoras precisam comprometer-se a capacitar o aluno, visto que os currículos de graduação e pós-graduação não acompanham este avanço. É necessário dispor de carga horária que seja suficiente para esta temática e que os docentes tenham consciência de que os enfermeiros tratam seus pacientes como seres

assexuados como assim também se denominam e dificilmente abordam a dimensão da sexualidade, para que esta barreira seja extinta (Gir, Nogueira & Pelá, 2000).

Nossos achados corroboram os resultados de Krauzer, Adamy e Calavet (2011) que compilaram o conhecimento produzido acerca da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas em estudo de revisão da literatura (2005-2009). Em 22 produções selecionadas, metade delas abordaram as estratégias de intervenção utilizadas pelas enfermeiras, como: a educação em saúde, cuidados diante da dor oncológica, pós-operatório, interação com o paciente durante a quimioterapia, conhecimento dos registros da enfermagem em oncologia, resiliência na oncologia e discussão de sua aplicabilidade na assistência com a criação de um protocolo de sistematização, entretanto, curiosamente, nenhum artigo abordou a temática da sexualidade como parte dos cuidados na relação enfermeiro-paciente, reafirmando, assim, seu ocultamento na profissão. A outra metade da produção científica analisada versou sobre os sentimentos e dificuldades que as pacientes enfrentam no tratamento oncológico, e apenas uma obra abordou os sentimentos das enfermeiras ao cuidar dessa clientela. Esses achados evidenciam as barreiras pessoais e profissionais na abordagem da sexualidade com os pacientes.

No âmbito da enfermagem, a enfermeira precisa estar atenta e exercer dentro de seu campo de atuação, sempre que possível e necessário, os cuidados que proporcionem a saúde sexual da paciente, pois se configura como uma necessidade humana básica (Giami, 2007a ; Mandú, 2004; Trindade & Ferreira, 2008). O movimento da enfermeira de abrir-se à paciente buscando auxiliá-la a lidar com os efeitos deletérios desta doença, como: medos frente à ameaça de morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, dos efeitos da quimioterapia e da incerteza quanto ao futuro como a recidiva tem preocupado os profissionais da saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes (Duarte & Andrade, 2003; Bertolo & Pauli, 2008). Compreender os processos de convalescença, de participação e adesão ao tratamento das doenças/agravos, considerando o corpo e a sexualidade em suas dimensões histórica e psicossocial (Lemos-Pereira, 2007).

Os profissionais da enfermagem são os que mais tempo permanecem junto do paciente, os que mais se expõem, tocam e manuseiam o corpo ao implementar seus cuidados (Viana et al., 2013) e também são suportes dos familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, com potencial de promover o encontro efetivo de todos os atores sociais no nível interpessoal. Dessa visão, é urgente que os enfermeiros tomem consciência de seu nível intrapsíquico podendo ser mais capazes de despertarem recursos de ajuda tanto na equipe, como nos

familiares e, ainda, possibilitar à pessoa enferma conquistar uma condição de melhor qualidade de vida e autonomia em sua sexualidade e tratamento (Carvalho & Merighi, 2005).

Não basta o profissional capacitar-se para a correta abordagem da sexualidade como os pacientes e familiares. A confiança e a troca de informações no nível interpessoal são construídas gradativamente nos encontros com os pacientes e com a percepção do seu nível intrapsíquico participando ativamente nas tomadas de decisões, e, assim, devemos respeitar a vontade, o direito e o momento de as pessoas falarem ou não sobre sua intimidade, pois questões de sexualidade são culturalmente tidas como da ordem do privado (Mandú, 2004).

A abordagem tradicional do encontro intersubjetivo enfermeira-paciente traz uma atuação (centrada no profissional, interrogativa e informativa) que deve ser substituída por uma relação favorável à construção conjunta de novos caminhos, valores, conhecimentos, sentimentos e possibilidades práticas no campo da saúde sexual, cabendo à enfermeira o papel de facilitadora e aos sujeitos-alvo de atenção serem protagonistas de seu próprio processo. Ressaltamos a importância de evitar a prática do interrogatório no levantamento de vulnerabilidades e necessidades dos usuários, tornando o protocolo mais importante que a interação humana. E ainda, com relação ao ensino da sexualidade, há a necessidade de implementação de maneiras diferentes de ensinar homens e mulheres a cuidar e perceber as diferentes roteirizações sexuais entre parceiros afetivos, assim incentiva-se a discussão sobre as questões de gênero presentes na prática cotidiana da enfermagem.

7.4 IMPLICAÇÕES DOS SCRIPTS PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Perceber que a cultura da enfermagem acima supracitada, nos diferentes níveis dos *scripts* sexuais compartilhados no grupo social, segue uma lógica própria e tende a ser reproduzir nos cenários de cuidado. Constitui-se de uma experiência integradora e totalizante de pertencimento ao conhecimento da enfermagem e, consequentemente, formadora e mantenedora de roteiros compartilhados por sua maioria, assim comunicam e replicam suas formas, instituições e os seus princípios e valores culturais. É importante contextualizar o caráter dinâmico dos *scripts* que circulam: os gêneros, a sexualidade e a cultura, pois suas características político-ideológicas envolvem os elementos e caracterizam fontes mediadoras de transformações sociais, alteradas e manipuladas por grupos sociais ao longo da história das sociedades, segundo diretrizes traçadas pelos atores sociais que fazem seu uso para

estabelecer novos padrões socioculturais e modelos societários (Langdon & Wiik, 2010; Padilha, Vaghettti & Brodersen, 2006).

Convidamos os profissionais da enfermagem e também outros profissionais que compõem a equipe de saúde para uma reflexão sobre a realidade da mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama, pois suas necessidades vão muito além das questões práticas dos tratamentos. Podem as enfermeiras oferecer um atendimento que contemple além das necessidades fisiológicas, apoio emocional, orientação, respeito e ajuda em direção a um novo modo de cuidar a todos os envolvidos na rede familiar e social da mulher (Salci, Sales e Marcon, 2008).

As enfermeiras e outros profissionais da saúde podem desempenhar um importante papel na amenização de preocupações que cercam o bem-estar e a saúde sexual durante o tratamento e após o câncer de mama, oferecendo sugestões relacionadas ao realce sexual, ajustamento emocional, bem como informações aos parceiros. São necessários pesquisas, educação e treinamentos aos profissionais da saúde, a fim de que sejam capazes de acolher e aconselhar também os parceiros afetados pelo câncer de mama (Ussher, Perz & Gilbert, 2012).

A enfermagem pode oportunizar espaços de minimização de angústias e medidas de prevenção do sofrimento, ao receber o diagnóstico do câncer de mama, tais como: suporte social disponível antes e logo após a cirurgia, ênfase nas questões psicossociais durante o seguimento e após a alta hospitalar, ir ao encontro das necessidades informativas e educativas sobre sexualidade da mulher no intuito de facilitar o enfrentamento efetivo da doença e restaurar a independência física e emocional. No pós-operatório e na reabilitação, a enfermagem pode ajudar a promover uma imagem positiva da mulher e suas relações, além de encorajar que ela retome sua identidade e vida sexual (Bergamasco & Ângelo, 2001; Bertolo & Pauli, 2008).

Garantir que a pessoa que receba a assistência possa se comprometer de forma crítica e não como mero espectador das ações dos profissionais. Assim, a enfermeira que dialoga com a paciente busca garantir sua voz, legitimando-a e colaborando para sua reflexão de estar adoecida. Este comportamento pode fazer com que a paciente passe a questionar, a criticar e a indagar sobre seus tratamentos e seus diferentes efeitos no seu corpo e na sua vida, expressando angústias e expectativas, possibilitando fazer escolhas verdadeiras, dentro do encontro humano que se estabelece (Fontes & Alvim, 2008b; Paula, et al., 2004).

Dessa forma, a humanização da saúde com relação à inclusão do cuidado à dimensão da sexualidade vai exigir mais que conhecimentos teóricos e práticos do profissional da saúde,

mas principalmente o desenvolvimento da competência relacional, como: a compreensão do outro sem julgamentos ético-morais, criar vínculo e responsividade para com os usuários. Além da tecnologia de equipamentos, é preciso considerar o encontro entre pessoas e imaginários, de forma ampla e intersubjetiva, favorecendo a expressão criativa e autônoma dos usuários, assim a formação deve ser interdisciplinar e apoiada filosoficamente (Fontes & Alvim, 2008b; Gomes et al., 2011; Paula, et al., 2004). É interessante uma abordagem mais aberta entre os profissionais e docentes de enfermagem, com o uso de debates, dramatizações, dinâmicas de sensibilidade e grupos de pesquisa em sala de aula, sendo possibilidades de abordar a sexualidade na formação do profissional (Lemos-Pereira, 2007).

É importante ressaltar que a corporeidade da enfermeira pode e deve ser considerada no cuidado como um aspecto positivo e que a sexualidade não precisa ser negada, neutralizada ou oculta em sua prática. A profissional está inserida no mundo da saúde, tendo a oportunidade de conquistar maior visibilidade e autonomia, criando uma relação de afetividade com seus pacientes, na qual a corporeidade é o componente principal da interação humana, pois envolve o modo de ser e expressar de cada ser humano. Ao contrário, quando isso não ocorre, quando não percebemos a influência da própria corporeidade no ato de cuidar, podemos adotar uma postura robotizada, não tendo consciência de si e seus limites nem do ser que precisa ser cuidado e como é cuidado, instalando uma realidade fria, sem vida e sem crescimento para nenhuma das partes (Lopes, Merighi & Garanhani, 2010).

As novas demandas sobre sexualidade emergentes no contexto saúde-doença precisarão deixar os tabus históricos, pois vão exigir da enfermeira lidar com questões sociais, filosóficas e existenciais associadas ao câncer de mama, como: a violência de gênero, o alcoolismo, as relações homoafetivas e a diversidade sexual, a profissionalização do sexo e o erotismo presente na relação profissional (Giami, Moulin e Moreau 2013), a sexualidade na terminalidade, a vulnerabilidade social e a redução de danos e possíveis comportamentos de risco. Há nesse aspecto uma necessidade premente da ampliação na formação das enfermeiras, nos quesitos que compõem seu corpo teórico-ideológico, desenvolvendo novos atributos que deem subsídios seguros para sua atuação junto aos pacientes, familiares e equipe de saúde. Portanto, nesta pesquisa, enfatizamos o conhecimento teórico advindo da Sociologia como forma de gerar uma reflexão acerca dos processos que envolvem a sexualidade no cuidado da mulher mastectomizada pelos profissionais da enfermagem, ampliando o respaldo de conhecimentos em saúde.

Mandú (2004) afirmou que não há um modo único de trabalhar com as pessoas e equipes por meio da consulta da enfermagem voltada à saúde sexual. Para a autora, as

experiências, possibilidades e necessidades locais é que devem dar direção, forma e conteúdo ao processo. É preciso o profissional estar aberto às novas experimentações na sua condução, apoiando-se em processos de avaliação e participação, em específico daqueles que se encontram diretamente envolvidos na atenção à saúde sexual e dos que dela são alvo. É imprescindível a abertura de espaços à expressão de fenômenos que fazem parte do universo social e afetivo-cultural das pessoas, tais como valores, conceitos, ansiedades, prazeres, motivações e outras dimensões que se façam presentes. Em resumo, o que se expressa em termos de sexualidade deve ser aceito e acolhido pelo profissional, através do respeito à participação das pessoas que buscam apoio, cuidados e esclarecimentos referentes aos seus significados sociais de suas ideias e vivências sexuais.

Pensando nos *scripts* sexuais compartilhados e replicados continuamente como atuação da enfermagem junto às pacientes mastectomizadas e outros tipos de adoecimento que possam envolver a sexualidade da mulher, discutimos que o melhor caminho seja propor uma reflexão acerca de como a sexualidade é colocada na prática profissional, um esclarecimento dos cenários culturais, para que o profissional possa se perceber criticamente e reconhecer seus níveis intrapsíquicos e intersubjetivos envolvidos na assistência à dimensão da sexualidade. Para então, buscar conhecer seus princípios e limites, descolando de preconceitos estabelecidos culturalmente nos cenários culturais e poder pensar em uma prática mais singular, evitando o uso do senso comum e histórico de sua formação, e assim possa desenvolver uma prática consciente e responsiva perante as necessidades das pessoas.

É necessária uma postura clínico-participativa da enfermeira, na perspectiva da integralidade, superando dicotomias próprias do modelo biomédico e das definições de gênero, com o cuidado voltado para as demandas da pessoa, incluindo a subjetividade dos atores sociais envolvidos, numa lógica de compreensão e espaço para emergir as diferenças. Falamos de uma postura ética, crítica e responsiva de um ser humano em construção, para uma relação humana, coparticipativa e emancipatória que tenha em sua base a comunicação autêntica e dialogada. Esse parece ser o grande desafio dos próximos passos na assistência à saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa hipótese inicial, acerca da dificuldade de abordagem pelas enfermeiras e de cuidado com a sexualidade das pacientes com câncer de mama, era que somente faltassem

diálogo e conhecimento técnico acerca do tema, devido à sexualidade ser considerada um assunto-tabu na nossa cultura, exemplificada pela ausência nos conteúdos dos cursos de formação de enfermeiros, visto terem recebido um treinamento sólido para um comportamento o mais próximo possível da neutralidade dos corpos e gêneros. Embora com um bom aporte teórico, foi na coleta que percebemos o início da interpretação dos dados, na medida em que as entrevistas foram transcritas e lidas intensamente, é que a riqueza deste trabalho foi se revelando a cada encontro com cada profissional que narrou sua trajetória com o tema da sexualidade.

Quando recordo os encontros com as enfermeiras, na ocasião das entrevistas, remete-me à sensação de atenção e disposição em colaborar na construção das questões aqui apresentadas e discutidas. Apesar de toda a rotina atarefada nos serviços, houve somente uma recusa em falar do tema, visto que eram informadas previamente ao telefone sobre a pesquisa de sexualidade em seu cotidiano. A solicitude no encontro, frente aos meus questionamentos, foi marcante, embora tenham apresentado dificuldades na lembrança de exemplos práticos, formulação dos conceitos e estratégias utilizadas, foi notável o esforço em colaborar com sua experiência mais própria.

Todavia, o que mais me chamou atenção na maioria das participantes foi a gratidão externada em tom afetivo ao participarem das entrevistas e ao mostrarem interesse em receber um *feedback*, assim como poder participar de uma possível capacitação no manejo da sexualidade no trabalho, com o intuito de aprenderem, de forma instrumental e relacional, como desenvolver um comportamento de cuidado efetivo sobre a sexualidade.

Como pesquisadora, psicóloga, mulher e mãe, posso dizer o quanto me aproximei sobre as conceituações de sexualidade das pessoas, as condutas sexuais, as escolhas, os preconceitos, os desafios enfrentados e as dificuldades de abordagem do tema no sistema de saúde, sobretudo na transformação do feminino em nossos cenários culturais caminhando desde a década de 1960, com a revolução feminista até os dias atuais. Atualmente, vivemos em um momento de mudanças sociais, abertura das pessoas para os questionamentos políticos, sociais e atuais rumos de nosso país. As pessoas não se calaram na busca de transparência em nosso governo, há um roteiro social novo que grita pelo que deseja, já é um começo do barulho e insatisfação com anos de poder e velamento das decisões. No ano de 2013, presenciamos a enormidade das manifestações sociais em que populações inteiras foram às ruas lutarem, motivadas, inicialmente, pelos movimentos do “passe livre” acerca das tarifas de transportes coletivos, culminando em reivindicações por melhores condições de trabalho, habitação, alimentação e por que não direitos sexuais?

Ter feito a escolha de lançar o olhar sob a ótica da Sociologia para a leitura e interpretação dos resultados só veio a edificar esta pesquisa, que acreditamos somar parte nos conhecimentos das pesquisas em sexualidade e saúde. Pensando que as pessoas não se constituem sozinhas, elas são produtos da interação social em grupos e ao mesmo tempo, são produtoras de ações que afetam e constroem estes mesmos grupos, é que pudemos alcançar um pouco da problemática que é trazer luz sobre a sexualidade num cenário que busca por liberdade de expressão, porém ainda carrega o tabu em falar abertamente e de maneira crítico-reflexiva sobre a sexualidade nos cuidados em saúde.

Poder me aproximar da teoria da roteirização sexual de Gagnon e Simon (2005) como eixo norteador para as diferentes ações, posicionamentos e conceitos de sexualidade foi a grande pedra de toque deste trabalho. Conseguir o distanciamento do psicologismo habitual e adentrar o universo sociocultural da sexualidade dentro dos serviços de saúde e poder olhar para as condutas profissionais em três níveis de roteirização, sistematizou simultaneamente um processo cultural construído e retomado na história da enfermagem que, também, sem a intenção inicial, retomou a história da sexualidade e do feminismo na interface com a enfermagem.

A aprendizagem das condutas profissionais apoiadas nos *scripts* sexuais revelou uma construção de sexualidade marcada na educação dos corpos disciplinados para o cuidado distanciado da subjetividade, configurando a postura de impessoalidade no nível intrapsíquico somado às barreiras pessoais. Existe um poder na hegemonia dos conceitos aplicados como corretos e desejáveis em uma conduta profissional que vêm sendo reforçados desde a infância, em que a sexualidade é ensinada pela disciplina da Biologia. O pensamento biológico segue influenciando a construção de uma sexualidade fundada na área da saúde, ancorada mais tarde, no modelo biomédico que perpassa os três níveis de roteirização.

Nos cenários culturais, destacou-se a sexualidade conceituada como imagem corporal, predominante entre as enfermeiras, em especial com relação à visibilidade do corpo das mulheres pelos parceiros homens. A imagem corporal comprometida pelos efeitos colaterais dos tratamentos, como a cirurgia mutilatória, acaba por justificar todas as dificuldades no campo sexual, inclusive a retomada da vida sexual com o parceiro heterossexual, afirmando a heteronormatividade. Há uma visão predominante e um peso grande na responsabilidade atribuída à mulher, que é vista com alguém que precisa dar conta de recuperar-se do câncer, ser produtiva socialmente e ainda seduzir o marido para que este permaneça na aliança do casamento, caracterizando um feminino sofrível com grande carga de cobrança nas resoluções e desigualdade de gêneros.

Nessa perspectiva, as enfermeiras precisam perceber-se mais na relação com os pacientes, ouvir os próprios conceitos e preconceitos arraigados ao longo de suas vidas. Será preciso compreender quais os conceitos de sexualidade, de relacionamento e vínculos amorosos que eles carregam em suas crenças culturais, valores e sentimentos, como forma de autoconhecimento, mas também com a finalidade de lançar esse conhecimento sobre seu trabalho com o objetivo de ampliar as possibilidades de cuidado à sexualidade ofertadas às pacientes mastectomizadas.

A pretensão de expor este trabalho de cunho descritivo, exploratório e qualitativo como ponto de partida para o conhecimento, a reflexão e inflexão nos profissionais da saúde pôde assim pensar o valor de suas ações, construindo e aplicando uma prática de assistência mais humana e que a cada encontro com os pacientes, familiares e colegas da equipe, seja uma oportunidade de vida e transformação mútua.

Que possamos ser menos aculturados, diminuindo a força dos cenários culturais em nossa subjetividade, buscando nos aproximar mais do sentido relacional interpsíquico. Algumas variáveis envolvendo a construção de gênero, como: a opressão feminina pelo poder masculino, a submissão da Igreja, o modelo biomédico, a visão romântica e heterossexual do casal coordenam para a manutenção do cenário cultural no cenário profissional. Podendo assim os profissionais olharem e incluírem em suas práticas: o erotismo, o prazer, a expressão e a vitalidade dos corpos e outros elementos que reconhecem a sexualidade presente em diversos contextos de vida, de afetividade e de realizações humanas. A criatividade e a flexibilidade humana para um novo roteiro sexual, ao demonstrar uma resposta nova aos questionamentos e dúvidas sobre a vivência da sexualidade, estão diretamente ligadas à própria vivência de sexualidade do profissional, portanto, reafirmo ser preciso um questionamento sobre as próprias ideologias e condutas sexuais no campo da sexualidade.

Que possamos nos perceber como atores de referência e multiplicadores de práticas sociais, sexuais e educacionais, para tanto, possamos nos despir dos preconceitos, tabus, clichês e acima de tudo do poder. Podendo, assim, tocar uma paciente e ser tocado em nossa subjetividade nos moldes de um encontro humano. Pensar a relação com a própria sexualidade, suas limitações e atuações, é imprescindível no sentido de olhar de que ponto partimos e não obrigarmos a paciente a trilhar conosco o mesmo caminho, pois não somos portadores da saúde e das escolhas de vida da pessoa, apenas podemos, e muito, compartilhar de suas angústias, tornando o caminho menos penoso e de oportunidades.

Que esta pesquisa possa aclarar um pouco da dinâmica da sexualidade presente nos cenários oncológicos, desde as concepções sobre a sexualidade, as questões de gênero e as

barreiras culturais, trilhando pela interação no nível interpessoal e alcançando algumas possíveis reflexões que pairam o nível intrapsíquico. É preciso compreender as diferentes questões sobre sexualidade que habitam na subjetividade, pois são diretamente replicadas em sua prática relacional e nos cenários de cuidado. Informamos, neste ponto, que todos os níveis se comunicam, esta separação não é estática, no entanto, se tornou necessária no auxílio didático para melhor compreender os achados.

O presente estudo buscou fornecer subsídios para o planejamento do cuidado em enfermagem à mulher acometida por câncer de mama. Em particular, descreveu elementos para refletir sobre a necessidade de o profissional estabelecer um encontro verdadeiro com as pacientes, familiares e equipe de saúde, mas, sobretudo que consiga identificar recursos potencializadores de sua atuação, valorizando os aspectos subjetivos presentes no contexto de cuidado da sexualidade e suas interfaces com a cultura, exemplificadas em cada nível dos roteiros sexuais que são cotidianamente ativados pelos atores socioculturais coexistentes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amâncio Filho, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 8*(15), 375-380.

Amorim, R. C. (2008). A questão do gênero no ensinar em enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ, 17*(1), 64-68.

Andrade, A. C. (2007). A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Revista Brasileira de Enfermagem, 60*(16), 96-98.

Arantes, S. L. & Mamede, M. V. (2003). A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *11*(1), 49-58.

Bandeira, L. (1999). Um recorrido pelas estatísticas da violência sexual no Distrito Federal. In M. Suárez & L. Bandeira (Orgs.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal* (pp. 431-496). Brasília: Editora Universidade de Brasília/Paralelo.

Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Press Universitaires de France.

Barreto, R. A. S., Suzuki, K., Lima, M. A. & Moreira, A. A. (2008). As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. *Revista eletrônica de enfermagem*, *10*(1), 110-123.

Barthon-Burke, M. & Gustason, C. J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics of North America*, *42*(4), 531-554.

Barton, D., Wilwerding, M. B. & Carpenter, L. (2004). Libido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 31*(3), 599-610.

Bergamasco, R. B. & Ângelo M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *47* (3), 277-282.

Bertolo, B. L. & Pauli, L. T. S. (2008). O papel da enfermagem como cuidadora nas questões das fragilidades da mulher pós-mastectomia. *Boletim da Saúde*, *22*(1), 57-66.

Biffi, R. G. & Mamede, M. V. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da* USP, *38*(3), 262-269.

Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* (M. J. Alvarez, S. B. Santos & T. M. Batista, trads.). Porto: Ciência da Educação.

Bozon, M. (2004). *Sociologia da Sexualidade*. (M. L. Menezes, trad.). Rio de Janeiro: Editora FGV.

Brasil. (1996). Ministério da Saúde. *Resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.* Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brêtas, J. R. S., Ohara, C. V. S. & Querino, I. D. (2008). Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, *21*(4), 568-574.

Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews in the development of concepts. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl (Orgs.), *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications* (pp.231-250, 2ª ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Butler, J. (2000). Corpos que pensam: sobre os limites discursivos do "sexo". In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. (T. T. Silva, trad.) (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Caetano, J. À. & Soares, E. (2005). Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self pessoal. *Revista de Enfermagem UERJ*, *13*(2), 210-216.

Camargo, T. C. & Souza, I. E. O. (2003). Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *11*(5), 613-621.

Camargo-Borges, C., Mishima, S. & McNamee, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia***,** *1*(1), 8-19.

Capra, F. (1982). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.

Carvalho, M. V. B. & Merighi, M. A. B. (2005). O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *13*(6), 951- 999.

Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *9*(16), 161-177.

Cesnik, V. M., & Santos, M. (2012). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(2), 339-349.

Coelho, E. A. C. (2005). Gênero, saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 58*(3), 345-348.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, *18*(s/n), 209-232.

Cortes, L. F., Vieira, L. B., Landerdahl, M. C. & Padoin, S. M. M. (2011). Construção do feminino e do masculino: compreensão de uma equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem, 16*(2), 289-295.

Costa, L. H. R. & Coelho, E. C. A. (2011). Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 19*(3), 631-639.

Dantas-Berger, S. M. & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública, 21*(2), 417-425.

De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica, 30*(1), 60-72.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In Denzin, N.; Lincoln, Y. (Orgs.). *Handbook of qualitative research* (2ª ed.). Sage Publications. 1-29.

Debus, M. (1994). *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Washington: Health Com Agency for International Development.

Dizon, D. S., Thompson, D., Duffy, C. & Wiggins, W. (2008). The sexuality clinic in the breast center: sex as a survivorship issue. *Breast Cancer Online***,** *11(*12), 1-3.

Donovan, T. M. & Flynn, M. (2007). What makes a man a man? The lived experience of male breast cancer. *Cancer Nursing*, *30*(6), 464-470.

Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, *s/v*(115), 139-154.

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, *s/v*(24), 213-225.

Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, *8*(1), 155-163.

Escola De Enfermagem de Ribeirão Preto – Usp (n. d.). *Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas*. REMA. Recuperado em 05 de abril de 2009, de www.eerp.usp.br/rema.

Farah, M. H. S. (2010). O corpo na escola: mapeamentos necessários. *Paidéia, 20*(47), 401-410.

Ferrante, F. G., Santos, M. A. & Vieira, E. M. (2009). Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface, comunicação, saúde e educação, 13*(31), 287-299.

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

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

Fleury, H. J. & Abdo, C. H. N. (2011). Psicoterapia para a saúde sexual: resultados com um grupo de mulheres na transição menopausática. *Diagnóstico e Tratamento, 16*(4), 184-187.

Fonseca, R. M. G. S. (2008). Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. In PROENF, *PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem na Saúde do Adulto* (pp. 9-39). Porto Alegre: Artmed.

Fontes, C. A. S. & Alvim, N. A. T. (2008a). Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença, *Ciência e Cuidados em Saúde*, *7*(3), 346-354.

Fontes, C. A. S. & Alvim, N. A. T. (2008b). Cuidado humano de enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. *Revista Enfermagem UERJ, 16*(2), 193-199.

Furtado, S. B., Lobo, S. A., Santos, M. C. L., Silva, A. P. S. & Fernandes, A. F. C. (2009). Compreendendo sentimentos das enfermeiras acerca do câncer de mama. *Revista Rene*, *10*(4), 45-51.

França, I. S. X. & Baptista, R. S.(2007). A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*(2), 202-206.

Gagnon, J. (2006). *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade* (L. R. Silva, trad). Rio de Janeiro: Garamond.

Gagnon, J. & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine Transacion.

Galleguillos, T. G. B. & Oliveira, M. A. C. (2001). A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *35*(1), 80-87.

Galli, R. A. (2013). *Roteiros sexuais de transexuais e travestis e seus modos de envolvimento sexual-afetivo.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

Giami, A. (2007a). A saúde sexual: a medicalização da sexualidade e do bem-estar. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, *18*(1), 263-277.

Giami, A. (2007b). Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científicas e médicas comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis: Revista Saúde Coletiva, 17*(2), 301-320.

Giami, A. (2009). Sexologia, saúde sexual, direitos sexuais, medicina sexual: um campo em movimento. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 20*(1), 17-26.

Giami, A., Moulin, P. & Moreau, E. (2013). La place de la sexualité dans le travail infirmier: l' érotisation de la relacion de soins. *Sociologie du Travail, Paris*, *55*(1), 1-19.

Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora Unesp.

Gir, E., Nogueira, M. S. & Pelá, N. T. R. (2000). Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem***,** *8*(2), 33-40.

Goldenberg, M. (2010). O corpo como capital: gênero, casamento e envelhecimento na cultura brasileira. *Redige*, *1*(1), 192-200.

Gomes, R., Skaba, M. M. V. F. & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública, 18*(1), 197-204.

González Rey, F. (2010). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.* São Paulo: Cengage Learning.

Gradim, C. V. C. (2005). Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama. Tese de Doutorado, Programa Interunidades de Doutoramento da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Aalto, P. & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing, 30*(5), 399-404.

Hawkes, G. (1999). *A Sociology of sex and sexuality*. Buckinham: Open University Press.

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

Heilborn, M. L. (2002). Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. *Cadernos Cepia, s/v(5)*, 73-92.

Heilborn, M. L. (2006). Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Estudos Feministas, 14*(1), 43-59.

Herbenick D., Reece, M., Hollub, A. & Satinsky, S. (2008). Young female breast cancer survivors: their sexual function and interest in sexual enhancement products and services. *Cancer Nursing, 31*(6), 417-425.

Higgins, A., Barker, P. & Begley C. M. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice***,** *12*(6), 345-351.

Hyde, A. (2007). The politics of heterosexuality - a missing discourse in cancer nursing literature on sexuality: a discussion paper**.** *International Journal of Nursing Studies*, *44*(2), 315-325.

Holanda, C. B. (n.d.). *Conjunto de letras e músicas*. Recuperado em 20 de setembro de 2012, de http://letras.mus.br/chico-buarque/

Hordern, A. J. & Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Social Science e Medicine*, *64*(8), 1704-1718.

Huber, C., Ramnarace, T. & McCaffrey, R. (2006). Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer*., Oncology Nursing Forum, 33*(6), 1163-1167.

Instituto Nacional do Câncer (2014). Estimativa 2014. *Incidência de câncer no Brasil, Instituto Nacional do Câncer***.** Rio de Janeiro. Recuperado em 14 de junho de 2014, de http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/

Jun, E.Y., Kim, S., Chang, S.B., Oh, K. & Kang H.S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nursing, 34*(2), 142-149.

Junqueira, L.C.U., Vieira, E. M., Giami, A. & Santos, M. A. (2013). Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface, comunicação, saúde e educação, 17*(44), 89-101.

Lackey, N. R., Gates, M.F. & Brown, G. (2001). African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 28*(3), 519-527.

Langdon, E. J. & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 18*(3), 173-181.

Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: corpos e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Lavin, M. & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing, 10*(1), 10–18.

Legg, M. J. (2011). What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *28*(3), 61-67.

Lemos Pereira, A. (2007). O (Inter) dito sobre a sexualidade na formação da/o enfermeira/o. *Enfermería Global*, *s/v*(10), 1-14.

Lima, T. C. & Mioto, R. C. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*, *10*(nº esp.), 37-45.

Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J. & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers, *Psycho-Oncology***,** *20*(2), 179-185.

Lopes, M. J. M. & Leal, S. M. C. (2005). A feminização persistente na qualificação da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, *s/v*(24), 105-125.

Lopes, D. F. M., Merighi, M. A. B. & Garanhani, M. L. (2010). Reflexões a respeito da construção histórica da corporeidade da mulher enfermeira. *Ciência, Cuidado e Saúde, 9*(2), 398- 403.

Loyola, M. A. (1999). A sexualidade como objeto de estudos das ciências humanas. In Heilborn, M.L. (Org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (pp. 31-39). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Louro, G. L. (2000). *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (T. T. Silva, trad.) (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Louro, G. (2003). *Gênero, sexualidade e educação*. (T. T. Silva, trad.) (6ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Kadmon I, Ganz, F.D., Rom, M. & Woloski-Wruble, A.C. (2008). Social, marital and sexual adjustment of Israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *35*(1), 131–135.

Katz, A. (2011). Breast Cancer and Women's Sexuality. *The American Journal of Nursing, 111*(4), 63-67.

Kotronoulas, G., Papadopoulou C. & Patiraki. E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer, 17*(5), 479-501.

Kralik, D., Koch, T. & Telford, K (2001). Constructions of sexuality for midlife: women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(2), 180-187.

Krauzer, I. M., Adamy, E. K. & Cavalet, A. R. (2011). Conhecimento produzido acerca da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco, 2*(3), 167-170.

Maciera, R. C. & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e câncer. In V. A. Carvalho et.al (Orgs.). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 303-315). São Paulo: Summus.

Maldonado, M. T. & Canella, P. (2009). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.* Ribeirão Preto: Novo Conceito.

Mandú, E. N. T. (2004). Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *57*(6), 729-732.

Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z. & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *Journal of International Medical Research, 37*(1), 182-188.

Matisse, H. (2007). *Henri Matisse* (Coleção Folha grandes mentres da pintura nº8). Barueri: Editorial Sol 90.

Merighi, M.A.B., Jesus, M.C.P., Domingos, S. R. S., Oliveira, D. M. & Baptista, P. C. P. (2001). Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 19*(1), 1-8.

Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde* (11ª ed.). São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 17* (3), 621-626.

Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C. & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery*, *14*(3), 477-484.

Negreiros, T. C. G. M. & Féres-Carneiro, T. (2004). Masculino e feminino na família contemporânea. *Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ, 4*(1), 34-47.

Oliveira, D. C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ, 16* (4), 569 - 576.

Oltramari, L. C. (2009). Amor e conjugalidade na contemporaneidade: uma revisão de literatura. *Psicologia em estudo, 14* (4), 669-677.

Oskay, Ü.Y., Beji, N. K. & Bal, M. D. (2010). Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing intervention. *Sexuality and Disability, 29* (1), 33-41.

Ostermann, A. C. & Ruy, R. (2012). As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In A. C. Ostermann & S. N. Meneghel (Orgs.), *Humanização, gênero e poder. Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde* (pp.119-132). Campinas: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Padilha, M. I. C. S., Vaghetti, H. H. & Brodersen, G. (2006). Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva, *Revista Enfermagem UERJ, 14* (2), 292- 300.

Paiva, V. (2008). Dossiê: psicologia e sexualidade no século XXI. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, *13* (4), 641-651.

Paula, C. C., Schaurich, D., Padoin, S. M. M. & Crossetti, M. G. O. (2004). O cuidado como encontro vivido e dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. *Acta Paulista de Enfermagem, 17* (4), 425-431.

Penson, R. T., Gallagher, J., Gioiella, M. E., Wallace, M., Borden, K., Duska, L. A., Talcott, J. A., Mc Govern, F. J., Appleman, L. J., Chabner, B. A. & Lynch Jr, T. J. (2000). Sexuality and cancer: conversation comfort zone. *Oncologist***,** *5*(4), 336-344.

Peres, R. S. & Santos, M. A. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em psico-oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(4), 611-620.

Pinheiro, T. F., Couto, M. T. & Silva, G. S. N. (2011). A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*, *15*(38), 845-858.

Ressel, L. B. & Silva, M. J. P. (2001). Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP***,** *35*(2), 150-154.

Ressel, L. B. & Gualda, D. M. R. (2004). A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *25*(3), 323-333.

Rocha-Coutinho, M. L. (2004). Novas opções, antigos, dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. *Temas em Psicologia da SBP, 12*(1), 2-17.

Rosa, L. M. & Radünz, V. (2012). Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. *Texto & Contexto Enfermagem, 21* (4), 980-989.

Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *23*(4), 32- 41.

Salci, M. A., Sales, C. A. & Marcon, S. S. (2009). Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, *17* (1), 46-51.

Sales, C. A. & Molina, M. A. S. (2004). O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *57* (6), 720-723.

Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In Camon, V. A. (Org.), *E a psicologia entrou no hospital...* (pp. 147-180). São Paulo: Pioneira.

Santos, D. B. & Vieira, E. M.. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(5), 2511-2522.

Santos, D. B. (2012). *Sexualidade e imagem corporal de mulheres com câncer de mama*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Santos, D. N., Campos, L. N. M., Conceição, C. C., Anjos, I. S. & Lima, K. C. B. (2008). A construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil e a questão de gênero. *Revista Tecer*, *1* (1), 1-12.

Santos, L. N., Dias, C. A., Lacerda, G. L., Barreto, W. W. P. & Santos, T. R. (2008). Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. *Psicologia Hospitalar*, *6*(2), 2-19.

Santos, L. V., Ribeiro, A. O. & Campos, M. A. P. (2007). Habilidade do acadêmico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente. *REME – Revista Mineira de Enfermagem***,** *11*(1), 32-35.

Santos, M. C. L. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *63*(4) 675-678.

Saunamaki, N, Andersson, M. & Engstrom, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing, 66*(6), 1308-1316.

Scott, J. (1995). *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. (C. R. Dabat & M. B. Ávila, trads.). Recife: SOS Corpo.

Shell, J. (2007). Including sexuality in your nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, *42* (4), 685-696.

Silva, G. & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?" Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, *17*(3), 561-568.

Silva, T. B. C., Santos, M. C. L., Almeida, A. M. & Fernandes, A. F. C. (2010). Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *44*(1), 113-119.

Stein Backes, D., Petters Gregório, VR., Kletemberg, D., Costa, E., Arzuaga, MA.., Ramos Machado, R. & Pires de Pires, D. E. (2008). O ser humano e a perspectiva de gênero influenciando o viver e a saúde. *Enfermeria Global*, *s/v*(14), 1-11.

Stilos, K, Doyle, C. & Daines, P. (2008). Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 12*(3), 457-463.

Sontag, S. (2002). *A doença como metáfora* (M. Ramalho, trad.) Rio de Janeiro: Edições Graal.

Souto, M. D. & Souza, I. E. O. (2004). Sexualidade da mulher após a mastectomia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, *8*(3), 402-410.

Spíndola, T. (2000). Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 34*(4), 354-361.

Teixeira, C. A. B., Silva, R. M., Rodrigues, M. S. P., Linard, A. G., Diógenes, M. A. R. & Mendonça, F. A. C. (2009). Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. *Revista de APS***,** *12*(1), 16-28.

Torres, A. (2004). Casamento: tempos, centramento, gerações e gênero. *Cadernos CRH, 17*(42), 405-429.

Trindade, V. R. & Ferreira, M. A. (2008). Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, *17*(3), 417-423.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública***,** *39*(3), 507-514.

Turato, E. R. (2011). *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Urbina, A. A. S. & Soto, E. C. J. (2013). La confrontación de la sexualidad em la práctica profesional de lós futuros médicos: la mirada de lós pasantes de medicina. *Ciências e Saúde Coletiva, 18*(3), 733-742.

Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nursing, 35*(6), 456-465.

Valle, E. M. R. & Françoso, L. P. C. (1997). Psicologia e enfermagem: a questão do adoecer. *Psicologia Argumento*, *15*(20), 61-70.

Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional.* Madrid: Síntesis Sociología.

Vargens O. M. C. & Berterö C. M. (2010). Caring with difficulty: Brazilian nurses' experiences of gynaecological surgery care. *International Journal of Nursing Practice, 16*(2), 159-165.

Venancio, M. M. R. (2011). Ser vitoriosa e valente: o câncer de mama vivido por jovens mulheres. *Revista Tempus Actas de Sáude Coletiva, 5*(2), 179-192.

Viana, L. S., Cunha, C. L. F., Silva, I. R. & Sauaia, A. S. S. (2013). Aspectos que permeiam a nudez no cotidiano do cuidado de enfermagem, *Revista de Enfermagem UFPE*, *7*(nº esp.), 937-944.

Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Vieira, C. P, Lopes, M. H. B. M. & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *41*(2), 311-316.

Villela, W. V. & Arilha, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In Berquó, E., *Sexo e vida-panorama da saúde reprodutiva no Brasil* (pp. 95-150). Campinas: Editora Unicamp.

Wagner, A., Arlaque, P. C., Falcke, D., Hartmann, F. V., Ribeiro, L. S., Arteche, A. X., Silva, C. B., Meza, E. B. D. & Oliveira, H. B. (1998). A coleta de dados: reflexões sobre o diário de campo. *Revista Psico*, *29*(1), 155-164.

Weeks, J. (2000). O corpo e a sexualidade. In G. L. Louro. *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. (T. T. Silva, trad.) (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Westman, B., Bergenmar, M. & Andersson, L. (2006). Life, illness and death - existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *10*(3), 169-176.

Wilmoth, M. C., Coleman, E. A., Smith, S.C. & Davis, C. (2004). Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: exploration of a symptom cluster. *Oncology Nursing Forum, 31*(6), 1069-1075.

Zeng, Y-C., Li, Q., Wang, N., Ching, S. S. Y. & Loke, A. Y. (2011). Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients. *Cancer Nursing*, *34*(2), 14-20.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP/ Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem Avenida Bandeirantes, Bairro Monte Alegre, CEP. 14040-902 - Ribeirão Preto, SP – Brasil Telefone: (16) 36023394

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- FMRP/ Departamento de Medicina Social. Avenida Bandeirantes 3900 2o.andar; Bairro: Monte Alegre; CEP 14049-900 - Ribeirão Preto, SP – Brasil; Telefone: (16) 36022538 Fax: (16) 36331386

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-FFCPRP-USP/Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Avenida Bandeirantes, Bairro Monte Alegre, CEP. 14040-901 - Ribeirão Preto, SP – Brasil Telefone: (16) 36023645

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Sexualidade e câncer de mama: Estudo com enfermeiras que trabalham com câncer de mama

Pesquisadora Responsável: Profa. Dr. Elisabeth Meloni Vieira, Profa. Associada da Faculdade de Medicina da USP- Ribeirão Preto

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa que pretende compreender o que enfermeiros (as) que cuidam de pacientes oncológicos pensam sobre o lugar da sexualidade na relação com a mulher câncer de mama seja do ponto de vista do conhecimento ou de sua prática profissional. Sua participação se dará respondendo a uma entrevista que possui duração média de 1 hora. A entrevista será gravada e ocorrerá em um local reservado no seu local de trabalho ou em sua residência de acordo com sua preferência. Poderão ser agendadas mais de uma entrevista, caso haja necessidade. As entrevistas serão transcritas e analisadas posteriormente, entretanto, será garantido o sigilo das informações fornecidas por você, assim como sua identidade não será revelada pelos pesquisadores envolvidos. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Sua participação será voluntária, não haverá qualquer despesa e não há nenhum benefício direto a ser auferido por participar deste estudo. Porém, os resultados da pesquisa poderão contribuir para a formação e capacitação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, e assim, proporcionar a melhoria da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama. Os resultados da pesquisa serão publicados e divulgados em congressos e eventos científicos.

Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Eu, _____, abaixo assinado, aceito participar do estudo acima descrito. Sinto-me devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura: _____

Entrevistadora: _____ Local e data: _____

APÊNDICE B - GUIA DE ESCUTA DAS ENFERMEIRAS

Um guia de escuta para coleta das entrevistas

Um "roteiro de escuta" foi elaborado. Prefere-se usar o conceito de roteiro de escuta ao invés de roteiro de entrevista porque exprime uma postura de investigação, que visa favorecer a expressão da pessoa entrevistada dentro da própria lógica da subjetiva e profissional, antes que ela seja confrontada com questões do pesquisador. O contexto da entrevista e da demanda global dos pesquisadores "sobre sexualidade" realiza sua função de estimulação discursiva. A pesquisa deve permitir ao pesquisador se alojar em uma posição de acompanhamento da construção do espaço semântico para a própria pessoa e aprofundar os pontos que se constituem em elementos importantes da pesquisa.

Desse modo, tenta-se desdobrar uma abordagem dialética entre os objetivos de exploração da temática pelos pesquisadores e a demanda de expressão de sua experiência adquirida de forma implícita pela pessoa entrevistada. Este roteiro de escuta visa apreender o lugar da sexualidade na prática e na identidade das enfermeiras, assim como compreender a ligação entre sexualidade a câncer, ou seja, entre as enfermeiras, a identidade,\o trabalho, a profissão e a sexualidade.

Pergunta disparadora: **Como você coloca a sexualidade na sua prática profissional?**

Temas a serem abordados pelos entrevistadores, aos quais é preciso ficar atento:

1) A prática profissional

A especificidade do cuidado em oncologia

A relação com os pacientes em geral, e especificamente com homens e mulheres

2) As instituições e a equipe multiprofissional

Relação com os médicos, auxiliares de enfermagem, psicólogo e outros profissionais

3) A sexualidade em oncologia

A ligação entre câncer e sexualidade no geral

Consequências do câncer sobre a sexualidade

O lugar do casal frente ao câncer

4) A questão da sexualidade na prática profissional

O cuidado da sexualidade

A sexualidade é uma dimensão do cuidado em oncologia?

Faz parte de suas atribuições profissionais?

Qual o interesse por esta dimensão cuidado?

Se sim:

São os pacientes ou as enfermeiras que abordam a questão da sexualidade?

Razões de não abordar a sexualidade com os pacientes: elas mesmas, sua identidade profissional, o câncer, a intituição, os outros profissionais?

Aprimoramento do cuidado/importância da sexualidade em oncologia.

Durante a entrevista sugere-se estimular as enfermeiras a relatarem casos, exemplos do que lhes venham à cabeça para ilustrar as respostas.

ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Protocolo nº: 1019/ 2009
Entrada: 31/03/09
Pesquisadores: Elizabeth Meloni Vieira

Parecer

Título do Projeto: Sexualidade e câncer de mama

Apreciação Geral: Este parecer refere-se à apreciação da documentação constante às folhas de números 0155 a 184.

Folha de Rosto: Sem alterações.

Introdução: Sem alterações.

Metodologia: Esclarecimentos prestados:

Componente 1 da pesquisa:

Survey: Incluída autorização da autora da escala BIRS para realização de sua adaptação e validação no contexto brasileiro.

Componente 2 da pesquisa:

- **Entrevistas**: grupos focais e entrevistas em profundidade.
- Locais de realização das entrevistas:
  - Incluídas autorizações do HCFMRP/USP e Hospital Ribeirânia.
  - Esclarecido, na nova versão do projeto apresentada, o significado da sigla AMOR, e sua carta de autorização. A esse respeito, ainda, a pesquisadora esclarece que a instituição AMOR está vinculada à Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e que o Instituto Ribeiraopretano de Combate ao Câncer está ligado à Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto, cujas autorizações contam no processo.
  - Retirou-se a participação do Hospital São Francisco como um dos locais potenciais para o desenvolvimento da etapa qualitativa, com os enfermeiros, pois a instituição ainda não apresentou carta aceite. A inclusão desse local será feita a posteriori.

Aspectos Éticos: Esclarecido a respeito do componente 1 da pesquisa: não haverá comparação dos dados referentes às mulheres com câncer de mama coletados no Brasil, pois não há esse mesmo aspecto sendo pesquisado na França.

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**: Com base em parecer anterior, foram apresentadas novas versões dos TCLEs para cada etapa da pesquisa. Estão impressos em folha única, frente e verso; foi acrescentado no último parágrafo do termo, que o participante receberá cópia do TCLE assinada pelo pesquisador.

TCLE para o *survey*, para o grupo focal e para as entrevistas em profundidade com as mulheres: a linguagem de algumas partes dos termos foi adequada, conforme participantes da pesquisa: "sigilo" (sugestão: segredo); "identidade não será revelada" (sugestão: seu nome não aparecerá em qualquer momento); "retirar seu consentimento" (sugestão: você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que essa decisão cause qualquer prejuízo para você ou seu atendimento no serviço. Para isso, você deve entrar em contato comigo, no endereço e telefone que está nesse termo); "suscitar desconforto" (sugestão: causar desconforto), contemplando as diretrizes da Resolução CNS 196/96.

Outros Comentários: cronograma de atividades compatível com a proposta apresentada.

Esclarecimentos Necessários: não necessários.

Pelo exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo considera o projeto APROVADO.

Ribeirão Preto, 07 de agosto de 2009.

07 08 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 702/2009

Registro CONEP 15572 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0019.0.153.000-09 Processo nº 25000.577896/2009-98
Projeto de Pesquisa: "*Sexualidade e Câncer de Mama*".
Pesquisador Responsável: Dra. Elisabeth Meloni Vieira
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CENTRO ÚNICO)
CEP de origem: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira
Patrocinador: FAPESP

Sumário geral do protocolo

O câncer de mama é reconhecido como o câncer de maior incidência entre as mulheres, excetuando o de pele e têm sido responsável por altas taxas de mortalidade. Na atualidade, o câncer de mama deixou de ser doença da mulher idosa, aumentando sua ocorrência entre mulheres jovens. Sua importância rompeu as fronteiras dos países desenvolvidos, o que o incluiu como problema a ser abordado por políticas de saúde coletiva.

No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer, para 2008, apontam a ocorrência de 48.600 casos novos, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade pelo câncer de mama continuam elevadas no país, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

Em razão da sua elevada incidência e mortalidade, o câncer de mama tornou-se uma das grandes preocupações, principalmente pelo impacto psicológico e social que acarretam para a saúde da mulher. Entre as dificuldades enfrentadas no cotidiano feminino citam-se os estigmas relacionados à doença, os preconceitos que, muitas vezes, ocorre entre familiares mais próximos ou o próprio companheiro; as incertezas e a possibilidade de recorrência do câncer de mama. Os sofrimentos de várias dimensões também podem acometer os seus familiares e cuidadores.

Vivenciar um diagnóstico de câncer pode alterar, dramaticamente, o modo como a mulher se sente em relação a si mesma e seu corpo, além de modificar suas relações com pessoas íntimas e parceiros sexuais. As alterações físicas e problemas psicológicos, os tratamentos para melhorar sua condição e aumentar as taxas de sobrevida apontam para a importância da qualidade de vida das mulheres acometidas.

Acresce-se aos aspectos da própria doença, outros relacionados aos tratamentos que levam a mutilação do órgão decorrente do tratamento cirúrgico, efeitos colaterais dos tratamentos quimioterápico, radioterápico e hormonioterápico. As modalidades cirúrgicas para o câncer de mama, incluindo a lumpectomia, mastectomia e dissecção dos linfonodos axilares podem ser desfigurantes e freqüentemente traumáticas. A mastectomia, bem como a reconstrução mamária, gera problemas relacionados à autoimagem, especialmente entre mulheres mais jovens e sexualmente ativas. Estas atribuem mais importância à imagem corporal do que mulheres mais idosas e apresentam uma tendência a apresentarem mais insatisfação com a imagem corporal e pior ajustamento psicossocial após a cirurgia.

Assim, o tratamento cirúrgico pode ser desfigurante, principalmente, quando a opção se dá por cirurgias mais radicais e é acrescido de possíveis complicações decorrentes da

radioterapia que acentuam os efeitos locais no plastrão, na mama operada ou reconstituída, com alterações na mobilidade e sensibilidade local. A quimioterapia, além dos efeitos temporários como alopecia, induz à menopausa abrupta e à fadiga que pode persistir após o término do tratamento. Além disso, o ganho de peso corporal, decorrente dos tratamentos quimio e hormonioterápico, aumenta o sentimento de baixa auto-estima e altera a autoimagem entre mulheres com câncer de mama.

Os objetivos centrais do estudo são definidos em termos de: "avaliar a função sexual das mulheres com câncer de mama e estudar as representações das enfermeiras que trabalham com o cuidado dessas mulheres."

Para o alcance destes objetivos , o projeto terá dois componentes: o primeiro, que compreende a coleta de dados com mulheres usuárias de um serviço de reabilitação de câncer de mama e um segundo componente que envolve a coleta de dados com enfermeiras que trabalham com mulheres portadoras de câncer de mama.

Trata-se de estudo de caráter quali-quantitativo, e ao que se pode depreender da descrição apresentada, com triangulação metodológica.

A população amostral para o primeiro componente do protocolo será constituída por mulheres com câncer de mama, que freqüentam ou freqüentaram o REMA para atendimento, nos anos de 2007 e 2008, perfazendo um total aproximado de 140 mulheres com câncer de mama. As mulheres que participarão dos grupos focais de discussão e das entrevistas são as que participarão das reuniões semanais do REMA em 2009.

Será aplicado um questionário a todas as mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama há pelo menos um ano e que freqüentaram o serviço do REMA (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas) nos anos de 2007 e 2008 com o objetivo de investigar a vida sexual das mulheres sobreviventes do câncer de mama. Esta investigação inclui o tipo de cirurgia e tratamentos e o tempo que estes foram realizados, freqüência no grupo de apoio, estado marital, satisfação com o relacionamento atual, atividades sexuais atuais e pregressas, o número de parceiros no último ano, a história reprodutiva, idade na primeira relação, número de filhos, idade da primeira gravidez, uso de métodos anticoncepcionais e de preservativos, auto-imagem corporal e função sexual. Para este último item será utilizado o Female Sexual Function Index (FSFI), adaptado e validado para o Brasil, instrumento que avalia a função sexual nas últimas quatro semanas e o Body Image Relationship Scale (BIRS) para avaliação da imagem corporal.

A adaptação transcultural do Body Image Relationship Scale (BIRS) permitirá a utilização do referido instrumento no survey e, a partir de sua aplicação junto às mulheres participantes do estudo, será realizada a validação da escala. Consta informação de que as participantes do survey serão identificadas por códigos, de modo a preservar suas identidades; além disso, dados dos prontuários do REMA serão consultados caso haja dúvidas em relação às informações referentes ao câncer de mama e seu tratamento.

Além disso, será realizado um estudo qualitativo para compreender o impacto do processo diagnóstico e de tratamento sobre a sexualidade e a percepção de imagem corporal da mulher com câncer de mama. Este estudo pretende analisar os aspectos psicossociais que interferem diretamente na qualidade de vidas dessas mulheres, bem como a vivência e satisfação sexual durante os períodos anteriores e posteriores ao tratamento, incluindo o processo de elaboração da imagem corporal considerando o ideal de corpo, auto-estima, senso de auto-eficácia e atratividade sexual.

A amostra do segundo componente será composta por cerca de 20 enfermeiras de diferentes ambulatórios de ginecologia, quimioterapia, radioterapia e de enfermarias de ginecologia de serviços públicos e privados da cidade de Ribeirão Preto: SOBECCAN/ Hospital do Câncer de Ribeirão Preto; Santa Casa de Ribeirão Preto, Hospital São Lucas, Instituto Ribeirão Pretano de Combate ao Câncer/ Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), e Ambulatório de Mastectomizadas Organizado para Reabilitação (AMOR)/ Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

O segundo componente do protocolo pretende descrever e compreender como as enfermeiras, de serviços de oncologia constroem e se apropriam da sexualidade como um objeto de sua prática seja do ponto de vista do conhecimento ou de sua prática profissional; estudar a construção das representações da sexualidade na profissão de enfermeiras cuja prática ocorre em clínicas oncológicas, investigando os fatores e influências psicossociais que contribuem na construção das representações de sua prática, seja enquanto valores morais dominantes compartilhados por elas ou em relação às ideologias que estruturam as identidades profissionais; comparar os resultados do estudo realizado no Brasil com os dados da França para identificar se há diferenças e similaridades na construção das representações sociais acerca da sexualidade no cuidado à mulheres com câncer de mama; estudar a influência da dimensão do gênero na construção da prática profissional das enfermeiras e na conformação do manejo da sexualidade nessa prática e comparar os resultados com os resultados do estudo da França". Assim, a cooperação estrangeira se estabelece pelo processo de troca de experiências dos dois grupos de pesquisa, no que tange à abordagem dos profissionais atuantes nos serviços de oncologia dos dois países.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico com um total de 160 participantes (sendo 140 mulheres com câncer de mama e 20 profissionais enfermeiros). Foi apresentado documento no qual a pesquisadora principal confirma a existência de infra-estrutura adequada na instituição para a condução do estudo (página 32, numeração do CEP).

Apresentação do protocolo

A Folha de Rosto encontra-se preenchida e assinada.

Foi apresentada uma previsão orçamentária (páginas 146-150, numeração do CEP) onde são discriminados todos os valores referentes aos gastos previstos para os dois anos do estudo, totalizando em custo de R$35.032,00.

O currículo da pesquisadora (páginas 33-77, numeração do CEP) demonstra formação e experiência acadêmica adequada para a condução do estudo. Consta também o currículo do pesquisador estrangeiro (páginas 78-83, numeração do CEP).

Consta ainda documento emitido pelo pesquisador, justificando a não apresentação de documento de aprovação ética no país estrangeiro participante do projeto, em função das características do trabalho cooperativo, vinculado ao processo de "discussão dos dados e na redação de artigos científicos e publicações" (página 31, numeração do CEP);

Foram apresentados documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto concordando com a realização do estudo em tela (página 91, numeração do CEP); do Instituto Ribeirãopretano de Combate ao Câncer autorizando a realização do estudo em tela na referida instituição (página 92, numeração do CEP); do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência à Mulheres Mastectomizadas autorizando o desenvolvimento do projeto em tela na instituição (página 93, numeração do CEP); do Hospital Santa Casa de Ribeirão Preto autorizando o desenvolvimento do projeto em tela na instituição (página 095, numeração do CEP); do Hospital São Lucas autorizando o desenvolvimento do projeto em tela na instituição (página 96, numeração do CEP).

Foram apresentados 09 (nove) modelos de TCLE (páginas 171-179, numeração do CEP), um para cada etapa (procedimento) da pesquisa e que serão apresentados para diferentes segmentos de sujeitos recrutados. Todos os TCLE estão redigidos em forma de convite, com utilização de linguagem acessível, sucintos, contemplando as principais informações referentes ao estudo em tela, com especificação do segmento da pesquisa que lhe é pertinente (TCLE para recrutamento de mulheres portadoras de câncer, TCLE para as enfermeiras, etc.). Foram anexados também os TCLEs dirigidos aos profissionais que participarão de todas as etapas do procedimento de adaptação transcultural do questionário *Body Image Relationship Scale/BIRS* para o Brasil.

O texto dos TCLEs para os sujeitos de pesquisa destaca o caráter totalmente voluntário da participação dos mesmos. Informa ainda: sobre os objetivos do estudo, os

procedimentos a serem adotados pela equipe do estudo e forma de participação dos sujeitos; da possibilidade de desistência a qualquer momento sem ônus aos sujeitos; garantia de assistência durante e após o término do estudo; dos compromissos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações; e justa ponderação entre eventuais desconfortos/danos e benefícios da participação.

Comentários/Considerações

1. Quanto ao orçamento:
   a. Consta formulário de requisição de recursos junto à FAPESP, entretanto não há documento oficial da FAPESP informando se os recursos requisitados serão disponibilizados. Tendo em vista que a FAPESP deverá disponibilizar os recursos apenas após o estudo em tela obter aprovação ética pelo sistema CEP-CONEP, solicita-se a apresentação de documentação da FAPESP confirmando a liberação dos recursos financeiros assim que possível.
   b. Embora conste documentação de requisição de apoio financeiro enviado pela pesquisadora à FAPESP, consta também declaração da pesquisadora afirmando que: "*todos os gastos serão por mim assumidos*" (página 32, numeração do CEP). Solicita-se esclarecimento com relação as informações apresentadas contraditórias.
2. O cronograma das atividades da pesquisa (página 15, numeração do CEP) informa que a pesquisa terá duração de 02 anos com início das atividades da pesquisa no segundo semestre de 2009 e encerramento das atividades do estudo previsto para o primeiro semestre de 2011. Em face do processo de tramitação do protocolo encontrar-se em curso, há apenas que observar-se que o estudo só poderá ser iniciado após a aprovação do mesmo. Solicita-se, portanto, esclarecimento com relação à data de início do presente estudo.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: **Protocolo aprovado com recomendação.**

Brasília, 05 de outubro de 2009.

Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

IRPCc
Instituto Ribeirãopretano
de Combate ao Câncer

Ribeirão Preto, 23 de Junho de 2009.

Ilma. Sra. Profa. Dra. Elizabeth Meloni Vieira

O IRPCc – Instituto Ribeirãopretano de Combate ao Câncer concorda que o projeto de pesquisa intitulado "Sexualidade em Câncer de Mama", de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Elizabeth Meloni Vieira, seja conduzido nesta Instituição, perante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. Adilson Ap. Faccio
Prof. Dr. Diretor do Instituto Ribeirãopretano de Combate ao Câncer

R. Bernardino de Campos, 145 - Fone/Fax: (16) 3610-1585 - Centro - CEP 14015-130 - Ribeirão Preto - SP
Anexo ao Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
"CAMPUS" DE RIBEIRÃO PRETO
TELEFONE: 633-1190 - TELEX (0166) 354 - FAX (016) 633-3271
CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Ribeirão Preto, 04 de junho de 2009.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Informamos que a Profa Dra Elisabeth Meloni Vieira tem autorização para desenvolver o projeto de pesquisa: " Sexualidade e Câncer de Mama ", no REMA - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência à Mulheres Mastectomizadas. Comunicamos que este projeto tem uma parceria com docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto bem como com o Professor Alain Giami do Institut de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM - França.

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida
coordenadora

SAO LUCAS HOSPITAL

Ribeirão Preto, 23 de junho de 2009.

Ilma.
Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira

Autorizo a realização da pesquisa entitulada "Sexualidade e Câncer de Mama" no Hospital São Lucas conforme solicitado.

Atenciosamente,

Maria Cecília Castanha Senarese
Coordenação de Enfermagem
Hospital São Lucas

AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL SANTA CASA DE RIBEIRÃO PRETO

Declaro que tenho ciência e autorizo a pesquisadora responsável Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira e sua equipe de pesquisadores a entrevistar enfermeiros (as) deste Hospital, para fazer parte do Projeto de Pesquisa intitulado "Sexualidade e Câncer de Mama", da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Por ser verdade, firmo o presente em 23 / 06 / 2009.

Odete Mondini Guimarães
Administradora da Santa Casa de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

Ribeirão Preto, 15 de junho de 2009.

Ilm.Sr. Aurélio Julião
Diretoria
Hospital do Câncer de Ribeirão Preto
Fundação SOBECCan

Prezada Sr. Aurélio Julião de Castro Monteiro

Ref. Protocolo de Pesquisa – Projeto intitulado: "Sexualidade e câncer de mama"

Venho pelo presente documento solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada "Sexualidade e câncer de mama" no Hospital do câncer de Ribeirão Preto. O projeto de pesquisa tem dois objetivos: 1) entrevistar enfermeiros (as) que trabalham com o cuidado de mulheres com câncer de mama e 2) também investigar a sexualidade dessas mulheres. Para tal, realizaremos entrevistas individuais com duração média de 1 hora com enfermeiros (as) que cuidam de mulheres com câncer de mama, se possível em um local reservado na própria instituição, senão agendaremos a entrevista para outro horário. A investigação sobre sexualidade de mulheres com câncer de mama não será realizado em sua instituição. O projeto de pesquisa necessita de uma autorização prévia do hospital para que seja submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto bem como o roteiro de entrevista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontram-se anexados a este ofício.

Nesta oportunidade apresentamos a Vossa Senhoria os protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira

De acordo
24/06/09

Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre - 14049-900 – Ribeirão Preto – SP - Fone (0xx)16- 3602.2433/ 3070 - Fax: (0xx) 3633.1386

Note: favor encaminhar os resultados requisitados à Sobeccan.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 2965/09 - GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 26 de junho de 2009.

Senhora Coordenadora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do projeto de pesquisa intitulado **"Sexualidade e câncer de mama"**, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que os resultados da pesquisa sejam repassados ao Programa de Saúde da Mulher desta Secretaria.

Cordialmente,

DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ
Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. ELISABETH MELONI VIEIRA
COORDENADORA
PROFª ASSOCIADA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - SP
NESTA