



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ELIZANA RAYANNY DE OLIVEIRA FARIAS**

**“ENFERMAGEM, MASTECTOMIA E SEXUALIDADE:  
UMA REVISÃO A RESPEITO DE MULHERES PÓS-CÂNCER DE  
MAMA”**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2014**

**ELIZANA RAYANNY DE OLIVEIRA FARIAS**

**“ENFERMAGEM, MASTECTOMIA E SEXUALIDADE:  
UMA REVISÃO A RESPEITO DE MULHERES PÓS-CÂNCER DE  
MAMA”**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem.*

Orientadora : Dra. Lindomar de Farias Belém

CAMPINA GRANDE-PB  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F224e Farias, Elizana Rayanny de Oliveira.

Enfermagem, mastectomia e sexualidade [manuscrito] : uma revisão a respeito de mulheres pós-câncer de mama / Elizana Rayanny de Oliveira Farias. - 2014.  
17 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Lindomar de Farias Belém, Departamento de Farmácia".

1. Sexualidade. 2. Mastectomia. 3. Câncer de mama. I.  
Título.

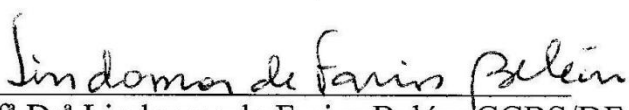
21. ed. CDD 616.994

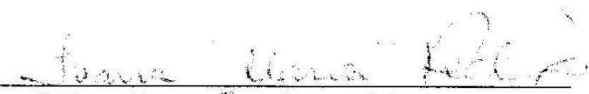
**ELIZANA RAYANNY DE OLIVEIRA FARIAS**

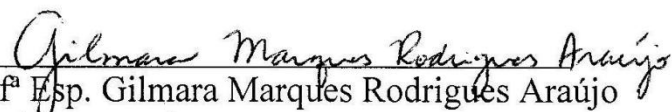
**“ENFERMAGEM, MASTECTOMIA E SEXUALIDADE:  
UMA REVISÃO A RESPEITO DE MULHERES PÓS-CÂNCER DE  
MAMA”**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem.*

Aprovada em 28/04/2014.

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lindomar de Farias Belém CCBS/DF  
Orientadora

  
Prof. Dra. Ivana Maria Fechine CCBS/DF  
Examinadora

  
Prof<sup>ª</sup> Esp. Gilmara Marques Rodrigues Araújo  
Examinadora

# **ENFERMAGEM, MASTECTOMIA E SEXUALIDADE: UMA REVISÃO A RESPEITO DE MULHERES PÓS-CÂNCER DE MAMA**

FARIAS, Elizana Rayanny de Oliveira<sup>1</sup>  
BELÉM, Lindomar de Farias<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Muitas mulheres tem problemas sexuais durante a vida. Falta ou diminuição do desejo sexual são comuns, e ainda mais comuns se houver uma causa física presente como em casos de pós-câncer ginecológico ou mamário. Problemas sexuais geralmente tem haver com fatores mentais além de fatores físicos, uma boa conversa e compartilhamento de informações podem mudar esse quadro. Nos casos de pós-câncer há muita falha em atingir orgasmo e relatos de dor pela perda e falta de lubrificação, e ainda a falta de desejo sexual provocado por essas reações novas e diferentes no corpo da mulher. Muitos profissionais da área da saúde isolam esse fato e não explicam as futuras diferenças encontradas no corpo da mulher que passa por procedimentos cirúrgicos contra o câncer. Esse trabalho busca demonstrar de forma sucinta a importância de se ter esse diálogo com a paciente e seu parceiro, e demonstrar os sentimentos que podem interferir nesse processo, sendo relevantes para os profissionais da área da saúde o conhecimento e o trabalho psicológico que mudará o fisiológico da paciente mudando em conjunto a saúde do parceiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sexualidade. Mastectomia. Câncer de mama.

## **1 INTRODUÇÃO**

O câncer de mama é um tema atualmente bastante discutido na sociedade moderna, que foca na prevenção de um mal que acaba se tornando irremediável na maioria das vezes, e no tratamento dessa patologia. “Os dados brasileiros confirmam que esse é o principal tipo de câncer em mulheres e que, ao longo dos últimos 30 anos, a tendência de mortalidade específica no país como um todo é crescente” (Silva, Gulnar Azevedo e. 2012). De acordo com dados recentes do INCA (Instituto Nacional de Câncer) até o ano de 2014 o câncer de mama Será o “tipo mais frequente nas regiões Sul (71 casos/100 mil), Sudeste (71 casos/100

---

<sup>1</sup> Graduanda de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. elizana\_rayanny@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora Dra. do departamento de farmácia CCBS/UEPB Campus I. fariasbelem@hotmail.com

mil), Centro-Oeste (51 casos/100 mil) e Nordeste (37 casos/100 mil). Na região Norte é o segundo mais incidente (21 casos/100 mil)” isso mostra o numero crescente e alarmante de novas mulheres acometidas por câncer de mama no Brasil. Quando se aborda sobre o câncer de mama não apenas a doença emerge na configuração do campo de pesquisa, mas também as questões envolvendo o corpo, o gênero e saúde tornam-se indissociáveis nos estudos, pois todo o contexto de significação da doença está intimamente ligado à questão do corpo feminino, da representação social que ele envolve, estando a mama associada à sexualidade, à maternidade e à feminilidade da mulher, e é preciso visualizar o paciente sob esse leque de possibilidades.

O tratamento dessa patologia é extremamente doloroso e muitos profissionais acabam não tratando o paciente por inteiro devido ao numero crescente de casos o que faz com que o trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais seja apenas tecnicista. “Apesar de conceitualmente visando a dignidade humana e a integralidade, a realidade das instituições de saúde revela que, ao longo do tempo, o processo de cuidados de saúde tem adquirido características meramente técnicas e reducionistas.

Os profissionais de saúde muitas vezes assumem uma postura autoritária e defensiva.” Porém é preciso trabalhar o psicológico do paciente para a nova vida após as cirurgias que são submetidas no processo de tratamento do câncer, levando em consideração a família inserida, o parceiro, e suas condições sobre sua imagem e corpo de forma humanizada.

Quando a enfermagem contempla a mulher no período pós cirúrgico geralmente a aborda de forma tecnicista e informa muito superficialmente a respeito de suas limitações e mudanças fisiológicas o que provoca na paciente sentimentos até então desconhecidos que se refletem em sua nova jornada da vida e em seus familiares e companheiro.

A área afetiva da mulher muitas vezes afetada por tais sentimentos acaba influenciando também na área sexual, tema pouco discutido antes, durante e depois do tratamento do câncer de mama e por tal motivo acaba por sua vez fazendo com que a mulher não se sinta capaz de produzir sentimentos como o desejo sexual e o prazer, tanto devido ao psicológico como também devido a modificações em sua área sexual, muitas vezes relacionado e sua imagem corporal sendo enfatizada pela mastectomia que pode ser radical ou total, única ou múltipla que causa insegurança pessoal e íntima na mulher.

A enfermagem é a profissão cuja essência é o cuidar em suas muitas vertentes, desde do início com Florence Nightingale, enfermeira que na guerra da Criméia rompeu os laços da então “saúde física” e estendeu ao conceito mais amplo de saúde, com a teoria ambientalista que tem como foco principal a saúde do homem, do ambiente e a interação com a enfermagem. Ou seja, a teoria ressalta que a enfermagem pode modificar os aspectos não saudáveis do ambiente a fim de colocar o paciente na melhor condição para a ação da natureza, o que favorece o processo de cura.

A mesma esta dividida em três partes: ambiente físico, ambiente psicológico e ambiente social e em todas as partes interferem na vida sexual do paciente. O sexo é parte importante da vivência do paciente e é imprescindível que o mesmo seja orientado quanto a si e suas futuras mudanças nas partes já citadas e estudadas por Florence. Ainda mais incentivando o paciente na busca do autocuidado e na melhoria de vida. A mesma usava como situação “Tudo que o doente puder fazer por si mesmo será melhor que o faça”, o que ressalta a necessidade do enfermeiro adquirir o faro para contemplar com mais amplitude os pacientes.

Levando ainda em consideração que a mulher demora muito para alcançar o prazer e seu desejo sexual é movido através de uma gama de coisas que a fazem se sentir segura, o que compromete ainda mais no caso de pacientes com câncer, já que a doença muitas vezes destrói a autoconfiança e sua imagem corporal, afetando aspectos importantes do desejo sexual.

Nos livros textos de enfermagem, o termo sexualidade é abordado como uma categoria que se refere à totalidade das qualidades humanas, e não apenas à genitária e seu funcionamento. Inclui todas as dimensões de uma pessoa como o biológico, o psicológico, o emocional, o social, o cultural e o espiritual (Smeltzer SC, Bare BG. Brunner 2002).

A formação da nossa sociedade recebeu forte influência da sociedade ocidental europeia, sendo assim baseada na ética e na moral do Cristianismo, ou seja, corpo e o sexo eram vistos e tidos como lugar de proibição. Foucault ressalta que a mulher, pela sua condição desigual em relação ao homem, por muitos anos viveu abaixo, em primeira instância do pai e em segunda do marido, com sua sexualidade normatizada pelos padrões Cristãos, legitimada pela instituição do casamento e pelo cumprimento da função reprodutora. Por tal motivo o terno sexualidade feminina é visto por muitos como tabu, ou seja a figura feminina é tida

como assexuada o que interfere no processo totalitário da assistência de enfermagem a mulher.

Sentindo essa necessidade de ampliar a concepção da humanização ao paciente oncológico, e visando o mais eficaz e amplo cuidado do enfermeiro com o paciente . Busca-se através desta pesquisa ampliar a visão dos profissionais para uma nova abordagem ao indivíduo “mulher, ser, pós-cancer”, buscando solucionar a problemática da falta de vínculo explicativo nessa área entre o profissional-paciente, a fim de gerar um ambiente saudável e com melhores psicossociais.

Seguindo assim a política que preza pela qualidade nos serviços de saúde e melhoria das práticas de saúde voltada aos usuários e aos profissionais de saúde. Sendo assim construída com a participação, responsabilização e autonomia inerente aos sujeitos que têm direitos e deveres no processo de saúde, com implicações, também, para a gestão. Para que ocorra a Humanização, é necessário que haja não somente a participação, mas também a prestação dessa condição como atitude ética, legal e moral. Norteia-se pela autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção das redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Humaniza SUS, 2004).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A incidência de doenças crônico-degenerativas como câncer no Brasil aumentou consideravelmente nos últimos tempos devido à industrialização e a urbanização, ainda associados ao aumento da expectativa de vida, fatores que predispõe a sociedade a ficar mais exposta ao contato com agentes cancerígenos. Quando se adquire novos hábitos alimentares e de vida, tendo assim maior tendência à neoplasias malignas. Cerca de 80% dos casos de câncer estão relacionados a fatores exógenos, direta ou indiretamente, provando a importância das condições ambientais no desenvolvimento da doença. Sendo assim, fica claro a proporção, quanto mais urbano maior o número de mortes por casos de câncer.



O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, perdendo apenas para o câncer de pulmão, e o primeiro entre as mulheres. Mais da metade dos casos ocorre em países desenvolvidos, e sua incidência apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sociogeográficas e acessibilidade aos serviços de saúde. Seu prognóstico é relativamente bom se a doença for diagnosticada em estágios iniciais; porém, as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

Não se tem como negar que o aumento da sobrevida de portadoras de câncer de mama é, hoje, uma realidade. Porém, ainda amedronta muitas mulheres, pois as constantes revisões a que ficam submetidas para avaliar a progressão da doença deixam-nas extremamente ansiosas, com dúvidas e incertezas sobre uma possível recorrência. Assim, o despertar de sentimentos de desesperança, revolta, desamparo e a sensação da proximidade da morte podem gerar acomodação e indiferença e algumas mulheres podem não desejar mais viver e desistir de lutar contra o câncer. Tal situação precisa levar os profissionais da saúde a buscar estratégias que maximizem as vivências de cuidados oferecidos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida a essas mulheres (FEREIRA et al., 2006)

O câncer de mama é visto pela mulher como uma doença ameaçadora. Ao ser diagnosticado, causa um inquestionável impacto tanto físico quanto emocional para a mulher. Isso, talvez, porque é cultural que a mulher precisa ter mamas saudáveis e que qualquer anormalidade poderá ser um fator de discriminação e de sua desvalorização.

O impacto da enfermidade é sentido desde o primeiro instante com o recebimento do diagnóstico, momento que a paciente torna-se ciente sobre os possíveis prognósticos e tratamentos, trazendo à tona as representações socioculturais que envolvem o câncer em nossa sociedade, basicamente associado a um caminho sem volta.

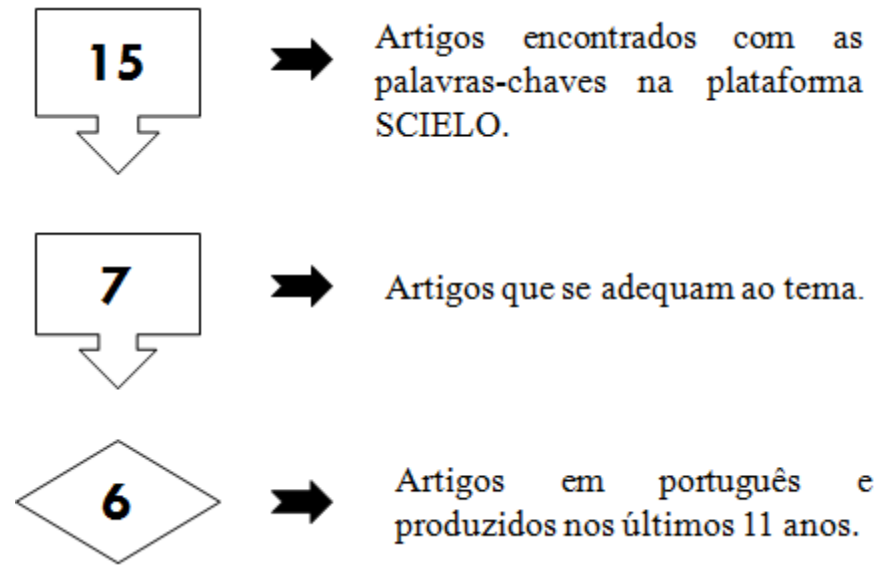
O tratamento do câncer de mama consiste em duas modalidades, sendo elas: Tratamento local caracterizado pela cirurgia e a radioterapia, e o Tratamento sistêmico com acréscimo de quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica. Na mastectomia há a retirada total ou parcial da mama, e junto com ela há também a retirada de parte da sexualidade feminina. O impacto da cirurgia na imagem corporal e na dimensão do psicológico e do sexual muitas vezes depende do tipo de cirurgia realizada. A mastectomia radical é

extremamente agressiva o que causa trauma para as mulheres, motivo pelo qual tem vindo a ser substituída, sempre que possível, pela cirurgia conservadora, onde é retirado apenas um quadrante da mama, e quando não é possível substituir as cirurgias deve-se seguir a reconstrução mamária. Após a cirurgia tende-se alterações na imagem corporal da mulher e isso acarreta, muitas vezes, angústia, medo da morte, repulsa diante da sua nova imagem ao espelho e sentimentos de inferioridade perante as demais mulheres.

A autoimagem é o conjunto de ideias, conceitos, opiniões e imagens que alguém tem de si mesmo, bem como a imagem que supõe projetar para os outros, e é também como você se vê fisicamente, ou seja, suas características. Uma vez essa havendo essas alterações no físico implicará mudanças no psicológico. Muitas vezes sendo acompanhadas por receio de se despir na frente de seu companheiro, e por esse motivo buscar evitar ter relações sexuais. A mama tem igualmente um significado cultural e social na vivência da sexualidade feminina. O diagnóstico de câncer de mama, tratamentos e as respectivas intervenções cirúrgicas, deixam marcas profundas na esfera psicosssexual destas mulheres. Comprometendo a relação com o corpo, consigo mesma, com o outro, retirando a qualidade de vida. Foram encontradas descritas na literatura alterações nos domínios da imagem corporal e disfunção sexual durante os tratamentos e após a realização da cirurgia em todos os artigos pesquisados.

### **3 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

O estudo foi realizado através da revisão integrativa e sistemática da literatura existente sobre o tema em 15 artigos cujo deste foram selecionados 6 que mais se enquadravam na proposta abordada por este artigo, no período de outubro a dezembro do ano de 2013. Segundo Perissé (2001), a revisão sistemática se define como a “aplicação de estratégia científicas que limitem o viés de seleção de artigos, avaliem com espírito crítico os artigos e sintetizem todos os estudos relevantes em um tópico específico”. Sendo um estudo sobre um tema ainda pouco abrangido na área da enfermagem voltada a paciente oncológica, que busca através deste ampliar conceitos e melhorar a pratica e as ações de enfermagem.



**Figura 1 – Fluxograma da revisão sistemática.**

Os critérios para seleção dos artigos foram: artigos disponíveis na língua portuguesa, terem sido publicados nos últimos 10 anos, artigos completos disponíveis na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Library Online, artigos que englobem a pergunta de pesquisa e objetivos.

Para a realização da pesquisa na base citada, utilizaram-se, como referência na busca de artigos, as seguintes palavras-chaves na língua portuguesa: câncer de mama, humanização da assistência, mastectomia, sexualidade. Os artigos incluídos na pesquisa foram lidos e posteriormente extraídos os dados de acordo com os objetivos da pesquisa e foram organizados em figuras para análise.

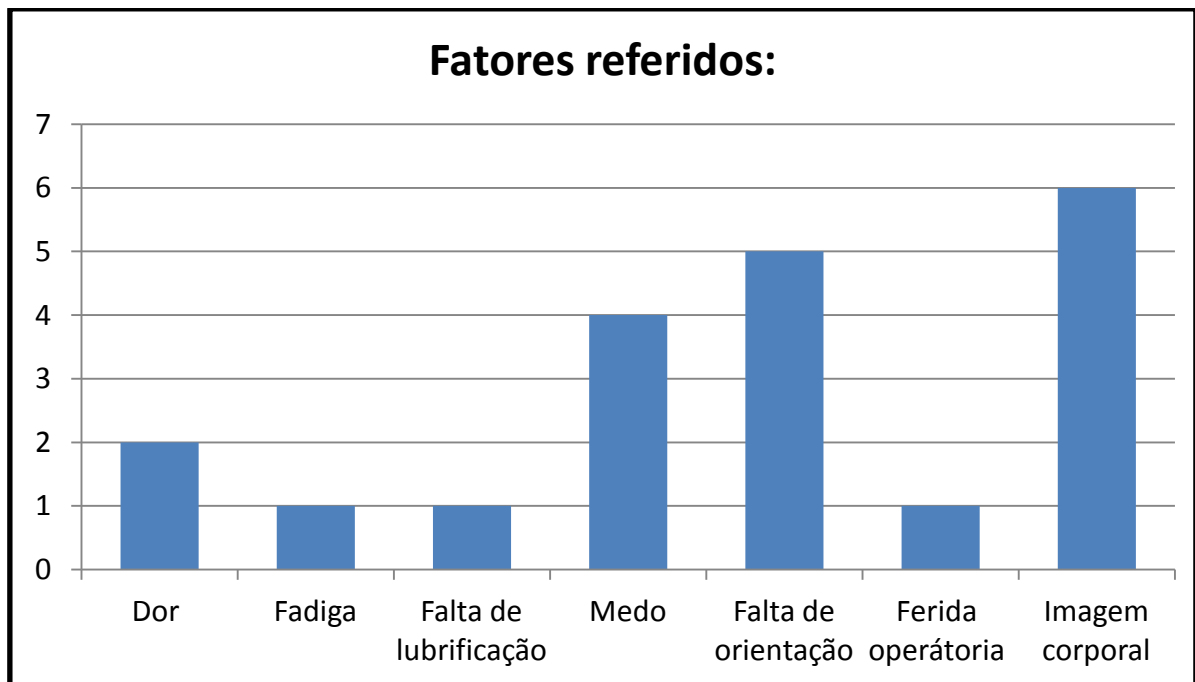
#### **4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA**

Com a revisão da literatura podemos separar e selecionar alguns dos sentimentos expressos e fatores que interferem na sexualidade dos pacientes, os artigos foram organizados em um gráfico em forma de barras, cada barra por sua vez com o significado da porcentagem de artigos que os citam. Nos artigos analisados foram extraídos fatores que interferiam diretamente ou indiretamente na sexualidade de pacientes que haviam passado pelo

tratamento do câncer, tanto a mastectomia quanto o tratamento quimioterápico e radioterápico. O tratamento do câncer em sua totalidade trazem referências negativas para a sexualidade da mulher, o que se tornou amplamente visível na análise de dados, seja pelo fator de antecipar a menopausa, quanto pelos danos psicológicos causados, e pelo cofator de não se sentir segura quanto ao prognóstico da doença.

Fatores / Autores	AURELIANO	CAMARGO	CESNIK	DUARTE	HUGUET	JUNQUEIRA
Dor	X		X			
Fadiga			X			
Falta de lubrificação			X			
Falta de orientação		X	X	X	X	X
Ferida operatória			X			
Imagem corporal	X	X	X	X	X	X
Medo		X	X	X		X

**Figura 2 – Tabela de fatores e autores.**



**Figura 3 – Gráfico dos fatores encontrados, nos 6 artigos pesquisados, que podem interferir na sexualidade feminina.**

Aproximadamente 50% das mulheres que foram alvo dos estudos relataram perder o desejo sexual, e também que houve a diminuição da frequência sexual. Outro artigo menciona que para as mulheres que passaram pelo tratamento de câncer, a avaliação da qualidade de

vida e sexualidade foram prejudicados devido a fatores psicológicos mais do que a fatores físicos.

Na categoria de relacionamento amoroso de acordo com DUARTE e ANDRADE (2003) a maioria das mulheres fez relatos mudanças quando retomaram o relacionamento com o parceiro. No entanto, essa preocupação surgiu após os períodos de diagnóstico e tratamento, visto que durante essas fases as mulheres estavam mais preocupadas em lutar pela sobrevivência. Os relatos referem-se ao comportamento do marido em relação à doença (apoio, compreensão, rejeição), às alterações positivas ou negativas no relacionamento afetivo do casal. Uma entrevistada conta que passou a dar atenção e investir no relacionamento com o seu marido depois que superou as fases de diagnóstico e de tratamento, que para ela foram muito traumatizantes. Além disso, relatou que ao retomar a sua vida sexual sentiu muita diferença e tinha medo do marido não aceitá-la mais. Mesmo tendo feito a reconstrução da mama, não permitia que o marido tocasse em seu seio durante a relação sexual, pois sentia-se incomodada por ter perdido a sensibilidade dessa região. Disse que ele tem sido muito compreensivo e não se importou com as mudanças que ocorreram.

Outro fator que foi relatado em todos os artigos lidos foi a imagem corporal. As pacientes verbalizam que junto com a mama afetada é amputado também o desejo sexual e a autoestima enquanto mulher.

No caso do câncer de mama, as relações e ações afetadas pela doença não são totalmente resolvidas, mesmo havendo a cura, pois a mastectomia é a parte da doença que não passa por significar uma interferência definitiva na estrutura corporal que irá redefinir a maneira de atuação e percepção desse corpo. Do mesmo modo, os cuidados com o braço do lado cirurgiado vão sempre lembrar a mulher de uma condição física distinta da considerada normal. Mesmo para as mulheres que fazem reconstrução mamária, a transformação em seus corpos ainda vai ser constantemente negociada; é um corpo modificado, reconstruído.(AURELIANO, 2009)

Na mudança do que é considerado símbolo do corpo feminino, ou seja vagina e mamas à a perda dos símbolos que cercam a sua identidade enquanto pessoa e na valorização enquanto mulher, sobretudo na sociedade onde a celebração do corpo perfeito está acima muitas vezes que da ética.

Outro artigo ressalta a fala de pacientes pós-câncer acerca da sua posição quanto a forma de ver seu corpo, as mudanças e as dificuldades encontradas para lidar tal situação. O primeiro contato que as mulheres estabeleceram com o seu corpo operado foi com o espelho. Para algumas, o fato de observarem o corpo em que uma das mamas ou as duas não estão mais presentes provocou um sentimento de estranheza e muito sofrimento. Uma paciente revela que no início não tinha coragem de trocar de roupa na frente do espelho, porque não suportava observar o seu corpo. Uma das informantes ainda relata que ao ver a sua imagem no espelho, a sua preocupação maior era com a perda do cabelo, pois acreditava que a mama era mais fácil de esconder comparado aos cabelos, o que implicaria que as demais pessoas notariam esse sinal mais visível da doença (DUARTE, ANDRADE, 2003).

Em todos os artigos mostram falas de mulheres insatisfeitas com a perda da mama e de seus cabelos, o que são transformados em sentimentos de auto-depreciação, que por fim gera problemas na área psicosssexual.

Outro fator relacionado é o medo, citados em 4 artigos (5, 7, 8, 9). Muitas mulheres referem nesse período sentir medo do possível prognóstico e de suas vidas após o tratamento do câncer e do ato sexual. Segundo FERREIRA (1993) medo é o sentimento de viva inquietação ante a noção do perigo real ou imaginário, de ameaça; pavor; temor; receio.

O período pós-operatório é marcado pela ambivalência. Ocorre o alívio de ter sobrevivido à cirurgia e a esperança de estar curada. Mas também há o medo do retorno da doença, o medo de enfrentar a dor e os curativos, o medo de enfrentar a possibilidade permanente de um corpo mutilado e, ainda, preocupações com a feminilidade e com as reações do companheiro frente à mastectomia, podendo esse período levar de um a dois meses após a alta hospitalar. Segue-se, então, o período pós-operatório de dois a seis meses, durante o qual ocorre a depressão, a ansiedade e a diminuição da autoestima, coexistentes com sentimentos de fortalecimento pessoal e esperança (CAMARGO, SOUZA, 2013).

Igualmente foram citados a Fadiga e a falta de lubrificação, relacionados ao tratamento de quimioterapia e ao processo de menopausa precoce, o que influencia com grande amplitude a área sexual. Como fator da menopausa que interfere na sexualidade foi encontrado na revisão sistemática o calor, sendo citado em 1 artigo.

É na retomada dos relacionamentos sociais, das atividades de lazer, do trabalho e da vida familiar que emergem as preocupações das mulheres acometidas em relação ao próprio corpo. Nesse momento, geralmente se sentem satisfeitas com o término do tratamento, mas se encontram mental e fisicamente esgotadas pela exposição prolongada aos procedimentos invasivos e dolorosos. (CESNIK, SANTOS, 2012)

A falta de lubrificação que é comum em mulheres pós quimioterapia e é um achado importante para a enfermagem. De acordo com CESNIK e SANTOS é necessário investigar sobre esse tipo de desconforto e estar atentos à necessidade de prescrição de lubrificantes íntimos e recomendação do uso de preservativo para diminuir a vulnerabilidade decorrente da imunossupressão nas mulheres submetidas à quimioterapia.

A ferida operatória foi descrito em 1 estudo como fator que compromete o psicossocial da mulher mastectomizada, O mesmo relata que “além dos aspectos sociais, as dimensões físicas do câncer também revelam um cenário devastador de uma doença mutiladora, com a conotação adicional de enfermidade suja, que produz secreções, necroses e exala odores desagradáveis. Essas associações favorecem a estigmatização e o afastamento do paciente oncológico do convívio social.”(CESNIK, SANTOS, 2012)

O fator dor foi exposto em 2 artigos, ressaltado também pela quimioterapia e também das muitas vezes que é necessário se fazer uma histerectomia, ambos procedimentos fazem com que a paciente entre na fase de menopausa precoce, que gera certos desconfortos pela falta de lubrificação, gerando a dor.

A falta de orientação dos profissionais da área da saúde com os respectivos pacientes, foi citada em 5 artigos. Em um dos artigos que se aprofundou mais a respeito da falta de comunicação, descreve que as enfermeiras priorizavam outros aspectos na mulher mastectomizada, sendo eles: o acolhimento no diagnóstico, o tratamento monitorando sinais e sintomas, a informação sobre os efeitos colaterais dos medicamentos. Sempre voltando a atenção sobre a evolução do quadro de câncer de mama e a busca para a cura do mesmo. As pacientes acabam colocando em pauta que a sexualidade da mulher se torna algo irrelevante quando comparado com a questão norteadora “sobreviver ou morrer?” e que por tal razão não se sentem a vontade para abordar tal tema, o que de certa forma é danoso para a vida após o tratamento.

JUNQUEIRA et al (2013), ressaltam que na perspectiva das enfermeiras, as pacientes não relatam nem estionam 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.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao fim do trabalho nos deparamos com questões ainda não solucionadas pela enfermagem, e como a mesma é importante para auxiliar e informar mulheres pós ou em tratamento do câncer de mama., sendo citada por vezes como responsável pela falta de informação que gera o desconforto íntimo da mulher, fator relacionados com as dúvidas existentes e não solucionadas pela conversa com profissionais de saúde. Certamente, as questões de sexualidade são eixos fundamentais a serem abordados pelos enfermeiros. Todavia, não se pode apenas reduzi-las à medicalização e sim, abranger também as percepções do corpo, ao sentimento de prazer e de desprazer. Para isso acontecer é necessário o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e cliente, o que facilita as discussões, sobre todos os aspectos do tratamento, sobre a sexualidade, com vistas ao incentivo ao autocuidado e a melhoria de vida, aumentando as chances de um prognóstico melhor.

Estudo ainda revela que a temática tem sido negligenciada desde a formação do profissional de saúde, que no decorrer de sua futura atuação poderá se deparar com situações desafiadoras, para as quais não se sentem preparados. É importante saber que cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde tentar clarificar as questões que as mulheres enfrentam nos variados atendimentos, já que as dificuldades em viver a sexualidade são mais comuns do que se pode imaginar. É necessário ampliar o acesso e o relacionamento entre



profissional e paciente, estreitando os laços e melhorando o estilo de vida da mulher e do seu parceiro. É imprescindível garantir a mulher pós tratamento de câncer uma nova vida repleta de felicidade e satisfação, em todas as áreas, tanto no psicológico, no fisiológico, como no social, trazendo para a vivência do profissional de enfermagem a humanização e a teoria ambientalista no contato a paciente oncológica.

### **ABSTRACT**

Many women have sexual problems later in life. Lack or decreased sexual desire are common , and even more common if there is a physical cause like this in cases of gynecological or breast after cancer. Sexual problems often have to do with mental factors in addition to physical factors , good conversation and information sharing may change this picture . In cases of post -cancer there is a lot fails to achieve orgasm and relados pain for the loss , lack of lubrication , and also the lack of sexual desire caused by these new and different reactions in the body of the woman. Many professionals in the health field isolate this fact and do not explain future differences found in the body of the woman who undergoes surgical procedures for cancer . This work aims to demonstrate briefly the importance of having this dialogue with the patient and his partner , and demonstrate the feelings that can interfere with this process, and relevant for professionals in the health knowledge and psychological work that the physiological changes of patient and partner.

**KEYWORDS:** Sexuality. Mastectomy. Breast cancer.

### **REFERÊNCIAS**

1. AURELIANO, Waleska de A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer - Pró-onco.

- Ações de Enfermagem para o controle do câncer. 2ª ed. Rio de Janeiro: Pró-Onco; 2002.
4. CAMARGO, Teresa C.; SOUZA, Ivis E. de O.: Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer.
  5. CESNIK, Vanessa M.; SANTOS, Manoel A. dos: Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada?
  6. DUARTE, Tânia P.; ANDRADE, Ângela N.: Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.
  7. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da Língua Portuguesa. 3ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1993.
  8. Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia.
  9. Foucault M. História da sexualidade II: o uso dos prazeres. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1994.
  10. HUGUET, Priscila R.; MORAIS, Sirlei S.; OSIS, Maria J. D.; PINTO-NETO, Arão M.; GURGEL, Maria S. C.: Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.
  11. JUNQUEIRA, Lilian C. U.; VIEIRA, Elisabeth M.; GIAMI, Alain; SANTOS, Manoel A.: Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama.
  12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. [Online] 2014. [Acesso em 2013 Dez 12]. Disponível em: URL: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca\\_ministerio\\_saude\\_apresentam\\_estimativas\\_cancer\\_2014](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014)
  13. Perissé ARS, Gomes M da M, Nogueira SA Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizes clínicas. In: Gomes M da M, organizador. Medicina baseada em evidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001. p.131-48.
  14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.