

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – UNESA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA EUNICE RODRIGUES DE MESQUITA**

**NARRATIVAS DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, SOBRE A  
EXPERIÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS O TRATAMENTO COM  
RADIOTERAPIA**

**RIO DE JANEIRO, RJ – 2018**

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – UNESA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA EUNICE RODRIGUES DE MESQUITA**

**NARRATIVAS DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, SOBRE A  
EXPERIÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS O TRATAMENTO COM  
RADIOTERAPIA**

Dissertação de Mestrado em Saúde da Família  
apresentada à Universidade Estácio de Sá –  
UNESA, como exigência para obtenção do título  
de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Práticas e tecnologias em saúde  
da família.

Orientador: Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira

**RIO DE JANEIRO, RJ – 2018**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**MARIA EUNICE RODRIGUES DE MESQUITA**

**NARRATIVAS DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, SOBRE A  
EXPERIÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS O TRATAMENTO COM  
RADIOTERAPIA**

Banca avaliadora:

---

Andreza Rodrigues Nakano

---

Luciana Maria Borges da Matta Souza

---

Luiz Antônio da Silva Teixeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RIO DE JANEIRO, RJ – 2018**

## DEDICATÓRIA



*Às mulheres que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, revelando suas particularidades.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter-me feito acreditar que eu conseguiria chegar até aqui.

Ao meu orientador Prof. **Luiz Antônio da Silva Teixeira**, por acreditar no meu potencial e por ter aceitado a tarefa de me acompanhar em todas as etapas desta pesquisa.

Ao meu pai **Francisco Mendes de Mesquita**, que, se estivesse presente nesta vida, ficaria muito feliz, e à minha mãe **Maria Celi Rodrigues Mesquita**, que sempre acreditou na minha determinação.

Ao amigo **João Rodrigues**, que se disponibilizou a realizar a revisão textual.

À querida amiga **Nathália Ribeiro**, que aceitou fazer todas as trocas de plantões para que eu não faltasse às aulas deste curso.

À secretária do Mestrado, **Ana Paula Moura Nunes**, pela atenção e pelo apoio dados durante todo o curso.

**Aos participantes** desta pesquisa, que despenderam alguns minutos do seu tempo de trabalho para me receber e contribuir com suas vivências profissionais. Sem vocês esta pesquisa não se concretizaria.

**Aos professores e aos colegas do Mestrado**, pois, juntos, construímos uma etapa em nossa vida por meio da troca e do aprimoramento de conhecimentos.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

- APS** – Atenção Primária em Saúde
- CAF** – Cirurgia de Alta Frequência
- DNA** – ácido desoxirribonucleico
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FIGO** – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- HIV** – Vírus da imunodeficiência humana
- HPV** – papilomavírus humano
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer
- JEC** – junção escamo-colunar
- MS** – Ministério da Saúde
- NIC** – neoplasias intraepiteliais cervicais
- NOAS** – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
- NOB** – Normas Operacionais Básicas
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TOC** – Tecido Ósseo e Conectivo
- UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro
- WHO** - World Health Organization

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

**TABELA 1** – Caracterização dos participantes—————27

**QUADRO 1** – Estadiamento do câncer do colo uterino—————55

## RESUMO

**MESQUITA, M. E. R. Narrativas de mulheres com câncer do colo do útero, sobre a experiência da sexualidade após o tratamento com radioterapia.** Dissertação de Mestrado. Universidade UNESA, Rio de Janeiro, 2018.

O diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil ainda é realizado, muitas vezes, em estádios avançados, levando a modalidades de tratamento mais agressivas ao corpo e, conseqüentemente, refletindo na sexualidade da mulher. Esta dissertação apresenta, a partir da abordagem qualitativa, a experiência sobre a sexualidade de mulheres com câncer do colo do útero tratadas no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Objetivamos compreender a experiência de mulheres no que tange à vivência de sua sexualidade após o tratamento do câncer do colo do útero. Trata-se de um estudo do tipo descritivo que utilizou abordagem qualitativa, com uma amostra de 16 participantes que estavam em período de seguimento. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada. A análise dos resultados se deu por análise de conteúdo, dialogando com os referenciais teóricos sobre sexualidade, corpo e gênero. A partir das diversas leituras, foram criadas sete categorias: 1 – Relacionamento afetivo depois do tratamento do câncer, percebemos que foi intensificado principalmente entre os cônjuges. 2 – Comunicação das mulheres, cônjuges e namorados, identificamos que existem dificuldades no diálogo com relação ao exercício da sexualidade. 3 – Orientações normativas dos profissionais na abordagem da sexualidade e do desempenho sexual, afrontando barreiras culturais. 4 – Interrupção do desejo materno e a formação da família. 5 – Apoio da família e de amigos no enfrentamento da doença, sendo apontado como rede de apoio imprescindível para motivação ao tratamento. 6 – Medo, um sentimento apontando alguns sentidos: interferência no retorno da atividade sexual e nas mudanças da imagem do corpo, assim como também associado ao retorno da doença e ao tratamento da radioterapia. 7 – Ressignificação dos valores da vida e cuidando de si depois do diagnóstico. Concluímos que, mesmo diante das repercussões negativas da doença e do tratamento na vida dessas mulheres, muitas vezes sua vivência e o apoio dos companheiros e de familiares lhes possibilitaram a reconstrução de sentimentos positivos em relação a sua sexualidade do mesmo modo que uma ressignificação do sentido atribuído à vida e à família.

**Descritores:** Sexualidade, Neoplasia de Colo de Útero, Radioterapia, Disfunção sexual.



## **ABSTRACT**

**MESQUITA, M. E. R. (2018). Narratives of women with cervical cancer, about the experience of sexuality after treatment with radiotherapy.** Master's Dissertation. UNESA University, Rio de Janeiro, 2018.

The diagnosis of cervical cancer in Brazil is still carried out, many times, in advanced stages, leading up to treatment modalities that are more aggressive to the body and consequently reflecting on the sexuality of the woman. This master thesis presents, from the qualitative approach, the experience of sexuality in women with cervical cancer treated at Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. This study is aimed at understanding the experience of women, as far as concerned to the experience of their sexuality after the treatment of cervical cancer. It deals with a descriptive-type study, which has used the qualitative approach with a sample of 16 participants who were in the follow-up period. The data was obtained by means of semi-structured interview. The analysis of results was done by content analysis, in dialogue with theoretical referentials on sexuality, body and gender. Out of the various readings, seven categories were created: 1 – Affective relationship after cancer treatment; which was noticed to be intensified, especially between spouses. 2 – Communication of women, spouses and boyfriends; in which it was noticed there were difficulties in the dialogue regarding the sexual practice. 3 – Normative orientations from professionals in the approach of sexuality and sexual performance, facing cultural barriers. 4 – Interruption of maternal desire and family formation 5 – Support from family and friends when fighting the disease, pointed out as an indispensable support network of motivation for the treatment. 6 – Fear, feeling which points out: interference in resuming sexual activity; in the body's image, as well as associated with the return of the disease and to the radiotherapy treatment. 7 – Redefinition of life values and taking care of herself after the diagnosis. We concluded that, even in the face of the negative repercussions of the disease and the treatment in the life of those women, many times their experience and the support of partners and family members has provided them with the reconstruction of positive feelings regarding their sexuality, as well as a redefinition of the meaning accounted to life and family.

Markers: Sexuality, Cervix Neoplasia, Radiotherapy, Sexual Dysfunction

## SUMÁRIO

<b>1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	12
1.1 – Justificativa	15
1.2 – Objetivos	18
<b>2 – REVISÃO DE LITERATURA</b>	20
2.1 – Breve histórico sobre a trajetória de prevenção do câncer do colo do útero	20
2.2 – Abordagem das principais políticas de saúde para integralidade da saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde	21
2.3 – Câncer do colo do útero, etiologia e fatores de riscos	26
2.4 – Tratamento e seguimento do câncer cervical	27
2.5 – Disfunções sexuais em decorrência da doença e do tratamento de câncer do colo de útero	30
2.6 – Estudos sobre sexualidade e câncer do colo do útero	32
<b>3 – REFERENCIAL TEÓRICO</b>	35
3.1 – Gênero e condição feminina	35
3.2 – Sexualidade	38
3.3 – O corpo e a sexualidade	41
<b>4 – MÉTODO</b>	45
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	52
5.1 – Caracterização dos participantes	52
<b>6. – A EXPERIÊNCIA DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO APÓS A RADIOTERAPIA</b>	56
6.1 – Relacionamento afetivo depois do tratamento do câncer do colo do útero	57

6.2 – Comunicação das mulheres, cônjuges e namorados sobre o exercício da sexualidade	63
6.3 – Orientações normativas na abordagem da sexualidade e do desempenho sexual	66
6.4 – Interrompendo o desejo materno e a formação da família	74
6.5 – Apoio da família no enfrentamento da doença	78
6.6 – O medo do sentimento que interfere na atividade sexual e nas mudanças do corpo	81
6.7 – Resignificando os valores da vida e cuidando de si depois do câncer	86
<b>7 – Considerações finais</b>	<b>91</b>
<b>8 – REFERÊNCIAS</b>	<b>93</b>
<b>9 – ANEXOS</b>	<b>108</b>

## 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse por estudar câncer do colo do útero e sexualidade teve início a partir das observações e preocupações sobre a sexualidade dessas mulheres diante do enfrentamento das repercussões do câncer e do tratamento, considerando que elas carregam consigo influências socio-históricas e culturais que fazem parte da construção da sexualidade e que possivelmente observam o sexo como ponto principal da sexualidade. Então, a pretensão foi pesquisar sobre a experiência da sexualidade depois do câncer do colo do útero, tendo em vista que vários estudos mostram a interferência do tratamento na sexualidade dessas mulheres.

De acordo com Thuler *et al.* (2005), o diagnóstico de câncer do colo do útero com doença avançada foi o mais frequente entre as mulheres no Brasil. Observa-se ainda que cerca de 50% dos casos desta doença é diagnosticada em estádios avançados (III e IV), tornando o tratamento mais agressivo e causando maior impacto na vida sexual dessas mulheres.

Para a Internacional Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), os estádios de tumores mais avançados são a partir de IIB a IV e são tratados principalmente por quimioterapia e radioterapia, tendo uma sobrevida que varia entre 5% e 70%. Consequentemente, essas modalidades de tratamento estão associadas a efeitos secundários aos órgãos pélvicos dessas mulheres (AXELSEN, PETERSEN, 2006). Nos casos de diagnóstico avançado, a proposta terapêutica não é mais cirúrgica, sendo essas mulheres submetidas a tratamento com radioterapia e quimioterapia.

O câncer do colo do útero é considerado um importante problema de saúde pública. Estimativa do Brasil para o biênio 2018-2019 aponta que os tipos de cânceres mais frequentes entre as mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma, são os seguintes: câncer de mama (29,5%), cólon e reto (9,4%), colo de útero (8,1%), traqueia, brônquio e pulmão (6,2%) (INCA, 2017). O câncer do colo do útero ainda se apresenta muito incidente, evidenciando que as políticas de controle e as ações ainda precisam de muitas intervenções e desafios.

Observa-se que o câncer do colo do útero ainda é muito frequente entre as mulheres, sendo o terceiro câncer mais incidente no Brasil. Estatística oficial do Ministério da Saúde aponta que para o biênio 2018/2019, no Brasil, são esperados 16.370 casos novos de câncer no colo do útero, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, contribuindo de forma expressiva para o adoecimento das mulheres brasileiras (INCA, 2018). Estudos têm apontado diversos fatores de riscos além do nível de informação das mulheres sobre o autocuidado e o acesso ao exame Papanicolau.

Com relação à detecção e ao diagnóstico do câncer do colo do útero, no século XX foi desenvolvida a técnica do esfregaço vaginal para detecção de lesões no colo do útero e começou a ser implantada em algumas instituições brasileiras de forma pontual e isolada. Foi somente a partir da década de 1960 que surgiram as campanhas para realização do exame colpocitológico com o objetivo de levar as mulheres sem queixas a serem examinadas de forma preventiva (COUTINHO, 1957; TEMPERENI, 2012; TEIXEIRA a, PORTO, SOUZA, 2012; TEIXEIRA b, 2015).

A partir da década de 1980, com o aumento das preocupações sobre a doença e das pressões dos movimentos sociais de mulheres, o Ministério da Saúde iniciou movimentos para prevenção e controle do câncer do colo do útero por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi implantado após observações de dados epidemiológicos relacionados aos indicadores de saúde da mulher brasileira. Foi quando deu início à elaboração de ações programáticas na modalidade de programa que contemplassem a prevenção e o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, embora ainda de forma muito restrita em algumas regiões do Brasil (BRASIL, 1994).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde reconheceu a amplitude do problema do câncer do colo do útero no Brasil e, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), implantou o programa de rastreamento do câncer cervical, o “Viva Mulher”, com a estruturação de uma rede de atenção buscando reduzir as desigualdades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2002).

Mesmo com a implantação Nacional do Programa para controle do câncer do colo do útero, ainda existem mulheres que, por vários fatores, não têm acesso ao exame preventivo do câncer do colo do útero e acabam apresentando um risco maior para o câncer, caso apresente a lesão intraepitelial. As dificuldades de acesso com relação à detecção precoce de lesões precursoras levam a pressupor que essas mulheres também terão maiores dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento por não estarem inseridas diretamente nas linhas de cuidado da saúde da mulher.

Atualmente, o Ministério da Saúde, preocupado com esse cenário, lançou um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, no qual o controle do câncer do colo do útero é uma das prioridades. Entretanto, seu adequado controle requer a utilização de recursos diagnósticos, terapêuticos e de informação cada vez mais complexos e resolutivos. O Plano define diretrizes e ações com base em vigilância, informação, avaliação e monitoramento com ações de promoção da saúde e cuidado integral. Além disso, em março de 2011, foi apresentado um “Programa de

Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e da Mama”, cujo objetivo é ampliar, em todo o país, a oferta das ações dirigidas a esses cânceres (BRASIL, 2011).

Algumas dificuldades apresentadas pelas mulheres em relação à realização do exame colpocitológico se referem ao gênero feminino e à cultura – aspectos intrinsicamente das relações sociais, que são frutos de uma construção social e histórica que acabam interferindo no autocuidado da mulher (TEIXEIRA, 2015b). Em muitos casos, isso pode delimitar o campo de atuação das mulheres, pois percebe-se que são elas quem passam maior parte do seu tempo em atividades não remuneradas, o que pode diminuir as possibilidades de acesso aos bens sociais oferecidos, inclusive o acesso aos serviços de saúde.

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Essa infecção, quando persistente, leva a transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para lesões intraepiteliais. O HPV é um vírus sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo, e a maioria das pessoas sexualmente ativas, homens e mulheres, terá contato com o vírus durante algum momento da vida (LOPES, *et al.*, 2013).

Ao explorar o tema sexualidade na interface do câncer ginecológico, é importante ressaltar que tanto o câncer do colo do útero quanto a temática sexualidade têm sido elementos de debate político nos últimos anos, devido às preocupações com a qualidade de vida das mulheres. Para alguns pesquisadores, a intensa preocupação com a sexualidade representada pelo erotismo surgiu de um crescente sentimento de crise que recai na sexualidade (LOURO, 2000; HAGGAR, BORDO, 1997).

Com relação ao arcabouço conceitual que retrata sobre sexualidade, gênero e corpo da mulher, acreditamos que, por terem sido elaborados de acordo com a construção de nossa história, é possível criar expectativas do que podemos encontrar nesta pesquisa.

Ao considerar o termo gênero como um elemento constitutivo de relações sociais e pelas diferenças biológicas entre os sexos, percebe-se que o câncer e seu tratamento, quando acometem o gênero feminino, podem impedir o desenvolvimento de características inerentes ao gênero assim como extingui-las de certos desejos, como a procriação, os cuidados no acompanhamento e desenvolvimento dos filhos, entre outros (SCOTT, 1995).

O controle de comportamento envolvendo a sexualidade, a pureza dos corpos e os recursos tecnológicos para controle de algumas doenças é apontado como modelo disciplinar que acaba atravessando os corpos e suas subjetividades, assim como nos aspectos da vida humana, gerando muitas inquietações (COLLING; TEDESCHI, 2015; FOUCAULT, 1987).

Foucault teve diferentes olhares sobre as relações de poder entre gênero, a normatização de condutas sobre a atividade sexual e comportamento envolvendo a sexualidade. A sociedade funcionava como o governo das mulheres, que foi exercido por meio dos homens (pais, magistrados, religiosos, médicos), que ainda é possível de ser identificado reflexos no meio social (FOUCAULT, 1987 *apud* LOURO, 1997).

Ao entender que a sexualidade está aberta a novos sentidos, levou-me o interesse de me aproximar da vivência da sexualidade no contexto social e cultural, na interface do câncer na mulher. Podemos pensar a sexualidade como um conceito empírico, analítico e político, que passa por constantes alterações, sendo que a sua construção faz parte de um processo complexo, que envolve ao mesmo tempo aspectos individuais, sociais, psíquicos e culturais que carregam historicidade e envolvem práticas e simbolizações (HEILBORN, 2006; *apud* COLLING, TEDESCHI, 2015).

Quando nos debruçamos sobre a temática da sexualidade feminina, além de compreender sobre a categoria de gênero, também passamos a entender sobre o corpo dela. Alguns autores apontam o corpo como uma entidade cultural na qual a sociedade está se expressando; para ela, o corpo é a expressão de cada cultura e, por isso, componente da própria cultura (MEAD, 1975). Entendemos que o câncer do colo do útero atinge o corpo da mulher em uma das áreas consideradas muito simbólica, e a partir daí acontecerá os processos de pensamentos e de atitudes desse grupo de mulheres, visto que o corpo é a imagem de apresentação da mulher no meio social.

É importante considerar que o corpo é indissociável da sexualidade, pois é o corpo que tem na mente representações de seus órgãos e funções, bem como representações dos impulsos, dos desejos, dos afetos, das ideias e das sensações (ACKERMAN, 1992 *apud* FIGUEIREDO, 1999).

## **1.1 – Justificativa**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a sexualidade é um aspecto central na vida do ser humano e que ela pode ser expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, funções e relações. Nem todas essas dimensões podem ser expressas, pois a sexualidade pode ser influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (World Health Organization-WHO 2004). Portanto, exercer

socialmente a sexualidade após o tratamento do câncer pode trazer qualidade de vida para essas mulheres, além de manter a autoestima.

Trabalhar na área de oncologia ginecológica com mulheres na luta contra o câncer do colo do útero foi o que me motivou a refletir sobre toda a problemática que essas mulheres enfrentam a partir do diagnóstico. As consequências do tratamento acabam transcendendo para a sexualidade da mulher e do parceiro, trazendo importantes consequências para a qualidade de vida, assim como seus papéis sociais devido à condição de gênero, ao corpo e à sexualidade.

Pesquisas qualitativas sobre a sexualidade e as repercussões do câncer do colo do útero ainda não foram exploradas com as mulheres da população do Rio de Janeiro. Acreditamos que os sentidos da sexualidade podem apresentar diferenças regionais, tendo em vista que a construção da sexualidade possa ser influenciada pelo contexto histórico no qual os seres humanos vivem e constroem a vida.

O câncer do colo do útero, por acometer o órgão interno, não possibilita a sua visibilidade como o câncer na mama, mas a mulher tem muitas experiências sensitivas, o que pode desencadear alterações emocionais mais profundas e trazer um impacto maior para a sexualidade.

Esta pesquisa pode contribuir com as ações que vêm sendo desenvolvidas no Hospital do Câncer II (INCA), especificamente no ambulatório de sexualidade, ao conhecer as necessidades dessas mulheres no sentido de ampliar a visão sobre a sexualidade, além de possibilitar instrumentalizar para que esse trabalho também seja realizado na atenção básica, no período da contrarreferência dessas mulheres. Pois essas mulheres que se trataram no INCA vêm de áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro, e que depois podem ser contrarreferenciadas para suas áreas programáticas da saúde da família.

Observa-se que o cotidiano das mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero é permeado por pensamentos de angústia, medo, incertezas e dúvidas, desconhecimento sobre a doença, exames, tratamento e cuidado consigo mesma.

Ao reconhecer que as modalidades de tratamento do câncer são muito agressivas e que atingem órgãos considerados simbólicos, é importante buscar compreender os fenômenos subjetivos sobre a vivência da sexualidade após o tratamento. A repercussão do câncer na vida das mulheres e em órgão simbólico faz com seja necessário que profissionais adquiram um imenso conhecimento sobre essa temática para proporcionar atenção integral nos níveis de atenção à saúde no SUS.

Pesquisas no âmbito da sexualidade e do câncer ginecológico são necessárias, pois ainda são ineficientes na formação dos enfermeiros e de outros profissionais discussões no âmbito da



sexualidade de forma ampliada. Ainda se discutem a sexualidade voltada para o meio biológico possivelmente porque as questões que envolviam a sexualidade eram censuradas pela sociedade e pelas instituições (FOUCAULT, 1984; RIBEIRO, 1999).

Estudo para avaliar um aspecto da sexualidade – disfunção sexual – em mulheres com os cânceres de colo do útero, mama e tireoide evidenciou que o risco para disfunção sexual foi maior em mulheres com câncer do colo do útero, quando comparadas com mulheres da rotina ginecológica (OR 2,3; P= 0,023) (MODESTO, 2013). Portanto, compreendemos que é possível o câncer ficar marcado na vida das mulheres.

Os avanços tecnológicos para o tratamento do câncer, entre eles a radioterapia, levaram a um aumento da expectativa de vida, e as técnicas de proteção das áreas adjacentes vêm se aprimorando. No entanto, a literatura ainda relata a existência de efeitos adversos referentes a este tipo de tratamento que atingem o órgão próximo da área tratada e trazem impacto negativo na sexualidade de mulheres que trataram o câncer do colo do útero (ANACAK *et al.*, 2001).

Esta pesquisa possibilita que o meio acadêmico e o meio profissional reflitam sobre a importância de uma prática ampliada no que se refere à abordagem da sexualidade com esse grupo de mulheres. Essa necessidade vem ao encontro da visão de Foucault (1984), que defendeu que a forma de exercitar a sexualidade não tinha um modelo correto e outro errado, como a sociedade defendia a forma considerada certa para que as pessoas seguissem o comportamento estabelecido.

Da forma como a sociedade se organizou em relação à sexualidade, no sentido de reprimir e normatizar a sexualidade, os reflexos foram para o meio acadêmico; desta forma, sendo vista especificamente voltada para o meio biológico – a parte física. Na concepção de Ribeiro (1999), a sexualidade precisa ser vista e praticada de forma sistemática por meio do afeto, da companhia, etc., abordagem esta que considero imprescindível para mulheres aderirem como estratégia e melhora da qualidade de vida após o tratamento de câncer ginecológico.

No tratamento do câncer, especificamente no câncer do colo do útero, as complicações são marcantes. É preciso compreender como isso interfere na qualidade de vida da mulher e buscar estratégias para melhor atendê-las.

É de extrema importância compreender como essas mulheres percebem esses efeitos indesejáveis do tratamento, que acabam transcendendo na sexualidade, mas que podem ser minimizados caso a mulher seja estimulada a ampliar os sentidos da sexualidade.

Percebe-se que, durante o tratamento, as questões referentes aos efeitos colaterais são pouco discutidas e, quando se refere a discussões sobre sexualidade, esse tema é pouco abordado ainda devido aos mitos e tabus sobre a sexualidade.

Segundo Moraes e colaboradores (2015) em uma pesquisa sobre câncer e sexualidade, os resultados informaram que as participantes não conseguiram mais ter relação sexual após o diagnóstico do câncer ginecológico. Isso nos remete à força traumática do câncer e sua capacidade de interferir na sexualidade das mulheres.

Além da alteração do estado emocional, ocorrem alterações fisiopatológicas como dor, ressecamento vaginal e sangramento que, em alguns casos, interferem na vida conjugal do casal. Observa-se assim que, de forma semelhante ao câncer de mama, o câncer do colo do útero é fortemente relacionado com alteração da sexualidade devido à doença atingir órgãos simbólicos na vida das mulheres (MORAIS, 2015).

Um grande número de estudos quantitativos aponta a presença de efeitos adversos do tratamento do câncer ginecológico e a presença de aspectos que caracterizam a disfunção sexual (FITZ *et al.*, 2011; VIDAL *et al.*, 2012; GIATTI, 2005; MODESTTO, 2013). No entanto, esses estudos não possibilitam compreender a dimensão e o impacto que essas alterações causam nas mulheres. Trabalhar essas questões a partir de uma perspectiva qualitativa é importante para que possamos melhor assisti-las, estimulando sua autoestima e o autocuidado, ampliando os sentidos da sexualidade e como pode ser exercida.

O câncer do colo do útero acomete o órgão central da sexualidade da mulher que, juntamente com o tratamento da radioterapia, pode acarretar um desequilíbrio nos aspectos sociais, emocionais e físicos. As possíveis implicações na experiência do exercício da sexualidade precisam ser observadas e mais bem compreendidas para que se possa criar estratégias para melhor assisti-las, considerando que a sexualidade feminina envolve interfaces de gênero e corpo.

Como ocorre a experiência da sexualidade de mulheres após o diagnóstico e o tratamento do câncer do colo do útero tratadas com radioterapia?

## **1.2 – Objetivos**

### **Geral:**

Compreender a experiência de mulheres sobre a vivência de sua sexualidade após o diagnóstico e o tratamento do câncer do colo do útero com radioterapia.

### **Específicos:**

- Identificar os significados e os sentidos que essas mulheres atribuem ao câncer e o tratamento na sexualidade, no corpo e no papel do gênero.

- Analisar como a doença e o tratamento do câncer do colo do útero repercutiram no exercício de sua sexualidade.
- Identificar estratégias desenvolvidas pelas mulheres no âmbito de sua sexualidade frente às mudanças corporais determinadas pela doença e pelo tratamento em busca da superação.

## **2 – REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 – Breve histórico sobre a trajetória da prevenção do câncer do colo do útero**

Na década de 1940, a partir do desenvolvimento do teste Papanicolau, surgiram as primeiras ações de prevenção e detecção precoce dos cânceres ginecológicos, sendo realizadas primeiramente pelos ambulatórios das faculdades de medicina, com o advento da cadeira autônoma no curso de obstetrícia, na época em que surgiram os primeiros centros de atendimento à mulher e eram direcionados à prevenção e ao tratamento de problemas ginecológicos (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Em meados do século XX, a técnica do esfregaço vaginal para detecção de lesões no colo do útero começou a ser implantada em algumas instituições brasileiras. Porém, a realização do Papanicolau permaneceu por muito tempo, como uma ação oportunista, realizada de forma pontual e isolada. Depois surgiram as campanhas para realização do exame colpocitológico com o objetivo de levar as mulheres sem queixas a serem examinadas de forma preventiva (COUTINHO, 1957; TEMPERENI, 2012; TEIXEIRA a, PORTO, SOUZA, 2012; TEIXEIRA b, 2015).

Em 1948, quando o Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) ganhou existência legal, iniciou o serviço exclusivamente direcionado ao câncer cervical, que passou a trabalhar com diferentes técnicas de diagnóstico como a colposcopia, a citologia e a realização de biópsias (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Em 1952, no Distrito Federal, foi oficializada a criação da seção de ginecologia no INCA, sob a direção do ginecologista Turíbio Brás, um dos pioneiros na criação do Instituto que, logo em seguida, firmou convênio com a Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer, desenvolvendo palestras e atividades educativas para controle da doença. A legião foi responsável pela criação de dois pontos de prevenção contra o câncer ginecológico no Distrito Federal e serviu de exemplo a diversas outras entidades. No final de 1950, o país tinha mais de 50 ligas de combate ao câncer (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

O emprego do teste Papanicolau e da colposcopia logo se estendeu aos consultórios privados de ginecologia e ficou na rotina cotidiana, porém ainda com cobertura reduzida, pois só atendia mulheres que procuravam os consultórios em virtude de outros problemas ginecológicos (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

A partir de 1970, um contingente maior de mulheres passou a ser contemplado por campanhas e realização maciça do teste Papanicolau.

É importante destacar que a política brasileira para controle do câncer teve início na década de 1940, especialmente com a criação do Serviço Nacional de Câncer, base central, que hoje é o atual INCA. No que se refere ao câncer do colo do útero, o controle dessa doença teve como ponto de partida as iniciativas das pioneiras sociais e o processo de afirmação do estado, como gestor da saúde pública, quando houve articulação entre o estado e a filantropia (LAGO, 2004).

A Fundação das Pioneiras Sociais, organizada pela ex-primeira-dama Sarah Kubitschek, fez grande luta no combate ao câncer ginecológico. Em 1957, essa fundação foi inaugurada como centro de pesquisa, ideia proposta pelo professor Arthur Campos da Paz. Esse centro tinha o objetivo de realizar atendimento ambulatorial para prevenção e para detecção precoce do câncer do colo do útero, mama e formação de recursos humanos (TEMPERINI, 2012).

As motivações para a criação do centro de pesquisa tiveram o intuito de poupar inúmeras vidas femininas, o sacrifício de uma vida [Luiza G. de Lemos], a dor de uma filha [Sarah Kubitschek], o idealismo de um médico [Dr. Arthur Campos da Paz] (TEMPERINI, 2012). Essa foi a reflexão de Sara para construir uma instituição de assistência, ensino e pesquisa que atualmente continua firme no combate ao câncer.

## **2.2 – Abordagem das principais políticas de saúde para integralidade da saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde**

No Brasil, a saúde das mulheres foi incorporada às políticas nacionais de saúde no início do século XX, sendo limitada às demandas da gravidez e do parto, dentro de uma visão centralmente biológica. Programas que preconizavam ações materno-infantis como estratégia de proteção relacionada às mulheres mais vulneráveis funcionavam de forma verticalizada sem nenhuma integração com os outros programas propostos pelo governo federal, tendo como resultado um baixo impacto na saúde das mulheres (BRASIL, 1984).

A partir da década de 1980, com o aumento das preocupações com a doença e das pressões dos movimentos sociais de mulheres, o Ministério da Saúde iniciou a criação de propostas de prevenção e controle do câncer do colo do útero por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi implantado após observações de dados epidemiológicos relacionados aos indicadores de saúde da mulher brasileira. Foi quando deu início à elaboração de ações programáticas na modalidade de programa que contemplasse a prevenção e o controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama, embora ainda de forma muito restrita em algumas regiões do Brasil. O entendimento de integralidade tinha dois sentidos: o

da atenção à mulher como pessoa, em oposição à assistência a seus órgãos ou funções, e o da integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência, necessário à resolução dos problemas e demanda da população (LAGO, 2004).

O processo de implantação do PAISM foi estimulado com a criação do SUS pelas características da nova política de saúde, que promovia a municipalização e a reorganização da atenção básica. O novo programa de saúde das mulheres é constituído por ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, que englobava assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST), cânceres do colo do útero e de mama. Neste sentido, foi possível a melhora da oferta de atividades de prevenção do câncer do colo de útero. Durante a implementação das ações em âmbito nacional foram encontradas dificuldades de origem política, técnica e administrativa (BRASIL, 1994).

A implementação do PAISM ocorreu de forma heterogênea no país, acompanhando os diferentes graus de organização e capacidade instalada dos serviços públicos estaduais e municipais e respondendo a distintos graus de compromisso dos governantes com a questão da mulher. Uma avaliação do programa identificou que as atividades de prevenção contra o câncer do colo do útero atingiam somente 10% da população feminina. Apesar do baixo desempenho, esse programa serviu para introduzir a coleta do material para o exame colpocitológico como procedimento de rotina na saúde da mulher (LAGO, 2004).

Em 2003, a área técnica de saúde da mulher identificou a necessidade de articulação para que novos grupos de pessoas fossem assistidos de ações, tais como: mulheres de comunidade rurais, mulheres com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. O Ministério da Saúde (MS) reconheceu que as estratégias de prevenção aconteciam de forma isolada e pontual com grande dificuldade de acesso por parte das usuárias e escassez dos serviços e recursos humanos qualificados, não conseguindo alterar o quadro epidemiológico em relação à incidência e à mortalidade nos últimos anos. Então, o Ministério da Saúde (MS) decidiu instituir um programa específico no combate ao câncer do colo do útero, em âmbito nacional. Em 1998, por meio da portaria 3.040, o MS instituiu o programa Viva Mulher, que tinha como diretrizes a estruturação de uma rede de atenção integrada e a conscientização da mulher por meio de campanha nacional, em que considerava aspectos socioculturais do público-alvo.

Com a Constituição Federal de 1988 foi possível ampliar as ações de controle do câncer do colo do útero em âmbito nacional. Nesse momento, o sistema de saúde encontrava-se em processo de criação para se garantir a saúde de todos mediante políticas públicas e de estado.

No processo de construção do SUS houve grande influência para implantação e implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM). O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos nas legislações básicas: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Com a implementação da NOB 96, consolidou-se o processo de municipalização das ações e dos serviços em todo o país. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos de atenção à saúde da mulher.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde reconheceu a amplitude do problema do câncer do colo do útero no Brasil e, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), implantou o programa de rastreamento do câncer cervical, o Viva Mulher, com a estruturação de uma rede de atenção buscando reduzir as desigualdades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2002).

A estratégia principal desse programa foi a disponibilização do exame citopatológico (Papanicolau) para as mulheres entre 35 e 49 anos de idade e o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos por meio da incorporação do método de Cirurgia de Alta Frequência (CAF). Como estratégias de monitoramento e vigilância, foi estabelecido um sistema de informação: o SISCOLO (MS, 2011).

É importante ressaltar que quando o MS lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, ele estabeleceu como prioridade o controle de câncer do colo do útero como componente fundamental a ser garantido nos planos estaduais e municipais de saúde. No estabelecimento de metas foram sinalizados a necessidade de melhora da qualidade do serviço, o fortalecimento do sistema de informação, a capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisa.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) estabeleceu que as ações de controle do câncer fossem realizadas em todas as unidades federadas, devendo incluir ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, respeitando as competências de cada esfera (MS, 2015).

As ações de controle do câncer devem promover a qualidade de vida, sendo capaz de reduzir danos e garantir a autonomia dos usuários. A PNAO determina que as redes de atenção oncológica sejam formalizadas nos planos estaduais de saúde, organizadas em níveis hierárquicos, sendo estabelecido fluxo de referência e contrarreferência, garantindo o acesso das pacientes e o atendimento integral (MS, 2015).

Em 2006, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama tornou-se uma das prioridades do Pacto pela Vida, compromisso assumido pelos três gestores do SUS em torno de prioridades, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, na perspectiva de superar as dificuldades apontadas na consolidação do SUS. Neste documento, foram estabelecidos indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (MS, 2006).

A atenção básica como coordenadora do cuidado é de extrema importância para o controle do câncer. Estudos apontam que sistemas orientados pela atenção primária à saúde (APS) apresentam melhores resultados no que se refere à provisão dos cuidados em saúde, ao alcance de maior eficiência como também à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; KRINGOS *et al.*, 2010, *apud* MS, 2011).

Alinhada aos movimentos internacionais de valorização da atenção primária, desde o final dos anos de 1990, a ampliação da cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) vem constituindo a principal iniciativa do governo brasileiro para fortalecer a APS e também para reorganizar o modelo de atenção à saúde. Além de ampliar acesso, a ESF incorporou como uma de suas diretrizes a definição de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, aliada ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, formação de equipe multiprofissional, maior participação social e intersetorialidade (MS, 2006).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF deve ser a porta de entrada preferencial e de acesso universal, cabendo às equipes de Saúde da Família a responsabilidade pela coordenação dos cuidados e acompanhamento longitudinal, mesmo quando o usuário encontra-se em outros níveis de atenção.

É fundamental garantir o acesso na atenção secundária e terciária por meio do estabelecimento de fluxos formais para referência e contrarreferência, assim como o registro das informações clínicas. As mulheres que são acompanhadas no Instituto Nacional de Câncer vêm de áreas programáticas do Rio de Janeiro ou do estado do Rio de Janeiro, então é importante compreender sobre saúde da família no cenário do mestrado profissional para contribuir na integralidade da mulher tanto nos aspectos que envolvem a prevenção e a detecção precoce do câncer quanto após o tratamento do câncer.

Na prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas na atenção básica, desde aquelas voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) até as dirigidas para a detecção precoce do câncer.



As atividades desenvolvidas incluem: informação e esclarecimento da população, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame, realização da coleta da citologia, identificação de ausências e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta, planejamento e execução de ações na área sob responsabilidade sanitária da equipe voltada para a melhoria da cobertura do exame.

A equipe é também responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica, tratamento, identificação de falhas no acesso e no fechamento dos casos. Pode também oferecer diferentes modalidades de suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo (INCA, 2011).

Atualmente, a principal estratégia recomendada para rastreamento do câncer do colo do útero é o exame citológico em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que tem o objetivo de identificar previamente as lesões intraepiteliais e tratá-las oportunamente, sendo esse exame realizado em unidades básicas de saúde e em unidades de Saúde da Família (INCA, 2011).

Mesmo com a implantação Nacional do Programa para controle do câncer do colo do útero ainda existem mulheres que, por vários fatores, não têm acesso ao exame preventivo do câncer do colo do útero e acabam apresentando um risco maior para o câncer, caso apresente a lesão intraepitelial. As dificuldades de acesso com relação à detecção precoce de lesões precursoras evidenciam que essas mulheres também terão maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento por não estarem inseridas diretamente nas linhas de cuidado de saúde da mulher.

Preocupado com o cenário do câncer na população brasileira, o Ministério da Saúde lançou um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, para o período 2011-2022, no qual o controle dessa neoplasia é uma das prioridades. Entretanto, seu adequado controle requer a utilização de recursos diagnósticos, terapêuticos e de informação cada vez mais complexos. O Plano define diretrizes e ações em:

- a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) promoção da saúde;
- c) cuidado integral.

Além disso, em março de 2011, foi apresentado um “Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e da Mama”, cujo objetivo é ampliar, em todo o país, a oferta das ações dirigidas a esses cânceres.

### 2.3 – Câncer do colo do útero, etiologia e fatores de riscos

O câncer do colo do útero é precedido por mudanças displásicas na JEC, conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), que podem progredir para um câncer invasor. A lesão na JEC é considerada como anormalidades epiteliais sendo curável em até 100% dos casos quando diagnosticada e tratada precocemente (ELUF-NETO *et al.*, 1994).

Em (1967), Richard introduziu o termo neoplasias intra-epiteliais do colo do útero, dividindo-as em graus I, II, III de acordo com seu potencial evolutivo. O termo (NIC) é classificado em graus I, II e III e considera o potencial evolutivo.

Na NIC I, o comprometimento epitelial é pouco extenso, sendo que as células indiferenciadas estão limitadas ao terço inferior do epitélio. Na NIC II, o comprometimento da camada epitelial é maior, envolvendo as camadas profunda e intermediária do epitélio. A NIC III apresenta maior comprometimento do epitélio com anormalidades nucleares que se estendem por toda sua espessura. O diagnóstico dessas lesões é realizado por meio da colposcopia e do estudo histopatológico (LOPES, *et al.*, 2013).

A NIC é categorizada em graus I, II e III dependendo da proporção da espessura do epitélio, que apresenta células maduras e diferenciadas. As anormalidades epiteliais que ocorrem no terço proximal da membrana são classificadas em Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I (NIC I). Se o desordenamento avança pelos dois terços proximais da membrana, denomina-se Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II (NIC II). No caso da Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III (NIC III/carcinoma in situ), o desarranjo ocorre em todas as camadas, sem rompimento da membrana basal.

As alterações celulares sugestivas de infecção por HPV e as compatíveis com NIC I foram denominadas de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau. As alterações compatíveis com NIC II e NIC III foram agrupadas na categoria de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (LOPES, *et al.*, 2013).

O carcinoma invasor se dá quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o desarranjo celular é abrangente, invadindo o tecido conjuntivo (abaixo do epitélio). Entretanto, o carcinoma invasor pode ocorrer sem necessariamente passar por todas essas etapas (SELLORS, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente pelo vírus HPV. Dentre os 140 tipos de HPV que já foram identificados, 40 deles podem infectar o trato genital. Os tipos de HPV são considerados de baixo e alto risco para o câncer do colo do útero. Os considerados de baixo risco são: 6 e 11. Já os HPV de alto risco têm alto potencial oncogênico, e são eles: 16, 18, 31, 33, 45 (LOPES, *et al.*, 2013).

Outros fatores também estão associados com o câncer do colo do útero, tais como: idade precoce no início das atividades sexuais, múltiplos parceiros, multiparidade e outras infecções sexualmente transmissíveis, entre elas a clamídia e o vírus do herpes simples. Além desses, o tabagismo e a imunossupressão HIV aumentam o risco para o desenvolvimento de displasia de alto grau (LOPES, *et al.*, 2013).

## 2.4 – Tratamento e seguimento do câncer cervical

O tratamento é baseado no sistema de classificação das neoplasias de colo do útero. Esse sistema foi desenvolvido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Por meio desta classificação, o médico avalia a extensão da doença e planeja o tratamento (LOPES, *et al.*, 2013).

### Estadiamento do câncer do colo uterino

<b>Estádio 0</b>	Carcinoma in situ ou neoplasia intraepitelial cervical de grau III (NIC III)
<b>Estádio I</b>	Carcinoma localizado no colo
Ia	Carcinoma invasor, cujo diagnóstico é microscópico
Ia1	Invasão do estroma $\leq 3$ mm em profundidade e extensão $\leq 7$ mm
Ia2	Invasão do estroma $>3$ mm e $\leq 5$ mm em profundidade e extensão $\leq 7$ mm
Ib	Lesão limitada ao colo clinicamente visível ou de tamanho superior a IA
Ib1	Lesão limitada ao colo $\leq 4$ cm
Ib2	Lesão limitada ao colo $>4$ cm
<b>Estádio II</b>	Carcinoma para além do útero, mas não invade a parede pélvica ou o 1/3 inferior da vagina
IIa	Paramétrios livres
IIb	Paramétrios invadidos
<b>Estádio III</b>	Carcinoma estende-se para a parede pélvica ou atinge o 1/3 inferior da vagina. Todos os casos com hidronefrose são incluídos, exceto quando existem outras causas.
IIIa	Invasão do 1/3 inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica.
IIIb	Extensão à parede pélvica, e/ou hidronefrose, ou rim não funcionando.
<b>Estádio IV</b>	Invasão para além da pelve ou invasão da mucosa vesical ou retal
IVa	Invasão para órgãos adjacentes
IVb	Invasão para órgãos distantes

Fonte: UICC, FIGO (1997) e INCA (2006, 2007).

O tratamento é indicado com base no estadiamento tumoral, tipo histológico, idade das pacientes, desejo e possibilidade de procriar e condição clínica. O plano terapêutico indicado para a fase inicial da doença é a cirurgia, que é realizada de acordo com o estadiamento do tumor e pode ser desde a retirada do colo do útero até a retirada total do útero, das trompas, dos ovários e dos linfonodos pélvicos (LOPES, *et al.*, 2013).

A modalidade cirúrgica é a indicada para o tratamento do câncer do colo do útero quando diagnosticado em (estádios Ia2, Ib1) e casos selecionados no estágio IIa. Para paciente com tumores localmente avançados (estádios IIa2, IIb, III e IVa), o tratamento é baseado em radioterapia, com quimiossensibilização (LOPES, *et al.*, 2013).

No Brasil, Thuler e Mendonça (2005) observaram o estadiamento no período do diagnóstico dos cânceres de mama e do colo do útero no período (1990-1994) em 18 hospitais, com amostra de 7.216 pacientes. A mediana de casos diagnosticados em estágio avançado (estádios III e IV) foi de 52,6 e 56,8% respectivamente. Na segunda etapa do mesmo estudo, no período entre (1995-2002), em serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia, referentes ao câncer do colo do útero, a mediana de pacientes em estágio avançado identificado foi de 45,5%.

As modalidades cirúrgicas do tratamento da neoplasia cervical são: conização, histerectomia via vaginal tipo I, histerectomia via abdominal tipo I, II e III, traquelectomia e exenteração pélvica (LOPES, 2013, SILVA, 2002).

O tratamento da mulher com câncer cervical em estágio inicial (I-IIa) é a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica com ou sem adjuvância de quimioterapia e/ou radioterapia. Através da linfadenectomia pélvica tem-se bom resultado com relação à sobrevivência, embora reduza a fertilidade, cause disfunção vesical, desordens na motilidade colorretal, linfedema e disfunção sexual (BASSON *et al.*, 2002).

A quimioterapia é outra modalidade de tratamento e se caracteriza pelo emprego de substâncias químicas, isoladas ou combinadas, que interferem no DNA celular e impedem a síntese celular. A quimioterapia atua sem especificidade, interferindo no processo de crescimento e divisão não seletiva ou exclusiva de células tumorais (Sartori & Zanagnolo, 2000; Nakano *et al.*, 2004). Ela tem sido utilizada com frequência para o tratamento adjuvante à radioterapia, devido à potencialização dos efeitos da radioterapia, tornando-a mais eficiente no combate à célula tumoral (BARILLOT *et al.*, 2000).

A radiação atua no ácido desoxirribonucleico (DNA) das células impedindo-as de se multiplicar ou induzindo-as à morte direta por apoptose. As células normais também sofrem danos no seu DNA, e é por isso que a mulher apresenta efeitos adversos, entre eles a disfunção sexual. Por meio deste método consegue-se a eliminação total ou parcial das células neoplásicas (BONASSA, 2012). Trata-se de um tratamento localizado, sendo a modalidade mais utilizada no tratamento do câncer uterino, associado ou não à cirurgia. No tratamento radioterápico do câncer cervical, dois tipos de irradiação são empregados: a radiação externa (teleterapia) e a radiação interna (braquiterapia), em que isótopos radioativos são colocados juntos ao tumor e

tecidos adjacentes. A braquiterapia é a principal modalidade de tratamento na neoplasia do colo uterino, pois consegue liberar altas doses de radiação em tempo curto, com expressivo efeito radiobiológico (BONASSA, 2012).

A irradiação externa é feita com equipamentos que liberam doses altas de energia como os aparelhos (cobalto, acelerador linear), e a técnica mais comumente utilizada é a de quatro campos: uma anterior, outra posterior e duas laterais. O plano de tratamento combina teleterapia e braquiterapia, geralmente com maior dose na braquiterapia nos estágios iniciais e uso de maior dose de radioterapia externa nos casos mais avançados (FAUSER, 2006).

O tratamento combinado de teleterapia e braquiterapia intrauterina possibilita a cura de 60% a 90% dos casos de câncer cervical em estágio inicial. E nos estágios avançados são evidenciados 30% a 60% de cura dos casos (VIDAL, 2008).

A radioterapia é uma modalidade de tratamento indicada para mulheres que chegam com estágios avançados da doença como IIB, III, IIIA, IIIB e IVA. Nesses casos, o tratamento é complementado com a quimioterapia, que potencializa o efeito da radioterapia (LOPES, *et al.*, 2013).

São fundamentais exames de seguimento posteriores ao tratamento e procedimentos interventivos. Na consulta de acompanhamento são realizados exame físico geral; exame ginecológico, inclusive especular, com coleta de material para exame citopatológico; toques retal e vaginal, exames laboratoriais e de imagens (RX de tórax, US abdômino-pélvica, TC abdominal e pélvica, de acordo com a indicação clínica) (MS, 2008).

Com relação ao acompanhamento, o tempo de seguimento varia de acordo com o tratamento efetuado:

- Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal do tipo III, com ou sem radioterapia complementar: revisão a cada seis meses, durante dois anos, e depois anual, até cinco anos da alta.
- Pacientes submetidas à radioterapia: primeira revisão em quatro meses e, semestralmente, durante os dois primeiros anos. Posteriormente, revisão anual até completar cinco anos da alta.
- Pacientes tratadas com radioterapia: primeira consulta com seis meses. Controle semestral, durante os dois primeiros anos, e anualmente, até cinco anos da alta (INCA, 2008).

## **2.5 – Disfunções sexuais em decorrência da doença e do tratamento do câncer do colo do útero.**

Alguns estudos mostram a alta prevalência de disfunção sexual entre pacientes portadores de neoplasias. O câncer cervical provavelmente tem um profundo efeito na fisiologia, psicologia e anatomia da mulher, comprometendo a sua capacidade para a atividade sexual (WILMOTH, SPINELLI, 2000). Tratamentos para o câncer do colo do útero frequentemente resultam em mudanças na anatomia e no canal vaginal, ocasionando modificações na função sexual (DONOVAN, *et al.*, 2007).

O tratamento do câncer como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia podem desencadear uma série de sinais e sintomas. Os efeitos adversos da radioterapia, por exemplo, são caracterizados por alterações orgânicas em órgãos da pelve feminina; alguns estudos descrevem: fibrose, estenose e atrofia vaginal, que provocam sentimentos de incerteza e vergonha e interferem no relacionamento afetivo e sexual da mulher (VIDAL, 2013; BERNARDO, 2007).

Inúmeras variáveis podem influenciar no desejo sexual como estímulos hormonais, condições de saúde, idade, disponibilidade de parceiro e situações outras que atuam sobre o psiquismo como o ambiente, a afetividade e a depressão. Sob a influência desses fatores, a intensidade do desejo sexual pode variar de indivíduo para indivíduo e na mesma pessoa ao longo de sua vida (MUNIZ, 2012).

As modalidades de tratamento do câncer (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) possivelmente interferem nas fases de resposta sexual. A excitação é a fase em que ocorrem modificações anatômicas importantes nos grandes e pequenos lábios, corpo do clitóris, na lubrificação vaginal. Também acontecem modificações importantes na fase do orgasmo e na resolução (MUNIZ, 2012).

O Manual de Diagnóstico dos Transtornos Mentais (2002) definiu a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDO, FLEURY, 2006).

A resposta sexual feminina pode sofrer alterações desde o diagnóstico da doença oncológica e se intensificar com o tratamento do câncer cervical. As modalidades cirúrgicas de tratamento da neoplasia cervical são realizadas de acordo com o estadiamento e vão desde a retirada do colo uterino até a retirada total do útero, das trompas, dos ovários e dos linfonodos pélvicos (SOUEN *et al.*, 2001).

Segundo Bergmark (1999), os danos sexuais são a diminuição da lubrificação vaginal e a redução do comprimento e da elasticidade da vagina durante o ato sexual (TOUBOUL *et al.*, 2001; ZOLA *et al.*, 2003).

Os mecanismos físicos e fatores psicológicos estão envolvidos nos efeitos que a histerectomia pode causar na função sexual na paciente com câncer do colo uterino, mas é de difícil identificação a causa exata da alteração sexual (CHEN *et al.*, 2004).

Em relação ao tratamento com radioterapia, estima-se que 5% a 20% de todos os pacientes submetidos à radioterapia irão apresentar algum tipo de efeito adversos. Esses efeitos são provocados pela irradiação dos tecidos e órgãos nas áreas adjacentes ao tumor, levando à disfunção orgânica (DAVIDSON *et al.*, 2001).

Em relação ao tipo de disfunção sexual apontado no estudo de Franceschini *et al.*, (2010), foi mostrado que 17% dos artigos abordavam a anorgasmia, 8% a estenose vaginal, dispareunia e vaginismo e 59% abordavam mais de uma disfunção sexual.

Almeida *et al.* (2008), em estudo com mulheres com câncer do colo do útero submetidas à radioterapia, demonstraram que a percepção relacionada ao tratamento tem representações diferenciadas, pois perceberam que a radioterapia ocasiona um gerador de sentimentos conflitantes. Embora represente um temor, desconforto físico, psicológicos e restrições, elas relataram satisfação com o tratamento, principalmente devido à diminuição dos sintomas ocasionados pela doença. Por outro lado, as participantes enfatizaram também que o tratamento radioterápico, em seu decorrer, é percebido como limitador de ações cotidianas, relacionamento sexual e realização de atividades socioeconômicas.

Conforme apontado no estudo de GIATTI (2005) – que comparou mulheres que não tiveram câncer com um grupo que tratou câncer ginecológico (colo do útero, ovário e endométrio) –, as mulheres que se trataram de câncer apresentaram redução do interesse e da frequência sexual, assim como referiram maior percepção de secura, estreitamento e encurtamento da vagina após o tratamento.

Corroborando com esse estudo, VIDAL (2008) – que entrevistou 142 mulheres – identificou que as mulheres apresentaram redução da libido (66%), assim como redução do prazer sexual (60%) e dispareunia (53%). No mesmo estudo, foi identificado aumento da libido em (14%) da amostra. Ressalta-se diferença discrepante com relação à libido, vivenciada pelas mulheres deste estudo, que é necessário destacar.

Observa-se no estudo de Morais *et al.*, (2015) com mulheres em tratamento contra câncer do colo do útero, que o fator psicológico esteve à frente, impedindo de agir e pensar no próprio desejo sexual. Relacionado ao impacto da notícia, as mudanças com a descoberta da

patologia, o novo estilo de vida e a forma de encarar a doença foram variáveis que influenciaram na sexualidade dessas mulheres.

No estudo de Santos (2012), com mulheres com câncer de mama, as participantes referiram desconforto emocional decorrente de alterações corporais relacionadas ao tratamento. O grupo reconheceu a sexualidade pela atratividade e o corpo relacionando com a beleza. Partes das pacientes referiram piora na vida sexual, pois elas relacionaram a sexualidade com as relações tradicionais de gênero, sustentando a crença de que uma das obrigações era servir sexualmente ao marido.

## **2.6 – Estudos sobre sexualidade e câncer do colo do útero**

Ainda são poucos os estudos sobre sexualidade e câncer que abordem a sexualidade em sentido ampliado. A grande parte dos estudos sobre sexualidade ainda é voltada para os aspectos físicos do corpo. Acredita-se que é imprescindível, no caso do câncer, que a sexualidade seja exercida com sentido ampliado, entendendo que as mulheres apresentam alterações físicas e emocionais com o tratamento da radioterapia.

O controle da sexualidade, construído ao longo de séculos e respaldado por discursos científicos, é muito marcante, pois é manifestada por uma ideologia que dita padrões rígidos de comportamento pautados mais no racionalismo do que no sentir e experienciar, mantendo estes lugares como pré-estabelecidos e determinados (Reis, 2010). Por isso, a sexualidade feminina foi cuidadosamente mantida sob controle. Ambos surgem exatamente pelos padrões cristalizados, pelo reforço de comportamentos e ações como naturais e esperados, tornando patológico tudo o que fuja deste enquadramento, gerando frustrações, insatisfações, mitos, paradigmas e embates constantes (REIS, 2010).

No estudo de Almeida (2008), que identificou as percepções das mulheres sobre a radioterapia em câncer cervical que ocorreu durante os procedimentos do tratamento, na categoria pontos positivos e negativos, foi observado sentimento de vergonha durante a exposição do corpo aos profissionais em função do tabu que existe sobre o sexo.

No estudo emergiu a categoria: radioterapia como limitadora de ações, no que se refere ao relacionamento sexual e às mudanças nessas atividades. Algumas mulheres apresentaram-se seguras sobre o ato de não poder ter atividade sexual durante o tratamento com relação ao companheiro, mas outras relataram que o companheiro não era compreensível durante o período de tratamento (ALMEIDA *et al.*, 2008).



O estudo de LEITE (2015), sobre a sexualidade de mulheres com câncer do colo do útero após tratamento com radioterapia, analisou a categoria representação social sobre a sexualidade. A pesquisa identificou como ponto negativo o medo como importante modificador da sexualidade. Tal aspecto impedia o retorno da atividade sexual, assim como o sentido de mudança na vida conjugal.

A doença foi representada pelas participantes do estudo por imagens de vergonha, medo e castigo, pois as mulheres ficaram abaladas emocionalmente, o que prejudicou o exercer da sexualidade, mostrando a fragilidade da mulher neste campo da sexualidade. A falta de informação sobre a doença e o tratamento, assim como as consequências do tratamento, repercutiu negativamente na sexualidade da mulher e na vida conjugal (LEITE, 2015).

Em outro estudo sobre sexualidade de mulheres após o diagnóstico e o tratamento de câncer do colo uterino, que partiu de uma amostra de mulheres entre 40 a 70 anos atendidos em um centro de referência oncologia no Ceará, os resultados encontrados sobre a vivência da sexualidade foram: a presença de mudança na sexualidade e o impacto na relação conjugal. As mudanças com relação à sexualidade foram relacionadas ao processo da doença e ausência de relação sexual, pois o fator psicológico impediu que as pacientes agissem no próprio desejo sexual. Foi possível perceber, nesta categoria, que a vida conjugal ficou comprometida por causa de problemas envolvendo tristezas, incertezas, dificuldades, momentos e experiências vividas no cotidiano (MORAIS *et al.*, 2015).

Na categoria impacto na relação conjugal, foi observado um impulso de negação com relação ao diagnóstico, e até mesmo com relação à possibilidade de tratamento, e a maioria das participantes afirmou não terem mais uma vida sexual ativa, apesar de seus companheiros terem se adaptado com as mudanças advindas com a patologia (MORAIS *et al.*, 2015).

No estudo sobre a sexualidade dos cônjuges que vivenciaram o câncer de mama, cujo objetivo era conhecer a vivência dos casais e como a prática sexual foi exercida após o tratamento do câncer de mama, foi identificado que nas mulheres houve alterações no desejo sexual decorrente das alterações físicas relacionadas ao tratamento. Já nos companheiros o desejo não foi modificado, mas o relacionamento sexual sofreu alterações devido à resposta sexual das mulheres estarem reduzidas (GRANDIM, 2005).

As relações de gênero estiveram presentes nas fases da doença e do tratamento, os papéis sexuais se mantiveram presentes dentro dos padrões da nossa cultura e os dados permitiram desmitificar muitos mitos como o abandono da mulher pelo homem e o encerramento da vida sexual. Isso não ocorreu no grupo de estudo, mostrando que os casais já tinham construído uma

vida a dois, o que, nesse caso, foi muito importante para o enfrentamento desta problemática (GRANDIM, 2005).

No estudo de REIS (2010), sobre a história de vida de mulheres com câncer do colo do útero, foi possível identificar que a mulher, ao vivenciar as intervenções no corpo, em seguida, percebeu a repercussão na sexualidade como insuportável diante dos procedimentos submetidos, ficando as consequências do tratamento como delimitador do exercício da sexualidade.

Foi possível perceber que a vida sexual das pacientes ficou comprometida após a vivência do câncer. O sexo, grande parte de seu prazer de viver, foi uma das primeiras áreas nas quais ela sentiu os limites impostos ao seu corpo pela doença e pelas inúmeras sequelas por ela deixadas (REIS, 2010). Percebe-se que é a partir da limitação no corpo que a mulher consegue entrar parcialmente em contato com suas limitações emocionais. O relato denota uma das poucas falas em que ela reconhece suas limitações físicas e emocionais diante do vivido, diante da vida.

O sentido encontrado foi que a vida sexual naquele momento, para além da impulsividade, passa a ser refletida, repensada, até mesmo porque seu corpo não é mais o que ela reconhece, agora possui desordem associada à doença e ao tratamento.

Os sentidos da sexualidade e da erotização desses corpos se deram não somente pela percepção deles no mundo e de seus movimentos em direção ao objeto, mas também na produção dos sentidos erógenos, na capacidade de simbolizar e, também, na capacidade de o corpo se encontrar com outro enquanto essência de si, na potencialidade total do que um corpo pode experimentar, proporcionar em si: sujeito e objetos fundidos, na experiência sexual. Para além da experiência concreta, a experiência do corpo erógeno e erótico é uma experiência metafísica, de um sentido a este corpo, prévio à experiência e ao palpável.

Ao falar sobre si, seus corpos, e dar tom a essa sexualidade, as colaboradoras reencontram-se com seus próprios corpos, aquele anterior ao adoecimento, e o reintegram, reposicionam, alinham sua percepção corporal, retomando e construindo novos sentidos. E é apenas depois de estabelecer um sentido para seu corpo que cada colaboradora consegue refletir sobre seu projeto de vida (REIS, 2010).

### 3 – REFERÊNCIAL TEÓRICO

#### 3.1 – Gênero e condição feminina

Gênero é a caracterização de uma relação de poder, socialmente estabelecida a partir das diferenças sexuais biológicas que as naturalizam como inerentes ao corpo e possibilitam a construção social do masculino e do feminino e das características ressaltadas em cada um – sejam elas validadas ou depreciadas – e geram a dominação de um sobre o outro; em nossa cultura, historicamente, o masculino sobre o feminino (SCOTT, 2012, *apud* COLLING, TEDESCHI, 2015). Em uma sociedade como a nossa, está organizada por critérios de diferenciação de gênero que ainda implicam experiências sociais muito diversificadas para homens e mulheres (HEILBORN, 2002).

O conceito de gênero, no sentido político, surgiu em 1980, tendo sido construído coletivamente pela colaboração de algumas teóricas do feminismo, que percebiam a vulnerabilidade dos termos mulher ou mulheres, ao trazerem em seu bojo uma força de legitimação apoiada no corpo biológico desses sujeitos. Gênero buscaria dar conta de relações socialmente constituídas que partem da contraposição e do questionamento com relação ao gênero masculino e feminino, suas variações e sua hierarquização social (COLLING, TEDESCHI, 2015).

Tedeschi (2015) propunha a utilização de uma categoria que diferenciase a pertinência anatômica (o sexo) da pertinência de uma identidade social ou psíquica (gênero). O sentimento de ser mulher e/ou de ser homem seria mais importante no sentido de identidade sexual do que as características anatômicas.

Para Tedeschi (2015), o gênero seria um primeiro modo de dar significado às relações de poder dentro de uma disputa política. Já para Butler (2003), ele seria um meio discursivo, um conjunto de atos reiterados no sentido de regular a sexualidade, seguindo padrões heterossexuais construídos para simularem uma aparência natural.

Portanto, tensões levam a pensar em gênero como um conceito mais que fixidez, pois nos oferece instabilidade e fluidez que melhor representam as relações sociais que atravessam o tempo e chegam à atualidade. Tendo surgido em 1980 sobre questões envolvendo: raça, etnia, classe e outras possíveis intersecções sociais, gênero mostra-se ainda útil como categoria de análise, passando por adaptações às necessidades de cada grupo (COLLING, TEDESCHI 2015).

Ao dirigir o foco do conceito de gênero para o caráter “fundamentalmente social”, não há, contudo, a pretensão de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuados, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas. Como disse (Robert Connell 1995, *apud* Jaggar, Bordo, 1997) “sobre gênero, a prática social se dirige aos corpos”. O conceito pretende se referir ao modo como as características sexuais são compreendidas e representadas ou, então, como são “trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico”. É no âmbito das relações sociais que se constroem os gêneros.

Os estudiosos sobre gênero vêm buscando compreender como a representação de cada gênero em uma sociedade pode modificar as relações com o conjunto de valores culturais e fronteiras sociais. Com essa perspectiva, Scott (1995, p86) *apud* Gradim (2005) amplia o conceito de gênero, descrevendo que o gênero:

É uma conexão entre dois aspectos: a primeira considera que o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; e a segunda, o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças nas organizações das relações sociais correspondem sempre às mudanças nas representações do poder. Como elemento constitutivo das relações sociais baseadas em diferenças percebidas, o gênero implica quatro elementos inter-relacionados: símbolos culturais; os significados destes símbolos; a concepção de política, bem como uma referência às instituições e à organização social; e a identidade subjetiva dos indivíduos (SCOTT, 1995).

A introdução dos estudos de gênero como categoria de análise contribuiu muito por contrapor-se à tendência de se pensar a identidade sexual como algo biologicamente dado. A categoria de gênero ilumina diferentes perspectivas, pois possibilita um caminho para desconstruir subjetividades normativas encarceradas na bipolaridade do masculino e do feminino (COLLING; TEDESCHI, 2015).

Das contribuições do conceito de gênero é importante sinalizar a rejeição ao determinismo biológico implícito no uso dos termos sexo, a dimensão relacional entre mulheres e homens; a ênfase no caráter social e cultural das distinções baseada no sexo, que contribui para desnaturalizar o discurso biológico; a dimensão das relações de poder que perpassa as assimetrias e a hierarquia nas relações entre homens e mulheres (COLLING; TEDESCHI, 2015).

A condição pela qual se deriva a identidade das mulheres está ancorada na biologia e na opressão por parte de cultura masculina. O corpo aparece, assim, como o centro de onde emana

e para onde convergem opressão sexual e desigualdade, pois a condição feminina ainda é encontrada de maneira dispersa, mesmo nos dias de atuais.

As mulheres se tornaram mais fortemente presentes a partir de suas análises sobre o poder disciplinar e a biopolítica na sociedade moderna. Para Foucault (1987), o poder não se exerce simplesmente de cima para baixo, como uma força repressiva que do Estado se abate sobre a sociedade civil. Mais do que isso, as tecnologias disciplinares e a biopolíticas atravessam os corpos e as subjetividades, normatizam os gestos, produzem o próprio desejo e promovem maneiras submissas conformadas de existência, do indivíduo à população (COLLING; TEDESCHI 2015).

Desde o nascimento da ginecologia moderna, no início do século XIX, o saber médico passa a definir a mulher como um ser biológico e moralmente diferente e inferior em relação ao homem, incapaz de participar ativamente da esfera pública ou de assumir uma vida intelectual expressiva. Vale ressaltar que nesse momento a Revolução Francesa já estabelecera o princípio da igualdade de todos perante a lei, enquanto a industrialização crescente provocara o surgimento de amplas massas de trabalhadores, entre mulheres e homens, na Europa (COLLING; TEDESCHI 2015).

O corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade (...), integrado sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas. (...) A mãe, com sua imagem em negativo, que é a mulher nervosa, constitui a forma mais visível da histerização (FOUCAULT, 1984).

A domesticação da mulher vista como potencialmente histérica e irracional foi defendida como condição de possibilidade da sobrevivência da família, que, por sua vez, passou a ser percebida como célula mater da sociedade.

Portanto, pode-se dizer baseado nas reflexões de Foucault que o feminismo, ao questionar a definição da identidade feminina imposta a todas as mulheres, abriu espaço para a emergência de novas teorizações e novas práticas sociais, sexuais e subjetivas das e pelas mulheres (COLLING; TEDESCHI (2015).

Vale ressaltar que o empoderamento proposto pelos teóricos que defendiam o feminismo mostrou que as mulheres podiam percorrer outro caminho, lançando-se na vida pública, cultural, social, como escritoras, artistas compositoras, intelectuais, cientistas ou políticas. Novas concepções de política, cidadania, saúde, corpo, sexualidade, beleza ou de organização espacial emergiram com o feminismo, que busca desfazer as tradicionais oposições binárias que hierarquizam razão e emoção, público e privado, masculino e feminino, heterossexualidade e homossexualidade (COLLING; TEDESCHI, 2015).

Ainda que a dominação masculina permaneça uma característica central da sociedade moderna, as mulheres têm sido ativas participantes na modelação de sua própria definição de necessidades. Além do feminismo, as práticas cotidianas da vida têm oferecido espaços para as mulheres determinarem suas próprias vidas. Têm se ampliado, a partir do século XIX, os espaços aceitáveis, para incluir não apenas o prazer no casamento, mas também formas relativamente respeitáveis de comportamento não procriativos. Os padrões de privilégio sexual masculino não foram totalmente rompidos, mas há, agora, abundantes evidências de que tal privilégio não é inevitável nem imutável (LOURO, 2000).

As lentes de Foucault provocaram outros olhares sobre as relações de poder entre os gêneros: a normalização da conduta dos meninos e das meninas, a produção dos saberes sobre a sexualidade e os corpos, as táticas e as tecnologias que garantem o “governo” e o “autogoverno” dos sujeitos. Sem dúvida o governo das crianças e das mulheres, exercido pelos homens (pais, magistrados, religiosos, médicos), bem como o “governo de si” (objetivo final dos múltiplos processos educativos exercidos sobre meninos e meninas, homens e mulheres) ocuparão nossa atenção quando nos voltarmos mais diretamente para o campo da Educação. (FOUCAULT, 1987 *apud* LOURO, 1997).

### **3.2 – Sexualidade**

A sexualidade se encontra aberta a novos sentidos que variam de acordo com diferentes contextos e situações. Pode se pensar a sexualidade como um conceito empírico, analítico e político que passa por constantes alterações, sendo que sua construção parte de um processo complexo, que envolve ao mesmo tempo aspectos individuais, sociais, psíquicos e culturais que carregam historicidade e envolvem práticas e simbolizações (HEILBORN, 2006; *apud* COLLING, TEDESCHI, 2015).

Como conceito empírico, a noção de sexualidade tem sido usada para descrever as experiências sexuais entre seres humanos de diferentes culturas. De um modo geral, três principais aspectos da sexualidade humana devem ser identificados: o biológico, que se refere ao prazer físico e a reprodução; o social, que trata das relações, regras, normas sexuais e as formas que o sexo biológico é expresso; e o subjetivo, da consciência individual e coletiva da sexualidade e dos desejos. Esses aspectos são elementos de um amplo processo da organização da sexualidade que não opera na sociedade de forma isolada (GIDDENS, 1993).

A sexualidade pode ser vista como um conjunto de comportamentos e representações que se relacionam ao desejo sexual e à realização. De forma distinta de um grande número de

espécies animais, o desejo e a proteção sexual dos seres humanos não se limitam somente aos fins reprodutivos; a sexualidade se relaciona a diversos aspectos sociais da afetividade e personalidade (GIDDENS, 1993). A sexualidade humana é manifestada por meio dos padrões culturais historicamente determinados, fruto de uma construção social (SÁ, *et al.*, 2000).

Conforme a (OMS), a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da sua vida e engloba: sexo, identidade e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade pode ser expressa em alguns aspectos como: pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, funções e relações. Nem todas essas dimensões podem ser expressas, pois a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (WHO 2004).

A sexualidade partiu da construção biológica, mas, na realidade, é social, sendo socialmente construída a partir da organização de cada sociedade em determinado contexto histórico. Foucault mostra que no século XVIII houve uma transformação referente à sexualidade, que, de forma contrária ao que muitos intelectuais postulavam, não consiste na repressão do discurso sobre a sexualidade, mas na expansão desse discurso a partir de instituições específicas como a igreja, a escola, entre outras instituições (FOUCAULT, 1984).

A concepção de sexualidade no final do século XIX era de que o sexo estivesse estritamente relacionado à reprodução, fortalecendo uma sexualidade heterossexual e homogâmica. Nesta época, o prazer sexual feminino, assim como, as relações extraconjugais para as mulheres, eram considerados comportamentos desviantes e condenados pela sociedade e pela instituição religiosa (GIDDENS, 1993).

Para Foucault (1994), na modernidade a sexualidade assume um importante papel para as sociedades e para os Estados. Isso pode ser observado, por exemplo, nas questões referentes à gestão da reprodução como forma política. A administração dessa sexualidade assume um papel central, se transformando no principal aspecto de disciplina dos corpos.

Segundo Foucault (1984), a sexualidade constitui um importante dispositivo social de controle sobre as pessoas. Normas socialmente elaboradas a respeito de como é permitido ou proibido ter relações sexuais, onde, como, em que momentos da vida, que práticas sexuais são aceitáveis e rejeitadas, estão presentes nas diferentes sociedades, mesmo que seus conteúdos variem de acordo com a sociedade e o momento histórico.

No entanto, a sexualidade vista como um dispositivo socialmente produzido não se limita ao enquadramento que lhe é dado pelo Estado e pela Sociedade. Diferentes pessoas e grupo procuram encontrar formas alternativas de vivenciar sua sexualidade. No campo da

sexualidade, como em qualquer outro, o anormal é construído, socialmente retificado e faz parte de um amplo conjunto de possibilidades.

Discutindo sobre a sexualidade, Foucault se refere ao poder das instituições modernas sobre a sexualidade. Compreende-se que as instituições possuíam disciplina que implicava em controle sobre a sexualidade. E o poder dessas instituições se traduz pela força que tinham no sentido de repreensão da sexualidade, uma vez que as instituições mantinham o poder da disciplina da sexualidade. Foucault defende que a sexualidade não pode ser compreendida somente como um impulso que as forças sociais têm de conter, pois o sexo vem sendo continuamente discutido e investigado (GIDDENS, 1993).

Na sociedade ocidental moderna emergiu-se a ciência da sexualidade e surgiu da associação do princípio da confissão, no qual o sexo tornou-se um ponto principal de um confessional moderno controlado pelo confessional católico, um meio de controlar a vida sexual dos fiéis. Pensamentos, fantasias e todos os atos relacionados ao sexo deveriam ser trazidos à tona e examinados.

Foucault, quando se referiu ao dispositivo da sexualidade, definiu-o como um conjunto heterogêneo que engloba discursos das organizações, instituições e enunciados científicos, ou seja, uma rede que se pode estabelecer entre elementos, para mascarar uma prática que permanece muda ou que dá acesso a um novo campo de racionalidade, sendo o dispositivo de natureza estratégica, pois se trata de uma manipulação de forças de uma intervenção racional e organizada dentro das relações de força, seja para desenvolvê-la em determinada direção, bloqueá-la, para estabilizá-las ou utilizá-las (GIDDENS, 1993).

A partir das concepções arqueológicas de Foucault, entendo que, no contexto do câncer, é possível que as pacientes e seus companheiros desenvolvam diferentes formas de vivenciar a sexualidade a partir do afeto. Por isso, é importante trabalhar com as ideias de Foucault em relação à sexualidade, pois, com relação ao câncer do colo do útero, o profissional deve ajudar a paciente a repensar e a reconstruir formas de exercer a sexualidade numa abordagem de diálogo sobre a sexualidade, fazendo com que a paciente tenha sua autoestima preservada e suas necessidades atendidas.

Portanto, é necessário compreender como a sexualidade se transformou e se faz presente na vida das mulheres que realizaram o tratamento do câncer. Essa compreensão sobre a experiência da sexualidade possibilita que a enfermagem possa intervir no que se refere à abordagem da sexualidade com essas pacientes e seus companheiros.

Como a sexualidade foi reprimida por muito tempo na sociedade, até mesmo os profissionais da saúde discutem pouco sobre o assunto. Oferecer oportunidade às pacientes em



expressar seus sentimentos sobre a sexualidade deve ser encorajado pelo profissional que o atende, pois, essas mulheres precisam ser estimuladas a exercer a sexualidade encontrando estratégias e formas de resiliência sobre o desafio imposto pelo tratamento do câncer.

### 3.3 – O corpo e a sexualidade

Embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade é mais do que simplesmente o corpo. De fato, juntamente como Louro (2000) sugeriu, o órgão mais importante nos humanos é aquele que está entre as orelhas. A sexualidade tem tanto a ver com nossas crenças, ideologias e imaginações quanto com nosso corpo físico. Nas sociedades modernas, tem-se dado uma extrema importância e um denso significado ao corpo e à sexualidade, desta forma precisa-se observar a sexualidade como um fenômeno social e histórico.

Para o historiador Brown (1980) *apud* Figueiredo (1999), o corpo de uma forma geral tem sido controlado pela igreja e por todos aqueles que detêm o poder, principalmente quando se refere ao corpo das mulheres que, por séculos, foi construído e valorizado com o objetivo de atender a demanda da sociedade, a procriação – reprodutividade.

Para Mauss (2003) *apud* (Aureliano, 2007), cada sociedade é que determina o jeito de ser do corpo que nela habita, ou seja, determina a representação do corpo pela sociedade. Cada sociedade é específica e tem seus diferentes momentos históricos, e é por meio de sua experiência acumulada que ensina como o corpo se expressa através do modo de andar, dos gestos, da postura das mãos, do jeito de olhar, das relações interpessoais e da forma como faz amor. Mead (1975), ao estudar várias sociedades nos Estados Unidos, concluiu que o corpo é uma entidade cultural na qual a sociedade está se expressando. Para ela, o corpo é a expressão de cada cultura e, por isso, componente da própria cultura.

Na visão psicanalítica, o corpo é indissociável da sexualidade, pois cada corpo tem na mente representações de seus órgãos e funções, bem como representações de impulsos, dos desejos, dos afetos, das ideias e das sensações. Ele responde simbolicamente a tudo aquilo que comove o indivíduo e de modo profundo. Toda imagem do corpo é estabelecida através da percepção que vai registrando modelos, posturas e da emoção que proporciona um maior conhecimento sobre o objeto que é manuseado e, conseqüentemente, o corpo (ACKERMAN, 1992 *apud* FIGUEIREDO, 1999).

Com relação ao corpo e à medicina, Foucault (1979) resgata a medicina social como trajetória da disciplinarização da medicina enquanto saber científico a partir de sua atuação

política na formação dos Estados europeus (sobretudo o alemão), no exercício de uma medicina urbana que tratasse dos problemas gerados pela crescente urbanização das cidades (analisando o caso da França) e a medicalização dos pobres, utilizada como instrumento de controle das classes trabalhadoras (o caso da Inglaterra). A partir desses três pontos, o autor nos mostra como se deu a construção do saber médico e seu papel crucial na normatização e disciplinarização dos corpos nas sociedades ocidentais a partir dos séculos XVIII e XIX.

Acerca da sociedade sobre sua saúde, as doenças, condição de vida, habitação e de seus hábitos, começou a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à “economia social” e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento como a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir (FOUCAULT 1979).

Esse poder disciplinador da medicina, verificado, como coloca Foucault, nas mais diversas instâncias sociais, ditando comportamentos e ações, não poderia deixar de estar presente na construção mesma dos corpos humanos para além da sua fisicalidade, na determinação de uma “conduta corporal” e de uma “moral dos corpos”, tanto para os homens quanto para as mulheres. Porém, considerando-se que a produção do conhecimento médico-científico durante a consolidação da medicina enquanto ciência foi essencialmente masculina, os discursos sobre o corpo da mulher e sua medicalização estão carregados de uma moral que coloca a mulher como ser primordialmente “natural” e “orgânico” em oposição ao homem, um ser “cultural” e “histórico” (LOURO, 2000).

A fragmentação e a alienação do corpo feminino realizadas pelos saberes médicos tiveram seu impacto na sociedade. Analisando a impressão de mulheres norte-americanas sobre certos tratamentos e procedimentos médicos, (Martin, 1989 *apud* Aureliano, 2007) nos mostra que o exame ginecológico, por exemplo, e o modo como ele é realizado constituem uma fragmentação do corpo feminino, pois toda a preparação para a realização do exame separa a mulher de sua genitália e daquele que a examina. A vagina seria “objetificada” neste momento, porém as sensações que as mulheres entrevistadas por Martin descrevem, sobre o primeiro exame ginecológico, são de extremo desconforto, um sentimento de “invasão” e constrangimento de sua intimidade (MARTIN, 1989 *apud* AURELIANO, 2007).

Portanto, a medicina em diferentes épocas participou ativamente da construção do corpo feminino e de um modelo feminino ditado ou pensado através da sua biologia, construindo sobre esse corpo funções que passaram a caracterizar a mulher (amamentar, parir) e a

fragmentar seu corpo nos seus símbolos. Desse modo, a perda de um desses fragmentos afetará o modo como a mulher se verá, dali em diante, pois no caso do câncer ginecológico, além das representações sociais e culturais sobre a doença, a mulher ainda se vê diante das questões que envolvem a representação do corpo feminino. Além da negociação de sentidos para a doença, ela precisa negociar os sentidos da própria identidade como mulher numa sociedade que valoriza o corpo feminino em sua beleza e juventude.

Atualmente há uma vasta literatura sinalizando que a sexualidade é, na verdade, “uma construção social”, uma invenção histórica, a qual, naturalmente, tem base nas possibilidades do “corpo”: O sentido e o peso que lhe atribuímos são, entretanto, modelados em situações sociais concretas. Isso tem profundas implicações para nossa compreensão do corpo, do sexo e da sexualidade, implicações que ainda precisam ser exploradas (LOURO, 2000). Nossas definições, convenções, crenças, identidade e comportamentos sexuais não são o resultado de uma simples evolução, eles têm sido modelados no interior de relações definidas de poder na sociedade.

No estudo de Foucault (1984) com relação ao corpo e a sexualidade, não se pode aceitar ou concebê-los como uma espécie de dado na natureza que o poder tenta pôr em cheque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar. Ele questiona a exploração da sexualidade por especialistas. Os alvos da crítica de Foucault são os sexólogos, os futuros cientistas do sexo e do corpo, ao estabelecer uma esfera especializada de conhecimento ao buscar descobrir as “leis da natureza” que supostamente governam o mundo sexual, ao argumentar que a sexualidade tem uma influência particular em todos os aspectos da vida e que o corpo fala uma verdade final.

Observando a dimensão social da sexualidade, é interessante destacar que ela é modelada na junção de duas preocupações principais: com a nossa subjetividade (quem e o que somos); e com a sociedade (com a saúde, a prosperidade, o crescimento e o bem-estar da população como um todo). As duas estão intimamente conectadas porque, no centro de ambas estão o corpo e suas potencialidades.

À medida que a sociedade se tornou muito preocupada com a vida de seus membros – pelo bem da uniformidade moral, da prosperidade econômica, da segurança nacional ou da higiene e da saúde –, ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos de regulação do comportamento sexual, a métodos intrincados de administração e de gerenciamento, a um florescimento de ansiedades morais, médicas, higiênicas, legais e a intervenções voltadas ao bem-estar ou ao

escrutínio científico, todas planejadas para compreender o eu através da compreensão e da regulação do comportamento sexual (LOURO, 2000; HAGGAR, BORDO, 1997).

No período vitoriano, a sexualidade das mulheres foi severamente regulada para assegurar a “pureza”, mas, ao mesmo tempo, a prostituição era abundante. As doenças venéreas representavam uma grande ameaça à saúde, mas eram enfrentadas através de tentativas de controlar e regular a sexualidade feminina ao invés da masculina.

#### 4 – MÉTODO

Aqui, iniciaremos o caminho do percurso para abordagem de uma realidade, pois a metodologia ocupa lugar central no interior do pensamento social. Entendemos por pesquisa a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta de uma realidade empírica. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que definem um processo inacabado e permanente, sendo feito de uma combinação particular entre teoria e informações empíricas (MINAYO, 1996b).

**Desenho do estudo:** Foi realizado um estudo descritivo utilizando abordagem qualitativa de pesquisa, de narrativas de mulheres, sobre a experiência da sexualidade após o tratamento do câncer do colo do útero, que teve como modalidade de tratamento a radioterapia. O termo “experiência”, utilizado historicamente, diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e o seu significado no mundo da vida (HEIDEGGER, 1998 *apud* MINAYO, 2011).

Por ser constitutiva da existência humana, a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. Mas, a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação num movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. (MINAYO, 2011).

Para o tratamento dos resultados elegeu-se a abordagem qualitativa, pois ela possibilita compreender e interpretar questões muito particulares trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes; ela proporciona uma aproximação ao fato, ao fenômeno ou ao processo, enfim, ao objeto da investigação (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2013a; MINAYO, 1996b).

Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, quanto a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos (GADAMER, 1999, *apud* MINAYO, 2011).

A pesquisa qualitativa conceitua-se como uma abordagem norteadora que posiciona o observador no mundo por meio de um conjunto de práticas interpretativas e de materiais que torna uma realidade mais visível, fazendo dela uma série de representações e que não pode ser apresentada por meio de dados quantitativos. Por isso, envolve uma postura interpretativa e naturalista, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos, que um grupo de pessoas lhe atribui (MINAYO, 1996). Com esse método, os pesquisadores estudaram elementos em seus ambientes naturais, tentando dar sentido e interpretando fenômenos nos significados que as pessoas adjudicaram 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 *apud* JUNQUEIRA, 2014).

Os objetos das ciências sociais são históricos, pois cada sociedade humana se constrói num determinado espaço e se organiza de forma particular (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2013; SÁ, 2000). Por isso, a sexualidade é fruto de uma construção social manifestada por meio de padrões culturais que foram historicamente determinados ao longo do tempo. Portanto, pode-se pensar de forma semelhante com esse grupo de pacientes. Assim, pretende-se compreender a experiência da sexualidade das mulheres, que possivelmente estão marcadas pelo passado em consequência da doença e do tratamento do câncer do colo do útero.

**Participantes da pesquisa:** Em geral, por se tratar de um estudo pautado pela abordagem qualitativa não se definiu previamente a amostra, porém com 16 participantes entrevistadas encontramos a saturação teórica. Consideramos alguns parâmetros como orientadores do processo investigativo, ao entender que:

“(...) numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1996b; p.102).

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).

**Cenário do estudo:** A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer II (HC II) – (antigo Hospital de Oncologia do INAMPS, incorporado ao INCA, em 1992), destinado ao tratamento de clientes da Clínica de Ginecologia Oncológica; Oncologia Clínica; e Tecido Ósseo e Conectivo (TOC).

O presente estudo foi realizado com mulheres em acompanhamento (período de seguimento) após o tratamento do câncer do colo do útero com radioterapia associado com quimioterapia. A escolha da instituição se deu por representar uma unidade de referência de tratamento de câncer ginecológico e por ser uma instituição de produção acadêmica e de minha experiência acadêmica e profissional. Portanto, a inserção no campo de estudo ocorreu pela pesquisadora-principal, seguida da identificação das mulheres que terminaram o tratamento nos anos de 2015 e 2016 e selecionou os prontuários para observar a data de retorno na unidade de tratamento e convidá-las a participar do estudo. A entrada em campo também foi facilitada por meio da equipe do ambulatório que assiste às pacientes.

Em seguida, depois de identificar a presença das pacientes na instituição, foram explicadas a natureza do estudo e o tema de investigação, e todas as abordadas autorizaram a participação no estudo. O período de coleta dos dados (as entrevistas) ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2017, que se deu após a aplicação e a análise de uma entrevista-piloto, sendo realizados pequenos ajustes. O material foi audiografado, um diário de campo foi elaborado e depois transcritos imediatamente após a realização de cada entrevista para ser submetido ao tratamento.

**Compromisso ético:** O projeto foi encaminhado aos gestores do Instituto Nacional de Câncer – Unidade II, no mesmo período que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética pela plataforma Brasil. O projeto foi aprovado sob os pareceres número 2.163.966/2018 – instituição coparticipante – e de número 2.276.175/2018 – instituição proponente, sendo a pesquisa com o tema sexualidade e câncer do colo do útero.

Em cumprimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Com base nessa resolução, todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, o porquê de terem sido selecionados, os detalhes dos procedimentos a serem realizados e a forma como seria realizada. Também foram esclarecidos quanto aos riscos, aos benefícios, à confidencialidade, à voluntariedade da participação, a não remuneração monetária ou custo para participação. Foi

orientado que não sofreria implicação alguma, caso a paciente não desejasse participar ou manifestasse intenção de desistir antes ou depois de ter concordado.

Foram envolvidos na pesquisa apenas os usuários que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e esclarecido pela pesquisadora, compreendido, aceito e assinado pelo sujeito de pesquisa, assim como foi assinado pelo profissional envolvido. O TCLE foi emitido em duas vias, ficando uma via com o participante da pesquisa e a outra via com a pesquisadora.

**Crítérios de inclusão:** Para o presente estudo foram definidos, previamente, os critérios de inclusão das participantes:

- a) Ter recebido o diagnóstico de câncer do colo do útero e ter o mínimo 6 meses após o término do tratamento, porém ainda em consultas de seguimento ou acompanhamento.
- b) Possuir idade entre 25 e 60 anos, com grau de lucidez e funções cognitivas preservadas que possibilitassem boa participação durante a entrevista.

Em seguida foi realizada uma abordagem inicial com as pacientes elegíveis por meio da pesquisadora mediante a sua apresentação, identificando-se verbalmente e apresentando o tema do estudo. No que se refere ao acesso aos dados clínicos, como o prontuário, para identificar modalidade de tratamento realizado pelas pacientes, tivemos obediência às disposições éticas e legais brasileiras, em especial os artigos 85 e 87 da Resolução do CFM nº 1.931 de 2009 (Código de Ética Médica – Conselho Federal de Medicina), que orientam que é vedado ao médico permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

### **Coleta de dados**

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 grupo focais), realizado por iniciativas do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa junto à abordagem de temas pertinentes ao objetivo do estudo (MINAYO, 2008c).

A inserção em campo se deu após o preparo com teoria e hipóteses, mas aberta para questioná-las, pois foi preciso imergir na realidade empírica em busca de informações previstas ou não previstas no roteiro previamente elaborado.

Neste estudo, optamos pela entrevista aberta utilizando um instrumento (roteiro) semiestruturado e construção de um diário de campo. O roteiro visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previsto nos objetivos da pesquisa, sendo um facilitador de abertura,



ampliação e aprofundamento da comunicação sobre o objeto de estudo em questão (MINAYO, 1996b).

Na entrevista em profundidade, algumas táticas podem ser exploradas pelo pesquisador durante o encontro: neutralidade durante a animação e a elaboração (observações, ruídos e gestos por parte do entrevistador) para que o participante prossiga no assunto, conformando o entendimento da fala e recapitulação (uma elaboração retrospectiva em busca de um novo conteúdo pelo entrevistado) (MINAYO, 2008c).

Para mantermos o sigilo e a confidencialidade que são direitos dos participantes da pesquisa, as informações dos participantes foram anonimizadas por meio de um código GUEN° (grupo único, entrevistado e a numeração do entrevistado) logo no momento da obtenção da entrevista e antes de qualquer divulgação das informações dos participantes.

### **Organização, interpretação e análise**

Referem-se à exploração e às técnicas de um conjunto de opiniões e representações sobre o objeto de estudo em investigação, sem deixar de considerar a diversidade de opiniões dentro do mesmo contexto social. Elegemos a técnica análise de conteúdo, ela foi sistematizada por Bardin (1979) e constitui de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter de forma sistemática a descrição do conteúdo das mensagens para permitir a inferência de conhecimentos relativo às condições de produção e recepção destas mensagens.

Segundo Oliveira (2008), os procedimentos da análise de conteúdo 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 das análises intuitivas. A análise de conteúdo permite acesso a diversos conteúdos ou não no texto, podem implicar o contexto político, a moralidade da época, as representações sociais e o inconsciente coletivo de determinado tema.

Para MINAYO (2007) a análise de conteúdo permite relacionar estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características, sendo variáveis psicossociais e de contexto cultural.

Utilizamos a técnica análise temática tendo como foco principal o tema, que consiste em identificar núcleos de sentido ou unidades de significação para prosseguir com a análise.

Foram realizadas as transcrições das audiogravações na íntegra. Previamente foi realizada uma avaliação do material disponível, para em seguida avançar para o tratamento dos dados. Isso teve o intuito de observar a qualidade do material e dos registros que permitissem uma compreensão sobre o tema em investigação.

Inicialmente, foram realizadas leituras de cunho compreensivo de forma exaustiva, que tratam de uma leitura de primeiro plano para atingir níveis mais profundos de compreensão, deixando impregnar o pesquisador com o conteúdo do material, buscando os seguintes pontos: visão do conjunto, apreender as particularidades do conjunto do material e determinação de conceitos teóricos que serviram de base para tratamento dos resultados (DESLANDES, GOMES; MINAYO, 2013a).

A leitura foi sempre dialogando com as partes dos textos identificando, através de inferências, os núcleos de sentidos apontados pelas partes dos textos; dialogando com os núcleos de sentidos com os pressupostos iniciais. Analisou-se os diferentes núcleos de sentido em todas as entrevistas e depois buscou-se temáticas mais amplas.

Para se identificar as categorias empíricas previamente, foram elaboradas unidades de significação/tema que correspondem ao segmento da mensagem. São segmentos do texto que permitem compreender a significação das unidades de registro, recolocando-as no seu contexto, para em seguida elaborar a construção de categorias.

À medida que se fazia a inferência elaborava-se a classificação dos elementos participantes em conjunto, observando a diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, segundo um conjunto de critérios. Isso, podemos considerar como rubricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título genérico, que surge a partir de uma análise profunda do material da pesquisa. Implica impor uma nova organização intencional às mensagens, distinta daquela do discurso original (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2013).

Durante a leitura compreensiva, foram observadas relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e buscou-se identificar as representações a partir de um fenômeno para compreender e interpretar a realidade da subjetividade humana. Nesse processo de análise, além da classificação de categorias dos informantes, foi possível realizar descobertas de códigos sociais a partir das falas e de observações do diário de campo que possivelmente ultrapassem o senso comum (reconstrução da realidade), podendo ser dialeticamente trabalhadas.

Os resultados serão apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para as categorias. As frases transcritas das entrevistas serão apresentadas em itálico e entre aspas, e a identificação de quem as falou entre parênteses, juntamente com as informações do diário de campo

Para a discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo, as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de representar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico (OLIVEIRA, 2008).

Foi construído a tipificação do material produzido no campo e realizado a transição entre a empiria e a elaboração teórica. O processo de tipificação é mais denso e intenso que o exercício de ordenação, mas tem a mesma finalidade: apropriação da riqueza de informações do campo de pesquisa, tentando, na medida do possível, não “contaminá-lo” por meio de uma interpretação precipitada. É preciso esclarecer que não existe uma mente vazia de dados anteriores ou uma cabeça isenta de teorias e ideologia.

Foi elaborada uma redação por eixos temáticos, de modo a dar conta dos sentidos do conteúdo das entrevistas e sua articulação com o (s) conceito (s) teórico (s) que foi (foram) selecionados para a análise. Como etapa final, realizamos uma síntese interpretativa por meio de uma redação, dialogando com os temas e com os objetivos da pesquisa (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2013), unindo dialeticamente o teórico e o empírico ao relacionar estruturas semânticas e estruturas teóricas presente na mensagem (MINAYO, 2006b).

Neste estudo, a interpretação e a análise dos resultados foram baseadas na perspectiva teórica conceitual sobre gênero, corpo e sexualidade, pois possibilitam um marco teórico conceitual histórico que nos ajudou a compreender problemáticas vivenciadas pelas mulheres selecionadas, fazendo encontrar significados e produzir novos sentidos com relação à sexualidade e ao câncer do colo do útero, assim como também, abrir possibilidades para novas dimensões teóricas e interpretativas (OLIVEIRA, 2008; MINAYO, 2008).

## 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### 5.1 – Caracterização dos participantes

No âmbito da pesquisa qualitativa, os discursos das mulheres provenientes de uma realidade empírica capturam não somente o conhecimento individual, mas também o conhecimento social elaborado e partilhado, o que leva à construção de uma realidade comum a um conjunto social em que os participantes se encontram inseridos.

Com vistas a estabelecer o perfil das participantes foi possível identificar com relação a faixa etária, que 87% das participantes se encontrava em faixa etária de 25 a 50 anos. As entrevistas abrangeram mulheres em fase adulta quando elas se encontravam em período economicamente ativa, envolvidas com atividades laborais. Em um estudo sobre o perfil de pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, entre 2000-2009, identificou-se que a média de idade ao diagnóstico do câncer do colo do útero foi de 49,2 anos, sendo que 55,3% das pacientes encontravam-se abaixo dos 50 anos de idade no momento do diagnóstico (Thuler *et al.*, 2012). Esse perfil de faixa etária foi encontrado neste estudo, pois 87% da nossa amostra se encontrava abaixo dos 50 anos.

Com relação ao nível de instrução identificou que apenas 50% possuíam o ensino médio completo e 38% ficaram entre ensino fundamental completo e incompleto e apenas 6% das participantes (1) tinham o ensino superior.

É importante ressaltar que, para atingir níveis de excelência na detecção e prevenção do câncer do colo do útero, quanto maior o tempo de estudos maior a frequência com que as mulheres realizam o Papanicolau. Este estudo realizado no Brasil observou que as mulheres que tinham até oito anos de estudos, 76,9% delas tinham realizado o exame nos últimos três anos, e as que tinham 12 ou mais anos de estudo, 89,6% tinham realizado o exame preventivo nos últimos três anos (Thuler, 2012). Compreendemos que o nível de instrução está diretamente relacionado com a prevenção e o controle do câncer do colo do útero, pois as mulheres com mais anos de estudos apresentam maior regularidade na realização no exame Papanicolau conforme orientado pelo Ministério da Saúde (INCA, 2011).

Em outro estudo baseado nas informações do SISCOLO, ao considerar mulheres com primeiro grau incompleto e sem escolaridade, foi identificado que 50% das entrevistadas apresentavam baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudos), esses achados corroboram com outras pesquisas (SOARES *et al.*, 2010).

Com relação à ocupação das mulheres, foi identificado que 63% tinham como ocupação a atividade doméstica. E para corroborar com esse resultado, Soares, *et al.*, (2010) evidenciou que quatro (20%) atuavam como empregada doméstica e quatro (20%) como trabalhadoras de serviços gerais.

Compreendemos que diante desse cenário se faz necessário ir além das intervenções técnicas para o controle do câncer de colo de útero, sendo necessário entender a dimensão simbólica desta problemática. O papel social atribuído as mulheres (mães cuidadoras e responsável pelas atividades do lar) pode tornar-se como barreiras para controle do câncer do colo do útero. A vulnerabilidade em determinado grupo de mulheres diante do câncer cervical pode decorrer das relações sociais assimétricas e dos papéis socialmente atribuídas a elas, que interage entre gênero e cuidado da saúde a luz do processo de medicalização do corpo da mulher (Teixeira, 2015).

Com relação à religião, 10 (63%) das mulheres afirmaram ser católicas, 3 (19%) eram evangélicas, 2 (13%) eram espíritas e 1 (6%) era testemunha de jeová. Possuir crença religiosa foi o diferencial para que essas mulheres lutassem pelo controle da doença, pois muitas mulheres se apegaram com Deus naquele momento a partir do diagnóstico e no enfrentamento do tratamento.

*“Deus compreendeu que eu tinha que passar por isso (o câncer). Deus não dá a cruz para uma pessoa que não possa carregar (GUE2)”.*

*“Fiquei triste quando soube, levei um choque, mas passou, eu sabia que Deus faz as coisas certas, se ele me, sabia que eu tinha capacidade de carregar (GUE5)”.*

*“Dei uma imprensa em Deus sim, coloquei Deus na parede. Falei: olha, dependo de ti agora; está nas tuas mãos, me dá uma chance e me deixa aqui mais um pouquinho (GUE6)”.*

As participantes, ao se depararem com o diagnóstico de câncer reconheceram a doença como uma situação catastrófica envolvida de instabilidade emocional e sentimento de risco de morte, ao perceber o câncer ainda como sentença de morte. Mas, logo em seguida, sentiram a responsabilidade e demonstraram forças para seguir o tratamento. Para elas, o diagnóstico de câncer trouxe o sentido de que Deus escolhe as pessoas certas e aquelas que são capazes de enfrentar a doença e o tratamento.

Das horas mais difíceis e conflitantes do diagnóstico ao curso do tratamento, as crenças religiosas foram consideradas um importante suporte para enfrentamento do câncer, assim evidenciado nos depoimentos.

Com relação ao compromisso conjugal dessas mulheres em possuir ou não companheiros, identificamos que 11 (69%) delas tinham companheiros no momento da entrevista, ou seja, possuíam união estável. Apesar da reprodução de conhecimentos empíricos de que as mulheres são abandonadas pelos companheiros depois do diagnóstico de câncer. Nesta pesquisa, houve apenas um caso em que isso aconteceu com uma participante ouvida nesta pesquisa. Como solteira, foram encontradas 5 (31%) mulheres, mas apenas 1 não tinha namorado naquele momento.

Com relação ao estadiamento no momento do diagnóstico pela classificação FIGO, observamos que 6 (38%) tinha IB2, 1 (6%) IIA2, 6 (38%) IIB, 3 (19%) IIIB.

Sobre o estadiamento, o estudo de Thuler (2005) teve o objetivo conhecer a extensão clínica do câncer do colo do útero no momento do diagnóstico, no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados demonstraram que entre (52,5 e 56,8%, respectivamente) tiveram diagnóstico com doença em estádios avançados.

Na segunda etapa do mesmo estudo com informações de (1995 a 2002), a estratégia de busca ativa permitiu obter informações referentes a 89 hospitais e 7 serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia vinculados a um CACON. Os resultados demonstraram que a maioria dos casos de câncer do colo do útero predominou o estágio III (37,7%). Segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, são considerados em estágio avançado os casos com doença nos estádios III e IV (WHO, 1995). Em nosso estudo, as mulheres selecionadas pelo protocolo são aquelas diagnosticada com doença avançadas.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América, com dados de sete planos de saúde, mostrou que no momento do diagnóstico das 833 pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero no período entre (1995 e 2000), 65% apresentavam doença localizada, 25% apresentavam doença regional e somente 7% foram observadas metástases a distância (THULHER, 2005 *apud* LEYDEN *et al.*, 2005).

Apesar do avanço das ações e do aumento no número de exames realizados (Papanicolau) as ações de controle do câncer do colo do útero não estão sendo capazes de interferir no padrão de mortalidade pela doença, o que indica que a resolutividade do tratamento para os casos diagnosticados mais precocemente ainda está aquém do que se poderia esperar (Thulher, 2005).

O diagnóstico foi enfrentado com desespero e alívio. O desespero foi pelo tempo que a usuária percorreu os serviços de saúde para chegar a um diagnóstico definitivo – seis meses foi o tempo desde o surgimento dos sintomas até descobrir o câncer. Depois o gargalo foi com o sistema de regulação para conseguir a unidade de tratamento. E o alívio foi definitivamente identificar o diagnóstico. O retardo no diagnóstico ocasiona tratamentos mais agressivos e menos efetivos para alcançar a cura, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e toda a sua família, e conseqüentemente, eleva os índices de mortalidade ocasionada câncer (PANOBIANCO, *et. al.*, 2012).

**Tabela 1:** Caracterização de usuárias em período de seguimento do tratamento do câncer do colo do útero, no centro de referência, Rio de Janeiro, 2018

Variável	Número de casos	%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
25 - 35 anos	3	19%
36 - 45 anos	6	38%
46 - 50 anos	5	31%
51 - 55 anos	1	6%
56 - 60 anos	1	6%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	4	25%
Ensino Fundamental Completo	2	13%
Ensino Médio Incompleto	1	6%
Ensino Médio Completo	8	50%
Ensino Superior Completo	1	6%
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Analista contábil	1	6%
Desempregada	2	13%
Doméstica	10	63%
Operadora de caixa	1	6%
Operadora de máquinas	1	6%
Técnica de enfermagem	1	6%
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	10	63%
Evangélica	3	19%
Espírita	2	13%
Testemunha de Jeová	1	6%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteira	5	31%
União Estável	11	69%
<b>ESTADIAMENTO DO CÂNCER</b>		

IB2	6	38%
IIA2	1	6%
IIB	6	38%
IIIB	3	19%

**Fonte:** entrevista, 2017

## **6 – A EXPERIÊNCIA DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO APÓS RADIOTERAPIA**

Os resultados de uma pesquisa qualitativa serão totalmente ordenados de material empírico derivado de um trabalho de campo que foi passado por interpretação dos fragmentos dos discursos dos entrevistados e organizado em torno de categorias que serão cruzadas com referências teóricas conceituais (DUARTE, 2004 *apud* JUNQUEIRA, 2007).

Os resultados foram construídos utilizando o material coletado de 16 entrevistas, organizado em categorias, com o intuito de apresentar a experiência da sexualidade de mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer do colo do útero e realizaram tratamento com radioterapia concomitante à quimioterapia. As mulheres que são tratadas com esse protocolo chegaram à unidade de referência sem condições de extirpação do tumor, devido o mesmo encontrar-se avançado e irressecável.

A pesquisa que utiliza linguagem pode não trazer a experiência pura, pois ela vem organizada por meio da reflexão e da interpretação de um movimento simultâneo em que o narrado e o vivido por si estão entranhados pela cultura. A experiência de cada pessoa sobre o mesmo fato é única e depende de suas características, que, embora pessoais, tem como suporte o contexto em que a pessoa vive e as condições existentes. Assim, o que é comum pode ser definido como o corpo de conhecimento proveniente das experiências vividas pelas pessoas em um determinado contexto temporal (MINAYO, 2012). Para tanto, dentro de uma grande categoria, foram agrupadas as subcategorias construídas depois da identificação de diferentes variações de discursos das participantes sob três grandes categorias teóricas: gênero, corpo e sexualidade, que dialogarão com os resultados encontrados.

A central categoria sobre a experiência da sexualidade de mulheres que realizaram tratamento para câncer cervical identificou as seguintes subcategorias: 1 - Relacionamento afetivo depois do tratamento do câncer; 2 - Comunicação das mulheres, cônjuges e namorados; 3 - Orientações normativas dos profissionais na abordagem da sexualidade e do desempenho sexual; 4 - Interrupção do desejo materno e a formação da família. 5 - Apoio da família e de



amigos no enfrentamento da doença; 6 - Medo, um sentimento apontando alguns sentidos; e 7 - Ressignificação dos valores da vida e cuidando de si depois do diagnóstico.

### 6.1 – Relacionamento afetivo depois do diagnóstico de câncer do colo do útero

Aspectos relevantes com relação à sexualidade foram evidenciados nos discursos das mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero submetidas a tratamento radioterápico concomitante com a quimioterapia.

Em parte dos discursos das mulheres que residiam ou não com suas opções sexuais foram apontados alguns sentidos que fizeram a diferença e contribuíram para o fortalecimento do relacionamento afetivo. Mesmo depois do diagnóstico de câncer no órgão simbólico da mulher, alguns parceiros mantiveram e intensificaram a relação de afeto, como por exemplo, apoio, atenção e companheirismo. Tal processo pôde ser evidenciado por algumas mulheres a partir de atitudes simples e espontâneas. Os casais passaram a desenvolver estratégias para ficarem mais tempo ao lado um do outro, tais como: passear mais juntos, ir ao cinema, à praia, fazer viagens, ir a baladas, fazer turismo e encontros familiares.

Depois do diagnóstico e do acompanhamento do tratamento, algumas mulheres perceberam que o relacionamento ficou mais intenso, uma vez que passaram a conviver mais tempo juntos, deixando o relacionamento mais fortalecido. A nova forma de se relacionar fez-lhes perceber que a doença trouxe a possibilidade de mudanças de atitude perante a vida, permitindo uma maior valorização da afetividade entre os parceiros.

Mesmo que a notícia do diagnóstico no órgão sexual e simbólico da mulher tenha levado algumas à percepção de ameaça ao fim do relacionamento, muitas atitudes do companheiro foram no sentido de ajudar na luta contra a doença e ficar mais próximo da sua companheira.

**E como que é o relacionamento de vocês?** *A gente parece até casal de namorado. “Mudou muito, muito sabe, muito. Ele é muito legal comigo. Muito carinhoso sabe? Ele é meu esposo há 20 anos, mas ele é muito companheiro muito mesmo (GUE9)”.*

*“Nossa, a gente leva um choque, aí meu marido me acalmou, me apoiou muito, conversou muito comigo, procurou amigos, que as irmãs deles tiveram câncer e melhorou, entendeu... aí eu fui me acalmando (GUE11)”.*

*“Ao saber do diagnóstico, fiquei triste. Chorei, mas não perdi a fé em nenhum momento, não perdi a vontade de lutar nenhum momento. Tive muito apoio da minha*

*família do meu marido. Tive muito apoio mesmo, então foi mais fácil de levar (GUE7)”.*

Segundo Olson (1991), o modelo de funcionamento familiar e conjugal apresenta três principais dimensões: a coesão, que diz respeito aos vínculos emocionais que se estabelecem entre o casal, sendo uma medida geral de proximidade afetiva da relação; a adaptabilidade, que se refere à capacidade de adaptação do sistema frente a mudanças; e a comunicação, que tem como característica a função social de compartilhar informações, exercendo influência sobre as outras duas dimensões.

O aspecto encontrado em nosso resultado mostra o reforço da dimensão “coesão”, que está relacionada à proximidade e maior afetividade do casal. Isso foi observado entre alguns casais que enfrentaram o risco de perder um ao outro. Essa ameaça produziu união e afeto, reforçando a relação para lutarem pela vida e pela permanência dos laços de convivência.

Observou-se que os problemas oriundos da doença e do tratamento levaram as mulheres e muitos de seus companheiros a refletirem sobre o relacionamento, e seus discursos mostram a ampliação desses aspectos.

*“Assim, em termos de relacionamento continua mais forte. Ah, o lado afetivo é muito forte, assim que a gente passou numa batalha junto como eu te falei, ele nunca me deixou vir para cá sozinha, eu nunca venho pra cá (INCA) de ônibus. E no meu caso, como ele foi mais presente ali comigo, eu acho que a gente ficou mais próximo assim, mais afetivo né (GUE6)”.*

*No meu caso assim, tenho um parceiro tão legal comigo, porque quando a gente fica doente a primeira coisa que vem na sua cabeça é isso – você vai perder o seu parceiro porque, muitos largam mesmo sei lá, o que se passa na cabeça deles. E quando você ver uma pessoa que se dedica a você como meu esposo sabe? Ele ficou do meu lado, 24 horas ali comigo e eu poder retribuir isso, voltar à vida ativa, nossa, é tudo. Eu me sinto nova, porque a gente fica muito pra baixo. E hoje eu me sinto muito feliz (GUE9).*

A proteção e a segurança recebidas por boa parte dos parceiros puderam proporcionar alternativas para o enfrentamento dos problemas, estabelecer e fortalecer a relação interpessoal e um compartilhamento afetivo de emoções, dúvidas e preocupações, assim como também identificado no estudo de (SILVA, MAMEDE, 1997). Pelos relatos das participantes, a presença do companheiro trouxe segurança, fortalecimento, união e até mesmo a percepção da função de pai.

*“Nosso relacionamento melhorou depois que a gente pensou que ia perder um ao outro, então a gente se uniu mais. Ele é muito carinhoso, cuida de mim. Quem cuida de mim é ele. Então, eu passei a valorizar mais essa pessoa com quem eu vivo. Aí, eu me tornei uma pessoa melhor (menos brigona). Durante o tratamento, ele esqueceu um pouco do relacionamento íntimo, eu acho que ele assumiu a função de pai e ficou sobrecarregado (GUE4)”.*

As responsabilidades que geralmente as mulheres assumem na vida depois do diagnóstico de câncer necessitam de serem compartilhadas com o companheiro. Tal inversão de responsabilidades foi identificada em algumas de nossas entrevistas, assim como em outros estudos (ROWLAND, 1990a, *apud* SILVA, 2000).

Observamos também que, mesmo depois do tratamento do câncer, algumas mulheres tiveram novos relacionamentos afetivos, e os parceiros eram preocupados com a saúde e o bem-estar dessas mulheres, se colocando à disposição para ajudar no que fosse necessário. No relato dessas mulheres que tiveram novos relacionamentos, percebemos que o impacto do diagnóstico de câncer foi amenizado, mesmo ainda estando no período do seguimento da doença. Percebemos também que elas optaram por outras atividades de lazer no próprio domicílio, como por exemplo, ouvir músicas e dançar em seu quintal. Isso foi referido como uma forma encontrada de distração e manutenção de uma vida normal.

*“Eu espero ficar curada de vez, que eu já sei que estou. Poder levar minha vida normal, já tenho uma vida normal. Eu danço, coloco o rádio alto, gosto de dançar. É como falei, às vezes eu esqueço que estou em acompanhamento ainda. Eu espero que continue assim. Finais de semana eu ligo o rádio no pagode, forró que gosto de ouvir, aí fico dançando no quintal; é um meio que arrumei para descontrair (GUE5)”.*

A referência à sexualidade se relaciona não somente ao campo biológico, mas engloba as construções sociais de gênero. Relações de gênero podem ser entendidas como uma construção cultural e social e, como tal, representam um processo contínuo e descontínuo do homem, assim como da mulher, em cada cultura e sociedade (OLIVEIRA, 1997). A partir desse conceito, foi possível evidenciar que alguns casais foram capazes de construir e desenvolver características positivas das relações de gênero e sexualidade. Assim, essas relações possíveis de reconstruções foram construídas de uma forma particular e individualizada, permitindo novas construções e sentidos na vida dessas pessoas, embora não tenha ocorrido em todos os casos.

Ainda com relação ao gênero masculino e à repercussão do câncer, existem experiências de que o homem apresenta um comportamento diferente da mulher, em que o companheiro abandona a companheira depois da notícia do diagnóstico. Nesta pesquisa, apenas um caso foi

identificado, deixando perceber que, para esse namorado, a sexualidade estava somente direcionada à atividade sexual, a qual seria interrompida, uma vez que o câncer acometeu o principal órgão sexual da mulher. Sentido similar foi identificado em um estudo com um grupo de mulheres com câncer de mama, em que o conceito de sexualidade para o grupo se restringia ao relacionamento sexual especificamente (FERREIRA *et al.*, 2013). E diante do câncer, esses conceitos por parte das mulheres acometidas precisam ser ampliados para continuar proporcionando ampliação e desenvolvimento de práticas que melhorem a qualidade de vida.

A sexualidade é algo inerente a todo ser humano, e não existem regras de condutas precisas de como essa prática deve ser exercida. O impulso da sexualidade pode nascer de um gesto, de um simples toque, de uma palavra ou de um olhar nas imagens desenhadas pelas pessoas. A essência da sexualidade também pode ser manifestada pelo prazer de cuidar, o prazer de se preocupar com o outro e pelo outro (TYGER, 1993). Alguns aspectos mostram que a sexualidade faz parte do ser humano e que pode ser exercida de diversas formas. Parte desses aspectos foram evidenciados por algumas mulheres com seus cônjuges ou namorados por meio do relato sobre o cuidado, o afeto, a segurança e uma maior aproximação depois do tratamento.

De acordo com Feres-Carneiro (2000), a relação conjugal envolve duas das mais significativas dimensões da vida: aliança e sexualidade. A primeira dimensão é entendida como uma relação de troca, tanto de bens materiais quanto afetivos e simbólicos, e a segunda é vista de maneira mais ampla do que a relação sexual em si. Essas dimensões na relação conjugal do casal que se encontra na luta contra o câncer no órgão sexual são extremamente necessárias.

Nesse momento turbulento dessas mulheres, a vida e o relacionamento afetivo são envolvidos em problemas, tristezas, incertezas, dificuldades, momentos e experiências vividas no cotidiano. Observou-se que nessa situação de doença, o afeto, o carinho e as trocas se fazem necessários por parte do parceiro, sendo este uma fonte de apoio, esperança e incentivo.

O estudo de Picheti (2012) – que buscou compreender a representação da conjugalidade das mulheres e as repercussões do adoecimento do câncer do colo uterino e seu tratamento na relação conjugal – evidenciou transformações de responsabilidades entre o marido e a mulher com relação ao cuidado domiciliar; evidenciou também dificuldade de os casais falarem sobre as mudanças relacionadas à conjugalidade, em especial sobre o aspecto sexual. Esta pesquisa sublinha o processo da afetividade, da convivência, da comunicação e do relacionamento sexual em situações-limite, sendo o relacionamento sexual mais afetado depois do diagnóstico e tratamento do câncer comparado aos outros aspectos identificados.

Ao relacionar os resultados de Picheti (2012) com esta pesquisa, evidenciou-se que em alguns aspectos eles apresentam semelhança, pois também identificamos pontos positivos e

negativos com relação à sexualidade. Com relação aos aspectos positivos, observamos que depois do diagnóstico do câncer a relação afetiva e a convivência entre os parceiros foram intensificadas, mas com relação à comunicação sobre o relacionamento sexual entre os parceiros ainda existem muitas dificuldades, assim como também sobre a atividade sexual decorrente do tratamento e da doença que impediram o retorno da vida sexual como na rotina anterior ao câncer. Mulheres relataram sentimento de medo, desconforto, necessidade de relaxamento, ausência de libido, entre outros sinais físicos, mas grande parte das pacientes não compartilhou isso com os parceiros.

*“E quando você faz sexo, você sente alguma dificuldade? Sinto, porque tá mais seco, fica apertado (canal vaginal) ... não sei se é porque eu estou tendo pouca relação... (atividade sexual) tem que ter mais, né? Que conforme a frequência o canal vai fechando, a médica falou comigo assim, você tem que ter duas ou três vezes na semana para o canal ir abrindo entendeu? Também sinto incômodo e às vezes sinto dor (GUE14)”.*

O estudo de Molina e Marconi (2006) demonstra, de forma semelhante ao de Picheti (2012), que algumas mulheres, após a descoberta do câncer, se sentiram apoiadas por seus companheiros e perceberam que o relacionamento entre eles se tornou mais forte. Sob o ponto de vista das mulheres, o sofrimento advindo da doença provocou mudanças no comportamento, na atitude e no relacionamento de seus companheiros.

No percurso da doença, além da maior aproximação do companheiro, a participante observa que foi bem cuidada pelo esposo e considera que esse cuidado ultrapassou o cuidado materno. Admite que o companheiro sentiu a ameaça de perda um do outro, e o cuidado veio com o objetivo de contribuir com o tratamento e controle da doença proporcionando seu bem-estar. Para ela, o companheiro deixou de lado a função sexual e exerceu a função de pai.

Também observamos questões relacionadas a gênero nesse processo de relacionamento, quando os cuidados são características associadas ao universo feminino, assim, nos discursos das depoentes, mostram-se de modo invertido. Cuidar de outrem, em especial de um familiar e no espaço doméstico, tem se constituído em um acontecimento feminino, complexo e sujeito a variáveis intervenientes, entre as quais as atribuições social e cultural construídas para os sexos, que são vivenciadas como atributos naturais, quando na realidade são construções sociais que visam regular as relações de poder entre os gêneros (RONDINI, 2011 *apud* ROCHA, 2014).

Contudo, em alguns casos, observa-se nas famílias uma inversão dos papéis culturalmente definidos: o homem assumindo parte do cuidado feminino, ultrapassando as

barreiras culturais e as construções históricas, que agora muito atualmente a sociedade observa como ponto positivo, reconhecendo que os papéis estabelecidos como masculino e feminino podem ser modificados.

*“E quando você adoeceu o que você observou da interação com seu esposo? Ele ficou muito carinhoso muito preocupado ficou muito preocupado comigo mesmo. Às vezes quando eu queria fazer as coisas, ele não deixava e me ajudou bastante (GUE8)”*.

Também foram evidenciados aspectos negativos com relação à sexualidade, que se relacionam ao tratamento do câncer nas relações de gênero, embora apresentadas por poucas participantes do estudo, mas que apresenta uma dimensão profunda da vida sexual dessas mulheres. Em relação às mudanças prejudiciais, depois do tratamento, ouvimos o relato de hipoafetividade com o parceiro por não sentirem mais atração física e não encontrarem mais importância no relacionamento físico. As alterações decorrentes do tratamento foram alterações na libido, incontinência urinária e menopausa precoce.

*“A radioterapia afetou minha bexiga que aí, prejudicou o rim aí eu estou com um Duplo J no rim direito aí, uso cateterismo intermitente, tudo por causa da radioterapia. **E como é que você está se sentindo agora?** R- Ah, não sei tento as vezes, nem pensar nisso; a gente trabalha até fica com outras preocupações, se ficar pensando só nisso!! Aí, eu deixo mais pra me preocupar no dia que eu venho aqui na consulta (GUE14)”*.

*“Ah, eu não sei não, eu me sinto muito seca não dá vontade de beijar nem nada!! Sabe aquela coisa que se fizer (sexo) fez, se beijar beijou, está assim, para mim não tem muita importância, não sei se é porque parece que eu fiquei mais seca, não tenho vontade de beijar não. **E você acha que tudo isso se relaciona a doença e o tratamento?** R- Sim, porque eles falaram que como a rádio afetou minha bexiga né, os ovários os hormônios né aí você perde a vontade de ter relação. Só ficar assim para toda vida. Isso, acaba com o casamento não tenho vontade de fazer nada (GUE14)”*.

Parte dos achados desta pesquisa mostra que o adoecimento por câncer do colo uterino e seu tratamento podem trazer influência no relacionamento afetivo; as relações entre os parceiros podem enfrentar período de construção, reconstrução e desconstruções (SCHIRMER, MIRANDA, DUARTE, 2014). Algumas mulheres atribuíram aspectos positivo e negativo, assim como observado no estudo de (SANTOS, 2012).

## 6.2 – Comunicação das mulheres e suas opções sexuais sobre o exercício da sexualidade

No tratamento do câncer do colo uterino é aplicada a radioterapia interna no colo e na cavidade uterina com o intuito de destruir o tumor local, e a radioterapia externa é utilizada para irradiar os paramétrios laterais e cadeias linfáticas pélvicas, aórtica e fossa obturadora (BURNS *et al.*, 2003). O tratamento para o câncer do colo uterino atua de maneira radical em função da necessidade de eliminação das células tumorais, podendo atingir tecidos saudáveis, o que exige que o seu emprego seja feito de modo criterioso.

Mesmo com reparação tecidual depois do tratamento, alguns efeitos colaterais no organismo podem ser observados, o que pode acontecer conforme os parâmetros de técnica e dosagem da radiação. Dessa forma, a radioterapia pode desencadear alterações consideráveis e desafiadoras ao bem-estar físico e emocional da paciente, compreendendo desde as relacionadas com alimentação, higiene, esterilidade, sono, repouso, eliminações fisiológicas, a rotina de trabalho e as relações sociais e familiar.

Nesta pesquisa, as narrativas mostraram experiências negativas com relação à atividade sexual dessas mulheres depois do tratamento do câncer do colo do útero. Isso foi identificado por meio do discurso, sobre falta de desejo pelo cônjuge e atividade sexual, devido as pacientes relatarem alterações da libido. Duas participantes ficaram com incontinência urinária, circunstâncias que as deixam nervosas, ansiosas, com baixa de autoestima, desencadeando medo. A incontinência urinária foi apontada como um dos fatores que mais afetou a atividade sexual e a vida social dessas mulheres.

As dificuldades com relação a comunicação da sexualidade foram inicialmente identificadas devido a 2 pacientes referirem incontinência urinária relacionada ao tratamento e que apresentam disfunção sexual. No entanto, foi observado falta de diálogo com os cônjuges sobre as alterações sociais, psicológicas e físicas que ocorrem atualmente na vida sexual destas mulheres.

*“Eu não sinto nada durante a relação sexual, eu só tenho assim, que fingir que eu quero, mas, na verdade não sinto nada (GUE16)”.*

*“Não consigo pensar naquele futuro de amanhã entendeu. Não tenho mais aquele...eu luto, eu me trato, claro que eu não quero desistir, não quero morrer, mas, também não posso mais...trabalhar não consigo né, passear não consigo. **Porque você não consegue passear?** Porque eu não consigo ficar em lugares com muitas pessoas em festas, eu não posso ir por causa dessa urina, que se beber alguma coisa piora e eu não vou para festa de fraldinha de jeito nenhum entendeu? Aí, quer dizer... não tenho o que pensar. Mudou muito minha vida porque, não sou mais como antes aí, sempre*

*enjoada, sempre com esse problema da urina não posso ir a lugar nenhum porque não posso botar uma roupa que eu quero porque vai aparecer a fralda (HUE16) ”.*

Com relação à comunicação com o parceiro sobre sexo, algumas participantes fizeram referência às dificuldades para dialogar sobre o assunto. O medo foi apresentado como justificativa para não conversar sobre o assunto com o cônjuge, acreditando que ele ficaria triste com relação à falta de desejo dela pela atividade sexual. Na visão dessas mulheres, a prática sexual acontece como uma obrigação, mesmo sem vontade, devido ao cumprimento papel de esposa ou companheira.

Nota-se um conceito de sexualidade atrelada a dominação de gênero, sendo desvinculada de uma expressão natural do ser humano, passando a ser vivida como uma obrigação social, onde não existe escolhas. Essa questão relaciona as concepções da sexualidade feminina na sociedade, em que a mulher não possui autonomia na vivência de sua sexualidade (FERREIRA *et al.*, 2013).

*“Eu não tenho coragem de conversar sobre isso com ele, eu acho que ele vai sentir assim, péssimo, não tenho coragem mas, quando não tem jeito eu tenho que fingir que sinto prazer (GUE16) ”.*

*“Ah, eu não sei não, eu me sinto muito seca não dá vontade de beijar nem nada!! Sabe aquela coisa que se fazer se beijar beijou se não beijou está assim, para mim não tem muita importância não sei se é por que parece que eu fiquei mais seca, não tenho vontade de beijar não tenho vontade de fazer nada. **E como é a comunicação com seu esposo? Ele não fala nada ele fica escutando. Ele sabe (GUE14) ”.***

Às dificuldades apresentadas por esta mulher com relação ao diálogo sobre a sexualidade, podemos relacionar ao processo de construção sociocultural da sexualidade. Em nossa cultura, a falta de diálogo sobre a sexualidade ocorre desde a infância, assim como na relação com os pais, no momento de orientação dos filhos, nas dificuldades de falar de si própria com o esposo, neste caso, são aspectos relacionados aos tabus e preconceitos que ainda permeiam a concepção de sexualidade e acabam desenvolvendo barreiras e distanciamento da mulher do seu companheiro (RESSEL; GUALDA, 2004).

Para Brehm (1991), as relações de intimidade surgem dentro dos aspectos de comunicação interpessoal, sendo que a comunicação tem uma importante tarefa, que é o revelar-se ao outro. Mais especificamente, como indica Picheti (2012), a comunicação entre casais em que um dos cônjuges tem o diagnóstico de câncer pode ser uma estratégia de enfrentamento dessa fase, pois é através dela que os casais expressam seus desejos, sentimentos,



angústias e medo, sendo um dos aspectos centrais da conjugalidade. Conforme esse conceito, é possível observar a dificuldade de comunicação com relação à prática sexual depois do tratamento do câncer, e a comunicação é muito importante para o enfrentamento das alterações físicas e emocionais desencadeadas pelo tratamento.

O conhecimento e a compreensão da história da sexualidade podem nos ajudar a compreender a realidade empírica dos resultados encontrados, principalmente quando os achados estão relacionados à comunicação sobre a sexualidade e mais especificamente sobre a prática sexual. Assim, é relevante considerar a dimensão cultural do corpo, tendo em vista que, como sugere Heilborn (2003), a prática e o saber sobre o corpo não se encontram isentos de historicidade. Entendemos que qualquer tipo de discussão sobre sexualidade, corpo e gênero estejam entrelaçados de aspectos históricos e culturais.

O estudo de Picheti (2012) avaliou em 14 artigos a comunicação de casais e concluiu que é muito importante que os casais conversem sobre questões relacionadas à vida conjugal. A vivência da sexualidade em paciente com diagnóstico de câncer precisa de muito diálogo, para que a mulher não conviva com tantas perdas. E um artigo empírico sobre o mesmo assunto evidenciou nos casais dificuldades quando o assunto se refere à sexualidade (PICHETI, 2012).

Outros estudos demonstraram que casais que conseguem conversar sobre a sexualidade e sobre as mudanças necessárias em virtude do câncer e do tratamento tiveram facilitada a adequação do relacionamento conjugal (LINDAU *et al.*, 2011; MANNE *et al.*, 2006; MANNE *et al.*, 2004; MANNE *et al.*, 2010 *apud* PICHETI, 2012).

Os entraves na comunicação sobre a sexualidade ainda persistem no imaginário social e cultural das pessoas e pôde-se observá-los nesta pesquisa, ficando claro as repercussões na sexualidade da mulher, além das perdas que ocorrem depois do diagnóstico de câncer. Isto também foi evidenciado ao se observar atitudes muito radicais encontradas em alguns casos. Por exemplo, uma participante, ao saber do diagnóstico, preferiu terminar o relacionamento a contar para o namorado sobre o diagnóstico de câncer no colo uterino, o qual é considerado simbólico. Acreditamos que diversos sentimentos passaram no imaginário dessa mulher, mas a falta de expertise na comunicação pode ter sido um ponto principal para a interrupção do relacionamento.

Em outro caso, o namorado de uma das depoentes, ao ficar sabendo como o tratamento do câncer do colo do útero era realizado, achou melhor afastar-se dela, por entender que não ia poder realizar atividade sexual no período do tratamento. Por ele ser uma pessoa mais jovem que a paciente, ela entendeu que ele não iria ficar sem ter atividade sexual durante o período, então foi preferível para os dois interromper o relacionamento.

As dificuldades existentes sobre a abordagem da sexualidade têm suas raízes na construção do conceito de sexualidade, operacionalizado desde a socialização primária, seja pela família, seja pela escola (FARAH, 2010 *apud* JUNQUEIRA, 2014), e ainda vem sendo reproduzida pela população.

Na formação profissional, a temática da sexualidade é pouco discutida, sendo que a prática didática é breve e direcionada ao órgão genital, e que, de forma geral, as orientações acabam sendo prioritariamente técnicas e higienizadoras da sexualidade (FARAH, 2010 *apud* JUNQUEIRA, 2014).

As dificuldades profissionais sobre essa temática foram observadas a partir das narrativas das mulheres, das consultas médicas de seguimento, o que dificulta, ainda mais, o retorno ao exercício da sexualidade.

*“Eu nunca tive oportunidade de conversar sobre sexualidade com o médico igual estou conversando com você agora, espero hoje ter um médico para entrar em detalhes sobre essa situação (GUE3)”.*

### **6.3 – Orientações normativas na abordagem da sexualidade e do desempenho sexual**

Segundo Martins (2004), a racionalização da sexualidade feminina teve início no campo da ginecologia, transformando seu corpo num “objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação”. Esse gerenciamento se apresentava no convencimento da medicina em tornar as mulheres pacientes, confiando nos especialistas e pautando nas suas vidas a higiene e os conselhos médicos, além de desempenharem funções maternas como sagrada e natural, tomando o corpo da mulher “fundamento de identidade e de dever”.

No âmbito da enfermagem no século XIX, com a introdução da racionalidade científica, questões psicossociais da sexualidade foram dissociadas da prática. Os aspectos psíquicos competiam exclusivamente ao psicólogo, e os aspectos sociais competiam ao assistente social. Mas, o enfermeiro nunca deixou de deparar-se com situações de natureza sexual ao prestar cuidados ao paciente, principalmente a partir do século XIX, quando a sexualidade passou a ser construída na visão da sociedade como um problema, ou seja, passou a ter uma conotação pejorativa ao ser vista como um ócio, um ato imoral quando praticado sem fins reprodutivos. (JUNQUEIRA, 2014).

Com relação à normatização, entende-se que o desenvolvimento da biomedicina ampliou a medicalização do social e da sexualidade num processo pelo qual a medicina, por

meio de inúmeras tecnologias e estratégias, irá interferir na construção de conceitos, normas, regras sobre higiene, costumes e comportamentos alimentares, sexuais, sociais e culturais, que são historicamente prescritos para governar a vida dos homens e das mulheres em processos de gerenciamento humano e pelo controle biopolítico (GALINDO; LEMOS; RODRIGUES, 2014; FOUCAULT, 2002, 2010; HORA, 2006).

É importante ressaltar que esse papel normativo e gerenciador da vida humana, muito debatido nos tempos atuais, já estava presente nas origens do movimento higienista europeu a partir do século XVIII, quando a medicina higienista interviria nas questões sobre a sexualidade, sobre as classes sociais, sobre as raças e sobre as gerações (FOUCAULT, 1997).

Os discursos imperativos de saber-poder-prazer sobre as sexualidades estariam relacionados às práticas médicas higienistas e restritas à função procriativa, aliadas ao pensamento cristão, logo, distante da dimensão dos prazeres que através da normatização dos sexos, da classificação das perversões, do controle das sexualidades consideradas desviantes, forjaria uma “ortopedia do sexo” (FOUCAULT, 1996) que incidiria sobre os corpos por meio da busca dos menores detalhes biológicos e psíquicos para determinar o lugar das sexualidades (TONELI, 2007).

À medida em que a sociedade se tornou muito preocupada com a vida de seus membros - pelo bem da uniformidade moral, da prosperidade econômica, da segurança nacional ou da higiene e da saúde - ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos de regulação do comportamento sexual e a métodos intrincados de administração e de gerenciamento da regulação do comportamento sexual (LOURO, 2000; HAGGAR, BORDO, 1997).

Dentre os dispositivos de normatização sobre os sexos, ressalta-se o processo de “histerização do corpo da mulher”, no qual o corpo da mulher foi considerado desprovido de desejo sexual sendo definido apenas como um receptáculo da fúria gonádica do homem. A mulher, nesse processo, deveria estar essencialmente atrelada e reduzida ao espaço familiar e ao cuidado das crianças (FOUCAULT, 1997). Podemos evidenciar que o dispositivo da sexualidade estaria, basicamente, organizado em torno da instituição médica, da exigência da normalidade e do controle da vida e da morte, como problematizado por Michel Foucault como sendo:

“Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito

e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode manter entre esses elementos (FOUCAULT, 1982, p. 244)”.

Identificamos nos resultados desta pesquisa, que o relacionamento conjugal foi interrompido depois do câncer por questões religiosas. Uma participante deixou-nos entender que o câncer e subsequente a aproximação da religião auxiliou na compreensão de que o seu relacionamento conjugal não estava acrescentando nada em sua vida. Recorrendo ao aspecto chamado dispositivo da sexualidade, entendemos que a repressão da sexualidade pelas instituições ainda é possível de se identificar seus reflexos na vida dos seres humanos. Com relação à normatização da sexualidade, Brown (1980) descreveu que o corpo, de uma forma geral, tem sido controlado pelas instituições religiosas e por todos aqueles que detêm o poder, principalmente quando se refere ao corpo das mulheres, que, por séculos, esses corpos foram valorizados apenas para a procriação, a geração de uma nova vida.

*“Eu percebi que nós mesmos não sabemos de nada ou do que é melhor pra nós. Quando nós tentamos dirigir os nossos passos, nós não fazemos nada certo. O que Deus requer de nós. Se a gente consegue entender que ele é o que sabe o que é melhor para nós. Ele já tentou voltar várias vezes, mas eu tô muito determinada a fazer o que tem que ser feito, não é mais a minha vontade eu quero agora fazer o certo fazer a vontade de Deus entendeu? Quanto mais eu faço mais eu vejo que é o certo pra mim. A gente prega, a gente fala, mas nem todas as pessoas conseguem ver que o homem ele não dirige o próprio passo tá escrito na Bíblia (GUE10)”.*

As lentes de Foucault (1982) ainda provocam outros olhares sobre as relações de poder entre os gêneros: a normalização da conduta dos meninos e das meninas, a produção dos saberes sobre a sexualidade e os corpos, as táticas e as tecnologias que garantem o “governo” e o “autogoverno” dos sujeitos, que permanecem presentes no âmbito social e no campo da educação.

Nos achados desta pesquisa, identificamos relatos que evidenciam como prescrições normativas dos profissionais de saúde em relação à frequência da atividade sexual ou da realização do exercício de dilatação, objetivando a manutenção do desempenho sexual. Isso foi identificado como algo desconfortável, apesar de apresentar conhecimento sobre sua necessidade.

*“Ela disse que tem que ter parceiro, quanto mais ter relação melhor; pelos menos 4 ou 3 vezes na semana e quem não tem parceiro, faz com dilatador (GUE5)”.*

*“A médica falou comigo assim, você tem que ter duas ou três vezes na semana para o canal ir abrindo entendeu. Também sinto incômodo as vezes, eu sinto dor (GUE14)”.*

Ressaltamos que o tratamento causa, em muitas mulheres, delimitações físicas no canal vaginal e alterações emocionais que dificultam a frequência e regularidade na atividade sexual, assim como também o exercício de dilatação. Essas mulheres, ao se referirem sobre os aparelhos de dilatação, tiveram dificuldade em falar o nome e referiram como nome fictício de “brinquedinho” ou como uma situação muito desagradável surgida ao longo da experiência da doença.

*“Após o tratamento eu não tive mais relação sexual. Só tem o genezinho (risadinha), eu batizei ele. Não tem nem um ano que uso ele, e vou usar para o resto da vida e já estou reclamando...deu risadinha! Imagina se eu tivesse que usar isso todos os dias, e só três vezes na semana. Eu tenho que fazer, se não a vagina pode fechar e ficar ruim para fazer o preventivo. Aí eu encaro como um tratamento, porque se eu não fizer vai prejudicar a mim mesmo (GUEII)”.*

Zola (1972) *apud* Zorzaneli (2013) denominou a Medicina como uma Instituição de Controle Social, referindo que tem a função de regulação social antes considerada como atributo da religião e da lei, configurando um novo repositório da verdade e tomando para si o lugar de avaliador moral a partir da posição supostamente neutra e objetiva da ciência, sendo referido como monopólio médico e os efeitos iatrogênicos gerados por seus agentes.

Em geral, a medicalização denota algo suspeito derivado da criação ou incorporação de um problema “não médico” ao aparato da Medicina (ROSE, 2007 *apud* CARVALHO 2015). Em nome da produção de saúde, a Medicina tornava-se um repositório de verdade, um campo no qual juízos eram sentenciados por especialistas que portavam uma objetividade e uma moral supostamente neutras. Nesse contexto, o enfrentamento das doenças assumia ares de uma batalha moral, instigada por uma retórica que imputava responsabilidade e culpa ao indivíduo pelo seu próprio adoecimento. Problemas sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados, ou seja, tomados sob o prisma da Medicina científica como “doenças” a serem tratadas.

Essa análise subsidiou a compreensão de Peter Conrad (1975; 2007 *apud* Carvalho 2015) de que a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como uma doença, transtorno ou problema médico, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

A primeira definição de medicalização aponta como sendo um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos (ZORZANELLI, 2013). A ênfase dessas definições é no deslocamento de comportamentos outrora não pertinentes ao campo de

intervenção médica, ou seja, aquilo que não necessariamente é um problema passa a ser entendido como se fosse.

A Medicina é considerada uma estratégia de saber-poder que busca, através de sua prática e do conhecimento científico, estruturar um campo de ação na sociedade que opera sobre os mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos. Efetua-se, aqui, uma dobra que envolve, no mesmo processo, poderes, saberes e produção de subjetividade. Portanto, diferente da tradição crítica à medicalização. A análise foucaultiana destaca o aspecto produtivo da medicalização, sua capacidade de fabricar novas verdades e técnicas para responder as mais variadas possibilidades de ação dos sujeitos na sociedade.

A partir da análise do sistema de saúde dos países desenvolvidos no âmbito da biomedicalização vêm sendo constatadas mudanças no campo das práticas de saúde, que têm, entre suas características principais, a incorporação no interior da Medicina de um conjunto de inovações tecnocientíficas (CLARKE *et al.*, 2003 *apud* Carvalho, 2015).

*“Como o médico falou que eu tinha que fazer uns exercícios quando terminasse a braquiterapia, aí falei ah, não fiz não, e também não pratiquei essas coisas com meu marido. Quando vim agora na última consulta o médico falou... o colo do teu útero colou devido as coisas que você não fez, “o relacionamento com teu marido”, ele me deu esse pênis de plástico, falei ah meu Deus! é cada coisa... aí eu cheguei pro João e conversei com ele, até foi uma coisa desagradável falei... o médico me deu essa coisa de plástico (prótese para exercício de dilatação (GUE13))”.*

Ao recorrer aos aspectos da normatização da medicina, primeiro é importante conhecer a cultura que estas mulheres pertencem e entender que os hábitos adquiridos ao longo da vida não são fáceis de serem modificados tão rapidamente. As orientações normativas sobre algo que não fazia parte da vida e dos hábitos das mulheres e os efeitos negativos do tratamento repercutem na sexualidade, no corpo e nos aspectos da feminilidade da mulher. Para teóricos como Shallins (1997), as pessoas, as relações e as coisas que fazem parte da vida humana manifestam-se como valores e significados que são nomeados e distintos no plano simbólico pela “cultura” na organização da experiência e da ação humana.

Ainda é necessário compreender que a abordagem da sexualidade humana nas escolas secundárias e nas universidades ainda é um tópico pouco discutido. As escolas de enfermagem não fogem à regra. É ineficiente a orientação, de modo estrutural e sistemática, em relação à abordagem do paciente quanto às questões de natureza sexual na formação do enfermeiro. A discussão sobre o tema durante a formação do profissional de saúde aparece isolada e pouco

frequente nos programas de cursos de graduação (RIBEIRO, 1999). Essa situação se relaciona ao fato que no Brasil a enfermagem tem demonstrado preocupação crescente em pensar sobre as questões práticas à luz de uma perspectiva histórica, a fim de caracterizar a profissão num contexto político-sócio-cultural.

À medida que a sociedade se tornou muito preocupada com a vida de seus membros – pelo bem da uniformidade moral, da prosperidade econômica, da segurança nacional ou da higiene e da saúde –, ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos de regulação do comportamento sexual, assim como a métodos intrincados de administração e de gerenciamento, a um florescimento de ansiedades morais, médicas, higiênicas, legais e a intervenções voltadas ao bem-estar ou ao escrutínio científico, todas planejadas para compreender o eu através da compreensão e da regulação do comportamento sexual (LOURO, 2000).

O tratamento do câncer do colo do útero avançado com quimioterapia e radioterapia é considerado uma técnica de intervenção terapêutica na tentativa de controlar a evolução do tumor e proporcionar maior sobrevida, mas, de forma indireta, causa um impacto negativo nos corpos e nas práticas sexuais proveniente do âmbito da medicina que, na tentativa de sobrevida, invade e controla os corpos.

Essas mulheres entenderam a necessidade de seguir as orientações, mas muitas delas apresentam dificuldades devido a presença dos efeitos do tratamento como elas relataram: dor durante a relação sexual, estreitamento do canal vaginal, ressecamento vaginal, incontinência urinária e redução ou ausência da libido, reduzindo a capacidade da mulher de engajar-se na atividade sexual. Com relação ao exercício de dilatação pelo método artificial elas percebem como uma prática muito estranha.

Foi perceptível a dificuldade do profissional quando a orientação se referia à atividade sexual e ao exercício de dilatação vaginal. Com relação a essas atividades que a mulher não estava fazendo regularmente, o nome referido foi “*das coisas que você não fez*”. Entende-se que essa abordagem pode desenvolver ainda mais dificuldade para que essa frequência e regularidade sejam colocadas em prática.

Essas mulheres foram orientadas pela equipe sobre o uso do preservativo por parte do companheiro, mas as participantes relataram que os parceiros não querem usar o preservativo durante a atividade sexual, e muitas referiram que já tinham relação há muitos anos sem o uso do preservativo. Isso foi colocado pelas participantes como um empecilho para melhora da atividade sexual tanto para a participante quanto para o companheiro.

*“Agora tem que ter mais precaução né, porque sempre tem que usar camisinha, antes a gente não tinha né, eu moro com ele há 12 anos não tinha aquela preocupação agora tem que usar. Já não tenho vontade aí tenho que usar camisinha aquele negócio seco. Aí não pode né, que a medica falou que não pode ter relação sem camisinha por causa do tratamento aí teve que mudar algumas coisas a médica falou comigo assim, você tem que ter duas ou três vezes na semana para canal ir abrindo (GUE14)”*.

A principal orientação no âmbito da sexualidade se dirige à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, e não ao prazer corporal, com bases ancoradas na higienização em saúde contida nesta proposta que se aproxima da relação corpo-disciplinarização e distância da relação corpo e prazer (Farah, 2010 *apud* Junqueira, 2014). No caso das mulheres que realizaram tratamento com radioterapia, a relação do prazer com o uso do preservativo é mais delicada. Isso se deve à redução das experiências sensitivas proveniente do tratamento, que se intensificam ainda mais com o uso do preservativo.

Para entender o contexto que se observa até os dias atuais, é preciso voltar ao tempo em que o cuidado com o enfermo foi historicamente uma das formas de caridade adotadas pela Igreja, que se conjuga na história da enfermagem. Nessa época, as mulheres cuidadoras prestavam assistência tanto com a finalidade de cuidado aos carentes quanto 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.

As práticas educativas da equipe com relação à sexualidade ocorreram em torno das orientações sobre o uso dos dilatadores, da lubrificação vaginal, do uso de preservativo, da regularidade do exercício ou da prática.

*“No meu caso tenho sempre que usar lubrificante e também a gente tem que usar preservativo né o médico fala que a gente não pode mais fazer sem, nem se caso você tenha somente um parceiro fixo, então eu uso. Mas, no restante eu fico com mais dificuldade na hora da penetração, porque fica mais rígido né. P- Mas depois melhora (GUE15)”*.

O tratamento e o acompanhamento dos efeitos adversos tardios na função sexual envolvem exames ginecológicos e orientação individual, e ao casal, quanto a forma de se relacionar, técnica de relaxamento, orientação para uso de lubrificantes à base de água, uso de hormônios, quando houver indicação médica, e realização de exercício de dilatação vaginal. Esses procedimentos envolvem a equipe interdisciplinar formada por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, ginecologista oncológico, psicólogo e psiquiatra (VIDAL, 2008).



De acordo com Junqueira (2014), o contexto assistencial e educativo sobre a sexualidade tem presenciado dificuldade na abordagem com paciente. A abordagem tem sido feita para analisar o comportamento da pessoa, responder a questionamentos da paciente, esclarecer e orientá-la quanto aos possíveis efeitos colaterais do tratamento e sobre a doença. São essas situações que as enfermeiras têm enfrentado no âmbito institucional, deixando transparecer dúvida, dificuldade e insegurança.

Para esta visão, de acordo com os pesquisadores Junqueira, *et al.*, 2013; Souto & Souza, (2004), ainda existem muitos entraves, entre eles a comunicação da sexualidade. Ainda é necessário aprofundar as questões relativas à sexualidade humana e nas disciplinas e conteúdos curriculares nos cursos de formação profissional. Pois ainda temos muito a aprender sobre o tema, precisamos reduzir o medo, preconceito e constrangimento por parte do profissional e da sociedade.

No estudo de FERREIRA, (2012) para compreender como a sexualidade no câncer ginecológico e mamário era abordado na prática da enfermagem na dimensão do cuidado. Os resultados demonstraram que a enfermagem precisa abordar e ampliar intensamente a questão da sexualidade e que essa prática educativa precisa ser sistematizada para que possa ser mais perceptível tanto pelos usuários assim como a sociedade.

Poucas participantes entenderam que a necessidade de uma atividade sexual regular serviu para estimular o casal e aumentar o desejo principalmente depois da braquiterapia e que os sintomas do tumor impediram, por um período, a atividade sexual, deixando o relacionamento ineficaz e frio.

As orientações de cunho normativo entre profissionais e pacientes podem não ser capazes de transformar as barreiras culturais já existente na vida do ser humano, pois entendemos que o corpo é construído conforme a cultura, difícil de haver mudanças.

Outro aspecto evidenciado pelas mulheres foi o rodízio de médicos que as atendem, não sendo possível criar vínculo para que se possa discutir sobre a sexualidade para desmitificar pensamentos empíricos que, de certa forma, afetam o retorno da atividade sexual.

*‘Eu ainda não consegui conversar com o médico para saber se está tudo bem (curada) (os residentes que atendem e tem rodízio) eu nunca tive oportunidade de conversar sobre a sexualidade igual estamos conversando com você, espero hoje ter um médico para atender e entrar em detalhes sobre a sua situação. Eu tenho fé em Deus de conseguir ter esse diálogo com o médico (GUE3)’.*

#### 6.4 – Interrompendo o desejo materno e a formação da família

As modalidades de tratamento do câncer e suas adicionais consequências na sexualidade e na fertilidade podem trazer um grande impacto, pois afeta uma das áreas consideradas muito importantes na vida das mulheres, e para qualidade de vida (PATRÃO, 2005).

A sexualidade faz parte da nossa vida, e a construção se dá ao longo das fases do desenvolvimento do ser humano. É na fase adulta que se centram as energias na partilha com o outro, na intimidade, em projetos comuns, e um desses projetos é o desejo de ter filhos e construir uma família. Ninguém quer adoecer com algo que pode limitar a sua capacidade de ser pai e ser mãe ou sua disponibilidade para isso (Woolverton; Ostroff, 1998). E no grupo de mulheres participantes deste estudo, suas narrativas demonstraram a interrupção dessas capacidades, que são adquiridas na fase adulta e reprodutiva das mulheres.

Assim como o útero e seus anexos, a gravidez se associa à construção dos papéis femininos. Eles não são apenas um evento biológico. Suscitam significados culturais que apontam para uma importante transição do status social de “mulher” para o de “mãe”. Por conta desses significados importantes para a identidade feminina, a infertilidade é para a mulher um fator de muita tristeza. E, em algumas sociedades, a “mulher estéril” é vista como uma pessoa frustrada e socialmente “incompleta” (HELMAN, 1994).

Ao fazer o resgate sobre o processo de medicalização do corpo da mulher é preciso ressaltar que ele tem características sobre o controle e a regulação biopolítica, que determinam, por meio de discursos e práticas morais, as condutas mais adequadas para a mulher na sociedade. Tal determinação sobre o corpo da mulher teve por base o papel fisiológico procriativo da maternidade, condenando qualquer forma de romper ou qualquer possibilidade de escolha sobre esse papel. Além disso, inviabiliza qualquer possibilidade de problematizar a experiência da maternidade e dos prazeres em uma perspectiva dos direitos sexuais (VIEIRA, 2008). No tratamento do câncer, as modalidades trazem sentidos sinônimos para controle de uma doença no corpo da mulher que pode afetar os sentidos simbólicos deste corpo.

Foucault (2002) enfatiza o modo como a biomedicina teve, e tem, função de controle social. Histórico e culturalmente, ela tem contribuído para um disciplinamento do corpo que determina posturas esperadas para a sociedade. Com essa postura se rompe a concepção de natureza, passando a ser concebida como passível de exploração e conhecimento científico. Com essa mudança, a medicina desloca do foco da doença para a saúde, nascendo, assim, o controle dos males para uma vida saudável. A doença passa a ser vista como causa de desorganização e mau funcionamento social. Com isso, a biologia e seu conhecimento científico

adotam estratégias para reger a sociedade. As ciências médicas objetivam resolver os problemas que tocam a própria vida da sociedade por meio de normatizações (Vieira, 2002).

À luz do processo de medicalização do corpo feminino e das observações do tratamento do câncer do colo do útero – a radioterapia –, percebemos no conjunto de depoimento das mulheres a interrupção do desejo ou esperança de ter filhos. Isso foi um aspecto evidenciado por elas depois do tratamento do câncer do colo de útero. As técnicas atuais de tratamento impossibilitaram o desejo da procriação na tentativa de controlar o câncer e manter a saúde.

*“Eu fiquei triste pelo fato de saber que não podia ter mais filhos, quando eles falaram que eu não podia ter mais filhos... eu pretendia ter mais um filho, porque só tenho um, aí isso, também foi ruim isso foi uma das piores notícias (GUE15)”.*

No intuito de amenizar o desejo ou de preencher o espaço que essas mulheres tinham em construir uma família, uma delas procurou cumprir esse papel inerente ao gênero cuidando e se aproximando de sobrinhos e atuando como cuidadoras de crianças.

Para as mulheres participantes desta pesquisa, a sexualidade estava intrinsecamente atrelada à reprodutividade, à procriação. Mas, diante do diagnóstico do câncer como doença que ameaça a vida, as consequências do tratamento na reprodutividade da mulher foram desconstruídas e elas optaram, em primeiro lugar, pela continuidade da vida, controlando o câncer.

A reprodução e a visão maternas historicamente surgem da ideia de que a natureza feminina se baseia em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher e se associa com a capacidade de gestar, parir e amamentar. À medida que essa determinação biológica parece justificar as questões sociais que envolvem este corpo é que ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre estes fenômenos (VIEIRA, 1999).

Eizirik (2001) relatou a exaltação da fertilidade como atributo máximo da mulher, e como prova de sua feminilidade – a maternidade –, sendo vista como inseparável à condição feminina. De acordo com este autor, a gestação e a maternidade trazem latente sensação de plenitude, poder e autoestima com capacidade geradora e um reconhecimento e uma atenção especiais proporcionados pela família e pela sociedade. Neste sentido, a permanência da fertilidade seria vista como uma virtude e a esterilidade, como uma punição ou um fracasso.

Preocupações com a segurança futura da prole foram muito apresentadas em nossos resultados. A relação entre sexualidade, reprodução e gênero é contínua na experiência subjetiva das mulheres que cresceram no patriarcado. Em nossa cultura, elas são responsáveis

pelos bebês, não somente porque os colocam no mundo, mas porque constituem o gênero socialmente responsável pela ligação e pelos relacionamentos (LOURO, 2000).

Um aspecto importante observado na entrevista foi o papel materno, pois essas mulheres, ao serem diagnosticadas com câncer, logo o viam como uma ameaça à vida. Por se encontrarem exercendo um papel socialmente materno, o medo de morrer e deixar os filhos lhos causavam um sofrimento ainda maior. Algumas se agarravam à fé, pedindo para continuarem vivas, pois queriam acompanhar o desenvolvimento dos filhos.

*“Dei uma imprensa em Deus sim, coloquei Deus na parede falei... olha dependo de ti agora está nas tuas mãos, me dá uma chance e deixa eu aqui mais um pouquinho! Eu preciso pelo menos ver meus filhos crescer depois disso, você faz o que quer, mas por enquanto, eu quero a minha vitória e aí foi puxado, muito puxado porque a radioterapia é todo dia né (GUE6)”.*

O estímulo e a motivação para realizarem o tratamento diante de muitas repercussões negativas foram a condição de mãe naquele momento, as responsabilidades e a vontade de continuarem presentes exercendo o papel denominado pela cultura e pela sociedade.

A mulher é, inquestionavelmente, a cuidadora da família. Embora tivesse incorporado concretamente papéis historicamente relacionados ao universo masculino, a mulher não se desfez daqueles que sempre foram de sua responsabilidade. O cuidado com os filhos, sobretudo com os aspectos relacionados à saúde e à educação é, ainda, responsabilidade hegemonicamente feminina (ZOLA, 1972 *apud* ZORZANELLI, 2013).

Nesse sentido, as narrativas apontam para a necessidade que as mulheres têm de estar em condições de exercer suas funções sociais de mãe, de provedora, de cuidadora, como pôde-se evidenciar nos discursos. Assim, narrativas apelativas e de apego com Deus no período do diagnóstico do câncer do colo do útero foram presenciadas, diante do lugar ocupado na dinâmica social, que consideramos marcantes nas narrativas.

No estudo de Molina e Marconi (2006), também foram encontradas as preocupações do âmbito materno diante do risco de morte em uma participante com diagnóstico de câncer de mama. A estratégia da mãe foi fortalecer a ligação do pai com a filha, pois, no pensamento materno, era necessário deixar a filha com uma referência, caso a mãe viesse a falecer, pois o casal era separado.

Com relação ao corpo e aos órgãos considerados simbólicos, a visão do útero foi associada, por uma de nossas entrevistadas, a um órgão reprodutor. Ao ser abordada pelo médico sobre as possibilidades da realização da histerectomia, logo aceitou a possibilidade do

procedimento, justificando que já possuía filhos e que não havia mais problema caso o útero fosse retirado.

*“Quando eu vim para o INCA, eu vim assim, na intenção que eu ia operar né, ia tirar tudo o útero essas coisas todas, falei... aí que bom que eu não preciso mais também ter filhos que eu também não ia querer mesmo né e vou ter uma vida normal vou ficar curada que aí tira logo tudo de uma vez né, mas aí é como eu tô falando eu cheguei até ir na mesa redonda mas aí teve um médico aqui que falou não, ela com HIV ela não pode não entendeu aí suspendeu a operação vamos fazer outro tipo de tratamento com ela que é a quimioterapia a rádio e a braquiterapia (GUE13)”.*

Para compreender esse resultado, é necessário resgatar que, historicamente, por muito tempo, a visão do corpo feminino foi voltada apenas para servir a finalidade reprodutiva, excluindo o prazer da vida sexual das mulheres. Isso era bastante forte, especialmente antes da emancipação feminina e do avanço dos métodos contraceptivos, que interferiram na forma como a mulher vivenciava sua sexualidade (MONTGOMERY, BERENSTEIN, MARCOLINI, 2002). É necessário ressaltar que, neste caso, a opção de tratamento não foi a cirúrgica, pois a participante possuía o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e ela entendeu que naquele momento a opção cirúrgica trazia maiores riscos para sua saúde e sua vida.

Para outras mulheres, o significado psicológico da retirada do útero encontra-se associada à manifestação na função sexual. Portanto, a importância do útero como órgão sexual modifica-se de mulher para mulher, ao saber que é um órgão que desempenha as funções de estrutura proporcionada para procriação, excreção, regulação e controle do corpo, assim como fonte de competência feminina, representa reservatório da força e vitalidade, visto como mantedor da juventude (DAVIM, 2005).

A determinação biológica da mulher a inscreve no espaço direcionado do lar e das funções maternas e domésticas. A mulher estaria destinada ao ambiente privado do lar, seu mundo seria o “mundo natural” dos afetos, do corpo e do sexo. Assim, os discursos médicos dos séculos XVIII, XIX e do início do século XX engendravam e encerravam a mulher dentro de “sua biologia”, recortando e minimizando as suas possibilidades de se pensar como sujeito cultural plenamente autônomo, além de determinar o uso do seu corpo em função do seu sistema reprodutor, provocando uma alienação da mulher em relação ao seu próprio corpo (MARTIN, 1989).

A medicina em diferentes épocas participou ativamente da construção do corpo feminino e de um modelo feminino ditado pela sua biologia, construindo sobre esse corpo

funções que passaram a caracterizar a mulher na função quase exclusiva de amamentar, parir, cuidar e a fragmentar seu corpo nos seus símbolos. A perda desses símbolos históricos afetará o modo como a mulher se verá diante do câncer afetando órgãos simbólicos, pois no caso do câncer ginecológico, além das representações sociais e culturais sobre a doença, a mulher ainda se vê diante das questões que envolvem a representação do corpo. Além da negociação de sentidos para a doença, ela precisa negociar os sentidos da própria identidade e imagem como mulher numa sociedade que valoriza o corpo feminino, a maternidade e a responsabilidade pela família (FOUCAULT, 1979).

Todo o contexto de significação do câncer do colo do útero está intimamente ligado à questão do corpo feminino e à representação social que ele envolve, estando os órgãos genitais associado à sexualidade, à maternidade e à feminilidade da mulher por ocorrer no órgão totalmente simbólico para ela. Além disso, o próprio câncer aparece nos discursos como uma doença de divisão, de separação e repercussão de alguma parte, ou partes, do corpo. É “um emaranhado que cresce”, invade e desagrega o corpo e, conseqüentemente, o ser humano.

Dar-se a entender que o câncer propiciou uma fragmentação do corpo feminino e de seus símbolos, estando os órgãos genitais, parte deste corpo, culturalmente associados à sexualidade, à feminilidade e à maternidade.

Por meio da literatura, observa-se a evolução do papel da mulher como mãe e participante da sociedade. O antropólogo Helman (1994) enfatiza experiências como gravidez e nascimento para o ser feminino e fala sobre a frustração da infertilidade para a mulher – um fator de decepção, que faz com que ela se sinta “incompleta”.

No imaginário social, o papel de ser mãe costuma ser atribuído à mulher como algo inerente ao ser feminino. Assim, desde a infância estimula-se o brincar com bonecas e o cuidar delas como mãe de verdade. Fica subentendido, no senso comum, que o desejo de ser mãe é algo indissociável no subjetivo da mulher.

## **6.5 – Apoio da família no enfrentamento da doença**

A crise desencadeada pelo diagnóstico de câncer pode levar as pacientes e sua família ao desespero. Esse desespero, muitas vezes, é acompanhado por uma série de emoções, como: indecisão, culpa, pressão, penalização e autopunição. Variáveis diversas como lendas e mitos são atribuídas à doença, que pode interferir na esperança ou no desespero do paciente e da família. A doença pode ser tomada como um castigo merecido e o paciente pode afundar-se no martírio desolador que, se não for atenuado de alguma maneira, talvez faça o paciente

intensificar cada vez mais o seu desespero. Assim, o apoio da família e da rede social é muito importante, atuando como uma caixa de ressonância, que pode ampliar ou abafar a dor sentida pelos membros envolvidos (SILVA, 2000).

No impacto da revelação, a primeira reação do paciente e/ou familiar é um choque. Os autores (Rolland, 1991; Hermann, 1985; Bowlby, 1993 *apud* Silva, 2000) mencionam esse choque como um entorpecimento, em que o paciente e/ou familiares, a partir desse momento, não percebem direito o que está acontecendo ao seu redor, como se a realidade pela sua dureza precisasse ser negada. Quando a realidade é muito dura, resta ao paciente e à família o recurso da negação.

*“Fiquei triste quando soube, levei um choque, mas, passou, eu sabia que Deus faz as coisas certas, se ele me deu essa doença, sabia que eu tinha capacidade de carregar. Então, eu levei aquele choque, mas, passou. Sentiu um negócio que não sei explicar, quando sai do consultório eu chorei e depois passou (GUE5)”.*

*“Eu levei um choque, parece que o chão abriu, chorei muito, não gosto de lembrar. Tive medo da morte, de deixar meu filho. (GUE3)”.*

Em nossa pesquisa, o apoio dos amigos, familiares e companheiros foi identificado por grande parte das participantes no momento do diagnóstico e do tratamento. O período do tratamento foi considerado um desafio, e os companheiros e os familiares acompanharam durante todo o tratamento realizado. Foi um momento em que as pacientes ficaram muito vulneráveis e precisaram ir várias vezes ao hospital, e o apoio de familiares foi crucial para o seguimento do tratamento e controle da doença.

Quando surge uma enfermidade como o câncer, o diagnóstico e o seu tratamento podem separar o paciente da família. Há o medo do abandono, que se manifesta tanto no paciente quanto no companheiro. Tanto o paciente quanto os membros da família podem sentir-se isolados pelo próprio estigma social da doença, seja real ou imaginário. O estresse da doença talvez distancie mais aquelas relações que já são débeis, enquanto os relacionamentos mais fortes podem se intensificar (SILVA, 2000). Em grande parte, este aspecto foi o último identificado pelas participantes.

O grupo familiar como fonte de suporte e força é essencial para que a mulher enfrente a enfermidade e o tratamento sem fraquejar, tornando-lhe os caminhos a serem trilhados menos árduos e angustiantes. Isso foi o que percebemos nas narrativas das participantes. Houve relatos atribuindo a família como fortalecedora para o processo terapêutico. Segundo algumas depoentes, sem esse apoio, elas teriam entrado em depressão.

O apoio da família foi considerado como algo que facilitou as pacientes a seguir o tratamento e tornou-o mais tranquilo, assim como também foi considerado algo principal ter a família e os companheiros presentes. Para corroborar com esses resultados, na pesquisa de Barros e Lopes, (2007), os resultados demonstraram que 100% das mulheres revelaram ter a família como o principal suporte para enfrentar uma doença como o câncer. Segundo Palmeira (2011), o apoio da família é essencial para dar suporte às mulheres e, muitas vezes, ajudá-las a superar o impacto do diagnóstico e dos efeitos desagradáveis da doença, ajudando na adesão ao tratamento e na prática do cuidado com sua saúde. Acredita-se que a família, ao conservar-se unida nessa ocasião de sofrimento, favoreça o fortalecimento do familiar doente (FEIJÓ *et al.*, 2009).

A literatura e a prática clínica mostram que a família torna-se um importante suporte para enfrentar tal situação (BARROS, LOPES, 2007), sendo o cônjuge um dos componentes dessa rede. No que se refere ao ajustamento psicológico e à qualidade de vida do paciente, o apoio do parceiro pode ser particularmente relevante.

Além do apoio familiar, o apoio de amigos foi proporcionado por meio de estímulo e diálogo para que as pacientes lutassem diante deste desafio, que não é fácil, por deixá-las muito debilitadas. Elas reconheceram que o apoio dos companheiros ocorreu no momento em que elas mais precisaram, momento em que o esposo assumiu papel de pai na percepção da participante. A presença dos companheiros nesse momento promoveu mais segurança, deixando-as mais seguras e confiantes.

O apoio da família foi marcado com algo extremamente importante para ajudar no controle da doença, o que tornou mais fácil passar pela situação considerada tão delicada. Assim como também foi marcado pelas mulheres, pois foram acompanhadas durante o tratamento e as consultas. Portanto, a família foi apontada como fator principal para enfrentar a doença.

Ribeiro (1994) afirma que todo ser humano precisa de relações afetivas, principalmente em situações estressantes, para que, dessa forma, melhore a sua qualidade de vida biopsicossocial e contribua com as suas estratégias de enfrentamento. O sustentáculo demonstrado pelos familiares durante a vivência da mulher com câncer do colo do útero fortaleceu estas a lutarem pela continuidade de seu tratamento, a fim de buscarem a possível melhora da qualidade de vida e controle da doença. Nesse sentido, a família é fonte de apoio, segurança e reconhecimento por parte das doentes. Mesmo em momentos em que a doente queira estar sozinha, o estar próximo de familiares para atender a qualquer possível solicitação serve de conforto, ou seja, é um ato de amor (BIELERMANN, 2003).



Como a família também fica muito abalada com a doença, devido ao risco de perda do ente querido, é preciso que ela receba informações da equipe e seja amparada no momento em que precisar, para que esteja com segurança para caminhar ao lado desta mulher, proporcionando-lhe atenção e fortalecimento.

Ficou evidenciado pelas participantes que o câncer não afeta somente o corpo biológico, mas também os aspectos psicológicos e social pelas várias situações de sofrimento apresentadas pela doença. Portanto, a necessidade de apoio da família frente a todas as demandas que são apresentadas em decorrência da doença foi considerada essencial para enfrentar a doença e o tratamento.

O estudo de Silva (2000) identificou na rede social que os participantes com diagnóstico de câncer informaram sentir-se apoiados pela família, amigos, paramédicos, médicos, correligionários e também por outros pacientes que se encontravam em situação similar, mas que estavam conseguindo fazer frente à situação. Averiguou-se que, nos casos em que integrantes da família conseguem manter-se unidos e apoiando-se mutuamente, por meio da expressão, dos seus sentimentos e de suas emoções, puderam sair dessa situação mais fortalecidas e com mais capacidade para enfrentar novos desafios.

O apoio exercido pela família e amigos mostra-se importante, pois o paciente sente mais segurança ao ter uma rede de apoio que possa ouvir seus temores, medo e angústia. O fato de poder compartilhar essas emoções com os outros membros da família faz com que as pacientes se sintam aliviadas dos sofrimentos e passem a vivenciar situações inéditas. As entrevistas mostraram que, à medida que considera a família como um elemento imprescindível, a compreensão do impacto gerado pela revelação do diagnóstico pode ser aliviado.

## **6.6 – O medo, sentimento que interfere na atividade sexual e das mudanças do corpo**

O medo é um sentimento ligado ao próprio ser humano e definido como um sentimento de grande inquietação frente à noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça (FERREIRA, 2010). A forma e a intensidade com que ele se apresenta em cada indivíduo podem ser variáveis e irão depender do modo como é vivenciado dentro de cada situação e realidade a que se apresente.

Segundo Holland (1990), o medo do câncer permanece por séculos enraizado na nossa sociedade, nos pacientes com a doença, e embora atualmente o câncer apresente uma forma de tratamento mais avançada e seja objeto de pesquisas sistemáticas, o medo persiste e o impacto pode causar modificações nas atitudes frente à doença.

O sentimento de medo foi identificado como uma das principais sensações entre as mulheres após o diagnóstico do câncer. Neste caso, as mulheres se referiram ao risco de modificações da imagem social devido ao tratamento, como por exemplo, com a queda do cabelo, nesse caso, a alopecia, o emagrecimento resultando nas alterações do corpo. Para que elas não percebessem emocionalmente a perda capilar, foi sugerido pela família o corte dos fios antes de iniciar o tratamento, pois tem-se a percepção que, quando o fio comprido começa a cair, o impacto emocional é maior. Observa-se também a associação do medo às possíveis alterações do corpo e aos sentimentos de como serão percebidos por outras pessoas.

Além dos aspectos corporais, Carvalho (1994) ressalta os temores do paciente oncológico relacionados à perda dos ideais, objetivos de vida, papéis sociais e ao fato de trazer sofrimento à família. Além disso, algumas dificuldades psicossociais podem ser observadas. Entre elas destaca-se a forma de enfrentar a possibilidade da morte, ansiedade pela cura, mudança no desempenho dos papéis sociais, enfrentamento de mudanças corporais, tudo decorrente da doença e dos tratamentos (NASCIMENTO-SCHULZE, 1997 *apud* BARBOSA, FRANCISCO, 2007).

*“Com relação a atividade sexual estou insegura em certas posições somente isso. Fiquei insegura. Mas, você sente algum desconforto? Eu fico com medo de doer, sangrar. Eu fico insegura. Em certas posições eu fico insegura. Entendeu eu fico assim insegura e travo. Ah, por conta do medo provavelmente. Você entendeu fico com medo de machucar assim eu travo dou uma travada (GUE11)”.*

O tabu, que historicamente a sociedade criou com relação à parte interna do corpo, foi percebido nas entrevistas, em que as mulheres demonstraram que têm dificuldade de se tocar, deixando perceber que o corpo é desconhecido por elas e que, dependem, às vezes, de profissionais para examiná-las. Neste sentido, percebe-se que a sexualidade feminina é envolvida pelo medo, principalmente quando se relaciona ao seu corpo. Assim, é relevante considerar a dimensão cultural do corpo, tendo em vista que a prática e o saber sobre o corpo não se encontram isentos da historicidade (HEILBORN, 2003).

*“A minha preocupação era de cair meus cabelos. Eu cansei de perguntar aqui se meus cabelos iam cair. Falavam que não. Aí quando fui pra Petrópolis eu virei para o doutor Eduardo e falei assim - doutor Eduardo o meu tratamento vai ser rigoroso os meus cabelos vai cair? (GUE12)”.*

Com o tratamento do câncer, novas atitudes sobre a exposição do corpo são tomadas e o controle da informação corporal passa a fazer parte das preocupações da mulher. Porém,

haverá um momento em que esse controle se tornará difícil de ser realizado e a informação sobre a doença será compartilhada socialmente. Nesta fase, parte do tratamento contra o câncer colocará a mulher em contato com o sentimento de estigma representado pelo câncer e percebido em nossa sociedade (GOFFMAN, 1988). Os aspectos relacionados ao tratamento irão colocar a mulher em contato com o sentimento do estigma relacionado ao câncer devido aos efeitos colaterais gerados, que acabam por tornar a doença pública através da queda do cabelo e da perda de peso, sendo o medo causado por essas circunstâncias ocasionadas pelo câncer e pelo tratamento.

Atualmente, as mulheres ainda desempenham diversos papéis que envolvem ser mãe, esposa, ter aparência saudável e ser atraente para o sexo. Percebe-se que esses papéis são ameaçados depois do diagnóstico do câncer do colo do útero, o que desenvolve medo e preocupação pelas mulheres que recebem o diagnóstico de neoplasia em órgãos considerados simbólicos.

*“Depois do tratamento não retornei com a atividade sexual nem para o namorado, porque sinto medo e falta de coragem; já faz um ano que terminei o tratamento. Eu tenho vontade de retornar conseguir outro namorado, mas, sinto medo (GUE3)”.*

O medo também foi relatado pelas mulheres que sentiram no momento da aplicação da radioterapia. Uma participante relatou que não conseguia mais ouvir o nome “radioterapia”, que logo apresentava náuseas ao entrar na sala de tratamento, assim como do aparelho e do barulho. Outra participante relatou que acordou durante a braquiterapia e foi muito desconfortável, pois sentiu como o procedimento é invasivo. Para Veras (2011), o tratamento do câncer pode desencadear alterações físicas e psicológicas na vida da mulher, podendo, assim, ser influenciada pela sua história de vida pessoal e familiar, suas particularidades psíquicas, além de fatores como o ambiente, a cultura e os costumes.

De acordo com Bonassa (2012), a influência dos aspectos psicoemocionais no que se refere ao quadro de náusea e vômito pode ser subestimada. Fatores como ansiedade, medo, condicionamentos, ambientes e barulho podem desencadear ou acentuar fenômeno emético.

*“A radioterapia eu não gosto nem de ouvir falar nesse nome. Porque eu fiquei assim muito enjoada eu tinha um trauma, não conseguia nem descer, do parelho nem entrar mais naquela sala, assim quando eu me aproximava do consultório eu já ficava muito enjoada ficava nervosa e com a quimio. foi tranquila, mas, a rádio não gostei eu me senti muito mal com aquilo, eu tenho pavor daquele aparelho, eu tenho pavor daquela*

*sala escura o barulhinho. Aonde eu escuto esse barulho eu passo mal, entrava muito bem aqui nesse hospital quando eu pegava aquele caminho para ir para lá nossa, foi horrível não gostei. **O que você sentia?** Enjoo, pânico não sei explicar, tenho pavor e trauma daquele barulho, se eu passar em algum lugar que eu ouça um barulho parecido com aquele, eu entro em pânico (GUE16)”.*

Outro aspecto decorrente do tratamento do câncer observado pelas depoentes foram as restrições do corpo e se referem à beleza e aos cuidados com ele. Algumas restrições foram relacionadas ao modo e à intensidade de exercícios físicos, atividades que ajudavam a definir o corpo, e que depois do tratamento não eram mais possíveis de serem desempenhadas como anteriormente.

*“Só foi ruim porque antes do câncer eu malhava gostava de me cuidar e tal, eu malhava muito né, tinha um corpo diferente e gostava de me cuidar; e depois o que me deixou triste foi a notícia que a fisioterapeuta “disse” que eu não podia malhar como eu malhava antes, não podia pegar peso mais, não podia fazer musculação mais...que eu fazia musculação pesada agora era mais só aeróbico e que eu só podia fazer musculação muito leve, isso, foi ruim eu sofri com isso aí (GUE15)”.*

O impacto com relação ao corpo da mulher ocorre num momento em que assistimos, como nunca antes, à celebração ao surgimento de corpos saudáveis e perfeitos, mas simultaneamente novas doenças vêm emergindo e causando devastação da imagem do corpo dessas pessoas. Como por exemplo a AIDS e o câncer. A suposição pela sociedade é de que o corpo expressa uma verdade fundamental sobre a sexualidade, apesar da sexualidade não ser simplesmente o corpo biológico, mas podemos vivenciá-la de diversas formas (LOURO, 2000).

Os indivíduos que apresentam maior medo de envelhecer, que investiram muita ênfase na sua aparência juvenil, como também na perfeição e no funcionamento do próprio corpo, têm dificuldade de aceitar as mudanças provocados pela doença e por seu tratamento (SILVA, 2000).

Com relação ao desempenho sexual das mulheres, o medo foi um dos entraves identificados, que impedem o retorno e desempenho sexual, ouvimos o relato de não se relacionar mais com ninguém devido ao medo do retorno da vida sexual. O medo também foi evidenciado pelos parceiros durante a prática sexual. Esta atividade, segundo as participantes, é realizada com muito cuidado devido ao medo de não traumatizar e, por isso, mantêm muito cuidado durante a relação sexual.

*“A parte sexual ficou um pouquinho abalada por que a gente fica com medo né você está fazendo um tratamento ali entendeu mesmo que diz, não você pode fazer assim assado com camisinha tudo mas dar um pouco de receio né (GUE6)”.*

Portanto, acredita-se que o medo também esteja relacionado à possível volta dos sintomas da doença, pois o protocolo – radioterapia e quimioterapia – é indicado para os casos avançados e inoperáveis, em que as mulheres, depois do tratamento, precisam ficar no seguimento por um período até receberem a alta. Compreendemos que isso cause insegurança, medo e ansiedade entre as mulheres. Portanto, o medo envolve a vida dessas mulheres de diferentes formas.

Algumas mulheres relataram que depois do tratamento ficaram retraídas, mas declararam que tiveram ajuda da enfermagem quanto às orientações para amenizar os efeitos do tratamento. São as intervenções da equipe de saúde importantes e necessárias para amenizar as consequências do tratamento do câncer.

No estudo de Leite (2015), com mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero, a sexualidade também foi representada como algo que amedronta, traz aflição, insegurança e o medo do que realmente pode acontecer durante a relação. O medo foi retratado pelas mulheres de forma geral, expressando sentimentos de dúvidas e insegurança, relacionados à vida sexual e ao diagnóstico. Diante disso, as representações sobre a sexualidade irão permanecer, tendo o medo como pano de fundo, que pode causar um desequilíbrio na vida das mulheres.

A grande quantidade e a intensidade de referências ao medo nos depoimentos desta pesquisa evidenciam que é necessário que a saúde sexual da mulher que recebeu tratamento para o câncer do colo do útero precisa ser valorizada, tanto nas unidades de referências quanto na atenção primária com ações efetivas, para proporcionar um viver da sexualidade de forma prazerosa, trazendo bem-estar e segurança para essas mulheres. Nesse sentido, acreditamos que necessite de mais estudos e pesquisas, pois nos chama atenção a fragmentação da mulher no campo da sexualidade, uma vez que é observado escassez em pesquisas que abordem questões relativas a esse gênero.

Também foi observado que, após o tratamento, o desejo pelo retorno da atividade sexual teve como principal obstáculo o medo, algumas vezes determinando o rompimento de relações. Essa prática foi abolida, e, ao saber do diagnóstico, ela teve uma decisão radical e interrompeu com o relacionamento.

As mulheres, ao vivenciarem um mundo desconhecido frente ao câncer e suas repercussões do tratamento que gera mudanças na vida sexual, desencadeiam sensações de

conflito e aflição, originando um comportamento de angústia, agitação e medo. Todavia, a representação das mulheres com relação ao câncer é assustadora e temerosa, demonstrando, assim, o temor que ele representa em suas vidas, causando, desse modo, a perda do equilíbrio e da saúde (REGIS, SIMÕES, 2005).

Em outro estudo de (Almeida *et al.*, 2008), as mulheres perceberam a radioterapia como um bom tratamento, apesar do medo diante do desconhecido e das limitações no cotidiano, devido aos efeitos colaterais. O estudo também revelou a importância da orientação a essas mulheres pela equipe multiprofissional, especialmente o enfermeiro, em todas as fases do tratamento.

### **6.7 – Ressignificando os valores da vida e cuidando de si depois do câncer**

A notícia do câncer para algumas mulheres foi comparada ao filme *Titanic*, ou seja, para elas, é como se uma tragédia tivesse ocorrido em suas vidas. Para elas, a percepção depois do diagnóstico modificou a forma de ver e viver a vida. Elas se tornaram pessoas melhores e valorizaram mais a família. Segundo elas, ao passar por esse processo turbulento, reconheceram a necessidade de valorizar mais a família e a própria vida. Com relação a vida após o tratamento:

*“Eu mudei a forma de ver a vida e me tornei uma pessoa melhor (GUE4)”.*

*“Tudo melhorou. A parte física, emocional, espiritual concentração, foco, vontade de viver, de se cuidar, melhorou tudo. Foi divisor de águas o câncer na minha vida. Foi a melhor coisa que me aconteceu. Senti muitos sintomas no tratamento, mas agora, tá tudo se normalizando graças a Jeová eu estou bem, me organizando ainda, ainda não consegui me organizar totalmente, mas já tá bem melhor (GUE10)”.*

A reconstrução de valores e sentimentos ocorreu depois do diagnóstico ao perceberem o câncer como uma ameaça da morte. Em determinados momentos da vida, podemos nos deparar com mudanças difíceis e dolorosas na saúde, que podem alterar o curso da caminhada de nossa vida, dando novos significados com o intuito de aproveitar mais a vida (RZEZNIK, AGNOL, 2000; SALCI, MARCON, 2011).

De acordo com Smeltzer e Bare (2009), a vivência de uma enfermidade provoca muitas reações e sentimentos estressantes, pois o paciente e a família terão que se adaptar às delimitações que a doença impõe, reconstruindo sua vida depois do diagnóstico de câncer.

*“Mudou a minha vida porque antes eu não tinha toda essa preocupação, agora eu tenho que ter né? Porque tem os horários para fazer o cateterismo, eu não posso*

*deixar de fazer. É mais responsabilidade que antes, aí depois que você sabe que está com alguma coisa você tem que se tratar (GUE14)”.*

De uma forma geral, o diagnóstico de câncer é associado ao estigma da morte, e é depois disso, que muitas pessoas começam a rever seus conceitos e tentar melhorar a qualidade de vida. A busca do próprio ser, a descoberta da vida, pode ser uma das armas mais fortes contra a doença (Leshan, 1994). Diante disso, percebe-se que a experiência que essas mulheres vivenciaram ajudou-as a redescobrir outra forma de viver e sentir a vida.

*“Depois que a gente passa por um processo desse eu dou mais valor à minha família (GUE4)”.*

Na percepção de outras participantes, o câncer foi uma das melhores coisas que aconteceu na vida, pois foi por meio do diagnóstico que a vida delas mudou, assim como a forma de viver e de pensar, valorizando mais alguns aspectos da vida. Pela compreensão destas participantes, nem sempre o câncer significa dor, sofrimento e morte. Neste caso, segundo Kubler-Ross (1981), as pessoas reagem diferentemente a situações como uma doença grave, dependendo de sua personalidade, do estilo e do modo de vidas progressos.

*Eu falei para minhas irmãs que o câncer havia sido uma das melhores coisas que aconteceu na minha vida. Elas não acreditaram falaram assim... o que você tá falando? Mas, porque elas não seguiram meu raciocínio porque eu disse que assim, mudou tudo, mudou minha forma de viver minha forma de pensar de olhar para as pessoas, de olhar sabe, de dar valor ao que realmente você precisa dar valor e daí eu falei para elas que a palavra câncer ela nem sempre significa dor, sofrimento e morte (GUE6).*

Essa depoente relatou durante a entrevista que a religião espírita contribuiu muito para ajudar e entender as situações com as quais se deparou durante o diagnóstico. Existem diversas formas de se entender o que seja espiritualidade, algumas pessoas entendem como transcendência ou troca de energia.

No estudo de Salimena *et. al.*, (2014) foi identificado que a crença é algo importante quando se relaciona com doenças, cujo nome é sempre associado à morte, por fazer acreditar e ter fé em alguma coisa e se torna essencial para a continuidade do tratamento e da vida. Por isso, é importante que os profissionais de saúde valorizem e utilizem as crenças individuais para o cuidado às mulheres com câncer do colo uterino, utilizando, assim, a crença como aliada no bem-estar da mulher acometida por esse tipo de neoplasia.

Após o diagnóstico de câncer, a participante deu seu depoimento expressando o desejo de que não voltaria mais a trabalhar, visto que já tinha direito à aposentadoria, e seu planejamento naquele momento era ficar junto da família, viajar e passear com os filhos.

Com o diagnóstico, as mulheres decidiram ter mais cuidado com sua saúde, e assim, se cuidando mais, terão mais confiança de que a doença ficará controlada. Esses cuidados, tais como alimentação, exercício físico, consultas de rotina, entre outros, são para melhorar a qualidade de vida.

*“Me sinto muito melhor agora, nova de novo. Muito bem mesmo graças a Deus. Antes não pensava em quase nada agora, graças a Deus é outra cabeça. Assim, você dá ainda mais importante a sua vida, a sua saúde as pessoas que te cercam graças a Deus a minha família meu esposo me ajudou muito entendeu. Sou uma outra pessoa nossa! (GUE9)”.*

Vivenciar o câncer implica mudanças e adaptações tanto no estilo de vida quanto na alimentação, sobretudo no que diz respeito ao modo de preparar os alimentos a serem consumidos (ROCHA, 2014; SALCI, MARCON, 2011). Nesse sentido, trata-se de uma forma de cuidado de si, que, entre outros, expressa uma ideia positiva do indivíduo sobre as questões com as quais deve se preocupar, a fim de alcançar o bem viver pleno (FOUCAULT, 2009).

Entre um dos cuidados principais identificado entre as mulheres foi o exercício de dilatação vaginal, que encararam como um cuidado que faz parte do tratamento que elas fizeram. Algumas enfrentaram dificuldades físicas, emocionais e culturais, outras apresentaram resiliência com a estratégia de intervenção. Entenderam como uma prática para não deixar o canal vaginal fechar, possibilitando a realização de exames de rotina.

A experiência do câncer pode significar um ponto de mutação na vida das pessoas. De forma geral, a sociedade constrói sua vida de forma racional abstenho-se de observar as relações do ambiente e o semelhante. Em casos de doenças graves, as pessoas tentam buscar o autoconhecimento e avaliar suas posturas frente a determinadas situações da vida, resgatando alguns valores e princípios que foram esquecidos por interesses materialistas (LESHAN, 1992).

Não podemos nos esquecer nunca de que também podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. Porque o que importa, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado, que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana. Quando já não somos capazes de mudar uma situação, podemos pensar numa doença incurável, como



essas mulheres que chegaram com doença avançada, inoperável e foram desafiadas a mudar elas próprias (FRANK, 1991).

Nós, enquanto profissionais, precisamos estar prontos para produzir esperança na vida das mulheres que enfrentam o câncer, tendo em vista que o câncer acomete órgãos simbólicos da mulher e a repercussão na vida delas são muito profundas.

Para corroborar com esse estudo, Salci e Marcon (2011) identificaram que a vivência de quem enfrenta o câncer, assim como a vida da família, passa por adaptações, sendo que novos significados foram atribuídos à vida, caracterizado pela inserção de hábitos que antes eram pouco praticados e/ou valorizados em seu cotidiano e pela reavaliação de alguns conceitos pré-existentes. Diretrizes foram estabelecidas em seu dia a dia com a finalidade de promover mudanças nos hábitos de vida. Muitas famílias mudaram os hábitos de alimentação, procurando realizar refeições com alimentos mais saudáveis.

Com muita precisão uma das participantes afirmou que não consegue pensar em seu futuro, e isso se refere às repercussões da doença e do tratamento. Para ela, além dos sintomas de pânico que sentia no momento da radioterapia, depois desenvolveu incontinência urinária e perdeu totalmente os estímulos que tinha pela atividade sexual. Por tudo isso, não sente mais desejo pela vida sexual e a social, mas tenta melhorar sua qualidade de vida, pois ainda não perdeu a vontade de viver, apesar de lutar muito, mas, afirma ser difícil o que o câncer proporcionou.

De acordo com Palmeiras (2011), depois do câncer a atividade sexual da mulher pode ficar prejudicada apesar, de poder ser exercida de diversas formas durante a vida. Essas alterações na vida sexual da mulher ocorrem devido ao surgimento de vários sintomas desagradáveis que surgem do tratamento, principalmente devido a radioterapia, prejudicando assim, a rotina sexual desenvolvida anteriormente ao câncer.

Observamos que o afastamento das atividades laborais ou recreativas se torna cada vez mais evidente neste grupo de mulheres diante dos sintomas ocasionados pelo câncer do colo do útero. Logo, algumas mulheres se sentem impedidas de desfrutar a vida social fora de casa, como observado nesta pesquisa, levando e conduzindo-as a uma maior permanência dentro do espaço doméstico, deixando-as angustiada e com baixa da autoestima.

O cuidado de si, segundo Foucault (2009), pode ser entendido como o conhecimento de si, que exige determinadas regras de conduta e princípios que precisam ser conhecidos. Desse modo, o sujeito encontra particularidade através da valorização de seu ego e do conhecimento de si realizado por meio do seu cuidado próprio. Após o tratamento, as pacientes entenderam a necessidade do cuidado do seu corpo para que tivessem qualidade de vida.

O princípio do cuidado de si toma a forma de uma atitude, de um comportamento e de um modo de levar a vida, enfim, se configura numa cultura do cuidado de si, que se representa por meio de técnicas, receitas e saberes transformados em comportamentos. Na cultura de si aparecem duas posturas básicas: a observação e a ação (FOUCAULT, 2009).

Quanto ao cuidado de si, as mulheres aderiram atitudes e comportamentos para o cuidado do seu corpo para obter melhor qualidade de vida e resultados com o tratamento radioterápico. A preocupação e o cuidado com a saúde foram representados como o reconhecimento de assumir a responsabilidade com a sua saúde, em que foram introduzidas práticas de cuidado em sua vida diária, assim como atividade física, alimentação, hidratação e cuidados com a saúde.

Observou-se que o cuidado foi colocado em prática a partir de informações sobre os fatores de risco para o câncer e das orientações recebidas da equipe com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, procurando estratégias saudáveis depois do diagnóstico.

As mudanças vivenciadas pelas mulheres e seus familiares no estudo permeiam várias etapas do enfrentamento da doença que, por sua vez, repercute em diversas alterações no contexto do modo de ver e viver o mundo. Ocorreram mudanças nos hábitos de saúde, passando a existir uma maior preocupação da mulher com seu corpo, em que fica mais atenta para alterações, visto que passou a realizar exames preventivos periodicamente.

O percurso sistemático desta pesquisa teve o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em sua intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico.

## 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos esta pesquisa, tínhamos em mente que a experiência da sexualidade das mulheres era pronta e estritamente ligada à atividade sexual e que os seus discursos iriam considerar o sexo como ponto central da sexualidade. Tal pensamento tinha por base a noção de que a sexualidade é um assunto-tabu na nossa cultura – estando distanciada dos discursos públicos do cotidiano das mulheres. Na verdade, estávamos enganados, pois outros sentidos emergiram ultrapassando o pressuposto inicial. Discursos sobre relações sentimentais e familiares, sobre crenças e sexo, além das relações com o mundo médico, foram fatos de diferentes correlações que mostraram as distintas concepções sobre sexualidade e suas conexões com o processo do tratamento.

Em nossa análise, as relações das mulheres e seus cônjuges ou namorados mostrou-nos a possibilidade da situação-limite gerada pela doença e o tratamento proporcionando a ampliação da afetividade, da segurança e do cuidado entre os casais. Neste sentido, as relações entre gêneros são passíveis de adaptações e resiliência no contexto sociocultural em nossa sociedade.

As circunstâncias negativas relacionada ao comportamento sociocultural impactou na falta de diálogo sobre a atividade sexual, assim identificado no relato de algumas participantes, ficando claro as repercussões na sexualidade da mulher, além das perdas que ocorrem depois do diagnóstico de câncer, mas que não impedem a convivência e o compartilhamento de sentimentos.

O corpo da mulher e os fenômenos relacionados a ele como a saúde, a doença e os cuidados permanecem atrelados a formas de pensar e agir referente ao contexto socio-histórico de sua produção. Como observou Foucault, em relação ao papel da medicina na configuração e modelação dos corpos, pôde-se observar isso por meio do discurso das mulheres que após o tratamento tiveram as prescrições sobre o uso do preservativo, o exercício de dilatação vaginal e a comunicação médica sobre a infertilidade decorrente do processo de medicalização. Sua dificuldade de lidar com essas indicações revela a resistência à integração em um modelo de sexualidade distante de sua realidade cultural. Compreendemos que esses aspectos ultrapassaram a noção de barreiras culturais, demonstrando, na verdade, um obstáculo gerado por contextos formativos diferenciados.

O câncer, acometendo o gênero feminino e seus órgãos simbólicos, trouxe os sentidos de perda de alguns papéis inerentes ao gênero na sociedade, como o acompanhamento do crescimento dos filhos e o rompimento do desejo da procriação.

A rede de apoio, como a família e os amigos, foi considerada um suporte imprescindível no sentido de fortalecer as mulheres, sendo essencial para que enfrentassem a enfermidade e o tratamento sem fraquejar, tornando os caminhos a serem trilhados menos árduos e menos angustiantes.

O medo foi o sentimento que mais apareceu no discurso das mulheres, carregando em sua fala os sentidos de medo da morte, dos aparelhos do tratamento, medo ao retorno da atividade sexual, das mudanças no corpo alterando sua identidade e sua imagem corporal.

O câncer, possivelmente devido ao estigma, ficou emblemático na vida e nos sentimentos dessas mulheres, possibilitando reconstruir outras formas de viver e observar os fenômenos e sentidos da vida, dando mais valor à família e valorizando menos os recursos patrimoniais e capitalistas.

A partir desses resultados foi possível evidenciar que, embora o câncer tenha trazido uma repercussão muito negativa para as usuárias e seus companheiros e namorados, por acometer o órgão simbólico da mulher, muitos casais foram capazes de construir e desenvolver características positivas com relação à sexualidade.

Consideramos que toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, quanto a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. Neste momento, ficamos até aqui, porém entendemos que novas interpretações podem surgir no decorrer do amadurecimento sobre a problemática explorada.

Percebemos que pesquisar sobre a experiência da sexualidade e do câncer ginecológico requer o resgate não apenas dos aspectos socioculturais relacionados à doença em si, mas também das questões que envolvem a construção histórico-social da sexualidade, do corpo feminino e do gênero na nossa sociedade.

Aproximar-se de referenciais sobre sexualidade, gênero e corpo como eixo norteador desta pesquisa foi de grande relevância para o desenvolvimento dela. Adentrar o universo sociocultural da sexualidade e poder olhar para as condutas profissionais e o posicionamento dessas mulheres trouxe-me um crescimento profissional indimensionável.

## 8 – REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica. Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da IPq-HC-FMUSP* 33(3);162–167, 2006.

ALMEIDA, L. H. R. B; PEREIRA, Y. B. A. S; OLIVEIRA, T. A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer do colo uterino. *Revista Brasileira de enfermagem, Brasília*, 61(4): 482-7, jul-ago 2008. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 04/03/2017.

ANACAK, Y. et. al. Late radiation effects to the rectum and bladder in gynecologic cancer patients: the comparison of LENT/SOMA and RTOG/EORTC late-effects scoring systems. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, v. 50, n. 5, p.1107-1112, 2001.

ARAÚJO, C.; Scalon C. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. *Rev Bras Cienc Soc. Out*; 21(62):45-68, 2006.

AURELIANO, W. A.; A destruição da Parte e a (re) construção do todo: Identidade e corpo na experiência do câncer de mama. *Revista Antropológicas*, ano 11, volume 18(1): 239-274, 2007.

AXELSEN, S. M., PETERSEN, L. K. Urogynaecological dysfunction after radical hysterectomy. *Eur J Surg Oncol.*; 32(4):445-9, 2006.

BARILLOT, T. *et. al.* Impact on treatment outcome and late effects of customized treatment planning in cervix carcinomas: baseline results to compare new strategies. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, v. 48, n. 1, p. 189-200, 2000.

BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L.; A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. *Rev. SBPH* v.10 n.1. Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, D. O.; Lopes, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 295-298, 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 70ª ed. Lisboa – Portugal. (Tradução), 1985.

BASSON, R. *et al.* Efficacy and safe-ty of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J. Womens Health Gend Based Med.*; 11(4): 367–77, 2002.

BERNARDO, C. B. *et al.* Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 85-90, 2007.

BIELERMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Rev. Bras. Enferm.* v. 56, n. 02, 2003.

BOFF, L. *O despertar da água: o dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade*. Rio de Janeiro: Ed. vozes, 1998.

BONASSA, E. M. A.; GATO, R. M. I.; *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. (M.L. Menezes, trad.) Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de assistência integral a saúde das mulheres (PAISM): ações programáticas*, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 145 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Viva Mulher. Câncer do colo do útero. Informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, MS. INCA. Rotina interna do INCA: serviço de ginecologia – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro – INCA, 2008.

BRAIDOTTI, R.; *Metamorfosis: hacia una teoria materialista del devenir*. Madrid: Alcal, 2002.

BREHM, S.; *Las relaciones intimas*. In S. Moscovici (Org). *Psicologia Social I* (pp. 211-236). Barcelona/Buenos Aires/México: Ediciones: Paidós, 1991.

BURNS, M. P.; ROUTLEGE J. A.; SWINDELL R. Radiotherapy for carcinoma of cervix on sexual function assessed using the LENT-SOMA scales. *Radiother. Oncol*, v. 68, n. 1, p. 61-67, 2003.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. (Tradução de Renato Aguiar). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, S. R. *et al.*; *Medicalização: uma crítica (im) pertinente?* *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015.

CARVALHO, V. A.; *Atendimento Psicossocial a Pacientes de Câncer: Relato de uma Experiência* (pp. 204-225). In: KOVACS, M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

CHEN, S.W. *at al.* Radiation intestine following hysterectomy and adjuvant radiotherapy for cervical cancer. *Gynecol. Oncol.*, v. 95, n. 1, p. 208-214, 2004.

COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. *Dicionário Crítico de Gênero*. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2015.

COUTINHO, A. *A educação na luta contra o câncer*. *Revista Brasileira de Cancerologia*; vol. 14, nº 17, p. 5-63. 1957.

CONRAD, P. *Medicalization and social control*. *Annual Review of Sociology*, 18 (s/n), 209-232. 1992.

COSTA, T. *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 10, n. 20, p. 363-380, jul./dez., 2006.

CREMERJ. Código de ética médica: legislação dos conselhos de medicina / Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010. 80 p. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf>.

DA SILVA, R. M.; Mulheres submetidas a tratamento para câncer do colo uterino. Percepção de como enfrentam a realidade. *Rev. Bras. Cancerol.*; 48(4): 493–8. Rio de Janeiro, 2002

DAVIDSON S. E. *et. al.* The impact of radiotherapy for carcinoma of the cervix on sexual function assessed using the LENT-SOMA scales. *Radiother. Oncol.*, v. 68, n. 3, p. 241-247, 2003.

DESLANDES, S. F. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

DONOVAN K. A. *et al.*; Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecol Oncol.* Feb;104(2):428–34, 2007.

EIZIRIK, C. L. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ELUF-NETO, J.; Booth, M.; Humanpapillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br. J. Câncer.* 1994; 69 (1): 114-9.

FEIJÓ, A. M. *et al.*; O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. *Revista ciência cuidado saúde* 2009; 8 (suplem.):79-84.

FERNANDEZ, M. C.; Pérez, M. P.; Barthelemy, R. T, Gil, M. H.; Caracterización de un grupo de pacientes con câncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. *Rev. Cubana Enferm.* 2006; 12(1): 1-4.



FERES-CARNEIRO, T.; Magalhães, A. S.; Retorno da conjugalidade sobre a subjetividade dos parceiros: Uma questão para a clínica psicanalítica do casal. *Estados Gerais da Psicanálise*. On-Line. 2000.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário de Língua Portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

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

FERREIRA, S. M. A. *et al.* A Sexualidade da Mulher com Câncer de Mama: Análise da produção científica de enfermagem. *Rev. Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22 (3): 835-42.

FIGUEIREDO, N. M. A; Carvalho, V.; *O corpo da enfermagem como Instrumento do cuidado*. Rio de Janeiro, RevinteR Ltda, 1999.

FITZ, F. F. *et al.* Impacto do tratamento do câncer do colo uterino no assoalho pélvico. *Revista: Femina*, agosto 2011, vol. 39, nº 8.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder: sobre as histórias da sexualidade*, 4ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. cap. 16, p. 243-76.

FOUCAULT M. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. São Paulo: Graal, 2009.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1997. v. 1.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Revista Verve, [S.l.], v. 18, p. 167-194, 2010.

FRANCESCHINI, J.; SCARLATO A.; CISI, Michele C. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer do colo do útero: Revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Cancerologia, 2010; 56(4):501-506. Rio de Janeiro.

FRANKL, V. Em busca de sentido: um psicológico no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1991.

GALINDO, D.; LEMOS, F. C. S.; RODRIGUES, R. V.; Do poder psiquiátrico: uma analítica das práticas de farmacologização da vida. Mnemosine, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 98-113, 2014.

GIATTI, M. J. L. Conhecimento, atitude e prática relacionada à sexualidade de mulheres tratadas de câncer genital. Dissertação (mestrado) UNICAMP, São Paulo, 2005.

GIDDESNS, A.; A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da UESP, 1993.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (Tradução de Márcia B. de M. L. Nunes) 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC. 1988.

GOLDENBERG, M. O corpo como capital: Gênero, casamento e envelhecimento na cultura brasileira. Redige, 1(1), 192-200, 2010.

GONZÁLEZ R. F. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

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

HEILBORN, M. L. Fronteiras Simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. Cadernos Cepia nº 5, Gráfica JB, Rio de Janeiro, dezembro de 2002, pp. 73-92.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). O clássico e o novo: tendências objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.

HELMAN, C. G. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOLLAND, J. C. (1990). Fears and Abnormal Reactions to Cancer in Physically Healthy Individuals (pp. 13-21). In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. H. Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York: Oxford University Press.

HORA, D. M. Medicalização. Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR). Faculdade de Educação da Unicamp, 2006. Disponível em: <[http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb\\_c\\_medicalizacao.htm](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm)>. Acesso em: 06 de abril de 2017.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2018: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Viva Mulher: Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2002.

JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R.; *Gênero, corpo, conhecimento* [editoras]; tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

JUNQUEIRA, *et al.*, 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. 2013.

KUBLER-ROSSE, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAGO, T. D. G. *Políticas Nacionais de Rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil: análise do período 1999 a 2002*. Tese (doutorado), UNICAMP, São Paulo, 2004.

LEITE, T. V. *A sexualidade da mulher com câncer do colo do útero após tratamento radioterápico*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Pará. Belém, 2015. 104f.

LESHAN, M. *O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde*. São Paulo: Summus, 1992.

LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYAYASU, H. *Oncologia para graduação*. São Paulo, 3ª ed. Lemar, 2013. 752 p.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis, RJ. Uma perspectiva pós-estruturalista /: Vozes, 1997.

LOPES, D. F. M.; MERIGHI, M. A. B. & GARANHANI, M. L. Reflexões a respeito da construção histórica da corporeidade da mulher enfermeira. *Ciências, Cuidado e Saúde*, 9(2), 398-403. 2010.

LOURO, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade* (organizadora). Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva – Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 176p.

MARANA, H. R. C. *et al.*; Estadiamento cirúrgico do câncer do colo do útero localmente avançado. Ver. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(12):744–9.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 2007.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro, 2008, 11ª ed. Editora: Hucitec.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, 1996, 4ª ed. Editora: Hucitec-Abrasco.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignação. Ciências & Saúde Coletiva, 17 (3), 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero. Condutas do INCA/MS. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 46, n. 4, p. 351-54, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

MOLINA, M. A. S.; MARCONI, S. S.; Mudanças nos Relacionamentos com Amigos, Esposo e Família após o Diagnóstico de Câncer na Mulher. Rev. Bras. Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 514-20.

MONTGOMERY, M. B. E.; MARCOLINI, T. Aspectos psicossomáticos e sexuais da cirurgia ginecológica. In: Carneiro de Oliveira, H. & Lemgruber, I. Tratado de ginecologia. (pp.1353-1365). 2001, Rio de Janeiro: FEBRASG. Vol. II.

MORAIS, S. A. *et. al.*; Sexualidade de mulheres em tratamento de câncer do colo uterino. Revista de psicologia Id online. Nº 25, ano 9. 2015.

MODESTO, S. E. F. Comparação entre a função sexual e os tipos de cânceres de mulheres após tratamento em estágio inicial de câncer do colo do útero, tireoide e mama. Tese (Doutorado em oncologia) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2013. 63p.

MUNIZ, J. N. JUNIOR, O'dwyer J. Histerectomia e Sexualidade. Monografia (graduação de medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2012.

NAKANO T. *et. al.*; Long-term results of high-dose rate intracavitary brachytherapy for squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Câncer*. v. 103, n. 1, pp. 92-101, 2005.

OLIVEIRA, D. C.; Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E. M., SCAVONE, L. (org.) Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia: Ed. AB, 1997, 139p.

OLSON, D. H. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción com la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En C. J. Falicov (Com.), *Transiciones de La familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital* (PP. 99-128). Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PANOBIANCO, M. S, Pimentel A.V, Almeida A.M, Oliveira ISB. Mulheres com Diagnóstico Avançado do Câncer do Colo do Útero: Enfrentando a Doença e o Tratamento. *Revista bras. cancerol.* 2012; 58(3): 517-23.

PALMEIRA, I. P. O que o corpo revela e o que esconde: mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações para o cuidado de si. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado). – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

PATRÃO, I. Bem me quer, mal me quer... bem nos quer, mal nos quer A sexualidade, (in) fertilidade e o cancro. *Análise Psicológica* (2005), 3 (XXIII): 289-294.

PICHETI, J. S. (2012). Relação conjugal em situação de câncer em um dos cônjuges. Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.

PORTARIA Nº 2439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 8 dez 2005.

REIS, M. DOS R. Sexualidade e câncer do colo do útero: o corpo feminino adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty. 2010. [Tese] Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: Conselho. Saúde. gov.br.

REGIS, M. F. S; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. Rev. Eletron Enferm. v. 07, n. 01, 2005.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. Revista Gaúcha de Enfermagem, 25(3), 323-333. 2004.

RIBEIRO, M.O. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP., v. 33, n. 4, p. 358-63, dez. 1999.

RIBEIRO, E. M. P. C. O paciente terminal e a família. In: Carvalho MMMJ. Introdução à psiconcologia. São Paulo: Psy II, 1994.

ROCHA, L. S. *et al.* O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. Rev. texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 29-37.

RZEZNIK, C.; AGNOL, C. M. D. (RE) DESCOBRINDO A VIDA APESAR DO CÂNCER. Revista Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 84-100, 2000.

SÁ, C. A. M; PASSOS, M. R.L; KALIL, R.S. *Sexualidade Humana*. Rio de Janeiro: Editora RevinteR Ltda, 2000.

SAHLINS, M. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana* 1997; 3(1):41-73.

SALCI M. A.; MARCON, S. S. Após o câncer: uma nova maneira de viver a vida. *Revista Rene*, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):374-83.

SALIMENA, A. M. O.; OLIVEIRA M. T. L.; PAIVA A. C. P. C, *et al.* Mulheres portadoras de câncer do colo do útero: percepção da assistência. *Revista Enferm. Cent. O. Min.* 2014 jan/abr; 4(1):909-920.

SANTOS. D. B. Sexualidade e Imagem Corporal de Mulheres com Câncer de Mama. Tese (DOUTORADO). Universidade de São Paulo, 2012.

SARTORI, E.; ZANAGNOLO, V. Complications following radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Ricenti. Prog. Med.*, v. 94, n. 12, p. 562-567, 2000.

SCHIRMER, L. M., MIRANDA, F. V., DUARTE, I. V. Mulheres Tratadas de Câncer de Colo Uterino: uma análise da questão conjugal. *Rev. SBPH* vol.17, nº1, Rio de Janeiro – Jan./Jul. – 2014.

SELLORS, J.W. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes. Washington: OPAS, 2004.

SILVIA, C. N. *Como o câncer (des) estrutura a família*. São Paulo: Annablume, 2000, 272 p.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. Conviver com a mastectomia. Fortaleza: Departamento da Universidade Federal do Ceará, 1998.

SOUEN, J. S. *Oncologia Genital Feminina*. 2 ed. São Paulo: Editora LEMAR, 85 – 130, 2001.

SOUTO, M. D. & SOUZA, I. E. O. A sexualidade da mulher após a mastectomia. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*, 8(3), 402-410.



SMELTZER, S.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro, Ed.: Guanabara Koogan S.A, 2002, 9ª ed. V. 1.

TEIXEIRA, L. Câncer do colo do útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015, 256 p.

TEIXEIRA, L. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer do colo do útero no Brasil. Revista História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, nº 1, pp. 221 -240, 2015. Disponível em: [http:// www.Scielo.br/scielo.php](http://www.Scielo.br/scielo.php). Acesso em: 07 de junho de 2016.

TEIXEIRA, L. A; PORTO, M. A.; NORONHA, C. P. O câncer no Brasil: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio Teixeira; SOUZA, Letícia Pumar Alves de. A expansão do rastreio do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil. Physis, v. 22, n. 2, pp. 713-731. 2012.

TEMPERINI, Rosana Soares. Fundação das Pioneiras Sociais: contribuição inovadora para o Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil (1956-1970). Revista Brasileira de Cancerologia, v. 58, nº 3, pp. 339-349. 2012.

TESSER, C. D. (Org.). Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

THULER, L.C. S; MENDONÇA, G. A. Estadiamento Inicial dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama em Mulheres Brasileiras. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 27, nº 11, pp. 56-60. 2005.

TOUBOUL, E. *et. al.* Aden carcinoma of the endometrium treated with combined irradiation and surgery: study of 437 patients. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., v. 50, nº 1, pp. 81-97, 2001.

TOASSA, G. Sociedade tarja preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. *Fractal, Rev. Psicol., Niterói*, v. 24, nº 2, pp. 429-434, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/845>>.

Acesso em: 26 de dezembro de 2017.

TONELI, M. J. F. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Org.). *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Evangraf, 2007. pp. 141-156.

TRINDADE, V. R.; FERREIRA, M. A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 417-423.

VERAS, J. M. M. F. Vivências de mulheres com câncer do colo uterino: implicações para a enfermagem. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2011.

VIDAL, M. L. B. Efeitos adversos subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer do colo uterino na bexiga, reto e função sexual. Dissertação (Mestrado), Instituto nacional de câncer, Rio de Janeiro, 2008. 94 p.

VIDAL, M. L. B. *et al.*, Disfunção Sexual Relacionada à Radioterapia na Pelve Feminina: Diagnóstico de Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013; 59(1): 17-24

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 84 p.

WILMOTH, M.C, Spinelli A. Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000;29 (4):413–21.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sexual Health – a new focus for WHO. *Prog Reprod Health Res*. 2004, 67:1-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial

guidelines. 2ed. Geneva: WHO; 1995.

WOOLVERTON, K.; OSTROFF, J. Psychosexual Sequeale. Handbook of Psychooncology. In J. Holland (Ed.), Handbook of Psychooncology (pp. 930-939). New York: Oxford University Press, 1998.

ZOLA, P. *et. al.* The role of the French Italian glossary of complications in the outcome evaluation of cervical cancer treatment: an Italian multicentric study. *Crit. Rev. Oncol.*, v. 48, nº 1, pp. 317-321, 2003.

ZORZANELLI, R. T., ORTEGA, F., JUNIOR, B. B. Um panorama sobre a variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):1859-1868, 2014.

**9 – ANEXOS****ANEXOS 1****INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****NARRATIVAS DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, SOBRE A EXPERIÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA.**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque teve diagnóstico de câncer do colo do útero e foi tratada com radioterapia. Para que você possa decidir se aceita participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento oferecerá informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Mestranda Maria Eunice Rodrigues de Mesquita, que atua como Enfermeira no Hospital do Câncer II. Esta pesquisa envolve mulheres que realizaram tratamento para o câncer do colo do útero com radioterapia.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido sobre este documento. Leia as informações com atenção e converse com a pesquisadora sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe de saúde antes de tomar uma decisão.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso aceite participar desta pesquisa.

-----  
Rubrica da Paciente

-----  
Rubrica da Pesquisadora

**PROPÓSITO DA PESQUISA**

O objetivo desta pesquisa é compreender a experiência das mulheres com relação à sexualidade após o tratamento do câncer do colo do útero, para que possamos identificar as dificuldades e melhorar cada vez mais a assistência.

### **PROCEDIMENTO DA PESQUISA**

Se a senhora concordar em fazer parte desta pesquisa, a sua participação será por meio de uma entrevista realizada pela pesquisadora sobre a sua sexualidade. A entrevista acontecerá em uma sala com privacidade no ambulatório do hospital e o tempo de duração será aproximadamente de 30 minutos. Será realizada apenas uma entrevista com cada participante, todas as entrevistas serão gravadas para que o pesquisador transcreva na íntegra o discurso e também será elaborado um diário de campo para registro de demais informações durante a entrevista. Além dessas informações, a pesquisadora também terá acesso às informações registradas em seu prontuário.

### **BENEFÍCIOS**

Sua participação será completamente voluntária e não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação neste estudo. Mesmo que os resultados desta pesquisa não tragam a senhora benefícios diretos neste momento, as informações obtidas poderão ajudar para que no futuro, a equipe de saúde possa intervir melhor na sexualidade dessas mulheres que trataram com radioterapia.

### **RISCOS E TRATAMENTO MÉDICO**

Esta pesquisa possui risco mínimo, o mesmo envolvido quando uma pessoa anda, fala ou ler. Pois, a participante pode apresentar algum desconforto emocional ao falar sobre o câncer e sexualidade. Cabe ressaltar, que a senhora não precisa responder a qualquer pergunta, caso a mesma lhe cause qualquer tipo de desconforto. Mas, se em algum momento tal desconforto emocional surgir, a senhora será encaminhada para atendimento médico ou psicológico caso faça necessário ou expresse o desejo. Esse atendimento será realizado pelos profissionais da instituição e será providenciado pela pesquisadora desse estudo.

### **CUSTO**

Sua participação será completamente voluntária e não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

-----  
Rubrica da Paciente

-----  
Rubrica da Pesquisadora

**CONFIDENCIALIDADE**

As informações que a senhora nos der serão mantidas em sigilo absoluto, e a divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos na pesquisa em questão. Estes resultados do estudo serão apresentados em conjunto com as informações de todas as participantes da pesquisa. Portanto, seu nome não será revelado. Apenas os pesquisadores da pesquisa terão acesso aos dados individuais.

**BASES PARA A PARTICIPAÇÃO**

Informo que a senhora poderá se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a senhora, uma vez que o seu tratamento não depende de sua decisão em participar desta pesquisa e continuará sendo acompanhado pela mesma equipe da instituição.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do INCA. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se a senhora tem perguntas sobre os seus direitos como uma participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a responsável da Pesquisa: Maria Eunice Rodrigues de Mesquita. Telefone da Pesquisadora: (21) 2720 6146; (21) 98059- 9090, no horário de 09:00 as 16:00hs. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua do Resende 128, sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Contatos: cep@inca.gov.br; Telefones: (21) 3207-4556 – Horário de Atendimento: 09:00 às 16:00h.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

**CONSENTIMENTO**

Declaro que li as informações e entendi o propósito deste estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas assim como os familiares que me acompanham e todas foram respondidas. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, dou livremente meu consentimento para participar deste estudo e recebo uma via assinada deste Consentimento Livre e Esclarecido.

-----  
Rubrica da Paciente

-----  
Rubrica da Pesquisadora

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato

-----  
Rubrica da Paciente

-----  
Rubrica da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da Paciente)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da Pesquisadora)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

-----  
Rubrica da Paciente

-----  
Rubrica da Pesquisadora

**ANEXO - 2****ROTEIRO DE ENTREVISTA****1- IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES**

Código:

Idade:

Grau de instrução:

Ocupação:

Religião:

Estado civil:

Estadiamento da doença (FIGO):

1- Conte-me como foi que você se sentiu quando soube que estava com câncer do colo do útero?

2- E como você encarou o tratamento?

3 - Você acha que o tratamento funcionou bem? Você pode me contar como ficou sua vida depois do tratamento?

4- O que representava a sexualidade para você antes do tratamento da doença?

5- Pode me contar o que você pensou sobre como ficaria a seu relacionamento sexual?

6- Conte-me como está sendo a experiência de sua sexualidade após o tratamento da doença?

7- Depois do seu tratamento, houve necessidade de mudança na sua vida sexual? O que mudou?

O que você faz para superar as dificuldades de praticar a sexualidade?

8- Você teve orientação dos profissionais quanto a sexualidade?

9- Atualmente o que representa a sexualidade para você após o tratamento?