

SEXUALIDADE DE CASAIS QUE VIVENCIARAM O CÂNCER DE MAMA: QUEBRANDO MITOS

Clícia Valim Côrtes Gradim¹; Anna Maria de Almeida²

COUPLE'S SEXUALITY THAT LIVED THE BREAST CANCER: BREAKING MYTHS

Resumo: Este é um estudo qualitativo que teve como objetivo conhecer junto a casais como a prática sexual é exercida após a mulher ter tido o câncer de mama, utilizando-se como referencial teórico as relações de gênero e, como metodologia, a Teoria Fundamentada em Dados. Por meio de entrevistas com nove casais, obtivemos os dados que, após análise, permitiram a criação de duas categorias; 1 – a mama após o câncer: um olhar: órgão que ficou longe das carícias sexuais, 2 – O exercício da sexualidade dos cônjuges: os homens relataram que o desejo sexual não diminuiu pela doença da esposa, mas as relações sexuais, sim. Os dados permitiram chegar a uma categoria central que gerou o modelo teórico: sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama: quebrando mitos.

Palavras-chave: Câncer de mama; sexualidade; relações de gênero; enfermagem.

Abstract: This is a qualitative study that had as objective knows close to couples as the sexual practice is exercised after the woman to have had the breast cancer, being used as theoretical referential the gender relationships and, as methodology, the Grounded Theory. Through interviews with nine couples, we obtained the data that, after analysis, they allowed the creation of two categories; 1 – the mamma after the cancer: a glance: organ that was

¹ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, MG. e-mail: cliciaqval@unifal-mg.edu.br

² Professora do Departamento de Saúde Pública e Materno-Infantil da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. e-mail: amalmeid@eerp.usp.br

far away from the sexual caresses, 2 – The exercise of the spouses' sexuality: the men told that the sexual desire didn't decrease by the wife's disease, but the sexual relationships, did. The data allowed to get to a central category that generated the theoretical model: couples' sexuality that lived the breast cancer: breaking myths.

Keywords: Breast cancer; sexuality; gender relationships; and nursing.

Introdução

A sexualidade é algo inerente ao ser humano e nos acompanha durante toda a vida, sendo que está presente no nosso modo de ser. O exercício da sexualidade engloba também o relacionamento sexual que pode perdurar por toda a vida da pessoa ou sofrer alterações devido a fatores internos e externos. Os fatores externos estão ligados a espaço físico para sua execução, às interferências de outras pessoas, ter parceiro ou esse apresentar disfunções e, os internos, incluem patologias ou medicações que interferem no desejo, no funcionamento dos órgãos genitais ou no aspecto psicológico, como questões religiosas, a auto-imagem entre outras.

Assim, fatores como trajetórias de vida, influência da religião, condições de vida, redes de sociabilidade, padrões de relação entre os sexos, o uso do corpo e posição na estrutura social, os relacionamentos e o que esses significam irão influenciar no exercício da sexualidade (BOZON, 2004).

Sabemos que, quando as pessoas adoecem, tendem a ter uma desatenção para as atividades lúdicas e para atividades que estão relacionadas ao prazer, à alegria de viver e, às vezes, comprometem sua qualidade de vida. O relacionamento sexual é um dos aspectos que podem ficar comprometidos, quando se adoece, ficando na dependência do estado geral e do tipo de tratamento a que se é submetido e também à qualidade do relacionamento do casal.

Estudos vêm demonstrando que a mulher com câncer de mama pode ter sua auto-imagem alterada e sua recuperação depende de como ela percebe seu corpo, do apoio da família e dos amigos, do preconceito em relação à doença, de como se lida com o problema e como os parceiros oferecem suporte social às suas esposas. Essas dificuldades estão relacionadas à comunicação, à insegurança, a não saber lidar com a doença, à sensação de impotência, às dificuldades no manejo dos afazeres domésticos, ao descobrimento acerca do momento de retomar as atividades sexuais, sendo que esses fatores influenciam na vida do casal, dependendo do relacionamento que eles

tinham anteriormente (SILVA, MAMEDE, 1998; ROSSI, SANTOS, 2003; BIFFI, 1998; ALMEIDA, 1997).

Vivemos em uma sociedade em que culturalmente o homem é tido como o esteio da família, responsável pelo seu sustento, pelo poder de tomada de decisão, logo, ele não deve demonstrar sinais de fraqueza, uma vez que esse sentimento tem sido apontado como da esfera feminina. A mulher tem sido descrita como sexo frágil, companheira do marido, devendo ter qualidades femininas, como ser carinhosa, compreensiva, dedicada ao lar e à família e ser intuitiva (GARCIA, 1998, apud ARILHA, RIDENTI, MEDRADO, 1998).

Assim, o casal constrói sua relação baseada em todos esses aspectos sociais aprendidos e, na situação de adoecimento de um, esses aspectos podem ser determinantes para fortalecer ou fragilizar o relacionamento dos mesmos.

A compreensão acerca das relações de gênero vem dando a possibilidade de desconstruir padrões até então aceitos pela sociedade e buscar sua reconstrução. Entretanto, observamos que as relações entre homens e mulheres continuam, muitas vezes, repetindo os padrões culturais, nos quais prevalecem conceitos de que o mundo é masculino. Isso pode ser evidenciado pela afirmação de Bordieu (1998) de que a masculinidade está tão engendrada na sociedade que pode ser vista nos primeiros discursos das feministas que o faziam tendo como referência uma visão androcêntrica.

As mudanças sociais são determinadas pela própria sociedade. As escolhas não são individuais e, sim, determinadas por uma classe social, normalmente a dominante. A sociedade está diretamente ligada ao que ele denomina de poder simbólico que é esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem (BORDIEU, 2001. p.12).

Assim, os sistemas simbólicos mantêm o poder porque são estruturados e aceitos pela sociedade que os reforçam. Cada classe social o utiliza diferentemente, criando novos símbolos que favorecem a integração e a ordem social, sendo influenciados pelo *habitus* que é “o princípio gerador de respostas mais ou menos adaptadas às exigências de um campo, é o produto de toda a história individual, bem como, através das experiências formadoras da primeira infância, de toda a história coletiva da família e da classe” (BORDIEU, 2001, p.9).

Como cada classe social pode ter o seu *habitus*, as mudanças influenciadas pela cultura e pelo momento histórico são, portanto, mutáveis, e as relações de poder também.

Quando a mulher tem um câncer de mama, ela reorganiza seus sentimentos sob a perspectiva dela, feminina, ou ela se reorganiza pensando na ótica das necessidades masculinas, do companheiro. O companheiro participa dessas reorganizações ou elas são individuais? Qual é o poder simbólico que persiste?

Esse trabalho teve como objetivo conhecer junto a casais como a prática sexual é exercida após a mulher ter tido o câncer de mama.

Metodologia

Este é um estudo qualitativo, descritivo em que utilizamos como referencial metodológico a Teoria Fundamentada em Dados, que é um método de pesquisa qualitativa que visa explorar processos sociais, presentes nas interações humanas, desenvolvendo explicações-chave dos processos sociais ou estruturas destes. Essa teoria deriva do estudo do fenômeno que representa, ou seja, ela desenvolve-se a partir da coleta sistemática de dados e da análise permanente dos mesmos. Portanto, dados coletados e análise mantêm uma relação recíproca, visto que a teoria irá emergir dos dados (STRAUSS, CORBIN, 1990; STREUBERT, CARPENTER, 1995).

O contato inicial foi realizado com as mulheres que freqüentam o Núcleo de Atendimento e Pesquisa a Mulher Mastectomizada – REMA, situado em Ribeirão Preto-SP e após, estas consultarem seus companheiros, as autoras entraram em contato com os mesmos.

Entrevistamos casais que concordaram em participar do estudo, tendo como critério de inclusão que as mulheres tivessem tido câncer de mama, independentemente do tipo de cirurgia, e que a mulher tivesse terminado o tratamento básico: cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

Os princípios éticos foram cumpridos de acordo com a Resolução 196/196 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da EERP-USP e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todos os participantes.

As entrevistas foram realizadas por uma das autoras no domicílio dos participantes, em horário previamente agendado, mas separadamente, ou seja, realizamos as entrevistas dos homens e, posteriormente, as das mulheres, ficando a amostra formada por nove casais. A entrevista teve a seguinte pergunta norteadora: Como a prática sexual é exercida após o câncer de mama?

Após a análise comparativa dos dados, chegamos à construção de subcategorias e, subseqüentemente, a duas categorias: 1 – A mama após o câncer: um olhar e 2 – O exercício da sexualidade dos cônjuges e a categoria central que gerou o modelo teórico: sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama – quebrando mitos.

As falas dos atores sociais foram citadas por gênero, sendo as mulheres identificadas por (GF) de feminino e os homens por (GM) de masculino, no sentido de preservar o anonimato dos mesmos.

Resultados e Discussão

O câncer de mama não foi o suficiente para pôr término à vida sexual dos casais e estes enfrentaram a doença e os efeitos colaterais de modo diferente entre si, mas reconstruíram sua vida sexual vagarosamente.

Categoria 1 – A mama após o câncer: um olhar

A mama com um diagnóstico de câncer sofre alterações para o tratamento da doença, seja através da cirurgia total ou parcial e dos tratamentos coadjuvantes, como a quimioterapia e a radioterapia.

Estudos demonstram que as mulheres referem que o local da cirurgia não é mostrado aos seus parceiros, entretanto nesse grupo a mama após o câncer não foi ignorada nem repudiada, como se imaginava e, sim, houve uma preocupação de alguns maridos em verificar como ficou o local operado e ou a mama que foi afetada.

A reação da maioria dos maridos foi de conhecer esse local, o que permitiu um conforto maior às mulheres, como verificamos na fala:

“Eu toquei, eu mexi porque eu tinha vontade. Eu acabei tocando, pondo a mão quando ela não sente dor”. (GM)

No entanto, nem todos os companheiros das mulheres que foram mastectomizadas, tiveram vontade de explorar o local operado, pois o receio do toque confunde-se com sentimentos de falta de vontade, tornando-se um obstáculo para superar as dificuldades vivenciadas a partir da mutilação.

“Eu não coloquei a mão porque não tive vontade”. (GM)

Esse homem demonstra a sua dificuldade no toque e a mulher valoriza essa atitude, quando afirma que a mama operada era feia, dolorida, portanto não era tocada.

O cuidado e a volta de aceitar esse corpo modificado é uma reconstrução particular e única.

Quando questionamos os casais sobre como a mama era utilizada nas preliminares do ato sexual, tanto homens como as mulheres relataram que a outra mama era a preferência durante o ato sexual.

“Na outra mama ele faz aquele carinho, dá uma apertadinha”. (GF)

“A preferência é a outra mama na hora do sexo, essa é só para massagear e olhar”. (GF)

O impacto de se ter um diagnóstico de câncer de mama levou os casais, em um primeiro momento, a se afastarem do toque na mama operada, bem como da outra. Lentamente, esses casais reconheceram a necessidade de retomar as práticas de carícias, sendo que isso se deu em tempos diferentes para cada casal e foi independente do tipo de cirurgia.

Em casais que mantinham um maior diálogo, o retorno ao estímulo das mamas nas práticas sexuais deu-se em menor espaço de tempo, mas após um ano todos os casais tinham retomado as carícias na mama não operada, e na hora do sexo, optavam por essa mama, por medo de machucar ou de a companheira sentir dor na mama operada.

Categoria 2 – O exercício da sexualidade dos cônjuges

Conversar sobre as preferências sexuais ou o modo de ser acariciado, a preocupação em agradar o outro sexualmente fortaleceu vínculos, levando o casal a se expressar e a resolver seus problemas cotidianos.

“Nós sempre nos demos bem. Conversando não gosto disso, não gosto daquilo. Diálogo a gente sempre teve. Ele nunca fez comigo aquilo que eu não quisesse. Nós sempre conversamos muito, em parte de sexo, o que me agradava e o que desagradava e ele sempre foi preocupado em me satisfazer”. (GF).

Observamos que o diálogo foi um componente que fortaleceu a vida sexual e a que a intimidade que já existia favoreceu o retorno da vida sexual. A comunicação sobre o que se está sentindo, o que dá mais prazer e mesmo o não querer, são fatores que facilitam o relacionamento sexual. O diálogo após um tratamento de câncer deve ser estimulado entre os casais com a

finalidade de se tocar e acariciar e, se não for possível à penetração experimentar outros aspectos da vida sexual (SEGAL, 1994).

Outro fator facilitador para o retorno das atividades sexuais foi o casal enxergar que está envelhecendo junto e que esse é um fator que influencia na sexualidade.

“Eu estou mais velha e ele também. A gente não é mais como vinte anos atrás... A gente vai passando as fases da vida, chega uma fase que foi muito elétrica, outra que já foi mais calma e estamos naquela que tem o seu tempo, mas é tudo, o dia que faz, faz bem feito”. (GF)

Interessante que nem os homens nem as mulheres associaram o envelhecer ao câncer de mama e, sim, que este é um fator que influencia na vida sexual do casal.

O reinício das relações sexuais se deu dentro da rotina de cada casal e da aceitação da doença, sendo que, após a melhora do estado geral da mulher, a maioria relatou que a vida sexual foi retornando vagarosamente, sem cobranças e a troca de carícias foi acontecendo gradativamente, chegando ao ato sexual ou não, mas a aproximação física do casal ocorreu.

“Umás três semanas depois a gente começou a fazer sexo”. (GF)

“Havia carícias, mas eu deixei por conta dela”. (GM)

“Eu me lembro que demorou bastante. A rotina do casal já é meio lenta e daí prolongou porque uma coisa e outra. Uma hora você não está bem, outra você está emburrada”. (GF)

“A gente foi voltando a ter relações sexuais devagarinho, utilizando o lubrificante vaginal”. (GF)

Importante relatar que em nosso estudo a mastectomia não foi um fator inibidor da volta da relação e, sim, a aceitação da doença câncer.

Sabemos que não existe um tempo certo para o reinício da atividade sexual e que esta volta vai depender de como é o entrosamento do casal. O importante é não deixar de conhecer e explorar o corpo no sentido de perceber as sensações, obter relaxamento e provocar a excitação. Se o casal consegue realizar essas atividades, provavelmente da próxima vez o corpo estará relaxado para carícias nos órgãos sexuais e a relação sexual poderá ocorrer (SEGAL, 1994). Esse fato deve ser explorado devido a sabermos que mulheres que tiveram um câncer de mama apontam dificuldades em

algumas áreas da sexualidade até três anos após o diagnóstico, mas poucos estudos relatam quais são essas dificuldades (MEYEROWITZ, DESMOND, ROWLAND, WYATT, GANZ, 1999).

Os casais referiram que a prática do ato sexual ficou comprometida no período da quimioterapia, apontando que o ressecamento vaginal, a suspensão do ciclo menstrual, levando a mulher a uma menopausa precoce e à diminuição da libido, à irregularidades do ciclo menstrual, à fadiga e ansiedade, como os principais sintomas que interferiram na vida sexual.

“A primeira dificuldade que eu fui ter na área sexual é quando eu comecei a fazer a quimioterapia”. (GF)

“Durante a quimioterapia parou a menstruação e eu tive ressecamento”. (GF)

O ressecamento vaginal citado pelas mulheres também foi percebido pelos homens e os casais relatam que buscaram alternativas para amenizar o problema, principalmente com o uso de lubrificantes vaginais.

“A gente usa um produto de lubrificação”. (GM)

“O ressecamento eu preveni usando um lubrificante porque a gente fica muito ressecada. Eu comecei a usar e foi uma beleza”. (GF)

Outras alterações físicas são provocadas pela quimioterapia, sendo as mais comuns: náusea, vômito, febre, fadiga e o mal-estar geral. Esses efeitos colaterais foram percebidos pelo casal e citados como um período de espera tanto para a vida sexual como para o retorno das atividades de cada um.

“Durante a quimioterapia, nas últimas a gente foi evitando ter relação porque eu não estava bem”. (GF)

“Durante a quimioterapia eu procuro me afastar um pouco até ela se recuperar”. (GM)

Neste estudo, tanto os homens como as mulheres identificaram o ressecamento vaginal, a dispareunia, a falta da menstruação no período da quimioterapia, mas desconheciam que esses eram efeitos colaterais do tratamento.

Embora as mulheres relatem, em sua maioria, que apresentaram algumas alterações na sexualidade, isso não significou que houve alterações no exercício da prática sexual.

“Eu não deixei de fazer sexo de jeito nenhum... e acho que ele melhorou, a gente consegue olhar um para o outro e dizer eu quero isso agora”. (GF)

Os homens relatam que a sua sexualidade não foi alterada pelo fato de a mulher ter se submetido a uma cirurgia para a retirada de um tumor maligno ou uma mastectomia, o que alterou foi o tempo de espera até as mulheres se recuperarem da cirurgia ou do tratamento e se mostrarem dispostas para o ato sexual.

“A minha sexualidade não ficou afetada... A gente não teve problema no ato sexual”. (GM)

“A minha sexualidade não foi alterada, não mudou nada na nossa relação”. (GM)

Fisicamente, não houve motivo para os homens apresentarem alterações da sua prática sexual, mas um deles afirma que houve modificações na quantidade de relações que eles tinham, devido ao estado da esposa.

Um dos fatores que influenciam no exercício da prática sexual é a vontade de estar com o outro, de sentir a sua pele e o desejo de compartilhar da intimidade do outro. Não é somente o ato sexual que permitirá essa aproximação, mas o contato pele a pele pode levar a uma intimidade tão grande e propiciar a consumação do mesmo.

O desejo é um dos componentes para que o ato sexual se desencadeie, sendo influenciado por estímulos eróticos visuais, táteis e sonoros. Dependendo do estado geral físico ou psicológico de um dos membros do casal, o ato sexual poderá ocorrer ou não.

Em nosso estudo, os homens relataram, em sua maioria, que não tiveram alteração do seu desejo sexual.

“A nossa atração, o nosso magnetismo, nunca perdeu, nunca parou. Eu sempre tive muita atração por ela, e tenho até hoje, não mudou nada”. (GM)

“O desejo não afetou nada em mim”. (GM)

Somente um dos homens afirmou que seu desejo foi alterado em função da doença de sua esposa, o qual estava relacionado à doença em si, visto que ela não foi mastectomizada.

“Se eu pensar no que ela passou, eu perco todo o desejo, já acaba tudo ali.” (GM).

Apesar de todas as mulheres serem submetidas à quimioterapia e relatarem alguns efeitos colaterais como descritos anteriormente, obrigatoriamente isso não significou alteração no seu desejo sexual. Houve relato de aumento de desejo durante a quimioterapia, mesmo percebendo o ressecamento

vaginal. Essa mulher tinha uma necessidade maior de ser acariciada e estimulada sexualmente, fato que pouco conhecemos como efeito colateral da quimioterapia.

“Uma coisa que eu percebi é que durante a quimioterapia, eu tinha mais vontade de ter relação sexual, meu desejo era maior. Eu sentia mais desejo, mas não tinha aquela fissuração de ter a relação porque eu estava ressecada. Só que a quimioterapia mexeu com o meu organismo, mas não fiquei sem aquela vontade de fazer sexo com penetração”. (GF)

“Eu tive ressecamento, eu via que não dava. Eu até tinha desejo, mas não ficava aquela lubrificação certa”. (GF)

Perante os problemas apresentados os casais foram procurando formas de estimular o relacionamento sexual, seja utilizando lubrificantes para evitar o desconforto durante o ato, seja se excitando com o estímulo visual de fitas pornográficas, não se importando se obrigatoriamente o ato sexual iria acontecer.

“A gente usa um produto de lubrificação. A gente procura fortalecer a nossa relação. A gente toma mais cuidado com o braço. Não, não teve nada que mudou por causa da cirurgia”. (GM)

“Eu estava sempre acarinhando. A gente assistia fita pornô”. (GM)

Os profissionais da Enfermagem devem orientar as mulheres sobre o conforto de se utilizar uma lubrificação extra-vaginal nas relações sexuais durante o tratamento de câncer de mama e que esses lubrificantes não devem ser coloridos, perfumados e, sim, à base de água e livres de estrogênio (HORDEN, 2000).

Conhecer o tempo do outro, pensar na situação que está ocorrendo e buscar um novo caminho a percorrer foi percebido como uma das alternativas de enfrentamento dos homens.

A nudez perante o companheiro é relatada como uma dificuldade em mulheres mastectomizadas (SILVA, MAMEDE, 1998). Neste grupo, todas as mulheres relataram que ficam nuas perante o companheiro independentemente do tipo de cirurgia, visto isso ser uma prática já adotada na rotina do casal.

“Eu nunca pensei, não vou tirar o sutiã porque ele vai ver. Eu tirava, me trocava, tomava banho junto, sem essa preocupação de que ele vai ver. Eu vejo que ele não está muito satisfeito com o que ele está vendo”. (GF)

Um dos maridos afirma que a mulher não mudou a rotina do casal por ter realizado a mastectomia, a retirada da mama sempre foi imposta a ele porque a mulher não a escondia, dado diverso de outros trabalhos que relatam que a mulher mastectomizada evita a nudez perante o marido (SILVA, MAMEDE, 1998; BIFFI, 1998).

“Não, a gente toma banho junto. Ela veio da cirurgia eu dava banho nela, eu lavava. Esse problema a gente não teve”. (GM)

Sabemos que o corpo nas últimas décadas foi ficando mais exposto, as roupas mais curtas, os decotes mais pronunciados e, no relacionamento sexual, a nudez é estimulada como um fator para se descobrir as zonas erógenas e pode ser influenciada pelo relacionamento antes da cirurgia, pela idade dos cônjuges, pelo tipo de cirurgia, pelos hábitos, etc. Como esses casais já tinham esse hábito de ficarem nus, após a cirurgia, mesmo nas mulheres mastectomizadas, ele persistiu; demonstrando que as mulheres impuseram essa situação e os homens a aceitaram.

O dado de maior dificuldade de aceitação foi a queda dos cabelos decorrentes da quimioterapia, tanto por homens como pelas mulheres. Ambos relatam que foram informados desse efeito colateral da quimioterapia, mas que, quando ele ocorreu, descobriram que não estavam preparados para o fato.

“O dia que eu percebi que o cabelo estava caindo, eu entrei em pânico e eu chorei. Eu achei que não ia acontecer. Eu pensava, às vezes ele não vai cair. Então o dia que eu vi ele desabou, porque ele desaba de uma vez, é impressionante, sabe eu apavorei. O meu cabelo já nasceu. Ele nasceu cacheadinho e está mais enrolado. Agora eu estou contente e feliz. Eu acho ele tão lindo agora”. (GF)

A queda dos cabelos como efeito colateral da quimioterapia leva a um impacto negativo na auto-imagem da mulher, pois ele é um efeito visível. Neste estudo a perda dos cabelos foi colocada com grande pesar pelas mulheres. Acreditamos que o fator religioso para algumas delas tenha sido fundamental, visto que, para estas, o cabelo comprido é um elemento representativo da feminilidade perante Deus.

Somente dois homens levantaram a questão dos pêlos do corpo terem caído, dizendo que isso não mudou em nada a atração que eles tinham pela esposa.

“Não, para mim é como se nada tivesse acontecido e ela ainda brinca: como? Eu não tenho um fio de cabelo no meu corpo. Tudo bem, eu não sinto diferença por conta disso, eu continuo com essa atração, então talvez o fato de eu já ter

essa atração forte por ela, tenha facilitado as coisas, eu imagino. Eu não sei como seria se eu não tivesse (atração). Mas, eu agradeço por eu ter, eu acho que ficou mais fácil. Ficou mais fácil, não mudou, é como se não tivesse acontecido nada”.(GM)

Os homens afirmaram que a atração física e o amor são fatores que contribuíram para passar esse período de alopecia da mulher, mas não escondem que eles também ficaram abalados com esse fato.

Modelo Teórico: A Sexualidade dos cônjuges que vivenciaram o câncer de Mama – quebrando mitos

O estudo sobre a sexualidade neste grupo de casais que vivenciaram o câncer de mama trouxe-nos novos conhecimentos e a desmistificação de alguns conceitos que estão engendrados na nossa prática profissional, ao lidarmos com a mulher que passou pela experiência do câncer.

O primeiro mito refere que a atividade sexual fica prejudicada para ambos os gêneros e que, após o câncer de mama, o casal não retorna o relacionamento sexual. O estudo demonstrou que, na maioria dos homens, o desejo sexual não foi alterado pela doença da esposa. Nas mulheres, algumas tiveram a libido diminuída, principalmente durante a quimioterapia, mas passados alguns dias após a aplicação da dose mensal, o retorno ao relacionamento sexual se dava espontaneamente.

Nessa fase, da quimioterapia, o casal utilizou de estratégias de enfrentamento, como o uso de lubrificante vaginal, condom, fitas pornográficas ou mudanças de comportamento, como, por exemplo, esperar essas alterações melhorarem, para retornar às atividades sexuais.

O segundo mito é que o casal, após um câncer de mama, não retorna as suas atividades sexuais. O mais importante é que os casais não somente retornam a essa atividade como fazem uma reconstrução no relacionamento, procurando respeitar um ao outro e adaptar posições durante o relacionamento, de modo que não haja desconforto para a mulher e que o braço do lado operado não seja comprimido.

O terceiro mito é que as mulheres que são submetidas à mastectomia não ficam nuas perante seus companheiros. Neste grupo de estudo, mesmo as mulheres que não fizeram reconstrução mamária têm o hábito de ficarem nuas perante seus companheiros, porque esta já era uma prática do casal, anterior à doença.

O quarto mito se refere à violência simbólica proposta por Bordieu (2001). Neste grupo pesquisado, esse fato não ocorreu apesar do relato das dificuldades de se aceitar esse novo corpo sem a mama ou com a reconstrução mamária, mas que essa é uma realidade que teve que ser enfrentada.

O câncer de mama trouxe modificações em suas vidas e a reconstrução se fez em vários aspectos do cotidiano, e não somente na sexualidade. As mudanças que aconteceram se deram em decorrência de diferentes naturezas para cada gênero. O casal buscou um equilíbrio de forma a satisfazer a ambos nesta relação.

Tanto os homens como as mulheres relataram a importância da mama no relacionamento sexual, mas não a consideraram imprescindível para seu exercício.

A sexualidade masculina centra-se nos órgãos genitais e, no relacionamento sexual, os homens dão mais ênfase à genitália do que às carícias. Esse fato pode explicar porque a mama, sendo um órgão erótico, por estar longe da genitália, leva-os a conviver com a mama operada e sua mutilação sem interferência no ato sexual.

O desejo sexual por suas companheiras não ficou afetado pela doença, no entanto a sexualidade deles esteve alterada em função dos efeitos colaterais que a companheira apresentou durante o tratamento, diminuindo o número de relações sexuais que o casal mantinha.

Os homens perceberam tanto as modificações físicas, no corpo de suas companheiras, como as psicológicas, mas não realizaram o movimento de ir buscar informações com a Equipe de Saúde sobre essas alterações por eles percebidas ou se contentaram com as informações transmitidas pela companheira.

Concordamos com Schraiber, Gomes, Couto (2005) que relatam que os estudos de gênero devem incluir o homem, porque o ganho ocorrerá também na saúde feminina, principalmente, em temas em que se consegue a participação masculina, como em casais em que a mulher enfrenta um câncer de mama.

Considerações Finais

Identificamos que a sexualidade entre os casais estudados foi construída desde o momento em que eles optaram por ficarem juntos. Como já havia uma construção no relacionamento a dois, mesmo com o diagnóstico de câncer, foi mais fácil a adaptação à nova situação e, conseqüentemente,

conseguiram lidar com as alterações físicas e psicológicas que surgiram e retornaram a prática sexual.

Observamos que a dominação masculina não se fez presente, porque os casais vinham construindo uma relação de igualdade no seu relacionamento, com uma evolução constante, reproduzindo e modificando os valores do seu *habitus*.

Achamos que este trabalho é o início de muitos outros que poderão vir a reformular alguns conceitos da sexualidade após um diagnóstico de câncer de mama, trazendo novos conhecimentos de como os casais se reorganizam nesta área.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, A. M. **Vivendo a incerteza da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama**. 1997. 152 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BIFFI, R. G. **O suporte social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer de mama – a perspectiva do casal**. 1998. 130 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BORDIEU, P. A dominação masculina revisitada. In: LINS, D. (Org.). **A dominação masculina revisitada**. Campinas, SP: Papirus, 1998. p. 23.

_____. **O poder simbólico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. cap. 1, p. 7-16.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 170 p.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS: Ed. 34, 1998. p. 37.

HORDEN, A. Intimacy and sexuality for woman with breast cancer. **Cancer Nursing**, v. 23, n. 3, p. 230-236, 2000.

MEYEROWITZ, B. E.; DESMOND, K. A.; ROWLAND, J. H.; WYATT, G. E.; GANZ, P. A. Sexuality following breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 25, n. 3, p. 237-250, 1999.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003

- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 10, n. 1, p. 7-18, 2005.
- SEGAL, S. M. **Desfazendo mitos**: sexualidade e câncer. São Paulo: Ágora, 1994. 110 p..
- SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998, 155 p.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**: techniques and procedures for developing grounded theory. Califórnia: SAGE, 1990. 270 p.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative research in nursing**: advance the humanistic imperative. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995. cap. 7, p.145-161.

Nota:

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) pelo financiamento desta pesquisa.