

ALTERAÇÕES DE HUMOR E TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER: IMPACTOS NA SEXUALIDADE FEMININA

Grayce Alencar Albuquerque¹, Evanira Rodrigues Maia²

Resumo

Enfrentar o aparecimento de um câncer e submeter-se a seu tratamento provoca repercussões na vida de qualquer pessoa. As alterações vivenciadas no estilo de vida levam à ocorrência de transtornos de humor. Este estudo teve por objetivo identificar a ocorrência de distúrbios de humor e qual o impacto destes na vivência da sexualidade feminina. As sujeitas da pesquisa foram mulheres submetidas a tratamento anti-neoplásico. Observa-se que todas as mulheres relataram em algum momento do tratamento sofreram alterações de humor, dentre eles, tristeza, depressão, nervosismo e irritabilidade, que são manifestados mediante o medo do tratamento e principalmente no que se refere à sexualidade feminina, a não exteriorização desta de maneira saudável e prazerosa. Para tanto, faz-se necessário a existência de uma rede de apoio familiar e social, que instigue na mulher a evolução de seu bem estar mental, que uma vez vivenciado, repercuta positivamente em um bem-estar físico.

Palavras-chaves: câncer, sexualidade, humor.

HUMOR ALTERATIONS AND TREATMENT AGAINST THE CANCER: IMPACTS IN THE FEMININE SEXUALITY

Abstrat

To face the appearance of a cancer and to submit it its treatment provokes repercussions in the life of any person. The alterations lived deeply in the life style lead to the occurrence of mood upheavals. This study it had for objective to identify the mood riots occurrence and which the impact of these in the feminine sexuality experience. The research citizen had been women submitted to the anti-neoplastic treatment. Observe that all the women had told at some moment of the treatment had suffered alterations from mood, amongst them, sadness, depression, nervousness and irritability, that are revealed by means of the fear of the treatment and mainly in that if it relates to the feminine sexuality, to not the exterioriorition of this in healthful and pleasant way. For in such a way, the existence of a familiar net and social support becomes necessary, that instigates in the woman the evolution of its welfare metal, that a lived deeply time, rees-echo positively in physical well-being

Key-words: cancer, sexuality, mood.

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN). Avenida Prefeito Carlos Cruz, 1303, Bairro Franciscanos, CEP 63010-420, Juazeiro do Norte – CE, Brasil. Telefones: (88)3511-4036, (88) 88048714. E-mail: geycy@oi.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA e Professora Assistente da Universidade Federal do Ceará - UFC. E- mail: evanira@bol.com.br. Crato - CE, Brasil.

Introdução

Para Abdo e Filho (2004, p. 229) “a sexualidade humana envolve: órgãos sexuais e suas funções, impulsos, instintos e pulsões sexuais e todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao desempenho sexual e a reprodução, incluindo a atração de uma pessoa por outra”. Ainda, na concepção de Lopes e Maia (1997, p. 20) “a sexualidade pode ser considerada uma dimensão inerente da pessoa e que está presente em todos os atos de sua vida. É um elemento básico da personalidade. [...] É a auto-identidade, é a própria existencialidade”. Ou seja, para os autores citados, a sexualidade configura-se como um elemento constituinte da vida do ser humano, estando presente em toda a sua extensão, é algo sem a qual o ser humano não estaria completo, como citado, faz parte de sua existência.

De fato, “todos tem sexualidade e para alguns pode ser o elemento chave de sua personalidade” (SEGAL, 1994, p. 33). A sexualidade pode ainda significar “sentir-se bem por ser homem ou por ser mulher [...]. A maneira de expressar a sexualidade é escolha de cada um” (SEGAL, 1994, p. 33).

De fato, cada pessoa tem um modo de expressar sua sexualidade. Porém, situações impostas na vida do ser humano podem repercutir decisivamente nos modos de expressão desta sexualidade. Assim, lutar contra um câncer, mediante o convívio do seu temeroso tratamento e da insegurança quanto à curabilidade da doença, repercutem na ocorrência de uma sexualidade fragilizada quando se remete esta sexualidade não somente ao ato sexual em si, mas quando se aprofunda seu significado aos estados de bem-estar físico e mental. Neste sentido, as alterações de humor exercem impactos negativos nas pessoas afetadas pelo tratamento contra o câncer.

“O humor refere-se a um estado emocional prolongado que influencia toda a personalidade e a atuação na vida de um indivíduo. Diz respeito a uma emoção que prevalece e impregna uma pessoa” (STUART & LARAIA, 2002, p. 189). Os transtornos de humor são alterações psiquiátricas nas quais ocorrem modificações do humor, do nível de energia e dos interesses físicos e mentais.

Tais transtornos realmente estão presentes como resultados das terapias anti – neoplásicas, que trazem as modificações nos hábitos diários, as quais impactam negativamente na dinâmica de vida do ser afetado, mais detidamente na sexualidade, que transcende o ato sexual em si.

“A sexualidade faz parte da sensação total de si próprio por uma pessoa” (STUART & LARAIA, 2002, p. 321). A sexualidade é um constituinte fundamental e imprescindível para a existência de um ser, estando presente em toda a extensão de sua vida e dos contatos pessoais que nela se desenvolvem.

Assim, este estudo torna-se importante uma vez que, identificar indícios da ocorrência de alterações a nível de humor durante o transcorrer do tratamento anti-neoplásico e qual a influência destes na vivência da sexualidade feminina, culturalmente já fragilizada pelas questões de gênero (ARAÚJO & SOUSA, 2002), faz-se imprescindível para a elaboração de estratégias capazes de fortalecer à mulher na sua luta contra o câncer. De fato, tal conhecimento nos induz a refletir e a construir novos modelos de atenção e de abordagem à mulher, tendo em vista que as alterações de humor acabam por delinear um quadro de apreensão, angústia e fracasso quanto a si enquanto pessoa, quanto à imagem que os outros, principalmente o companheiro/parceiro sexual cria de seu ser enquanto mulher, que, por fim, podem colocar em situação de risco sua cura e reabilitação.

Materiais e Método

O referido estudo foi realizado no Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), no setor de Oncologia, localizado no município de Barbalha, na região do Cariri, no interior do estado do Ceará, no mês de maio de 2005, sob parecer favorável do comitê de ética do referido hospital, tendo como informantes da pesquisa, mulheres portadoras de patologias neoplásicas em tratamento.

Optou-se pela utilização de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, tendo em vista que na pesquisa qualitativa o fenômeno em estudo é descrito mediante as experiências vividas pelas participantes (NUCCI, 2003).

As participantes foram pré-selecionadas de forma aleatória após obtenção de listagem das pacientes em tratamento radioterápico e quimioterápico à época da coleta de dados. Após este momento, a

pesquisadora dirigiu-se ao Centro de Oncologia para submissão destas mulheres aos critérios de inclusão da pesquisa, levando em consideração os dias e horários que as mesmas compareceriam à Unidade para realização do tratamento.

Desta maneira, foram pré-selecionadas um total de 29 mulheres, tendo participado da pesquisa somente 12 informantes, uma vez que utilizando-se a entrevista semi-estruturada como meio de coleta de dados, o discurso destas 12 pacientes sofreram saturação de informações, não sendo mais necessária para o estudo a coleta de dados das demais mulheres, de acordo com os pressupostos da pesquisa qualitativa.

As entrevistas aconteceram em ambiente privativo, sigiloso, levando em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que relata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Os discursos foram gravados, transcritos e posteriormente analisados, sendo obtido a partir da análise dos mesmos, quatro categorias, baseadas nas recorrências dos discursos.

Resultados e Discussão

De modo resumido o perfil das informantes da pesquisa nos mostra que:

- * Predomina a faixa etária de 50 a 59 anos (66,6%),
- * A maioria das mulheres são de zona rural (66,6%)
- * De um modo geral, a maioria das informantes apresentam em média dois anos de estudo;
- * São domésticas em seu maior percentual e com remuneração inferior a 260 reais por mês,
- * Casadas e com filhos;
- * Portadoras em maioria de câncer de mama (75%),
- * Submetidas em sua maioria aos três tipos de tratamento anti-neoplásico (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

É incontestável o abalo que o tratamento do câncer traz para as pessoas submetidas a ele. As pessoas apresentam pensamentos, idéias e valores rebuscados e confusos, levando ao desencadeamento de inúmeras alterações a nível de humor. O tratamento do câncer não afeta somente o corpo, a mente também é alvo de tal impacto. De fato, o “câncer não é apenas uma doença; são diversas doenças relacionadas que afetam, de várias maneiras, diferentes partes do corpo humano” (LESHAN, 1994, p. 19).

Para estas mulheres, experienciar um tratamento considerado traumático e doloroso como o é a terapia contra o câncer, promove o desencadear de alterações de humor, que surgem como resposta a estas situações vivenciadas e que acabam eventualmente, potencializando-as.

Tristeza e sexualidade

A tristeza é uma reação normal à crise enfrentada diante do câncer, e todas as pessoas a sofrem num momento ou em outro (BALLONE, 2006). De fato, as mulheres a partir de seus depoimentos revelaram ter vivenciado a tristeza durante este período crítico em suas vidas.

Me sinto triste [...] pedindo a Deus pra que tudo dê certo e a gente continue pra voltar o normal, a alegria que a gente tinha né? [suspiro] Eu gostava de brincar, de acompanhar meus meninos, de me divertir [...] eu não tenho essa vontade, sem ter prazer e nem gosto na vida. –

Informante 01

Antes eu era mais alegre, depois que eu fiquei sabendo eu fiquei triste, [...] hoje eu tento ficar alegre mas não consigo né, devido à doença né, e ao tratamento também que me preocupa né, eu acho que não vou ficar boa [...] aí eu rezo. –

Informante 03

A convivência com sentimentos de tristeza aparece atrelada ao próprio convívio com a doença e seus desdobramentos, surgindo preocupações quanto à reabilitação física e também social.

A sensação de que se é uma nova pessoa, diferente daquela antes da doença e a crença da impossibilidade de voltar a ser a mesma em toda a sua dinâmica após o término do tratamento, ou seja, a incerteza de se voltar como citado ao *normal*, o que vem a denotar o câncer/tratamento e as mudanças na rotina de vida impostas por ele como anormais.

Em estudo realizado junto às mulheres com câncer de mama, a angústia e a tristeza levam à fragilidade da pessoa (SOUSA, 2005). Tais sentimentos negativos culminam na ausência de condições emocionais até mesmo para se realizar as mais banais atividades diárias (SOUSA, 2005). O prazer como resultado dos desfrutes da vida fica relegado. Tenta-se elevar a auto-estima, busca-se a fortaleza e o auxílio da religião, representada pela fé, porém o estigma da palavra câncer sobre sua curabilidade parece influenciar tal desânimo, uma vez que as dúvidas quanto à cura da doença são constantes.

Depressão e sexualidade

A depressão apareça como resultado do tratamento anti-neoplásico, embora possa não se fazer presente em sua real sintomatologia, sendo muitas vezes confundida com uma tristeza aguçada.

Assim, diz-se sofrer de depressão, o que na realidade pode ser apenas uma manifestação potencializada de desânimo e tristeza com a vida. Desta forma, as mulheres revelaram a presença de depressão como um fato real em suas vidas, embora tais manifestações possam não passar apenas de estados de tristeza elevados, se fazendo confundir com o estado de depressão real. Deste modo, de acordo com as percepções das informantes e com seus discursos, a categoria aborda a depressão, o que na realidade, somente com a atuação de um profissional de saúde qualificado em Saúde Mental, poderia-se definir e diagnosticar a existência da real depressão em suas vidas.

Assim eu fiquei com um pouco de depressão né, por causa da doença, porque o tratamento depois que eu comecei fazer eu só me sinto mal assim, com gastura, vomito muito.- Informante 05

Porque você tá depressiva e quando você tá depressiva você não quer nada disso, você quando faz sexo assim, é por obrigação de marido e mulher, mas você ter aquela vontade você não tem, porque você tá depressiva [...] por causa da depressão, porque meu marido sempre ele me procurou. – Informante 06

O desencadear da depressão aparece, de acordo com os depoimentos, associada tanto à doença em si, pelo estigma que esta possui de deterioração e morte, e, principalmente, em decorrência do tratamento, o único responsável pelo convívio com inúmeros efeitos colaterais.

A depressão tem impacto direto sobre a sexualidade e atividade sexual, como revelado pelo trecho: *ter aquela vontade [sexo] você não tem, porque você tá depressiva (Informante 06)*. A perda do apetite sexual (libido) é um sintoma comum da depressão que é mais prevalente em pacientes com câncer que na população sadia (BALLONE, 2006).

De fato, na depressão o indivíduo sente-se triste, apático, angustiado e irritado. Cai o nível de energia, aparecem desânimos, dificuldade em sentir prazer na vida e com as atividades de lazer como antes, inclusive sexual (BALLONE, 2006).

Além disto, o mesmo depoimento revela a percepção da entrevistada sobre o conceito de sua sexualidade, ancorada nas relações de gênero. O trecho exposto *por obrigação de marido e mulher (Informante 06)* parece revelar a dificuldade enfrentada pela informante em dialogar sobre seu estado emocional com o parceiro, que no momento a estaria impossibilitando de exercer a prática sexual. Assim, a incapacidade de comunicação e a atitude passiva, mais a concepção de que a sua função durante a relação é unicamente satisfazer o homem, faz com que as mulheres não consigam proporcionar prazer a elas mesmas, provocando uma série de perturbações (SEGAL, 1994).

Nervosismo, irritabilidade, impaciência e sexualidade

Concomitante a tais alterações de humor, o nervosismo também surge na vida destas mulheres, como revelado nos depoimentos a seguir:

Ficava muito nervosa, qualquer coisinha que acontecia eu ficava nervosa [...] com as pessoas [...] eu queria ficar no quarto separada sozinha. – Informante 06

Nervosa, [...] logo no começo acho que devido as injeção [da quimioterapia] também né, que a pessoa fica nervosa. – Informante 02

Tal nervosismo revelado é resultado em primeira instância da submissão ao tratamento e de toda a conjuntura de impactos impostos pelo mesmo. A quimioterapia aparece para as mulheres, como uma das causadoras de tal mudança de humor. Para muitas pessoas é no momento da quimioterapia, que ocorre concretamente o contato com a doença (NUCCI, 2003), do convívio com os efeitos colaterais, bem como à possibilidade de surgirem quaisquer intercorrências com risco de vida.

Além disto, o desejo de isolamento surge como resultado do nervosismo vivenciado. Tal vontade muitas vezes colocada em prática tem impacto importante nas relações interpessoais, uma vez que em meio a esta vontade, a necessidade de se buscar apoio e soluções para os problemas vividos, fica negligenciada.

Além do nervosismo, a distímia, que se caracteriza por um mal-humor acentuado e incômodo às coisas mínimas, com elevada tendência à irritabilidade (MORENO, 2004), também é revelada:

Olhe eu me irritado muito, [...] eu me sinto agredida com uma brincadeira, eu não tô normal, [...] isso interfere porque com as pessoas, eu acho melhor ficar só, e choro principalmente assim durante esses três dias da quimioterapia. – Informante 08

Eu tô agitada, irritada demais, eu sou ignorante demais [essas alterações] aumentou porque eu quero fazer as coisas da casa e não posso, sem mandar os outros fazer.- Informante 09

A externalização de uma irritabilidade aguçada aparece dificultando as relações pessoais a serem estabelecidas. A dificuldade de verbalização, a importância dada para a necessidade/desejo de ficar sozinha, a tristeza experimentada, a tendência à agressividade surgem como resultados desta irritabilidade exteriorizada e implicam em distâncias interpessoais (STUART & LARAIA, 2002).

A agressividade discursada parece estar associada a uma irritabilidade potencializada. De fato, tal manifestação de humor parece descrever várias formas e graus de agressividade, variando de intensidade, duração e expressão (SMELTZER & BARE, 2000) nas pessoas por ela afetadas.

Há ainda o mau-humor desencadeado como consequência da impossibilidade de execução de atividades diárias, outrora realizadas, como revelado no último depoimento: *irritada demais [...] quero fazer as coisas da casa e não posso (Informante 09)*. Por ser mulher, a percepção da informante (09) se justifica para a sociedade patriarcal como natural. Isto porque as relações de gênero estipulam para a mulher os cuidados domiciliares, ao “espaço da casa – do mundo privado – que é o lugar considerado mais adequado às mulheres por conta, principalmente, da maternidade e dos desdobramentos inerentes à mesma” (ARAÚJO & SOUSA, 2002, p. 10).

Ainda, por ser idosa, resta à informante 09 “somente” estes cuidados domiciliares que reforçam a sua existência no mundo como mulher, uma vez que com o avançar da idade, as necessidades sexuais femininas são esquecidas/camufladas, a fertilidade já não existe, os filhos passam a constituir família, e, portanto, os afazeres do lar e os cuidados com o companheiro parecem ser prioritários e potencializados durante este período do envelhecimento.

Assim, a impossibilidade de executar seu papel estereotipado parece desencadear o mau-humor vivenciado. De fato, para uma pessoa que extrai considerável fonte de identidade de seu papel ocupacional, esta perda contribui para uma crise pessoal e a aumenta consideravelmente (SEGAL, 1994).

Aparece ainda durante a realização do tratamento a impaciência, que embora tida pelos discursos a seguir como uma alteração de humor separada das demais, na realidade tem importante vínculo com as mesmas, uma vez que as mulheres revelam a convivência de tais modificações de humor ao mesmo tempo.

Eu acho que mudou assim porque tem hora que eu não tenho paciência de escutar as conversas das pessoas, me sinto assim sufocada [...] é eu tô desse jeito. – Informante 07

Eu não tinha paciência de ficar conversando com as pessoas, vinha aquela gastura que subia em mim que de até se possível mandar a pessoa embora pra eu ficar sozinha, acho porque o tratamento é muito forte, a quimio é muito forte. – Informante 05

Tô sem paciência demais, a pessoa sem paciência, se dá com ninguém? – Informante 09

A presença de impaciência nos diálogos, a vontade de permanecer sozinha, parecem contornar novamente um quadro de isolamento e de difícil abertura para a discussão dos problemas vivenciados e a impossibilidade de se buscar em união com as outras pessoas, as soluções cabíveis. A solidão desejada, neste caso em decorrência da impaciência vivenciada, bem como das demais alterações de humor desvendadas, acabam funcionando como uma forte ameaça à qualidade de vida da pessoa afetada (SANT'ANNA, 2000).

Mais uma vez pode-se relacionar a quimioterapia como um fator contributivo diretamente pela impaciência exteriorizada. Tal sensação de que a quimioterapia é uma modalidade terapêutica perigosa (SEGAL, 1994) acaba por configurar um quadro de inquietação e dificuldade de concentração nas atividades diárias e no estabelecimento de relações pessoais.

Esta última percepção é desvelada pelo trecho: *pessoa sem paciência, ignorante, se dá com ninguém (informante 09)*, na qual a impaciência, bem como as outras alterações de humor surgem como obstáculos para a manutenção de relações com outras pessoas, uma vez que estas podem inevitavelmente, evitar qualquer contato interpessoal, objetivando não ser alvo de críticas, de agressividades verbais ou físicas, dentre outros. Essas situações podem culminar para aqueles que convivem diariamente com a pessoa portadora de câncer, em um desgaste físico e mental, que em um momento tão importante como esse, vigente de apoio e compreensão, apareceriam como barreiras para a solidificação da fortaleza interpessoal.

Humor, dor e sexualidade

A associação da ocorrência de dor com alterações a nível de humor e a nível emocional não é novidade. As alterações de humor vivenciadas afetam significativamente a capacidade de a pessoa portadora de câncer tolerar e lidar com a dor (OTTO, 2002). De fato, “estima-se que 60 a 90% de todos os indivíduos com doença maligna progressiva sentem dor” (SMELTZER & BARE, 2000, p. 253).

Não dava pra fazer [sexo] tava toda doída no corpo [...] tava triste. – Informante 06

Parece que eu não sinto melhora, tô do mesmo jeito que tava, o que dói, é que antes da gente operar a gente não sente nada, e agora a dor tá toda espalhada, e eu não agüento, isso aqui [mama] dói que eu não posso nem triscar, dói demais. – Informante 09

A ocorrência de dor surge como um empecilho ao bem-estar pessoal, acarretando incômodos no dia-a-dia, preocupações e angústias frente ao tratamento e à reabilitação.

De fato, “a dor apresenta várias peculiaridades no doente com câncer, causa impacto emocional negativo e gera percepção de que a expectativa de vida é curta” (TEIXEIRA, 2005, p. 8). Para muitas pessoas, a dor é um sinal que o tumor está crescendo e a morte está próxima (SMELTZER & BARE, 2000),

fato este que é percebido pelo seguinte discurso, que remete a ausência de melhora física, como no trecho: *parece que não sinto melhora [...] agora a dor tá toda espalhada (Informante 09).*

Essa realidade desperta sentimentos angustiantes, desencadeando inúmeras reações emocionais. As alterações de humor tais como tristeza, depressão, ansiedade, dentre outras, são comuns de serem exteriorizadas diante do convívio com a dor (TEIXEIRA, 2005).

A dor também surge como obstáculo para a concretização do ato sexual, uma vez que sofrendo com a mesma, seu humor tem um semblante negativo. De fato, a dor é sintoma mais comum relatado pelas mulheres. Mesmo que ela se localize em uma área extragenital de seu corpo, esse fato acarretará dificuldades em sua relação. A própria dor orienta os pensamentos para outra área que não seja a da atividade sexual (SEGAL, 1994).

Deste modo, as alterações repentinas no estilo de vida, nos relacionamentos, na imagem corporal, a mutilação, a caracterização de inferioridade, as repulsas frente ao corpo tido como deformado, o desejo de isolamento, o receio de rejeição/abandono do parceiro, o estigma da palavra câncer, a descrença frente a cura, dentre outros vivenciados durante este período, podem resultar no nível de dor experimentado, ou seja, o psicológico da pessoa pode ser o grande responsável pela ocorrência da dor, como no depoimento abaixo.

Que se eu não sinto nada na minha cabeça, meu corpo também não sente dor, eu não achava diferença nenhuma, só devido a cabeça mesmo, na cabeça tem hora que apaga tudo, aí depois tem hora que vai voltando ao normal – Informante 03

Assim, é nesta linha de pensamento que a dor parece ser exacerbada ou amenizada pelas pessoas por ela afetada. Diante do tratamento contra o câncer e como consequência deste, de todas as alterações bruscas na vida acima desveladas, nos sentimentos e emoções, o psíquico da pessoa parece influenciar na percepção da dor experimentada, como algo resultante não apenas de problemas fisiológicos, mas algo criado, imaginado e, portanto, sentido.

Conclusão

Diante de todas as alterações na dinâmica de vida de uma mulher submetida a tratamento anti-neoplásico, a vida pode tornar-se estressante. Enfrentar a existência de um câncer e submeter-se a seu tratamento é defrontar-se com um turbilhão de todas as experiências que se pode imaginar.

De fato, as alterações nos planos físicos, emocionais e a nível de humor que o tratamento do câncer acarreta, se configuram como um contínuo de ir e vir, na qual as alterações na imagem corporal e a convivência com os diversos efeitos colaterais levam às inúmeras reações emocionais e modificações/transtornos de humor.

Esta realidade traz como resultado, novas formas de comportamento, que culminam no despertar de crises individuais, que quando recorrentes, tornam-se coletivas resultando em crises pessoais. Para aquelas que são casadas, afloram-se também as crises conjugais.

Deste modo, as alterações de humor vivenciadas influenciam negativamente a sexualidade feminina, detidamente a forma da mulher se ver, de se sentir, de se gostar e de estabelecer relacionamentos interpessoais. De fato, talvez a marca mais profunda causada pelo câncer e seu tratamento, seja a destruição da maneira como a pessoa se vê, e como ela acredita que as outras pessoas irão vê-la (SEGAL, 1994), o que pode conduzir ao isolamento social.

Portanto, a obtenção desta realidade pode servir como um guia para o ambiente familiar, os serviços de saúde e as redes de apoio social atuarem em conjunto na decodificação de sentimentos e emoções, garantindo trocas de experiências, elevando a auto-estima, fortalecendo assim, a sexualidade feminina em todas as suas vertentes, que não somente àquela voltada ao ato sexual, estimulando na mulher a exploração dos próprios sentimentos em relação à sexualidade, a percepção da sensibilidade do próprio corpo, mesmo alterado bruscamente pelos efeitos colaterais do tratamento do câncer. Desta maneira, a mulher poderá compreender o que realmente modificou em si e formular estratégias para contornar tais problemas a nível sexual e em sua sexualidade.

Referências

ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. cap. 12, p. 229-268.

ARAÚJO, M.L.G.; SOUSA, J.R.M. Gênero – Origem. In: ARAÚJO, M.L.G.; SOUSA, J.R.M.; VIANA, R. **Desvendando os gêneros, desvelando o cotidiano**. Fortaleza. Casa Lilás e Associação Mulheres em Movimento; 2002. p.05-18.

BALLONE, G.J. **Fatores Psicológicos relacionados aos problemas sexuais no câncer**. Capturado em 18 nov. 2006. Online. Disponível na internet: http://www.hefc.org.br/difuncao_sexual_nas_pessoas_com.htm.

LESHAN, L. **Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer**. São Paulo:Summus, 1994.

LOPES, G.; MAIA, M. Sexualidade, sexo e genitalidade. In: FNUAP, SESI. **Empresa & família, qualidade de vida: manual básico para monitor**. 1997. Unid. II, cap. 02, p. 20-22.

MORENO, D.H.; DIAS, R.S.; CORREIA, F.K.; MORENO, R.A. Transtornos do humor. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Editora Atheneu. 2004; p. 105-140.

NUCCI, N.A.G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 173p. (Tese de doutorado). Faculdade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed; 2002.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

SANT'ANNA, D. B. **Do glamour ao “sex-appeal”**: notas sobre a história do embelezamento feminino entre 1940 e 1960. *Histórias & Perspectivas*, Uberlândia, v. 23, p. 115-128, Jul./Dez.2000.

SEGAL, S.M. **Desfazendo mitos: sexualidade e câncer**. São Paulo: Ágora, 1994.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, 8ª edição. v. 1, 2000.

SOUSA, M.F.P. **Renascer: a experiência de participação de um grupo de apoio a portadores de câncer**. 2005. 39p. (Monografia de especialização). Curso de Pós-graduação da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

TEIXEIRA, M.J. **Dor no doente com câncer. Dor é coisa séria**. Rio de Janeiro. Grupo Editorial Moreira Jr. 2005. v. 1, n. 1, p. 8-12.

