

Repercussões Emocionais do Câncer Ginecológico e Exenteração Pélvica

Emotional Reactions of Gynecological Cancer and Pelvic Exenteration

Repercusiones Emocionales del Cáncer Ginecológico y de la Evisceración Pélvica

Raquel Huff¹

Elisa Kern de Castro²

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Resumo

O objetivo desse estudo foi analisar as reações emocionais, a sexualidade e a relação conjugal da mulher com câncer ginecológico submetida à cirurgia de Exenteração Pélvica a partir de revisão teórica e da ilustração de vinhetas de casos clínicos. A literatura aponta diversas reações emocionais encontradas nessas pacientes, tais como ansiedade frente à doença e ao tratamento, medo da morte, insegurança quanto à imagem corporal e diminuição da auto-estima relacionados ao uso das bolsas coletoras (ostomia). Referente à sexualidade, são encontrados baixo grau de satisfação sexual e excitação, assim como insatisfação com a frequência das relações sexuais, receios de não corresponder às demandas sexuais do parceiro, medo de abandono e rejeição do companheiro. Uma melhor compreensão desses aspectos facilitará o trabalho dos profissionais que atendem essas pacientes e possibilitará intervenções mais adequadas por parte de toda a equipe de saúde.

Palavras-Chave: Câncer ginecológico; reações emocionais; exenteração pélvica; sexualidade.

Abstract

The objective of this study was to analyze emotional reactions, sexuality and marital relation in woman with gynecological cancer submitted to the pelvic exenteration surgery by a theoretical review and the vignettes of clinical cases. The literature points some emotional reactions common in these patients like anxiety, fear of death, insecurity about self-image and low self-esteem related with the use of the collection bags (colostomies). Regarding sexuality, there are found low levels of sexual satisfaction and excitement, such as dissatisfaction with the frequency of intercourse and fear of abandonment or rejection of her sexual partner, who for times moves away from the relation. A better understanding of these aspects will facilitate the work of professionals connected to these patients and will make possible more appropriate interventions by health team.

Keywords: Gynecological cancer; emotional reactions; pelvic exenteration; sexuality.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las reacciones emocionales, la sexualidad y la relación de pareja de mujeres con cáncer ginecológico sometidas a cirugía de Evisceración Pélvica a partir de una revisión teórica y de las viñetas de casos clínicos. La literatura sugiere varias reacciones emocionales encontradas en estos pacientes, tales como la ansiedad, el miedo de la muerte, la inseguridad sobre la imagen corporal y la disminución de la autoestima relacionados con el uso de bolsas de recogida (colostomía). Acerca de la sexualidad, fueron encontrados niveles bajos de satisfacción sexual y excitación, así como la insatisfacción con la frecuencia de las relaciones sexuales, el temor de no cumplir con las exigencias de la pareja sexual, el miedo al abandono y el rechazo de la pareja. Una mejor comprensión de estas cuestiones facilitará el trabajo de los profesionales vinculados a estos pacientes y permitirá intervenciones más adecuadas por el equipo de salud.

Palabras Clave: cáncer ginecológico; reacciones emocionales; evisceración pélvica; sexualidad.

Introdução

O câncer ginecológico é um dos diversos tipos de neoplasia que podem afetar a população feminina (Berek, 2008). Este tipo de câncer acomete um ou vários órgãos reprodutivos de uma mulher, tais como: colo do útero, endométrio ou corpo do útero, ovário, vagina e vulva (Carvalho & Pereira, 2008). Estima-se que para 2010 o diagnóstico de novos casos de câncer feminino chegue a 253.030 no Brasil, incluindo todos

os tipos de neoplasias que atigem as mulheres (Brasil, 2010).

O câncer ginecológico mais frequente é o de colo do útero, também chamado de cervical. Esse tipo de câncer se inicia com transformações intraepiteliais e tem caráter progressivo caso não seja detectado precocemente (Linard, Silva & Silva, 2002). Assim como outros tipos de câncer, a dinâmica deste tipo de neoplasia é de constituir tecidos de aspecto desorganizado com a proliferação descontrolada das células (Hart, 2008). Para Bernardo, Lorenzato, Figueiroa e Kitoko (2007), essa doença tem sido considerada uma questão de saúde pública devido a alta morbimortalidade feminina no Brasil.

O câncer do colo do útero gera, aproximadamente,

1-São Leopoldo, RS. E-mail: raquelh@ceee.com.br

2-São Leopoldo, RS. E-mail: elisa.kerndecastro@gmail.com

230 mil óbitos de mulheres por ano no mundo (Brasil, 2010). Este tipo de câncer incide na faixa etária de 20 a 29 anos, fase da vida importante para as mulheres, e tem o risco aumentado na faixa etária de 45 a 49 anos. Apresenta grande potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, porém, a falta de hábito das mulheres em estar se observando continuamente, atentas a mudanças que ocorram em seu corpo, torna difícil o diagnóstico precoce. Assim, mesmo quando ocorre a observação de sinais e sintomas, como a dor no baixo ventre, sangramento ou secreção, a procura por ajuda demora por medo do diagnóstico (Nerone & Trincaus, 2007).

Sabe-se hoje que o Papiloma vírus Humano (HPV) associado com outros diversos fatores de risco, como o tabagismo e a multiplicidade de parceiros sexuais, por exemplo, são os maiores causadores desta doença (Brasil, 2010). Conforme Nerone e Trincaus (2007), 99% das mulheres que têm câncer de colo uterino foram infectadas anteriormente pelo HPV. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde para detecção do câncer de colo do útero.

A Exenteração Pélvica (EP) consiste na remoção e ressecção da bexiga urinária, uretra, vagina, cérvix, útero, tubas uterinas, ovários, reto, ânus, e em alguns casos, a vulva. O procedimento deixa a paciente com ostomia (bolsa plástica externa) permanente, no qual o conteúdo intestinal é drenado (Ricci, Giribela, Filassi, Melo & Pinotti, 2004). A bexiga urinária é reconstruída a partir de uma porção do intestino para proporcionar um reservatório que se esvazia em outra bolsa definitiva no abdômen.

Existem três tipos de procedimento de EP: 1) EP Anterior, que é indicada quando o câncer é limitado ao colo e à porção anterior da parte superior da vagina, e são removidos bexiga, vagina, colo e útero; 2) EP Posterior, quando há recorrência do tumor na parte vaginal posterior, raramente usada, são removidos reto, vagina, colo e útero; e 3) EP Total, indicada quando a doença se estende até a parte inferior da vagina e são removidos bexiga, reto, vagina, colo e útero. Este tipo de tratamento é utilizado como última possibilidade de cura (Berek, 2008).

A seleção dos casos para a EP é criteriosa por ser contraindicada na presença de metástase extra pélvica, edema unilateral de membro inferior, dor ciática e obstrução ureteral unilateral, o que pode tornar pequeno o número de candidatas à cirurgia. Mulheres com idade superior a 70 anos raramente devem ser submetidas a este procedimento, pois a mortalidade cirúrgica é proporcional ao aumento da idade (Berek, 2008). A evolução e aperfeiçoamento deste procedimento cirúrgico garantiram a redução dos índices de morbidade e mortalidade entre as pacientes com câncer ginecológico. Porém, de acordo com Halbe (2000), por mais radical que seja

a cirurgia esta não impede, de forma absoluta, a volta da neoplasia. A recidiva pode ser continuação da neoplasia anterior ou uma nova doença.

Nos últimos anos, houve uma alta na taxa média de sobrevida das pacientes submetidas à cirurgia de EP, que é de 42% em cinco anos (Ricci et al., 2004). Esta taxa passa a ser de 20 a 46% de sobrevida para casos de Exenteração Total. Na Exenteração Anterior há um aumento na taxa de sobrevida em cinco anos, de 33 a 66% (Berek, 2008). O aumento nessas taxas está associado à experiência dos cirurgiões, à seleção adequada dos casos e aos avanços tecnológicos. A morte no pós-operatório pode ocorrer devido principalmente à sepse (infecção geral grave), tromboembolismo pulmonar (trombose concomitante ao embolismo) e hemorragias (Berek, 2008). Complicações cirúrgicas graves como fístulas dos aparelhos gastrointestinal e geniturinário têm taxa de 30 a 40% de mortalidade. Outras complicações podem ocorrer com a realização da cirurgia, como a perda das vísceras pélvicas e do músculo levantador da pelve. Com a cirurgia, a vulva pode ser desnervada e há inchaço e dor no clitóris. Para que a cura total aconteça é sugerido, aproximadamente um prazo de 12 a 18 meses após a cirurgia (Donahue & Knapp, 1977). O controle e acompanhamento das pacientes tratadas precisam ser rigorosos na escolha dos meios diagnósticos a utilizar e no estabelecimento dos intervalos de revisão, de tal forma que beneficiem a paciente, sem atormentá-la com exageros descabidos. (Halbe, 2000).

Tendo em vista que a EP é um tratamento muito agressivo ao qual algumas mulheres com câncer ginecológico são submetidas e que afeta psicologicamente a mulher, o objetivo deste trabalho é analisar as repercussões emocionais da mulher com câncer ginecológico frente à EP, bem como sua sexualidade e sua relação conjugal, a partir de revisão teórica sobre o tema e da ilustração de três vinhetas de casos clínicos. Os casos foram atendidos durante internação hospitalar de pacientes que haviam sido recém submetidas à cirurgia de exenteração pélvica, no período de realização de estágio profissional em psicologia da primeira autora em um hospital especializado em oncologia da cidade de Porto Alegre.

Reações Emocionais da mulher frente à Exenteração Pélvica

De maneira geral, os pacientes com câncer e com indicação cirúrgica apresentam como reações emocionais, níveis elevados de ansiedade e perturbações emocionais pré e pós-cirúrgicas em comparação com doentes que fazem cirurgias para doenças benignas. Também apresentam taxas de recuperação emocional mais baixa, sentimentos mais fortes de crise e impotência, por até dois meses após a internação hospitalar (Straub, 2005). O paciente oncológico e cirúrgico, além dos desconfortos de estar

doente, hospitalizado e distante de suas atividades e sua família, ainda sente, com a cirurgia, a ameaça de algo arriscado e desconhecido.

Para a mulher que descobre que tem um câncer, dá-se início a um processo interno de dúvidas e incertezas que podem ou não ser amenizadas através do exame físico e dos exames radiológicos. Havendo a confirmação de tumor maligno, a mulher passará por várias fases de conflito que oscilam desde a negação da doença, onde a paciente (e familiares) procuram diversos profissionais na esperança de que algum deles lhe dê um diagnóstico contrário ao achado, até a fase final onde há a aceitação da existência do tumor (Maluf, Mori & Barros, 2005). Esses conflitos são demonstrações das alterações psicológicas por que passam a mulher portadora de câncer e seus familiares, e que não terminam com a cirurgia, mas vão além, com os tratamentos adjuvantes como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia.

Saber como se sente uma mulher com câncer ginecológico ajuda no posterior entendimento das reações emocionais frente à cirurgia. Em um estudo sobre a compreensão do estar com câncer ginecológico avançado realizado por Silva e Merighi (2006), foram coletados seis depoimentos com a intenção de verificar, através da experiência das pacientes, como é ser mulher com câncer ginecológico. O que é relevante neste estudo é que o câncer ginecológico avançado foi vivenciado de maneiras diversas. Muitas vezes, a paciente experimenta uma reação de revolta, desespero ou angústia, outras vezes, podem viver um estado de aceitação, com serenidade emocional. Foi considerado que as emoções e sentimentos são influenciados pelo meio em que estas mulheres estão inseridas.

A maneira como uma mulher pode se comportar em relação a sua vida tende a ter influência no aparecimento da neoplasia cervical, que parece estar associada às reações vivenciadas nas fases pré e pós-cirúrgicas citadas anteriormente. O estudo de Coker, Bond, Madeleine, Luchok e Pirisi (2003) sobre a relação entre estresse e neoplasia cervical de risco mostrou que aquelas pacientes com atitudes positivas de enfrentamento e com apoio social apresentaram melhores resultados de saúde entre as que sofriam de estresse grave. Os autores interpretaram esse dado a partir da idéia de que as mulheres que levam uma vida estressante aumentam os seus níveis de cortisol no organismo e tem sua imunidade rebaixada, fatores que foram associados ao desenvolvimento de lesão cervical progressiva e persistência do vírus HPV no organismo, ambos geradores de neoplasia cervical.

No entanto, entre o diagnóstico e o término do tratamento, torna-se difícil que pacientes submetidas à EP, assim como os pacientes de todos os tipos de doença neoplásica, não vivenciem períodos de vida bastante estressantes, com frequentes episódios de

dor e de outros sintomas nocivos a saúde. Muitas são as alterações causadas tanto pela evolução da doença quanto pela terapêutica indicada. Espera-se que os tratamentos adotados cuidem de eliminar ou reduzir significativamente tais sintomas e seus efeitos colaterais, e ainda, aumentar a habilidade da paciente em vivenciar uma vida parecida a anterior à doença (Carvalho & Pereira, 2008).

Um fator que pode fornecer relevantes informações sobre os danos que o câncer e os procedimentos cirúrgicos podem causar na mulher é a má qualidade do sono, que também é um indicativo de qualidade de vida. Segundo Furlani e Ceolim (2006), os hábitos do sono e qualidade são parte fundamental da rotina de vida. A presença da neoplasia pode causar profundas mudanças na maneira habitual de vida da pessoa e conseqüentemente no sono. Para o bom funcionamento fisiológico e adequado do organismo é fundamental dormir bem. Distúrbios do sono podem estar associados à fadiga e reduzida tolerância à dor, causando impacto sobre o tratamento.

O câncer ginecológico, além dos aspectos referidos anteriormente, representa ameaça para a mulher: ameaça à sua sobrevivência, à sua imagem corporal, ao seu papel pessoal e cultural (Donahue & Knapp, 1977). Quanto ao seu papel pessoal e cultural, no estudo de Silva e Merigui (2006) sobre a compreensão do estar com câncer ginecológico avançado, foi observado que as pacientes voltam-se para si mesmas e empenham-se para tratar de sua doença, contando com o apoio de familiares e pessoas significativas. Muitas desempenhavam na família um papel de cuidadoras de seus membros e com a doença elas passam a serem cuidadas, ficam mais dependentes, necessitando adaptar-se à nova condição.

No que se refere a ameaça à sobrevivência, algumas pacientes acreditam que adoecer com câncer é a possibilidade da morte (Donahue & Knapp, 1977). Surge uma ambivalência de idéias e sentidos nas mulheres portadoras de neoplasias relacionadas ao útero. Torna-se difícil compreender que o mesmo órgão que está associado à fertilidade, à vida e ao prazer de trazer filhos ao mundo, neste momento também poder ser sinônimo de doença e morte, impedindo-as de engravidar, principalmente após à EP. De maneira bem menos evidente atualmente, algumas mulheres e homens acreditam que a feminilidade vem da figura do útero, reportando à mulher o papel de mãe e provedora da vida, indo de encontro com o câncer tão estigmatizado pela figura da morte (Nerone & Trincaus, 2007). Está presente no cotidiano dessas mulheres o medo, a angústia de recidiva tumoral e o surgimento de dores. Qualquer alteração do seu estado físico representa este fantasma, a doença se espalhando por seu organismo (Donahue & Knapp, 1977).

Com a cirurgia de EP, há a perda da função reprodutora na mulher e respostas emocionais negativas são mais comuns em mulheres jovens ou com desejo de procriar (Halbe, 2000). Apesar de ter associação rara, o câncer de colo de útero é o mais frequente câncer ginecológico concomitante com a gravidez. O encontro de uma neoplasia maligna em uma mulher grávida é um momento de grande carga emocional para médico e paciente. A dificuldade no gerenciamento desta situação por parte dos médicos tem influído no atraso de tomada de decisão. Desta forma, temos de um lado uma equipe estarecida diante de um quadro de baixa prevalência e com um grupo de variáveis maior que o de costume, e de outro, temos uma paciente ameaçada por múltiplas perdas, convocada a participar ativamente das decisões importantes sobre sua vida e a do filho em gestação (Halbe, 2000).

Quanto à ameaça a sua imagem corporal, ela é alterada em função da mutilação do corpo e com a presença da bolsa coletora. Uma pessoa com o corpo deteriorado, caquético, fragilizado é tomada como o próprio símbolo de quem está com câncer. A sua atual imagem não condiz com a imagem estruturalizada que construiu ao longo de sua vida, que é a base da representação da sua identidade (Donahue & Knapp, 1977). De acordo com Santos, Dal Poggeto e Rodrigues (2008), com a confecção do estoma há um rompimento com os padrões estéticos de beleza e de saúde que a mídia mostra como ideal de beleza feminina, corpos perfeitos e estereotipados, fazendo com que surja nessas pacientes sentimentos de desajustamento à normalidade padronizada, fragilizando sua auto-estima. Podendo fazer com que, muitas vezes, algumas mulheres mudem seu estilo ou designer de suas roupas para esconder a bolsa coletora (Santos, Leal & Vargas, 2006).

A mulher ostomizada pode sentir-se, após a cirurgia, diferente, estranha, diminuindo a confiança e o respeito por si mesma (Barbutti, Silva & Abreu, 2008). A permanência da bolsa coletora no corpo faz com que a paciente ostomizada tenha que enfrentar diversas modificações no seu dia-a-dia, como mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Essas modificações estão intimamente ligadas ao sofrimento, à dor, ao deterioro físico, às incertezas quanto ao futuro, aos mitos relacionados à doença e ao medo da rejeição, pois às vezes sentem-se sujas e repugnantes. Outro aspecto que também causa impacto na paciente submetida à EP é o fato dela ter perdido um órgão altamente valorizado, como a bexiga e o reto, e a conseqüente privação do controle urinário, fecal e eliminação dos gases. Essas pacientes têm preocupações não só com a aparência, mas também com as reais adaptações ao novo aparelho excretor constituído após o procedimento cirúrgico, com os vazamentos do material urinário e fecal das aberturas,

com os ruídos gerados pela passagem dos dejetos pelo estoma e com o odor, que podem causar embaraços (Donahue & Knapp, 1977).

Algumas pacientes ostomizadas podem apresentar sentimentos de incapacidade, insegurança, vergonha, preconceitos e desprestígio e com isso afastam-se de suas amigas e familiares, afetando suas relações sociais (Barbutti et al., 2008). Outras se rejeitam a si mesmas, talvez como uma defesa da rejeição que imaginam sofrer por aqueles que as rodeiam. Sentem-se inúteis, imaginando perder sua capacidade produtiva, laborativa, exteriorizando desgosto e ódio. Um aspecto que tem ajudado a melhorar a aparência física da mulher após a cirurgia de EP e amenizar o trauma psicológico vivido por elas é o desenvolvimento de técnicas para estabelecer derivação urinária continente, realizando-se anastomose retal e derivação continente (constrói-se uma nova bexiga a partir de uma alça intestinal isolada e anastomosada da uretra, e a paciente continua a urinar pela uretra com controle sobre a micção), assim a paciente não precisará usar a bolsa externa permanente (Berek, 2008).

Outro aspecto importante relacionado ao impacto emocional do câncer e da EP se refere às limitações geradas pela cirurgia. Algumas atividades como a dança, a cavalgada, a natação são impossíveis de serem praticadas devido a fadiga crônica e inchaço nas pernas. A mais comum restrição social manifestada é em razão da colostomia. Por exemplo, jantar fora ou passar a noite fora de casa tornam-se trabalhoso e embaraçoso, devido à parafernália que teria que trazer para a higiene das bolsas coletoras ou pela hora gasta no banheiro na manhã seguinte (Andersen & Hacker, 1983). No entanto, dados da pesquisa de Andersen e Hacker (1983), sobre o ajustamento psicosexual de mulheres após a EP, identificou que as pacientes puderam manter um nível razoável de adaptação em importantes áreas da vida, que dizem respeito ao lazer, tempo livre e atividades sociais. Para ilustrar melhor as reações emocionais frente à cirurgia de EP descritas anteriormente, segue a vinheta de um caso clínico:

Não querer realizar a cirurgia, questionar a equipe médica sobre a possibilidade de realizar outro tipo de tratamento que não o cirúrgico, pedir a opinião de outros especialistas, conversar com a família e principalmente com o marido sobre a decisão e consentimento de realizar o procedimento, sentir-se angustiada e não conseguir dormir nem alimentar-se foram situações e sentimentos experimentados por Mônica¹. A paciente tinha 47 anos, três filhos adultos jovens e estava casada havia mais de 20 anos quando

1- Os nomes dados aqui são fictícios para preservar os dados da paciente e de pessoas da sua relação. Algumas informações sobre o caso foram descaracterizadas pelo mesmo motivo, porém sem que comprometessem o entendimento do mesmo. As pacientes estavam cientes de que eram atendidas por uma estagiária de psicologia e que os casos poderiam ser utilizados em trabalhos científicos.

recebeu a notícia de que o tratamento indicado para o estágio do câncer que possuía era a EP. Seu diagnóstico era neoplasia maligna de vagina. Mônica queria tentar realizar quimioterapia, um tratamento que ela não havia feito ainda, antes de submeter-se à EP. Via na quimioterapia uma chance de reduzir o tamanho do seu tumor e não precisar realizar a tão temida cirurgia de grande porte. Ficava assustada por ter apenas 40% de chances de a cirurgia ter sucesso, informação dada pela equipe médica. Temia tanto porque, para ela, seria horrível ficar com duas bolsas externas no corpo, e uma delas com fezes, a bolsa de colostomia. Segunda ela, todos na sua cidade pequena e do interior iriam perceber a existência das bolsas, pois ela costumava usar roupas justas e imaginava só poder usar roupas de moletom após a cirurgia. Após a realização da EP, Mônica movia-se pouco, pois ficava preocupada com o funcionamento das bolsas coletoras. Refletia bastante nos atendimentos na UTI e ao leito após o procedimento sobre tudo que iria mudar e o que já estava mudando em sua rotina e vida com a ostomia, concluindo tristemente que nunca mais iria poder usar biquíni na praia. Na verdade, sua vida já havia mudado desde a época em que fez radioterapia, pois não mantinha mais relações sexuais com o marido. Chegou a dizer a ele que, devido à sua juventude, não era justo ele ter que ficar com ela doente e que poderiam se separar. Tinha medo que o marido a abandonasse, o que não ocorreu durante a prolongada internação hospitalar. Mônica ao tentar buscar um sentido para curar-se e viver, conformava-se pensando que tinha três filhos que precisavam dela e que gostaria de poder acompanhá-los nas trajetórias de suas vidas. Ainda alguns meses após a cirurgia, Mônica sentia-se chateada pela longa recuperação. Teve complicações com infecções oriundas da hospitalização de aproximadamente oito meses e demonstrava, principalmente nos primeiros meses, grande sofrimento devido à nova condição de vida que o câncer e a EP lhe impuseram.

Durante seu processo de elaboração da doença e tratamento, é possível observar em Mônica mecanismos de negação do câncer, já que ela não quis acreditar na gravidade de seu estado clínico, questionou outros médicos e cogitou outros tratamentos. Assim, com a realidade se impondo, teve que realizar lutos pelas perdas a que foi submetida. Resistiu ao uso e manipulação das bolsas coletoras, teve que se adaptar e passar por um período de reabilitação, de retomada de sua autonomia, atividades diárias e aprendizado de novas, principalmente as relativas à higiene pessoal. Teve medo, angústia, ansiedade. Sofreu com as mudanças em seu corpo e imagem, os rejeitou, teve receio de ser rejeitada. Deu-se conta dos impedimentos sociais que de certa forma passaria. Fez uso de fármacos para conseguir dormir,

assim descansar dos sentimentos e pensamentos que a incomodavam. Teve incertezas e dúvidas quanto ao tratamento e medo de morrer. Estes aspectos vivenciados por Mônica vão ao encontro da literatura descrita neste primeiro tópico referente às reações emocionais de pacientes submetidas à EP.

Cabe ressaltar um aspecto positivo que Mônica pode experimentar: um bom apoio familiar, presente e dedicado, que foi continente de suas preocupações pertinentes à doença, tratamento e hospitalização. De acordo com Barros e Lopes (2007), o apoio familiar em um momento tão difícil é de suma importância como suporte de enfrentamento, para as tomadas de decisões referentes ao tratamento e para que a paciente não desista de viver. Lutar contra o câncer é uma batalha de todos e se as pacientes se sentirem abandonadas, talvez não tenham sucesso em sua caminhada de exames, tratamentos agressivos e, se possível, a cura.

Sexualidade e Relação Conjugal

A EP, por suas características já comentadas, gera mudanças na sexualidade da mulher com câncer ginecológico. Diversas são as razões para essas mudanças no comportamento sexual e algumas delas são por motivos fisiológicos. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Brasil, 2010) a retirada dos ovários pode acarretar, por algum tempo, a sensação de calor intenso seguido de frio (como na menopausa) e pode ocorrer, caso os dois ovários forem retirados, a diminuição do desejo sexual. Também a perda do desejo sexual pode ocorrer se o tratamento afetar a estrutura ou inervação do clitóris ou da vagina. Com a retirada do útero não há mais ovulação e menstruação e a mulher deixa de gerar filhos, símbolo de sua fertilidade. Segundo Halbe (2000), para a maioria das pacientes a menstruação é tida como um evento necessário, mesmo entre aquelas onde a menstruação tem sido dolorosa e incômoda, muitas a aceitam como uma valorosa e importante função.

No entanto, muitas mudanças no comportamento sexual podem ocorrer por questões psicológicas (Parisotto, 2001). A preocupação de estar com câncer e realizar o longo tratamento que pressupõe a doença faz com que a sexualidade seja deixada de lado. O medo de não corresponder às demandas sexuais do parceiro, nem serem atrativas a eles, afetam a autoestima da paciente. Medo de que as pessoas sintam pena dela e a tratem como vítima acabam por atrapalhar o relacionamento e essa situação piora quando não há abertura para o diálogo. Outros receios são comuns nas mulheres submetidas à EP: de que os seus parceiros as vejam nuas ou parcialmente vestidas, ou medo de ter um contato amigável com homens por causa de suas preocupações sobre a sexualidade (Andersen & Hacker, 1983). Para Nerone e Trincaus

(2007) muitas pacientes tentam evitar as relações sexuais, como uma forma de postergar a rejeição que, segundo elas, é iminente.

Uma das poucas pesquisas realizadas sobre sexualidade em mulheres submetidas à EP (Andersen & Hacker, 1983) foi realizada com quinze mulheres com vida sexual ativa ou não, e com presença ou ausência de uma neovagina (adquirida através de reconstrução vaginal). Foram consideradas sexualmente ativas aquelas que tiveram nos últimos seis meses relações sexuais ou atividade equivalente pelo menos uma vez ao mês. As pacientes que participaram da pesquisa eram assintomáticas e aparentemente livres de doença. Os resultados mostraram que as alterações na função sexual dessas mulheres foram semelhantes à de mulheres saudáveis que procuram tratamento para dificuldades sexuais, geralmente relacionadas com o desejo, excitação sexual ou orgasmo. Porém, foi constatada uma redução da atividade sexual das mulheres submetidas à EP quando comparadas com a atividade sexual de mulheres com disfunção sexual. Emocionalmente e cognitivamente, as mulheres submetidas à EP relataram capacidade limitada para excitação sexual, maior ansiedade sexual e menor grau de satisfação sexual do que as mulheres sexualmente disfuncionais. De maneira geral, estas mulheres descrevem a sua vida sexual como inadequada, provavelmente devido à desigualdade entre a sua frequência atual e a ideal de relações sexuais. Também foi encontrada uma maior perturbação no autoconceito da identidade sexual para pacientes submetidas à EP do que pacientes histerectomizadas ou vulvectomizadas, corroborando com a magnitude do distúrbio da imagem corporal para estas pacientes. Portanto, segundo esses autores, as mulheres submetidas à EP formam um grupo psicologicamente angustiado e deprimido. Sofrem alterações na sua sexualidade, com a redução na frequência de atividade sexual, excitação e satisfação sexual. Contudo, essas dificuldades podem ser mais ou menos angustiantes para uma paciente dependendo do seu desejo de continuar sua vida sexual e da disponibilidade do parceiro sexual. As questões trazidas nesse estudo aparecem no atendimento psicológico realizado com Renata, que transcorreu durante dois meses, após a cirurgia, no leito hospitalar.

Renata tomou conhecimento do diagnóstico de câncer de vulva e foi submetida a uma cirurgia de vulva. Cinco anos depois, foi diagnosticada com câncer de colo de útero e assim submetida à EP. Dois anos depois, mesmo após a última cirurgia, o câncer de vulva recidivou. Renata, aos 48 anos, sem filhos e com um relacionamento estável recente que teve início após a cirurgia de EP, sentiu-se angustiada ao aguardar os resultados dos exames, sem saber qual o novo tratamento que iria realizar. Pensou em desistir do tratamento. Em casa, após cirurgia de EP, quis morrer

e planejou parar de comer com intenções de suicídio, porém não o realizou. Neste período, Renata perdeu seu pai dias antes de realizar a cirurgia. Para o câncer recidivado, submeteu-se à quimioterapia. Mostrava-se, por vezes, chorosa e deprimida e, outras, animada e comunicativa. Mesmo com a doença, Renata não se descuidava da sua autoimagem, mas entristecia-se com a queda do cabelo, efeito da quimioterapia. Sabia que após o tratamento o cabelo cresceria, porém tinha certeza de que seria mais fraco e ralo do que era. Sempre vaidosa, usava na cabeça lenços muito coloridos, fazia suas unhas, se maquiava com sombras coloridas, blush e batom, gostava de usar bijuterias e perfumava-se principalmente quando sabia que iria receber visita do companheiro. Ele era quem mais lhe prestava assistência, porém havia iniciado em um novo emprego e, com isso, pouco tempo depreendia para visitá-la no hospital. Sentia-se sozinha e triste quando não recebia visitas, e passava dias sem que ninguém viesse. Percebia-se vínculos familiares fracos e pouco apoio. Na época da alta hospitalar de seu último diagnóstico, necessitava de auxílio para os cuidados básicos de higiene e alimentação e estava com dificuldades de locomoção, Renata não tinha com quem ficar quando fosse para casa. Contudo, seu maior sonho era realizar a cirurgia de reconstrução vaginal, desejava retomar suas atividades sexuais. Já havia tentado tê-las com o companheiro através de um orifício mínimo que havia permanecido pós-cirurgia, houve dor, então passou a fazer uso de outras formas para relacionar-se sexualmente, como, por exemplo, o sexo oral e a masturbação. Costumava dizer que o companheiro era um “índio forte” que necessitava de satisfação sexual. Ainda, a mãe de Renata teria dito a ela que a paciente não era mais mulher, referindo-se à condição física da paciente pós EP. Renata buscou incansavelmente opiniões de médicos sobre a possibilidade da reconstrução vaginal, pois, talvez, isso a faria mais mulher. Transbordou de alegria quando soube da possibilidade.

Renata, conforme descrito no relato do caso, tentou retomar sua atividade sexual apesar da EP e sentiu dor, provavelmente pela impossibilidade física real adquirida com o procedimento cirúrgico. No entanto, foi obrigada a cessar o comportamento daquela forma convencional. Doença e procedimento cirúrgico ao qual foi submetida provocaram nela dificuldades sexuais. Em mulheres submetidas à EP que se consideram insatisfeitas sexualmente, é comum haver perturbações com a dor sentida durante e após a relação (Andersen & Hacker, 1983). Um estudo realizado por Green, Naumann, Elliot, Hall, Higgins e Grigsby (2000) com mulheres submetidas à vulvectomia radical ou conservadora, por câncer de vulva invasor ou in situ - diagnóstico inicial de Renata - verificou que aquelas mulheres com disfunção hipoativa no pré-operatório apresentaram tendência ao decréscimo

da atividade sexual após a cirurgia, e que daquelas com desempenho ativo antes da intervenção, as que cessaram suas atividades foram mais suscetíveis a apresentar diversas desordens dessa esfera.

Pode-se observar que Renata mostrou preocupações relativas a sua sexualidade e à satisfação do parceiro. Interessava-se em estabelecer relações sexuais de melhor qualidade com o companheiro, dispôs-se a expressar para equipe oncológica seu desejo e discutir a possibilidade de uma reconstrução do órgão mutilado, a vagina. Conforme já relatado anteriormente por Andersen e Hacker (1983), a vida sexual de mulheres submetidas à EP é sentida como inadequada, reduzindo-se a frequência da atividade sexual e a satisfação sexual. Nesse caso podemos ver que Renata não estava contente com a nova condição física que demandava novas formas de manifestar sua sexualidade e que a fizeram reduzir frequência e satisfação sexual. Este sentimento provavelmente foi reforçado pelo conteúdo da afirmativa de sua mãe, que disse que a paciente não é mais mulher, considerando que o sentido de ser mulher é possuir os órgãos genitais. Contudo, seu desejo sexual permaneceu mesmo após a EP, talvez motivado pela busca de satisfação sexual, por pretender satisfazer seu parceiro ou por, de alguma forma, buscar demonstrar para os outros e para si que ainda era mulher, com desejos e vontades.

Fazia parte dos desejos de Renata a realização da cirurgia reconstrutiva. Renata apostava poder retomar sua atividade sexual com a neovagina. Contudo, também essa cirurgia tem seus impasses devido às fantasias colocadas nela. Para algumas mulheres a concessão de passagem para a penetração do pênis provoca queixas como a incapacidade de contração voluntária da vagina, a neovagina ser curta ou grande ou dificuldades de manter a capacidade de ter orgasmo. As queixas podem ser amenizadas se houver uma discussão adequada, com as informações sobre o que esperar da cirurgia reconstrutiva, tanto com o médico quanto com o parceiro (Berek, 2008). Porém, é importante considerar que a atividade sexual representa um indicador em que se mede o nível de qualidade de vida dos indivíduos. Pacientes com doença avançada apresentam pior qualidade de vida e bem-estar quando comparados àquelas com doença estável, de acordo com Silva, C. e Derchain (2006). A qualidade de vida tem importante papel na tomada de decisão médica para definir o tratamento mais adequado em pacientes com câncer, pois dias a mais vividos não são necessariamente dias melhores.

Outro fator que atrapalha a atividade sexual das pacientes, além de gerar as reações emocionais descritas no tópico anterior, é a bolsa coletora. A própria cirurgia com sua conseqüente lesão nervosa dificulta a sexualidade, causando diminuição da libido, além da preocupação com a aceitação do

parceiro e em satisfazê-lo (Barbutti et al., 2008). A maioria dos pacientes ostomizados não consegue, por diversas razões como medo, vergonha, problemas físicos e com o dispositivo, retomar sua atividade sexual - às vezes retomam apenas parcialmente e quando retomam demoram em iniciá-la. As pacientes sentem rejeição e nojo, sentimentos comuns também no parceiro, que ainda pode experimentar conflito no seu desejo e compaixão.

A adaptação do companheiro à nova condição de sua mulher ostomizada influencia diretamente a adaptação da paciente (Santos et al., 2008). A aceitação e o apoio do companheiro reforçam a auto-aceitação da mulher à nova realidade. E ainda, homens que reagem negativamente a ostomia podem ter uma diminuição do seu desejo no relacionamento conjugal. Estratégias para propiciar que o contato sexual aconteça são válidas devem ser encorajadas pelo profissional da saúde como medidas criativas e construtivas para superar os problemas gerados pela ostomia durante a intimidade sexual, tais como a alternância de posições corporal durante a relação sexual, em que ambos sintam-se confortáveis e o uso de roupas, fantasias que a mulher possa se sentir mais atraente (Santos et al., 2008).

Mesmo a paciente com maior conhecimento e aprendizado de sua doença que realiza o tratamento de maneira informada pode estar repleta de fantasias, principalmente quanto ao orgasmo, à libido e a menstruação. Assim, cirurgiões oncologistas ginecológicos devem preocupar-se não só com a cura e palição de sucesso, mas sim com a reabilitação sexual dessas pacientes, dando instruções técnicas e modos alternativos de expressão da sexualidade (Donahue & Knapp, 1977). Os problemas sexuais não costumam resolver-se durante o primeiro ou segundo ano depois da alta médica. Esses problemas podem permanecer continuamente e até mesmo piorar devido, principalmente, aos efeitos colaterais dos tratamentos adjuvantes que essas mulheres podem submeter-se e ao próprio medo do reaparecimento da doença (Nerone & Trincaus, 2007).

Também, a relação conjugal é abalada com o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer. Sabe-se que a doença e o tratamento alteram o cotidiano da paciente e de sua família, contudo a relação conjugal. Para Gabbard (2006), algumas considerações devem ser levadas em conta em qualquer contexto em que haja dificuldades relacionais entre um casal. Deve-se ponderar se a dificuldade de relacionamento com o parceiro é específica com o parceiro íntimo ou com qualquer parceiro, se os problemas são do presente ou se são trazidos dos relacionamentos do passado. Casos fora do relacionamento e ressentimentos podem interferir na relação. Assim, muitas vezes a dificuldade não está apenas com a paciente que está em tratamento e sim

com o parceiro, por diversas questões pessoais.

Com a realização da EP, a relação conjugal passa por diversos ajustamentos devido a perda completa da atividade sexual para algumas pacientes e as significativas perturbações devido esta perda. Isto se evidencia no primeiro caso ilustrativo relatado, da paciente Mônica em que, em razão do tratamento, cessou sua atividade sexual. A atividade sexual tem associação com a relação conjugal, e a mudança da atividade sexual que ocorreu com Mônica pode provocar o afastamento íntimo de ambos. No estudo sobre o Ajustamento Psicosexual após cirurgia de EP, realizada por Andersen e Hacker (1983) as mulheres da amostra pesquisada relataram ter, antes da cirurgia de EP, uma vida sexual variada e pós-cirurgia houve redução da atividade sexual. A maioria das mulheres desejava ter um aumento na frequência da atividade sexual.

Ainda sobre a associação da atividade sexual com a relação conjugal, torna-se difícil manter um relacionamento sem o ato sexual. Nas pacientes que realizam a EP, não há mais possibilidades físicas da penetração do pênis no ato sexual, pois vagina e ânus são suturados, conforme Ricci et al. (2004). Com esse processo mutilador e tamanho sofrimento que é gerado, muitas vezes, é abalado de forma considerável o relacionamento dos casais. E isso desencadeia em muitas mulheres, por várias questões, o medo de perder o companheiro, passando a preocuparem-se em satisfazer ou apenas agradar o companheiro, deixando de lado a própria satisfação pessoal (Gozzo, Fustinoni, Barbieri, Roher, & Freitas, 2000). Talvez com Renata, segundo caso descrito, isso se evidencie quando ela se preocupava em satisfazer seu parceiro e pouco relatava preocupações com o seu prazer.

Alguns aspectos da relação conjugal podem ter associação com o aparecimento de doença. Em um estudo sobre a relação que pode ter o estresse com a neoplasia cervical de risco, Coker et al. (2003) relacionaram alguns tipos de relacionamento que geram estresse, como o divórcio, a infidelidade no casamento, abuso físico (espancamento) ou emocional por um parceiro íntimo, com o aumento do risco da paciente adquirir lesões intra-epiteliais na medida em que esses tipos de relacionamento causam alto impacto e transtorno na vida da paciente. No caso da paciente Luciana, descrito a seguir, esses aspectos estavam presentes em seu relacionamento antes mesmo da doença, porém, durante a internação hospitalar, eles puderam ser vistos e interferirão no bom andamento do seu tratamento. Segue abaixo a vinheta do caso clínico completo que evidencia esta afirmativa:

Luciana, 43 anos, de origem humilde, era agricultora, morava em uma distante cidade do interior do Rio Grande do Sul e nunca tinha visitado a capital. Seus familiares não sabiam como deslocar-se

na cidade grande e por isso não vinham visitá-la. Por vezes, Luciana tinha dificuldades em compreender o que a equipe médica lhe explicava sobre doença e tratamento, talvez por sua baixa escolaridade. A paciente realizou EP por neoplasia de colo de útero irradiado. Quando aguardava os resultados de exames para definição do diagnóstico, desejava que o câncer não tivesse se espalhado em outros órgãos além do útero, o que não ocorreu. Quando o tratamento foi definido, Luciana não se conformava com a retirada cirúrgica de tantos órgãos, pensou em não consentir com o tratamento. Achava que a doença fosse mais simples, assustava-se com a cirurgia, seus riscos e a possibilidade de não ficar curada. Nunca tinha visto uma bolsa coletora. Temia não poder mais trabalhar e sustentar sua família. Preocupava-se se o marido, após 15 anos de casamento, continuaria a seu lado. Desejava ficar curada para ver seus quatro filhos de 14, 12, 11 e nove anos crescerem. Na véspera da cirurgia, recebeu a visita da primeira esposa do seu marido e ficou muito nervosa. Esta lhe referiu que tinha intenções de cuidá-la durante a sua recuperação cirúrgica, construir uma casa ao lado da casa de Luciana e lá morar com o marido da paciente e seus filhos. Luciana ficou transtornada, pois nem tinha feito a cirurgia e as pessoas já supunham sua separação, seu óbito e o planejamento do futuro de sua família. Seu marido costumava passar alguns dias fora de casa durante a semana, em outra cidade, talvez já levasse uma vida paralela, de acordo com a paciente. Por vezes, chegava bêbado do trabalho, era agressivo com a família, que já fugiu para abrigar-se dele. Após a cirurgia, Luciana teve poucos cuidados da família. Desejava ser atendida pela filha mais velha, o que de certa forma aconteceu no hospital, mas que foi proibido posteriormente pela equipe por esta ser menor de idade. Tinha receio quanto à higiene das bolsas coletoras quando retornasse para casa. O marido seguiu visitando-a eventualmente no hospital, mas a relação deles já não era mais a mesma.

Além do alto impacto e transtornos que o tipo de relacionamento que Luciana tinha gerava em sua vida e tratamento, há outro aspecto a considerar que ocorreu com a paciente. Muitos casamentos se findam com o câncer ginecológico, e o que serve de consolo para algumas mulheres é o que restou deles. Muitas vezes, o ponto positivo da relação conjugal são os filhos (Gozzo et al., 2000). No caso ilustrado acima, Luciana, além de colocar os filhos em importante papel e significado diante do seu tratamento e prognóstico, ainda contava com o apoio da filha mais velha para conversar e cuidá-la, tendo-a cada vez mais próxima. Luciana via nos filhos a razão de seguir vivendo e curar-se, tentando diminuir a importância da relação conjugal na sua vida, já que o afastamento do marido estava sendo inevitável. Em um estudo realizado por Nerone e Trincaus (2007) sobre as principais

reações emocionais e sentimentos experimentados por cinco mulheres frente ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino, notaram-se que com frequência os filhos ficam cada vez mais próximos da mãe enferma, mas o marido afasta-se. Tal atitude demonstrada pelos maridos infere-se que talvez eles não se sintam preparados para dar suporte a sua companheira nesse momento tão difícil, que é o de enfrentar o câncer.

Luciana contava com poucos cuidados por parte do marido em sua hospitalização, porém ele era quem mais estava presente dentre os seus familiares. Seu casamento atravessava conflitos anteriores à doença que se agravaram e ficaram expostos e identificáveis com a doença, antes disso, talvez a paciente não tivesse certeza da vida paralela que marido deveria ter.

Considerações Finais

Pode-se considerar, a partir da literatura revisada e dos casos ilustrados, que o adoecer é uma experiência única, vivida com sentido singular conforme o contexto de vida da paciente e as relações interpessoais que ela estabelece. Contudo, alguns aspectos podem ser comuns para quem passa pela experiência do câncer ginecológico e da exenteração pélvica. No que se refere às reações emocionais, ansiedade, angústia, medo da possibilidade de morte, dúvidas, incertezas por desconhecimento, negação da doença, insegurança quanto à imagem corporal, diminuição da auto-estima, sentimentos de perda pela mutilação do órgão retirado, impotência pelas alterações nas atividades sociais, laborativas e de lazer estão presentes. Quanto à sexualidade, é comum essas pacientes apresentarem menor grau de satisfação sexual, excitação e insatisfação com a frequência nas relações sexuais, receios de não corresponder às demandas sexuais, medo de rejeição e abandono do parceiro. No que se refere à relação conjugal, pode haver um afastamento do companheiro gerado pela condição física de sua mulher, que tem seus órgãos sexuais femininos comprometidos e necessidade de cuidados especiais para sua recuperação.

Este trabalho limita-se a uma reflexão teórica enriquecida com três vinhetas de casos clínicos e da análise de alguns aspectos do contexto do adoecer e tratamento dessas pacientes durante a internação hospitalar. Pouco se sabe sobre as repercussões da EP para a vida dessas mulheres, incluindo sua sexualidade, a longo prazo. A literatura escassa sobre o assunto não reflete a óbvia necessidade de se investigar mais sobre o tema.

Nesse sentido, são necessários estudos mais detalhados que abordem o tema das reações emocionais das mulheres submetidas à EP, visando assim melhor compreensão dos processos psicológicos, principalmente em relação à sexualidade, que passam a mulher portadora de câncer ginecológico. Um maior

conhecimento e compreensão sobre o tema facilitará o trabalho dos profissionais da saúde que atendem essas pacientes e possibilitará intervenções adequadas da equipe oncológica, principalmente do psicólogo, com a intenção de proporcionar à paciente adaptação à condição, reabilitação e manutenção de um estilo de vida próximo ao que ela levava antes do diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, esse trabalho serve como o início da discussão de um tema pouco explorado, e espera-se que ele tenha gerado curiosidades sobre este assunto.

Referências

- Andersen, B. L., & Hacker, N. F. (1983). Psychosexual adjustment following pelvic exenteration. *Obstetrics and Gynecology*, 61 (3), 331-338.
- Barbutti, R. C. S., Silva, M. C. P., & Abreu, M. A. L. (2008). Ostomia, uma difícil adaptação. *Revista SBPH*, 11 (2), 27-39.
- Barros, D. O., & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 295-298.
- Berek, J. S. (2008). *Tratado de ginecologia*, (14ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bernardo, B. C., Lorenzato, F. R. B., Figueiroa, J. N., & Kitoko, P. M. (2007). Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia*, 29 (2), 85-90.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. (2010). Estimativa de incidência de câncer no Brasil. 3. Acessado em 20 de março de 2010 de : http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1
- Carvalho, V. A. & Pereira, M. H. (2008). *Temas em Psico-oncologia*, (1ª ed.). São Paulo: Sumus.
- Coker, A. L., Bond, S., Madeleine, M. M., Luchok, K. & Pirisi, L. (2003). Psychosocial stress and cervical neoplasia risk. *Psychosomatic Medicine*, 65, 644-651.
- Donahue, V. C., & Knapp, R. C. (1977). Sexual rehabilitation of gynecologic cancer patients. *Obstetrics and Gynecology*, 49 (1), 118-121.
- Furlani, R., & Ceolim, M. F. (2006). Sleep quality of women with gynecological and breast cancer/Qualidade do sono de mulheres com câncer ginecológico e de mama. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14 (6), 872-8.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gozzo, T. O., Fustini, S. M., Barbieri, M., Roher, W. M., & Freitas, I. A. (2000). Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Revista Latino-america de enfermagem*, 8 (3), 84-90.
- Green, M. S., Naumann R.W., Elliot M., Hall J. B., Higgins R. V., & Grigsby J. H. (2000). Sexual dysfunction following vulvectomy. *Gynecologic Oncology*, 77 (1), 73-7.
- Halbe, H. W. (2000). *Tratado de ginecologia*, (3ª ed.). São Paulo: Roca.
- Hart, C. F. M. (2008). *Câncer: uma abordagem psicológica*, (1ª ed.). Porto Alegre, RS: AGE.
- Linard, A. G., Silva, F. A. D., & Silva, R. M. (2002). Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (4), 493-498.
- Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (2), 149-154.
- Nerone, V., & Trincaus, M. R. (2007). Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. *Revista Salus*, 1 (2), 147-155.
- Parisotto, L. (2010, Abril 19). Sexo e câncer. In: ABC da Saúde. Acessado de: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?380>>

Ricci, M. D., Giribela, A. H. G., Filassi, J. R., Melo, N. R. & Pinotti, J. A. (2004). Evolução histórica da cirurgia do câncer do colo uterino e perspectivas futuras = Historical evolution of cervical cancer surgery and future perspectives. *Femina*, 32 (5), 393-397.

Santos, F. S., Dal Poggeto, M. T. & Rodrigues, L. R. (2008). A percepção da mulher portadora de estoma intestinal acerca de sua sexualidade. *Revista mineira de enfermagem*, 12 (3), 355-362.

Santos, G. S., Leal, S. M. C., & Vargas, M. A. (2006). Conhecendo as vivências de mulheres ostomizadas: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (1).

Silva, A. R. B., & Merighi, M. A. B. (2006). Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. *Rev. Escola Enfermagem*, 40, (2), 253-60.

Silva, C. H. D., & Derchain, S. F. M. (2006). Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52, (1), 33-47.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artemed.

Recebido: 24/09/2010
Última Revisão: 13/12/2010
Aceite Final: 25/02/2011

Sobre os autores:

Raquel Huff, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Elisa Kern de Castro, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).