

# Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento

Breast cancer and its effects on sexuality: a systematic review on the evaluation and treatment

Beatriz Daou Verenhitch<sup>1</sup>  
Juliana Nonato Medeiros<sup>2</sup>  
Simone Elias<sup>3</sup>  
Afonso Celso Pinto Nazário<sup>4</sup>

## Palavras-chave

Neoplasias da mama  
Sexualidade  
Qualidade de vida  
Mastectomia  
Mastectomia segmentar

## Keywords

Breast neoplasms  
Sexuality  
Quality of life  
Mastectomy  
Mastectomy, segmental

## Resumo

O câncer de mama e seu tratamento afetam amplamente a sexualidade das mulheres acometidas. O impacto pode durar vários anos, mesmo após um tratamento bem-sucedido para a doença, decorrente dos diversos efeitos colaterais da terapêutica e dos eventos psíquicos resultantes do processo. Estudos mostram alterações físicas decorrentes da quimioterapia, hormonioterapia e tratamento cirúrgico que interferem na sexualidade, promovendo distúrbios no funcionamento sexual em suas diferentes fases, como desejo, excitação, lubrificação e orgasmo. Experiências psíquicas incluem medo da perda da fertilidade, imagem corporal negativa, sentimento de não ser sexualmente atraente, depressão e ansiedade, enquanto fatores sociais e relacionais exercem influência sobre o ajuste ao tratamento e à doença. A qualidade prévia do relacionamento com o parceiro é considerada o mais importante fator preditivo da qualidade do relacionamento sexual após o término do tratamento. Conclui-se que o estudo da sexualidade no contexto do câncer de mama não pode considerar separadamente os aspectos físicos dos psicossociais, e que a identificação das causas dos diferentes tipos de disfunção sexual neste subgrupo possibilita o desenvolvimento de intervenções fisiológicas e psicossociais que contribuam para a manutenção da qualidade da atividade sexual.

## Abstract

Breast cancer and its treatment widely affect the sexuality of female patients. The impact may last for several years, even after successful treatment of the disease, due to the many side effects of the treatment and psychical events that emerge from the process. Studies refer to physical changes derived from chemotherapy, hormone therapy and surgical treatment, that intervenes in the sexuality, promoting disturbances regarding sexuality in different phases, such as desire, arousal, lubrication and orgasm. Psychical experiences include fear of losing fertility, negative body image, feeling of not being sexually attractive, depression and anxiety, while social and relational factors affect the adjustment to the treatment and the disease. The previous quality of the relationship with the partner is considered the most important predictive factor of the quality of sexual relationship after the treatment. We conclude that the study of sexuality in the context of breast cancer must consider both physical and psychosocial aspects, and that identifying the causes of different types of sexual dysfunction in this subgroup will enable the development of physiological and psychosocial interventions that may contribute to maintaining the quality of sexual activity of the patients.

Estudo realizado no Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina da UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Especialista em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Coordenadora da Assistência e Diagnóstico do Ambulatório da Mastologia da Escola Paulista Medicina da UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Professor Livre-Docente; Chefe do Departamento de Ginecologia e da Disciplina de Mastologia da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Simone Elias – Avenida Ibirapuera, 2907, sala 218 – Moema – CEP: 04029-200 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: simone.elias@me.com

**Conflito de interesses:** não há.

## Introdução

Nos dias de hoje, aproximadamente 50% das mulheres tratadas de câncer de mama sobrevivem pelo menos 15 anos após o diagnóstico e convivem com os efeitos físicos e emocionais do tratamento<sup>1</sup> (B). Assim, a qualidade de vida (QV) durante e após o tratamento ganhou importância e atualmente constitui a terceira dimensão de interesse em pesquisa científica, depois dos quesitos eficácia e segurança<sup>2</sup> (C).

O significado da mama ultrapassa o físico e inclui feminilidade, beleza, sexualidade e poder, atributos significativos para a mulher como objetos de autoafirmação, autovalorização e reconhecimento social em diferentes etnias e contextos socioeconômicos. Pacientes com câncer de mama referem prejuízo na sexualidade em qualquer etapa do processo de diagnóstico, tratamento e sobrevida, decorrente de efeitos colaterais do tratamento ou dos eventos psicossociais relacionados.

A sexualidade, melhor definida aqui como funcionamento sexual, resulta de uma interação complexa de fatores como anatomia, fisiologia, psicologia, cultura na qual o indivíduo se insere, relações com os outros e experiências evolutivas durante todo o ciclo de vida<sup>3,4</sup> (D,C). Envolve sentimentos de desejo e comportamentos que trazem prazer para o próprio indivíduo e o parceiro, e estimulação de órgãos sexuais primários, incluindo aí o coito, porém não se restringindo a ele. A revisão de texto da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – Text Revision*; DSM-IV-TR) define disfunção sexual como “distúrbios no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e causam *distress* e dificuldades interpessoais” e divide didaticamente o ciclo da resposta em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Disfunção sexual implica alguma alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, que se manifesta de forma persistente ou recorrente. O diagnóstico de disfunção sexual somente deve ser utilizado quando representar uma parte importante do quadro clínico, com duração mínima de seis meses. As disfunções sexuais podem ser primárias ou secundárias, generalizadas ou situacionais; também podem ser associadas a fatores psicológicos, fisiológicos ou uma combinação de ambos. Quando inteiramente atribuível a uma condição médica geral, uso de substâncias ou efeitos adversos de medicamentos, o diagnóstico a ser utilizado deve ser disfunção sexual devido à condição médica geral<sup>4,5</sup> (D). A presença de outro transtorno que possa justificar melhor a queixa sexual (transtorno depressivo, por exemplo) exclui o diagnóstico de disfunção sexual primária. Há um grau elevado de comorbidade e sobreposição entre os

diagnósticos de desordens sexuais<sup>6</sup> (D). Diferentemente da descrição do DSM-IV-TR, o Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina advoga que a motivação sexual feminina é mais complexa do que a simples ausência ou presença de desejo sexual<sup>3</sup> (D). Descreve fases que se sobrepõem em sequências variáveis, mesclando respostas físicas e psicológicas, e dá ênfase ao valor da intimidade como motivação feminina para a atividade sexual. A mulher pode iniciar a atividade sexual a partir de uma “neutralidade sexual”, e o desejo pode se desenvolver posteriormente, sendo uma consequência do ato sexual, e não a causa, e a ausência de desejo inicial não é suficiente para caracterizar disfunção. Este modelo valoriza a resposta e a receptividade femininas, postulando que, para muitas mulheres, é o desejo de intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual, e que a ausência de desejo espontâneo ao início da atividade sexual não representa disfunção. A disfunção sexual feminina é pouco estudada e compreendida, e são prioritários os estudos que avaliem subgrupos específicos, como pacientes oncológicas, para, assim, fornecerem subsídios para tratamentos direcionados<sup>7</sup> (D).

O objetivo deste artigo é revisar a literatura médica referente aos efeitos do câncer de mama e também o seu tratamento sobre a sexualidade, considerando as esferas psicossociais e biológicas, além das abordagens semiológicas e terapêuticas disponíveis.

## Metodologia

Durante o período de abril a setembro de 2012, foi realizada busca ativa de artigos publicados em língua inglesa e portuguesa, por meio de *browser* científico (*Google Scholar*), portais (BIREME e Faculdade de Medicina da USP – FMUSP) e bancos de dados bibliográficos virtuais (PubMed, Medline, LILACS, Cochrane, SciELO, High Wire e Ovid) com as palavras-chave: câncer de mama, sexualidade, qualidade de vida, mastectomia e mastectomia segmentar (sinônimos: lumpectomia, mastectomia parcial, cirurgia conservadora da mama, quadrantectomia). Também foram pesquisadas as combinações sexualidade, câncer de mama e quimioterapia; sexualidade, câncer de mama e radioterapia; sexualidade, câncer de mama e hormonioterapia. Encontraram-se cerca de 120 artigos. Estudos quantitativos, qualitativos e mistos foram analisados e incluímos na pesquisa aqueles que avaliaram os efeitos físicos e psíquicos do câncer de mama sobre a sexualidade em pacientes de qualquer idade, qualquer modalidade ou etapa do tratamento (quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, mastectomia ou cirurgia conservadora) em qualquer período (durante ou após o tratamento). Também foram incluídas revisões dentro das especificações anteriores, e excluídos estudos de qualidade de vida ou de psicooncologia que não avaliaram diretamente a sexualidade.

## Discussão

### Efeitos do câncer de mama e seu tratamento sobre a sexualidade

Os efeitos do câncer de mama sobre a atividade sexual devem ser considerados sempre em conjunto, pois são mutuamente correlacionados e podem estar concomitantes. Não se pode considerar de forma isolada o impacto dos efeitos físicos do tratamento, tampouco negligenciar os aspectos psicossociais, como frequentemente ocorre<sup>8</sup> (B). Restringir-se apenas às mudanças corporais minimiza a influência de experiências sociais e relacionais sobre a doença e a sexualidade, e desconsidera a forma individual com que ela é vivenciada pela paciente em seus relacionamentos.

Os principais fatores ligados ao prejuízo na função sexual são fadiga, secura vaginal e dispareunia, ganho de peso, imagem corporal pobre, medo de não se sentir sexualmente atraente e baixa autoestima, medo de perda da fertilidade, transição menopausal durante o tratamento e história de relacionamento conjugal considerado insatisfatório.

### Aspectos psicossociais

A mama constitui uma das principais características da feminilidade, vinculada à sexualidade, ao erotismo e à maternidade, de modo que sua perda resulta em questionamento, por parte das pacientes, acerca de seu posicionamento como mulher e mãe<sup>9</sup> (D).

O diagnóstico deste tipo de câncer promove experiências complexas, nas quais se incluem o conhecimento de portar uma doença repleta de estigmas, a necessidade de se submeter a tratamento agressivo e mutilante, o medo da morte e, por fim, a necessidade de lidar com mudanças na imagem corporal e os efeitos prejudiciais sobre a sexualidade<sup>10,11</sup> (C,D). As considerações põem em relevo que a análise do impacto da mastectomia sobre a feminilidade deve ser multifatorial e considerar os aspectos históricos, culturais e econômicos nos quais a paciente se insere.

O conceito de imagem corporal compreende a representação mental que se tem do próprio corpo, diretamente vinculada à percepção subjetiva, e composta de aspectos fisiológicos, psicoafetivos, cognitivos e relacionais. Não é uma estrutura rígida e independente, e sim resultante da inter-relação de três fontes de informação distintas: a imagem idealizada, a representada pela impressão de terceiros e a objetiva. Pode sofrer influência tanto de alterações fisiológicas habituais quanto de mudanças decorrentes de doenças, de modo que é passível de construção e reelaboração ao longo da vida, a partir de experiências íntimas e da relação com o mundo exterior<sup>12</sup> (D). A percepção negativa da imagem corporal inclui insatisfação com a aparência, sensação de perda da feminilidade e integridade corporal, relutância em

se observar nua e insatisfação com a cicatriz cirúrgica. Já a relação entre imagem corporal e disfunção sexual feminina (DSF) é inconsistente. Mulheres de etnias e culturas variadas apresentam formas diferentes de perceber sua imagem corporal e as alterações na atividade sexual, o que influencia também o desejo de discutir tais assuntos com o médico ou entrevistador<sup>5,8,13</sup> (D,B).

Entre mulheres mastectomizadas, as principais dificuldades que surgem no início do tratamento são o receio de expor o corpo e expressar sua sexualidade, e o medo da impotência diante da nova condição<sup>9,10</sup> (C,D).

O relacionamento afetivo e sexual com o parceiro sofre impacto significativo durante o tratamento. Entre 60 e 70% das mulheres abaixo de 50 anos mantêm atividade sexual nos primeiros meses após o diagnóstico, contra quase 80% das sadias pareadas por idade<sup>13</sup> (B). A modalidade de tratamento cirúrgico é apenas um dos fatores responsáveis pelo desconforto referido pelas pacientes. Um dos indicadores mais importantes e consistentes de saúde sexual em mulheres com câncer de mama é a qualidade prévia de seu relacionamento<sup>8,14</sup> (B). Além disso, fatores anteriores ao diagnóstico, como problemas financeiros, idade, modo de lidar com situações adversas e falta de informações sobre a doença influenciam a adaptação física e psíquica ao tratamento<sup>10</sup> (C). Relacionamento marital estável, melhor nível socioeconômico e maior escolaridade influenciam positivamente na atividade sexual e QV<sup>15</sup> (B).

De acordo com o estudo, mulheres mais jovens apresentam piores escores na avaliação da sexualidade relacionados à transição menopausal durante o tratamento, além de estressores adicionais, como medo da perda da fertilidade, maior vulnerabilidade econômica pela existência de dependentes ou sentimento de não ser sexualmente atraente<sup>16</sup> (C). Já as mulheres sem parceiro fixo, principalmente abaixo de 60 anos, relataram preocupação com o início de novos relacionamentos no que se refere à doença: como comunicar o diagnóstico, o medo da morte ou o início da atividade sexual após o tratamento<sup>17</sup> (B). Estudos recentes têm se dedicado a avaliar a experiência dos parceiros quanto ao câncer de mama de suas mulheres e ressaltam que aspectos culturais relacionados à percepção do corpo e sexualidade devem ser levados em consideração durante a abordagem terapêutica<sup>18</sup> (C). Alguns temas principais puderam ser identificados: mudanças na relação sexual, evitação sexual e abstinência, e esforços por parte do parceiro masculino em normalizar o relacionamento<sup>19</sup> (C).

Nos seis primeiros meses após o tratamento, a função sexual é pior para mulheres que receberam quimioterapia, independente do tipo de cirurgia<sup>16,20</sup> (A). Mulheres tratadas para câncer de mama, quando comparadas a controles saudáveis pareadas por idade, não apresentaram diferença estatisticamente significativa

na satisfação sexual em estudo que avaliou este quesito cinco anos após o tratamento, embora na avaliação intraobservador a função sexual tenha apresentado declínio no período<sup>17,21</sup> (B). Uma pesquisa prospectiva que avaliou a função sexual de mulheres antes do início e ao longo do tratamento, por meio do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), identificou que pacientes jovens que receberam hormonioterapia e apresentavam baixos escores de funcionamento sexual prévio foram as que registraram maiores prejuízos nos escores do FSFI após o tratamento<sup>22</sup> (B).

No entanto, mulheres com câncer de mama apresentam maior incidência de disfunção sexual que controles normais, porém menor incidência que mulheres com diagnóstico estabelecido de disfunção sexual<sup>23</sup> (B). Cada fase da resposta sexual foi afetada de forma diferente: o desejo reage independentemente quando a mulher fica doente, sem relação com imagem corporal, tratamento médico ou qualidade do relacionamento; já a excitação, lubrificação e orgasmo apresentaram pouca variação entre portadoras de câncer de mama e controles. Pacientes que estavam na menopausa ao diagnóstico de câncer de mama apresentam maior risco para diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia. A qualidade do relacionamento foi considerada forte preditor de disfunção sexual, sendo mais relevante que alterações corporais. O estudo falhou em identificar associação entre níveis de testosterona sérica e disfunção sexual<sup>23</sup> (B).

De modo geral, o primeiro ano após o diagnóstico é o mais suscetível a prejuízos na imagem corporal e função sexual<sup>24</sup> (C). Prospectivamente, alterações na imagem corporal e sexualidade no primeiro ano são preditores do status após o término do tratamento<sup>25</sup> (C). Imagem corporal e função sexual estão diretamente relacionadas, após serem considerados variáveis demográficas, estágio da doença, tipo de cirurgia e tratamento adjuvante<sup>13</sup> (B). Em mulheres abaixo de 50 anos, os principais problemas relacionados com imagem corporal estiveram relacionados à cirurgia, ao ganho de peso, à perda de cabelo, à dificuldade do parceiro em compreender seus sentimentos e à baixa autoestima. A presença de parceiro fixo e autoestima elevada são fatores preditores de melhor adaptação ao tratamento. Neste grupo, a principal preocupação das pacientes e de seus parceiros em relação à transição para a menopausa durante o tratamento é a perda do interesse e prejuízo na função sexual<sup>26</sup> (C).

## Aspectos biológicos

### Tratamento cirúrgico

Não há consenso sobre a relação entre tipo de tratamento cirúrgico e funcionamento sexual<sup>27</sup> (C). A percepção da imagem corporal após mastectomia é determinada individualmente e

influenciada por fatores subjetivos<sup>25,28</sup> (C,D). A maioria dos autores concorda que a mastectomia resulta em piora na QV e na função sexual, mesmo em mulheres acima de 70 anos, decorrentes da sensação de mutilação e de uma imagem corporal pobre<sup>8,9,11,13,29</sup> (B,D,B,B,B).

Alguns estudos relataram que a cirurgia conservadora da mama, ou reconstrução imediata, estava menos associada à perda do interesse sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e diminuição da frequência que a mastectomia, principalmente abaixo de 40 anos<sup>15,30-33</sup> (B,B,C,C,C). O desempenho sexual, avaliado pelo questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), foi estatisticamente melhor entre mulheres submetidas à reconstrução da mama. Nenhuma correlação significativa foi encontrada entre a pontuação do QS-F e o estadiamento, a quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal<sup>29</sup> (B). A mastectomia também foi associada à sensação de não ser sexualmente atraente em mulheres de múltiplas etnias diferentes, aparentando ser um sintoma universal, além de estar associada à maior verbalização de sentimentos depressivos e pensamentos transitórios sobre suicídio<sup>30,34</sup> (B).

A reconstrução mamária imediata apresenta melhor resultado estético e custo benefício em relação à reconstrução tardia, e os autores relatam alto nível de satisfação com o resultado estético<sup>32,35</sup> (C). Um estudo transversal avaliou a função sexual de mulheres submetidas à mastectomia, com e sem reconstrução tardia, por meio da aplicação do questionário FSFI, e observou que, em comparação com controles da literatura, ambos os grupos apresentaram queda da função sexual, sendo esta significativamente maior nas pacientes sem reconstrução, as quais registraram maior insatisfação com o resultado estético e estresse emocional associado à aparência física; não houve diferença na avaliação por idade<sup>2</sup> (C).

### Radioterapia

Não há evidência de associação da radioterapia com diminuição do desejo sexual<sup>33</sup> (C).

### Quimioterapia

Estudos direcionados para a avaliação da quimioterapia na função sexual das mulheres com câncer de mama têm demonstrado o tratamento como fator crucial para a predição da disfunção sexual. A revisão da literatura mostra que mulheres submetidas à quimioterapia para o tratamento em questão apresentaram maior risco de disfunção sexual quando comparadas às que não receberam esse tratamento, com diminuição do desejo, atrofia vaginal, dificuldades em atingir orgasmo, fadiga e dor<sup>8,9,36</sup> (B,D,C).

A disfunção sexual em mulheres jovens após a quimioterapia tem sido atribuída ainda à falência ovariana, com diminuição

do número de folículos até fibrose ovariana, associando-se ou agravando os sintomas de deficiência estrogênica e menopausa prematura. A extensão e permanência dos danos dependem da idade da paciente, dose e duração da quimioterapia. O impacto da menopausa induzida quimicamente tende a ser particularmente grave nas pacientes jovens que podem ter sua capacidade reprodutiva comprometida<sup>15,37-39</sup> (B,C,B).

### Hormonioterapia

A terapia com tamoxifeno é, em geral, bem tolerada. As principais queixas são fogacho, ressecamento vaginal e ciclos irregulares, referidos predominantemente por mulheres mais jovens, leucorreia abundante sem odor ou prurido pode ocorrer<sup>40</sup> (A). Quando comparado ao anastrozol, o tamoxifeno parece estar menos associado à queixa de secreção vaginal, dispareunia e alteração da libido<sup>41</sup> (A). Resultado semelhante foi observado na comparação do tamoxifeno com o raloxifeno<sup>42</sup> (A).

Pacientes com alto risco familiar para câncer de mama que utilizaram tamoxifeno como profilaxia medicamentosa, quando comparadas com grupo placebo, não apresentaram diferença estatisticamente significativa na avaliação da função sexual<sup>43,44</sup> (A).

A comparação entre exemestano e tamoxifeno revelou que usuárias de tamoxifeno referiam mais fogachos e corrimento vaginal em comparação ao exemestano. Estas apresentaram mais secreção vaginal, dificuldade para dormir e dores musculares. Não houve diferença significativa na diminuição da libido<sup>45</sup> (A).

### Como avaliar a função sexual

Sexualidade e imagem corporal frequentemente são negligenciados pelo profissional de saúde<sup>46</sup> (B). Entretanto, a ausência de perguntas por parte da paciente não pode ser assumida como um indicativo de que não existem queixas. É fundamental avaliar detalhadamente a dúvida, levando em consideração o tempo de evolução do quadro, as condições do parceiro, características do estímulo sexual, distinção entre disfunção primária ou secundária, generalizada ou situacional, idade e experiência sexual da mulher<sup>5</sup> (D).

O consenso sobre definições e classificações das disfunções sexuais femininas considera altamente recomendável a aplicação de questionários validados, pois fornece medidas psicométricas, além de tornar possível a conversão de informações subjetivas em dados quantificáveis e analisáveis de forma global ou específica<sup>7</sup> (D). Os questionários autoaplicados apresentam alto grau de confiabilidade e validade e são considerados os instrumentos com maior possibilidade de avaliar os aspectos objetivos e subjetivos dos vários domínios da sexualidade.

O questionário FSFI está validado em português, foi projetado para ser instrumento de avaliação em estudos epidemiológicos e

respeita a natureza multidimensional da função sexual feminina<sup>47</sup> (A). Composto por 19 questões, ele abrange de forma relativa 5 domínios da resposta sexual feminina, é conciso, autoaplicativo, rápido (10 a 20 minutos) e possibilita avaliar intervenções terapêuticas. A aplicação em forma de entrevista pode ser utilizada para evitar que diferenças no nível educacional prejudiquem a interpretação, sem que isso interfira na validade<sup>48</sup> (A).

O questionário QS-F foi desenvolvido para a avaliação de hábitos, tendências e práticas sexuais da população brasileira dentro de seu contexto cultural na atualidade e tem por finalidade avaliar os domínios da atividade sexual feminina (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos), por meio de uma escala e de um instrumento com linguagem acessível e facilmente compreensível<sup>49</sup> (B). Para o médico, tal instrumento auxilia a abordar o assunto de forma objetiva, oferecendo elementos essenciais ao raciocínio clínico.

### Tratamento das disfunções sexuais em mulheres portadoras de câncer de mama

#### Medidas psicoeducativas

O questionamento ativo por parte do profissional sobre a presença destas mudanças possibilita rastreamento mais eficiente, correta classificação da disfunção sexual e indicação de intervenção adequada à necessidade de cada paciente<sup>11,17,46</sup> (B). O fornecimento de informações detalhadas sobre efeitos do tratamento na atividade sexual, além do esclarecimento de conceitos e redefinição do que é “normal”, pode resolver boa parcela das dificuldades relatadas, principalmente se houver oportunidade para a inclusão do parceiro<sup>5,10,13</sup> (D,C,B). Abordagem multidisciplinar é fundamental, com disponibilidade de acompanhamento psicoterápico, psicoeducacional e medicamentoso, quando indicado.

Recomenda-se que a paciente reassuma suas funções laborais e compromissos sociais prévios à cirurgia assim que não existam restrições clínicas e ela se sinta confortável para isso. Redes de suporte envolvendo família, parceiro, amigos, grupos de apoio e profissionais de saúde contribuem para a construção de novas estruturas sociais e afetivas, as quais influenciam positivamente o processo de adequação à realidade transformada pela doença.

Quanto à psicoterapia, as diversas técnicas existentes devem ser realizadas por profissional qualificado na área e se concentram na exploração de conflitos, motivações, fantasias inconscientes e dificuldades interpessoais. A modalidade de escolha é a psicoterapia de grupo tematizada e por tempo limitado<sup>5</sup> (D). Um estudo recente propõe abordagem breve dirigida ao casal, pessoalmente ou por telefone, relatando resultados satisfatórios<sup>50</sup> (C).

## Intervenções clínicas

### *Métodos não farmacológicos*

Os hidratantes e lubrificantes vaginais à base de água melhoraram a secura vaginal e vulvar e irritação da mucosa, sendo úteis para o alívio da dispareunia. Devido à restrição ao uso de estrogênio vaginal, estes produtos são a primeira opção de tratamento para mulheres com câncer de mama por conta da facilidade de uso, acessibilidade, possibilidade de utilização concomitante de condom e ausência de efeitos colaterais<sup>20,51</sup> (B,C). Lubrificantes à base de silicone também podem ser usados concomitantemente ao condom, além de serem resistentes à água<sup>52</sup>.

A própria manutenção da atividade sexual contribui para a prevenção da atrofia vaginal. Mulheres com atividade sexual regular relataram menos sintomas de atrofia vaginal e apresentaram menos evidência de atrofia vaginal no exame físico em comparação com as sexualmente inativas<sup>52</sup> (C).

### *Tratamentos hormonais*

Não há evidência científica que suporte o uso de terapia hormonal sistêmica em pacientes com câncer de mama<sup>53</sup> (D). O uso de estrogênio tópico (17 betaestradiol) melhora significativamente os sintomas de atrofia urogenital, porém os efeitos da absorção sistêmica em pacientes com história de câncer de mama são incertos e o uso não é respaldado na literatura<sup>54</sup> (B).

O promestriene tópico (éter 3-propil, 17b-metil éter de estradiol) pode ser utilizado nas pacientes com câncer de mama com sintomas vaginais. É um análogo do estrogênio sintético que apresenta baixa absorção a partir da vagina (tanto para a formulação creme quanto óvulos), não altera os níveis hormonais sistêmicos de estrogênios e promove melhora significativa da sintomatologia relacionada à atrofia vaginal em estudos duplo-cegos<sup>55</sup> (A). Uma revisão sistemática sobre o promestriene relatou que 51% dos casos de absorção mínima ocorre principalmente no início do tratamento como consequência das microfissuras presentes na mucosa vaginal atrofica. Com a terapia, o epitélio torna-se eutrófico e a absorção diminui. O promestriene não demonstrou ter efeitos sistêmicos estrogênicos em doses terapêuticas administradas por quatro a seis meses. Por curtos períodos (até duas semanas), mesmo doses mais elevadas não produziram alterações significativas nos níveis de estradiol ou nos hormônios gonadotrópicos (LH ou FSH)<sup>55</sup> (A). Todos os estudos que avaliaram o impacto do promestrieno do ponto de vista clínico relataram melhora no trofismo vaginal e alívio dos sintomas relacionados à atrofia. A melhora dos sintomas foi maior quando comparada à do grupo placebo e equivalente à obtida com o creme contendo estrogênio equino conjugado.

O uso de testosterona por via transdérmica não está liberado para essa população devido à ausência de estudos que comprovem sua eficácia e segurança, pela possível aromatização de andrógenos em estrogênio<sup>56</sup> (A).

Estudos estão sendo realizados com ospemifene intravaginal (SERM) como alternativa no tratamento da atrofia<sup>57</sup> (A). O SERM demonstrou forte efeito estrogênico no epitélio vaginal durante um período experimental de três meses, sem estímulo endometrial. O estudo de fase III confirmou a eficácia do ospemifene no tratamento da atrofia vulvovaginal. No entanto, a medicação não foi suficientemente estudada na população com câncer de mama<sup>58</sup> (A). Os resultados do uso de dehidroepiandrosterona (DHEA) em óvulos vaginais podem ser promissores para as pacientes com câncer de mama. Uma pesquisa em andamento demonstrou melhora na atrofia vaginal e nenhuma alteração nos níveis hormonais. Além disso, indicou alguma eficácia no tratamento de distúrbio do desejo sexual hipotativo porém permanece experimental e ainda não foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA)<sup>59</sup> (A).

Um estudo piloto analisou 21 pacientes com câncer de mama na pós-menopausa com sintomas de atrofia vulvovaginal usando inibidores de aromatase. Estas mulheres foram tratadas com gel de testosterona tópico, contendo 300 mcg de testosterona, aplicado via vaginal diariamente durante 28 dias<sup>60</sup> (A). Os resultados indicaram melhora da atrofia e da dispareunia após o tratamento, o que é animador. No entanto, pequenos números não permitem concluir a segurança e eficácia do método.

### *Antidepressivos*

O uso do antidepressivo bupropiona (300 mg por dia durante 4 semanas) mostrou aumento do desejo sexual, excitação, intensidade do orgasmo e satisfação sexual global<sup>61</sup> (A). Estudos não foram realizados nas pacientes oncológicas, mas muitos especialistas em medicina sexual usam o produto na prática clínica em pacientes com câncer de mama<sup>56</sup> (A).

## Conclusões

Prejuízos na função sexual podem ser um dos aspectos mais problemáticos da vida após o câncer de mama, com impacto persistente por anos após o tratamento e associado a sérios efeitos adversos físicos e emocionais. Redução na frequência de relações, incapacidade de atingir orgasmo e menor satisfação sexual resultam de vários fatores, incluindo fadiga, dor, estressores psicossociais, prejuízos na imagem corporal e autoestima, além da menopausa secundária à quimioterapia e suas consequências, tais como secura vaginal, flogachos e ganho de peso. Preocupação

recorrente entre portadoras de câncer de mama são as sequelas emocionais e físicas, o sentimento de não ser sexualmente atraente ou de perda da feminilidade, além do impacto no parceiro e no relacionamento conjugal.

Esta revisão demonstra que há evidência científica de efeitos significativos do câncer de mama sobre a sexualidade, tanto nos aspectos físicos quanto psicológicos. Muito embora os estudos os abordem separadamente, é importante reconhecer a sua influência mútua e correlações. São necessárias pesquisas futuras que abordem a sexualidade de pacientes com câncer de mama do ponto de vista multifatorial, de modo a esclarecer as consequências complexas e multifacetadas do câncer sobre a sexualidade das mulheres e seus parceiros. Os resultados descritos aqui são importantes para que médicos e profissionais da saúde envolvidos no tratamento do câncer de mama se conscientizem do papel central que a sexualidade tem para o bem-estar emocional e a qualidade de vida. A carência de

estudos com níveis de evidência A ou B resulta das características e dificuldades inerentes a este campo de pesquisa. Ensaios clínicos e revisões sistemáticas nível A são encontrados principalmente em estudos de tratamentos medicamentosos.

Enquanto o câncer, independente do órgão acometido, resulta em impacto na sexualidade, o câncer de mama em particular tem consequências únicas por este órgão ser símbolo da sexualidade feminina, além de sua função como fonte de prazer erótico. Desta forma, os profissionais envolvidos no atendimento a essas pacientes devem ser particularmente sensíveis aos efeitos da doença na sexualidade, imagem corporal e relacionamento com parceiros. Infelizmente, o assunto é abordado de forma insuficiente ou, às vezes, simplesmente ignorado, e a comunicação entre pacientes e profissionais não ocorre de forma satisfatória, o que sugere a necessidade de esclarecer e otimizar o conhecimento dos profissionais de modo que sejam capacitados a identificar, orientar e tratar pacientes e seus parceiros.

## Leituras suplementares

- Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):61-7.
- Moreira JR, Neto MS, Pereira JB, Biasi T, Garcia EB, Ferreira LM. Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. *Rev Bras Mastologia.* 2010;20(4):177-82.
- Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300.
- Sadock BJ, Sadock VA. Sexualidade humana. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Compêndio de psiquiatria – ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(3):162-67.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;172(10):1327-33.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-93.
- Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas.* 2010;66(4):397-407.
- Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(3):124-33.
- Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia.* 2003;8(1):155-63.
- Taylor S, Harley C, Ziegler L, Brown J, Velikova G. Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;130(3):711-24.
- Capisano HF. Imagem corporal. In: Melo Filho J, editor. *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 179-92.
- Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology.* 2006;15(7):579-94.
- Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychol Health.* 2011;26(12):1571-88.
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-93.
- Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijsen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer.* 2013;21(1):271-80.
- Ganz PA, Howland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol.* 1998;16(2):501-14.
- Woloski-Wruble AC, Dekeyser Ganz F, Jiang Y, Qiang WM, Kadmon I. Israeli and Chinese partners of women with breast cancer: a cross-cultural view of marital issues. *Psychooncology.* 2012;21(3):324-31.
- Nasiri A, Taleghani F, Irajpour A. Men's sexual issues after breast cancer in their wives: a qualitative study. *Cancer Nurs.* 2012;35(3):236-44.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2004;104(Suppl4):855-915.
- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz E, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94(1):39-49.
- Harirchi I, Montazeri A, Zamani Bidokhti F, Mamishi N, Zendehelel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *J Exp Clin Cancer Res.* 2012;9:31:20.
- Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J.* 2005;11(6):440-7.
- Webber K, Mok K, Bennett B, Lloyd AR, Friedlander M, Juraskova I, Goldstein D. If I am in the mood, I enjoy it: an exploration of cancer-related fatigue and sexual functioning in women with breast cancer. *Oncologist.* 2011;16(9):1333-44.
- Lam WW, Li WW, Bonanno GA, Mancini AD, Chan M, Or A, et al. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;131(3):957-67.
- Saykhot P, Vincent A, Teede H. Breast cancer and menopause: partners' perceptions and personal experiences—a pilot study. *Menopause.* 2012;19(8):916-23.
- Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control.* 2001;8(5):442-8.
- Fallbjörk U, Salander P, Rasmussen BH. From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy. *Cancer Nurs.* 2012;35(5):E41-8.
- Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15(2):167-72.
- Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol.* 1998;16(2):487-94.
- Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004;10(3):223-31.
- Markopoulos C, Tsaroucha AK, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *J Int Med Res.* 2009;37(1):182-8.
- Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psychooncology.* 2008;17(9):901-7.

34. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat.* 2008; 110(1):9-17.
35. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer.* 2000;36(15):1938-43.
36. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med.* 2008;5(8):1898-906.
37. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs.* 1996;19(4):308-19.
38. Archibald S, Lemieux S, Byers ES, Tamlyn K, Worth J. Chemically-induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. *Women Ther.* 2006;29(1-2):83-106.
39. Ochsenkühn R, Hermelink K, Clayton AH, von Schönfeldt V, Gallwas J, Ditsch N, et al. Menopausal status in breast cancer patients with past chemotherapy determines long-term hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2011;8(5):1486-94.
40. Cella D, Fallowfield P, Barker P, Cuzick J, Locker G, Howell A. Quality of life of postmenopausal women in the ATAC ("Arimidex", tamoxifen, alone or in combination) trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for early breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2006;100(3):273-84.
41. Fallowfield L, Cella D, Cuzick J, Francis S, Locker G, Howell A. Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Adjuvant Breast Cancer Trial. *J Clin Oncol.* 2004;22(21):4261-71.
42. Land SR, Wickerham DL, Costantino JP, Ritter MW, Vogel VG, Lee M, et al. Patient-reported symptoms and quality of life during treatment with tamoxifen or raloxifene for breast cancer prevention: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. *JAMA.* 2006;295(23):2742-51.
43. Fallowfield L, Fleissig A, Edwards R, West A, Powles TJ, Howell A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: psychosocial impact on women participating in two randomized controlled trials. *J Clin Oncol.* 2001;19(7):1885-92.
44. Day R, Ganz PA, Costantino JP. Tamoxifen and depression: more evidence from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project's Breast Cancer Prevention (P-1) Randomized Study. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93(21):1615-23.
45. Asmar L, Cantrell J, Vukelja SJ, Pippen J, O'Shaughnessy J, Blum JL, et al. Final analysis of a planned comparison of menopausal symptoms in 1618 patients receiving either exemestane (E) or tamoxifen (T) in a blinded adjuvant hormonal study. *Breast Cancer Res Treat.* 2005;94(Suppl 1):S97.
46. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008;14(2):176-81.
47. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricceto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(10):504-10.
48. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(11):2333-44.
49. Abdo CHN, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Estudo do comportamento sexual no Brasil – ECOS. *Rev Bras Med.* 2000;57(11):1329-35.
50. Decker CL, Pais S, Miller KD, Goulet R, Fifea BL. A brief intervention to minimize psychosexual morbidity in dyads coping with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(2):176-85.
51. Carter J, Goldfrank D, Schover LR. Simple strategies for vaginal health promotion in cancer survivors. *J Sex Med.* 2011;8(2):549-59.
52. Hutcherson HKS, Krychman M, Schwartz P, Leiblum S, Rosen R, Althof S. A positive approach to female sexual health: a summary report. *The Female Patient.* 2009;(Suppl April):1-6.
53. Trinkaus M, Chin S, Wolfman W, Simmons C, Clemons M. Should urogenital atrophy in breast cancer survivors be treated with topical estrogens? *Oncologist.* 2008;13(3):222-31.
54. Pruthi S, Simon JA, Early AP. Current overview of the management of urogenital atrophy in women with breast cancer. *Breast J.* 2011;17(4):403-8.
55. Santos I, Clissold S. Urogenital disorders associated with oestrogen deficiency: the role of promestriene as topical oestrogen therapy. *Gynecol Endocrinol.* 2010;26(9):644-51.
56. Derzko C, Elliott S, Lam W. Management of sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer patients taking adjuvant aromatase inhibitor therapy. *Curr Oncol.* 2007;14(Suppl 1):S20-40.
57. Gennari L, Merlotti D, Valleggi F, Nuti R. Ospemifene use in postmenopausal women. *Expert Opin Investig Drugs.* 2009;18(6):839-49.
58. Bachmann GA, Komi JO. Ospemifene effectively treats vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: results from a pivotal phase 3 study. *Menopause.* 2010;17(3):480-6.
59. Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M, Cusan L, Gomez JL, et al. Intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone), a physiological and highly efficient treatment of vaginal atrophy. *Menopause.* 2009;16(5):907-22.
60. Witherby S, Johnson J, Demers L, Mount S, Littenberg B, Maclean CD, et al. Topical testosterone for breast cancer patients with vaginal atrophy related to aromatase inhibitors: a phase I/II study. *Oncologist.* 2011;16(4):424-31.
61. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(1):62-7.