

Sexualidade em oncologia

Heloisa Junqueira Fleury^I, Helena Soares de Camargo Pantaroto^{II}, Carmita Helena Najjar Abdo^{III}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, sexualidade e intimidade são essenciais ao bem-estar e à qualidade de vida.¹ O diagnóstico de câncer, bem como suas diferentes abordagens terapêuticas, afetam o bem-estar psicológico e a qualidade de vida do(a) paciente oncológico, de sua família e, especialmente, de sua(seu) parceira(o).² Há evidências bem estabelecidas de que o câncer e os fatores físicos, psíquicos e sociais a ele associados podem resultar em prejuízos significativos à função sexual, ao estado emocional e ao relacionamento do casal.^{3,4}

Fatores físicos, como alterações anatômicas (amputação colorretal, peniana, testicular, mamária, estenose vaginal), alterações fisiológicas (desequilíbrio hormonal, incontinência urinária ou fecal, alteração de peso, fístulas, estomas) e os efeitos adversos do tratamento (náuseas, vômitos, diarreia, fadiga e alopecia) podem impedir o funcionamento sexual satisfatório, mesmo quando o desejo sexual estiver mantido. Apesar de os efeitos fisiológicos tenderem a diminuir com o tempo, o dano à função sexual pode persistir por anos em sobreviventes de vários tipos de câncer.⁵

Problemas sexuais não se limitam aos portadores de cânceres genitais e de mama. Cânceres ósseo, de pele e de cabeça e pescoço resultam em alterações estéticas. Linfoma e câncer de pulmão são altamente debilitantes. Tais condições, associadas às sequelas do tratamento, podem causar autoimagem negativa e disforia, além de desconforto do(a) parceiro(a), o que leva à evitação da intimidade sexual.^{6,7}

O diagnóstico de câncer pode significar pensar na própria morte, possivelmente pela primeira vez. Vários tratamentos são dolorosos, temidos e intrusivos, podendo minar o senso de integridade e de imagem corporal. A lembrança da doença e de seu tratamento, associada às sequelas emocionais, perturbam o funcionamento sexual.⁵

O enfrentamento da doença é geralmente acompanhado de difícil adaptação psicológica e social, tanto do(a) paciente como de sua(seu) parceira(o).⁸ Ansiedade, depressão, temor à

infertilidade, inquietação quanto à possibilidade de recidiva, incerteza sobre o futuro e sentimento de inadequação pessoal são manifestações emocionais comuns em pacientes com câncer.⁹⁻¹¹ Apesar desse quadro, a maioria dos profissionais de saúde não aborda questões relativas à sexualidade no contexto clínico, concentrando-se nos resultados do tratamento, no controle de efeitos adversos não sexuais e na sobrevivência do(a) paciente.¹²

Ciclo de resposta sexual e disfunção sexual

O modelo tradicional para a compreensão da resposta sexual foi primariamente formulado como um ciclo composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Tal modelo preconizava que o estímulo sexual (fantasias ou sensações) promoveria a excitação, manifestada por ereção (no homem) e por vasocongestão vulvovaginal (na mulher). Se o estímulo fosse mantido, o indivíduo seria conduzido à fase de platô e, na sequência, ao orgasmo, acompanhado de ejaculação, no homem. Sucederia, então, um período refratário (fase de resolução), quando o organismo retornaria às condições anteriores ao início do estímulo sexual.¹³

Numa revisão crítica desse modelo, Kaplan valorizou o desejo por sexo como “gatilho” para o início do ciclo de resposta sexual, antecedendo a fase de excitação. A fase de platô não se justificaria, dado que se a excitação fosse mantida progressivamente, culminaria no orgasmo.¹⁴

A Associação Psiquiátrica Americana adotou uma combinação dessas duas formulações, definindo o ciclo de resposta sexual como um esquema constituído por quatro fases lineares, indistintas entre homens e mulheres, o qual é admitido até hoje: (1) *desejo* (inclui as fantasias sexuais e o interesse na atividade sexual); (2) *excitação* (caracteriza-se pelo prazer e pelas mudanças fisiológicas associadas); (3) *orgasmo* (o clímax do prazer); (4) *resolução* (sensação de bem-estar geral, relaxamento e retorno às condições fisiológicas anteriores ao início da atividade sexual).¹⁵ Esse é o modelo que vigora e norteia as classificações das disfunções sexuais atualmente.

^I Psicóloga, mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Supervisora em Psicoterapia do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

^{II} Enfermeira estomaterapeuta TJSOBEST (titulada pela Associação Brasileira de Estomaterapia) e pós-graduada em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{III} Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Alterações ou bloqueios em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual podem desencadear as disfunções sexuais, definidas como a incapacidade do indivíduo de realizar o ato sexual de forma satisfatória, para si, sua(seu) parceira(o) ou para ambos.¹⁶ Para tal situação, concorrem elementos de ordem somática e/ou psíquica, caracterizando diferentes causas da disfunção sexual.

Prevalência de disfunções sexuais em pacientes oncológicos

Vários tipos de cânceres e seus respectivos tratamentos frequentemente se associam a alguma disfunção sexual. Uma metanálise encontrou 40% a 100% de incidência de disfunção sexual em homens e mulheres submetidos a tratamento oncológico.¹⁷ Ausência ou inibição do desejo em homens e mulheres, disfunção erétil em homens e dispareunia na mulher são as disfunções sexuais mais comuns.¹⁸ Ausência ou diminuição de frequência sexual e intimidade foi relatada por 59% e 79% de mulheres e homens, respectivamente.¹⁹ Disfunção erétil acomete 75% dos homens tratados de câncer colorretal.²⁰ Pacientes submetidos à prostatectomia radical referiram disfunção erétil em 60% a 90% dos casos *versus* 67% a 85% daqueles tratados com radioterapia para tumor de próstata.^{21,22} Em mulheres com câncer de mama, 50% a 64% apresentam dificuldade de excitação, desejo e lubrificação.^{23,24} Após dois anos de radioterapia para câncer cervical, 85% das mulheres queixaram-se de baixo ou nenhum interesse sexual, 35% de dificuldade de lubrificação e 50% de dispareunia moderada a grave. Dessas mulheres, 50% apresentavam estenose vaginal, das quais metade não conseguia completar o intercursos.²⁵

Impacto do câncer e de seu tratamento na função sexual

A resposta sexual, em uma ou mais de suas fases, pode ser afetada por vários fatores, tais como presença de doenças crônicas debilitantes ou incapacitantes, uso de medicamentos que inibem a libido, alterações fisiológicas, cirurgias e estados emocionais negativos. Em pacientes com câncer, estes fatores tendem a coexistir no curso da doença, no tratamento (devido à quimio e radioterapia, cirurgias e hormonioterapia), no manejo da sintomatologia e no pós-tratamento. Por essa razão, disfunções sexuais são frequentes em pacientes oncológicos.^{10,18}

Quimioterapia

Durante o curso do tratamento com agentes quimioterápicos, frequentemente os pacientes experimentam náuseas, vômitos, fadiga, alopecia e mucosite. Esses efeitos adversos variam em intensidade e duração, dependendo da dose e do agente utilizado.²⁶

Tanto em homens quanto em mulheres, a quimioterapia afeta a função gonadal, levando à inibição do desejo e da excitação, anorgasmia, perda da sensação de bem-estar e da reação a estímulos prazerosos.^{26,27} Em mulheres, a falên-

cia da função ovariana pode induzir à menopausa prematura. Alterações fisiológicas associadas à menopausa, tais como falta de lubrificação, atrofia vaginal e dispareunia, contribuem para o desconforto durante o intercursos e afetam o interesse em engajar-se em atividade sexual e a habilidade de manter a excitação.^{27,28} Em homens, pode ocorrer atrofia testicular, afetando a fertilidade, bem como disfunção erétil devido a alterações hormonais e neuropatia autonômica.^{26,29}

Radioterapia

Efeitos adversos da radiação comuns em homens e mulheres são fadiga, diarreia, náusea, vômitos e danos à pele, que exercem impacto negativo sobre a autoimagem, a libido e o funcionamento sexual. Quando a radiação danifica áreas com tecido normal, incluindo bexiga, reto e vagina, há risco de complicações que prejudicam o desejo sexual, tais como proctite, cistite e estenose vaginal.^{26,30}

Em homens, a irradiação pélvica pode levar à ejaculação dolorosa, bem como resultar em lesão ao nervo pudendo, oclusão das artérias penianas e redução dos níveis de testosterona, resultando em disfunção erétil.³¹ Em mulheres, provoca danos vasculares ou nervosos que dificultam a lubrificação, a excitação, o orgasmo e causa dispareunia.^{27,30} Em homens e mulheres, há casos em que o desinteresse por sexo ou sua evitação (por temor à dispareunia) persistem durante dois a cinco anos após a radioterapia, enquanto o prejuízo à função sexual (por danos vasculares ou nervosos) se manifestam insidiosamente meses após o tratamento.^{25,32}

Cirurgia

As cirurgias frequentemente causam prejuízo à inervação e ao suprimento vascular dos órgãos pélvicos, o que afeta a resposta fisiológica ao estímulo sexual, tanto em homens quanto em mulheres. A produção de esteróides sexuais é afetada em casos de orquiectomia, ovariectomia e adrenalectomia, diminuindo o interesse por sexo.^{26,33} Dor pós-cirúrgica e fadiga estão associadas à falta de desejo sexual. Excisão de órgãos, amputações e cicatrizes interferem na autoestima e na autoimagem e, por vezes, no senso de feminilidade ou masculinidade.³⁴

Disfunção erétil, distúrbios ejaculatórios e infertilidade são complicações sexuais comuns em homens submetidos às cirurgias colorretal, de testículo, próstata, pênis e bexiga.²⁶ Inibição do desejo sexual, falta de lubrificação e dispareunia frequentemente acometem mulheres submetidas à histerectomia, vulvectomia, mastectomia e ostomia.²⁷

Hormonioterapia

Mulheres que recebem terapia hormonal podem experimentar problemas musculoesqueléticos, ondas de calor, anorgasmia, dificuldade de excitação (por falta de lubrificação vaginal) e consequente dispareunia.³³ Em homens, o efeito é

similar ao da orquiectomia, sendo reportadas inibição da libido, disfunção erétil e anorgasmia.²⁶

Sexualidade, intimidade e câncer

Quando a frequência sexual é interrompida, no contexto do câncer, outras formas de contato físico também diminuem, dada a percepção que estas formas de afeto conduzem necessariamente ao intercurso, inapropriado ou não possível fisicamente.³⁵ Diante da ausência de intimidade sexual, os parceiros que enfrentam a doença podem se sentir isolados, ansiosos ou deprimidos, inadequados ou emocionalmente distantes. Por outro lado, a intimidade pode tornar a experiência do câncer mais suportável e ajudar no processo de recuperação.³⁶

Dificuldades no relacionamento podem surgir após o diagnóstico de câncer e seu tratamento, caso o(a) paciente oncológico(a) e sua(seu) parceira(o) deixarem de comunicar sentimentos e não compartilharem a mesma necessidade de intimidade.²⁸

A resposta afetiva às condições impostas pela doença e o padrão de reação às dificuldades podem acentuar quadros de ansiedade e depressão. Mudanças na dinâmica relacional do casal, tal como se o(a) paciente apresentar maior necessidade de atenção e contato físico não sexual, podem dificultar a adaptação a essa nova realidade.^{19,37} Cabe ressaltar, também, que o bem-estar psíquico do parceiro cuidador também é afetado.¹⁹

Atuação do profissional de saúde

A qualidade de vida pode ser melhorada se, no acompanhamento do(a) paciente com câncer, além da atenção às recidivas, também houver avaliação da função sexual e, em caso de disfunção, recomendação de tratamento.⁹ Saliente-se que os(as) pacientes frequentemente não expressam suas preocupações com a vida sexual, preferindo que o profissional tome a iniciativa de perguntar.³⁸ Portanto, todos os membros da equipe que atende esse(a) paciente devem estar preparados para abordar temas sobre sexualidade.³⁹

As abordagens atuais para avaliação da disfunção sexual são baseadas em modelos que combinam aspectos psicológicos e biológicos.⁴⁰ O diagnóstico da disfunção sexual deve abordar três dimensões: 1. fatores preexistentes (função e satisfação sexual, idade, imagem corporal e bem-estar geral); 2. implicações de cada tipo de câncer (risco, grau de comprometimento, incapacidade e dor, alterações fisiológicas e estéticas, intensidade da doença e medicamentos utilizados); 3. reação do(a) paciente e da(o) parceira(o) à doença (resposta afetiva, estilo de enfrentamento, impacto da imagem corporal e alterações na dinâmica do relacionamento).³⁷

O apoio profissional é essencial.⁴¹ Após cirurgias oncológicas, a adaptação à nova imagem corporal e ao estilo de vida alterado é facilitada se houver orientação adequada.⁴² Devem ser abordados os aspectos objetivos (alterações corporais e

influência de medicações) e também os subjetivos, referentes às dimensões psicossociais e relacionais.⁴³ A qualidade do relacionamento anterior à doença é um fator determinante nesse processo,³⁸ além da resiliência do(a) paciente e do(a) parceiro(a) para superação das limitações inerentes à nova condição.

CONCLUSÃO

A maior sobrevida de pacientes com câncer, obtida pelos recentes avanços de diferentes abordagens terapêuticas, tornou essencial a intervenção ampla, visando o bem-estar físico, psicológico, social, relacional e sexual desses pacientes e de suas parcerias. Um grande desafio é atender às questões relacionadas à sexualidade do(a) paciente e da(o) parceira(o), para que ambos possam desenvolver aceitação e adaptação às alterações provocadas pelo câncer e às sequelas dos tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
2. Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med.* 2005;60(1):1-12.
3. Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Young J. (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Soc Sci Med.* 2004;58(9):1597-607.
4. Juraskova I, Butow P, Robertson R, et al. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology.* 2003;12(3):267-79.
5. Tierney DK. Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2008;24(2):71-9.
6. Monga U, Tan G, Ostermann HJ, Monga TN. Sexuality in head and neck cancer patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1997;78(3):298-304.
7. Goodell TT. Sexuality in chronic lung disease. *Nurs Clin North Am.* 2007;42(4):631-8; viii.
8. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005;14(1):74-81.
9. Biglia N, Moggio G, Peano E, et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *J Sex Med.* 2010;7(5):1891-900.
10. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas.* 2010;66(4):397-407.
11. Anllo LM. Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(3):241-8.
12. Mercadante S, Vitranò V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer.* 2010;18(6):659-65.
13. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Boston: Little, Brown and Co.; 1966.
14. Kaplan HS. *A nova terapia do sexo.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
15. Associação Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Texto revisado (DSM-IV-TR).* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Derogatis LR, Kourlesis SM. An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *CA Cancer J Clin.* 1981;31(1):46-50.

18. McKee AL Jr, Schover LR. Sexuality rehabilitation. *Cancer*. 2001;92(4 Suppl):1008-12.
19. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, et al. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nurs*. 2009;32(4):271-80.
20. Ellis R, Smith A, Wilson S, Warmington S, Ismail T. The prevalence of erectile dysfunction in post-treatment colorectal cancer patients and their interests in seeking treatment: a cross-sectional survey in the west-midlands. *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1488-96.
21. Smith DS, Carvalhal GF, Schneider K, et al. Quality-of-life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. *Cancer*. 2000;88(6):1454-63.
22. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA*. 2000;283(3):354-60.
23. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, et al. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*. 1995;75(1):54-64.
24. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol*. 1997;8(2):149-53.
25. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003;56(4):937-49.
26. Galbraith ME, Crighton F. Alterations of sexual function in men with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(2):102-14.
27. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am*. 2007;42(4):531-54; vi.
28. Shell JA, Carolan M, Zhang Y, Meneses KD. The longitudinal effects of cancer treatment on sexuality in individuals with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35(1):73-9.
29. Humphreys CT, Tallman B, Altmaier EM, Barnette V. Sexual functioning in patients undergoing bone marrow transplantation: a longitudinal study. *Bone Marrow Transplant*. 2007;39(8):491-6.
30. Schover LR. Sexuality and fertility after cancer. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2005:523-7.
31. Incrocci L. Radiation therapy for prostate cancer and erectile (dys)function: the role of imaging. *Acta Oncol*. 2005;44(7):673-8.
32. Bokhour BG, Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Talcott JA. Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of "erectile dysfunction". *J Gen Intern Med*. 2001;16(10):649-55.
33. Hughes MK. Alterations of sexual function in women with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(2):91-101.
34. Bruner DW, Berk L. Altered body image and sexual health. In: Yarbro CH, Frogge MH, Goldman M, editors. *Cancer symptom management*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2004. p. 596-623.
35. Hughes MK. Sexuality and the cancer survivor: a silent coexistence. *Cancer Nurs*. 2000;23(6):477-82.
36. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. *Arch Sex Behav*. 2010;39(4): 998-1009.
37. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med*. 2007;4(1):29-37.
38. Sprunk E, Alteneder RR. The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 2000;4(2):85-8.
39. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):349-73.
40. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007;369(9559):409-24.
41. Basson R. Sexual function of women with chronic illness and cancer. *Womens Health (Lond Engl)*. 2010;6(3):407-29.
42. Black PK. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *Br J Nurs*. 2004;13(12):692-7.
43. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*. 2010;66(1):23-6.

INFORMAÇÕES:

Endereço para correspondência:

Heloisa Junqueira Fleury
Rua Sergipe, 401 – conj. 808
São Paulo (SP)
CEP 01243-906
Tel. (11) 3256-9928
E-mail: hjfleury@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum

Data de entrada: 24 de março de 2011

Data da última modificação: 28 de março de 2011

Data de aceitação: 1^a de abril de 2011

PALAVRAS-CHAVE:

Oncologia.
Terapêutica.
Sexualidade.
Qualidade de vida.
Comorbidade.

RESUMO

O câncer, bem como suas abordagens terapêuticas, afetam o bem-estar psicológico e a qualidade de vida do(a) paciente oncológico, de sua família e, especialmente, de sua(seu) parceira(o), podendo resultar em prejuízos significativos à função sexual, ao estado emocional e ao relacionamento. Na maioria das vezes, não são abordadas questões relativas à sexualidade no contexto clínico, valorizando-se apenas os resultados do tratamento, o controle de efeitos adversos não sexuais e a sobrevida do(a) paciente. Alterações ou bloqueios em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo, resolução) podem desencadear disfunções sexuais. Para tal situação, concorrem elementos de ordem somática e/ou psíquica. Em pacientes com câncer, a presença de condições debilitantes ou incapacitantes, o uso de medicamentos que inibem a libido, as alterações físicas, as cirurgias e os estados emocionais negativos tendem a coexistir no curso da doença, no tratamento, no manejo da sintomatologia e no pós-tratamento. Por essa razão, disfunções sexuais são frequentes em pacientes oncológicos. As abordagens atuais para avaliação da disfunção sexual são baseadas em modelos que combinam aspectos psicológicos e biológicos. A maior sobrevida de pacientes com câncer, obtida pelos recentes avanços de diferentes abordagens terapêuticas, tornou essencial a intervenção ampla, visando o bem-estar físico, psicológico, social, relacional e sexual desses pacientes e suas parcerias. Um grande desafio é atender às questões relacionadas à sexualidade do(a) paciente e de sua parceria, para que ambos possam desenvolver aceitação e adaptação às alterações provocadas pelo câncer e às sequelas dos tratamentos.