

Recomendações terapêuticas para tratar o efeito negativo do câncer na saúde sexual de homens e mulheres

Heloisa Junqueira Fleury¹, Carmita Helena Najjar Abdo¹

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

RESUMO

Estamos testemunhando um aumento previsível de sobreviventes ao câncer em decorrência da sofisticação crescente dos tratamentos, porém esses pacientes enfrentam sintomas de longo prazo, com efeitos psicológicos, sendo a disfunção sexual o mais prevalente e duradouro e com tendência a piorar quando não tratada. O objetivo desse artigo é discutir o comprometimento da saúde sexual como um dos efeitos colaterais mais dramáticos dos tratamentos de câncer e propor algumas recomendações terapêuticas. O modelo atual de resposta sexual é biopsicossocial, considerando que pacientes fragilizados pelo diagnóstico e pelos tratamentos para o câncer apresentarão alterações em dimensões psicológicas, sociais, culturais e relacionais. A saúde sexual feminina fica comprometida com sintomas físicos e psicológicos e dificuldades relacionais. Sobreviventes de câncer da próstata apresentam capacidade erétil insuficiente para a penetração. A terapêutica tradicional busca melhorar a função erétil, mas há evidências de que essas intervenções são insuficientes por não abordar as sequelas psicológicas. A perda da intimidade sexual pode comprometer o relacionamento do casal, a satisfação com o relacionamento, a saúde física e mental e a qualidade de vida. Há evidências de eficácia de programas psicoeducacionais, com orientações ao casal antes e durante o tratamento, *mindfulness* e tratamento em grupo. Mesmo com evidências da necessidade de abordar a saúde sexual dos sobreviventes dos tratamentos de câncer, os profissionais de saúde justificam a não abordagem com a falta de capacitação e a de tempo. Apresentamos um modelo breve de treinamento dos profissionais de saúde para a abordagem da saúde sexual, com resultados promissores.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde sexual, neoplasias, disfunções sexuais fisiológicas, disfunção erétil, atenção plena

INTRODUÇÃO

Na atualidade, estamos testemunhando um aumento previsível de sobreviventes ao câncer em decorrência da

sofisticação crescente dos tratamentos cirúrgicos, medicamentosos, quimioterápicos e radioterápicos. No entanto, esses pacientes enfrentam sintomas de longo prazo como menopausa induzida, infertilidade ou desfigurações cirúrgicas,

¹Psicóloga, mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5084-8390>

¹Psiquiatra, professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6312-8306>

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Heloisa Junqueira Fleury

R. Sergipe, 401 — conjunto 309 — São Paulo (SP) — CEP 01243-001

Tel. (11) 3256-9928 — Cel. (11) 970707871 — E-mail: hjfleury@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 15 de outubro de 2021. Data da última modificação: 19 de outubro 2021. Aceite: 19 de outubro.

com efeitos psicológicos preocupantes, como a diminuição do senso de valia, perda da identidade, preocupações com a capacidade reprodutiva futura e o desafio de manter relacionamentos íntimos. Apesar das estratégias terapêuticas disponíveis, a maioria geralmente está despreparada para essas mudanças.¹

Numa amostra de 514 mulheres com câncer de mamas, 66,9% delas não apresentavam disfunção sexual antes do diagnóstico. No entanto, após 4-5 anos, 91,2% delas sofriram de dor na penetração e alterações na excitação. A maioria delas manteve um a dois eventos de atividades sexuais nas quatro últimas semanas e estavam satisfeitas com sua vida sexual. Esse estudo identificou que as principais justificativas para evitar sexo penetrativo era a falta de interesse por penetração vaginal e a dor.²

Mais de 60% de homens e mulheres que se submeteram a tratamentos de câncer apresentam dificuldades sexuais por longos períodos, porém menos de 25% deles recebem orientação profissional. Mesmo considerando que muitos desses problemas começam com as inevitáveis alterações corporais, a habilidade do paciente para lidar com essas mudanças e a qualidade do relacionamento vão determinar o sucesso do processo de reabilitação.³

Mulheres sobreviventes de câncer ginecológico foram entrevistadas sobre a experiência de viver com um corpo alterado cinco a seis anos após o tratamento. Os relatos apontam a falta de familiaridade com a experiência de vazio corporal, flutuações de temperatura, consequências negativas na vida sexual, vulnerabilidade e incertezas.⁴

A população masculina de diferentes faixas etárias, sobrevivente de vários diagnósticos e tratamentos para o câncer, apresentou sofrimento psíquico resultante de disfunção sexual pós-tratamento, com efeito negativo significativo em sua autoestima sexual, imagem corporal e saúde mental.⁵

A disfunção sexual é um dos efeitos colaterais de longo prazo mais prevalente e duradouro dos tratamentos para o câncer, sendo que problemas sexuais não tratados estão associados com ansiedade, depressão, diminuição da autoestima e estresse no relacionamento. Efeitos colaterais sexuais são diferentes de outras consequências negativas dos tratamentos porque os sintomas sexuais não se resolvem sozinhos, são persistentes e prolongados, e tendem a piorar com o tempo quando não tratados.¹

Os pacientes solicitam que os médicos tomem a iniciativa no questionamento sobre a saúde sexual,⁶ porém a orientação psicológica ainda não é rotina. Abordar o comprometimento sexual decorrente de tratamentos para o câncer é necessário para sensibilizar os profissionais de saúde para tomar a iniciativa na abordagem dessa questão.

O objetivo desse artigo é discutir o comprometimento da saúde sexual como um dos efeitos colaterais mais dramáticos

dos tratamentos de câncer e propor algumas recomendações terapêuticas.

FUNÇÃO SEXUAL

O modelo tradicional de resposta sexual foi formulado inicialmente por Masters e Johnson,⁷ na década de 1960. Posteriormente, na década de 1970, Kaplan⁸ introduziu o conceito do desejo, compondo uma sequência linear, comum a homens e mulheres, desencadeada por impulso sexual espontâneo, descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR).⁹ Esse modelo era fundamentado nas alterações fisiológicas da resposta sexual.

Mesmo sendo a função sexual influenciada por fatores psicológicos, relacionais e culturais, muitas vezes essas dimensões não eram levadas em consideração na pesquisa e na prática clínica.¹ Embora essa afirmação seja extremamente relevante para os pacientes sobreviventes de câncer, na década de 1990, ela também estava sendo considerada para a compreensão da sexualidade feminina.

Em 2001, Basson¹⁰ alertou para a relevância da busca pela intimidade, componente da motivação feminina para a atividade sexual, formulando um modelo circular que valorizava aspectos mais subjetivos da experiência sexual. O DSM-5¹¹ menciona a importância de aspectos intrapessoal, interpessoal e cultural, além dos relacionais, na atividade sexual. Com essas novas evidências, a função sexual feminina passou a ser compreendida segundo um modelo biopsicossocial.

Mais recentemente, Katz e Dizon¹² propuseram um modelo biopsicossocial para a compreensão da resposta sexual do homem afetado pelos efeitos negativos dos tratamentos para o câncer da próstata, buscando expandir a referência para além dos aspectos biomédicos, incluindo contexto de vida e identidade sexual do paciente. Baseia-se na concepção de que os homens tendem a não diferenciar sexo e intimidade, o que torna a penetração sexual a única fonte de intimidade. No entanto, o impulso sexual é fortemente influenciado pelas mensagens sociais sobre masculinidade, o que influencia o padrão de aproximação e atividade sexual, e pelo *feedback* da parceria sobre sua satisfação sexual. As mudanças corporais após os diversos tratamentos alteram a imagem corporal, o que impacta o impulso e o desempenho sexual. Além disso, a percepção negativa da imagem corporal pode dificultar a comunicação com a parceria sexual.¹²

Dessa forma, mulheres e homens fragilizados pelo diagnóstico e pelos tratamentos para o câncer apresentarão alterações em dimensões psicológicas, sociais, culturais e relacionais, aspectos fundamentais para a compreensão ampliada da saúde sexual humana, exigindo um modelo biopsicossocial de atenção profissional, incluindo o casal sempre que possível.

COMPROMETIMENTO SEXUAL FEMININO E MASCULINO

A saúde sexual das sobreviventes de câncer de mamas fica bastante comprometida com sintomas físicos como a secura vaginal e o desconforto durante a atividade sexual. Os principais problemas sexuais são a diminuição do desejo sexual, falta de lubrificação, dificuldades de excitação e dor na penetração. O tratamento mais prejudicial à saúde sexual, principalmente de mulheres mais jovens, foi a quimioterapia, enquanto a mastectomia unilateral ou bilateral, sem a reconstrução mamária, foram as intervenções cirúrgicas que trouxeram mais prejuízos.²

Na dimensão psicológica, observa-se ansiedade, depressão, angústia, percepções negativas sobre identidade sexual e imagem corporal, sensação de perda da feminilidade com a remoção ou mudanças dos órgãos reprodutivos. Um dos aspectos mais importantes ocorre na dimensão relacional, com a necessidade de mudança no padrão de relacionamento sexual e a consequente perda da sexualidade e da intimidade.¹³

As dificuldades relacionais podem se tornar o maior problema. A compreensão dos problemas sexuais deve considerar o contexto relacional da mulher, o padrão de comunicação do casal e o apoio a parceria.¹³ Além disso, muitas mulheres sentem dificuldade para considerar a disfunção sexual como uma perda pela crença de que deveriam se sentir gratas. Os casais precisam de orientação para melhorar a intimidade, para lidar com as mudanças corporais e no padrão de relacionamento sexual, e para aumentar o repertório sexual.¹⁴

Em relação à população masculina, a saúde sexual dos sobreviventes de câncer da próstata é afetada pelos efeitos colaterais do tratamento: disfunção erétil, perda de urina com ejaculação, anorgasmia, incontinência urinária ou fecal, alterações no pênis ou perda do interesse sexual.¹⁵ Geralmente, a capacidade erétil é insuficiente para a penetração, ocorrendo diminuição da sensibilidade da genitália e consequente incapacidade de desfrutar do sexo. A perda da intimidade sexual pode comprometer o relacionamento do casal, a satisfação com o relacionamento, a saúde física e mental e a qualidade de vida.⁵

Os sobreviventes de câncer na infância tendem a apresentar sequelas de longo prazo, sendo a prevalência maior em mulheres do que na população em geral.¹⁶ O desenvolvimento sexual e social desses pacientes pode ficar retardado.⁵

RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

A terapêutica tradicional foca em melhorar a função erétil para permitir a penetração sexual, ou seja, na dimensão biológica da resposta sexual. Os resultados são variáveis: a eficácia diminui com o tempo para 50% dos homens, as taxas de

ineficácia chegam a 80% e os altos custos tornam proibitivo para muitos. Além disso, 50% a 61% deles interrompem o tratamento. Essa pouca eficácia e a baixa adesão sugerem que apenas intervenções voltadas para a função erétil são insuficientes, por não abordar as sequelas psicológicas.¹⁴

Pacientes com câncer avançado, tanto câncer da próstata como ginecológico, associam sua condição ao comprometimento da vida sexual, sendo que 60% deles estavam sem atividade sexual, embora 62% desejassem manter a intimidade sexual. Um pouco mais da metade (57%) atribuiu o comprometimento sexual às condições físicas ou tratamento, sendo que 52% deles desejavam ajuda para os problemas sexuais. Nesse estudo, observou-se também que os pacientes mais jovens buscam mais ajuda do que os mais velhos.¹⁷

As questões apontadas por sobreviventes de câncer da próstata como as que exigiriam maior atenção, mas que são pouco atendidas, referem-se à saúde sexual e à intimidade.¹⁴ Após qualquer uma das modalidades de tratamento para essa condição, os pacientes identificaram alguns pontos a serem atendidos: discutir questões como os efeitos colaterais sexuais, o processo de reabilitação, o impacto emocional; orientação para definir expectativas realistas antes do início do tratamento, para melhorar a comunicação sexual do casal; orientação sobre estratégias para melhorar a intimidade sexual, com menor ênfase na penetração; atenção às necessidades da parceria e facilitar o acesso a oportunidades de apoio de pares. Nesse estudo, homens gays expressaram a necessidade de o profissional de saúde compreender melhor as características de sua sexualidade e de suas experiências.¹⁸

Uma revisão sistemática da literatura, com foco em intervenções com mulheres com câncer ginecológico, encontrou evidências de eficácia de programas psicoeducacionais para melhorar a consciência corporal relacionada à função sexual e para intervenções com programação de exercícios para reduzir a fadiga.¹⁹ Esse mesmo estudo encontrou evidências positivas da coordenação da assistência a essas pacientes liderada por enfermeiras, e de terapia para melhorar o bem-estar psicológico.¹⁹ A falta de familiaridade com o corpo alterado em consequência de cirurgias mutilantes poderia ser melhor atendida com orientações durante e após o tratamento.⁴

Uma intervenção psicoeducativa para o manejo da disfunção sexual em mulheres que passaram por tratamento para câncer de ovário constou de uma única intervenção em grupo, de meio dia, com educação em saúde sexual, treinamento para reabilitação, relaxamento e terapia cognitiva comportamental para lidar com sintomas sexuais. Após quatro semanas, havia uma chamada telefônica personalizada para reforço. A função sexual e o sofrimento psíquico melhoraram significativamente, permanecendo no acompanhamento após seis meses. Esta breve intervenção comportamental levou a melhorias

significativas no funcionamento sexual geral e no sofrimento psíquico, e foram mantidas no seguimento de seis meses.²⁰

Após seis meses de tratamento psicológico para pacientes com câncer da próstata, o estudo quantitativo identificou mais satisfação sexual, menos comprometimento da intimidade sexual (baseado no relato da parceria) e menos ansiedade. Ainda, identificou seis temas a serem considerados pelos profissionais de saúde: importância do tratamento do casal; considerar o impacto da doença no indivíduo e no casal; *mindfulness*, apontada como modalidade de tratamento importante; considerar os fatores individuais que contribuem para os problemas; abordar múltiplos mecanismos para mudança e a importância do tratamento em grupo como elemento terapêutico do processo.¹⁴

Tratamentos que agregam a prática *mindfulness* têm apresentado resultados promissores para melhorar o funcionamento sexual de mulheres, inclusive com evidências preliminares sugerindo a eficácia dessa abordagem para melhorar o funcionamento sexual dos homens.²¹

Mesmo com essas evidências da necessidade de abordar a saúde sexual dos sobreviventes dos tratamentos de câncer, algumas das justificativas mais frequentes para isso não ocorrer são a falta de treino do profissional de saúde para essa abordagem e a falta de tempo.²²

Uma intervenção breve para melhorar a comunicação do médico com pacientes com câncer de mamas nomeada iSHARE (*improving Sexual Health and Augmenting Relationships through Education*), direcionada a médicos especialistas em câncer de mamas, consistiu de dois módulos, um informativo para leitura individual e um fundamentado em habilidades que incluiu a participação em uma atividade de 60 minutos em pequenos grupos, para capacitar o médico na abordagem dos dois primeiros passos PLISSIT, constando de dar permissão (P) para discutir sexualidade, por meio de perguntas sobre a saúde

sexual, e oferecer informações limitadas (LI) sobre as preocupações sexuais. Os médicos foram estimulados a dar sugestões (SS), se estivessem confortáveis, e recebiam informações para encaminhar para uma avaliação mais cuidadosa e/ou terapia intensiva (IT). Os resultados apontaram aumento na expectativa positiva do médico para abordar o tema, e a satisfação dos pacientes manteve-se alta. Observou-se que não houve aumento significativo do tempo da consulta com essa abordagem, embora não tenha sido avaliado o resultado de conversas mais longas.²²

CONCLUSÕES

Os tratamentos para os mais diversos diagnósticos de câncer produzem vários efeitos negativos, principalmente o comprometimento da função sexual de homens e mulheres. Inicialmente, é uma alteração fisiológica, porém os recursos pessoais para enfrentar esse desafio, acrescidos de fatores psicossociais, culturais e principalmente relacionais, tornam-no uma disfunção psicogênica.

Os tratamentos tradicionais abordam os aspectos biológicos da resposta sexual, como por exemplo, medicações para restaurar a capacidade erétil, não considerando as dificuldades individuais e as do casal para enfrentar o processo de reabilitação da saúde sexual desde o diagnóstico, passando pelo longo período de tratamento e a reabilitação.

Algumas opções de tratamento psicológico estão disponíveis, com destaque para as intervenções que agregam a prática de *mindfulness*. Porém, o mais promissor é a proposta de treinamento dos profissionais de saúde para a abordagem da saúde sexual de seus pacientes, favorecendo um modelo biopsicossocial para o enfrentamento dos prejuízos na saúde sexual dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3712-9. PMID: 23008322; <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.7915>.
2. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203151. PMID: 30169506; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203151>.
3. Schover LR. Sexual quality of life in men and women after cancer. *Climacteric*. 2019;22(6):553-7. PMID: 30380961; <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1526893>.
4. Sekse RJ, Gjengedal E, Råheim M. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care Women Int*. 2013;34(1):14-33. PMID: 23216094; <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965>.
5. Twitchell DK, Wittmann DA, Hotaling JM, Pastuszak AW. Psychological Impacts of Male Sexual Dysfunction in Pelvic Cancer Survivorship. *Sex Med Rev*. 2019;7(4):614-26. PMID: 30926459; <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.02.003>.
6. Reese JB, Bober SL, Daly MB. Talking about women's sexual health after cancer: Why is it so hard to move the needle? *Cancer*. 2017;123(24):4757-63. PMID: 29116655; <https://doi.org/10.1002/cncr.31084>.
7. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984.
8. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
9. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. [Revisado – DSM-IV-TR]. Porto Alegre: Artmed; 2002.
10. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(1):33-43. PMID: 11224952; <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>.
11. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e

- estatístico de transtornos mentais (DSM-5). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. ISBN: 978-85-8271-089-0.
12. Katz A, Dizon DS. Sexuality after cancer: a model for male survivors. *J Sex Med.* 2016;13(1):70-8. PMID: 26755089; <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.11.006>.
 13. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas.* 2011 Sep;70(1):42-57. PMID: 21764229; <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.013>.
 14. Bossio JA, Higano CS, Brotto LA. Preliminary Development of a Mindfulness-Based Group Therapy to Expand Couples' Sexual Intimacy after Prostate Cancer: A Mixed Methods Approach. *Sex Med.* 2021;9(2):100310. PMID: 33529815; <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100310>.
 15. Darwish-Yassine M, Berenji M, Wing D, et al. Evaluating long-term patient-centered outcomes following prostate cancer treatment: findings from the Michigan Prostate Cancer Survivor study. *J Cancer Surviv.* 2014;8(1):121-30. PMID: 24214413; <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0312-8>.
 16. Greenberg DR, Khandwala YS, Bhambhani HP, Simon PJ, Eisenberg ML. Male and Female Sexual Dysfunction in Pediatric Cancer Survivors. *J Sex Med* 2020;17(9):1715-22. PMID: 32622765; <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.014>.
 17. Bond CB, Jensen PT, Groenvold M, Johnsen AT. Prevalence and possible predictors of sexual dysfunction and self-reported needs related to the sexual life of advanced cancer patients. *Acta Oncol.* 2019;58(5):769-75. PMID: 30724646; <https://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1566774>.
 18. Mehta A, Pollack CE, Gillespie TW, et al. What Patients and Partners Want in Interventions That Support Sexual Recovery After Prostate Cancer Treatment: An Exploratory Convergent Mixed Methods Study. *Sex Med.* 2019;7(2):184-91. PMID: 30833226; <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.01.002>.
 19. Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynaecological cancer and their caregivers. *Support Care Cancer.* 2018;26(3):701-10. PMID: 29204708; <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3971-6>.
 20. Bober SL, Recklitis CJ, Michaud AL, Wright AA. Improvement in sexual function after ovarian cancer: Effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer.* 2018;124(1):176-82. PMID: 28881456; <https://doi.org/10.1002/cncr.30976>.
 21. Bossio JA, Miller F, O'Loughlin JI, Brotto LA. Sexual Health Recovery For Prostate Cancer Survivors: The Proposed Role Of Acceptance And Mindfulness-Based Interventions. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):627-35. PMID: 31029619; <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.03.001>.
 22. Reese JB, Lepore SJ, Daly MB, et al. A brief intervention to enhance breast cancer clinicians' communication about sexual health: Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *Psychooncology.* 2019;28(4):872-9. PMID: 30811732; <https://doi.org/10.1002/pon.5036>.