

Câncer de mama e sexualidade: considerações

Breast cancer and sexuality: remarks

Sônia Maria Rolim Rosa Lima¹, Ana Lucia Ribeiro Valadares²

Resumo

Sexualidade e função sexual são temas de fundamental importância com influência direta na qualidade de vida. O diagnóstico de câncer de mama leva a consequências físicas e psicológicas. A compreensão desses aspectos pelo profissional de saúde é tema de capital importância. Este artigo visa abordar diferentes itens que possam exercer influência de modo direto ou indireto na sexualidade dessas mulheres assim como a sua compreensão.

Descritores: Neoplasia da mama, Ginecologia, Comportamento sexual, Disfunção sexual fisiológica, Disfunções sexuais psicogênicas

Abstract

Sexuality and sexual functioning are topics of high importance with direct influence on quality of life. The diagnosis of breast cancer leads to physical and psychological consequences. Understanding these aspects by health professionals is the subject of capital importance. This article aims to address different items that can exert influence directly or indirectly the sexuality of these women as well as their understanding.

Keywords: Breast neoplasms; Gynecology; Sexual behavior; Sexual dysfunction, physiological; Sexual dysfunctions, psychological

Introdução

Com a inclusão de satisfação sexual como condição *sine qua non* de qualidade de vida e saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), temas que abordem esse assunto assumem particular importância. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), na emenda 1666/2003, modificou o anexo II da Resolução 1634/2002, reconhecendo a sexologia como uma área de atuação dentro da especialidade médica em Ginecologia e Obstetrícia (Conselho Federal de Medicina, 2006)⁽¹⁾.

De acordo com a OMS, a sexualidade humana forma parte integral da personalidade. Constitui necessidade básica e característica que não pode ser separada de outros aspectos da vida. Não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. É muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade; se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. Influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações, portanto, a saúde física e mental. É a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influencia a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. É uma forma de expressão dos afetos, uma maneira de cada indivíduo descobrir a si e aos outros. Sendo a saúde um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como direito humano básico⁽²⁾.

A sexualidade engloba a identidade sexual (masculina e feminina), os afetos e a autoestima, as alterações físicas e psicológicas ao longo da vida, o conhecimento anatômico e fisiológico do homem e da mulher, a higiene sexual, a gravidez, a maternidade e a paternidade, os métodos anticoncepcionais, as doenças sexualmente transmissíveis, os transtornos sexuais, entre outros. É uma experiência individual regida por diferentes desejos e condutas que a tornam um processo absolutamente pessoal e natural. A forma como cada indivíduo se percebe como um ser sexual é processo intrínseco à sua natureza e não pode ser modificado por fatores externos como a moral, a religião e a imposição de papéis sexuais sem que isto resulte em grande sofrimento e angústia^(3,4).

1. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

2. Pesquisadora Colaboradora em Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia / Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas

Endereço para correspondência: Sonia Maria Rolim Rosa Lima. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Rua Dr Cesário Motta Jr., 112 - Vila Buarque - 01221020 - Sao Paulo, SP - Brasil. Fone: (11) 3226.0122 - Ramal: 5535 – E-mail: lima@silber.com.br

Sabemos que para o bom desempenho da função sexual é imprescindível a saúde física e mental assim como o seu bem-estar social, como já salientado. Entretanto, como o ser humano é dotado de grande versatilidade, reagindo de maneira diversa de acordo com cada situação; não é raro observar a manifestação e realização da sexualidade mesmo em condições orgânicas, psicológicas ou sociais adversas^(3,4).

A maioria dos sexólogos afirma que todas as pessoas sexualmente ativas na juventude terão prazer nos eventos adversos e na velhice e que a capacidade de sentir orgasmo dura a vida toda, principalmente, quando o sexo envolve amor, afeto e emoção. Assim, a maior parte das barreiras sexuais não são propriamente sexuais, mas sim problemas e dificuldades que se refletem na vida sexual. A má qualidade de vida em geral é um dos maiores fatores impeditivos da plena realização sexual, isto em qualquer fase da vida⁽⁵⁻⁷⁾.

Câncer de mama

A mulher quando se defronta com o diagnóstico de câncer de mama passa por importante processo de reformulação da sua imagem corporal⁽⁸⁾.

De fato, o dinamismo psíquico do ser é frequentemente considerado como a tendência ao equilíbrio. É a ruptura do equilíbrio que provoca tensão e estado de desprazer. A passagem de uma concepção de vida para outra, que comporta normas de valor, inteiramente novas, leva a um período crítico, sujeito a conflitos interiores. Esta situação conflitante é consequência de uma tensão que se desenvolve entre as antigas normas de vida, agora abandonadas, e as novas normas que se deverá adotar⁽⁹⁾.

A mulher teme o fracasso do esforço que desenvolve para ser "alguém" entre as outras e pode inicialmente, perder a confiança em si mesma e um estado de tensão extrema pode desenvolver-se em seu psiquismo, e a tal ponto que poderá levar à ruptura do seu equilíbrio normal^(9,10).

A passagem de uma concepção de vida para outra, que comporta normas de valor, inteiramente novas, leva a um período crítico, sujeito a conflitos interiores. Esta situação conflitante é consequência de uma tensão que se desenvolve entre as antigas normas de vida, e as novas normas que se deverá adotar. A atualização por si comporta, a cada instante, certa renúncia⁽¹¹⁾.

Fatores como a idade, a história familiar, vivências anteriores com familiares, a importância que a mulher atribui a sua própria aparência física, o tipo de cirurgia a que foi ou será submetida, o medo da recidiva da doença, o temor da morte e os tratamentos futuros a que deverá se submeter (a radioterapia, a quimioterapia, a terapia medicamentosa) podem ser vivenciados com angústia e estresse, visto que muitas

vezes são acompanhados de série de alterações físicas importantes como fadiga, menopausa induzida, ganho ou perda de peso e perda de cabelos⁽¹²⁾.

Para muitas mulheres o impacto maior em seu ajustamento sexual depende muito mais pelo fato da realidade de ter um câncer do que a perda da mama em si. Fatores, como a importância dada à sua aparência, a diminuição da função ovariana devido à quimioterapia, ao impacto do diagnóstico inicial, a idade ao diagnóstico, ao medo do abandono e ao seu papel na família devem ser pesquisados para orientações sobre fatores que possam exercer influência direta na diminuição do desejo sexual. Muitas vezes há necessidade de orientação ou de assistência ao casal de um terapeuta sexual no início, durante, e mesmo após o tratamento⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Em relação à perda da capacidade reprodutora, deve-se considerar que a mulher não está somente integrada na esfera biológica, mas que também vive situada dentro de um mundo e de um meio social, e disto tem consciência. A cada instante de sua vida, constrói e limita sua personalidade. Não quer desaparecer socialmente. Algumas mulheres podem vir a apresentar este sentimento com maior ou menor expressão; sentir-se sem capacidade reprodutiva, isto é ser alguém que não conta, que não pode reproduzir mais, equivale, para muitas, à perda da existência pessoal e social^(10,13).

É o momento que se deverá estabelecer uma integração dos conteúdos psíquicos que formam as diferentes imagens da personalidade. Esse processo de integração inclui numerosos aspectos, visto que se desenrola ao nível da própria esfera íntima. Não é pelo contato com outrem, e sim algo íntimo, psíquico que o homem se esforça por conservar-se e expandir-se. Consiste, essencialmente, na aceitação íntima de si. Assim, é essencial que aceite positivamente o conjunto dos laços, das potencialidades, das lacunas e das impossibilidades que se descobrem e sentem no seu íntimo^(10,11,14).

Quanto ao diagnóstico do câncer pode ocorrer a manifestação do sentimento de inferioridade que é frequentemente muito forte. A mulher sente-se, muitas vezes, insegura de si mesma e do lugar que ocupa no pensamento das pessoas que a cercam, sente sua posição ameaçada, não só nas relações com o marido como na direção da casa e na sociedade. A desordem manifesta-se, principalmente, pelo fato de não estar satisfeita consigo mesma, com visão inadequada de sua própria pessoa⁽¹⁰⁻¹³⁾.

A integralização

Nas experiências felizes é que ela poderá encontrar o ponto de partida efetivo e a coragem para um

reerguimento. O resultado mais característico não consiste, necessariamente, numa solução do problema, mas numa libertação de tensões e numa modificação na maneira de se sentir e se ver.

Somente a “reconstrução” do Ego consciente a tornará capaz de resolver positivamente seus conflitos emocionais. Este processo desenvolver-se-á principalmente graças a experiências emocionais novas e favoráveis que ela realizará nas situações ordinárias de vida. Nestas circunstâncias concretas, desenvolverá outras atitudes e graças a isto adquirirá igualmente uma nova experiência de si mesma⁽¹⁵⁾.

A sexualidade também pode sofrer influência direta pela cirurgia a que se submete com mudança de sua imagem corporal e dos efeitos decorrentes de uma menopausa provocada pelo tratamento.

Em relação à imagem corporal, há estudos que descrevem correlação do funcionamento sexual com imagem; assim, nas cirurgias onde há conservação da mama ou mesmo sua reconstrução, há associação com funcionamento sexual positivo. Há descrição de perda do potencial de excitação e estímulo sexual pela remoção do seio. A imagem corporal da mulher submetida a tratamentos para o câncer de mama pode ser severamente afetada. Assim, há necessidade de que sejam propostas intervenções visando novas possibilidades de se lidar com o próprio corpo e nas relações com o parceiro⁽¹⁶⁾.

As oscilações hormonais decorrentes da alteração da função ovariana causadas pela quimioterapia podem levar às irregularidades menstruais e menopausa, a ondas de calor, variações do humor, distúrbios no sono, depressão, nervosismo. Essa cascata de sintomas pode influenciar negativamente a função sexual. Tratamentos não hormonais que aliviam as ondas de calor, a insônia e a depressão devem ser utilizados^(17,18).

Além disso, com a diminuição dos hormônios, o tecido que reveste a vagina perde espessura, elasticidade e lubrificação, predispondo a mulher inclusive a infecções no canal vaginal, uretra e bexiga. Mais seca, a vagina se torna sensível, fazendo com que a relação sexual seja dolorosa e isso pode levar à diminuição da libido. Nesses casos pode-se usar medicação local como hormônios que não apresentem absorção sistêmica, recuperando-se a saúde urogenital. Géis ou hidratantes vaginais também podem ser utilizados, evitando-se a dor nas relações sexuais^(17,19).

O parceiro tem papel fundamental no ajustamento do casal. Assim, ter e sentir um companheiro próximo, transmitindo confiança e afeto colaborará de modo primordial para o relacionamento sexual. Observa-se que as mulheres podem estar mais preocupadas com a doença, a perda da mama, dos cabelos e com sintomas provocados por alterações hormonais enquanto seus parceiros se preocupam com a perda do potencial

da parceira e o medo e ansiedade associados a essa perda^(20,21).

As mulheres que procuram informações sobre os efeitos colaterais do tratamento sobre a sexualidade e têm relacionamentos íntimos consistentes, conseguem se ajustar sexualmente de modo mais rápido do que aquelas que não recebem informações sobre o tema⁽²²⁾.

O profissional de saúde que acolhe esta mulher deve estar disponível e esforçar-se para ver e sentir o mundo da mesma forma com que ela o experimenta. Visto que o processo terapêutico emana de forças construtivas do crescimento da própria personalidade e que este processo deve, antes de tudo, permitir chegar à nova visão de si própria, a função do profissional de saúde consistirá em primeiro lugar, na criação de atmosfera na qual a cliente possa ser realmente ela própria e onde se descarregará o impulso à sua realização. Esse resultado é atingível graças à “aceitação” pelo terapeuta, da personalidade da mulher tal como é e de seu problema. A cliente chega a uma aceitação mais completa de si mesma, e às vezes chega a reconhecer que esta “aceitação” tenha como resultado a procura de objetivos de vida e de novos fins^(23,24).

A personalidade total do profissional de saúde com sua concepção de vida e seu modo de ver, exerce mesmo sem que ele saiba, uma influência espontânea. É essencial que este profissional tenha conhecimento compreensivo e um profundo respeito pela concepção da vida de sua cliente. No curso do processo terapêutico normalmente desenvolve-se uma relação afetiva positiva entre a cliente e o terapeuta. O profissional deverá esforçar-se na medida do possível por sentir e acolher a paciente e compreendê-la, refletindo as atitudes de espírito da mulher tornando essas atitudes mais claras, por meio da própria reflexão. O poder terapêutico emana, afinal, das próprias tendências construtivas da personalidade da cliente⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Em conclusão, a mulher quando informada ser portadora de um câncer de mama apresenta necessidades e cuidados especiais. Assim, além do amparo e acolhimento emocionais, deve ser inquirida sobre suas dúvidas e temores a respeito de sua sexualidade. Os profissionais de saúde devem ter conhecimento desta condição com sensibilidade apropriada para suas preocupações, procurando esclarecê-la em suas apreensões e dúvidas. É importante ajudá-la a manter seu controle e autoestima com suporte apropriado das alterações emocionais e físicas que acompanham o diagnóstico do câncer.

O acompanhamento por equipe multiprofissional dará a ela mais segurança, esclarecimento e tranquilidade. A vida pode ser bem diferente após o trabalho psíquico de uma crise emocional e diferente não significa pior. Muitas mulheres emergem desta condição, mais fortes do que eram antes, com novo sentido de

vida e novos objetivos. Independentemente do tipo de tratamento que seguirão, um sólido e saudável relacionamento com o profissional ou profissionais de saúde as ajudará a restaurar sua saúde física e mental.

Mensagem final

- O Câncer de mama é o mais comum entre as mulheres;
- O aumento da sobrevida é fato real e a abordagem sexual faz parte da atenção básica à saúde;
- O Profissional da Saúde deve avaliar a mulher para todas as questões sexuais e fatores associados, físicos ou psicológicos, antes, durante e após o início do tratamento.
- Os principais preditores da satisfação sexual são a saúde física e mental, bem como a qualidade do relacionamento com o parceiro, por isso o foco da terapia deve ser sobre ações para aperfeiçoar a saúde, o bem-estar e a relação com o parceiro.
- Distúrbios da função sexual que poderão surgir após diagnóstico do câncer podem estar relacionados com: tipo de cirurgia; radioterapia; quimioterapia; sintomas decorrentes da carência hormonal; mudança da imagem corporal.
- Questões envolvidas que devem ser discutidas: materialização das mudanças, efeitos intrapsíquicos; questões socioculturais e relacionamento com parceiro;
- Efeitos intrapsíquicos: remoção ou mudança dos seios; perda do cabelo; imagem corporal negativa; alterações da autoimagem sexual; rejeição ao contato físico; medo de contaminação ou de machucar-se; sentimentos de culpa; sentimento de perda da atratividade e feminilidade; luto antecipado, medo da recorrência da doença, depressão/ansiedade.
- Contexto do relacionamento com o parceiro: validade da qualidade do relacionamento; vida sexual antes do câncer de mama; capacidade de lidar com as mudanças; preservação da intimidade.
- **Recomendações para a mulher com diagnóstico de câncer de mama:**
 - Procurar obter informações detalhadas do impacto dos tratamentos oncológicos na função sexual;
 - Entender que inicialmente o impacto do diagnóstico poderá ter influência direta na libido e que isso é evento de ocorrência normal;
 - Informação concreta das medidas viáveis para melhorar a lubrificação, o conforto na intimidade e uso de medicamentos que ajudam a melhorar sintomas que influenciam na sexualidade;
 - Estar ciente de que muitas vezes haverá

dificuldade em abordar o assunto, mas que na maioria das vezes se sentirá cuidada pelo médico disposto a escutá-la;

- A resistência em abordar a sexualidade pode levar a percepção de que sexo é muito complicado e potencialmente ofensivo de ser colocado;
- Procurar apoio médico e orientação sexual especial sempre que sentir necessidade;
- Avaliação e tratamento de outros sintomas que poderão advir, como depressão, insônia e alterações urogenitais;
- Discutir com o médico a possibilidade de rever e modificar medicação que seja potencialmente causadora de disfunção
- Mudança do estilo de vida
- O parceiro deve estar envolvido no tratamento, convidá-lo a participar do aconselhamento e terapia de casais se necessário; a discussão aberta sobre o tema dará mais confiança ao casal;
- Inquirir se há possibilidade de cirurgia plástica (reconstrução imediata ou no futuro)
- Procurar serviços onde haja apoio de equipe multidisciplinar: médicos (ginecologista, mastologista, psiquiatra), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros.
- Estar consciente que a disfunção sexual tem etiologia multifatorial
- Ter consciência que mulheres que procuram informações sobre os efeitos colaterais do tratamento sobre a sexualidade e têm relacionamentos íntimos consistentes, conseguem se ajustar sexualmente mais rapidamente do que aquelas que não recebem informações sobre o tema.

Referências Bibliográficas

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1785/2006. [online] Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1785_2006.htm [20 jan 2013].
2. World Health Organization. Constitution of World Health Organization 1946. [on line]. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. This text replaces that on pages 1-18 of the Forty-fifth edition of Basic documents, following the coming into force of amendments adopted by the Fifty-first World Health Assembly. Available from: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.PDF [20 Jan 2013].
3. Foucault M. História da sexualidade 2: o uso dos prazeres. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 223p. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, v. n. 15).
4. Foucault M. História da sexualidade 1 : a vontade de saber.14ª.

- ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001. 153p. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, v. n. 15).
5. Vitiello N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. *Rev Bras Med.* [periódico on line] 1998; 55 (ed. esp.) 5-9.
 6. Abdo CHN. Desempenho difícil, satisfação impossível. In: Abdo CHN. *Descobrimto do Brasil: para curiosos e estudiosos.* São Paulo: Summus; 2004. p.89-100.
 7. Valadares AL, Pinto Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause.* 2008;15:264-9.
 8. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am.* 2007; 42:531-54.
 9. Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer J.* 2009;15:19-26.
 10. Viorst J. *Perdas necessárias.* São Paulo: Melhoramentos; 2003. 335p.
 11. Hill EK, Sandbo S, Abramssohn E, Makelarski J, Wroblewski K, Wenrich E, et al. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. *Cancer.* 2011; 117: 2643-51.
 12. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med.* 2010; 7:349-73.
 13. 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; 11:440-7.
 14. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am.* 2007; 42:531-54.
 15. Melisko ME, Goldman M, Rugo HS. Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *J Cancer Surviv.* 2010; 4:247-55.
 16. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat.* 2002; 75:241-8.
 17. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008; 14:176-81.
 18. Felix LMC, Lima SMRR, Aoki T. Tratamento das ondas de calor em mulheres com câncer de mama. *Femina.* 2010; 38:233-7.
 19. Lima SMRR, Yamada SS, Reis BF, Postigo S, Silva MALG, Aoki T. Effective treatment of vaginal atrophy with isoflavone vaginal gel. *Maturitas.* 2013; 74:252-8.
 20. Beckjord E, Campas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2007; 25:19-36.
 21. Cesnik VM, Santos MA. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46:1001-8.
 22. Huguet PR, Morais , O S Ssis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31:61-7.
 23. Huffman K, Vernoy M, Vernoy J. *Psicologia.* São Paulo: Atlas; 2003. 814p.
 24. Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer J.* 2009; 15:19-26.
 25. Kahhale EMSP. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de atuação compromissada. In: Bock AMB, organizador. *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2003. p.161-91.
 26. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendation on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2004; 1:24-34.
 27. Lima SMRR, Tedesco JJA. Aspectos emocionais da falência ovariana prematura. *Femina.* 2008; 36:165-9.
 28. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecologic cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs.* 2009; 14:137-46.

Trabalho recebido: 30/04/2013

Trabalho aprovado: 27/06/2014