



**JORNADAS
DE MEDICINA
IPO PORTO**

Oncossexologia: saúde sexual da pessoa com doença oncológica

Ana Dias Amaral, Alexandra Elias de Sousa, Raquel Moreira

Serviço de Psiquiatria – IPO Porto

Introdução

- O cancro é um problema de saúde pública: 1 em cada 5 pessoas desenvolve cancro ao longo da vida
 - Na perspectiva da sexualidade, os parceiros partilham os danos, pelo que o dobro da população está directamente envolvida na questão
 - Melhores tratamentos → maiores taxas de sobrevida (doenças crónicas) → maior necessidade de reabilitação
- Todos os tipos de cancro podem afectar a sexualidade, de formas e em percentagens diferentes (35-50% → 100%)
- Comparado com outras áreas de adaptação à doença, a sexualidade pode ser mais difícil de recuperar pela relutância em abordar o tema

Introdução

- Face à população geral, doentes sobreviventes de cancro têm **duas vezes mais risco** de percepcionar a sua qualidade de vida como reduzida:
 - Depressão
 - Ansiedade
 - Perturbação do sono
 - Fadiga
 - Perturbação cognitiva
 - **Disfunção sexual**

Disfunção sexual como uma das mais impactantes sequelas da doença/tratamento oncológico.

Uma necessidade?



Maslow's hierarchy of needs

Benefícios da expressão sexual

- Redução da tensão muscular;
- Redução dos níveis de ansiedade;
- Melhoria do padrão de sono;
- Redução da dor por libertação de endorfinas;
- Melhoria da intimidade e afecto pelos outros através da libertação de oxitocina.

Porque não se fala de sexualidade?

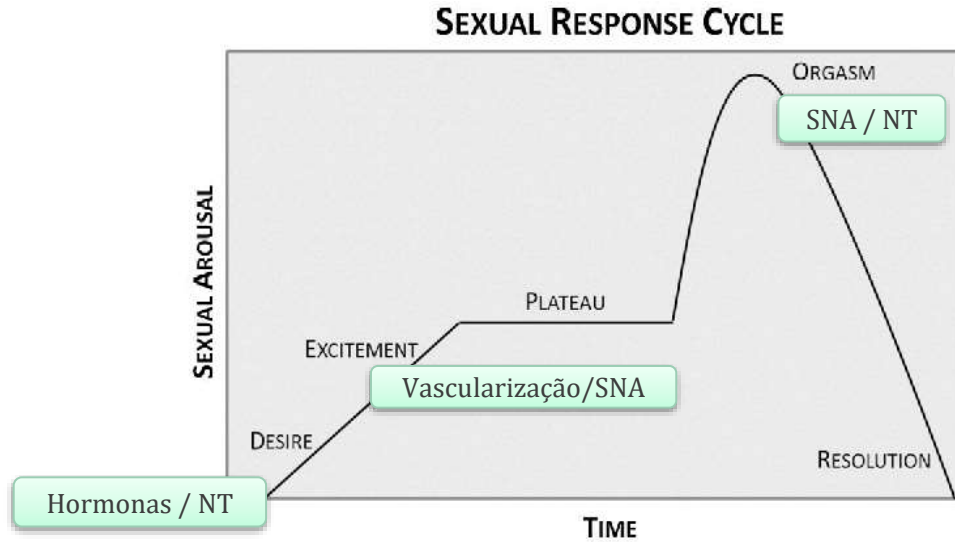
Doentes	Profissionais
Vergonha	Falta de conhecimento
“o sexo é insignificante perante a ameaça à vida”	Medo de ofender o doente
Não querer incomodar o médico	Não saber como reagir ou como ajudar
Dificuldade em falar com o próprio parceiro	Esperar que seja o doente a levantar o problema

Conversas de bolinha vermelha ◦

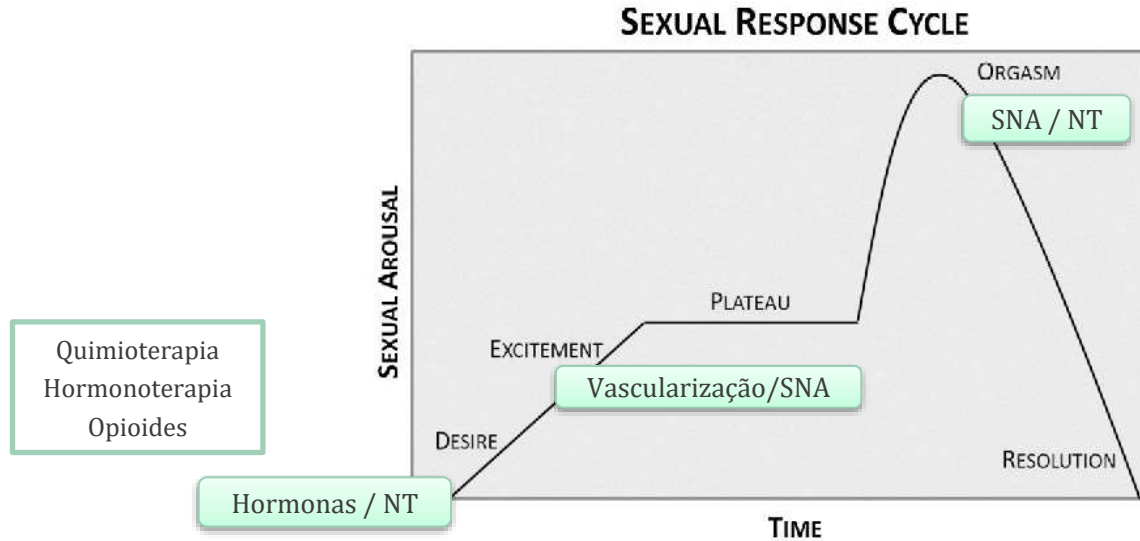
Impacto do cancro



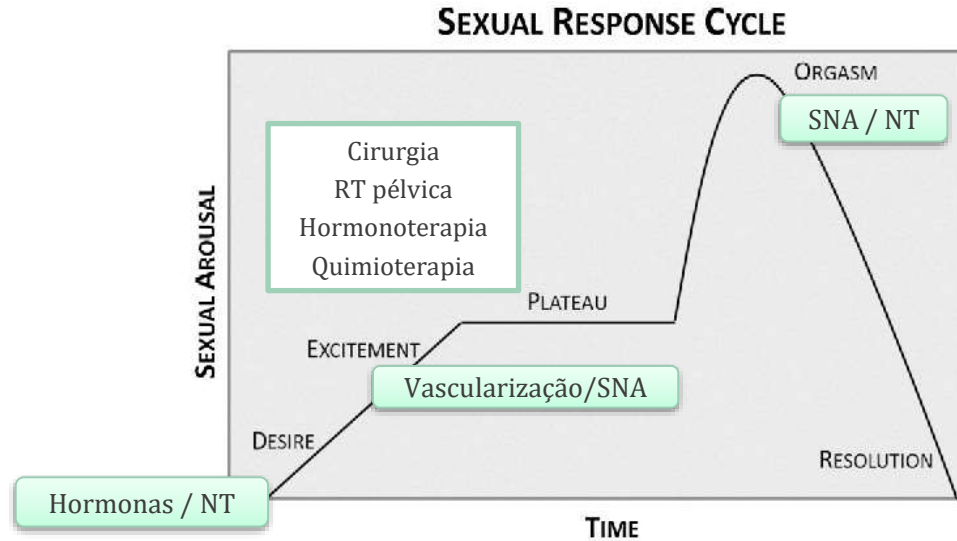
Impacto na função sexual



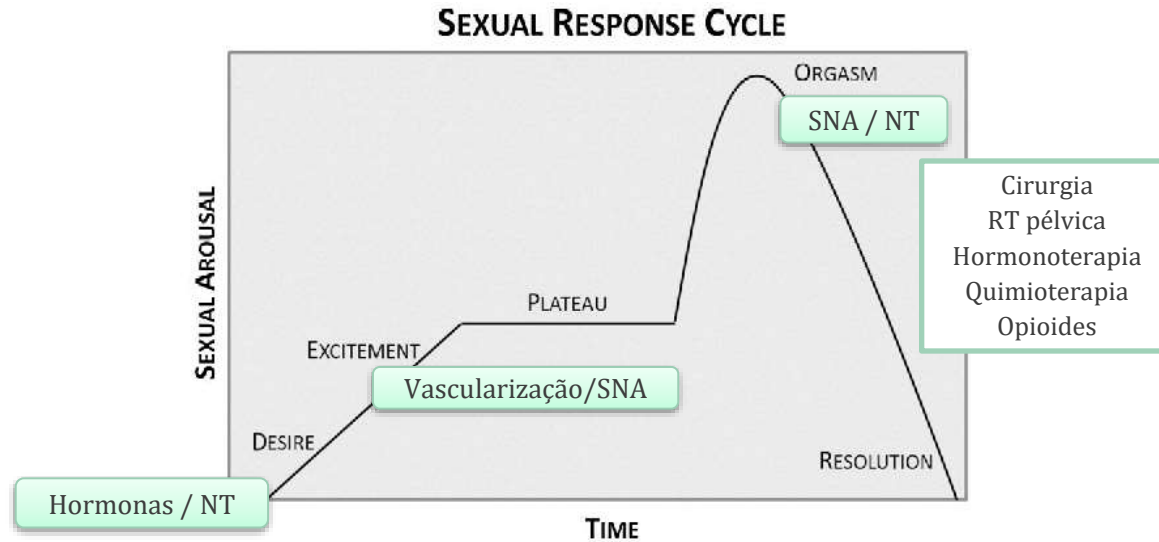
Impacto na função sexual



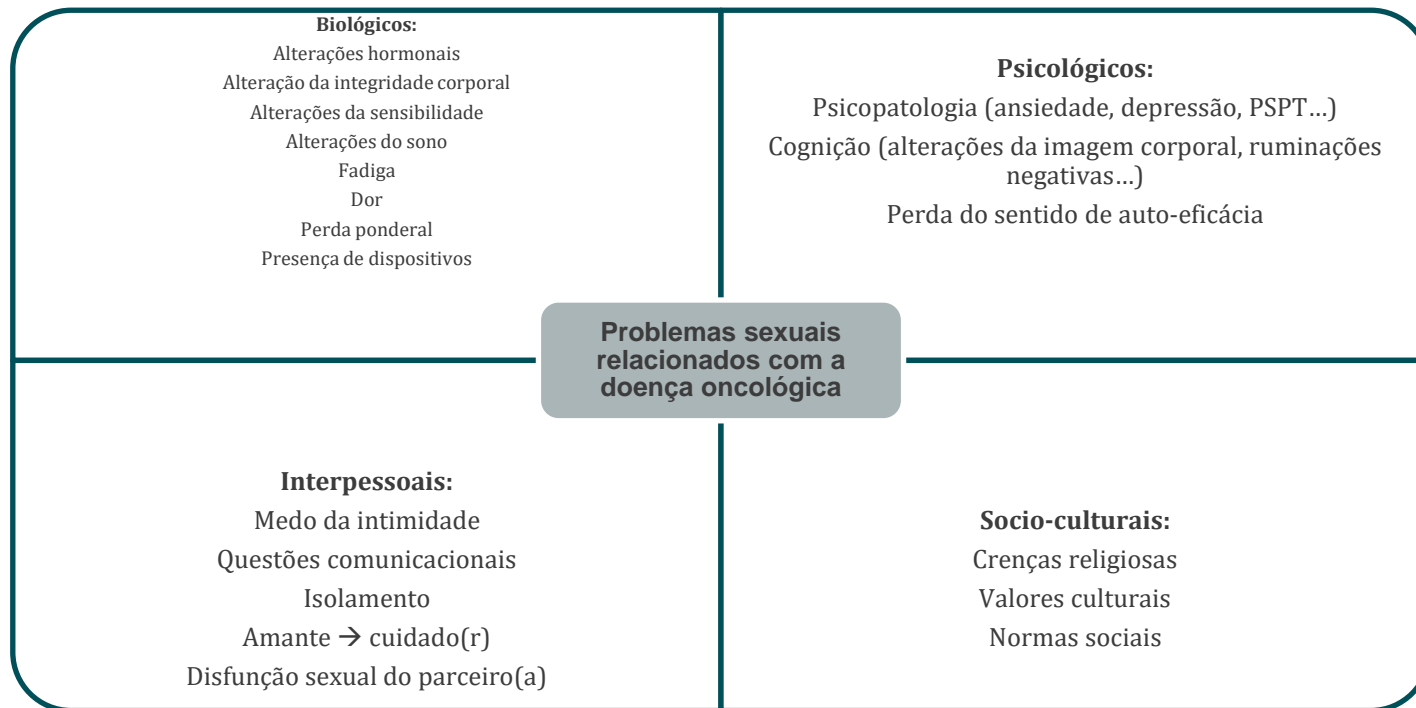
Impacto na função sexual



Impacto na função sexual



Que problemas sexuais?



Impacto conjugal

- 80% dos casais reporta diminuição da actividade sexual;
- 44% dos doentes oncológicos apresenta deterioração da sua relação conjugal;
- O sexo feminino é o maior preditor de divórcio no pós-cancro;
- O cancro do cólo do útero parece ser o que tem o maior risco de divórcio após o diagnóstico / tratamento;
- 84% não recebeu nenhum aconselhamento por parte da equipa terapêutica sobre alterações provocadas pela doença e tratamentos na sexualidade e relacionamento.



Vinheta clínica

- Mulher de 40 anos, casada, um filho. Professora.
- 2014: diagnóstico de carcinoma ductal invasor RH+ / Her-2 - → MP+BGS+QT+RT+HT com tamoxifeno
- 2019: metástase hepática única → hepatectomia lateral esquerda + HT com letrozol
- 2023: identificada dispareunia com vaginismo secundário → hipodesejo e anorgasmia secundárias
 - Queixas com 7 anos de evolução e nunca antes reportadas
 - Evitamento do toque do marido, evitamento de qualquer intimidade por antecipação da dor
 - A dormir em quartos separados
 - Previamente, sexualidade satisfatória, sem queixas em qualquer um dos domínios
 - Diz que “quero recuperar o meu casamento” (sic)



Vinheta clínica

- Homem de 76 anos, viúvo, dois filhos. Vive com companheira desde há 6 meses. Reformado.
- 2005: diagnóstico de adc da próstata Gleason 7 (3+4) → PR laparoscópica (privado)
- 2017: recidiva ganglionar (gg ilíaco interno direito) → RT pélvica (1.º 45 Gy à pélvis em 25 fr; 2.º boost ao leito prostático 27 Gy em 11 fr)
- 2021: recidiva ganglionar obturadora direita na área previamente irradiada → vigilância
- 2023: captação aumentada no gg previamente identificado → aLHRH (goserrelina) + RT estereotáxica 3x9 Gy

[ex-fumador, HTA, dislipidemia, dilatação aneurismática da porção inicial da aorta]

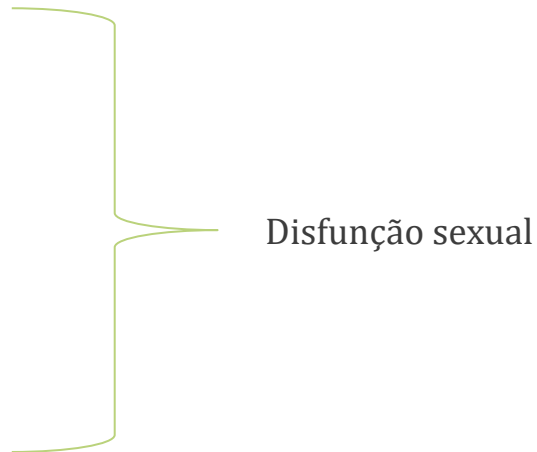
- Percepção de perda de rigidez peniana após início de goserrelina – tem erecção residual, mas sem rigidez suficiente para a penetração. Desejo mantido. Têm apostado em sexo não-penetrativo, mas questiona se poderá haver alguma forma de melhorar a sua erecção.

Avaliação

- Vida sexual prévia ao tratamento
- Quando surgiram as queixas
- Em que domínio surgiram?
 - Desejo
 - Excitação (erecção, lubrificação)
 - Orgasmo
 - Dor
- Qual o grau de distress provocado pelos queixas?
 - No próprio
 - No casal
- Que tratamentos já foram tentados?

Avaliação

- Perda de interesse
- Redução da energia
- Diminuição da auto-estima
- Incapacidade para experienciar prazer



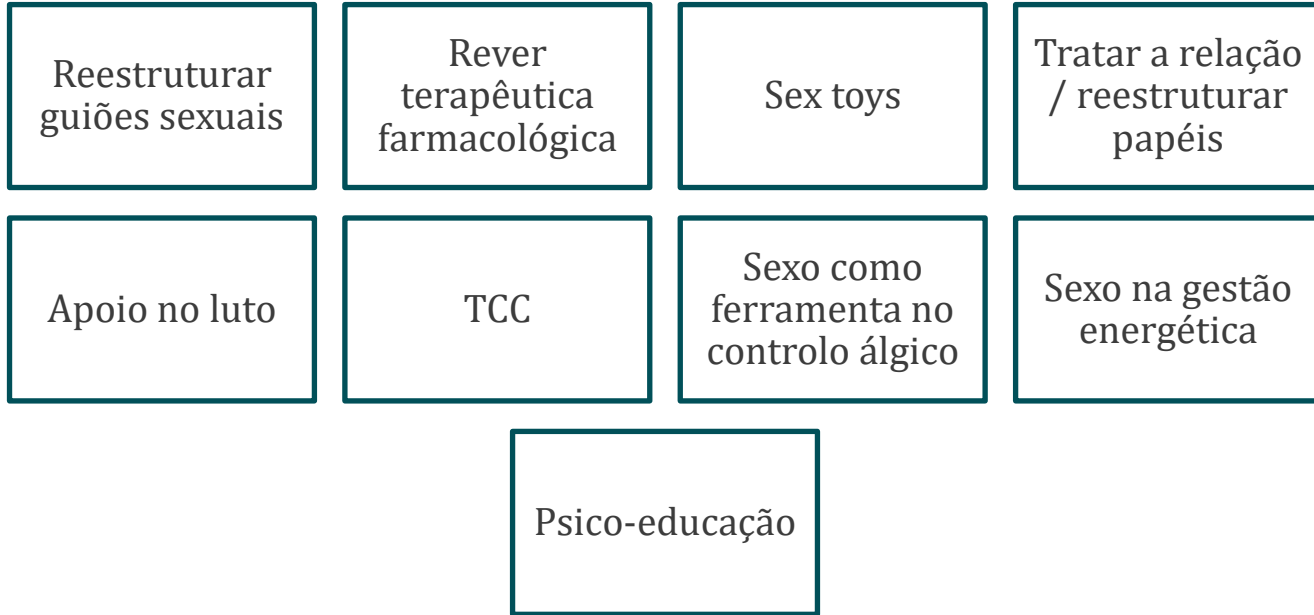
- Cerca de 70% dos indivíduos com depressão têm disfunção
- Relação bidirecional
 - Risco de disfunção sexual quando diagnosticada depressão: OR 1,71 (IC 95% 1,05-2,78)
 - Risco de depressão quando diagnosticada disfunção sexual: OR 3,12 (IC 95% 1,66-5,85)

Princípios de reabilitação em Sexologia

- Abordagem centrada na pessoa e não na doença
- Antecipar dificuldades
- Facilitar a intimidade
- Fornecer informação de forma progressiva e repetida
- Clarificar o nível de intervenção de cada profissional
- Abordagem positiva e proactiva

Maximizar as funções e capacidades eróticas do paciente/casal independentemente da existência ou desenvolvimento de limitações.

Planos de intervenção

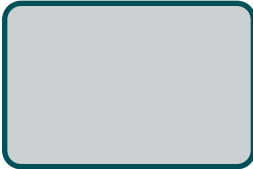


Intervenção psicoterapêutica



Psico-educação + Reestruturação cognitiva

- Informações específicas sobre o ciclo de resposta sexual
- Identificação e desafio de crenças disfuncionais
- Substituição por crenças mais adaptativas



Dessensibilização sistemática

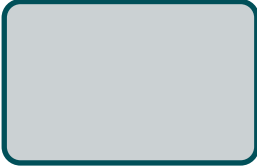
- Aproximação gradual e estruturada a estímulos sexuais
- Útil nas situações de dor



Focos sensoriais

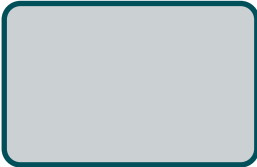
- Foco inicial em zonas eróticas não genitais
- Comunicação e conhecimento sexual mútuo
- Aproximação gradual à zona genital

Intervenção psicoterapêutica



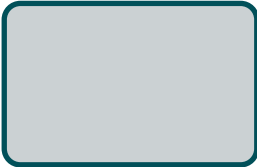
Treino de aptidões sexuais

- Flexibilização de guões sexuais rígidos
- Exploração de novos guões sexuais



Treino de aptidões de comunicação

- Comunicação aberta acerca da sexualidade
- Preferências
- Conhecimento do outro



Controlo de estímulo

- Criação de ambiente erótico, com privacidade, que favoreça a actividade sexual



Vinheta clínica

- Dispareunia (vaginismo secundário) → hipodesejo e anorgasmia secundárias
- Observação por Ginecologia – prescrição de hidratante vaginal + lubrificante;
- Psico-educação;
- Voltarem a dormir na mesma cama;
- Focos sensoriais → “Proibição” de tentativa de penetração!
- Dessensibilização sistemática → toque no introito, penetração com um dedo, dois dedos, liberalizar

4 consultas separadas por 3 semanas → 2,5 meses



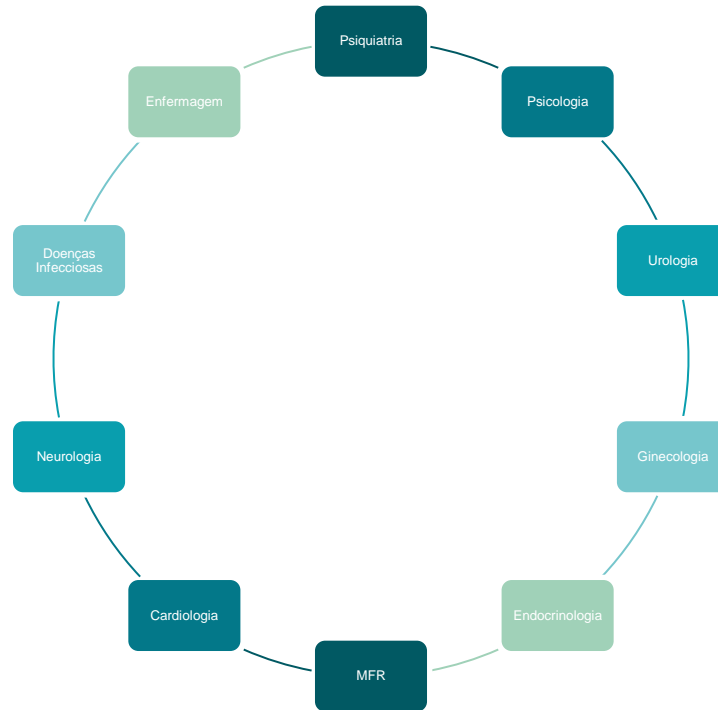
Vinheta clínica

- Tadalafil 5mg diário → reavaliação em 4 semanas
- Melhoria da função erétil, percepção de resposta positiva, com rigidez parcial, mas ainda insuficiente para penetração
- Associação de sildenafil 100mg *on demand*

Mas...

Em simultâneo, avaliar companheira e adoptar uma estratégia de dessensibilização sistemática

Abordagem multidisciplinar



Conclusões

- Focar no que tem e não no que perdeu
- Perceber quais os domínios mais afectados
- Trabalhar com o casal ou com o próprio a potenciação das funções restantes e a alteração de repertórios sexuais
- *Good-enough sex*

Nenhuma abordagem é holística ou multidisciplinar se a sexualidade não for um dos tópicos do tratamento.

Oncossexologia: saúde sexual da pessoa com doença oncológica

Ana Dias Amaral, Alexandra Elias de Sousa, Raquel Moreira

Serviço de Psiquiatria – IPO Porto

Muito obrigada pela atenção!
ana.dias.amaral@ipoporto.min-saude.pt



**JORNADAS
DE MEDICINA
IPO PORTO**