

comportamento

ASPECTOS FÍSICOS E EMOCIONAIS PODEM COMPROMETER A VIDA SEXUAL DEPOIS DO CÂNCER, MAS NEM TODA SEQUELA É IRREVERSÍVEL

De volta ao prazer

A dor e uma série de medos e perdas causados pelo câncer e seu tratamento impedem que boa parte dos pacientes viva os prazeres do dia a dia. Algumas questões passam a ter mais importância, outras até perdem o valor. Como exemplo, uma pergunta é lançada: “Em meio a essa tempestade, alguém ainda pode pensar em sexo?”. A resposta vem de uma mulher de 34 anos que se apresenta como Mariana. “Eu tinha 31 anos quando iniciei a luta para derrotar o câncer de mama. Conversava bastante com meu marido. Ele temia ter relações, mas eu queria. Não desejava mudar

tanto assim a nossa rotina. Além disso, era uma forma de conhecer o meu ‘novo corpo’, aquele que me acompanharia por, pelo menos, um ano. Fomos fazendo novas descobertas e testando os nossos limites”, conta.

De acordo com a presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc), Andréia Melo, “não há nenhuma razão médica para deixar de ter relações sexuais durante o tratamento de um câncer”. Mas, segundo ela, enquanto para alguns pacientes é natural continuar com sua vida sexual habitual, para outros o tratamento interfere na



PALAVRA DE HOMEM

O propagandista capixaba Fernando César Maia Toledo, autor do blog “Eu tive câncer de próstata” (<http://eutivecancerdeprosta-ta.blogspot.com.br>), resolveu enfrentar as consequências da doença de forma corajosa. Ele fez questão de escrever um depoimento para a REDE CÂNCER contando como foi sua experiência.

“Meu câncer de próstata foi muito precoce e aconteceu quanto eu tinha 46 anos.

Foram decisões difíceis que tive de tomar, não só pelo que fazer, mas o que iria acontecer depois! E isso incluía a minha vida sexual. Conheço diversos casos de homens que tomaram a decisão pelo lado contrário, ou seja, pensaram primeiro na sexualidade e depois em se livrar da doença. Isso, infelizmente, leva a situações trágicas.

Hoje, três anos após minha cirurgia, que foi um sucesso no quesito cura, ainda sofro com a parte sexual. Mas ressalto que não me arrependo, pois estou vivo e sem o câncer.

Faço controle de meu PSA [antígeno prostático específico] de três em três meses, e há três anos ele dá zero. Nesse período, venho trabalhando pacientemente minha recuperação sexual de forma sistemática, com muita paciência e autocontrole.

Meu casamento de 28 anos foi fundamental para estar bem psicologicamente. Tenho uma esposa guerreira, compreensiva e que está sendo imprescindível em minha recuperação.

Por algum tempo, fiz tratamento diário com sildenafil, adaptei o sexo para minha condição atual (você acaba conhecendo novas formas de fazer sexo) e, após esses três anos, em comum acordo com meu urologista, comecei a repor testosterona, pois a minha está muito baixa.

Em meu blog, onde tenho um relato bem preciso de minha experiência, falo uma frase que para a grande maioria dos homens é impensável: “Antes brocha temporariamente que morto definitivamente”.

forma como eles se sentem emocional ou fisicamente. “O paciente fica cansado, ansioso, deprimido... Alguns efeitos colaterais do tratamento podem causar desconforto, dor e sangramento durante a relação sexual, como a inflamação das mucosas”, exemplifica.

CARÊNCIA DE INFORMAÇÃO

A atitude de Mariana, que encarou com tranquilidade as alterações corporais e o tratamento do câncer de mama, no entanto, é mais uma exceção do que a regra. De acordo com a fisioterapeuta Fátima Bussinger, do Serviço de Integração Humana do INCA, a retomada da vida sexual durante e depois do câncer costuma ser mais complicada. Fátima foi responsável por implantar na instituição a fisioterapia aplicada à disfunção do assoalho pélvico. Uma das principais funções dessa especialidade é ajudar pacientes de câncer

“Eu tinha 31 anos quando iniciei a luta para derrotar o câncer de mama. Conversava bastante com meu marido. Ele temia ter relações, mas eu queria. Não desejava mudar tanto assim a nossa rotina. Além disso, era uma forma de conhecer o meu ‘novo corpo’, aquele que me acompanharia por, pelo menos, um ano. Fomos fazendo novas descobertas e testando os nossos limites”

MARIANA, ex-paciente de câncer de mama

ginecológico a resgatarem o direito de exercer sua sexualidade.

Ao longo de quase 20 anos de experiência, Fátima acompanhou histórias de mulheres que tentavam se recuperar e de outras que abriam mão de sua sexualidade. “Apesar de muitos avanços, nosso País ainda é carente de informação. Já escutei casos de parceiros se negarem a ter relações sexuais com medo de serem contagiados com o câncer”, revela.

Outra barreira para restabelecer a intimidade está no medo de machucar a parceira. Também há quem acredite que a doença poderá voltar com a prática sexual. De acordo com Fátima, algumas mulheres, por causa de crenças religiosas, não consideram adequados os métodos empregados para retomar o prazer, que utilizam estimuladores mecânicos. “Muitas pacientes se negam a fazer o tratamento e preferem anular sua vida sexual. Há também aquelas que se preocupam somente com o prazer do homem. Outras entram em uma espécie de autopunição, achando que se não tivessem

“Muitas pacientes se negam a fazer o tratamento e preferem anular sua vida sexual. Há também aquelas que se preocupam somente com o prazer do homem. Outras entram em uma espécie de autopunição, achando que se não tivessem tido tantos parceiros durante a vida, não estariam naquela situação”

FÁTIMA BUSSINGER, fisioterapeuta do INCA



tido tantos parceiros durante a vida, não estariam naquela situação”, relata.

A fisioterapeuta acrescenta que hoje o tratamento do câncer ginecológico (que inclui tumores malignos do colo do útero, ovário, endométrio, vagina e vulva) está bem mais avançado. “Existe um esforço para que a cirurgia nessa região seja menos mutiladora. Mesmo assim, sequelas acontecem. O ideal é que o tratamento seja planejado, antes de o procedimento cirúrgico acontecer”, recomenda.

Mesmo sem ter tido câncer, a jornalista Maria Júlia* experimentou as consequências da

doença sobre sua vida sexual. Quando conheceu seu ex-companheiro, ele lhe disse que tinha “um probleminha de saúde”. Ela insistiu para saber o que era e ele falou que se tratava de uma fissura no ânus e por isso tinha vergonha de falar. Depois de quatro meses morando juntos, Maria Júlia começou a reparar que o companheiro estava nervoso, inquieto e que as relações sexuais entre o casal eram raras.

“Ele escondeu ao máximo do que se tratava, até eu notar algumas mudanças físicas. O emagrecimento, a queda de cabelo. Ele inventava

EXERCÍCIO PARA ELAS, DELICADEZA PARA ELES

Entre as sequelas mais comuns nas mulheres com câncer ginecológico estão a incontinência urinária e fecal, o vaginismo (contração dolorosa da vagina) e a dispareunia (dor na relação). “Muitas pacientes passam a sentir vergonha, porque perdem um pouco o controle e podem urinar durante a relação sexual, por exemplo”, diz Fátima Bussinger. A radioterapia, segundo a fisioterapeuta, também pode afetar a vida sexual. “Ocorre uma morte celular que provoca fibrose (espessamento e endurecimento do tecido) e causa estreitamento vaginal. Além disso, se a radioterapia for local, a mulher entra em menopausa induzida. Não produzindo mais hormônios nos ovários, ela sofre consequências, como secura vaginal”, explica.

A fisioterapia aplicada à disfunção do assoalho pélvico tem o objetivo de restabelecer a função dos músculos dessa região, conhecidos como MAP. Antes de iniciá-la, as pacientes passam por avaliação, em que são conferidos a força, a resistência e o tônus do assoalho pélvico. Várias técnicas são usadas pelos fisioterapeutas. Uma das mais empregadas são os exercícios de Kegel (ginecologista californiano que, em 1948, foi o primeiro a compreender a função no mecanismo da continência e prescrever exercícios diários de contrações voluntárias desses músculos para as mulheres incontinentes). Outros recursos também são importantes na reabilitação, como uso da estimulação elétrica de baixa voltagem, toque vaginal ou retal, palpação da região do períneo e uso do aparelho de biofeedback. O universo masculino também é delicado quando o assunto é sexo e câncer. O diretor da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) – Seccional RJ, Juan Renteira, esclarece que o principal efeito colateral da cirurgia e da radioterapia no tratamento do câncer de próstata é na potência sexual. Em ambas as terapias pode haver lesão dos nervos responsáveis pela ereção. Há também a possibilidade de diminuição ou perda do desejo sexual, provocadas por medicação hormonal.

“O câncer de próstata geralmente não tem relação causal com a disfunção erétil. É mais o tratamento que está relacionado com a impotência. Quando o paciente é submetido a uma prostatectomia radical [retirada de toda a próstata e das vesículas seminais], existe uma chance considerável de ele ficar impotente”, informa Renteira. A disfunção erétil pode ser parcial ou total. “Também pode melhorar com o tempo, mas frequentemente será permanente”, completa o especialista.

O tratamento da disfunção erétil após a prostatectomia radical inicia com comprimidos, mas é comum eles não serem eficazes nessa situação. Outras medidas incluem bomba a vácuo, injeção intracavernosa (no pênis) e prótese peniana.



Resgate da sexualidade:
Fátima Bussinger aplica a fisioterapia em pacientes de câncer ginecológico

“É preciso paciência de ambos os lados. Uma das principais atitudes é não deixar o assunto se tornar um tabu entre o casal. A verdade é uma aliada nesses casos”

LUCIANA HOLTZ, presidente do Instituto Oncoguia

viagens, sumia. Raspou a cabeça e disse que era por causa do calor. Depois de eu descobrir várias mentiras e de nós já estarmos muito afastados, ele confessou que estava se tratando de um câncer de próstata. Nem sei se posso falar que ele ficou impotente, por que ele sequer tentava algum contato físico. A convivência ficou insuportável. Ele se negava a tocar no assunto e quando eu insistia, ainda disparava que eu só pensava em sexo e não respeitava a dor dele. O problema maior foi ele achar que qualquer contato físico era sexo e que não poderia encostar-se a mim, por não ‘poder terminar o que começou’. Fiquei seis meses sem abraço, sem beijo. Um dia, tentei abraçá-lo e ele me empurrou com força. Foi o fim, não conseguia mais viver daquele jeito”, relata.

COMPROMETIMENTO DO CASAL

Especializada em Psico-Oncologia e presidente do Instituto Oncoguia, Luciana Holtz explica que a sexualidade é uma das primeiras áreas afetadas com o diagnóstico do câncer. “O impacto de um diagnóstico desses faz a pessoa ficar desligada de todos os prazeres, grandes ou pequenos, da vida. Ela não sabe o que vai acontecer, o medo da morte é maior que tudo”, opina.

Luciana esclarece que, no que se refere ao exercício da sexualidade, o comprometimento dos parceiros é fundamental durante as diferentes etapas do tratamento. “Todas as fases são delicadas. É preciso paciência de ambos os lados. Uma das principais atitudes é não deixar o assunto se tornar um tabu entre o casal. A verdade é uma aliada nesses casos. Se estiver com dor na hora do sexo,

fale. Se estiver sem vontade, revele”, aconselha. A especialista acrescenta que o tratamento psicológico pode ajudar muito, principalmente se o parceiro acompanhar o paciente na terapia. “O corte é muito grande e se torna necessário trabalhar a sexualidade de novo, aprender sobre seu corpo, reconquistar a confiança, mas tudo com paciência, sabendo respeitar os limites de cada um. Quem não está com câncer, mas convive com quem está, pode sofrer e estar com muito medo”, avalia.

AMOR A TODA PROVA

A psicóloga do Hospital do Câncer III (HC III), especializado no atendimento de pacientes com câncer de mama, Márcia Regina Costa explica que não existem diferenças quanto a mudanças no comportamento sexual em função do gênero do paciente, ou seja, quando o doente é homem ou mulher. O que muda é o sentido que cada pessoa dá à sua experiência depois do diagnóstico e do tratamento oncológico. “Culturalmente, sabemos que os homens exigem mais da sua performance na cama, enquanto as mulheres dão valor maior à relação afetiva com o parceiro.”

Ela acrescenta que na cultura brasileira ainda existe a visão de que a mulher seja aquela que “sirva ao homem”, sob o risco de perdê-lo. “No entanto, ouvindo parceiros de algumas pacientes, eles não trazem essa preocupação, o que evidencia uma dificuldade de comunicação entre o casal”, avalia. Márcia Regina ressalta que a vida sexual deve ser consequência de uma vida afetiva que inclua a cumplicidade entre os parceiros.

Confirmando o que a psicóloga fala, Mariana completa: “Meu marido conhecia a esposa como uma empresária, uma pessoa superativa, firme, vaidosa, com um cabelo enorme e sexualmente ativa. E, de repente, se viu com uma mulher cheia de cicatrizes, sem cabelo, sem cílios, sem sobrancelhas, com pouca energia e pouco vigor sexual. No início isso me aterrorizou. ‘Será que ele não vai me amar mais?’, ‘Ele é jovem, pode encontrar outra mulher facilmente!’ Coisas bobas que chegaram a pipocar na minha cabeça. Em nenhum momento o meu marido me olhou com um olhar menos apaixonado. Parecia até que o amor dele por mim ia aumentando. Ele olhava para mim com o coração. E isso só prova que somos nós que escolhemos como olhar para as situações e para as pessoas. O mundo e a vida são do jeito que nós escolhemos ver”, opina. ■

* Nome fictício