

ARTIGO ORIGINAL

Disfunção sexual nos doentes oncológicos: a importância de uma abordagem especializada



Mafalda Cruz^{a,*}, Joana Brandão^a, João Casalta^b, Cláudia Sousa^a, Kayla Pereira^a e Paula Alves^a

^a Serviço de Radioterapia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, Portugal

^b Serviço de Radioterapia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Recebido a 26 de setembro de 2018; aceite a 27 de maio de 2019

Disponível na Internet a 17 de outubro de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Sexualidade;
Cancro;
Oncossexologia;
Qualidade de vida

Resumo

Objetivos: Determinação do impacto oncológico a nível afetivo/sexual assim como do grau de satisfação dos doentes quanto à informação recebida. Pretende-se, adicionalmente, avaliar a importância da existência de uma abordagem especializada em sexologia durante o tratamento e seguimento oncológico.

Métodos: Estudo transversal que incluiu doentes oncológicos admitidos para consulta num serviço de radioterapia. Aplicação de um questionário e aferição de dados clínicos através do processo clínico.

Resultados: Amostra de 104 doentes, com uma média de 64,7 anos, em que a maioria (60,6%) refere ter disfunção sexual após o tratamento oncológico. Relativamente ao grau de informação, 62,5% encontram-se satisfeitos quanto à informação fornecida pelos profissionais de saúde. Cerca de 2/3 dos doentes (66,4%) recorreriam a uma consulta de oncossexologia caso fossem referenciados pelo médico assistente. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos analisados relativamente ao impacto oncológico na sexualidade nem quanto à necessidade de uma abordagem especializada em sexologia.

Discussão: A abordagem da sexualidade nos doentes oncológicos engloba tanto o esclarecimento dos doentes como o tratamento das disfunções sexuais inerentes aos tratamentos. A existência de consultas de oncossexologia é uma forma de abordagem especializada, é do interesse da maioria dos nossos doentes.

Conclusões: A sexualidade deve ser abordada com o doente oncológico desde o início da doença. Os cuidados especializados de oncossexologia são importantes ao constituírem uma via de redução do impacto oncológico na qualidade de vida.

© 2019 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: mcmafalda@gmail.com (M. Cruz).

KEYWORDS

Sexuality;
Cancer;
Oncosexology;
Quality of life

Sexual dysfunction among oncological patients: The importance of a specialized approach**Abstract**

Objectives: Determination of the emotional and sexual impact after oncologic disease and patient's satisfaction regarding information provided by healthcare professionals. We also aim to evaluate the importance of sexology care during cancer treatment and follow-up.

Methods: This is a cross-sectional study including patients admitted for radiation therapy. A questionnaire and an assessment of clinical data were assessed.

Results: The study sample was composed by 104 patients. 60.6% had a negative impact on their sexual life after treatment and 62.5% were satisfied about the information given by healthcare professionals. About two thirds of the patients would accept sexology care during cancer treatment and/or follow-up. After a sub-group analysis, there were no statistically significant differences between groups regarding the prevalence of sexual dysfunction or needs for sexual care.

Discussion: There is a well-known impact of cancer on sexuality since its diagnosis. Our patients feel themselves well informed about this by health professionals. Most of them would accept being referred to an oncosexology appointment.

Conclusions: Sexuality must be discussed with cancer patients since their diagnosis. Oncosexuality care is necessary and desired by most patients as a mean for reduction of the cancer impact in their life quality.

© 2019 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A abordagem terapêutica do doente oncológico compreende o recurso a tratamentos multimodais como a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e/ou terapêuticas alvo. Com a emergência destas opções terapêuticas, as taxas de sobrevivência dos doentes oncológicos têm sofrido aumentos significativos, originando um elevado número de longos-sobreviventes. O progresso atualmente atingido trouxe também o inevitável aumento de doentes que apresentam efeitos secundários da terapêutica oncológica realizada, com um conhecido impacto no seu bem-estar, qualidade de vida e saúde sexual. Com isto, os profissionais de saúde são cada vez mais confrontados com questões relacionadas com o impacto a curto e longo prazo da doença e dos tratamentos, seja ele físico, emocional ou sexual^{1,2}.

A saúde sexual é definida pela Organização Mundial de Saúde como um “estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relativamente à sexualidade, não significando apenas ausência de doença ou debilidade³.”

Os distúrbios sexuais são extremamente comuns nos doentes oncológicos, 35-50% dos doentes terão disfunção sexual como consequência do cancro ou do tratamento⁴⁻⁶. As taxas de prevalência dependem sobretudo do diagnóstico primário, da modalidade de tratamento e do tipo de dificuldade sexual⁷. No caso dos doentes com tumores da cavidade pélvica ou da mama, esta prevalência é bastante mais elevada, atingindo valores superiores a 50%^{8,9}. Um estudo recente enfatiza o impacto negativo do tratamento oncológico na saúde sexual ao mostrar-nos que 72,5% dos homens com menos de 75 anos e 61,2% das mulheres com

menos de 45 anos reportam um decréscimo de satisfação sexual após o tratamento oncológico¹⁰.

A disfunção sexual pode surgir em qualquer momento durante a doença, desde o diagnóstico até à fase de controlo clínico^{11,12}. Sabe-se hoje que a temática da sexualidade dos doentes oncológicos deve ser abordada numa fase precoce, preferencialmente no início dos tratamentos, por forma a que os doentes possam ser informados acerca dos efeitos secundários sexuais mais comuns do tratamento proposto. Os doentes poderão inclusivamente optar por tratamentos com menor impacto a nível sexual tais como técnicas cirúrgicas modificadas¹³, ajustes do tipo e dose de quimioterapia^{14,15}, seleção do *timing* e manutenção da hormonoterapia¹⁶ ou alteração de campos de tratamento da radioterapia. Surpreendentemente, a maioria das intervenções relativamente aos problemas sexuais surge após a finalização do tratamento, quando a oportunidade para cuidados preventivos já não é possível.

São vários os estudos que nos indicam que entre 30 a 70% dos doentes desejam obter mais informação e aconselhamento relativamente ao impacto da terapêutica na sua vida afetiva/sexual¹².

Perante estes números, coube aos profissionais de saúde o reconhecimento da importância de uma abordagem dos efeitos secundários físicos, emocionais e sexuais. Ainda que esta importância esteja devidamente reconhecida, são ainda poucos os clínicos que abordam a sexualidade na sua prática diária. Paralelamente, os doentes não se sentem confortáveis com a exposição das suas questões e frequentemente esperam que o clínico aborde a temática^{17,18}. Por outro lado, os profissionais de saúde sentem que não possuem conhecimentos suficientes para comunicar com o doente

sobre os distúrbios sexuais e preocupam-se com a reação deste perante questões íntimas¹⁹. Como profissionais de saúde, existe a tendência para a assunção de que o próprio doente abordará a questão caso tenha alguma dúvida ou preocupação sobre a sua sexualidade.

Dada a importância da sexualidade no universo da oncologia, e o reconhecimento de que nem todos os profissionais de saúde poderão estar habilitados ou confortáveis na sua abordagem, surgiu uma nova disciplina, a oncossexologia, que pretende fornecer aos doentes uma abordagem multidisciplinar e especializada relativamente às questões afetivas e sexuais. Tendo em conta o aumento do número de sobreviventes oncológicos nas instituições portuguesas, a oncossexologia surge como uma oportunidade para intervenção por forma a diminuir o impacto da doença oncológica na qualidade de vida dos doentes. Não existe, no entanto, estudo que caracterize os doentes portugueses quanto à verdadeira importância que atribuem à abordagem da sexualidade perante a doença oncológica.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que incluiu doentes admitidos para consulta num serviço de radioterapia (RT) de um hospital oncológico em dezembro de 2017. Foram incluídos doentes de diferentes grupos patológicos com tratamento oncológico em curso bem como doentes em controlo clínico. Excluíram-se doentes impossibilitados de responder ao questionário por mau *performance status* ou por não compreensão das questões, doentes que ainda não iniciaram qualquer tratamento oncológico e doentes plurimetastizados admitidos para tratamento paliativo.

Foi aplicado um questionário composto por uma aferição inicial dos dados demográficos e sete questões para preenchimento. Assim, o questionário compreendeu duas questões relativamente à satisfação relativamente à informação fornecida pelos profissionais de saúde, duas questões relativamente ao impacto da doença e dos tratamentos na vida sexual/afetiva e três questões relativas à importância de uma abordagem especializada em sexologia. Os questionários foram entregues durante as consultas de Primeira Vez, de Seguimento e de Follow-up (controlo clínico) e preenchidos de forma individual, foi permitido o auxílio do médico caso fosse solicitado.

Os dados clínicos dos doentes foram aferidos através do processo clínico eletrónico.

Previamente ao estudo foi obtida aprovação pela Comissão de Ética Hospitalar e cada participante aceitou integrar o estudo preenchendo o respetivo consentimento informado.

A análise estatística foi efetuada recorrendo ao programa IBM SPSS versão 20. As variáveis contínuas foram expressas como média $\pm$ desvio-padrão. Variáveis categóricas foram descritas sob a forma de frequências absoluta e relativa. Na análise inferencial foi usado o teste de qui-quadrado na comparação de variáveis nominais com duas categorias. Foi usado o índice Kappa para avaliação de concordância. Considerou-se um erro tipo-I de 0,05.

Tabela 1 Características demográficas da amostra

Característica	N	% de doentes	Média	DP
<i>Género</i>				
Masculino	64	61,5		
Feminino	40	38,5		
<i>Idade (anos)</i>			64,7	± 9,8
< 65	46	44,2		
≥ 65	58	55,8		
<i>Escolaridade</i>				
Ensino básico	69	66,4		
Ensino secundário	25	24,0		
Ensino Universitário	10	9,6		
<i>Ocupação</i>				
Empregado	32	30,8		
Desempregado/reformado	72	69,2		
<i>Companheiro/Parceiro sexual</i>				
Sim	84	80,8		
Não	16	15,4		
Não pretendo responder	4	3,8		

Resultados

Caracterização da amostra

Este estudo envolveu uma amostra de 104 doentes presentes em consulta no serviço de radioterapia. A caracterização dos doentes em termos demográficos encontra-se na [tabela 1](#).

A maioria dos participantes foi de doentes do sexo masculino, correspondendo a 61,5% da amostra ($n = 64$). A média foi de 64,7 anos, com desvio-padrão de $\pm 9,8$ anos. Relativamente à escolaridade, 66,4% dos doentes completaram o ensino básico, apenas 9,6% completaram o ensino universitário. A maioria dos doentes (69,2%) encontrava-se desempregada ou reformada. Relativamente à existência de companheiro/parceiro sexual, 84 participantes (80,8%) responderam afirmativamente.

Quanto ao diagnóstico oncológico, as patologias mais prevalentes nos participantes do estudo foram o cancro da próstata, em 54,8% dos doentes, seguido do cancro da mama (27,9%). Metade dos participantes encontrava-se sob tratamento oncológico e a restante metade em controlo clínico. A maioria dos doentes foi submetida a tratamento multimodal (64,4%), dentro deste grupo o tratamento mais frequente foi a terapêutica combinada de cirurgia e RT, seguida do tratamento trimodal com cirurgia, terapêutica sistémica e RT. Dos 37 doentes submetidos a terapêutica unimodal, 32 foram submetidos a RT intensiva, quatro realizaram tratamento sistémico e um foi submetido a cirurgia. ([tabela 2](#)).

Abordagem da sexualidade nos doentes oncológicos

A [tabela 3](#) traduz as respostas dos participantes ao questionário fornecido no Serviço de RT. Relativamente ao impacto do diagnóstico e tratamento na sexualidade dos doentes oncológicos, 53,9% dos participantes afirmam ter adquirido algum grau de disfunção sexual após o diagnóstico. A

Tabela 2 Características clínicas da amostra

Característica	N	% de doentes
Diagnóstico		
Próstata	57	54,8
Mama	29	27,9
Digestivo	8	7,7
Ginecologia	6	5,8
Cabeça e Pescoço	4	3,8
Fase do tratamento		
Em tratamento	52	50
Em controlo clínico	52	50
Tratamento		
<i>Unimodal</i>	37	35,6
Cirurgia	1	0,96
Radioterapia	32	30,77
Quimioterapia/Hormonoterapia	4	3,85
<i>Multimodal</i>	67	64,4
Cirurgia + Radioterapia	24	23,08
Cirurgia + Quimioterapia/Hormonoterapia	6	5,77
Cirurgia + Quimioterapia/Hormonoterapia + Radioterapia	21	20,9
Quimioterapia/Hormonoterapia + Radioterapia	17	16,35

percentagem de doentes com disfunção sexual aumenta para 60,6% após o tratamento oncológico. Verificou-se uma concordância estatisticamente significativa entre os doentes com impacto após diagnóstico e após tratamento em 61,6% dos casos (Índice kappa = 0,616, $p < 0,001$). Foi aplicado o teste qui-quadrado, que nos mostrou não existir uma diferença estatisticamente significativa entre os doentes que realizaram tratamento unimodal e os doentes que realizaram tratamento multimodal relativamente ao impacto na sexualidade ($p = 0,417$). Associadamente, nos doentes com idade igual ou superior a 65 anos não foi verificado um aumento do impacto oncológico a nível sexual quando comparados com doentes com menos de 65 anos ($p = 0,122$). Também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no relativamente ao género ($p = 0,070$) (tabela 4).

A maioria dos participantes considera ter sido informado de forma adequada quanto ao impacto da doença/tratamentos na vida afetiva e sexual. Ainda assim, 24% e 30% dos doentes afirmam ter recebido pouca informação quanto ao impacto a nível afetivo e sexual, respetivamente.

Quando questionados acerca da relevância da existência de consultas especializadas em sexologia no hospital, 84,6% ($n = 88$) dos doentes consideram este apoio útil e 66,4% ($n = 69$) estariam inclusivamente interessados em recorrer a este apoio. Após aplicação do teste qui-quadrado não foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativamente à necessidade de consultas de sexologia após subdivisão da amostra por idades ($p = 0,601$), género ($p = 0,343$) e fase do tratamento ($p = 0,497$). Relativamente à modalidade de apoio em oncossexologia escolhida pelos participantes, 15 doentes selecionaram mais do que uma opção. Cerca de metade (51,6%) dos doentes escolheria uma consulta com um médico, 27,5% desejariam uma consulta com

um psicólogo, 16,4% terapia de casal e 4,4% escolheriam os grupos de apoio.

Discussão

Impacto na sexualidade

No presente estudo, 60% dos doentes consideram que a sua vida sexual sofreu um impacto negativo após os tratamentos oncológicos, o que é concordante com a literatura existente²⁰. Mais de metade dos doentes afirma ainda que esse impacto negativo teve início logo após o diagnóstico.

A Associação Francófona para Cuidados de Suporte (AFSOS) estabeleceu linhas de orientação nacionais para cuidados de oncossexologia²¹. Estas recomendam que seja fornecida informação durante a primeira consulta e que esta informação seja reforçada de forma contínua durante o tratamento oncológico. Na nossa amostra, a maioria dos doentes com disfunção sexual após o diagnóstico manteve-a após o tratamento, o que reforça a importância de uma abordagem precoce.

Contrariamente ao esperado, o impacto oncológico a nível sexual foi semelhante após comparação de grupos etários, género e modalidades de tratamento (unimodal vs. multimodal), indicando que a prevalência de disfunção sexual é transversal a todos os doentes oncológicos.

Informação sobre sexualidade na doença oncológica

Atualmente sabe-se que os doentes oncológicos necessitam e desejam receber informação relativamente ao impacto da doença e dos tratamentos na sua sexualidade^{6,17,22}. Para muitos doentes, a sexualidade é um importante fator

Tabela 3 Abordagem da sexualidade no doente oncológico

Impacto na sexualidade	N	% de doentes
<i>Impacto na vida sexual após o diagnóstico</i>		
Sim	56	53,9
Não	38	36,5
Não pretendo responder	10	9,6
<i>Impacto na vida sexual após o tratamento</i>		
Sim	63	60,6
Não	35	33,7
Não pretendo responder	6	5,7
Satisfação relativamente à informação fornecida	N	% de doentes
<i>Informação relativamente ao impacto da doença/ tratamentos na vida afetiva</i>		
Pouca	25	24,0
Adequada	74	71,2
Demasiada	2	1,9
Sem relevância	3	2,9
<i>Informação relativamente ao impacto da doença/ tratamentos na vida sexual</i>		
Pouca	32	30,8
Adequada	65	62,5
Demasiada	1	1
Sem relevância	6	5,7
Abordagem especializada em sexologia	N	% de doentes
<i>Considera útil a existência de consultas de sexologia no seu hospital?</i>		
Sim	88	84,6
Não	16	15,4
<i>Caso o seu médico o referenciasse para uma consulta de sexologia no seu hospital, utilizaria esse serviço?</i>		
Sim	69	66,4
Não	27	25,9
Não pretendo responder	8	7,7
<i>Modalidade de preferência</i>		
Consulta com médico	47	51,7
Consulta com psicólogo	25	27,5
Terapia de casal	15	16,4
Grupos de apoio	4	4,4

* Possibilidade de resposta múltipla.

contributivo para uma melhor qualidade de vida⁶. Hordem e Street²³ mostraram que uma parcela significativa de doentes se encontra desapontada com a falta de informação, apoio e sugestões práticas para a vivência da sexualidade e alterações íntimas provocadas pela doença ou tratamento.

No presente estudo a maioria dos doentes considera ter recebido um grau adequado de informação quanto ao impacto da doença e dos tratamentos na sua sexualidade e vida afetiva. Apesar de estes números serem satisfatórios, cerca de 30% dos doentes encontram-se insatisfeitos com a informação fornecida pelos profissionais de saúde relativamente à sexualidade. O elevado número de doentes satisfeitos com a informação recebida poderá ser justificado pelo facto de cerca de metade da amostra ter um

diagnóstico de carcinoma da próstata, cujos tratamentos têm um impacto direto e bem conhecido na função sexual masculina. No entanto, consideramos que as restantes patologias não devem ser descuradas pois a etiologia da disfunção sexual no doente oncológico é multifatorial e, como tal, devem ser tidos em conta não só os fatores biológicos e fisiológicos mas também psicológicos.

Outro dado importante é o facto de que apenas uma pequena percentagem dos doentes (5%) considerou esta questão irrelevante, o que enfatiza a importância da abordagem desta temática.

Uma revisão sistemática acerca das necessidades e fontes de informação dos doentes oncológicos mostrou-nos que cerca de 65% dos doentes desejam obter informação sobre

Tabela 4 Impacto oncológico na sexualidade e necessidade de consultas especializadas de sexologia; análise por subgrupos

Impacto na sexualidade	
Após diagnóstico vs. após tratamentos	Índice Kappa = 0,616 p < 0,001
Tratamento unimodal vs. tratamento multimodal	$\chi^2_1 > 0,660^* \text{ p} = 0,417$
Idade < 65 anos vs. idade $\geq$ 65 anos	$\chi^2_1 > 2,395^* \text{ p} = 0,122$
Género masculino vs. feminino	$\chi^2_1 > 3,282^* \text{ p} = 0,070$
Necessidade de consultas especializadas de sexologia	
Idade < 65 anos vs. idade $\geq$ 65 anos	$\chi^2_1 = 0,274^* \text{ p} = 0,601$
Género masculino vs. feminino	$\chi^2_1 = 0,899^* \text{ p} = 0,343$
Doentes em tratamento vs. doentes em controlo clínico	$\chi^2_1 > 0,461^* \text{ p} = 0,497$

* Teste qui-quadrado.

sexualidade e que a fonte de informação mais frequentemente utilizada são os profissionais de saúde²⁴, o que demonstra que os profissionais de oncologia deverão estar preparados para fornecer esta informação de forma genérica e inicial.

O que pode ser feito?

Estudos indicam que se a temática da sexualidade for abordada numa fase inicial do tratamento, os *outcomes* serão mais satisfatórios⁶. Em 1976, Annon desenvolveu um modelo que ilustra o facto de a maioria das pessoas com disfunção sexual não necessitar de terapêutica intensiva. Foi criado o acrónimo PLISSIT para descrever os quatro níveis de aconselhamento sexual: Permissão (*Permission giving*), Informação limitada (*Limited Information*), Sugestões específicas (*Specific Suggestions*) e Terapia intensiva (*Intensive Therapy*)²⁵. Os três primeiros níveis prendem-se com a permissão dada ao doente para a discussão da sexualidade, fornecendo, em simultâneo, informação limitada e sugestões específicas acerca das suas dúvidas e preocupações. Estes níveis podem ser abordados pelo médico assistente. No entanto, esta abordagem requer algum grau de investimento profissional no campo da oncossexologia, pelo que se considera que, em certos casos, será premente a referência para uma consulta de oncossexologia². O último nível, o da terapia intensiva, requer a intervenção de terapeutas sexuais caso os três níveis anteriores não tenham sido suficientes na resolução do quadro.

Muito recentemente, a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) publicou *guidelines* para intervenção e tratamento de problemas sexuais em doentes oncológicos²⁶. Estas *guidelines* têm como base a publicação efetuada previamente pela Cancer Care Ontario, em que ambas recomendam que sejam tidas em conta todas as componentes físicas, emocionais e psicossociais relacionadas com a sexualidade. As *guidelines* da ASCO recomendam que a discussão sobre função sexual seja iniciada pelos profissionais de saúde, devendo ocorrer o mais precocemente possível dentro do paradigma de tratamento. A mesma discussão deverá surgir em vários momentos do tratamento e controlo clínico, por forma a que sejam identificadas alterações. A inclusão do parceiro na discussão é possível, mas apenas deverá ser feita caso o doente assim o deseje.

Nos pontos seguintes das *guidelines* são abordadas diversas intervenções separadas por género. No caso da mulher, identifica-se uma enfatização das questões relacionadas com o desejo hipoativo, imagem corporal e intimidade. Neste caso deverá ser oferecido aconselhamento psicosssexual, havendo evidência de que a terapia de casal poderá ser mais eficaz do que uma intervenção individual. Para o tratamento de sintomas genitais femininos, a ASCO recomenda que os sintomas de atrofia vaginal sejam abordados de forma semelhante às mulheres sem doença oncológica. A intervenção deverá iniciar-se com o recurso a cremes e lubrificantes vaginais. Nos casos refratários ou inicialmente mais severos, poderá ser prescrito estrogénio vaginal com segurança. No caso particular das mulheres com carcinoma da mama hormono-dependente, o uso de estrogénios vaginais deverá ser ponderado e discutido com a doente de acordo com o risco-benefício inerente ao seu uso. Para o tratamento da dispareunia, as opções terapêuticas incluem uma abordagem multidisciplinar, com cirurgia minimamente invasiva, terapêutica hormonal, terapêutica da dor, educação, fisioterapia e psicoterapia^{27,28}. Para o tratamento do vaginismo ou estenose vaginal, a ASCO recomenda o recurso a dilatadores vaginais. O benefício é maior quando a dilatação é realizada precocemente e não deve ser recomendada com base na atividade ou orientação sexual da doente, mas sim a todas as mulheres com risco de alterações vaginais com potencial impacto na sua saúde sexual e vulvovaginal.

No caso do homem, a ASCO recomenda os Inibidores da Fosfodiesterase-5 como tratamento de primeira linha para a disfunção erétil. Nos casos refratários deverão ser introduzidas opções como os dispositivos de vácuo ou as injeções intracavernosas. A intervenção cirúrgica com colocação de prótese peniana poderá ser oferecida a doentes que não respondam ao tratamento médico ou que reportem efeitos secundários severos.

Consultas de oncossexologia

As consultas de oncossexologia são geralmente realizadas por médicos urologistas, ginecologistas, psiquiatras ou psicólogos e compreendem um espaço próprio para a abordagem da problemática da sexualidade, nas diversas fases do tratamento oncológico²⁹. No nosso estudo, a grande

maioria dos doentes considera estas consultas importantes, cerca de 66% da amostra estariam interessados em ser orientados para estas consultas. Um dado importante na nossa análise é o facto de que não só os doentes em controlo clínico como também os doentes em tratamento desejariam obter uma consulta especializada. Após comparação entre grupos etários, verificamos que não existem diferenças significativas entre os doentes com menos de 65 anos e com mais de 65 anos quanto à necessidade de consultas de oncossexologia. O mesmo foi verificado após comparação entre género masculino e feminino, indicando que, potencialmente, todos os grupos de doentes oncológicos terão interesse numa abordagem especializada em sexologia.

Relativamente à tipologia de consulta de oncossexologia, os doentes preferiram uma avaliação pelo médico ou psicólogo, são poucos os doentes interessados em realizar terapia de casal, o que poderá indicar que as disfunções sexuais tendencialmente se sobrepõem às disfunções interconjugais.

Limitações do estudo

A reduzida dimensão da amostra constitui a principal limitação deste estudo e condicionou a sua análise estatística.

Não foi possível identificar com clareza quais os doentes com disfunção sexual previamente ao diagnóstico oncológico o que poderá ter condicionado a nossa análise.

O facto de alguns doentes terem solicitado apoio para a compreensão e o preenchimento do questionário poderá ter diminuído o seu carácter confidencial, com provável impacto em alguns parâmetros de avaliação.

Conclusão

A doença oncológica e os seus tratamentos têm um conhecido impacto na sexualidade, que se inicia nas fases mais precoces da doença. Será necessária uma adaptação do doente e um investimento dos profissionais de saúde para que possa ser disponibilizada informação adequada, apoio precoce e uma abordagem especializada, como é o exemplo das consultas de oncossexologia. A existência destas consultas é do interesse da maioria dos doentes oncológicos, com potencial para diminuição do impacto oncológico na qualidade de vida.

São necessários mais estudos que clarifiquem quais os doentes com maior necessidade de uma abordagem especializada de oncossexologia.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes

e/ ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

Financiación

Nada a declarar.

Conflicto de intereses

Nada a declarar.

Referências

1. Brandenburg D, Grover L, Quinn B. Intimacy & Sexuality for cancer patients and their partners. A patient information booklet. Birmingham, NHS Pan-Birmingham Cancer Psychology Services. 2009.
2. Hughes M. Sexuality and the cancer survivor. A silent coexistence. *Cancer Nursing*. 2000;23:477–82.
3. World Health Organization. Working definitions. 2006.
4. Schover LR. Sexuality and fertility after cancer. *Hematology*. 2005;523–7.
5. International Society for Sexuality and Cancer. Intimacy & Sexuality. The forgotten aspects of quality of life after cancer. ISSC [online] Mai 2009.
6. Carr SV. Talking about sex to oncologists and about cancer to oncologists. *Sexologies*. 2007;16:267–72.
7. White ID. Sexual difficulties after pelvic radiotherapy: Improving clinical management. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2015;27:647–55.
8. Sadvovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med*. 2010;7:349–73.
9. French National Institute for Cancer (INCa). Incidence et mortalité estimées des cancers en France métropolitaine en 2012-Effectifs et contribution à l'ensemble des cancers.
10. Mancini J, Rey D, Preau M, Malavolti L, Moatti JP. Infertility induced by cancer treatment: inappropriate or no information provided to majority of French survivors of cancer. *Fertil Steril*. 2008;90:1616–25.
11. McKee AL Jr, Schover LR. Sexuality rehabilitation. *Cancer*. 2001;92:1008–12 [PubMed:11519027].
12. Flynn KE, Jeffery DD, Keefe FJ, et al. Sexual functioning along the cancer continuum: focus group results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS.). *Psychooncology*.
13. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA*. 2000;283:354–60 [PubMed: 10647798].
14. Malinowsky KM, Gould A, Foster E, Cameron D, Humphreys A, Crown J, et al. Quality of life and sexual function after high-dose or conventional chemotherapy for high-risk breast cancer. *Br J Cancer*. 2006;95:1626–31 [PubMed: 17160080].
15. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs*. 1996;19:308–19 [PubMed: 8768689].
16. Hollenbeck BK, Wei JT, Sanda MG, Dunn RL, Sandler HM. Neoadjuvant hormonal therapy impairs sexual outcome among younger men who undergo external beam radiotherapy for localized prostate cancer. *Urology*. 2004;63:946–50 [PubMed: 15134986].
17. Gamel C, Hengeveld M, Davis B. Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2000;9:678–88.

18. Bender J. Praten over seksualiteit. In: Gianotten WL, Meihuizen-de Regt MJ, van Son-Schoones N, editors. Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking. Assen: Van Gorcum; 2008. p. 384–93.
19. Chamberlain M. Life after cancer: what does sexuality have to do with it? *Oncology nursing forum*. 2006;33:905–10.
20. Zhou ES, Nekhlyudov L, Bober SL. The primary health care physician and the cancer patient: Tips and strategies for managing sexual health. *Transl Androl Urol*. 2015;4:218–31.
21. Habold D, Farsi F. Cancer, santé sexualité et intimité. Paris: Référentiel AFSOS; 2012.
22. Enzlin P, De Clippeleir I. The emerging field of 'oncosexology': recognising the importance of addressing sexuality in oncology. *BJMO*. 2011;5:44–9.
23. Hordern A, Street A. Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer. The patient perspective. *Cancer nursing*. 2007;30:E11–8.
24. Rutten L, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research. *Patient Educ Couns*. 2005;57:250–61.
25. Annon JS. Behavioral treatment of sexual problems. Hagerstown (Md): Harper & Row; 1976 (Med. Dept).
26. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL. Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36:492–511.
27. Schwarty B. Does interdisciplinary care improve deep dyspareunia treatment? *Contemporary OB/GYN* 11 de dezembro de 2018.
28. Yong PJ, Williams C, Bodmer-Roy S, Ezeigwe C, Zhu S, Arion K, et al. Prospective cohort of deep dyspareunia in an interdisciplinary setting. *J Sex Med*. 2018;15:1765–75.
29. Almont T, Delannes M, Ducassou A, Corman A, Bondil P, Moyal E, et al. Sexual Quality of Life and Needs for Sexology Care of Cancer Patients Admitted for Radiotherapy: A 3-Month Cross-Sectional Study in a Regional Comprehensive Reference Cancer Center. *J Sex Med*. 2017;14:566–76.