

Bem me quer, mal me quer... Bem nos quer, mal nos quer

A sexualidade, (in)fertilidade e o cancro

IVONE PATRÃO (*)

1. INTRODUÇÃO

Este artigo pretende abordar as consequências ao nível: da sexualidade (no desenvolvimento da criança e/ou adolescente, e no funcionamento na idade adulta); e da (in)fertilidade no adoecer com cancro.

Espera-se sempre com ansiedade pelo “me quer, bem nos quer” e não pelo “mal me quer, mal nos quer” como consequência no adoecer com cancro. Espera-se sempre que as consequências sejam as mais diminutas e restritivas possíveis.

Ao entrar nesse túnel escuro do cancro será importante não ser pessimista e «não carregar no boteão, para deixar de ver a luz lá ao fundo» (Marujo, Neto & Perloiro, 1999, p. 26). A melhor estratégia de *coping* face a esta situação, diagnóstico e tratamentos do cancro, referem alguns autores, será a positiva, a lutadora, a de confronto, e não a pessimista (Watson et al., 1999).

No entanto, é importante encarar a realidade, e esta dá números indesejados, assustadores, mas inegáveis. O cancro é a segunda causa de morte nos países desenvolvidos e a sua incidência tem

vindo a aumentar. Na Europa uma em cada quatro pessoas já teve, tem ou poderá vir a ter de enfrentar o cancro. Ao manter-se a taxa de crescimento, um europeu em cada três será atingido pela doença. Em Portugal, o cancro também é a segunda causa de morte, uma importante causa de incapacidade (Miranda, 1994), apesar de ter uma das mais baixas taxas de mortalidade na Europa, segundo dados da OMS.

Por outro lado, aumentam também o número de sobreviventes com cancro, por vários motivos, nomeadamente por novos avanços na medicina ao nível da detecção precoce e do tratamento do cancro.

Na descoberta desta doença, que ninguém quer – pela palavra que ainda é tabu, pela associação à morte, pelos tratamentos às vezes violentos e intrusivos, e pela necessidade continua de ligação aos hospitais e a uma equipa de saúde – muitas podem ser as reacções psicológicas. Para compreender a reacção de cada indivíduo é importante avaliar: como decorria a sua vida antes do diagnóstico (que objectivos, que projectos, que conflitos, que suporte social, que estado emocional); que crenças tem sobre a doença/tratamento, e os que lhe estão próximos (por exemplo: “a culpa é minha, pois tenho uma vida muito stressada”; “é uma doença contagiosa, não tem cura” – são crenças que não facilitam uma estratégia de confronto com a situação); que estratégias de coping uti-

(*) Bolseira de doutoramento em Psicologia da Saúde ISPA/Universidade Nova. FCT 10047/2002.

liza em situações de adversidade, em situações traumáticas (quando existiram); entre outras variáveis pertinentes, como tipo de personalidade. A importância de avaliar todos estes aspectos, passa pela elaboração de uma estratégia de intervenção adequada a cada situação, no sentido de desmistificar algumas crenças, facilitar o *coping* e o controlo sobre a situação, de forma a diminuir níveis de stress (Die-Trill, 2000).

Ao longo desse percurso, existem respostas consideradas mais e/ou menos ajustadas, podendo existir variações no mesmo indivíduo. Para alguns, toda a situação à volta do seu cancro, serve para reapreciar a vida, reorganizar prioridades, como um “acordar para a vida”, como um desafio para ganhar e ultrapassar. Isto indica alguma capacidade de resiliência, de resistência e de transformar o mau em bom. Para outros, a mobilização de recursos (internos/externos) é diferente, e encaram toda esta situação como traumática. O objectivo último é de minorar as consequências negativas, muitas vezes difíceis de controlar. O que pode acontecer ao nível da Sexualidade e Fertilidade.

2. CONSEQUÊNCIAS AO NÍVEL DA SEXUALIDADE E FERTILIDADE

A forma como se vive todo o caminho que o cancro exige (diagnóstico, tratamentos, vigilância regular) influencia certamente a forma de lidar com as adicionais consequências.

A sexualidade e a fertilidade são áreas muito importantes na vida dos indivíduos, para a sua qualidade de vida, que podem aqui resultar afectadas.

2.1. Sexualidade

«While sex is something we do, sexuality is something we are.»

(Woolverton & Ostroff, 1998, p. 930)

A sexualidade constitui os recursos psicossociais que cada um tem para manter uma relação de intimidade, e que dela possa retirar prazer ao nível sexual. Esta relação pode ser influenciada por diferentes contextos: familiar, pares, estar físico

e psicológico, entre outros. A sexualidade tem a sua construção ao longo do desenvolvimento. As crianças começam a centrar as suas energias nas amizades, os adolescentes na exploração do seu corpo e na atractividade perante os outros, e na fase adulta, centra-se as energias na partilha com o outro, na intimidade, em projectos comuns – um deles pode ser o desejo de ter filhos.

Um desenvolvimento psico-sexual saudável implica, então, um equilíbrio entre: físico, psicológico e no domínio interpessoal. Quando assim não acontece o bem-estar psico-sexual pode estar em risco.

O diagnóstico de uma doença pode alterar esse desenvolvimento e bem-estar, fazendo com que os desejos inerentes fiquem no domínio da probabilidade. O cancro tem, às vezes, frutos que não se quer colher. Ninguém quer adoecer com algo que pode limitar a sua capacidade de amar, de ser amado, de ser pai, de ser mãe – pelo menos a disponibilidade para isso (Woolverton & Ostroff, 1998).

O cancro tem um impacto diferente quando é diagnosticado numa criança, adolescente e/ou num adulto. Nas crianças e nos adolescentes tem um impacto ao nível da trajectória do desenvolvimento psicosexual (estádios). Nos adultos tem um impacto no funcionamento psicosexual, que pode ser transitório ou permanente.

Para as crianças e adolescentes a história começa pela diferença em relação aos pares. Pois, forçosamente há uma separação repentina dos pais e de todo o seu mundo, pelas hospitalizações e pelos sucessivos tratamentos e exames.

Esta situação tem uma influência no desenvolvimento, por vezes negativa, com perdas no presente e para o futuro. Pois, ocorre quando se inicia uma trajectória de conquista de confiança em si próprio. As perdas podem surgir a diferentes níveis: no funcionamento sexual (por ex., dificuldade na erecção); na aparência física (por ex., ausência de pelos, alterações de peso); alterações na libido; alterações na capacidade reprodutiva/fertilidade; ausência de menstruação; e menopausa precoce. Estas possíveis perdas ao longo do tempo podem levantar medos: de não encontrar um parceiro, de não ter uma relação de intimidade, de não ter filhos, ou de até mesmo de transmitir a doença aos filhos.

Se, por vezes, ao longo do desenvolvimento psicosexual dito normal surgem dificuldades, nestes

adolescentes essas dificuldades podem ser sentidas como a “duplicar”.

O desenvolvimento e bem-estar psicosexual são influenciados: pela formação da identidade (corporal e sexual); pelos sentimentos de autonomia; e pelas perspectivas futuras.

A identidade forma-se pelas experiências, pensamentos e sentimentos que se tem sobre si próprio em todos os aspectos da vida. O cancro é mais uma experiência, e pode alterar o tempo da puberdade. Daí resulta a ausência de sincronia com os pares, o ser diferente, o ter um corpo a evoluir, a chegar a adulto, mas psicologicamente num estágio anterior. O adolescente deve incorporar o seu novo *self* físico, com a experiência dum cancro pode fazê-lo de forma diferente, pode incorporar um corpo que falhou. A crise de identidade que geralmente surge, duplica-se, pelo contínuo olhar ao espelho e não se ver, e pelo sentir-se limitado na exploração da sua sexualidade. Alguns relatos de adolescentes e jovens adultos, que passaram pela experiência de cancro, evidenciam a influência por vezes negativa do cancro na formação da sua identidade: «I can't believe someone would find me appealing. When a guy says, "hey, you look great", my knee-jerk response is: Who me?» (Woolverton & Ostroff, 1998, p. 933).

Relativamente à autonomia muitas vezes também não é fácil. Autonomia não indica ruptura, mas diferenciação do *self*. A dificuldade no adolescente com cancro está no desejo inverso, de ligação, pois já existiu um momento forçado de separação dos pais, da família e dos amigos. O regresso ao futuro acaba por ser problemático, até porque existe medo da rejeição dos pares, pela pouca socialização anterior, pelo sentimento de pouca pertença ao grupo, pela pouca intimidade, e pelo cancro ser um segredo difícil de falar. Esta dificuldade surge, por vezes, no discurso destes adolescentes, da seguinte forma: «I got to use to telling my mon everything (...) After my first sexual experience my mon was the first to know. When my friends would say to me "You told your mother about that?", I felt lucky to be so close to my mon (...) I'm beginning to see that the relationship failed because it had a very "crowded" bed (...) To this day, it's still hard for me to hold things back from mon» (K. Woolverton, & J. Ostroff, 1998, p. 934).

As perspectivas futuras também são uma preocupação. É difícil sonhar um futuro ameaçado por

vários medos: da recorrência, incerteza do estatuto de saudável – que origina uma certa relutância para ter uma relação de intimidade, de casar, de ter filhos, e até de prosseguir com uma carreira profissional. Muitas vezes surge uma ambivalência entre o desejo de abraçar a vida e o medo do que a vida pode trazer, este sentimento é denominado por: Damocles Syndrome. As experiências contadas por estes adolescentes confirmam esse sentimento: «... When she told him about her past cancer history, initially he was silent, then he became very overprotective. I felt like I was to drop dead any minute. Finally, he told me he couldn't stand to lose me if my cancer returned, and, despite my reassurances that my cancer had been gone for over 15 years, he dumped me. How ironic» (K. Woolverton, & J. Ostroff, 1998, p. 935).

De facto, no adolescente com cancro ou que já passou por ele quando era criança, podem surgir algumas dificuldades ao longo do seu desenvolvimento psicosexual, na integração do seu corpo, na sua autonomia e no seu caminho para o futuro. Muitas vezes cura-se a ferida física, vigia-se, mas a “ferida psicológica” pode permanecer, e revela-se pelos medos, pelas inseguranças. Alguns estudos referem que, estes adolescentes, vivem mais tempo com os pais, casam menos, e têm dificuldades na dependência económica.

Nos adultos com cancro a história começa quando já existiram algumas conquistas ao nível do funcionamento psicosexual, quando já se realizaram alguns desejos, e agora surgem algumas perdas. Tudo isto depende do estágio do cancro e do tipo e número de tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia). Geralmente, essas perdas atingem a identidade de cada um, ao nível da imagem corporal (por ex. cancro da mama) e da vivência da sexualidade (por ex. cancro da próstata) (Andersen & Golden-Kreutz, 2000).

Para perceber o impacto do cancro, a este nível, no adulto, é importante avaliar como era vivida a sua sexualidade anteriormente, ou seja, é necessário avaliar a história passada a nível sexual (satisfatória ou não, que problemas, que dificuldades), e a nível relacional (existiam algumas interferências/conflitos, por exemplo: uma relação extra-conjugal, violência doméstica, abuso de substâncias, trauma sexual, entre outras), com o objectivo de perceber se acontecimentos ante-

riores podem funcionar como potenciadores das dificuldades actuais, e não ser só a doença e os tratamentos em si que explicam essas mesmas dificuldades.

Quando a sexualidade é vivida de forma satisfatória sem interferências passadas, mais facilmente emergem alguns medos, como o medo de perder o desejo, de perda da sensibilidade, de não satisfazer o parceiro. Uma das consequências, nos homens, é a perda da erecção e, na mulher, a dispareunia e o vaginismo. Alguns estudos indicam que estas dificuldades são vivenciadas com maior gravidade em indivíduos mais novos, solteiros, com relacionamentos recentes, ou com múltiplos parceiros sexuais, pela pouca experiência de intimidade e pela dúvida quanto ao tempo de permanência de todas as dificuldades sentidas (Andersen & Golden-Kreutz, 2000).

Algumas situações, de carácter não transitório, mas com permanência ao longo do tempo, são classificadas de disfunções sexuais, assim como vêm descritas no DSM-IV (1994), como uma perturbação no ciclo da resposta sexual, ou por dor, ou por contracção involuntária. Ao longo do ciclo da resposta podem existir perturbações quanto: ao desejo (diminui, até pelo estado emocional); excitação (diminui, pois existem menos sinais fisiológicos, cognitivos, afectivos e comportamentais); orgasmo (ausência de prazer); resolução (que implica sensação de relaxamento, mas como existe desconforto na actividade sexual, surge reacção negativa); e por uma resposta negativa a oportunidades seguintes (devido ciclo de dificuldades e de tentativas falhadas).

Geralmente, se o início da resposta sexual está perturbado, a partir daí os restantes níveis podem ser afectados. Por exemplo, numa mulher que faz uma vulvectomia, com desfiguramento radical, a resposta sexual fica alterada, e pode ter associada dor, que impede a penetração – estas restrições podem influenciar negativamente o seu estado emocional, e assim começa uma “bola de neve” difícil de inverter, para que essa mulher possa viver a sua sexualidade, ainda que com restrições (Schover, 1998).

2.2. Fertilidade

Adoecer de cancro pode deixar consequências também ao nível da fertilidade, que se coloca de igual forma, tanto aos que passaram pelo cancro

na infância e na adolescência, como aos que passam pelo cancro em adultos (com e/ou sem filhos). Estes sobreviventes de cancro, geralmente, têm menos desejo de ser pais (Schover, 2000).

Quando o desejo surge, uma das questões passa pelo: “ter ou não ter filhos depois do cancro?”. Para quem ainda não teve filhos esta dúvida pode ser vivida de forma mais intensa, pois o “fruto proibido é o mais apetecido”, mas os medos também têm o seu peso: o medo da recorrência do cancro, das complicações da gravidez, da morte (e deixar o filho/a), da hereditariedade (passar o cancro para o filho/a), de não ter capacidade financeira, e de não conseguir ser bom pai/mãe. Este último medo muitas vezes parece não ter fundamento, porque a experiência de cancro dá-lhes mais resistências para as dificuldades do dia-a-dia e capacidade para apreciar mais o momento, o que são óptimos “skills” para ser pai/mãe (Schover, 2000).

A outra questão, que pode existir em conjunto com a anterior, passa pelo: “conseguir ou não conseguir ter filhos, depois do cancro?”. Quando o tempo passa, a gravidez não surge, e as tentativas resultam sempre falhadas, a ansiedade tende a aumentar face à frustração de não conseguir ter um filho. A solução passa pelos tratamentos para a Infertilidade (Schover, 2000).

A reacção aos tratamentos para a infertilidade pode ser inicialmente de repulsa, pois para além de ter passado por todos os tratamentos e exames na situação do cancro, agora e mais uma vez, mais tratamentos, mais exames invasivos, mais visitas ao hospital, mais tratamentos que podem ou não ter sucesso.

No entanto, existem soluções diferentes para a infertilidade. Quando o cancro surge, e antes dos tratamentos, pode-se optar: pelo “sperm banking” (com risco do sémen ser de pobre qualidade); pela colheita de óvulos (com risco de estarem num estágio imaturo); e pelo congelamento de embriões. Estas opções permitem realizar mais tarde uma FIV (fertilização *in vitro*). Apesar de por vezes existir o medo da genética, de transmissão da doença para o futuro filho/a. Por exemplo, no cancro da mama, há o medo de passar o gene BRCA1 ou o BRCA2 para a filha. Apesar de já existir uma solução técnica para esta situação: a “preimplantation genetic diagnosis”, que consiste na escolha de múltiplos embriões, e através de

biopsia, elimina-se os que tiverem a mutação genética.

Não obstante, passar pelos tratamentos de infertilidade traz uma vivência emocional de otimismo e de expectativa no início, mas se os resultados tardam a surgir, ou não surgem mesmo, vive-se mais um desapontamento, mais uma frustração, e pode ser difícil passar para o domínio da aceitação (Faria, 1990).

Outras soluções surgem quando, de facto, a infertilidade ganhou, nomeadamente: “third-party reproduction”, que implica um dador de sêmen, de óvulos ou até ter uma barriga de “aluguer”; e a adopção. Estas soluções dão tranquilidade quanto à transmissão genética, mas levantam o problema de como dizer à futura criança como se processou a sua concepção. Para além disso, estas soluções têm algumas críticas da sociedade, que reforça o sentimento de frustração de não conseguir atingir um objectivo – ter um filho/a – sem ajuda, sem mais uma vez lutar contra uma contrariedade.

3. CONCLUSÕES

De forma a que as consequências do cancro e dos seus tratamentos sejam menores é muito importante prestar uma informação adequada, à medida de cada um. As soluções médicas são cada vez mais, e cada vez mais vão ao encontro da diminuição de futuras complicações, mesmo a nível psicológico (Schover, 2000). Pelo o impacto psicossocial que pode ter na relação de intimidade e no desejo de ter um filho/a é importante que essa mesma informação inclua todas as ofertas possíveis, fornecida por um técnico especialista. Por vezes, existe necessidade de recorrer à intervenção psicoterapêutica, pelos elevados níveis de *stress* e dificuldades em lidar com toda a situação (Anilo, 2000; Juraskova et al., 2003; Thewes et al., 2003; Green et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, 4.ª ed.). Washington DC: APA.
- Anilo, L. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 241-248

- Andersen, B., & Golden-Kreutz (2000). Sexual self-concept for the women with cancer. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (2nd ed., pp. 311-333). New York: John Wiley & Sons.
- Die-Trill, M. (2000). Beliefs about cancer causation and their influence on family function. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (2nd ed., pp. 119-133). New York: John Wiley & Sons.
- Faria, C. (1990). A infertilidade: desejo ou Maldição. *Análise Psicológica*, 8 (4), 419-423.
- Green, D., Galvin, H., & Horne, B. (2003). The psychosocial impact of infertility on young male cancer survivors: A qualitative investigation. *Psycho-Oncology*, 12, 141-152
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-oncology*, 12, 267-279.
- Marujo, H., Neto, L., & Perloiro, F. (1999). *Educar para o Optimismo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Miranda, A. (1994). Rastreio do cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12 (3), 57-60
- Schover, L. (2000). Sexual Dysfunction. In J. Holland (Ed.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 494-498). New York: Oxford University Press.
- Schover, L. (2000). Deciding to have children. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (2nd ed., pp. 335-347). New York: John Wiley & Sons.
- Thewes, B., Meiser, B., Rickard, J., & Friedlander, M. (2003). The infertility and menopause-related information needs of young women with a diagnosis of breast cancer: A qualitative study. *Psycho-oncology*, 12, 500-511.
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J. E., & Bliss, J. (1999). Influence of Psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1320.
- Woolverton, K., & Ostroff, J. (1998). Psychosexual sequelae. *Handbook of Psychooncology*. In J. Holland (Ed.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 930-939). New York: Oxford University Press.

RESUMO

Este artigo pretende abordar as consequências ao nível: da sexualidade (no desenvolvimento da criança e/ou adolescente, e no funcionamento na idade adulta); e da (in)fertilidade no adoecer com cancro. A forma como se vive todo o caminho que o cancro exige (diagnóstico, tratamentos, vigilância regular) influencia certamente a forma de lidar com as adicionais consequências.

A sexualidade e a fertilidade são áreas muito importantes na vida dos indivíduos, para a sua qualidade

de vida, que podem aqui resultar afectadas. Nas crianças e nos adolescentes tem um impacto ao nível da trajectória do desenvolvimento psicosexual. Nos adultos tem um impacto no funcionamento psicosexual, que pode ser transitório ou permanente.

As conseqüências ao nível da fertilidade colocam-se de igual forma tanto aos que passaram pelo cancro na infância, na adolescência, e em adultos (com e/ou sem filhos). Quando o tempo passa, a gravidez não surge, e as tentativas resultam sempre falhadas, a ansiedade aumenta face à frustração de não conseguir ter um filho.

Palavras-chave: Sexualidade, infertilidade, cancro.

ABSTRACT

This article deals with the consequences of cancer

disease in the fields of sexuality (in the development of child and/or adolescent, and in regular life of adults) and (in)fertility.

The way patients live all through the cancer process (diagnosis, treatments, regular vigilance) influences the way they cope with its additional consequences.

Sexuality and fertility are very important areas for the individual's quality of life that can be damaged in presence of cancer. In children and adolescent it has an impact on their psychosexual development. In adults it impacts their psychosexual functioning, either in a transitory or permanent way.

Cancer consequences in terms of fertility are similar for those that experienced cancer in the childhood, adolescence, and adult life (with children or not). As time goes by and pregnancy does not happen, anxiety increases given the frustration of being unable to have a child.

Key words: Sexuality, infertility, cancer.