

Satisfação sexual em pacientes com câncer

José Vasconcelos-Raposo¹, Tânia Lisete Moreira¹, Félix Arbinaga² y Carla Marla Teixeira¹

¹Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila-Real, Portugal*, ²Universidad de Huelva, Huelva, España

Recibido, agosto 24/2016

Concepto de evaluación, enero 16/2017

Aceptado, febrero 22/2017

Referencia: Vasconcelos-Raposo, J., Moreira, T., Arbinaga, F., Teixeira, C.M. (2017). Satisfação sexual em pacientes com câncer. *Acta Colombiana de Psicología*. 20(2), 84-94. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.5>

Resumo

O objetivo foi comparar indivíduos em função das seguintes variáveis independentes: cancro e sem cancro, diferentes tipos de cancro, tempo de diagnóstico, diferentes tipos de tratamento e mudanças na imagem corporal tendo por variável dependente o nível da satisfação da relação sexual. A amostra foi constituída por 184 participantes (95 com cancro com idades entre 26 e 84 anos; 89 sem cancro, com idades entre 19 e 67 anos). Foi utilizado o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS). Verificaram-se efeitos significativos entre os indivíduos com historial de doença oncológica ao nível do funcionamento sexual, comparativamente com os indivíduos sem historial de doença oncológica. Indivíduos com cancro urológico apresentam valores mais elevados ao nível da autoestima (16.76 ± 2.85), seguidos pelo cancro de mama (14.83 ± 3.34) e outros tipos de cancro (14.41 ± 5.05). O cancro digestivo é o que apresenta os valores mais baixos (13.63 ± 5.68). Com relação ao funcionamento sexual, o grupo “outros tipos de cancro” apresenta maiores níveis de satisfação (23.53 ± 10.12). Seguem-se o cancro de mama (19.54 ± 9.36) e os digestivos (18.50 ± 12.57) e, por último, o cancro urológico, que apresenta os níveis mais baixos (12.29 ± 7.22). Dentro do grupo de indivíduos com cancro, o período inferior a um ano e de três a cinco anos apresenta valores menos satisfatórios na dimensão funcionamento sexual, e os tratamentos de radioterapia, cirurgia e “outros tipos de tratamento” produzem efeitos negativos ao nível do funcionamento sexual, assim como as mudanças na imagem corporal. No presente estudo, com a exceção de perda de peso, vômitos e perda de cabelos, todas as variáveis independentes têm um impacto negativo na satisfação/desempenho sexual.

Palavras-chave: cancro, doença oncológica, funcionamento sexual, sexualidade.

Satisfacción sexual en enfermos de cáncer

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comparar las dimensiones de satisfacción sexual en sujetos con y sin cáncer, específicamente al comparar los diferentes tipos de cáncer, el tiempo de diagnóstico y los tipos de tratamiento, con cambios en la imagen corporal y el nivel de satisfacción con las relaciones sexuales. La muestra estuvo compuesta por 184 participantes, de los cuales 95 pertenecieron al grupo con cáncer (edades entre los 26 y 84 años) y 89 al grupo sin cáncer (edades entre los 19 y 67 años). El instrumento utilizado fue el Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS). Los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo con cáncer y el grupo sin cáncer, los individuos con antecedentes de enfermedad de cáncer presentaron valores más bajos (17.93 ± 9.67) en el nivel de la función sexual en comparación con los individuos sin antecedentes de dicha enfermedad (30.19 ± 4.2). Los individuos con cáncer que presentaron valores más altos en autoestima fueron los de cáncer urológico (16.76 ± 2.85), seguidos por los de cáncer de mama (14.83 ± 3.34) y “otros tipos de cáncer” (14.41 ± 5.5); siendo los de cáncer digestivo quienes presentaron los valores más bajos (5.68 ± 13.63). En el funcionamiento sexual, el grupo de “otros tipos de cáncer” mostró niveles más altos de satisfacción (23.53 ± 10.12), mientras que las personas con cáncer de mama (19.54 ± 9.36), cáncer digestivo (18.50 ± 12.57) y cáncer urológico (29.12 ± 7.22) presentaron los niveles más bajos de satisfacción. Dentro del grupo de personas con cáncer, los que tienen menos de un año y de tres a cinco años después de haber tenido el diagnóstico reflejaron valores de funcionamiento sexual menos satisfactorios. Y, por otro lado, los tratamientos de radiación, cirugía y “otros tratamientos” mostraron efectos negativos en el funcionamiento sexual, así como cambios en la imagen corporal. Todas las variables independientes tuvieron un impacto negativo en la satisfacción y el desempeño sexual, con excepción de la pérdida de peso, el vómito y la pérdida de cabello.

Palabras clave: Cáncer, sexualidad, funcionamiento sexual, enfermedad maligna.

¹ Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad) — Psicologia, Quinta de Prados, 5000-801, Vila Real. Portugal. jvraposo@utad.pt. Telefone: (351 259) 350 270.

Sexual satisfaction in patients with cancer

abstract

This study aimed to compare the dimensions of sexual satisfaction in subjects with and without cancer. Independent variables were: different types of cancer, time elapsed since diagnosis, types of treatment and changes in body image. The dependent variable was level of satisfaction with sexual relations. The sample consisted of 184 participants, of whom 95 belonged to the cancer group (ages between 26 and 84 years) and 89 to the non-cancer group (ages between 19 and 67 years). The instrument used was the Sexual Satisfaction Questionnaire (QSRS, for its Portuguese acronym). The results showed significant differences between the cancer group and the non-cancer group. Individuals with a history of cancer disease had lower values (17.93 ± 9.67) at the level of sexual function compared to individuals with no history of the disease (30.19 ± 4.2). Individuals with cancer who had higher values of self-esteem were those with urological cancer (16.76 ± 2.85), followed by breast cancer (14.83 ± 3.34) and "other cancers" (14.41 ± 5.5), whereas those with digestive cancer presented the lowest values (5.68 ± 13.63). In sexual functioning, the group of "other cancers" showed the highest levels of satisfaction (23.53 ± 10.12), while people with breast cancer (19.54 ± 9.36), digestive cancer (18.50 ± 12.57), and urological cancer (29.12 ± 7.22) presented the lowest levels of satisfaction. Within the group of people with cancer, those who had less than one year and between three to five years of having been diagnosed reflected less satisfactory sexual performance values. On the other hand, radiation treatments, surgery and "other treatments" showed negative effects on sexual functioning, as well as changes in body image. All independent variables had a negative impact on sexual satisfaction and performance, with the exception of weight loss, vomiting, and hair loss.

Key words: Cancer, sexuality, sexual functioning, malignant disease.

INTRODUÇÃO

O cancro atinge milhões de pessoas em todo o mundo, e actualmente existem cerca de 25 milhões de casos diagnosticados, estimando-se ser responsável por 13 % das mortes em todo o mundo no ano de 2008 (Barbaric, Brooks, Moore e Cheifetz, 2010) e um custo elevado (Araújo et al., 2009). Prevê-se que, no ano de 2030, essa enfermidade seja responsável por 13.1 milhões de mortes (World Health Organization, 2013).

A taxa de sobreviventes aumentou muito devido, em parte, aos avanços tecnológicos e da medicina (Siegel et al., 2012). Por sua vez, a taxa de mortalidade entre 1990 e 2005 sofreu um decréscimo de 19.2 % nos indivíduos de sexo masculino e cerca de 11.4 % nos de sexo feminino. Esse indicador resulta, em parte, da menor taxa apresentada pelos principais cancros que afetam cada um dos sexos, nomeadamente o cancro do pulmão, mama, próstata e colorectal (Jemal et al., 2009). De acordo com a American Cancer Society (2016), nos Estados Unidos, em 2014, existiam 14.5 milhões de sobreviventes ao cancro e calcula-se que, em 2016, foram diagnosticados 1 685 210 novos casos, bem como é esperado que, destes, 595 690 morram nesse mesmo ano. Graças a mudanças comportamentais e a uma maior adesão a estilos de vida saudáveis, constatou-se um decréscimo de 23 % na mortalidade entre 1991 e 2012, o que, na prática, se traduz a 1.7 milhões de pessoas que sobrevivem.

Na Europa, foram estimados 3.45 milhões de novos casos de cancro (excluindo o cancro da pele não melanoma) e 1.75 milhões de mortes em 2012. Quando olhamos a esses números por tipo de cancro, constatamos que os mais frequentes foram os de mama (464 000 casos), seguidos de colorretal (447 000), próstata (417 000) e pulmão (410 000). Esses quatro tipos de cancro representam metade da carga global do cancro na Europa. As causas de morte mais comuns por tipo de cancro são: pulmão (353 000), colorretal (215 000), mama (131 000) e estômago (107 000). O número de novos casos de cancro em toda a Europa foi de 1.4 milhões nos homens e 1.2 milhões em mulheres, e cerca de 707 000 homens e 555 000 mulheres morreram de cancro no mesmo ano do diagnóstico.

O cancro é uma das doenças que mais alterações acarreta nos indivíduos. As alterações são nos âmbitos físico, psicológico e social, e no seu conjunto comprometem o funcionamento pleno do indivíduo (Elsner, Trentin & Horn, 2009; Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira & Sales, 2015).

Uma das dimensões afectadas prende-se com a sexualidade (Gianini, 2004; Serrano, 2005; Valério, 2007) que, para além do ato sexual físico em si, engloba todos os factores que permitem vivenciar essa dimensão na sua plenitude (Santos, 2011). Com exceção dos efeitos diretamente associados à doença, há, ainda, os que advêm como efeito colateral das intervenções terapêuticas utilizadas. Um dos efeitos negativos mais prevalentes nesses pacientes é a fadiga (Battaglini et al., 2006; Diettrich, Miranda, Honer, Furtado

& Correa-Filho, 2006; Ishikawa, Derchain & Thuler, 2005; McAuley, White, Rogers, Motl & Courneya, 2010; Siegel et al., 2012). Estudos mostram-se unânimes ao referir que a fadiga aumenta nos períodos de tratamento por radio e quimioterapia (Diettrich et al., 2006; Ishikawa et al., 2005), sendo sugerido valores superiores a 90 % de relatos de fadiga que, nessa situação, se caracteriza por ser prolongada no tempo, mesmo após o término dos tratamentos. A fadiga e a imagem corporal negativa são apontadas como causas para a disfunção sexual, sendo que ambos referem uma diminuição no apetite sexual (Siegel et al., 2012) de 17 % a 26 % dos sobreviventes oncológicos (Diettrich et al., 2006; Siegel et al., 2012).

A sexualidade é uma das áreas fortemente afetadas pelos tratamentos da doença oncológica. No sexo masculino, cerca de 80 % dos sobreviventes, principalmente indivíduos com cancro de próstata que realizam prostatectomia, radioterapia ou terapias hormonais, apresentam disfunção sexual. A queixa mais prevalente é a de disfunção erétil; no sexo feminino, os casos de cancro de mama e o ginecológico são os que acarretam mais queixas a esse nível (Siegel et al., 2012). Além disso, nas mulheres, a dor na relação sexual, a diminuição da libido e a secura vaginal são os efeitos mais comuns (Melisko, Goldman & Rugo, 2010). No caso dos homens, a dificuldade de ereção, principalmente nos homens que recebem tratamento na zona pélvica como na próstata, na bexiga, entre outros (Gianini, 2004). Nos casos de alterações de fenótipo com perdas de partes corporais, normalmente associadas à sexualidade (por exemplo, na mastectomia), que ocorrem no caso do cancro da mama e da próstata, o sentimento de perda de identidade sexual e de atratividade sexual são alguns dos elementos que propiciam a perda da própria motivação para a relação sexual (Flynn et al., 2011; Hill et al., 2011).

A diminuição do apetite sexual ao longo do tratamento é comum em ambos os sexos. Devido aos tratamentos recebidos, como quimioterapia, radioterapia, cirurgias ou terapias hormonais, alterações físicas são sentidas pelo indivíduo que propiciam essa situação, além de fadiga, fraqueza e náuseas (Gianini, 2004). O facto de haver alterações hormonais e, por vezes, se verificarem alterações físicas contribui para que o desejo sexual diminua e que, por essa razão, a frequência de atividade sexual também decresça (Valdivieso, Kujawa, Jones & Baker, 2012).

As pacientes com cancro em áreas ginecológicas e os indivíduos com cancro de próstata sofrem danos em regiões anatómicas que propiciam uma maior possibilidade de disfunção sexual e infertilidade. Esse facto deve ser tido em conta pelos profissionais de saúde, uma vez que é possível minimizar as consequências da infertilidade por

meio da conservação de óvulos, da preservação do tecido dos ovários e da menor incidência de quimioterapia nessa região quando possível, assim como, no caso masculino, realizar colheitas de sêmen para que, no futuro, esses pacientes possam assegurar a sua reprodução (Valdivieso et al., 2012). A evidência empírica sugere que toda essa situação interfere diretamente ao nível da sexualidade dos sujeitos, tanto física quanto emocionalmente. Não conseguir manter a relação sexual, ter disfunção erétil, dor na relação sexual, diminuição da libido são alguns exemplos das consequências que o cancro tem nos indivíduos.

Mesmo quando os efeitos não são visíveis em termos físicos, as mazelas emocionais podem impedir o funcionamento sexual dos doentes quer durante os tratamentos, quer no período pós-tratamento (Flynn et al., 2011). Na fase inicial de diagnóstico, assim como antes de iniciar os tratamentos, os pacientes revelam que sentem alterações na sua imagem corporal e nas suas disposições sexuais, o que provoca alterações negativas nos seus relacionamentos (Sacerdoti, Lagana & Koopman, 2010). As relações sociofamiliares são afetadas em parte pelo humor deprimido, sintomas da menopausa e problemas com a imagem corporal, sendo esses importantes preditores do declínio na atividade sexual (Pérez et al., 2010). Entre as alterações corporais que mais contribuem para menores índices de predisposição para atos de maior intimidade física e até de desejo sexual, podem ser referidos a perda de cabelo, o aumento de peso e as cicatrizes (Barbosa, 2008; Flynn et al., 2011). Os tratamentos para a doença oncológica comportam diversas alterações que, além de afetarem o corpo, têm como consequência a redução da autoestima (Flynn et al., 2011; Greenfield et al., 2010; Ramírez et al., 2009; Sacerdoti et al., 2010).

Mulheres com cancro de mama que receberam tratamento com cirurgia em que não foi realizada a mastectomia mostram maior interesse sexual e uma maior atividade sexual em comparação com mulheres mastectomizadas que mostram menores sentimentos de atração sexual (Pérez et al., 2010).

A investigação científica tem sido capaz de identificar um conjunto de parâmetros que afetam a sexualidade dos doentes oncológicos (Hill et al., 2011), mas esse conhecimento é de carácter geral. Os indivíduos com idades compreendidas entre 50 e 64 anos são os que referem mais problemas no âmbito da sexualidade (Harden et al., 2008; Lindau, Surawska, Paice & Baron, 2011). Toda essa sucessividade de alterações propicia um sofrimento emocional para esses pacientes e deve ser tomado em consideração pelos profissionais de saúde que trabalham diretamente com eles (Fortune-Greeley et al., 2009; Hill et al., 2011; Lindau et al., 2011).

Embora, numa fase inicial, a questão da sexualidade não seja prioritária, uma vez que tudo se concentra em evitar danos superiores e a própria morte, posteriormente, essa dimensão afeta a qualidade de vida dos pacientes, pois a disfunção sexual encontra-se associada a sentimentos de angústia em ambos os sexos, assim como sintomas depressivos e ansiedade (Flynn et al., 2011; Lindau et al., 2011; Sacerdoti et al., 2010; Zebrack, Foley, Wittmann & Leonard, 2010).

Em pacientes com cancro de mama, denota-se que, ao longo dos primeiros anos, há mais dificuldades no que concerne a atração, interesse e prazer sexual, e, conseqüentemente, uma diminuição da satisfação com a sua vida sexual (Pérez et al., 2010). Sentimentos de perda de identidade sexual e de atratividade sexual são alguns dos elementos que propiciam a perda da própria motivação para a relação sexual (Flynn et al., 2011; Hill et al., 2011). Os profissionais de saúde carecem de formação (Cesnik et al., 2013) e de informação de caractere normativo para que haja planejamento e intervenção eficazes.

Desse modo, o estudo tem como objetivo principal comparar indivíduos com cancro e sem cancro no âmbito das dimensões da satisfação da relação sexual (autoestima, funcionamento sexual e relação geral). Como objetivos específicos, temos a comparação por tipo de cancro, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e alterações na imagem corporal, incluindo alterações corporais, perda de membro (podendo este ser visível ou não), aumento de peso, fadiga, problemas sexuais (sendo aqui inseridos os problemas subjetivos que cada participante considerava), perda de cabelo, perda de peso e vômitos, tudo isso visto no âmbito das dimensões da sexualidade.

MÉTODO

Este estudo aplicou um desenho transversal e descritivo.

Participantes

A amostra foi constituída por 95 pessoas com cancro e 89 sem cancro, perfazendo um total de 184 participantes com idades entre 19 e 84 anos. No grupo diagnosticado com cancro, a idade variou entre 26 e 84 anos, e, no grupo sem cancro, entre 19 e 67 anos. Do total da amostra, 62 são do sexo masculino e 122 do sexo feminino. No meio rural, vivem 100 dos participantes, e o restante, no meio urbano. A maioria da amostra, 51.1 %, é casada, 39.7 % são solteiros, 4.3 %, viúvos e 4.9 % divorciados.

A amostra foi organizada em dois grupos, os que tinham diagnóstico de cancro e os que não tinham. As classes

criadas para o grupo com cancro foram: cancro de mama (35), cancro do aparelho digestivo (9), em que se incluiu cancro do intestino e do estômago, cancro do sistema urológico (34), em que contempla cancro nos rins, bexiga e próstata, e uma classe denominada outros (17). Esta última foi criada de modo a incluir os participantes que não se incluíam em nenhuma outra classe por não ter um número suficiente para tal. Fazem parte dela participantes com cancro da cabeça e pescoço, ginecológico, ossos, linfoma, melanoma, sarcoma, melanoma e colón rectal.

Em função das características da amostra, foram definidas variáveis independentes o fato de ter cancro ou não, tipo de cancro, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e alterações na imagem corporal/fenótipo, perda de um membro, aumento de peso, perda de peso, fadiga, existência prévia de problemas sexuais, perda de cabelo e ocorrência de vômitos. As variáveis dependentes resultam das escalas do instrumento utilizado, nomeadamente: funcionamento sexual, autoestima e relação geral.

A recolha dos dados procedeu-se de três formas distintas. Para a amostra clínica, utilizou-se o método de bola de neve (*Snowball*). Esse método consiste na indicação de participantes para a amostra por outros participantes (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000). Esse método resultou na recolha de 41 questionários, mas quatro foram considerados inválidos.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: o questionário de dados sociodemográficos, na parte inicial do instrumento, no qual se questionava sobre a idade, sexo, local de residência, estado civil, tipo de cancro e tratamento recebido. Depois dessas questões, seguiam-se as do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) (Cappelleri et al., 2004) na versão portuguesa (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005). O QRSR consiste em 14 itens na versão original e 13 na versão portuguesa. No presente estudo, utilizamos a versão dos 14 itens, uma vez que o item que foi retirado na adaptação portuguesa resultou do facto de a amostra ser exclusivamente feminina e o item ser direcionado para a população masculina.

Os itens subdividem-se em duas dimensões: “Satisfação com o Funcionamento Sexual” e “Confiança”, que se subdivide em duas: “Autoestima” e “Relacionamento em geral” (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005; Pais-Ribeiro, 2007).

O estudo da versão portuguesa exhibe valores de consistência interna boa e com valores de Alfa de Cronbach compreendidos entre .7 e .92. O valor da escala total foi de .90. As correlações dos itens da dimensão “Satisfação

com o funcionamento sexual” com a pontuação total dessa escala, e corrigida para sobreposição, variaram entre .53 e .87 para os sete itens, com a maioria dos valores na casa dos .80. A dimensão “Autoestima” teve valores entre .50 e .81, com quatro itens. “Relacionamento geral” entre .59, com dois itens. “Confiança” (autoestima + relacionamento geral) .50 e .75, com a maioria dos valores na casa dos .70, o que mostra uma boa validade convergente discriminante (Pais-Ribeiro e Raimundo, 2005).

Procedimento

Após terem sido obtidos as autorizações e os pareceres favoráveis por parte dos comités de ética, foram recolhidos os questionários no hospital, de forma individual. Esse segundo método resultou na recolha de 54 questionários. Para a constituição do grupo de “sem cancro”, foram distribuídos questionários a pessoas sem historial de doença oncológica no hospital universitário, faculdade e em locais públicos.

No início da aplicação do questionário, foi explicado aos participantes que estariam a proporcionar dados para uma investigação científica e que todos os dados eram confidenciais, anónimos e seriam utilizados unicamente no contexto da pesquisa. Antes de prosseguirem ao preenchimento do dele, assinaram o termo de livre consentimento. Perguntou-se se havia dúvidas que pudessem ser esclarecidas e pediu-se, ainda, que as respostas dadas fossem as mais sinceras possíveis e que todos os itens fossem preenchidos. Em alguns casos, a pedido dos participantes, foi o investigador que registrou as respostas dadas. Por fim, agradeceu-se a todos a colaboração prestada.

O projeto obteve a aprovação pela comissão de ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e do Centro Hospitalar da Região Norte, onde foram recolhidos os questionários.

Análise estatística

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis independentes, em que se analisaram as médias e os respectivos desvios padrões, assim como a distribuição da amostra por sexo, local de residência, estado civil, historial de cancro e tempo de diagnóstico. Seguidamente, calculou-se o Alfa de Cronbach, de modo a obter os valores de consistência interna de cada uma das subescalas utilizadas. Por fim, efectuaram-se Análises Univariadas de Variância (Anova) e Análises Multivariadas de Variância (Manova).

Para a análise dos dados, foi adoptada a significância de $p < .05$ e o $\eta_p^2 > .01$ como fraco, $> .04$ como moderado e $> .140$ como forte. O valor de η_p^2 foi tomado em consideração, de modo a poder obter conclusões não só para a população em estudo, mas também para a população em geral.

A normalidade dos dados foi confirmada por meio do Teste de M-BOX, assim como pelo Teste de Levene. Para a análise dos dados, recorreu-se ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.

Considerações éticas

Todos os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do comité responsável pela experimentação humana (institucional e nacional) e com a Declaração de Helsínquia de 1975, revisada em 2000. O consentimento informado foi obtido de todos os pacientes por serem incluídos no estudo. Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

RESULTADOS

Nesta secção, apresentamos os resultados das análises realizadas seguindo a mesma ordem especificada na definição de objetivos. Relativamente às comparações realizadas com base em Manova, os dados são apresentados na seguinte ordem: 1º os valores da Manova seguindo-se os da análise univariada. Há, ainda, o cuidado de apresentar os valores relativos p , *partial eta-square* e *observed power*, uma vez que é com base na articulação deles que são tomadas as decisões relativas sobre as efetivas diferenças entre os grupos em comparação.

Salienta-se que 42 participantes estavam em tratamento (22.8 %) e 53 (28.8 %) já o tinham terminado. A 13 % da amostra o cancro foi diagnosticado há menos de um ano, 15.2 % sabem que têm a doença há menos de três anos, 8.2 % foram diagnosticados há menos de cinco anos, e o restante, 15.2 %, recebeu o diagnóstico há mais de cinco anos.

Quando comparámos os indivíduos por historial de cancro (tabela 1), a Manova evidenciou um efeito multivariado do grupo de sem cancro e do grupo com cancro para a variável dependente “Satisfação na relação sexual” ($F_{(3,168)} = 3.393$; $p = .019$; Wilks $\lambda = .943$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .057$).

A análise univariada demonstrou um efeito moderado da variável “Funcionamento sexual”. A Manova mostrou que os indivíduos com historial de doença oncológica apresentam valores mais baixos (17.93 ± 9.67) da variável funcionamento sexual, comparativamente com os indivíduos sem historial de doença oncológica (30.19 ± 4.21). Nas restantes dimensões, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Ao comparar diferentes tipos de cancro com a satisfação sexual (tabela 2), um efeito multivariado entre diferentes tipos de cancro foi encontrado para a variável dependente

“Satisfação na relação sexual” ($F_{(9,214)} = 5.087$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .655$), com um efeito forte ($\eta_p^2 = .145$).

A análise univariada demonstrou diferenças estatisticamente significativas na autoestima, com um efeito moderado, e no funcionamento sexual, com um efeito forte. Os indivíduos com cancro urológico apresentaram valores mais elevados ao nível da autoestima (16.76 ± 2.85), seguidos pelo cancro de mama (14.83 ± 3.34) e outros tipos de cancro (14.41 ± 5.05). O cancro digestivo foi o que apresentou os valores mais baixos (13.63 ± 5.68).

Na dimensão “Funcionamento sexual”, o grupo “outros tipos de cancro” foi o que apresentou maiores níveis de satisfação (23.53 ± 10.12). Seguiu-se o cancro de mama (19.54 ± 9.36) e os digestivos (18.50 ± 12.57); por último, o cancro urológico apresentou os níveis mais baixos (12.29 ± 7.22). A subescala “Relação geral” não mostrou diferenças estatisticamente significativas.

Quando comparámos os diferentes tempos de diagnóstico com a dimensão sexualidade (tabela 3), a Manova evidenciou um efeito multivariado entre diferentes tempos de diagnóstico com a satisfação da sexualidade ($F_{(12,463)} = 11.307$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .507$), com um efeito forte ($\eta_p^2 = .203$).

A análise univariada demonstrou diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Funcionamento sexual”. Indivíduos sem historial de doença oncológica apresentaram níveis de satisfação mais elevados em comparação com indivíduos com historial de doença oncológica. As comparações, dentro do grupo de indivíduos com cancro, evidenciaram que os diagnosticados no período inferior a um ano e de três a cinco anos apresentavam valores menos satisfatórios nessa dimensão. As comparações ao

nível do funcionamento sexual demonstraram diferenças com um efeito estatístico forte (.291), sendo os indivíduos diagnosticados no período entre um a três anos os que apresentaram valores mais altos, e o grupo dos três a cinco anos, os mais baixos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da autoestima nem da relação geral, no entanto foram observados efeitos fracos sobre a autoestima (.025) e a relação geral (.017).

Foram realizadas comparações quanto aos diferentes tipos de tratamento (radioterapia, cirurgia, quimioterapia) e um grupo com “outros tipos de tratamento”.

Quando comparado o tratamento de radioterapia com a variável sexualidade, encontramos um efeito multivariado entre esse tratamento e o nível da sexualidade ($F_{(3,180)} = 5.653$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .914$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .086$).

Encontram-se resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .034$) com um efeito fraco ($\eta_p^2 = .024$), com uma potência observada (PO) = .565. Os doentes submetidos ao tratamento por radioterapia apresentaram valores de satisfação menores com o funcionamento sexual (19.00 ± 9.77) em comparação com os indivíduos que não se submeteram a tratamentos por radioterapia (23.32 ± 10.84). Nesse tipo de tratamento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à autoestima e à relação geral.

Quando comparámos o tratamento do tipo cirúrgico ao nível da sexualidade, foi encontrado um efeito multivariado ($F_{(3,180)} = 30.403$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .664$), com um efeito muito forte ($\eta_p^2 = .336$). Encontram-se resultados

Tabela 1

Comparação do grupo com cancro e do grupo de sem cancro ao nível das dimensões da satisfação da relação sexual

	Com historial de cancro M \pm DP	Sem historial de cancro M \pm DP	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima	15.68 \pm 3.17	15.48 \pm 1.88	1.029	.312	.006	.172
Funcionamento sexual	17.93 \pm 9.67	30.19 \pm 4.21	9.419	.003	.052	.863
Relação geral	8.41 \pm 2.03	8.83 \pm 1.35	.501	.480	.003	.108

Tabela 2

Comparação de diferentes tipos de cancro ao nível da satisfação sexual

	Mama M \pm DP	Urológico M \pm DP	Digestivos M \pm DP	Outros M \pm DP	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima	14.83 \pm 3.34	16.76 \pm 2.85	13.63 \pm 5.68	14.41 \pm 5.05	2.72	.049	.083	.643
Funcionamento sexual	19.54 \pm 9.36	12.29 \pm 7.22	18.50 \pm 12.57	23.53 \pm 10.12	6.82	.001	.185	.972
Relação geral	8.37 \pm 2.25	8.24 \pm 2.13	7.25 \pm 3.24	8.41 \pm 2.32	.53	.663	.017	.155

Tabela 3
Comparação do tempo de diagnóstico e nível de sexualidade

	Sem cancro	< 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	+ de 5 anos	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2	P.O.
	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP				
Autoestima	14.25 ± 4.58	14.96 ± 2.96	15.64 ± 3.11	14.40 ± 5.68	15.89 ± 4.15	1.147	.336	.025	.356
Funcionamento sexual	27.78 ± 9.15	14.00 ± 9.07	22.21 ± 8.25	11.93 ± 8.99	18.82 ± 10.44	18.205	.001	.291	1.000
Relação geral	8.13 ± 2.73	8.48 ± 2.17	8.50 ± 1.95	7.20 ± 3.21	8.32 ± 2.31	.780	.540	.017	.247

estatisticamente significativos ao nível da autoestima ($p = .015$), com um efeito fraco ($\eta_p^2 = .032$), com uma potência observada (PO) = .681. Foram os sujeitos que não foram submetidos a tratamento cirúrgico que apresentaram valores de autoestima mais baixos (14.18 ± 4.63) em comparação com indivíduos que se submeteram a isso (15.72 ± 3.63).

Também foram encontrados resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .001$), com um efeito forte ($\eta_p^2 = .155$), com uma potência observada (PO) = .999, sendo que quem teve um tratamento cirúrgico apresentou valores de funcionamento sexual mais baixos (17.75 ± 9.74) em comparação com indivíduos que não se submeteram a isso (26.27 ± 10.05).

Para a dimensão “Relação geral”, não foram encontrados dados estatisticamente significativos. Para “outros tipos de tratamentos”, também foi encontrado um efeito multivariado quando comparámos ao nível da sexualidade ($F_{(3,180)} = 3.152$; $p = .026$; Wilks $\lambda = .950$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .050$). Constataram-se resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .008$), com um efeito fraco ($\eta_p^2 = .038$), com uma potência observada (PO) = .761. No entanto, o grupo que não se submeteu aos tratamentos mais convencionais (optando, por exemplo, pela hormonoterapia) apresentou valores de satisfação no funcionamento sexual mais elevados (23.46 ± 10.95) em comparação com indivíduos que se submeteram aos tratamentos convencionais (17.87 ± 8.48) (por exemplo, quimioterapia e radioterapia).

A respeito da autoestima e da relação geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Resultados idênticos foram obtidos quando comparámos por tipo de tratamento ao nível da sexualidade. No entanto, denota-se que os resultados tendem a evidenciar que os indivíduos que receberam tratamento por quimioterapia apresentaram menos satisfação ao nível do funcionamento sexual do que aqueles que não receberam.

Um efeito multivariado foi encontrado quando comparámos a alteração do fenótipo ao nível da sexualidade ($F_{(3,180)} = 13.034$; $p < .001$; Wilks $\lambda = .822$), com um efeito forte ($\eta_p^2 = .178$). Encontraram-se resultados estatisticamente

significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .001$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .087$), com uma potência observada (PO) = .986, mas quem teve alteração de fenótipo apresentou valores de satisfação com o funcionamento sexual mais baixos (16.41 ± 9.14) em comparação com indivíduos que não tiveram essas alterações devido aos tratamentos efectuados (21.17 ± 10.59). Quanto à autoestima e à relação geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (tabela 4).

Quando comparámos a perda de um membro, ao nível da sexualidade, também foi encontrado um efeito multivariado ($F_{(3,180)} = 14.846$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .802$), com um efeito forte ($\eta_p^2 = .198$). Encontraram-se resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .001$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .111$), com uma potência observada (P.O.) = .997, sendo que quem teve perda de um membro apresentou valores de satisfação com o funcionamento sexual mais baixos (16.68 ± 9.51) em comparação com indivíduos que não tiveram perda de membro (24.70 ± 10.41). Esta incluía a perda de alguma parte do corpo mesmo que não fosse visível.

Também foi encontrado um efeito multivariado quando comparámos o aumento de peso ao nível da sexualidade ($F_{(3,180)} = 6.678$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .900$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .100$). Encontraram-se resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .005$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .043$), com uma potência observada (PO) = .813, sendo que quem teve um aumento de peso apresentou valores de funcionamento sexual mais baixos (18.00 ± 9.75) em comparação com indivíduos que não tiveram aumento de peso (23.62 ± 10.74). Para as subescalas autoestima e relação geral, também não foram encontrados dados estatisticamente significativos.

Quando comparámos a fadiga e a satisfação ao nível da sexualidade, a Anova evidenciou um efeito multivariado ($F_{(3,180)} = 5.764$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .912$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .088$). Encontraram-se resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .002$), com um efeito moderado ($\eta_p^2 = .051$),

Tabela 4
Comparação das alterações fenótípicas

	Com alteração M ± DP	Sem alteração M ± DP	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima	15.53 ± 3.35	14.68 ± 14.48	1.252	.265	.007	.200
Funcionamento sexual	16.41 ± 9.14	24.17 ± 10.59	17.392	< .001	.087	.986
Relação geral	8.43 ± 2.02	8.11 ± 2.64	.501	.476	.003	.110

com uma potência observada (PO) = .877, sendo que quem demonstrou fadiga apresentou valores de satisfação com o funcionamento sexual mais baixos (18.89 ± 9.86) em comparação com indivíduos que não sentiram fadiga pelos tratamentos efectuados (24.15 ± 10.79). Para as subescalas autoestima e relação geral, também não foram encontrados dados estatisticamente significativos.

Também foi encontrado um efeito multivariado quando comparámos problemas sexuais já evidenciados da satisfação atual com a sexualidade ($F_{(3,180)} = 36.005$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .625$), com um efeito muito forte ($\eta_p^2 = .375$). Encontraram-se resultados estatisticamente significativos ao nível do funcionamento sexual ($p = .001$), com um efeito forte ($\eta_p^2 = .210$), com uma potência observada (PO) = .995, sendo que quem refere problemas sexuais apresentou valores de funcionamento sexual mais baixos (14.59 ± 7.55) em comparação com indivíduos que não referem tais problemas (25.56 ± 10.26). Nas subescalas autoestima e relação geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quando comparámos, ao nível da sexualidade, os sujeitos em função das alterações físicas como a perda de cabelo, perda de peso e ocorrência de vômitos, constatámos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões analisadas.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo comparar indivíduos diagnosticados com cancro com outros sem cancro e saudáveis, no âmbito da satisfação sexual, autoestima, funcionamento sexual e relação geral. Para o efeito, foram assumidas como variáveis independentes as seguintes: tipo de cancro, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e alterações na imagem corporal. Esta última variável foi subdividida em: alteração ao fenótipo e perda de membro. Foram ainda considerados o aumento de peso, fadiga, problemas sexuais, perda de cabelo e vômitos.

Os resultados obtidos evidenciaram que os indivíduos com historial de cancro apresentam níveis mais baixos de

satisfação com o relacionamento sexual quando comparados com indivíduos sem historial de cancro. Esses resultados estão em concordância com a literatura da especialidade (Flynn et al., 2011; Gianini, 2004; Lindau et al., 2011; Melisk et al., 2010).

Constatámos que diferentes tipos de cancro têm diferentes repercussões ao nível da sexualidade. Esses resultados vão ao encontro da literatura que demonstra que ao cancro estão fortemente associados menores níveis de bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a sexualidade (Fleury, Pantaroto & Abdo, 2011).

Entre os vários cancros estudados, o urológico foi o que apresentou um nível de satisfação com o funcionamento sexual mais baixo. A área anatómica implicada nesse tipo de cancro encontra-se muito associada à masculinidade e à respectiva sexualidade (Tran, 2011). O cancro do aparelho digestivo também mostrou baixos níveis de satisfação com o funcionamento sexual. Embora o aparelho digestivo não contemple os órgãos sexuais, exerce funções fundamentais para o ser vivo, nomeadamente ao nível dos intestinos e do esfíncter, o que poderá levar a alterações de autoimagem e, consequentemente, influenciará a satisfação com a sexualidade. A ansiedade, os receios e as dúvidas encontram-se presentes e condicionam as atividades diárias desses pacientes, assim como os relacionamentos e as atividades sociais, pois as alterações na morfologia corporal podem ser notórias (Paula, Takahashi & Paula, 2009) ou então percebidas como tal.

As mulheres com cancro de mama também evidenciam menores níveis de satisfação na relação sexual, uma vez que, na maioria dos casos, a imagem corporal é afetada na fase de tratamentos. No entanto, os valores de satisfação são um pouco mais elevados, já que os efeitos dos tratamentos como a perda da mama, ou parte dela, como a alopecia e todas as alterações hormonais, são ultrapassados, na sua maioria, após o término destes, ou como consequência de intervenções cirúrgicas de reconstrução e o renascimento do cabelo. Esses são factos que não se verificam em grande parte dos casos do cancro urológico, em que a disfunção eréctil e a infertilidade são permanentes.

A variável tempo de tratamento evidenciou ter influência nos níveis de satisfação com a sexualidade. Antes de completar o primeiro ano após o diagnóstico, o nível de satisfação sexual tende a apresentar-se mais baixo. Os tratamentos realizados de forma mais alargada no tratamento do cancro evidenciaram uma diminuição no nível de satisfação com a sexualidade. Os efeitos desses tratamentos prolongam-se no tempo, pelo que os clínicos devem trabalhar esses aspetos mesmo após terem sido terminadas as terapêuticas (Goldfarb et al., 2013).

Não foram encontrados dados estatisticamente significativos em relação ao tratamento de quimioterapia. Essa constatação pode advir do facto de que a maioria dos participantes realizou quimioterapia em simultâneo com os tratamentos de radioterapia, cirurgia e outros. Todos os tratamentos implicam alterações físicas e mentais nos pacientes e estas, por sua vez, fazem-se repercutir a vários níveis, mas de uma forma mais expressiva na sexualidade dos doentes (Remondes-Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2012; Serrano, 2005; Siegel et al., 2012; Valério, 2007). A fadiga demonstrou estar relacionada com a idade, sexo, tipo de cancro e tipo de tratamento recebido (Battaglini et al., 2006; Dietrich et al., 2006; Ishikawa et al., 2005; Gianini, 2004; McAuley et al., 2010; Siegel et al., 2012). Tal como os nossos resultados demonstram, a fadiga tem um efeito negativo ao nível da sexualidade e do funcionamento sexual, assim como o aumento do peso, perda de algum membro do corpo ou qualquer outra alteração fenotípica. Neste estudo, foram contempladas as situações de perda de um membro ou parte dele ou de um órgão, seja este visível ou não, assim como os casos em que houve alteração do fenótipo devido aos tratamentos recebidos. O aumento de peso é outro dos factores que conduzem a alterações no fenótipo, a par da perda de membros do corpo. Essas alterações na imagem corporal resultam na diminuição da autoestima dos pacientes e conduzem a problemas de cariz e funcionamento sexual (Flynn et al., 2011; Pérez et al., 2010; Siegel et al., 2012). A perda de cabelo foi um dos efeitos dos tratamentos que não se mostrou em concordância com a literatura, uma vez que não evidenciou resultados estatisticamente significativos com relação à dimensão sexual. No entanto, o facto de existirem programas que possibilitam a utilização de perucas pode ter um efeito atenuador ao nível da autoestima (Cantinelli et al., 2006; Ramírez et al., 2009).

Finalmente, podemos dizer que o trabalho mostra a influência negativa que o cancro tem na satisfação com a sexualidade, nomeadamente ao nível do funcionamento sexual. Nesse sentido, constatamos que o cancro urológico é o que apresenta um nível de satisfação com o funcionamento sexual mais baixo, seguido pelo cancro do aparelho digestivo e de mama.

O tempo desde o diagnóstico também mostra influência sobre os níveis de satisfação com a sexualidade, com o período inferior a um ano, e o período de três a cinco anos, apresentando os menores valores de satisfação com o funcionamento sexual.

Os tratamentos realizados como radioterapia, cirurgia e outros tipos de tratamento apresentaram também um efeito negativo sobre a satisfação com a sexualidade. Apesar de o nosso estudo não ter evidenciado a influência que a quimioterapia tem ao nível da sexualidade, a literatura parece consensual acerca dos efeitos secundários que a quimioterapia tem e que afectam a dimensão sexual do paciente.

As mudanças na imagem corporal como alterações do fenótipo, perda de um membro, que inclui a perda de um membro ou órgão, mesmo que não seja visível, aumento do peso, fadiga e problemas/disfunções sexuais, influenciaram a satisfação com a sexualidade. Por sua vez, e ao contrário da literatura, a perda de peso, os vômitos e a perda de cabelo não demonstraram ter influência na sexualidade.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society (2016). *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta: American Cancer Society.
- Araújo, A., Barata, F., Barroso, S., Cortes, P., Damasceno, M., Parreira, A. et al. (2009). Custo do tratamento do cancro em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 22(5), 525-536.
- Barbaric, M., Brooks, E., Moore, L. & Cheifetz, O. (2010). Effects of Physical Activity on Cancer Survival: A Systematic Revision. *Physiotherapy Canada*, 62(1), 25-34.
- Barbosa, J. (2008). *A sexualidade nas mulheres mastectomizadas*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Battaglini, C., Bottaro, M., Dennehy, C., Borfoot, D., Shields, E., Kirk, D. et al. (2006). The Effects of Resistance Training on Muscular Stretch and Fatigue Levels in Breast Cancer Patients. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 12(3), 139-144.
- Cantinelli, F., Camacho, R., Smaletz, O., Gonsales, B., Braguittoni, E. & Rennó Jr, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama — considerações a respeito de questões do feminino. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(3), 124-133.
- Cappelleri, J. C., Althof, S. E., Siegel, R. L., Shpilsky, A., Bell, S. S. & Dutttagupta, S. (2004). Development and validation of the Self-Esteem and Relationship (Sear) questionnaire in erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 16, 30-38. doi:10.1038/sj.ijir.3901095
- Cesnik, V., Vieira, E., Giami, A., Almeida, A., Santos, D. & Santos, M. (2013). The Sexual Life of Women with Breast Cancer: Meanings Attributed to the Diagnosis and its Impact on Sexuality. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 187-197.

- Diettrich, S., Miranda, C., Honer, M., Furtado, E. & Correa-Filho, R. (2006). Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14(1), 7-12.
- Elsner, V., Trentin, R. & Horn, C. (2009). Efeito da hidroterapia na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 16(2), 67-71.
- Fleury, H., Pantaroto, H. & Abdo, C. (2011). Sexualidade em oncologia. *Revista Diagnóstico Tratamento*, 16(2), 86-90.
- Flynn, K., Jeffery, D., Keefe, F., Porter, L., Shelby, R., Fawzy, M. et al. (2011). Sexual Functioning Along the Cancer Continuum: Focus Group Results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS™). *Psychooncology*, 20(4), 378-386. doi:10.1002/pon.1738
- Fortune-Greeley, A., Flynn, K., Jeffery, D., Williams, M., Keefe, F., Reeve, B. et al. (2009). Using Cognitive Interviews to Evaluate Items for Measuring Sexual Functioning Across Cancer Populations: Improvements and Remaining Challenges. *Quality of Life Research*, 18(8), 1 085-1 093. doi:10.1007/s11136-009-9523-x
- Freitas, H., Oliveira, M., Saccol, A. & Moscarola, J. (2000). O método de pesquisa *survey*. *Revista Adm.*, 35(3), 105-112.
- Gianini, M. (2004). *Câncer e gênero: enfrentamento da doença*. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo.
- Goldfarb, S., Abramsohn, E., Andersen, B., Baron, S., Carter, J., Dickler, M. et al. (2013). A National Network to Advance the Field of Cancer and Female Sexuality. *Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 319-325. doi:10.1111/jsm.12061
- Greenfield, D., Walters, S., Coleman, R., Hancock, B., Snowden, J., Shalet, S. et al. (2010). Quality of Life, Self-Esteem, Fatigue, and Sexual Function in Young Men after Cancer: A Controlled Cross-Sectional Study. *Cancer*, 116(6), 1 592-1 601.
- Harden, J., Northouse, L., Cimprich, B., Pohl, J., Liang, J. & Kershaw, T. (2008). The Influence of Developmental Life Stage on Quality of Life in Survivors of Prostate Cancer and Their Partners. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(2), 84-94. doi:10.1007/s11764-008-0048-z
- Hill, E., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E. et al. (2011). Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs (Sexual Care Needs of Cancer Survivors). *Cancer*, 117(12), 2 643-2 651. doi:10.1002/cncr.25832
- Ishikawa, N., Derchain, S. & Thuler, L. (2005). Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4), 313-318.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J. & Thun, M. (2009). Cancer Statistics, 2009. CA: *Cancer Journal for Clinicians*, 59(4), 225-249. doi: 10.3322/caac.20006
- Lindau, S., Surawska, H., Paice, J. & Baron, S. (2011). Communication about Sexuality and Intimacy in Couples Affected by Lung Cancer and their Clinical Care Providers. *Psychooncology*, 20(2), 179-185. doi:10.1002/pon.1787
- Marcon, S., Radovanovic, C., Waidman, M., Oliveira, M. & Sales, C. (2015). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 14(esp.), 116-124.
- McAuley, E., White, S., Rogers, L., Motl, R. & Courneya, K. (2010). Physical Activity and Fatigue in Breast Cancer and Multiple Sclerosis: Psychosocial Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 88-96.
- Melisko, M., Goldman, M. & Rugo, H. (2010). Amelioration of Sexual Adverse Effects in the Early Breast Cancer Patient. *Journal of Cancer Survivorship*, 4: 247-255. doi: 10.1007/s11764-010-0130-1
- Pais-Ribeiro, J. & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia: saúde e doenças*, 6(2), 191-202.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Paula, M., Takahashi, R. & Paula, P. (2009). Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 29(1), 77-82.
- Pérez, M., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Schechtman, K., Gillanders, W., et al. (2010). Changes in Sexual Problems over time in Women with and without Early-Stage Breast Cancer. *Menopause*, 17(5), 924-937. doi:10.1097/gme.0b013e3181d5dd26
- Ramírez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. & Krouse, R. (2009). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women Health*, 49(8), 608-624. doi:10.1080/03630240903496093
- Remondes-Costa, S., Jiménez, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia: saúde e doenças*, 13(2), 327-339.
- Sacerdoti, R., Lagana, L. & Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 533-540. doi:10.1037/a0021428
- Santos, E. (2011). *Vivências sexuais do doente prostatectomizado radical*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise psicológica*, 2(23), 137-150.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T. et al. (2012). Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2012. CA: *Cancer Journal for Clinicians*, 62(4), 220-241. doi: 10.3322/caac.21149
- Tran, N. (2011). Scrotal and Perineal Reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery*, 25(3), 213-221.
- Valdivieso, M., Kujawa, A., Jones, T. & Baker, L. (2012). Cancer Survivors in the United States: A Review of the Litera-

- ture and a Call to Action. *International Journal of Medical Sciences*, 9(2), 163-173. doi: 10.7150/ijms.3827
- Valério, E. (2007). *Alteração do padrão da sexualidade no doente com doença oncológica*. Porto: Universidade do Porto — Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- World Health Organization (2013). *Cancer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Zebrack, B., Foley, S., Wittmann, D. & Leonard, D. (2010). Sexual Functioning in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Psychooncology*, 19(8), 814-822. doi:10.1002/pon.1641