

Fenômeno *sexless marriage*, câncer de próstata e bioética

Bruno Vilalva Mestrinho¹, Vitória Marra da Motta Vilalva Mestrinho², Renata Verna Leal de Oliveira³

1. Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Universidade Católica de Brasília, Brasília/DF, Brasil. 3. Centro Universitário Unieuro, Brasília/DF, Brasil.

Resumo

O termo *sexless marriage* refere-se à falta de atividade ou intimidade sexual em uma união conjugal por um ano. O tratamento de câncer de próstata pode ocasionar esse fenômeno, acarretando uma realidade na qual a falta de atividade sexual afeta o relacionamento conjugal. O objetivo desta revisão de literatura é investigar o impacto da doença na relação e redefinir o papel dessa parceria com novas estratégias para que a relação sexual não se restrinja ao genital. Consultaram-se as bases PubMed, SciELO e Google Scholar e sites de grande circulação, por meio dos descritores *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage* e *treatment*. Nota-se dependência do paciente em relação à parceira, afetando a autoestima dele, enquanto ela se sente responsável pelo sucesso do tratamento e carrega as angústias impostas pela doença. Acolher a parceira é oportunidade de incluir uma doença de múltiplos desdobramentos em um debate atual e ético.

Palavras-chave: Comportamento sexual. Acolhimento. Bioética. Equidade. Neoplasias da próstata.

Resumen

Fenómeno *sexless marriage*, câncer de próstata y bioética

El término *sexless marriage* se refiere a la falta de actividad o intimidad sexual en una unión conyugal durante un año. El tratamiento del cáncer de próstata puede provocar este fenómeno, llevando a una realidad en la que la falta de actividad sexual afecta la relación conyugal. El objetivo de esta revisión de la literatura es investigar el impacto de la enfermedad en la relación y redefinir el papel de este vínculo con nuevas estrategias para que la relación sexual no se limite a lo genital. Se consultaron las bases de datos PubMed, SciELO y Google Scholar, y sitios web de amplia circulación, mediante los descriptores *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage* y *treatment*. Se nota la dependencia del paciente con relación a su pareja, lo que afecta su autoestima, mientras ella se siente responsable del éxito del tratamiento y carga con las angustias impuestas por la enfermedad. Acoger a la compañera es una oportunidad para incluir una enfermedad con múltiples repercusiones en un debate actual y ético.

Palabras clave: Conducta sexual. Acogimiento. Bioética. Equidad. Neoplasias de la próstata.

Abstract

Sexless marriage phenomenon, prostate cancer, and bioethics

The term *sexless marriage* refers to the lack of sexual activity or intimacy in a marital union for one year. Prostate cancer treatment can cause this phenomenon, leading to a reality in which the lack of sexual activity affects marriage. The objective of this literature review is to investigate the impact of the disease on the relationship and redefine the role of this partnership with new strategies, so that sexual relations are not restricted to the genitals. The PubMed, SciELO, and Google Scholar databases were consulted, as well as widely circulated websites, using the descriptors *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage*, and *treatment*. The patient's dependence on his partner is noticeable, affecting his self-esteem, whereas she feels responsible for the success of the therapy and bears the anguish imposed by the disease. Welcoming the partner is an opportunity to include a disease with multiple consequences in a current and ethical debate.

Keywords: Sexual behavior. User embracement. Bioethics. Equity. Prostatic neoplasms.

Declararam não haver conflito de interesse.

Desde a sua gênese, a bioética investiga todas as condições necessárias para a administração da vida humana responsável. Formula-se, de igual modo, a perspectiva de que a vida humana é mais importante do que a ciência. Sendo assim, tal área, pela importância que tem, acaba assumindo uma tríplice função: a) descrever e analisar conflitos; b) proscrever os comportamentos considerados reprováveis e prescrever aqueles considerados corretos; c) proteger todos os envolvidos em alguma questão e priorizar, quando for necessário, “o mais fraco”¹.

Esses pressupostos, principalmente o último, estão relacionados ao objeto deste artigo: o estudo da perspectiva da parceira no fenômeno denominado *sexless marriage* (casamento sem sexo) no decorrer do tratamento de câncer de próstata do parceiro. Trata-se de um termo da literatura médica dos Estados Unidos que designa o casamento em que o intercuro sexual ocorre menos de dez vezes por ano, por razão conhecida ou não.

Em 1992, o US National Health and Social Life Survey² relatou que 2% dos respondentes casados entre 18 e 59 anos não tiveram intimidade sexual no último ano e, comparativamente, entre aqueles com idade de 65 a 80 anos, 92% não tiveram. Dentre as causas para isso estão: exaustão, vida estressada e corrida; pós-operatório de cirurgia pélvica; trauma de bacia e de genital; inabilidade de alcançar o orgasmo; vaginismo; efeitos colaterais de medicações; drogadição; gravidez; doenças agudas ou crônicas; patologias endócrinas; princípios religiosos; transmissão de doença venérea; medo de engravidar; medo de ter herdeiros; perda de interesse por convivência próxima; casamento por conveniência; e, por fim, ser portador de câncer².

Na oncologia, principalmente em casos de câncer da mama e tumores gênito-urinários, incluindo o de próstata, o conceito *sexless marriage* é bem conhecido, uma vez que o fenômeno causa sofrimento familiar, quer pelas mudanças físicas e psíquicas, quer pela ruptura de planos e de estilo de vida, o que é traduzido como perda de prazer e desesperança³.

Ainda nesse contexto de oncologia e sexualidade feminina, há mitos sexuais errôneos, como: 1) o câncer genital pode passar para o outro através da relação sexual; 2) apenas mulheres jovens querem ter relação sexual; 3) após o aparecimento do câncer de mama ou de colo uterino, não se pode mais

ter relação sexual; 4) a perda da mama ou do útero decreta o fim da vida sexual feminina; 5) a mama é associada à fertilidade; 6) portadoras de estoma urinário ou fecal não têm mais intimidade com o parceiro⁴. Tudo isso dificulta o livre exercício da sexualidade em mulheres ditas experientes.

Para Simone de Beauvoir⁵, “ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher”, pois a forma que a mulher assume na sociedade é elaborada pela civilização, sendo o feminino um produto intermediário entre o macho e o castrado. Atualmente, em função da exposição midiática, a beleza e a sexualidade são vistas como sinônimo de juventude, sendo valores a serem buscados em toda e qualquer etapa da vida.

Assim, a velhice se associa à degeneração do corpo, e as mulheres buscam apagar os sinais do tempo, almejando corpos com aparência cada vez mais jovem. Dessa forma, para Beauvoir⁶, a mulher idosa perde seu lugar na sociedade, tornando-se um monstro que suscita repulsa e medo.

Serrão⁷ aponta que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sexualidade compreende a necessidade de contato, ternura, intimidade, sentimentos, comportamentos e afetos. É uma necessidade do ser humano que se relaciona com outros aspectos da vida, que vai além do ato sexual em si. É também uma forma de as pessoas perceberem sua identidade, pois a intimidade e a proximidade dão sentido à vida dos indivíduos e ao estabelecimento de vínculos de segurança.

A sexualidade influencia pensamentos, erotismo, trocas e permeia a saúde mental e física dos envolvidos. A medicina hipocrática manteve o tema da sexualidade afastado de sua preocupação até meados do século XIX, pois a atividade era controlada por autoridades religiosas, morais, políticas e legais, de forma que os médicos atuavam tão somente em questões secundárias, tais como infecções sexualmente transmissíveis e no parto. Já no século XX, houve avanços na psicanálise e no campo da ciência do comportamento, sucedidos no pós-Segunda Guerra com o avanço da sexologia masculina e feminina.

Hoje, nos conflitos bioéticos relativos à sexualidade, fala-se muito de forma aberta da violência sexual e obstétrica, de anticoncepção, de portadores de HIV, da população LGBTQIA+ e da redesignação sexual; contudo a produção científica para o universo dos idosos, sobretudo referente ao

público feminino, é mínima. Segundo Foucault⁸, no século XX as mulheres ainda se sujeitavam fortemente a um “regime vitoriano”, no qual a sexualidade era reprimida, contida, muda e hipócrita.

As mulheres idosas sofrem com as mudanças da sexualidade de seu novo ciclo de vida, pois experimentaram durante muito tempo as relações de poder vigentes em décadas passadas. Nesse contexto, a conduta feminina foi domesticada sob um modelo patriarcal ao longo de toda a vida, no qual lidavam com desigualdades sexuais, sociais, familiares e trabalhistas⁹.

Sobreviventes do câncer de próstata e suas companheiras devem ser informados sobre o antes e depois do tratamento e seus efeitos colaterais para pesar os riscos e benefícios. Isso fará um ajuste real, a fim de controlar expectativas futuras e dar suporte psicossocial para o casal¹⁰.

Esta revisão foca justamente a importância de a parceira reconhecer seu papel ativo de proteção quando aparecerem as limitações sexuais impostas pelo tratamento. Dessa forma, o objetivo deste artigo é investigar o impacto da doença na relação marital, sobretudo na esfera sexual, e redefinir o papel da parceira com novas estratégias para que a relação sexual não se restrinja ao genital.

Sobre o câncer de próstata

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o câncer de próstata é a segunda neoplasia mais comum no homem, com mais de 71 mil casos novos estimados por ano, perdendo apenas para o câncer de pele¹¹. Ressalta-se que o câncer de próstata não tem causa evitável, apresenta taxa de cura acima de 95% quando o diagnóstico é precoce e é uma doença fundamentalmente da terceira idade, embora possa acometer pacientes mais jovens.

Na maioria das vezes, a parceira também é idosa, com problemas da menopausa, tais como diminuição do desejo sexual, secura vaginal, dispareunia, incontinência urinária e fecal e comorbidades que diminuem o desejo e o ato sexual em si. Além disso, pela ótica ocidental, a mulher idosa é estigmatizada como ser assexual, sem querer, desejos, sentires, fantasias nem expectativas⁷.

O câncer prostático é investigado mediante história clínica, exame digital retal, dosagem do antígeno prostático específico (PSA) e,

recentemente, pela realização de ressonância da próstata. Esses exames indicam a necessidade de realizar biópsia prostática para confirmar o diagnóstico de neoplasia maligna, que, conforme critérios clínico-laboratoriais e de imagem, classifica-se como localizada (inicial), localmente avançada (intermediária) e avançada (metastática).

Todas essas categorias têm tratamento, que pode ser curativo ou paliativo, exclusivo ou em conjunto: prostatectomia radical, radioterapia pélvica, crioterapia, braquiterapia, deprivação hormonal medicamentosa, orquiectomia bilateral, imunoterapia, uso de radiofármacos, *watchful waiting* ou vigilância ativa. Essas duas últimas modalidades consistem em acompanhamento do caso, sem tratamento. Toda a terapêutica é conduzida por urologistas, radiologistas, radioterapeutas, oncologistas, médicos nucleares, médicos paliativistas e da família, patologistas, anestesistas, psiquiatras, geriatras, psicólogos, sexólogos, fisioterapeutas e enfermeiros.

Nos casos iniciais e intermediários, o tratamento mais utilizado é a prostatectomia radical. Trata-se de uma técnica extirpativa do tumor, com a tentativa de preservar o feixe vaso-nervoso em que estão inseridos os nervos erigentes, responsáveis diretos pelo mecanismo de ereção peniana. Apesar do esforço atual, com a realização de cirurgia robótica, a literatura relata que ainda há uma alta taxa de disfunção erétil total ou parcial imediatamente após o procedimento, embora haja alguma recuperação da função erétil entre 6 e 12 meses após a cirurgia.

Mesmo trabalhando muito próximo da próstata e dos seus envoltórios, para evitar danos nos nervos, a disfunção erétil ocorre em até 63% dos homens submetidos ao processo de extração da próstata pelo robô, segundo dados de Basourakos e colaboradores¹². Essa taxa varia conforme critérios de diagnóstico, extensão da doença, anatomia do paciente, experiência do cirurgião, função erétil pré-procedimento e comorbidades/medicações do paciente.

Outras complicações sérias do tratamento operatório são: incontinência urinária, estenose uretral, fístulas urinárias, encurtamento do pênis, perda da sensibilidade peniana e da temperatura da glândula, climatúria, anejaculação e tortuosidade peniana. Contudo, ressalta-se que essas complicações possuem tratamento, mesmo que de forma parcial ou transitória.

Ainda na linha curativa, a radioterapia, procedimento que consiste na irradiação direcionada às células tumorais para matá-las, com aplicação pelo período de seis meses a dois anos, pode resultar em disfunção erétil a médio e longo prazo.

Nos casos avançados, com bloqueio hormonal da testosterona, há perda do desejo sexual e, em última análise, do mecanismo excitatório e de rigidez peniana, em função do quadro de hipogonadismo, com dosagem de testosterona baixa. Outros efeitos adversos são ganho de peso, alteração da libido e do comportamento, ginecomastia e distribuição de gordura com padrão feminino pelo corpo. Tudo isso desmotiva também a parceira, com consequências graves de desesperança no que a vida tem para oferecer¹³.

Nesse contexto disruptivo, surge a questão da parceira, do parceiro ou dos múltiplos companheiros(as), a depender dos arranjos e das amplitudes familiares e sexuais. Como base, podemos partir dos dados apresentados por Worthington¹⁴, que demonstram que somente nos Estados Unidos mais de 3 milhões de homens sobreviveram ao câncer de próstata e, consequentemente, sofrem os efeitos do tratamento. Soma-se a isso a estimativa de que 73% desses homens com idade entre 65 e 80 anos de idade são casados ou têm parceiras(os)¹⁴.

Com a expectativa da cura do câncer de próstata, o paciente com disfunção erétil ou incontinência urinária precisa contar muito mais com o apoio e a compreensão da parceira. Ferreira¹⁵ revela que 60% dos homens que vão à primeira consulta da avaliação prostática são trazidos por terceiros e que a grande incentivadora a levar e acompanhar os desfechos é mulher (filhas, irmãs, esposas e parceiras). Na simbologia anedótica machista do “toque prostático”, o medo de ser invadido inicia na realização do exame digital retal e da biópsia prostática, continua na comunicação da má notícia do diagnóstico do câncer de próstata e persiste nas escolhas e nas sequelas de tratamento, uma verdadeira jornada oncológica.

Hoje, há questionários que visam investigar a parte sexual da mulher e poderiam ser explorados nesse assunto. O mais conhecido é o Female Sexual Function Index (FSFI), instrumento para aplicação em pesquisas de campo que avalia a força de cada domínio da resposta sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) e converte

a subjetividade da intimidade conjugal em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis, com validação no Brasil¹⁶.

O desvelamento da discussão sobre o prazer sexual da mulher visa sua satisfação sexual, relacionando-a, por conseguinte, com os princípios da bioética da autonomia e com a justiça. A sexualidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é um dos braços da qualidade de vida, o que a torna, para vários domínios, fundamental na existência humana⁷. No *Estudo da vida sexual do brasileiro*, Abdo¹⁷ afirma que as mulheres participantes consideram o sexo importante/importantíssimo para a harmonia sexual e que se sentem à vontade para falar de sexo, sem restrições.

O casal tem a expectativa de curar o câncer sem os danos causados pelo tratamento, como a disfunção erétil e a incontinência urinária, o que seria o “trifecta” – cura do paciente, manutenção da função erétil e manutenção da função miccional¹⁸. Inclusive, as complicações são pouco esclarecidas pelo cirurgião ao casal no período anterior à cirurgia, gerando descontentamento e arrependimento depois.

O tratamento para disfunção erétil é feito por meio de drogas eretogênicas, aplicação de injeção de prostaglandina no pênis e implante de prótese peniana. Todavia, esses tratamentos prejudicam em parte o prazer da relação sexual conquistado em anos ou décadas, caracterizando uma sexualidade “biônica ou artificial”, segundo os pacientes¹⁹.

A partir daí, a esposa ou parceira(o) passa a ser a companheira da doença e do adoecimento, não mais o objeto sexual. Mudanças na sexualidade após o câncer são associadas a autopunição, rejeição, tristeza, raiva, falta de vontade sexual e de comunicação²⁰.

Método

Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada por meio de buscas nas seguintes fontes: PubMed, SciELO, plataforma de pesquisa Google Scholar e sites de grande circulação, abrangendo o período de 2000 a 2023. Os descritores utilizados na busca foram *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage* e *treatment*.

Foram incluídos textos completos em português, espanhol ou inglês com foco de investigação no

fenômeno *sexless marriage* no contexto do câncer de próstata e relacionamento conjugal. Os critérios de exclusão foram: apresentar pouca ou nenhuma informação relevante ou relacionada ao tema, ou não expor subsídios adicionais aos outros dados selecionados. Entre os 100 estudos selecionados, 34 preencheram os critérios de inclusão, sendo um artigo da América Central. Nenhum estudo brasileiro foi selecionado.

Resultados e discussão

Guercio e Mehta²¹ levantam o debate da percepção e da satisfação da parceira após a prostatectomia radical. Quando se trata do paciente operado, pontua-se que o suporte da parceira melhora a função sexual e a satisfação do casal. Também constatam falta da figura feminina em estudos sobre câncer de próstata e que a disfunção erétil pode causar frustração, ansiedade e depressão, culminando em separação.

Boehmer e Babayan²² abordam a mesma temática, mas partindo de um estudo de caso. Os autores investigaram a satisfação sexual da parceira em 21 casos, nos quais o câncer de próstata havia sido diagnosticado, porém antes do início do tratamento. Desses 21 casos, 13 parceiras foram ouvidas, separadamente, em entrevistas semiestruturadas com seus parceiros sobre as ameaças da disfunção erétil.

As mulheres responderam às questões sobre a disfunção erétil, enfatizando as outras dimensões do relacionamento e ainda demonstraram preocupação com a saúde do parceiro. Isso mostra que entendem a relação intrínseca construída entre identidade masculina e potência sexual, uma vez que, *pelo modelo hegemônico da masculinidade, o homem foi criado desde criança (...) a ser o agente ou o "penetrador"*²³.

Nessa mesma linha, o estudo de Palácios e colaboradores²⁴ abrange um grupo um pouco maior de pacientes submetidos a cirurgia, radioterapia e uso de hormônio – e suas respectivas parceiras –, totalizando 253 homens e 174 parceiras. As parceiras relataram altos níveis de ansiedade, tendo em vista o tratamento e as consequentes mudanças no relacionamento, e metade delas relatou dificuldades em lidar com esse novo modelo de enfrentamento da sexualidade. Já no que se refere à incontinência

urinária, 61,1% alegam não ter dificuldade em lidar com a situação, mas apontam que os cuidados que o paciente requer, como trocar a fralda, influenciaram sua relação amorosa.

Palácios e colaboradores²⁵ preconizam que as parceiras não querem colocar pressão na sexualidade do esposo, no sentido de ter dificuldade de lidar com os efeitos colaterais sexuais do tratamento oncológico. Os médicos também não ajudam nessa questão, pois fazem poucas perguntas sobre a vida sexual do casal na anamnese. Os autores propõem que as condutas sejam guiadas por sexólogos e psicólogos especializados em sexologia.

Passando para uma dimensão longitudinal do problema, ressalta-se o estudo de Ramsey e colaboradores²⁶, que investigam os efeitos do tratamento no relacionamento e na vida cotidiana dos pacientes seis meses após a cirurgia e, em seguida, doze meses depois dela. A pesquisa destaca que, dos 88 casais que fizeram parte do estudo seis meses após o procedimento, 12% indicaram os impactos do tratamento como muito negativos em sua relação sexual. Já a partir do 12º mês, essa porcentagem subiu para 29%, o que revela que os impactos pioram com o passar do tempo.

No que se refere aos homens que fazem sexo com homens (HSH), estudos como o de Martin-Tuite e Shindel²⁷ e o de Manne e colaboradores²⁸ demonstram que muitos HSH que lidam com as sequelas do câncer de próstata desenvolveram estratégias para continuar com suas práticas sexuais, como aumentar a proximidade, ter maior apreço à vida, reconhecer qualidades positivas e boas práticas de vida saudável. Assim, afastam o foco do falo, o que pode ser uma oportunidade de aprendizagem para os demais homens na mesma situação.

Quanto à população LGBTQIA+, há as mulheres transgêneros, conhecidas como "mulheres com próstata", pois na mudança de gênero por meio da cirurgia de redesignação sexual não é feita a remoção da próstata. Apesar do risco de câncer de próstata ser baixo, as mulheres trans devem saber: 1) falta de ciência do médico sobre o fato de uma paciente registrada como mulher ter próstata; 2) sua dosagem de PSA pode estar alterada em função do uso de hormônio feminino, por exemplo o estrógeno; e 3) os sintomas do câncer de próstata podem ser ausentes ou confundidos com os

sintomas da cirurgia reconstrutiva²⁹. A tendência é de aumento dessa população, e os(as) parceiros(as) também sofrerão do fenômeno *sexless marriage*.

Aproximando o debate da América Latina, o texto de Berríos e Rivero Vergne³⁰, de Porto Rico, apresenta o olhar de dez parceiras de sobreviventes do câncer de próstata, referindo a percepção da mulher enquanto “guardiã da saúde”. Consideradas como cuidadoras primárias de seus parceiros, as mulheres se envolvem de forma ativa no processo de tratamento, velando desde a dor até os cuidados com o asseio pessoal³⁰. Dessa forma, a necessidade que o paciente passa a ter da parceira aumenta de forma relevante, o que afeta sua autoestima e faz a parceira se sentir responsável pelo êxito do tratamento, carregando também, por consequência, as angústias da doença.

Olhar bioético

O papel social da mulher é historicamente construído a partir de um olhar predominantemente sexista masculino, de forma que ela foi relegada a um lugar de cuidado. A esse contexto preconceituoso, somam-se os dados levantados pela Sociedade Brasileira de Mastologia, que apontam que 70% das pacientes que lidam com o câncer de mama são abandonadas por seus parceiros quando atingem um alto grau de debilidade físico-emocional³.

Tais fatos revelam que a mulher cuida, mas, em contrapartida, não é cuidada. Por isso, o exercício da conjugalidade é uma das formas de vivenciar a sexualidade, com conhecimento profundo do próprio corpo e da parceira. Com isso, pode-se definir a própria existência conjugal, suas características e seus limites de forma peculiar³.

É necessário amenizar o sofrimento do paciente, mas, sobretudo, inserir nos cuidados a esposa, que permanece ao lado do marido, uma vez que é estruturalmente posta na função de cuidadora. Assim, o câncer de próstata é considerado pela literatura especializada nos Estados Unidos como doença do relacionamento (*relationship illness*), porque a companheira faz parte da recuperação da neoplasia maligna, mitigando os efeitos colaterais do tratamento. Além disso, esposas reportam mais sofrimento emocional no diagnóstico do câncer de próstata do que os próprios maridos³¹.

Dessa forma, considerando os princípios consagrados da bioética (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia), é preciso alcançar uma percepção integral ético-humanística e justa do paciente com câncer de próstata e, sobretudo, o estabelecimento de suas relações com sua parceira.

O homem brasileiro, inserido na cultura latino-americana da virilidade e do falocentrismo, torna o interesse pelos prazeres, desejos e saberes sexuais da parceira uma perspectiva bastante remota. Assim, constrói-se o esquema: ereção = macho = viril = homem exitoso = desejado pelas mulheres = admirado por todos os homens = pobres os que falham, como sustentam Kaplan e Sapetti³².

A bioética serve de suporte na relação entre médico, paciente e demais envolvidos, *prezando sempre por uma relação democrática e deliberativa, contando com a participação não somente do profissional, mas de todos os envolvidos nesse elo, para escolher a melhor alternativa de intervenção*³³. Destaca-se, então, o princípio da autonomia, que diz respeito ao direito do paciente de se autogovernar e a necessidade de envolver a parceira, uma vez que ela também é profundamente afetada por essas escolhas.

Ressalta-se uma alternativa aplicada também aos casos iniciais de câncer de próstata que ocorre sobretudo em países nórdicos, na qual se opta por não fazer o tratamento. Trata-se da aplicação do método *watchful waiting*, uma observação de alto nível, ou seja, não se faz tratamento invasivo, como indicado na fase inicial da doença, pois se sabe que o câncer de próstata, na maioria das vezes, não acarreta a morte do paciente³⁴.

Já na *active surveillance*, ou vigilância ativa, são realizados vários exames anuais e, em qualquer momento em que houver piora dos parâmetros da doença, o paciente pode passar por tratamento invasivo. Portanto, instintivamente, não tratar pode significar a preservação sexual e da imagem corporal masculina.

O princípio da beneficência, intrinsecamente relacionado ao da não maleficência, igualmente toca o objeto desta revisão porque visa a cura de neoplasia de curso imprevisível. Adicionalmente, o princípio da justiça lida com o conceito de equidade, visando construir relações igualitárias, mesmo em relações e situações de desigualdade, buscando equilíbrio entre os pares.

Em um primeiro olhar, o princípio da justiça pode parecer estritamente vinculado à oferta e ao acesso à saúde, mas, de forma mais aprofundada, atinge o ponto-chave da questão, pois vai além do paciente, uma vez que a parceira também sofre as consequências do tratamento. Ela também deve visar seu bem-estar e sua felicidade, vivendo um relacionamento diádico mais prazeroso e com ganhos compartilhados.

Considerações finais

Os trabalhos selecionados demonstram que o tema tem sido tratado em pesquisas no exterior, no entanto a discussão ainda se encontra rasa no Brasil. Acolher a parceira é oportunidade de

incluir uma doença de múltiplos desdobramentos em um debate atual e ético, trazendo como subsídios os princípios bioéticos da autonomia, justiça, não maleficência e beneficência, tanto para o paciente operado quanto para sua esposa.

Entende-se que o homem que perdeu parte da sua sexualidade, que não tem a função erétil plena e cuja função de penetração é razoável, em certo nível, é enxergado como estando em uma rede de proteção. Por outro lado, a ciência ainda não enxerga a esposa desse paciente. Dessa forma, esta pesquisa se justifica por investigar o impacto da doença na relação marital e, sobretudo, na esfera sexual, redefinindo o papel da parceira com novas estratégias para não manter a relação sexual presa ao genital.

Referências

1. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Bioética e medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ; 2006. p. 9.
2. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. National health and social life survey, 1992: [United States] [Internet]. Ann Arbor: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 1992 [acesso 12 jan 2024]. DOI: 10.3886/ICPSR06647.v2
3. Macieira RC, Maluf MF. Sexualidade e câncer. In: Kovacs MJ, Franco MHP, Carvalho VA, editores. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 303-15.
4. Katz A, Agrawal LS, Sirohi B. Sexuality after cancer as an unmet need: addressing disparities, achieving equality. Am Soc Clin Oncol Educ Book [Internet]. 2022 [acesso 23 jan 2024];42:1-7. DOI: 10.1200/EDBK_100032
5. Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.
6. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
7. Serrão C. A sexualidade na terceira idade: olhar, mudar e agir. Revista Transdisciplinar de Gerontologia [internet]. 2007 [acesso 23 jan 2024];1(1):70-2. Disponível: <https://bit.ly/4dFLgiz>
8. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1977.
9. Lucena DS, Gonçalves GO, Barbosa Neto JH, Silva, PMC. A sexualidade na senilidade de mulheres: uma revisão integrativa da literatura. In: Anais 6º Congresso Internacional de envelhecimento humano [Internet]. Campina Grande: Realize; 2019 [acesso 5 jan 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3XoJyBW>
10. Albaugh JA, Lapin BR, Petkewicz J, Tenfelde S. Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. BMC Urol [Internet]. 2017 [acesso 11 jan 2024];17(1):45. DOI: 10.1186/s12894-017-0231-5
11. Instituto Nacional de Câncer. Neoplasia maligna da próstata (taxas ajustadas) [Internet]. 2022 [acesso 10 dez 2022]. Disponível: <https://tny.im/V9AXS>
12. Basourakos PS, Kowalczyk K, Moschovas MC, Dudley V, Hung AJ, Shoag JE *et al.* Robot-assisted radical prostatectomy maneuvers to attenuate erectile dysfunction: technical description and video compilation. J Endourol [Internet]. 2021 [acesso 10 dez 2022];35(11):1601-9. DOI: 10.1089/end.2021.0081
13. Novan L, Morag A. Advanced prostate cancer patients' relationships with their spouses following hormonal therapy. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2003 [acesso 11 jan 2024];7(2):73-80. DOI: 10.1016/s1462-3889(03)00022-x

14. Worthington JF. Sexual health after prostate cancer: patients and partners. Prostate Cancer Foundation [Internet]; 2020 [acesso 13 dez 2022]. Disponível: <https://tny.im/X9UH8>
15. Ferreira U. Câncer de próstata: tire suas dúvidas: 99 respostas e um alerta. São Paulo: Âmbito; 2006.
16. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos M de F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008 [acesso 15 jan 2023];30(10):504-10. DOI: 10.1590/S0100-72032008001000005
17. Abdo CHN. Estudo da vida sexual brasileira. São Paulo: Bregantini; 2004. p. 202.
18. Bianco FJ Jr, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: Long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function (“trifecta”). Urology [Internet]. 2005 [acesso 10 dez 2022];66(5):83-94. DOI: 10.1016/j.urology.2005.06.116
19. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis k, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. Eur Urol [Internet]. 2006 [acesso 10 dez 2022];49(5):806-815. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.01.028
20. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer. Cancer Nursing [Internet]. 2009 [acesso 10 dez 2022];32(4):271-280. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31819b5a93
21. Guercio C, Mehta A. Predictors of patient and partner satisfaction following radical prostatectomy. Sex Med Rev [Internet]. 2018 [acesso 11 dez 2022]; 6(2):295-301. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.08.005
22. Boehmer U, Babayan RK. Facing erectile dysfunction due to prostate cancer treatment: perspectives of men and their partners. Cancer Invest [Internet]. 2004 [acesso 11 dez 2022];22(6):840-8. DOI: 10.1081/cnv-200039641
23. DaMatta R. Tem pente aí? In: Caldas D, organizador. Homens: comportamento, sexualidade e mudança. São Paulo: Editora Senac; 1997. p. 39.
24. Palacios LAG, Krouwel EM, den Oudsten BL, den Ouden MEM, Kloens GJ, van Duijn G *et al.* Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners. Support Care Cancer [Internet]. 2018 [acesso 11 jan 2024];26(12):4169-76. DOI: 10.1007/s00520-018-4290-2
25. Palacios LAG, Den Ouden MEM, Den Oudsten BL, Putter H, Pelger RC, Elzevier HW. Treatment-related sexual side effects from the perspective of partners of men with prostate cancer. J Sex Marital Ther [Internet]. 2019 [acesso 11 jan 2024];45(5):440-51. DOI: 10.1080/0092623X.2018.1549636
26. Ramsey SD, Zeliadt SB, Bloygh DK, Moynour CM, Hall IJ, Smith JL *et al.* Impact of prostate cancer on sexual relationships: a longitudinal perspective on intimate partners’ experiences. J Sex Med. [Internet]. 2013 [acesso 27 dez 2022];10(12):3135-43. DOI: 10.1111/jsm.12295
27. Martin-Tuite P, Shindel AW. Prostate cancer and sexual consequences among men who have sex with men. Int J Import Res [Internet]. 2021 [acesso 28 dez 2022];33(4):473-9. DOI: 10.1038/s41443-020-00392-6
28. Manne SL, Kashy DA, Kissane D, Zaider T, Heckman CJ, Penedo FJ, Myers S. Relationship intimacy processes during treatment for couple-focused interventions for prostate cancer patients and their spouses. J Psychosoc Oncol Res Pract [Internet]. 2019 [acesso 20 dez 2022];1(2):e7. DOI: 10.1097/OR9.000000000000007
29. Prostate Cancer Foundation of Australia. Understanding prostate cancer for LGBTQIA+ people. St Leonards: Prostate Cancer Foundation of Australia; 2020.
30. Berríos R, Rivero Vergne A. El cáncer prostático en la experiencia de pareja: la mujer como guardiana de la salud. Interam J Psychol [Internet]. 2015 [acesso 20 dez 2022];49(3):387-98. Disponível: <https://tny.im/8rrXK>
31. Crowe H, Costello AJ. Prostate cancer perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. Urol Nurs [Internet]. 2003 [acesso 23 dez 2022];23(4):279-85. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14552074>
32. Kaplan M, Sapetti A. La sexualidad masculina. Buenos Aires: Galerna; 1986.
33. Campos NF, Costa LB. Discussões sobre bioética, direito penal e pacientes testemunhas de Jeová. Rev. bioét (Impr.) [Internet]. 2022 [acesso 20 nov 2023];30(2):337-45. p. 338. DOI: 10.1590/1983-8042202302529PT
34. Bill-Axelson A, Holmberg L, Garmo H, Rider JR, Taari K, Busch C *et al.* Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med [Internet]. 2014 [acesso 20 nov 2023];370(10):932-42. DOI: 10.1056/NEJMoa1311593

Bruno Vilalva Mestrinho – Doutorando – bruno.mestrinho@gmail.com

 0000-0001-9416-6500

Vitória Marra da Motta Vilalva Mestrinho – Graduada – vimestrinho2@gmail.com

 0000-0001-5762-1260

Renata Verna Leal de Oliveira – Especialista – renataverna@gmail.com

 0009-0004-5731-7874

Correspondência

Bruno Vilalva Mestrinho – SMPW, quadra 13, conjunto 1, lote 1, unidade H, Núcleo Bandeirante
CEP 71741-301. Brasília/DF, Brasil.

Participação dos autores

Todos os autores participaram em conjunto na elaboração deste artigo.

Recebido: 25.2.2024

Revisado: 21.8.2024

Aprovado: 22.8.2024