

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA PÓS-MASTECTOMIA DEVIDO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Julyanne Pereira^{□1}, Laura Moraes¹, Rebeca Santos¹, & Francisco Sousa¹

¹Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba, Brasil, julyannemcn@gmail.com, lauraxaviermoraes@gmail.com, rbecalidiags@gmail.com, stelio_uepb@yahoo.com.br

RESUMO: Este estudo apresenta uma revisão integrativa de literatura acerca das principais mudanças na função sexual de mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama. A busca foi utilizada a base de dados Medline, através do cruzamento dos termos “*breast neoplasms*” and “*mastectomy*” and “*sexuality*”. Conforme os critérios de inclusão e exclusão, nove artigos publicados nos últimos cinco anos foram selecionados. Percebeu-se que todos os artigos selecionados apontam para os efeitos negativos que a mastectomia pode trazer à saúde sexual de mulheres com câncer de mama e quanto mais radical for a intervenção cirúrgica, maior será o impacto na sexualidade das mulheres. Aspectos como desejo sexual, dor, lubrificação, orgasmo e auto-imagem foram abordados na maioria dos estudos. É necessário que as pacientes sejam informadas sobre os riscos a curto e longo prazo para sua saúde sexual. Tais informações irão permitir um maior bem-estar pessoal e auto-controle durante e após o tratamento, sendo imprescindível que estas orientações sejam realizadas de maneira contínua, o que servirá de base para futuras discussões.

Palavras-Chave: Neoplasias da mama, mastectomia, sexualidade.

POST-MASTECTOMY FEMALE SEX DYNAMES DUE TO BREAST CANCER: AN INTEGRATIVE REVIEW.

ABSTRACT: This study presents an integrative literature review about the main changes in sexual function in women who underwent breast cancer mastectomy. Medline data bases were used by crossing the terms “*breast neoplasms*” and “*mastectomy*” and “*sexuality*”. According to the inclusion and exclusion criteria, nine articles published in the last Five years were selected. It was not iced that all selected articles point to the negative effects that mastectomy can bring to the sexual health of women with breast cancer. And the more radical the surgical intervention, the greater the impact on women's sexuality. As pectssuchas sexual desire, pain, lubrication, orgasm, self-image were addressed in most studies. Patients need to be informed of short and long-term risks to their sexual health. This information Will allow personal

[□]Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife/PE, Brasil. CEP: 50.100-130. Email: julyannemcn@gmail.com

well-being and self-control during and after treatment. This evaluation should be carried out on an ongoing basis, which will serve as the basis for future discussions.

Keywords: Breast neoplasms, mastectomy, sexuality.

Recebido em 04 de outubro de 2019/ Aceite em 12 de novembro de 2020

O câncer de mama é o resultado do crescimento e multiplicação anormal de células nos lóbulos e ductos da glândula mamária com características genéticas, morfológicas e clínicas diversificadas. A neoplasia mamária constitui a quinta causa de óbito por câncer, sendo a primeira em mulheres em todo mundo, contabilizando 627 mil mortes em 2018 (INCA, 2018a; OMS, 2018).

A conduta terapêutica para o câncer de mama é direcionada mediante a análise do quadro clínico, existindo como opções para tratamento a cirurgia, hormonioterapia, quimioterapia e radioterapia, podendo ser indicada em caráter individual ou combinadas. A abordagem cirúrgica é a modalidade de tratamento mais antiga, sendo amplamente divulgada no final do século XIX através da Mastectomia Radical (MR) de Hasteld, na qual realizava-se a ressecção da mama afetada, linfonodos axilares completos e músculos peitorais. Tal abordagem, além de apresentar alta morbidade, refletia negativamente na autoimagem das mulheres a ela submetidas (INCA, 2018b).

A partir da MR houve aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, surgindo assim os seguintes subtipos: Mastectomia Radical com Reconstrução (MRR), Mastectomia Contralateral Profilática (MCP), Mastectomia Conservadora (MC) e Conservadora de Mamas ou Lumpectomia (MCM), Mastectomia Poupadora de Pele (MPP) e Poupadora de mamilo (MPM). Em relação a lateralidade podem ser divididas em Mastectomia Unilateral (MU) ou Bilateral (MB) (American Cancer Society, 2017; Portschy et al., 2014; Rojas et al., 2017).

Com a ascensão da anestesia e aprimoramento das técnicas cirúrgicas, surgiu em meados da década de 1950 uma técnica mais conservadora, ampliando as opções para o tratamento cirúrgico. Nesse método é retirado o tumor, com ampliação cirúrgica da margem, sendo preservadas estruturas não-invasivas. A lumpectomia (LP) enquadra-se nessa modalidade, sendo indicada para tumores invasivos, quando há proporção favorável entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama (INCA, 2018b; Ricci & Filassi, 2016).

Devido à perda de um órgão relacionado a fertilidade e sexualidade ocorre introspecção das mulheres submetidas a esse tipo de modalidade terapêutica. Este fato deve-se ao simbolismo da mama no contexto da sexualidade, servindo como estímulo visual para o ato sexual. Assim, há uma prolongação para a retomada das atividades sexuais ou até mesmo a supressão dessa parte importante para a vida da mulher, ocasionando uma disfunção (Rodrigues & Marques, 2018; Varela et al., 2017).

A disfunção sexual é caracterizada por uma redução no interesse/ excitação sexual devido à falta de interesse por sexo, diminuição/ausência de pensamentos sexuais, ausência de iniciativa sexual entre outros. Tal disfunção amplia-se e interfere no desejo e excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação e prazer, que na sua ausência configura a dor (Barreto et al., 2018; Fleury & Abdo, 2018; Rosen et al., 2011).

Diante do que se foi exposto e levando em consideração o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social; este estudo tem por objetivo investigar quais são as principais mudanças na função sexual de mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama (OMS, 1948).

MÉTODOS

DISFUNÇÃO SEXUAL PÓS-MASTECTOMIA: UMA REVISÃO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que se caracteriza por ser uma pesquisa secundária cujo objetivo é sintetizar criticamente os conhecimentos disponíveis na literatura científica em determinado momento, obtendo-se no final uma visão geral sobre certo assunto de interesse (Brasil, 2014). O presente estudo busca responder a seguinte pergunta norteadora: quais são as principais mudanças na função sexual de mulheres mastectomizadas?

O processo para seleção dos artigos foi dividido em quatro fases seguindo os critérios do PRISMA (Figura 1), onde a primeira fase (identificação) buscou estudos publicados na biblioteca virtual MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>) através do cruzamento dos termos “*breastneoplasms*” and “*mastectomy*” and “*sexuality*”. Na segunda fase (seleção), foram aplicados os filtros que remeteram a artigos escritos em inglês, português e espanhol e que haviam sido publicados nos últimos cinco anos.

A terceira fase (elegibilidade) remeteu a leitura dos títulos e resumos dos artigos para seleção dos que se adequavam aos seguintes critérios de inclusão: a) estudos com abordagem quantitativa; b) cujo público alvo foi composto unicamente por mulheres que sofreram mastectomia bilateral ou unilateral; c) artigos cuja amostra não possuísse outras comorbidades associadas ou alguma condição que alterassem sua autoimagem e sexualidade.

Na etapa final (inclusão), que corresponde a leitura dos artigos na íntegra, foram selecionados aqueles que respondiam à pergunta norteadora, sendo excluídos os demais.

Durante todo o processo, dois investigadores independentes realizaram a busca, obedecendo aos princípios de duplo cegamento preconizado pelo PRISMA. Não houve divergências entre os dois revisores quanto a seleção dos estudos. Assim, dos 27 artigos que foram identificados inicialmente na base de dados, nove foram selecionados para compor o presente estudo.

Por fim, para a extração dos dados e fichamento dos artigos selecionados, leituras exaustivas foram realizadas por ambos os pesquisadores, sendo as informações processadas com base no instrumento elaborado e validado por Ursi, 2005. Este método de padronização permite minimizar erros na transcrição e tradução, garantindo assim uma maior precisão das informações coletadas (Souza et al., 2010).

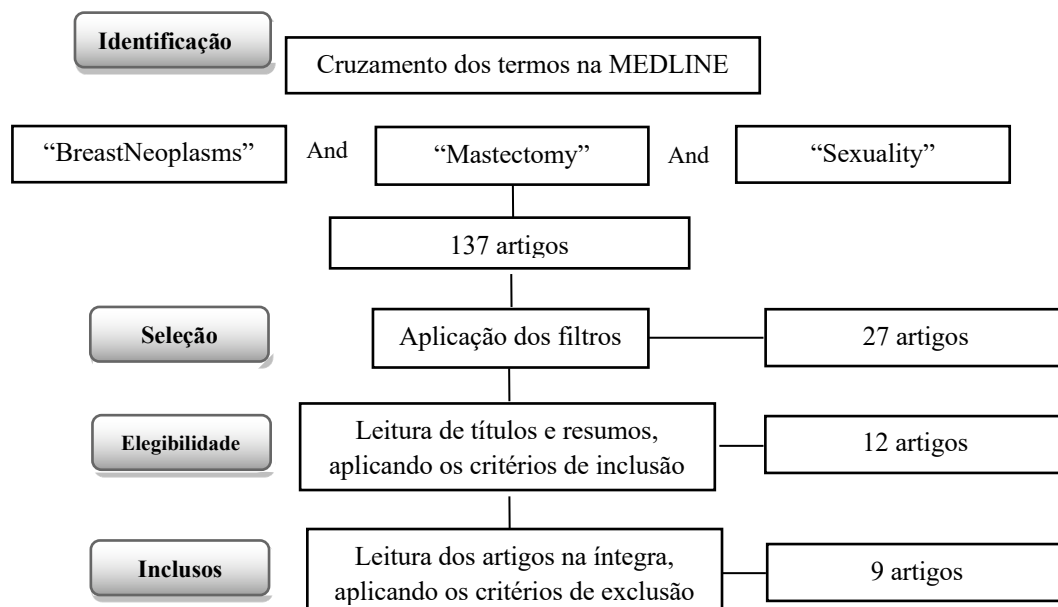


Figura 1. Diagrama do fluxo de seleção dos estudos, conforme escala de Prisma.

RESULTADOS

Dentre os nove estudos selecionados, 33,3% (3) foram realizados na Europa, 55,6% (5) na América do Norte e 9,9% (1) na Oceania. Com relação aos principais instrumentos utilizados na coleta dos dados, todos os artigos utilizaram questionários, destacando-se o *Female Sexual Functioning Index* (FSFI), *Women's Sexual Function* (WSF), *BREAST-Q*, *Sexual Activity Questionnaire* (SAQ), *Short Sexual Functioning Scale* (SSFS) e *Specific Sexual Problems Questionnaire* (SSPQ). Apenas um estudo utilizou questionário próprio para a coleta dos dados (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos estudos de acordo com o ano de publicação, local, tipo de estudo, *n* amostral e instrumento utilizado na coleta de dados.

Nº	Autor/Ano	País	Tipo de Estudo	<i>n</i>	Instrumento
1	Cobo-Cuenca et al., 2018	Espanha	Transversal	355	WSF
2	Cornell et al., 2017	EUA	Transversal	226	FSFI
3	Cortés-Flores et al., 2017	México	Transversal	74	FSFI
4	Pusic et al., 2017	EUA/Canadá	Coorte	1635	Breast-Q
5	Rojas et al., 2017	EUA	Transversal	268	FSFI
6	Hart et al., 2015	EUA	Transversal	96	Criado pelos autores
7	Kwait et al., 2016	Austrália	Transversal	396	FSFI
8	Aerts et al., 2014	Bélgica	Caso-Controle	289	SSFS e SSPQ
9	Unukovych et al., 2014	Suécia	Ensaio Clínico	43	SAQ

Quando analisada a presença de disfunções sexuais em mulheres mastectomizadas, todos os estudos apontaram que existe um aumento da prevalência neste grupo, principalmente quando comparado a outros tipos de tratamento. A Tabela 2 apresenta os principais achados dos artigos selecionados (Quadro 2).

DISFUNÇÃO SEXUAL PÓS-MASTECTOMIA: UMA REVISÃO

Quadro 2. Principais achados referentes à disfunção sexual em mulheres pós-mastectomizadas.

Nº	Principais achados
1	As disfunções sexuais foram mais prevalentes entre as mulheres submetidas à LD (100%), MB (97,6%), MU (92,1%) e LP (86,7%). As que passaram por MB apresentaram a maior chance para disfunções sexuais (OR:4,7; IC95:1,1-20,8).
2	Mulheres que sofreram CCM, MU e MU+MCP apresentam disfunção sexual após o procedimento. O grupo de CCM teve redução do escore do FSFI (26,3 vs 23,5; $p<0,001$), bem como nos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, mas mantiveram a mesma mediana para desejo. Já as submetidas a MU apresentaram maior declínio de escore (25,2 vs 17,4; $p=0,010$), com redução da excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação; porém, não houve alteração para desejo e dor. Por fim, mulheres submetidas a MU+MCP também tiveram redução no escore, mas sem significância (23,7 vs 22,8; $p=0,74$), apresentaram escores similares entre os domínios.
3	A prevalência da disfunção sexual em mulheres submetidas à MC foi de 14% (média do score: 29,8). Já nas que sofreram MR, esse valor sobe para 63% (score: 23,9), contrastando com 29% (score: 27,6) das submetidas à MRR ($p=0,001$). Entretanto, vale salientar que as mulheres submetidas à MR eram mais velhas, o que pode ter interferido nos resultados, ressaltando que estas também apresentaram maior disfunção em todos os domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor).
4	Mulheres submetidas a reconstrução de mama autólogo apresentou maior bem-estar sexual do que as submetidas à reconstrução com implante (diferença: 4,5; $p=0,003$).
5	Não houve diferenças significativas no escore do FSFI entre mulheres submetidas a MR, NSF e MPP (27,1; 30,2 e 24,0 respectivamente). Porém, o resultado do grupo MPM indica disfunção sexual (<26). Levando-se em consideração o domínio desejo, as mulheres com MR e MPP apresentaram o mesmo escore (3,6) enquanto as submetidas à NSF tiveram menor pontuação (2,4), com $p=0,03$. Já no domínio satisfação, o grupo que apresentou maior escore foi o de MPP (5,2), seguido pelo NSF (4,8) e MR (4,4), $p=0,005$.
6	Após a reconstrução mamária, 61,5% das mulheres mastectomizadas referiu que seus seios eram importantes para a sexualidade tanto quanto antes da reconstrução. Entretanto, 22,9% das mulheres pós RM não se sentem confiantes sexualmente como se sentiam antes da mastectomia. Mulheres com um IMC <30 (23,2% vs 4,0%, $p=0,05$) e aquelas com que tiveram uma complicação pós operatória importante (22,2% vs 0,00%, $p=0,08$) eram mais propensas a discordar que a reconstrução do complexo aerolar do mamilo melhorou sua confiança sexual.
7	O percentual de mulheres no pré-operatório que se sentiam confortáveis com o parceiro vendo seu seio foi significativamente diferente de acordo com o procedimento realizado (LP: 91,9%; MRR: 83,9% e MU: 75,9%). Já no pós-operatório, esse percentual caiu em todos os grupos (LP: 79,2%; MRR: 66,7% e MU: 53,8%), com p valor de 0,01.
8	Mulheres submetidas à mastectomia apresentaram aumento de disfunções sexuais após um ano da cirurgia, referentes à: desejo (14% vs 52%; $p<0,01$), excitação (4% vs 29%; $p<0,01$), orgasmo (10% vs 45%; $p<0,01$), inchaço labial (2% vs 19%); dispareunia na penetração (2% vs 26%), dispareunia profunda (0% vs 10%), comprimento vaginal reduzido (0% vs 3%), redução da elasticidade vaginal (2% vs 16%) e redução da intensidade do orgasmo (4% vs 32%).
9	Após dois anos de MP, mais da metade das participantes reportou se sentir menos atrativa sexualmente, com o corpo menos “inteiro”, e se tornaram insatisfeitas com seus corpos. A maioria referiu uma diminuição da sensação na área do seio.

DISCUSSÃO

Todos os artigos selecionados apontam para os efeitos negativos que a mastectomia pode trazer à saúde sexual de mulheres com câncer de mama. Entretanto, houve consideráveis discrepâncias na prevalência das disfunções sexuais, principalmente quando se leva em consideração o tipo de procedimento elegido, observando-se que quanto mais radical for a intervenção cirúrgica, maior

será o impacto na sexualidade das mulheres (Aerts et al., 2014; Cobo-Cuenta et al., 2018; Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017).

No estudo de Cobo-Cuenta et al. (2018), a remoção de uma pequena parte da mama acarretou em disfunção sexual em 86,7% dos casos, enquanto que a mastectomia total das duas mamas correspondeu a um aumento expressivo desta prevalência (97,6%). A MC também se mostra menos nociva à saúde sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de mama quando comparada a MR, cuja prevalência de disfunções girou em torno de 14% e 63% respectivamente (apesar do grupo MR ser composto por mulheres mais velhas, o que pode ter interferido nos resultados). Esses achados ressaltam a importância de procedimentos conservadores e de reconstrução mamária pós mastectomia, independentemente da idade ou do estado civil das pacientes (Cortés-Flores et al., 2017).

Quando analisado o impacto no desejo sexual, os estudos de Cortés-Flores et al. (2017) e Aerts et al. (2014) evidenciaram que mulheres mastectomizadas sem reconstrução apresentaram disfunção neste domínio, inferindo que o aspecto estético não influencia apenas na autoimagem, mas também na vontade de vivenciar a sexualidade. Por outro lado, os achados de Rojas et al. (2017) mostram que mulheres submetidas à MPM apresentaram maiores alterações de desejo do que as que realizaram MR e MPP, e em alguns casos a reconstrução areolar parece não ter impactos relevantes para o aumento da confiança (Hart et al., 2016). Isso nos levando a acreditar que os melhores procedimentos estéticos podem não estar relacionados a maiores ganhos na função sexual.

A excitação também pode ser vista como um relevante fator inerente a sexualidade e que apresentou alterações negativas em mulheres mastectomizadas, provavelmente devido à diminuição da sensibilidade na área do seio (Aerts et al., 2014; Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017; Unukovych et al., 2014). Além de forte apelo estético, a mama está atrelada a sensação de prazer e de estimulação sexual, o que pode justificar estes achados (Aerts et al., 2014; Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017).

Mulheres submetidas à mastectomia também sofreram impacto na lubrificação vaginal, muito provavelmente pela diminuição da excitação, tornando o ato menos prazeroso do que costumava ser (Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017). Uma consequência da redução da lubrificação é a sensação de dor durante o ato, o que pode justificar os achados de Cortés-Flores et al. (2017) e Aerts et al. (2014), onde a realização da MR foi relacionada a maior prevalência desta complicação.

Ainda sobre os fatores relacionados à função sexual, o orgasmo foi um dos mais citados pelos autores, onde mulheres submetidas à mastectomia apresentaram significativamente mais dificuldade em atingi-lo (Aerts et al., 2014; Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017). Apesar do orgasmo ser muitas vezes visto como o desfecho de uma relação sexual, deve-se dar atenção também a satisfação, que está relacionada tanto a autoimagem quanto a outros parâmetros externos que são difíceis de serem mensurados. Novamente, as mulheres mastectomizadas apresentaram alterações negativas neste domínio, o que corrobora com os resultados anteriores (Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017; Rojas et al., 2017).

Em relação à autoimagem, a mastectomia aumentou condições que refletiam na insatisfação corporal, tais como sentir-se menos atraída sexualmente e com o corpo “incompleto” (Unukovych et al., 2014). Vemos assim a importância da reconstrução mamária, que pode trazer ganhos na autoestima, onde até 61,5% das mulheres que passaram por este procedimento referiam que seus seios eram tão importantes para a sexualidade quanto antes da mastectomia (Hart et al., 2016). Além disso, a prevalência de disfunções sexuais caiu significativamente em mulheres que tiveram suas mamas reconstruídas (Cornell et al., 2017; Cortés-Flores et al., 2017), principalmente quando a reconstrução é de origem autóloga, e não derivada de implantes de silicone (Pusic et al., 2017).

A opinião do parceiro é outro fator que parece interferir na autoimagem feminina, onde o percentual de mulheres que se sentiam confortáveis com o parceiro vendo seu seio foi significativamente diferente de acordo com o procedimento realizado. É possível inferir que quanto

DISFUNÇÃO SEXUAL PÓS-MASTECTOMIA: UMA REVISÃO

mais radical for a intervenção cirúrgica, maior será a insegurança das mulheres com relação a seu próprio corpo e a forma como seu companheiro o vê, trazendo impactos negativos em sua sexualidade (Kwait et al., 2016).

A mastectomia está diretamente ligada a disfunção sexual das mulheres com câncer de mama. Quanto mais radical for a intervenção cirúrgica, maior nível de disfunção sexual destas mulheres.

É necessário que as pacientes sejam informadas na consulta pré e pós-cirúrgica sobre os riscos a curto e longo prazo para sua saúde sexual. Essas informações irão permitir um bem-estar pessoal e autocontrole durante e após o tratamento. Conseqüentemente, a avaliação da saúde sexual e qualidade de vida deve ser realizada de maneira contínua, o que servirá de base para futuras discussões.

REFERÊNCIAS

- Aerts, L., Christiaens, M.R., Enzlin, P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast*, 23(5), 629-636. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.06.012>
- American Cancer Society (2017). *Surgery for breast cancer: mastectomy*. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html>
- Barreto, A.P.P., Nogueira, A., Teixeira, B., Brasil, C., Lemos, A., & Lórdelo, P. (2018). O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: Um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 8(4), 511-517. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i4.2159>
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2014). *Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico*. Brasília.
- Cobo-Cuenca, A. I., Martín-Espinosa, N. M., Sampietro-Crespo, A., Rodriguez-Borrego, M. A., & Carmona-Torres, J. M. (2018) Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *Plos One*, 13(8), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203151>
- Cornell, L. F., Mussallem, D. M., Gibson, T. C., Diehl, N. N., Bagaria, S. P., & McLaughlin, S. A. (2017). Trends in sexual function after breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 24(9), 2526-2538. <https://doi.org/10.1245/s10434-017-5894-3>
- Cortés-Flores, A. O., Vargas-Meza, A., Morgan-Villela, G., Jiménez-Tornero, J., Del Valle, C., Solano-Genesta, M., Miranda-Ackerman, R. C., Vázquez-Reyna, I., García-González, L. A., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Guevara, G., Fuentes-Orozco, C., & González-Ojeda, A. (2017). Sexuality among women treated for breast cancer: A survey of three surgical procedures. *Aesthetic plastic surgery*, 41(6), 1275–1279. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0960-6>
- Fleury, H. J. & Abdo, C. H. N. (2018). Excitação sexual feminina subjetiva. *Diagnóstico e Tratamento*, 23(2), 66-69. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904908/rdt_v23n2_66-69.pdf.
- Hart, A. M., Pinell-White, X., & Losken, A. (2015) The psychosexual impact of postmastectomy breast reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 77(5), 517-522. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000665>
- Instituto Nacional Do Câncer – INCA (2018). *ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer* (4th Ed). Inca. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-cancer-2ed.pdf>

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – INCA (2018). *A mulher e o câncer de mama no Brasil* (3th Ed.). Inca. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//catalogo-expo-mama-3a-ed-2018.pdf>
- Kwait, R. M., Pesek, S., Onstad, M., Edmonson, D., Clark, M. A., Raker, C., Stuckey, A., & Gass, J. (2016). Influential forces in breast cancer surgical decision making and the impact on body image and sexual function. *Annals of surgical oncology*, 23(10), 3403–3411. <https://doi.org/10.1245/s10434-016-5365-2>
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2018). *Folha informativa – Câncer*. https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS/WHO). <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Portschy, P. R., Kuntz, K. M., & Tuttle, T. M. (2014). Survival outcomes after contralateral prophylactic mastectomy: A decision analysis, *Journal of the National Cancer Institute*, 106(8), 1-7, <https://doi.org/10.1093/jnci/dju160>
- Pusic, A. L., Matros, E., Fine, N., Buchel, E., Gordillo, G. M., Hamill, J. B., Kim, H. M., Qi, J., Albornoz, C., Klassen, A. F., & Wilkins, E. G. (2017). Patient-reported outcomes 1 year after immediate breast reconstruction: Results of the mastectomy reconstruction outcomes consortium study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(22), 2499–2506. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.69.9561>
- Ricci, M. D., & Filassi, J. R. (2016). Câncer de Mama. In M. A. Martins, F. J. Carrilho, V. A. Alves, E. A. Castilho, & G. G. Cerri (Eds.), *Clinica Médica – Vol. 1* (pp. 606-629). Manole.
- Rodrigues, C. F., & Marques, F. Z. C. (2018). Sexualidade na mulher com câncer. *Acta Médica*, 39(2), 416-424.
- Rojas, K., Onstad, M., Raker, C., Clark, M. A., Stuckey, A., & Gass, J. (2017). The impact of mastectomy type on the Female Sexual Function Index (FSFI), satisfaction with appearance, and the reconstructed breast's role in intimacy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 163(2), 273-279. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4174-z>
- Rojas, K. E., Matthews, N., Raker, C. Clark, M. A., Onstad, M., Stuckey, A., & Gass, J. (2017). Body mass index (BMI), post-operative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 12, 127-133. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0651-y>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . D'Agostino, P. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assesment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8, 102-106. http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102
- Varela, A., Rosa, L., Sebold, N., Laverde, A., Maçaneiro, A., & Erdmann, A. (2017). Comprometimento da Sexualidade de Mulheres com Câncer de Mama. *Enfermagem em Foco*, 8, 67-71. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.764>
- Unukovych, D., Johansson, H., Johansson, E., Arver, B., Liljegren, A., & Brandberg, Y. (2014). Physical therapy after prophylactic mastectomy with breast reconstruction: A prospective randomized study. *The Breast*, 23(4), 357-363. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.01.010>