

O IMPACTO DA MASTECTOMIA NA AUTOESTIMA E NA SEXUALIDADE DE  
MULHERES SUBMETIDAS A TRATAMENTO ONCOLÓGICO – ESTUDO  
TRANSVERSAL

The Impact of Mastectomy on Self-Steem and Sexuality of Women Submitted to  
Oncological Treatment – Cross-Sectional Study

Isis Maria Pontarollo <sup>1</sup>, Alana Tamisa Leonel <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia – Centro Universitário Guairacá, Guarapuava – PR.

<sup>2</sup>Docente do Departamento de Fisioterapia – Centro Universitário Guairacá,  
Guarapuava – PR.

**Autor para correspondência:**

Isis Maria Pontarollo

Rua Cônego Braga, 401, Centro, CEP: 85.010-050,

Guarapuava, PR – Brasil. Telefone: (42) 99919-5621.

E-mail: isispontarollo@gmail.com

**RESUMO**

**Contextualização:** O câncer de mama estarrece mulheres devido ao seu acometimento físico e psicológico. Um dos tratamentos é a mastectomia, retirando parcial ou totalmente a mama e órgãos adjacentes se necessário. Inúmeras mulheres relatam ter disfunções sexuais e de autoestima devido a alteração corporal. Existem dúvidas se essas mulheres possuíam esses transtornos antes do tratamento ou se adquiriram depois. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar o impacto de procedimentos cirúrgicos na autoestima e na sexualidade de mulheres submetidas a tratamento oncológico. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa e de cunho exploratório descritivo, realizado com 17 mulheres, recrutadas pelas redes sociais, idade média de 43,8 anos. Realizado pela plataforma *Google Forms*, mediante três questionários: questionário de caracterização da amostra, FSFI e Escala de Autoestima de Rosenberg. Foram divididas em dois grupos: Grupo Mastectomia e Grupo Quadractectomia. **Resultados:** Observou-se

com o FSFI que 41% não apresentavam disfunção sexual enquanto 59% apresentavam. Rosenberg exibiu que 6% das participantes obtiveram score satisfatório, 82% médio e 12% insatisfatório. Para análise dos dados os grupos foram subdivididos: Grupo Mastectomia Com Disfunção e Sem Disfunção e Grupo Quadrantectomia Com Disfunção e Sem Disfunção. O Grupo Mastectomia com Disfunção Sexual teve resultado maior comparando com demais grupos, apresentando maior disfunção sexual e de autoestima, sendo mais radical a cirurgia, pior a condição da paciente. **Conclusão:** Portanto, este estudo é relevante, evidencia que o tipo de cirurgia tem relação com a disfunção sexual e de autoestima, abrindo portas a novos tratamentos e pesquisas.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia; Mastectomia; Autoimagem; Disfunções Sexuais Fisiológicas.

## ABSTRACT

**Background:** The Breast Cancer terrifies women due to their physical and psychological involvement. One of the treatments is mastectomy, partially or totally removing the breast and adjacent organs if necessary. Countless women report having sexual dysfunction and self-esteem due to the body alteration. There are doubts if these women had these disorders before treatment or if they acquired them after. **Objective:** The objective of this study was to analyze the impact of surgical procedures on self-esteem and sexuality of women undergoing oncological treatment. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional study of quantitative nature and descriptive exploratory nature, held with 17 women, recruited through social networks, average age of 43,8 years. Conducted by *Google Forms* platform, through three questionnaires: sample characterization questionnaire, FSFI and Rosenberg Self-Steem Scale. They were divided into two groups: Mastectomy Group and Quadrantectomy Group. **Results:** It was observed with the FSFI that 41% did not present sexual dysfunction while 59% did. Rosenberg showed that 6% of the participants obtained a satisfactory score, 82% average and 12% unsatisfactory. For data analysis, the groups were subdivided: Mastectomy Group With Dysfunction and Without Dysfunction and Quadrantectomy Group With Dysfunctions and Without Dysfunction. The Mastectomy Group With Sexual Dysfunction had bigger results comparing with the other groups, presenting greater sexual dysfunction and self-esteem, being more radical the surgery, the worse the patient's condition. **Conclusion:** Therefore, this study is relevant, it shows that the type of surgery is related to sexual dysfunction and self-esteem, opening doors to new treatments and research.

**Keywords:** Physiotherapy; Mastectomy; Self Concept; Physiological Sexual Dysfunction.

## 1. INTRODUÇÃO

O índice de mulheres acometidas pelo câncer de mama está cada vez mais alto e junto dele o índice de mortalidade também cresce<sup>1,2,3,4</sup>. É o câncer que mais causa consequências a mulheres devido sua alta incidência e acometimento físico e psicológico<sup>5,6,7</sup>. O temor ao câncer é enorme perante a sociedade devido à associação do mesmo com morte, e isso causa uma fragilidade na autoimagem da mulher, podendo influenciar na sua sexualidade<sup>1</sup>.

A mastectomia é uma das condutas mais indicados no tratamento do câncer de mama, podendo ser feita de diversas formas dependendo do acometimento neoplásico, como por exemplo a mastectomia radical, que se estende desde a retirada da mama até a retirada dos músculos peitoral maior, menor e uma cadeia de linfonodos axilares homolaterais à mama acometida; a mastectomia radical modificada faz a retirada de toda a mama e uma cadeia de linfonodos axilares, preservando a musculatura; já nas cirurgias do tipo conservadoras (quadrantectomia e tumorectomia) ocorre a retirada do tumor e uma porção de tecido ao redor, podendo ou não se estender e ocorrer a retirada de gânglios do lado acometido<sup>1,8,9</sup>. A mama é vista como um símbolo de sensualidade e feminilidade, e quando no tratamento do câncer de mama é necessário realizar sua retirada total ou parcial, há um vasto impacto, em que algumas mulheres podem chegar a sentir repulsa delas mesmas evitando contato sexual com seu parceiro<sup>1</sup>.

Com a mobilidade reduzida, presença de linfedema de membros superiores, sintomas causados pela quimioterapia, e muitas outras complicações que podem ocorrer durante o tratamento, ocorre a diminuição da qualidade de vida da mulher<sup>3</sup>. Neste contexto a autoimagem também se encontra extremamente abalada, seja durante ou após o término do tratamento, onde elas se encontram exaustas após essa

longa jornada de procedimentos terapêuticos e precisam voltar à sua rotina de vida, retornando ao trabalho, vida social e afazeres domésticos, obtendo um choque de realidade<sup>10</sup>. Archangelo, et al (2019)<sup>3</sup> e Tucker, et al (2016)<sup>2</sup> relatam em suas pesquisas que pacientes com reconstrução mamária pós mastectomia apresentam uma autoestima mais elevada e melhor função e desejo sexual.

Ainda existem muitas lacunas que devem ser preenchidas quando o assunto é sexualidade pós mastectomia, poucos estudos abordam essa temática e deixam vago o fato de a disfunção ser recorrente da mastectomia ou se já haviam alterações sexuais pré procedimento cirúrgico<sup>6</sup>, pois a sexualidade está diretamente ligada à idade, cultura e educação<sup>11</sup>. Flores, et al (2017)<sup>11</sup>, Hirschle, et al (2018)<sup>1</sup> e Tucker, et al (2016)<sup>2</sup> relatam em suas pesquisas que há necessidade de mais pesquisas no âmbito sexual e de autoimagem em pacientes oncológicos para maiores evidências.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar e constatar qual o impacto dos procedimentos cirúrgicos perante a autoimagem e a sexualidade da mulher após tratamento oncológico, abrindo portas para um tratamento mais humanizado com relação a não só o estado físico dessas mulheres mas também psicológico e social.

## **2. METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa e de cunho exploratório descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sob o parecer nº 4.663.901, realizado através de um questionário via plataforma virtual *Google Forms*.

As participantes foram convidadas a participar desta pesquisa por meio de um infográfico, compartilhado nas redes sociais, contendo o link de acesso à plataforma e os pré-requisitos para participar da pesquisa como ter tido câncer de mama há menos de 5 anos e realizado algum tipo de tratamento.

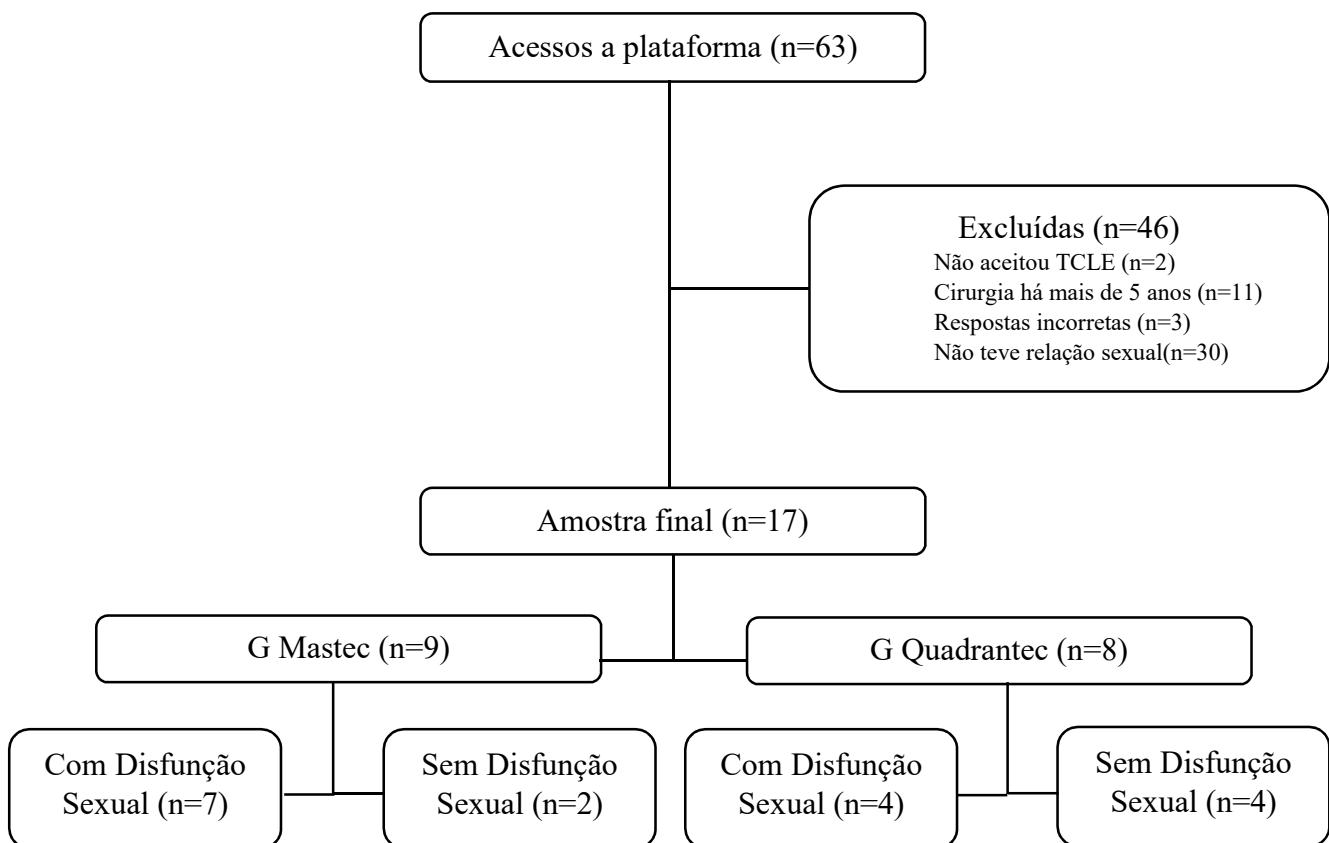
O questionário iniciava com o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para aceite ou não à participação. Após o consentimento do TCLE a próxima página do questionário apresentava o questionário de caracterização da amostra contendo os critérios de inclusão e exclusão previamente elencados, caso ela apresentasse algum critério de exclusão, uma mensagem de agradecimento surgia, junto com o encerramento do questionário; as que se enquadraram nos critérios de inclusão, continuavam a responder as perguntas dos questionários elencados para esta pesquisa, o FSFI – The Female Sexual Function Index e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Todas as respostas ficaram salvas de forma automática e sem a necessidade de identificação da participante.

A escala de autoestima de Rosenberg foi traduzida e validada para o português e é referência nas pesquisas de autoestima, podendo classificá-la em baixa, média e alta<sup>12</sup>. Inicialmente ela foi desenvolvida para aplicação em adolescentes, possui dez sentenças, onde cinco são para “autoimagem positiva”, cinco para “autoimagem negativa”; cada sentença possui esquema de pontuação que são divididas em quatro, podendo ir de “concordo totalmente” até “discordo totalmente”<sup>13</sup>. Os scores altos indicam que o humor encontra-se positivo e baixos scores indicam que o humor se encontra negativo<sup>14</sup>.

E o questionário FSFI (Female Sexual Function Index), que foi verificado e traduzido para o português sem perder a eficácia que tem na sua originalidade, é composto por 19 questões que têm como objetivo avaliar a atividade sexual feminina

das últimas quatro semanas pelos domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto/dor. Para cada questão há uma pontuação que vai de 0 a 5 de acordo com a resposta; sua pontuação total pode variar entre 2 e 36 pontos e os valores  $\leq 26$  sugerem disfunção sexual<sup>15,16,17,18,19</sup>.

A amostra inicial foi composta por 63 participantes do sexo feminino que passaram por algum procedimento ao tratamento de câncer de mama. Destas 63 participantes foram excluídas do trabalho 46, conforme os critérios de exclusão (FIGURA 1). A amostra final foi composta por 17 mulheres, os dados antropométricos estão apresentados na tabela 1.



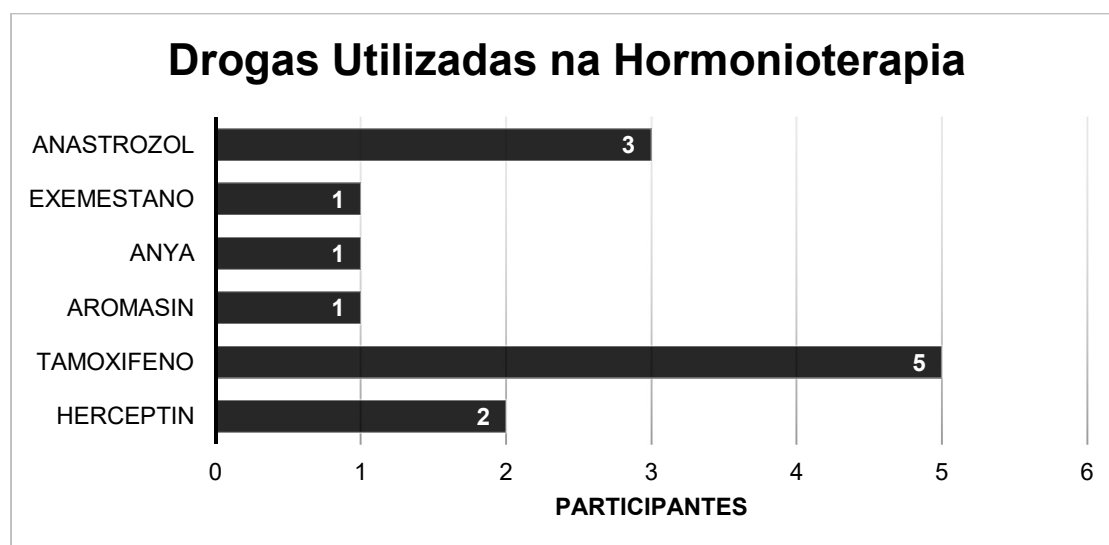
**FIGURA 1** – Fluxograma de seleção da amostra.

**TABELA 1** - Dados antropométricos da amostra (média ± desvio padrão)

	<b>Idade</b>	<b>IMC</b>
<b>Amostra (n=17)</b>	43,8 ± 8,95	27 ± 1,41

**TABELA 1** – Os dados estão apresentados em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm<sup>2</sup> (IMC).

Das 17 participantes 52,9% realizaram mastectomia radical e 47,1% quadrantectomia, a maior parte delas (70,5%) passaram por tratamento de quimioterapia e radioterapia, 17,6% somente radioterapia, 11,7% somente quimioterapia e 64,7% faz tratamento com hormonioterapia, as drogas utilizadas estão apresentadas no gráfico 1, abaixo.



**GRÁFICO 1** – Hormonioterapia.

Ao final de todos os questionários, as participantes responderam a uma última pergunta, se elas têm interesse em receber informações sobre os temas abordados

na pesquisa e sobre os possíveis tratamentos para as disfunções sexuais, onde se aceito o convite foi possível deixar seu contato para que as pesquisadoras agendassem uma reunião online para essa orientação. Foi realizado apenas um encontro com todas as participantes que apresentaram interesse. A última tela foi a de agradecimento pela participação na pesquisa. Também foi disponibilizado o contato das pesquisadoras para sanar quaisquer dúvidas.

Após as coletas dos dados foram realizadas as análises dos dados pelo programa SPSS 24 *for MAC*, com uso de média, desvio padrão, porcentagem e o teste ANOVA de uma via seguido pelo Post Hoc de Bonferroni.

### **3. RESULTADOS**

A primeira etapa da análise de dados foi em relação a presença ou não de disfunção sexual, através do FSFI sendo que 59% das participantes apresentaram disfunção sexual enquanto 41% não apresentaram. Logo após essa classificação as participantes foram divididas em grupos, inicialmente, de acordo com o tipo de cirurgia realizada (mastectomia e quadrantectomia) e logo após pela presença ou não de disfunção sexual feminina, analisada pela FSFI, o GMsds (grupo mastectomia sem disfunção sexual) n=2, GMcds (grupo mastectomia com disfunção sexual) n=7, GQsds (grupo quadrantectomia sem disfunção sexual) n=4 e o GQcds (grupo quadrantectomia com disfunção sexual) n=4.

Conforme as respostas das participantes, a Escala de Autoestima de Rosenberg teve os seguintes resultados: 6% obtiveram score satisfatório, 82% média e 12% insatisfatório. Foram analisadas as médias entre os grupos apresentados, através do software estatístico SPSS 24 *for Mac*. O teste ANOVA de



uma via mostrou diferença significativa entre os grupos [ $F(3,13)=9,059$ ;  $p=0,002$ ] apontando as menores médias (classificadas como autoestima média e insatisfatória) entre as participantes do GMcDs. (TABELA 2) A análise post hoc de Bonferroni confirmou que o GMcDs possui valores mais baixos quando comparado com os GQcDs e GQsDs (TABELA 3).

**TABELA 2** – Valores médios da escala de autoestima de Rosemberg entre os grupos selecionados

	<b>n</b>	<b>Média ± Dp</b>	<b>P</b>
GMsDs	2	26 ± 2,82	0,002
GMcDs	7	21 ± 2,94	
GQsDs	4	26 ± 2,06	
GQcDs	4	29 ± 2,44	

\*ANOVA de uma via

**TABELA 3** – Apresentação das diferenças entre os grupos, pelo post hoc de Bonferroni

	<b>Grupos</b>	<b>Grupos</b>	<b>P</b>
<b>Bonferroni</b>	GMsDs	GMcDs	0,207
		GQsDs	1
		GQcDs	1
	GMcDs	GMsDs	0,207
		GQsDs	0,025*
		GQcDs	0,002*
	GQsDs	GMsDs	1
		GMcDs	0,025*
		GQcDs	1
	GQcDs	GMsDs	1
		GMcDs	0,002*
		GQsDs	1

#### 4. DISCUSSÃO

O presente trabalho verificou o nível de disfunção sexual, por meio da FSFI, e alterações de autoestima, pela Escala de Autoestima de Rosenberg, em mulheres com até 5 anos de tratamento cirúrgico para câncer de mama e que tiveram relação sexual nas últimas 4 semanas. Os resultados obtidos no presente trabalho evidenciaram que 41% das participantes não apresentaram disfunção sexual enquanto 59% delas apresentaram, e quando divididas em grupos, o grupo mastectomia apresentou maior disfunção quando comparado grupo quadrantectomia. O que diverge com que Lopes et al. (2015)<sup>20</sup> explica que mastectomia, quadrantectomia, quimioterapia e radioterapia são os tratamentos que modificam significativamente a sexualidade de mulheres com CA de mama.

O artigo de Quintard et al. (2013)<sup>21</sup>, mostrou que após 3 meses de mastectomia, de 100 mulheres avaliadas 50% delas não tinham atividade sexual e 42% não apresentavam interesse para o sexo. Segundo Kowalczyk et al. (2018)<sup>22</sup>, a presença de disfunção sexual está diretamente ligada ao tipo de cirurgia, qualidade do relacionamento, função sexual do parceiro e nível de ansiedade. Já a melhora da função sexual está ligada a longo prazo após o tratamento, melhor função sexual do parceiro, baixos níveis de ansiedade, satisfação física e emocional no relacionamento e apoio do parceiro. O trabalho de Flores et al. (2017)<sup>11</sup> indica que mulheres que passaram por reconstrução mamária têm menores níveis de disfunção quando comparadas àquelas que não o fizeram, confirmando que a aparência está conectada não só à autoestima mas ao desejo sexual.

Tarkowska et al. (2020)<sup>23</sup> apontam que mulheres que não passaram por nenhum tipo de retirada da mama tem autoestima mais elevada do que as que realizaram cirurgia para tal feito. E todas as mulheres que realizaram cirurgia

apresentaram alteração em todos os domínios do FSFI ao contrário do grupo controle que não realizou intervenção cirúrgica. Já Tucker et al. (2016)<sup>2</sup> relata que mulheres que passaram por retirada da mama bilateralmente tem pior função sexual do que as que retiraram apenas uma mama.

Araújo et al. (2019)<sup>24</sup> informam em seu estudo que mulheres com disfunção sexual têm 13,5 vezes maior a chance de desenvolver depressão grau moderado a grave do que mulheres sem essa disfunção. No presente estudo a Escala de Autoestima de Rosenberg apresentou que 6% das participantes obtiveram score satisfatório, 82% médio e 12% insatisfatório. E quando comparado entre os grupos, o grupo mastectomia ainda se sobressai sobre os outros demonstrando menor autoestima, confirmando o que Pereira et al. (2020)<sup>25</sup> afirmam que quanto mais radical for o procedimento, irá, ainda mais, incidir negativamente na paciente. Assim como Lopes et al. (2015)<sup>20</sup> constataram que a única cirurgia que não apresenta danos consideráveis à sexualidade e autoestima é a tumorectomia pelo fato de se tratar de um tratamento mais brando, não tão invasivo e com um melhor prognóstico.

O estudo de Kowalczyk et al. (2018)<sup>22</sup> afirma que para uma autoestima preservada é necessário se sentir confortável olhando para seu próprio corpo sem roupas em frente ao espelho, alto nível de proximidade emocional mútua e satisfação física no relacionamento. Santos et al. (2020)<sup>26</sup> menciona que pacientes com dificuldade no desejo sexual apresentam ansiedade e sentimento de fuga do parceiro, podendo acarretar em maiores complicações para a vida da mulher. Tarkowska et al. (2020)<sup>23</sup> apontaram em seu estudo que mulheres submetidas a cirurgias tem autoestima mais baixa estatisticamente comprovada quando comparadas à mulheres saudáveis. Furlan et al. (2013)<sup>27</sup>, comparou um grupo de mulheres mastectomizadas sem reconstrução da mama com um grupo com reconstrução, observou que a função

emocional das mulheres que não realizaram reconstrução é estatisticamente mais baixa que das outras que já realizaram. Assim como o presente estudo mostra que mulheres que passaram por algum tipo de cirurgia têm disfunção de autoestima em algum momento de suas vidas.

Gomes et al (2014)<sup>28</sup>, explana que mulheres com idade mais avançada têm maior qualidade de vida devido ao fato de atribuírem menor valor às mamas e à feminilidade. Afirma ainda que existem fatores que influenciam negativamente a esse público, como por exemplo o início precoce da menopausa devido à quimioterapia. No entanto o fato de a feminilidade não estar em relevância evidencia que o tratamento perante esse público é importante, pois se encaixa em uma disfunção de autoestima como no presente trabalho. Esta lacuna evidencia que tratamentos mais personalizados devem ser levados em consideração.

Nota-se que o presente trabalho teve resultados expressivos, expondo que pacientes submetidos a tratamento oncológico precisam de atenção redobrada não somente em aspectos físicos mas em psíquicos também, levando em consideração que a autoestima, a qualidade de vida e a sexualidade dessas mulheres se encontra fortemente abalada, várias mudanças ocorreram em seu corpo desde a descoberta do câncer. Pode ser observado também que as mulheres que passaram por maiores traumas físicos, como na cirurgia de mastectomia, apresentaram piores resultados tanto na FSFI quanto na Escala de Autoestima de Rosenberg, afirmando que quanto mais radical for o procedimento cirúrgico, pior para a paciente vai ser. O apoio à família é também crucial, visto que é a base para a paciente. Um estado mental saudável é primordial para que tudo caminhe para uma reabilitação rápida.

## **5. CONCLUSÃO**

O presente ensaio evidenciou que a autoestima e a sexualidade de mulheres submetidas a tratamento oncológico estão extremamente abalados devido a tamanhos transtornos enfrentados. Explicitou ainda que quanto mais severa a técnica cirúrgica for, pior serão seus comprometimentos físicos e psíquicos, pois o tratamento do câncer de mama está diretamente ligado à feminilidade, à sensualidade e ao estado emocional de quem é submetido. Este estudo abre portas para que durante o tratamento, a atenção para com a paciente redobre, tendo em vista que todos os aspectos se encontram remodelados e o tratamento multidisciplinar seja cada vez mais ofertado e valorizado.

## REFERÊNCIAS

1. Hirschle TMR, Maciel SC, Amorim GK. Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. *Temas em Psicologia* 2018; 26(1):457-468.
2. Tucker PE, Saunders C, Bulsara MK, Tan JJ, Salfinger SG, Green H, et al. Sexuality and quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *The Breast* 2016; 30:26-31.
3. Archangelo SCV, Neto MS, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics* 2019; 74:1-5.
4. Ebid AA, El-Sodany A. Long-term effect of pulsed high-intensity laser therapy in the treatment of post-mastectomy pain syndrome: a double blind, placebo-control, randomized study. *Lasers in Medical Science* 2015; 30(6):1747-1755.
5. Silva ISM. Sexualidade e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento cirurgico [Especialização]. Goiânia: Pontif. Univers. Catól. de Goiás; 2012.
6. Cesnik VM, Santos MA. Desconfortos físicos decorrentes do tratamento do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? *Revista da Escol. de Enfer. da USP* 2012; 46(4):1001-1008.
7. Rocha CB, Fontenele GMC, Macêdo MS, Carvalho CMS, Fernandes MA, Veras JMMF et al. Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total. *Ver. Cuidarte* 2019; 10(1):1-11.
8. Fernandes AFC, Oliveira MS, Moreira CB, Santos MCL, Gomes AMF, Dos Santos CPRS, et al. Manual de orientação a mulheres mastectomizadas. Imp.

Univers., 2019.

9. Mesquita RL, Carbone ESM. Tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais em mulheres após tratamento de câncer ginecológico e de câncer de mama: uma revisão de literatura. *Rev. Fisioter. e Saúde Func.* 2015; 4(2):32-40.

10. Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2009; 25(2):339-349.

11. Flores AOC, Meza AV, Villela GM, Tornero JJ, del Valle CJZF, Genesta MS et al. Sexuality among women treated for breast cancer: a survey of three surgical procedures. *Aesthetic Plastic Surgery* 2017; 41(6):1275-1279.

12. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Avaliação da escala de auto-estima de Rosenberg mediante o modelo de Rasch. *Psico.* 2011; 25(2):87-101.

13. Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF* 2010; 15(3):395-403.

14. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval. Psicol.* 2011; 10(1):41-49.

15. Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 17(4):721-730.

16. Correia LS, Brasil C, Silva MD, Silva DFC, Amorim HO, Lordêlo P. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Ver. Port. de Clín. Ger.* 2016; 32(6):405-409.

17. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma

versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Públ.* 2009; 25(11):2333-2344.

18. Silva NT, Damasceno SO. Avaliação da satisfação sexual em universitárias. *Colloquium Vitae* 2019; 11(1):01-06.

19. Rojas K, Onstad M, Raker C, Clark MA, Stuckey A, Gass J. 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* 2017; 163(2):273-279.

20. Lopes JSOC. Disfunção sexual em mulheres com câncer de mama [Dissertação]. Goiânia: Univer. Fed. de Goiás; 2015.

21. Quintard B, Constant A, Lakdja F, Labeyrie-Lagardère H. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the sense of coherence. *European Journal of Oncology Nursing* 2013; 18(1):41-45.

22. Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, Krzystanek M, Glogowka I, Streb J et al. Factors affecting sexual function and body image of early stage breast cancer survivors in Poland: a short-term observation. *Clinical Breast Cancer* 2019; 19(1):30-39.

23. Tarkowska M, Glowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A et al. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy - a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemporary Oncology* 2020; 24(2):106-111.

24. Araújo ACGC, Nascimento CML, Neto PFA, Silva BRC, Araújo KQMA, Gonçalves AK. Prevalência de disfunção sexual em sobreviventes de câncer de



mama. Tópicos em Ciência da Saúde. Vol. II. Rio Grande do Norte: Univers. Fed. do Rio Grande do Norte; 2019. p. 116-107.

25. Pereira J, Moraes L, Santos R, Souza F. Disfunção sexual feminina pós-mastectomia devido câncer de mama: uma revisão integrativa. Soc. Port. de Psicol. da Saúde 2020; 21(3):823-830.

26. Santos CBO, Siviero IMPS, Pietrafesa GAB. A sexualidade da mulher acometida com o câncer de mama. Ver. Interd. em Ciên. da Saúde e Biológ. 2020; 4(2):15-25.

27. Furlan VLA, Neto MS, Abla LEF, Oliveira CJR, Lima AC, Ruiz BFO et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. Rev. Bras. Cir. Plást. 2013; 28(2):264-269.

28. Gomes NS, Soares MBO, Silva SR. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Ver. Mineira de Enfer. 2015; 19(2):120-132.