

MASTECTOMIA E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO UTILIZANDO UMA BASE DE DADOS INFORMATIZADA

*MASTECTOMY AND ITS INFLUENCE ON SEXUAL EXPERIENCE:
ANALYSIS OF SCIENTIFIC KNOWLEDGE WITH THE USE OF A
COMPUTER DATABASE*

*MASTECTOMÍA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA VIVENCIA DE
LA SEXUALIDAD: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DEL
CONOCIMIENTO UTILIZANDO UNA BASE DE DATOS
COMPUTARIZADA*

Luiza Akiko Komura Hoga*

Lílian Santos**

RESUMO

Trata-se da análise da produção do conhecimento científico relativo à mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade. Foi feita uma revisão sistemática da literatura nas seguintes bases de dados: Analysis and Retrieved System On-Line (MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo (DEDALUS). Foram encontradas 53 publicações, 55% delas relacionadas a resultados de pesquisa, 32% a relatos da assistência e 13% à prática clínica, e este conjunto enfocava sobretudo o aspecto psicossocial da temática.

Palavras-Chave: Mastectomia - Psicologia; Sexualidade - Psicologia; Pesquisa; Publicação.

O câncer de mama constitui a primeira causa de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras. No intervalo de 20 anos, no período compreendido entre 1979 e 1999, houve aumento da mortalidade por essa doença, tendo passado de 5,77 para 9,75/1.000.000 de mulheres, conforme dados do Instituto Nacional do Câncer¹.

A mastectomia é um procedimento cirúrgico que se torna necessário em muitas mulheres acometidas pelo câncer de mama. Ela modifica o esquema corporal da mulher e altera sua maneira de sentir e vivenciar o corpo. Supõe-se que tais alterações provoquem conseqüências sobre a vivência da sexualidade e do relacionamento sexual e esses fatos justificam a necessidade de domínio deste âmbito do conhecimento por parte dos profissionais envolvidos com a assistência à mulher mastectomizada.

A sexualidade envolve não só a relação homem-mulher, mas todas as demais relações com os outros e o meio ambiente e constitui um dos aspectos mais relevantes da personalidade. O conhecimento do estado da arte no que se refere à mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade é essencial para os profissionais envolvidos com este âmbito da assistência à saúde.

Objetivo do Estudo

Realizar revisão sistematizada da literatura científica relativa à mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade.

Metodologia do Estudo

A revisão da literatura relativa ao tema sob estudo foi feita nas seguintes bases de dados:

* Livre docente em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

** Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:
Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419,
São Paulo, SP, Brasil.
CEP: 05403-000
E-mail: kikatuca@usp.br

MASTECTOMIA E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO UTILIZANDO UMA BASE DE DADOS INFORMATIZADA

- Analysis and Retrieved System On-Line (MEDLINE);
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS);
- Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL),
- Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo (DEDALUS)

As palavras-chave pesquisadas foram "mastectomia", "câncer de mama", "sexualidade" e "psicologia" constantes na lista de descritores da Biblioteca Regional de Medicina - BIREME.

Os critérios seguidos para a seleção das publicações foram:

- Utilizar o recurso "e" que significa incluir simultaneamente as palavras-chave;
- Conter pelo menos duas destas palavras-chave no título do artigo;
- Estar escrito nos idiomas inglês, espanhol ou português;
- Possuir resumos disponíveis;
- Ter sido publicado no período compreendido entre 1992 e 2002.

Processo de análise dos dados da literatura

Na análise dos dados da literatura foram considerados o ano de publicação, o país e idioma de origem e o tipo de publicação. Este último item foi subdividido segundo a classificação "pesquisa", "estudo clínico" ou "assistência".

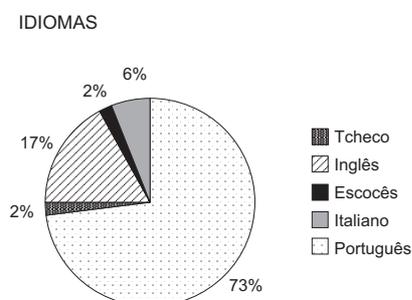
Resultados

Foram encontradas 53 publicações nas bases de dados pesquisadas, tendo sido 44 na fonte Medline e 9 na Dedalus.

No Gráfico 1 é possível observar a distribuição das publicações segundo o idioma de origem.

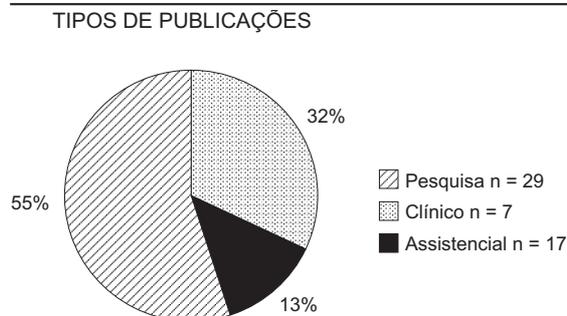
O maior número de publicações relativas ao tema pesquisado foi no idioma inglês (73%), tendo sido os Estados Unidos da América - EUA com (54%) e a Inglaterra (19%), os países em que as publicações foram mais frequentes.

Gráfico 1 - Idioma de origem das publicações - 1992-2002.



No Gráfico 2, é possível visualizar a distribuição segundo a classificação adotada nesta pesquisa.

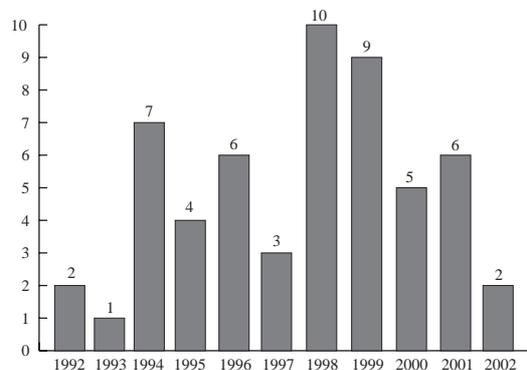
Gráfico 2 - Tipo de publicação - 1992-2002.



Observa-se que, segundo a classificação adotada, o tipo de publicação mais freqüente foi o relativo a resultados de pesquisa (55%). Em seguida, aqueles relacionados à assistência (32%) e, por último, os que se referiam a relatos da prática clínica (13%). As publicações sobre pesquisa e assistência abordavam sobretudo os aspectos relacionados à esfera psicossocial, tendo sido observada maior ênfase no comportamento sexual da mulher mastectomizada.

No Gráfico 3, consta a distribuição das publicações segundo o ano.

Gráfico 3 - Distribuição das publicações segundo o ano - 1992-2002.



Este gráfico permite visualizar um aumento significativo de publicações ocorrido entre 1998 e 1999. É possível que isso tenha se dado em razão do aumento de estudos clínicos relativos à quimioterapia e sua influência sobre o comportamento sexual feminino, ocorrido nos anos que precederam essas publicações.

A mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade: o estado da arte

Âmbito clínico

Estudos clínicos demonstraram que o uso de alguns adjuvantes do tratamento quimioterápico como o Tamoxifeno e o Zoladex, medicamentos que proporcionam maior tempo de ação da quimioterapia, aumentam a disfunção sexual nas mulheres por um período mais prolongado². Não existem evidências de que o carcinoma ductal invasivo surge apenas na fase juvenil. Um estudo³ demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa quanto ao surgimento deste tipo de câncer entre mulheres de até 36 anos em comparação àquelas menopausadas, que tinham idades entre 50 e 60 anos.

Âmbito psicossocial

A mastectomia envolve a mutilação do corpo feminino e produz conseqüências na esfera da identidade feminina. Os principais problemas enfrentados pelas mulheres mastectomizadas referem-se às alterações na imagem corporal, a vivência de sua sexualidade e feminilidade. Elas, de certa forma, reproduzem o estereótipo cultural de predominância machista existente nas sociedades⁴⁻⁹.

A realização da mastectomia modifica o esquema corporal da mulher e altera sua maneira de sentir e vivenciar o corpo. Reações psicológicas comuns durante a descoberta, diagnóstico e tratamento incluem ansiedade, negação, raiva e depressão. As formas de enfrentamento dos tratamentos relativos ao câncer de mama constituem grandes desafios a serem transpostos pelas mulheres mastectomizadas¹⁰⁻¹².

Em muitos serviços de assistência às mulheres acometidas por câncer de mama, estas não são preparadas adequadamente para suas experiências no período pós-operatório, nem são informadas sobre serviços de suporte e apoio. Como conseqüência, muitas delas continuam experimentando sintomas físicos e depressão até muito tempo após o término do tratamento^{13,14}.

O processo de reabilitação da mulher mastectomizada implica a necessidade de recomeçar o aprendizado de muitas habilidades. Isso envolve, entre outros, o reaprender a vestir-se, banhar-se, caminhar sozinha ou fazer exercícios físicos. Demanda a necessidade de redirecionar o seu papel no âmbito familiar, na comunidade à qual pertence e na própria sociedade. Isto requer a reformulação de seu autoconceito e auto-imagem, além da necessidade de enfrentar problemas de seu cotidiano¹⁵⁻¹⁷. Estes autores ressaltam também que as mulheres mastectomizadas necessitam fazer muitas alterações em seu estilo de vida, em conseqüência da auto-estima diminuída. Além disso, passam por um processo de modificação da

identidade, que é produto de fatores importantes do ponto de vista da mulher, entre eles, o sentimento de perda da feminilidade e as dificuldades no relacionamento conjugal, que são conseqüentes à diminuição do interesse sexual por parte de seus parceiros.

Estima-se que esses problemas sejam decorrentes de uma sociedade em que há valorização das mamas como um símbolo de feminilidade, sexualidade, desejo e atração sexual, maternidade e beleza. São símbolos amplamente utilizados pela mídia, cujos valores são introjetados nas mulheres. Há de se considerar, além dos já mencionados, o fato de a mama ser uma representação de um órgão importante, do ponto de vista da imagem corporal feminina,¹⁸ e a falta da sensação de prazer na região mamária mutilada ser uma queixa comum às mulheres submetidas à mastectomia^{19,20}.

Realizou-se estudo comparativo entre dois grupos de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico²¹. No primeiro adotou-se a técnica da mastectomia radical modificada e no segundo, a mastectomia conservadora. Os autores concluíram que as mulheres do primeiro grupo apresentaram níveis significativamente mais altos de tensão traumática e situacional relacionadas à vivência da sexualidade em comparação às do segundo grupo.

Estudo sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas demonstrou que 30% delas enfrentaram problemas relacionados à sexualidade, fadiga e sintomas de depressão. Esse dado comprovou a necessidade do suporte psicossocial especificamente direcionado a esses aspectos²².

Outra pesquisa cujo foco estava voltado à qualidade de vida de mulheres mastectomizadas demonstrou que essas mulheres não são prejudicadas em sua integralidade pelo câncer de mama. Seus autores chegam a supor que elas não necessitam de suporte psicossocial organizado, mas evidenciam que os problemas relacionados com o braço e a sexualidade necessitam de suporte. Consideram que estas são dimensões que influenciam diretamente sobre a qualidade de vida e necessitam, portanto, do suporte profissional²³.

Aspectos relativos às influências étnicas sobre a experiência da mastectomia foram estudados na perspectiva comparativa de mulheres americanas e africanas²⁴. Constatou-se que as mulheres de ambas etnias necessitavam igualmente de informações da equipe médica no que se referia à trajetória da doença e às experiências relativas ao câncer de mama.

Estudo analisando a influência da idade sobre a experiência da mastectomia pôde concluir a não existência de diferenças no tocante aos aspectos relativos à angústia psicológica, satisfação matrimonial e a freqüência sexual²⁵. Constatou-se também que mulheres que tiveram a mama conservada conseguiram manter sua auto-estima mais elevada. Existem evidências de que as mamas oferecem "proteção psicológica" e, portanto, as mulheres que tiveram as mamas preservadas

disseram se sentir mais confortáveis diante da própria nudez e em relação às carícias recebidas na região dos seios, sobretudo, as mais jovens.

Outros autores contradizem essas afirmativas e relatam que mulheres mais jovens com câncer de mama apresentam distúrbios emocionais mais graves se comparadas àquelas com idade mais avançada^{26,27}. Estes pesquisadores ressaltam a importância da variável idade na vivência da mastectomia, sobretudo em relação à satisfação conjugal. Eles puderam demonstrar também a existência de uma associação muito próxima entre ajustamento conjugal e satisfação sexual nas mulheres jovens. Esta associação não foi identificada em mulheres com mais idade.

A disfunção sexual é um problema comum entre pacientes vitimadas pelo câncer de mama, sobretudo aquelas que sofrem mudanças na condição hormonal²⁸. Concluiu-se que o tratamento sistêmico interfere na função sexual e pode ocasionar a menopausa prematura. A consequente perda de estrogênio provoca atrofia vaginal e diminuição nos níveis de androgênio e como consequência, a diminuição do desejo sexual. Os membros da equipe de saúde precisam, portanto, manterem-se atentos à complexidade que envolve os problemas enfrentados pelas mulheres mastectomizadas. Há um alerta do autor direcionado às consequências do câncer de mama no âmbito da sexualidade, e isso merece atenção especial por parte dos profissionais envolvidos com a assistência²⁵.

As mulheres mastectomizadas recebem pouca ou nenhuma informação em relação aos efeitos do câncer sobre sua intimidade sexual. A assistência à mulher mastectomizada requer atenção direcionada a esse aspecto quando se almeja uma assistência mais abrangente. Um amplo processo de educação dessas mulheres é recomendado, sobretudo quanto aos efeitos do tratamento e formas de promoção da qualidade de vida delas^{29,30}.

Muitos pesquisadores demonstraram preocupação voltada às redes de suporte oferecidas às mulheres mastectomizadas nas distintas fases da doença, que incluem a diagnóstica, a cirúrgica e a de reabilitação. Concluiu-se que, no período diagnóstico, o elemento mais requerido pelas mulheres foi o médico e, na seqüência, os filhos e o marido. Durante a internação hospitalar para a cirurgia, as figuras mais importantes foram o marido e o grupo de apoio especializado, além dos outros familiares, sobretudo do sexo feminino^{8,15,31-33}. Todos reafirmaram a importância do papel representado pelos maridos na fase de reabilitação das mulheres. Eles representam uma das fontes mais importantes de respaldo durante essa fase da trajetória da mulher.

Estudo comparativo enfocando as opções representadas pela prótese externa ou a reconstrução mamária demonstrou que ambos os recursos estéticos eram importantes para a

preservação da auto-imagem feminina. Concluiu-se que as mulheres de ambos os grupos tinham uma visão positiva da vida, pois julgavam que a sexualidade tinha uma abrangência maior que o fato de ter ou não as mamas. Na visão das mulheres pesquisadas, a mastectomia era uma intervenção necessária e representava a salvação de suas vidas³⁴.

A vivência do relacionamento conjugal após a mastectomia depende do tipo de suporte recebido e das experiências existenciais preexistentes. Consequentemente, a possibilidade do confronto com dificuldades é maior quando o casal já enfrentava problemas no casamento, prévios ao surgimento da doença. Nessas circunstâncias, o processo de enfrentamento da doença produz reflexos negativos sobre a vivência da sexualidade. Mulheres que vivenciam tal situação encontram muitas dificuldades para solucionar seus problemas, inclusive os relativos à sua sexualidade^{12,15,31}.

Outros elementos que dificultam o relacionamento sexual consequentes à mastectomia são a vergonha do corpo e do parceiro sexual, o medo da rejeição e de uma possível frigidez, insegurança quanto ao início de uma nova relação com o sexo oposto e até mesmo a tomada da iniciativa sexual¹⁵.

O câncer de mama afeta, portanto, vários âmbitos da sexualidade feminina, inclusive a percepção da feminilidade. Desse modo, previamente à tomada de decisões relativas aos cuidados médicos, há a necessidade da educação direcionada às mudanças da esfera sexual que afetam as mulheres submetidas às terapias do câncer de mama³⁵⁻³⁷. Aos profissionais da saúde cabe reconhecer a extensão do impacto representado pelo tratamento do câncer sobre a vivência da sexualidade. Isso requer a inclusão de tal informação como parte inerente ao processo de consentimento informado, que deve anteceder a intervenção cirúrgica. Desse modo torna-se possível prover educação apropriada sobre amplos aspectos que envolvem a mastectomia. São aspectos que necessitam ser ressaltados porque, na maioria das vezes, os profissionais de saúde não destinam a devida atenção a todos os aspectos que envolvem o câncer de mama das mulheres e suas consequências. Supõe-se a possibilidade de muitos desses profissionais se sentirem incomodados ou inseguros na abordagem da intimidade sexual da mulher e, consequentemente, se restringirem aos estados clínicos das pacientes diante dos quais se sentem mais bem preparados^{28,30,38-40}.

É imprescindível que na abordagem à mulher vitimada pelo câncer de mama se possa contar com equipe multidisciplinar integrada pelo médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros profissionais. O treinamento contínuo dos membros dessa equipe, com abordagem de amplos aspectos da mastectomia e suas consequências para a

mulher e sua família, contribui para a diminuição do impacto da doença nos processos de diagnóstico, tratamento e de reabilitação e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida⁴¹⁻⁴⁵.

Conclusões

A revisão da literatura científica sobre o tema mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade permitiu constatar a existência de 53 publicações abordando esta temática, no período compreendido entre 1992 a 2002. Entre elas foram encontradas 44 na fonte Medline e nove na fonte Dedalus.

Na classificação das publicações segundo o tipo constatou-se que 29 tratavam de resultados de pesquisa, 17 eram estudos relativos à assistência e sete se referiam a estudos clínicos.

Quanto ao ano de publicação observou-se maior prevalência entre 1998 e 1999, sendo que os países que mais publicaram textos nesta temática foram os Estados Unidos da América e a Inglaterra. O idioma mais prevalente no que se referiu às publicações desta temática foi o inglês.

Dados da literatura relativos ao âmbito clínico revelaram que alguns medicamentos agem no sentido de prolongar os efeitos da quimioterapia e, conseqüentemente, os efeitos colaterais deste tratamento, inclusive no âmbito da sexualidade. Não há evidências científicas quanto à existência de idade limite para a ocorrência do câncer ductal invasivo.

Estudos sobre a influência da mastectomia no âmbito psicossocial demonstraram que o câncer de mama afeta muitos aspectos da sexualidade feminina, abrangendo tanto a dimensão física quanto a emocional. Houve menção das conseqüências da mastectomia sobre a auto-imagem da mulher. Tais alterações abrangiam aspectos relativos à vergonha do corpo e do parceiro sexual, medo da rejeição, da frigidez, do reinício dos relacionamentos sexuais e até mesmo, quanto à tomada de iniciativa neste âmbito.

Existem evidências científicas comprovando o impacto da mastectomia sobre o estilo de vida das mulheres, a redução da auto-estima, as alterações de identidade, o sentimento de perda da feminilidade e dificuldades no relacionamento conjugal. São alterações conseqüentes ao menor desejo sexual demonstrado pelos parceiros.

Houve referência ao fato de a mama se constituir num símbolo de feminilidade, sexualidade, maternidade e beleza. Cabe, portanto, aos membros da equipe de saúde, uma maior relevância aos inúmeros aspectos que envolvem o câncer de mama e a mastectomia. Estas provocam grande impacto sobre a qualidade de vida da mulher, o que requer

preparo e envolvimento dos profissionais envolvidos com a assistência.

As pesquisas referidas e suas conclusões necessitam ser do conhecimento dos profissionais envolvidos com a assistência à mulher vitimada pelo câncer de mama e submetida à mastectomia, para que a assistência prestada por eles seja baseada em evidências científicas. Esta é uma condição essencial requerida dos profissionais que prestam assistência à saúde de qualidade. Sobretudo no âmbito da enfermagem, esses profissionais devem entender que sua ação deve estar voltada à monitorização das condições das pacientes e prevenir catástrofes. Mais que isso, à enfermagem, sobretudo ao enfermeiro, cabe a responsabilidade de educar as pacientes sobre como viver com sua enfermidade preservando o máximo sua qualidade de vida, assim como dar suporte aos membros da família nos processo de enfrentamento das doenças⁴⁶.

Summary

This article is a review of scientific literature on mastectomy and its influence on sexual experience. The following databases were reviewed: On-Line Analysis and Retrieval System (MEDLINE); Caribbean and Latin-American Health Science Literature (LILACS), Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); University of São Paulo Bibliographical Database (DEDALUS). 53 papers were found, 55% of which included research findings, 32% related experiences and 13% clinical practice. The latter focused mainly on psychosocial aspects.

Keywords: Mastectomy-Psychology, Sexuality-Psychology; Research; Publications

Resumen

Se trata del análisis de la producción del conocimiento científico referente a la mastectomía y su influencia sobre la vivencia de la sexualidad. Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: Analysis and Retrieved System On-Line (MEDLINE); Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS); Cummulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Banco de Datos Bibliográficos de la Universidad de São Paulo (DEDALUS). Se encontraron 53 publicaciones entre las cuales el 55% estaba relacionado a resultados de investigación, el 32% a relatos de la asistencia y el 13% a la práctica clínica; este conjunto enfocaba, sobre todo, el aspecto psicossocial de la temática.

Palabras clave: Mastectomía-Psicología; Sexualidad-Psicología; Investigación; Publicaciones

MASTECTOMIA E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO UTILIZANDO UMA BASE DE DADOS INFORMATIZADA

Referências bibliográficas

1. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama.[online]. Brasília (DF); 1999. Disponível em <http://www.inca.gov.br/cancer/mama/>. Acesso em: 18 de nov. 2002.
2. Berglund G, Nystedt M, Bolund C, Sjöden PO, Rutquist LE. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study. *J Clin Oncol* 2001; 19(11): 2788-96.
3. Granja NVM. Carcinoma da mama em mulheres jovens: análise da expressão das proteínas P53 e C - erb B-2 e do Índice proliferativo. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2000.
4. Langellier KM, Sullivan CF. Breast talk in breast cancer narratives. *Qual Health Res* 1998; 8(1): 76-94.
5. Colyer H. Women's experience of living with cancer. *J Adv Nurs* 1996; 23(3): 496-501.
6. Wilmoth MC, Sanders LD. Accept me for myself: African American women's issues after breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(5): 875-9.
7. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surg Oncol* 1999; 25(6): 571-3.
8. Ferreira MLSM. Vivenciando os primeiros meses de pós-mastectomia: estudo de caso. [Dissertação de mestrado] Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1999.
9. Spencer SM, Lehman JM, Wynings C, et al. Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychol* 1999; 18(2): 159-68.
10. Bilodeau BA, Degner LF. Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1996; 23(4): 691-6.
11. Oktay JS. Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincotts Prim Care* 1998; 2(2): 149-59.
12. Salcedo BDM. Mulher e saúde: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico.[Dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.
13. Clapis MJ. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: análise de histórias de vida. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1998.
14. Lugton J. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *J Adv Nurs* 1997; 25(6): 1184-91.
15. Silva RM. Conviver com a mastectomia. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1999.
16. Holberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2001; 24(1): 53-60.
17. Mamede MV. Orientações pós mastectomia: o papel da enfermagem. *Rev Bras Cancerol* 2000; 46(1): 57-62.
18. Renshaw DC. Beacons, breasts, symbols, sex and cancer. *Theor Med* 1994; 15(4): 349-60.
19. Wilmoth MC. The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nurs* 2001; 24(4): 278-86
20. Urbánek V, Kofránek J, Albl M. Sexuality in women after treatment of malignant breast tumors. *Sexualita zen po lébbe maligniho tumoru prsu. Cesk Gynekol* 1992; 57(7): 353-65.
21. Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 697-709.
22. McQuellon RP, Craven B, Russel GB, et al. Quality of life in breast cancer patients before and after autologous bone marrow transplantation. *Bone Marrow transplant* 1996; 18(3): 579-84.
23. Droval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998; 16(2): 487-94.
24. Lackey NR, Gates MF, Brown G. African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(3): 519-27.
25. Schover Lr. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; (16): 177-82.
26. Ghizzani A, Pirtoli L, Bellezza A, Velicogna F. The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1995; 21(1): 57-63.
27. Willits MJ. Role of "Reach to Recovery" in breast cancer. *Cancer* 1994; 74(7):2172-3.

MASTECTOMIA E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO UTILIZANDO UMA BASE DE DADOS INFORMATIZADA

28. Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs* 1999; 22(6): 438-47.
29. Horden A. Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nurs* 2000; 23(3): 230-6.
30. Rabinowitz B. Psychosocial issues in breast cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29(1): 233-47.
31. Wolff LR. Rede de suporte social da mulher mastectomizada. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1996.
32. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psychooncology* 1997; 6(1): 25-33.
33. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1996; 39(3): 261-73.
34. Reaby LL, Hort Lk. Postmastectomy attitudes in women who wear external breast prostheses compared to those who have undergone breast reconstructions. *J Behav Med* 1995; 18(1): 55-67.
35. Mereyowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Gans PA. Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1999; 25(3): 237-50.
36. Policastro S. Orientação de enfermagem: uma estratégia para minimizar a ansiedade e eventuais intercorrências imediatas à alta hospitalar de pacientes mastectomizadas. [Tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
37. Wilmoth MS, Botchway P. Psychosexual implications of breast and gynecologic cancer. *Cancer Invest* 1999; 17(8): 631-6.
38. Anllo LM. Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(3): 241-8.
39. Negrini MR. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente junto as mulheres mastectomizadas. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1994.
40. Malvezzi GM. Mastectomia em ser ir se mostrando a mulher que a vivencia. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1996.
41. Garcia DP. O feminismo no bairro: a experiência da campanha pela prevenção do câncer de mama e de colo de útero na Zona Leste do Município de São Paulo: 1994 à 1997. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2001.
42. Wyatt GR, Desmond KA, Ganz PA, Rowland JH, Aching-Giwa K, Meyerowitz BE. Sexual functioning and intimacy in African American and white breast cancer survivors: a descriptive study. *Womens Health* 1998; 4(4): 385-405.
43. Amichetti M, Caffo O, Arcicasa M, Roncadin M, Lora O, Rigon A et al. Quality of life in patients with ductal carcinoma in situ of the breast treated with conservative surgery and postoperative irradiation. *Breast Cancer Res Treat* 1999; 54(2): 109-15.
44. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, Velde A, Muller M et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol* 1996; 14(10): 2756-68.
45. Tang TS, Solomon LJ, Yeh CJ, Worden JK. The role of cultural variables in breast self-examination and cervical cancer screening behavior in young Asian women living in the United States. *J Behav* 1999; 22(5): 419-36.
46. Gordon S. Nursing's public image: making the invisible profession visible. In: Sullivan EJ. *Creating nursing's future: issues, opportunities, and challenges*. Saint Louis: Mosby; 1999. p.58-66.