

## **Investimento corporal e o funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama**

### ***Body investment and sexual performance in women with post surgery of breast cancer***

Ana Carolina Lagos Prates<sup>1</sup>  
Daniela Sacramento Zanini<sup>1</sup>  
Márcia de Faria Veloso<sup>1</sup>

Hospital das Clínicas da Universidade de Goiás  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

#### **RESUMO**

O presente trabalho busca investigar a autoimagem e a sexualidade em mulheres portadoras do Câncer de Mama. Para isso, utilizou-se de marcos teóricos sob o estudo da representação do câncer, a origem do câncer, a autoimagem e sexualidade. Participaram da pesquisa 61 mulheres com câncer de mama do Hospital das Clínicas/UFG que já foram submetidas à cirurgia de mastectomia, quadrantectomia e reconstrução com idade entre 30 e 80 anos. Foram aplicados dois questionários BIS e FSFI. A análise de dados foi obtida pelo SPSS versão 12.0 com o nível  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,01$ . Os dados mostram que a sexualidade destas mulheres deixa de funcionar durante o tratamento, mais especificamente, após serem submetidas à cirurgia. Já o investimento da imagem corporal ainda continua em alta.

**Palavra chave:** Mulher com câncer de mama; Autoimagem; Feminino.

#### **ABSTRAT**

This study investigated the self-image and sexuality in women with breast cancer. For this theoretical frameworks used in the study of the representation of cancer, the origin of cancer, self-image and sexuality. Participated in the research 61 women with breast cancer at the Hospital das Clínicas / UFG who have already undergone surgery to mastectomy, quadrantectomy and reconstruction aged 30 to 80 years. Two questionnaires were completed FSFI and BIS. The data analysis was obtained by SPSS version 12.0 at the level  $p \leq 0.05$  and  $p \leq 0.01$ . The data show that the sexuality of these women go crashing during treatment, more specifically, after being subjected to surgery. Already the investment body image still remains high.

---

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.

**Keyword:** Women with breast cancer, Body image, Female.

## **Introdução**

O câncer de mama representa uma das maiores causas de morte em mulheres, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, sendo relativamente raro antes dos 35 anos de idade (Rossi & Santos, 2003). O Instituto Nacional de Câncer (INCA,2009) adverte que o câncer de mama está associado a inúmeros fatores de risco, tais como: o envelhecimento, história de câncer na família e menopausa tardia (após os 50 anos de idade). Devido a sua alta frequência, pode causar repercussões psicológicas, sendo o mais temido pelas mulheres, uma vez que afeta a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal (Rossi & Santos, 2003).

No Brasil, o número de casos novos esperados para 2010 foi de 49.240 casos, previsão essa, também para o ano de 2011. A estimativa é produzida pelo INCA uma vez a cada dois anos (INCA, 2010).

Quando a mulher portadora do câncer se depara com a doença, um dos primeiros pensamentos é relacioná-lo com a morte. Talvez porque escutaram, leram a respeito, ou por terem presenciado um acontecimento semelhante ao seu no passado, seguido com um desfecho infeliz. Além do sofrimento psicológico relacionado à crença do câncer com uma patologia ligada á morte, o câncer de mama também traz como consequência, a alteração da percepção da mulher sobre o seu papel feminino na sociedade, pois o fato de não ter uma parte ou somente um pedaço do seu corpo, pode resultar num sofrimento, podendo assim, levar ao desenvolvimento de depressão, ansiedade e medo exacerbado (Caetano & Soares, 2005).

O câncer de mama carrega um significado traumático para a mulher, pois afeta o comprometimento na identidade feminina, além das possíveis sequelas físicas e psicológicas após a cirurgia. Essas pacientes possuem baixa autoestima, complexo de inferioridade e medo de rejeição do parceiro (Silva, 2008).

Assim, pode-se dizer que:

A mama é a metonímia do feminino e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta. Portanto, entender a oncopsiquiatria das neoplasias mamárias é uma maneira de entender o universo feminino (Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni & Rennó Júnior. 2006 p.1).

A mama é altamente valorizada não só pela pessoa que possui, mas também pela sociedade que, por vezes, a transforma para a composição de uma arte. Por isso que a ausência deste símbolo leva a uma transformação psicológica e funcional do ser humano, pois assim estará interrompendo a realização e o prazer do órgão que acaba sendo uma grande ameaça, já que é a parte do corpo que alimenta não só um bebê, mas também a maternidade e o imaginário social sobre o feminino (Vianna, 2004).

A mama feminina está ligada aos valores sociais que definem o padrão do corpo ideal para as mulheres, pois o corpo da mulher é um objeto a ser avaliado e julgado. Observa-se que as mulheres com câncer de mama se preocupam com avaliação crítica do público após a cirurgia (Fang e col, 2011).

A perda da mama pode ocasionar estresse, pois a mulher portadora do câncer traz, na sua mente, o medo da morte e da ameaça de conviver sem a mama, uma vez que a mama é um símbolo importante para a mesma, pois esse órgão tem ligação com a sexualidade, erotismo, maternidade e outros (Duarte & Andrade, 2003).

Por outro lado, a sexualidade pode-se dizer que é estritamente humana. Porém, esse aspecto da natureza humana, infelizmente, não é valorizado e

assistido pelos profissionais da saúde. Esta por sua vez, interage com o fenômeno de prazer, ativa as emoções, afetividade e comunicação. Diante dessas relações, a sexualidade merece um tratamento interdisciplinar (Trindade & Ferreira, 2008).

Pode-se dizer que o tratamento do câncer de mama afeta a qualidade de vida dessas pacientes, pois ela é multidimensional, já que atinge diversas áreas de funcionamento, inclusive emocional, domínio físico, sexual e social. A qualidade de vida sexual refere-se a percepção do funcionamento sexual que, por sua vez, sofre mudanças no desejo sexual, angústia e imagem corporal (Thompson & Stanton, 2011).

“O modelo de resposta sexual humana tem uma progressão a partir de percepção inicial do desejo sexual para excitação com um foco genital, para o orgasmo e, finalmente, para resolução” (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim & Passos, 2007 pág.10). Assim, quando se tem uma mudança física no corpo, há também uma modificação no funcionamento do organismo dessa pessoa, pois o orgasmo provavelmente será estimulado, se o indivíduo possuir um desejo sexual.

Em relação à imagem corporal, as mulheres que são submetidas a cirurgia tipo mastectomia radical se deparam com uma ameaça a sua integridade corporal juntamente com a sua satisfação, pois tem uma visão do seu corpo como algo intacto, completo e funcionando inteiramente (Ramos & Patrão, 2005). A imagem corporal após mastectomia é ameaçadora, porque a paciente irá conviver com uma mutilação.

A autoimagem tem relação com narcisismo de cada pessoa, e a inclusão deste mobiliza a aceitação, promoção, “status”, admiração e respeito por parte de outros que a desejam. Nesse sentido, a autoimagem adquirida pela narcisista pode trazer relação de conflito consigo mesmo (Moller e col. 2010).

Sobre a qualidade do relacionamento conjugal, nota-se que após os tratamentos e cirurgia, há uma influência na satisfação sexual (Ramos & Patrão, 2005), tornando-se um fato negativo para essas mulheres, pois a satisfação e

estímulos estão ligados ao Sistema Nervoso Central, que, além de controlar o sistema do nosso corpo, também comanda e interpreta a sexualidade do ser humano (Ballone, 2005).

Quanto ao tratamento cirúrgico, as mulheres que foram submetidas à mastectomia, mostram insatisfeitas com a cicatriz cirúrgica, além de se sentirem menos atraentes e menos ativas sexualmente. Como a mastectomia é uma cirurgia que pode deixar cicatrizes, esta cirurgia é a que mais compromete o corpo da mulher, pois é vista negativamente em relação à percepção da autoimagem (Conde, Pinto Neto, Freitas Júnior & Aldrighi, 2006).

As mulheres que realizaram cirurgia que não compromete tanto o seu corpo, ou seja, a cirurgia conservadora, tendem a ter um bom resultado na autoimagem. Já as que foram submetidas à mastectomia tendem a necessitar de uma adaptação psicológica em relação a resultados similares de qualidade de vida (Conde e col.2006).

Quando a cirurgia conservadora não é indicada, o método psicológico mais eficaz para as portadoras de câncer de mama é a reconstrução mamária pós-mastectomia. Isto só é recomendado quando se acredita que não há recidiva, ou seja, quando não há o retorno da atividade da doença. Este tipo de cirurgia comprova ter uma melhora na autoestima e restaura a feminilidade da mulher. Tal método já demonstrou que as mulheres apresentaram uma melhor aceitação no tratamento, sem que ocorra alteração no prognóstico da doença. Em relação ao aspecto de uma mama reconstruída, este órgão tem uma característica endurecida, devido às alterações cicatriciais, e, frequentemente, há uma perda de definição dos tecidos mais periféricos na mama. (Louveira, Vilar, Martinelli, Spadone, Gracino & Szefnfeld, 2006).

Após uma cirurgia de mastectomia, essas mulheres podem optar por uma reconstrução de mama amputada devido ao câncer avançando. A reconstrução do contorno da mama é recomposto pela inserção de um implante artificial, silicone e retalho do músculo reto abdominal (Souza e Andrade, 2008, citando,

Caponero, Donato & Malzyner, 2000). Esta opção é feita pelo médico, uma vez que o mesmo acredita que as chances de recidiva é baixa ou inexistente.

Preocupa-se consigo mesmas, as que foram submetidas à mastectomia procuram encontrar soluções para que sua imagem corporal não seja comprometida; assim, buscam na estética, e em caso especificamente na prótese, o sentido de ser mulher novamente. A imagem corporal está presente na vida de qualquer um, pois carrega na pessoa traços de toda a vida. A mulher que perde parte do seu corpo sofre modificações no modelo postural, juntamente com alteração de toda mobilidade do organismo (Ferreira & Mamede, 2003).

A reconstrução de mama com sucesso traz para a mulher um bem-estar e um bom comportamento na melhora da autoimagem, a volta da feminilidade e um bom desempenho na atividade sexual. A reconstrução possibilita o desenvolvimento de uma atitude mais positiva e satisfatória com a aparência por parte das pacientes a ela submetida, além do aspecto importante que é a diminuição do temor de recidiva e pela representação que a cicatriz apresenta. (Vianna, 2004).

Infelizmente, as pessoas tendem a avaliar sua própria aparência como a satisfação ou insatisfação com atributos físicos ou atratividade geral. “A imagem corporal reflete a imagem do próprio corpo formada na mente ou o modo como a corpo se apresenta (...)” (Gouveia, Santos, Gouveia, Santos & Pronk, 2008, p. 58, citando Davison & McCabe, 2006).

Após a realização de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, o psicólogo contribui com as pacientes no intuito de identificar atitudes e comportamentos que possam vir a prejudicar a sua qualidade de vida. Esta intervenção, sem dúvida, contribui com a melhoria de uma vida mais saudável e satisfatória (Velo, Coutinho & Koifman, 2001 citando Barcelar & Brandão, 2000).

A intervenção do psicólogo oncológico é diferente da do médico, pois, enquanto este profissional prioriza a patologia e atendimento terapêutico individuais, o psico-oncologia adota o modelo educacional, em que visa a

mudança de comportamento devido a ênfase na saúde (Costa Junior, 2001). E, no caso das pacientes mastectomizadas, leva-se em consideração, também, seu papel social de mulher.

A importância da intervenção consiste na ajuda a essas mulheres a enfrentar a sua doença, pois a pessoa, bem como os seus familiares levam uma vida potencialmente estressante (Baptista, Santos & Dias, 2006, citando, Junior, 2001).

## **Justificativa**

Observa-se que as mulheres que foram submetidas a cirurgia, apresentam o seu corpo modificado, podendo, assim, comprometer a sua autoimagem e sexualidade devido à mutilação. A justificativa do trabalho surgiu com o intuito de pesquisar esses fatores que, por sua vez, implicam também a qualidade de vida dessas mulheres.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral:**

Avaliar o investimento corporal e funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama.

### **Objetivo Específico:**

1. Pontuar o investimento corporal;
2. Pontuar o funcionamento sexual;
3. Verificar o investimento corporal e o funcionamento sexual de acordo com os tipos de cirurgia de câncer de mama.

## Metodologia

Esta pesquisa é do tipo quantitativo e descritivo. O estudo foi realizada de março a dezembro 2009.

Participaram desta pesquisa 61 mulheres em tratamento do câncer de mama, inscritas no programa de Mastologia do HC/UFG com a idade entre 30 e 80 anos e de todas as classes sociais. Os critérios de inclusão foram mulheres com parceiro sexualmente ativas que já foram submetidas à cirurgia e aquelas que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram a ausência de parceiro sexual, pacientes menores de idade, pacientes psiquiátricas, impossibilitadas de responder o questionário ou que tenham algum déficit cognitivo.

A Escala de Investimento Corporal (BIS) foi desenvolvida por Orbach e Mikulince em língua inglesa em 1998, traduzida e validada no Brasil por Gouveia, Santos, Gouveia, Santos e Pronk (2008). A escala foi elaborada para medir o investimento corporal em mulheres. Esta escala é do tipo likert e composta por 24 questões enumeradas de 1 a 5, sendo que 1 é Concordo Totalmente e 5, Discordo Totalmente.

Os 24 itens são agrupados em 4 dimensões: sentimentos e atitudes face investimento emocional no corpo (IC) – (itens 5,10,13,16,17 e 21), o conforto no toque- (relativo aos itens 2,6,9,11,20 e 23), os cuidados com o corpo- (itens 1,4,8,12,14 e 19), e, por fim, a proteção corporal- (itens 3,7,15,18,22,24) (Oliveira, 2001).

O questionário FSFI-Índice de Funcionamento Sexual Feminino foi validado no Brasil, em 2007, por Hentschel e col e desenvolvido pelo Dr. Raymond Rosen em 2000.

Este avalia o nível de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia (dor). Este questionário contém 19 questões que mede atividade sexual nas últimas quatro semanas, o qual a paciente, ao responder, terá que



selecionar uma resposta dentre as seis alternativas apresentadas. A alternativa 0 indica que não teve relação sexual e as outras variam de 1 a 5.

Na aplicação dos questionários, BIS e FSFI, foram coletados dados sóciodemográficos e informações sobre o tratamento do câncer de mama que pudessem influenciar nas respostas dos questionários, tais como: data de nascimento, idade, escolaridade, estado civil, profissão, naturalidade, renda familiar, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, antecedentes patológicos de saúde física e mental, ciclo vital e avaliação sobre o estado de saúde na fase do tratamento.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório do Programa de Mastologia. A abordagem para a seleção da pesquisa aconteceu na sala de espera do ambulatório de Mastologia HC/UFG. Participaram do estudo, paciente que já foi submetida à cirurgia e paciente maiores de 18 anos. A abordagem e a aplicação dos questionários foram feitas pela pesquisadora e por três estagiárias de psicologia durante os retornos destas mulheres para a consulta médica. O processo da coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

## **Resultados e Discussão**

Essa pesquisa contou com uma amostra de 61 mulheres com a idade média de 54 anos, sendo a mínima de 30 anos e a máxima de 80 anos com DP de 13,01. Observa-se que esta é uma amostra heterogênea em que 50 pacientes (82%) são casadas, 31 (51%) são da religião católica, 35 (57,4%) são do lar, 28 delas (45,9%) são da região de Goiânia com a renda familiar mensal média de R\$ 2.700 reais.

Primeiramente, analisaram-se os dados descritivos das participantes do estudo de acordo com o programa SPSS versão 12.0. Conforme Tabela 1. Ao avaliar a relação existente entre os fatores que compõem a escala de

Investimento Corporal (BIS) observou-se que, quanto maior o nível de sentimentos e atitudes face ao investimento corporal, menor o nível de satisfação com as relações sexuais ( $r = -0,26$ ,  $p = 0,05$ ). Além disso, o cuidado com corpo também se mostrou indiretamente relacionado com a excitação, sendo que, quanto maior o escore de cuidado com o corpo, menor a excitação sexual relatada ( $r = -0,26$  e  $p = 0,042$ ). Em termos da análise da pontuação geral na escala de Investimento corporal, esta se mostrou inversamente proporcional a três das escalas do FSFI, sendo que, quanto maior a pontuação geral na escala de Investimento corporal, menor o autorelato de desejo sexual ( $r = -0,32$ ,  $p = 0,017$ ), de excitação ( $r = -0,35$ ,  $p = 0,007$ ) e menor o autorelato de orgasmo ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,018$ ). O total do BIS também se relacionou negativamente com o total do FSFI apresentando um ( $r = -0,27$  e  $p = 0,043$ ).

**Tabela 1.** Correlação de Pearson entre escalas de BIS e FSFI.

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Desconforto/ Dor	<b>FSFI Total</b>
Sentimentos e atitudes face a IC	- 0,08	- 0,09	- 0,04	- 0,23	- 0,26*	- 0,06	- 0,13
Conforto no toque	- 0,19	-0,18	-0,10	- 0,10	- 0,05	0,03	- 0,13
Cuidado com o corpo	- 0,21	- 0,26*	- 0,24	- 0,21	- 0,12	- 0,06	- 0,21
Proteção corporal	- 0,09	- 0,11	- 0,00	- 0,07	- 0,03	- 0,19	- 0,01
<b>BIS Total</b>	- 0,32 *	- 0,35**	- 0,20	- 0,31 *	- 0,22	0,10	-0,27*

\* Significativo ao nível  $p \leq 0,05$ ; \*\* Significativo ao nível  $p \leq 0,01$ .

Os resultados da análise de comparação de média entre o questionário de Investimento Corporal (BIS) e o questionário de Sexualidade (FSFI) estão descritas na Tabela 2. Aqueles que não sofriam de cardiopatias pontuaram significativamente mais em IFSF ( $F = 9,981$  e  $p = 0,003$ ). As pacientes que fizeram reconstrução de mama imediata pontuaram significativamente mais alto em FSFI ( $F = 5,493$ ,  $p = 0,023$ ).

Há diferenças significativas entre a autoavaliação da saúde e a pontuação no FSFI ( $F = 4,70$  e  $p = 0,003$ ). Contudo, o post-hoc de Sheffé, que significa

comparação de média, não foi capaz de identificar entre quais médias se encontravam as diferenças significativas. Em uma análise mais descritiva, pode-se relatar que, tanto as que avaliaram sua saúde como muito boa, como as que avaliaram sua saúde como ruim tenderam a pontuar mais alto no FSFI que as mulheres que avaliaram sua saúde de forma regular (boa ou média).

Realizou-se, também, a análise de Pearson para avaliação da relação entre o tempo de diagnóstico e a pontuação no FSFI. Os dados apontaram que houve correlação significativa entre FSFI e tempo de diagnóstico, demonstrando que, quanto maior o tempo de diagnóstico menor a pontuação no FSFI ( $r = -0,30$  e  $p = 0,03$ ).

**Tabela 2.** Comparação de média entre BIS Total e FSFI Total e variáveis socio-demográficas.

	<i>BIS Total</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>FSFI Total</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Cardiopatia						
Sim	47,67(4,53)	0,242	0,625	46,36(25,99)	9,981	0,003
Não	46,68(5,66)			63,75(13,60)		
Reconstrução de mama imediata						
Sim	45,75(5,66)	1,071	0,305	56,47(17,79)	5,493	0,023
Não	45,75(5,66)			60,29(17,77)		
Avaliação de Saúde						
Muito boa	47,12(6,10)			66,67(14,99)		
Boa	45,88(5,92)	0,276	0,892	55,65(19,66)		
Média	47,75(4,00)			58,17(11,36)	4,70	0,003
Ruim	45,75(4,24)			61,00 (5,66)		
Muito ruim	48,00 -			4,00 -		

Os dados mostram que a sexualidade dessas mulheres deixa de funcionar durante o tratamento, mais especificamente, após serem submetidas à cirurgia. Já o investimento da imagem corporal ainda continua em alta.

Não foram significativas as cirurgias de mastectomia, quadrantectomia e reconstrução tardia em relação à comparação de média entre diabete, depressão, medicamento e ciclo vital.

## **Conclusão**

O impacto psicológico do diagnóstico e tratamento é traumático para as pacientes, pois envolve modificação, tanto na vida conjugal, quanto na imagem corporal, que é um meio de comunicação feminina.

A soma do trabalho em equipe, juntamente com os familiares das pacientes, resulta em um tratamento melhor e diferenciado, uma vez que possibilita recursos para o enfrentamento da própria doença.

A intervenção psicológica mostra-se eficaz, pois as pacientes que tem um tratamento psicoterapêutico apresentam uma autoimagem positiva, o que contribui para um luto bem elaborado.

Em relação a sexualidade, pode-se dizer que é uma experiência bastante importante, pois envolve a troca de carinho e afeto com o parceiro. Neste sentido, percebe-se que a resolução deste problema é essencial para uma melhor Qualidade de Vida.

Durante a coleta de dados percebeu-se que algumas pacientes não compreendiam todas as perguntas da Escala de Investimento Corporal (BIS), hipótese em que era necessário explicar lhes o sentido das perguntas sem mudar seu sentido. O questionário FSFI por sua vez possui perguntas muito íntimas, gerando dificuldades na sua aplicação, pois havia pacientes que liam inteiramente e desistiam de imediato.

A sexualidade ainda é considerada um tabu. Talvez seja essa a melhor explicação de tanta resistência entre as pacientes.

É muito importante programar-se para uma pesquisa, pois a construção de um estudo é feito na busca de informações na literatura existente e na coleta de dados. A coleta de dados é uma fase mais demorada, pois não depende somente do pesquisador, mas também do sujeito a ser investigado. Sugere-se para os pesquisadores iniciantes programar-se para a coleta de dados na

expectativa de conseguir o número de sujeitos desejados, pois, dada a escassez de tempo para este trabalho, não foi possível o número programado para a pesquisa, embora o número de participantes foi satisfatório.

Considera-se importante para estudos futuros avaliar a autoimagem e a sexualidade em pacientes que estão em tratamento de quimioterapia, porque essas pacientes sofrem modificação no organismo e na autoimagem, uma vez que o cabelo é a estética da mulher.

## Referencias

- Ballone, G. J. (2005): Disfunção Sexual nas pessoas com câncer. Retirado no dia 26/03/2009, do website: <http://www.psiqweb.med.br//site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=35>
- Baptista, N.M., Santos, M.K, & Dias, R.R. (2006). Auto-Eficácia, Locus de Controle e depressão m mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 24,27-36.
- Caetano, Á. J., Soares, E. (2005). Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *Revista Enfermagem. UERJ*,13, 210-216.
- Cantinelli. S. F., Camacho, S.R., Smaletz, O., Gonsales, K,B., Braguittoni, E., & Júnior, R.J. (2006) A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 33, 124-133.
- Costa Junior, L.A. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a Pesquisa e intervenção profissional em saúde.*Psicologia Ciência Profissão*,21,36-43.
- Conde, M.D., Pinto Neto, M.A., Freitas Júnior, R., & Aldrighi, M.J. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Obstetrícia*, 28,195-204.
- Duarte, P. T., & Andrade, N A. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Etudo. Psicologia. (Natal)*, vol.8,155-163.
- Fang, S.Y., Chiu, S.C., Shu, B.C. (2011). The experience of women after breast cancer mastectomy: Objectification theory perspective. *The Journal of nursing*. 58, 75-80.

- Ferreira, M.S.L. M., & Mamedi, V.M. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino Americano de Enfermagem*, 11, 299-304.
- Gouveia, V.V., Santos, C.A., Gouveia, E.S.V., Pronk, S.L. (2008). Escala de Investimento Corporal (BIS): Evidencias de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7, 57-66
- Hentschel, H., Alberton, L.D., Capp, E, Goldim, J.R., & Passos, P.E. (2007). Validação do Female Sexual Function INDEX (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, 27, 10-14.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA) (1996-2009). Câncer de Mama. Retirado no dia 29/03/2009, do website [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=336](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336)
- \_\_\_\_\_ (2010). Câncer de Mama. Retirado no dia 19/11/2011, do website [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_ma+ma+](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_ma+ma+)
- Louveira, M. H., Kemp, C., Vilar, S.V., Martinelli, E.S., Spadone, B.G.C., Gracino, A., & Szeffeld, J. (2006). Contribuição da mamografia e da ultrasonografia na avaliação da mama reconstruída com retalho miocutâneo. *Radiologia Brasileira*, 39, 63-67.
- Moller, S.J., Crocker, J., Bushman, B.J. (2010). Creating Hostility and Conflict: Effects of Entitlement and Selt-Image Goales. *Journal of Experimental Social Psychology*. 45,1-10
- Oliveira, S.M.L.P. (2001). *O impacto do exercício físico na Auto-estima, Investimento corporal e sentimento de Auto-eficácia em estudantes universitárias: estudo exploratório*. Retirado no dia 07/11/2009. do website [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo\\_licenciatura.php?](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?)
- Ramos, A.S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência. Profissão*, 23, 32-41.
- Silva, L.C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológicos: aspectos relacionado ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237.

- Souza, A., & Andrade, N.A (2008). "Corpos marcados e fé na vida..." Mastectomia e Políticas Públicas de Saúde da Mulher. *Psicologia Política*, 8,157-178.
- Trindade, R.W., & Ferreira, A.M. (2008). Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto -Enfermagem.*,17, 417-426.
- Thompson, B.Y.E.H., & Stanton, A.L. (2011). Quality of life among Latine breast cancer patients: a systematic review of the literature. *Journal Cancer Survive*, 5, 191-207.
- Veloso, M.M. X., Coutinho, F.S.E., & Koifman, S. (2001). Qualidade de Vida subsequente ao tratamento para câncer de mama. Dissertação de mestrado não publicado, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Vianna, S. A A. M. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estudo Psicologia. (Campinas)*, 21, 203-210.