

ELISABETH MELONI VIEIRA¹

GERSON HIROSHI YOSHINARI JÚNIOR²

HAYALA CRISTINA CAVENAGUE DE SOUZA³

MARINA PASQUALI MARCONATO MANCINI⁴

GLEICI DA SILVA CASTRO PERDONÁ¹

História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama

Reproductive and sexual history of women treated of breast cancer

Artigo Original

Palavras-chave

Neoplasias da mama
Sexualidade
Comportamento sexual
Gravidez
Preservação da fertilidade

Keywords

Breast neoplasms
Sexuality
Sexual behavior
Pregnancy
Fertility preservation

Resumo

OBJETIVO: Compreender a vida sexual e reprodutiva de mulheres tratadas de câncer de mama. **MÉTODOS:** Foram entrevistadas 139 mulheres com diagnóstico há pelo menos seis meses, selecionadas aleatoriamente em um serviço de reabilitação. As entrevistas foram feitas entre 2006 e 2010. Todas eram usuárias do SUS, pacientes de um hospital regional e moradoras da região DRS XIII-Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. As entrevistadas foram visitadas em seu domicílio onde foi aplicado um questionário face a face que abordava questões relativas às características sociodemográficas, da doença e da vida reprodutiva e sexual, para esta última aplicou-se o instrumento Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). A análise estatística incluiu o teste do χ^2 , o teste exato de Fisher e o teste t de Student, análise multivariada por regressão logística e análise fatorial e alfa de Cronbach. **RESULTADOS:** A maioria teve entre 2 e 3 filhos e 80% utilizaram algum método anticoncepcional. Cerca de metade das mulheres tiveram relação sexual no último mês, 45,3% interromperam as relações sexuais durante o tratamento e 25,9% não interromperam. Houve relato de diminuição da frequência sexual, embora metade das entrevistadas tenha retomado a vida sexual nos primeiros seis meses após o tratamento. Pouco mais de metade apresentou insatisfação sexual. Encontrou-se vida sexual ativa associada à idade menor que 40 anos e a ter parceiro. Não foi encontrada associação entre vida sexual ativa e ao diagnóstico e tipos de tratamento. **CONCLUSÃO:** A atividade sexual de mulheres tratadas para câncer de mama não está associada aos tratamentos, mas à idade e à oportunidade de ter sexo.

Abstract

PURPOSE: To understand the reproductive and sexual life of women treated for breast cancer. **METHODS:** A total of 139 women with a diagnosis made at least 6 months ago were interviewed after being randomly selected in a rehabilitation service. The interviews were carried out between 2006 and 2010. The inclusion criteria were: to have used a rehabilitation service between 2006 and 2010, to be a Unified Health System user, to have been a patient at a regional hospital and to be resident in the area of DRS XIII-Ribeirão Preto, state of São Paulo. The interviewees were visited at home where a face to face questionnaire regarding sociodemographic features and questions about the disease and reproductive and sexual life was administered. For the last one, the Female Sexual Function Index instrument was used. Data were analyzed statistically by the χ^2 test, Fisher exact test, Student's t test, multivariate analysis by logistic regression, factorial analysis and the Cronbach's alpha. **RESULTS:** Most patients had between 2 to 3 children and 80% used some contraceptive. About half of them had had sexual intercourse in the last month, 45.3% had interrupted sexual intercourse during treatment and 25.9% did not. There were reports of decreasing sexual activity, although half of the interviewees had re-started sexual life during the first six months after treatment. About half presented sexual dissatisfaction. An active sexual life is associated with being younger than 40 years of age and to have a partner. No association was found between active sexual life and diagnosis and types of treatment. **CONCLUSION:** Sexual activity of women treated for breast cancer is not associated with the treatments, but with age and with the opportunity of having sex.

Correspondência

Elisabeth Meloni Vieira
Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Avenida Bandeirantes 3.900 – Monte Alegre
CEP: 14049-900
Ribeirão Preto (SP), Brasil

Recebido

29/10/2012

Aceito com modificações

19/12/2012

Trabalho realizado no Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

²Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³Programa de Mestrado Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴Graduação em Estatística do Departamento de Estatística, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: FAPESP, processo nº 2009/50319-8.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

O câncer de mama, além de ser a segunda neoplasia mais frequente no mundo, é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres¹. Registra-se no país aumento com taxas de mortalidade que se elevaram no período de 1979 a 2000 de 5,7/100.000 mulheres para 9,7/100.000. Esse aumento foi constante entre os anos de 2000 e 2006 e atingiu 12,6 mortes por 100.000 mulheres, apesar de discreta diminuição para 11,0 mortes em 2007^{2,3}. Não obstante ao aumento da incidência, observa-se queda nas taxas de mortalidade, especialmente em países desenvolvidos, com aumento da sobrevivência, provavelmente por maior eficácia no processo de diagnóstico precoce e oferta de tratamento adequado¹.

Em função da significativa prevalência da neoplasia maligna de mama, seja no cenário mundial ou brasileiro, destaca-se a necessidade de compreender quem são essas mulheres e como a doença as afeta, na tentativa de propor intervenções que melhorem sua qualidade de vida (QV). Um dos importantes aspectos da QV é a sexualidade, que pode ficar comprometida pela doença ou por seu tratamento⁴. Vários estudos mostram a importância da vida sexual e dos aspectos emocionais na qualidade de vida da mulher com câncer de mama, principalmente em sua resiliência e sobrevivência^{5,6}. Além disso, a incidência do câncer de mama em mulheres mais jovens traz a preocupação com a saúde reprodutiva e a maternidade, que deve ser pensada e planejada antes do tratamento, pois este pode provocar menopausa precoce e infertilidade^{7,8}. Devido a essas implicações, espera-se que a paciente seja orientada sobre sexualidade e reprodução por um profissional de saúde, médico ou enfermeiro. Mas as pesquisas mostram que, mesmo quando a paciente deseja falar abordando o assunto para tirar dúvidas ou formular questões sobre as mudanças corporais e sexuais, os profissionais evitam o tema por vergonha, não saber como orientar, por falta de experiência ou tempo⁹.

Este trabalho visa descrever as características sociodemográficas, bem como a história reprodutiva e sexual das mulheres sobreviventes ao câncer de mama, objetivando fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam compreender melhor essas necessidades de saúde.

Métodos

No período de setembro de 2010 a janeiro de 2011, foram entrevistadas 139 mulheres, que haviam recebido o diagnóstico de câncer há pelo menos seis meses (entre 2006 e 2010). Utilizou-se um questionário aplicado face a face por entrevistadoras treinadas. Todas as entrevistadas frequentavam ou haviam frequentado um programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas que se desenvolve no REMA,

sigla do serviço nomeado Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este serviço de reabilitação é público e também atua como serviço-escola que atende gratuitamente as mulheres, em sua maioria usuárias do SUS. As mulheres matriculadas podem frequentá-lo indefinidamente participando de programas sociais, fisioterápicos, orientação em psicologia e enfermagem tanto individual como em grupo.

Do total de mulheres atendidas pelo REMA no período de 2006 a 2010, duzentas (200) eram usuárias do Hospital das Clínicas e residiam em Ribeirão Preto ou região (Diretoria Regional de Saúde (DRS-XIII)). O tamanho amostral foi calculado para uma população finita, prevalência de 50% em relação à atividade sexual no último mês, erro de 5% e nível de significância de 5%, resultando em recomendações de inclusão de pelo menos 132 indivíduos. As entrevistadoras receberam uma lista com os nomes de mulheres inscritas no REMA e sortearam 184 mulheres (considerando possíveis perdas), que foram contatadas por telefone ou pessoalmente. Destas, 14 eram falecidas, 17 se recusaram a ser entrevistadas e 14 não foram localizadas. As entrevistas ocorreram durante todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados, nos períodos da manhã, tarde e noite, dependendo da disponibilidade da entrevistada. Quando não era obtido o contato telefônico, as entrevistadoras fizeram até três visitas ao endereço indicado, e se a paciente não fosse encontrada era excluída do estudo.

Outras informações médicas foram obtidas por meio de busca ativa dos prontuários arquivados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, parecer nº 193/2009, e todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento e Esclarecido.

Em relação às características sociodemográficas as variáveis analisadas foram: a idade em anos completos no momento da entrevista; raça/cor de acordo com a classificação autorreferida do IBGE (branca, preta, parda, amarela e indígena); estado marital; anos completos de escolaridade; ocupação; e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), com o objetivo de definir a qual classe econômica pertenciam¹⁰, a posse de casa própria e a religião. Quanto às características da doença, as variáveis estudadas foram: o tempo de diagnóstico no momento da entrevista; a idade da entrevistada no momento do diagnóstico; se havia ocorrido recidiva ou metástase e os tipos de tratamentos (cirúrgico, hormonioterapia, quimioterapia e radioterapia). Embora a sexualidade seja um termo abrangente na integração das várias dimensões

humanas, como a física, psicológica e social, neste artigo nos limitamos a investigar algumas variáveis da vida sexual e reprodutiva atual e pregressa da mulher, como a idade na primeira relação sexual; a paridade (sim ou não; número de filhos); se amamentou (sim ou não); se teve aborto (sim ou não); o uso de método anticoncepcional (sim ou não); a frequência das relações sexuais; a data da última relação sexual; interrupção das atividades sexuais durante o tratamento e a retomada da vida sexual após tratamento e os resultados da aplicação do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)¹¹.

Este instrumento é um questionário com 19 questões que avalia seis domínios da sexualidade feminina: desejo, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor. As questões referem-se ao desempenho sexual da mulher nas quatro semanas anteriores à aplicação do questionário. Todas as questões são de múltipla escolha e uma escala é utilizada para possibilitar a detecção de sutis diferenças nos níveis de medida. As opções de resposta recebem uma pontuação de zero (ou um) a cinco. O escore igual a zero corresponde à inexistência de prática sexual nas últimas quatro semanas pela respondente, o um se refere à presença pouco significativa da função questionada, e o cinco, à presença com significância da função questionada.

Para a análise utilizamos a estatística descritiva e testes de associação entre as variáveis como o χ^2 de Pearson, o teste exato de Fischer e o teste de *t*-de Student. A hipótese de associação foi aceita quando se encontrou $p < 0,05$. Também realizamos análise multivariada por regressão logística para verificar qual a chance de ter vida sexual ativa de acordo com a idade na presença ou não de um relacionamento. Para o estudo do FSFI aplicou-se análise fatorial e o α de Cronbach.

Resultados

Em relação às características sociodemográficas no momento da entrevista a mulher mais jovem tinha 24 anos e a mais velha 78 anos de idade. A média da idade encontrada foi 54,6 anos e a mediana, 54 anos. A maioria das entrevistadas se autorreferiu como branca (63,3%) ou parda (29,1%) e estava casada (43,9%) ou coabitando com um companheiro (11,5%). A média de idade dos companheiros dessas pacientes foi de 52,5. Entre as 62 mulheres solteiras, viúvas ou separadas (45%), apenas sete (5,3%) tinham parceiro sexual, mas não coabitavam.

Mais da metade delas tinha escolaridade superior ao ensino fundamental e o tempo médio de escolaridade foi igual a 7,3 anos.

A maioria trabalhava e exercia profissões que exigem nível médio como vendedora, auxiliar administrativo ou professora. Um terço afirmou ser dona de casa e um quinto, aposentada. Em relação ao CCEB quase metade (69; 49,6%)

foi classificada como pertencente à categoria C e a maioria (103; 74,1%) referiu possuir moradia própria. Mais detalhes sobre as características da distribuição de frequência dessas variáveis podem ser observados na Tabela 1.

O tempo entre o diagnóstico e a entrevista foi no mínimo seis meses e no máximo 116 meses (mais de nove anos), e em média 35,6 meses. A maioria das mulheres (55/42,9%) haviam recebido o diagnóstico entre dois e quatro anos antes, 11 (8,5%) há menos de um ano e a mesma proporção, 24,2% (31 mulheres), entre um e dois anos e mais de quatro anos. A idade no momento do diagnóstico variou de 23 a 77 anos, com média de 53,9 anos. Cerca de um terço das entrevistadas, 31,2% (41), tinha entre 41 e 50 anos de idade no momento do diagnóstico, 24,2% (31) entre 51 e 60 anos, 26,5% entre 61 e 73

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos das mulheres com diagnóstico de câncer de mama

Aspectos sociodemográficos	n	(%)
Idade		
24 a 40 anos	14	(10,7)
41 a 50 anos	35	(21,2)
51 a 60 anos	47	(33,8)
>60 anos	43	(31,0)
Raça/cor		
Branca	88	(63,3)
Parda	39	(29,1)
Preta	10	(7,2)
Oriental/Indígena	2	(1,4)
Estado marital		
Casadas	61	(43,8)
Coabitavam	16	(11,5)
Solteiras,viúvas, separadas	62	(45,0)
Escolaridade		
Menos de 4 anos	28	(20,1)
4ª série Ensino Fundamental	41	(29,5)
8ª série Ensino Fundamental	21	(15,1)
Ensino Médio	31	(22,3)
Ocupação		
Trabalha fora	52	(37,4)
Dona de casa	47	(33,8)
Aposentada	33	(23,7)
Doméstica	7	(5,0)
Critério Brasil de Classificação socioeconômica*		
Classe A	5	(3,6)
Classe B	46	(33,0)
Classe C	69	(49,6)
Classe D/E	19	(13,7)
Religião		
Católica	79	(56,8)
Evangélica	28	(20,1)
Outra	32	(23,1)

*Critério Brasil avalia o nível de consumo baseado na escolaridade do chefe da família e dos bens de consumo presentes no domicílio¹⁰.

anos e 17,9% (23) menos de 40 anos. As mulheres foram submetidas a vários tipos de tratamento: 104 (74,8%) receberam quimioterapia, 103 (74,1%) radioterapia, 103 (74,1%) hormonioterapia e 132 foram submetidas a 151 procedimentos cirúrgicos. Desses procedimentos, 8 (5,7%) foram mastectomia radical, 58 (41,7%) mastectomia simples, 17 (12,2%) quadrantectomia e 68 (48,9%) nodulectomia. Entre as entrevistadas 12 (8,6%) relataram recidivas da doença e 19 (13,6%) relataram metástases.

■ Vida reprodutiva

Apenas 15 pacientes (10,8%) são nulíparas; a maioria teve entre 2 e 3 filhos (em média 2,3 filhos). Em relação ao número nascidos vivos, 13 pacientes (9,3%) tiveram 1 filho, 27 pacientes (19,4%) 2 filhos, 30 pacientes (21,5%) 3 filhos, 17 pacientes (12,2%) 4 filhos, 12 pacientes (8,6%) 5 filhos e 8 pacientes (5,7%) 6 ou mais; 86,3% referiam ter amamentado.

As entrevistadas referiram 369 gestações e a ocorrência de 29 abortos, dos quais 4 foram provocados. Oitenta por cento das mulheres (112) usaram algum método anticoncepcional em algum momento da vida reprodutiva, mas menos da metade (53/37,9%) utilizou algum contraceptivo antes da primeira gestação.

■ Vida sexual

Apenas cinco mulheres nunca tiveram relação sexual. A média de idade na primeira relação foi 20 anos e a mediana, 19 anos. Para 68 (48,9%) mulheres a última relação sexual ocorreu no período do último mês (4 semanas), e para a maioria destas (47/69,1%), na semana em que foi entrevistada. Uma proporção semelhante (47,5%) referiu que teve o último intercurso sexual há mais de um mês. Dentre estas, a maioria 54 (81,8%) relatava que havia ocorrido há mais de um ano. A média de relações mensais foi de 6,3 para aquelas que tiveram relação sexual no último mês. Durante o tratamento do câncer interromperam as relações sexuais 45,3% (63) delas, 25,9% (36) não interromperam e 28,7% (40) estavam sem parceiro. Das 63 mulheres que concluíram o tratamento de câncer apenas 10 ainda não haviam retomado as relações sexuais. Das 53 mulheres que haviam retomado a

vida sexual após o tratamento a maioria (46/68%) o fez dentro de um período de seis meses. Não houve tendência à interrupção de relações sexuais de acordo com o tipo de tratamento realizado, nem com a situação do tratamento, (concluído ou não).

Após o adoecimento as mulheres apresentaram diminuição na frequência de relações sexuais (Tabela 2).

Encontrou-se associação significativa entre vida sexual ativa e idade menor que 40 anos. A maioria das mulheres que teve relação sexual no último mês tinha menos de 50 anos (Tabela 3). Também se observou associação estatisticamente significativa entre vida sexual ativa e morar com marido ou companheiro ($p < 0,000$). A maioria que não teve relação sexual no último mês não tinha parceiro. Encontrou-se diferença significativa ($p < 0,001$) entre a idade das mulheres com parceiros (média de 50,7 anos) e sem parceiros (média de 60,4 anos). A regressão logística mostrou que a chance de uma mulher ter vida sexual ativa é menor, quanto maior a sua idade ($OR = 0,9$; $p = 0,05$) e o fato de uma mulher ter um relacionamento estável aumenta em 63 vezes a chance de ela ter vida sexual ativa ($p < 0,05$). Não foi encontrada associação entre ter ou não vida sexual ativa e os tipos de tratamentos realizados, tal como hormonioterapia, radioterapia, quimioterapia e a cirurgia.

O instrumento IFSF (Índice da Função Sexual Feminina) para avaliar a função sexual foi administrado nesta amostra e apresentou coeficiente α de Cronbach 0,98, que significa alta consistência interna. De um escore possível entre 0 e 6 quase metade da amostra selecionada (44%) apresentou dificuldades (escores entre 0 e 1) com os

Tabela 2. Distribuição percentual das mulheres com diagnóstico de câncer de mama segundo a frequência de relações sexuais antes de ter adoecido e atualmente

Frequência das relações sexuais	Antes de ter adoecido (%)	Atualmente (%)
0	32	48
1-4 vezes/mês	26	32
5-9 vezes/mês	16	8
10-14 vezes/mês	16	6
15-19 vezes/mês	6	4
Mais de 20 vezes/mês	4	2
Total	100	100

Tabela 3. Distribuição das mulheres com diagnóstico de câncer de mama segundo idade e momento da última relação sexual

Idade	Relação no último mês		Relação há mais de um mês		Total	
	n	%	n	%	n	%
<40	11	(84,6)	2	(15,3)	13	(9,7)
Entre 41 e 50	27	(77,1)	8	(22,8)	35	(26,1)
Entre 51 e 60	21	(45,6)	25	(54,3)	46	(34,3)
>60	9	(22,5)	31	(77,5)	40	(29,8)
Total	68	(50,7)	66	(49,2)	134	(100)

Teste do χ^2 , valor $p = 0,0001$.

domínios excitação, lubrificação e orgasmo. Quase metade (48%) foi diagnosticada com relevância para o domínio dor e pouca relevância para o domínio desejo (46%). A maior parte (56%) classificou o domínio satisfação com escore variando de zero a três, o que também indica a insatisfação de pouco mais da metade das mulheres com a função sexual atual.

Discussão

As mulheres incluídas neste estudo são usuárias do SUS e sua classificação socioeconômica, assim como sua escolaridade e renda, é compatível com outros estudos realizados no município^{12,13}.

Embora a média de idade encontrada seja maior do que 50 anos, quase 40% das mulheres encontravam-se abaixo dessa idade. Além disso, observamos que muitas entrevistadas eram jovens quando apresentaram o câncer de mama. Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para a cidade de São Paulo mostram que a incidência nessa proporção de mulheres abaixo dos 50 anos não é tão elevada e vem se mantendo estável na última década, com ligeira tendência de queda. Entre 1997 e 1998 a incidência de câncer de mama na mulher com menos de 50 anos foi de 31,8 e 30,3% no período 2001–2005^{14,15}. Observa-se, então, que cerca de um terço à metade da população feminina afetada pela doença tem menos de 50 anos, e aproximadamente 10% tem menos de 40 anos^{14,15}. O acometimento de mulheres mais jovens pelo câncer de mama parece ser, isoladamente, um fator de mau prognóstico (elevando a chance de recidiva loco regional¹⁶), trazendo para essas mulheres uma nova necessidade de planejamento de vida, como a preocupação com a preservação da fertilidade (que pode ser afetada pela doença e pelos tratamentos)^{14,15}.

A cirurgia de remoção da mama pode trazer, dentre tantos outros sintomas, depressão e baixa autoestima ocasionados pela retirada de um dos mais significativos símbolos sexuais^{4,6}. Todos os tipos de tratamento para o câncer de mama causam alterações psicológicas ou físicas que afetam diretamente a sexualidade feminina e interferem em muitos domínios da função sexual⁴. A literatura científica é rica em apresentar estudos qualitativos e quantitativos que mostram essas alterações na vida

sexual das mulheres^{4,5,6,17}. Mulheres em hormonioterapia referiram disfunção sexual e aversão ao sexo, bem como dificuldade de atingir orgasmo, com piora progressiva ao longo do tratamento, porém com remissão dos sintomas após a conclusão¹⁸. O ressecamento severo da vagina associado à menopausa precoce induzida pelo tratamento pode produzir dor à relação sexual⁴.

Há relatos na literatura de interrupção da vida sexual por pelo menos um ano, com a avaliação de que mesmo cinco anos após a cirurgia a vida sexual não volta a ser a mesma¹⁹. Entretanto, no presente estudo, observamos que metade das mulheres retornaram à atividade sexual dentro de seis meses após o diagnóstico. Cerca de meta de das mulheres apresentaram vida sexual ativa, com o número médio de seis relações sexuais mensais, embora menor que a média do brasileiro²⁰. Além disso, estudos apresentam resultados da aplicação do IFSF na população geral, similares àqueles encontrados neste estudo, como a pesquisa conduzida no Chile, que mostrou 40% das mulheres com disfunção sexual²¹ enquanto o estudo realizado nos Estados Unidos mostrou 43% das mulheres com disfunção sexual²². Uma revisão da literatura realizada por Lewis et al.²³ constata prevalência de disfunção sexual em mulheres de 40 a 45%, enquanto estudo realizado no Brasil mostra que metade das mulheres referiram algum tipo de dificuldade sexual²⁰.

Apesar da diminuição da frequência da atividade sexual após o diagnóstico do câncer e cerca de metade das mulheres terem relatado dificuldades sexuais, constatamos que a atividade sexual das mulheres sobreviventes ao câncer de mama não estão associadas aos tratamentos, mas à idade e à oportunidade de ter sexo — no caso, definida pela presença de um parceiro sexual, variáveis estas que se apresentaram associadas. Essas informações são cruciais, pois os profissionais de saúde não devem ignorar este tema, mas sim podem e devem orientar em relação à vida sexual, a interrupção e aos sintomas provocados pelos tratamentos que interferem na vida sexual.

Agradecimentos

Este estudo recebeu financiamento FAPESP, processo nº 2009/50319-8. Gerson Hiroshi Yoshinari Júnior recebeu bolsa PIBIC-CNPq durante a elaboração deste trabalho.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Atlas de mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [citado 2012 Mar 21]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br>
4. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am.* 2007;42(4):531-54.

5. Anllo LM. Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(3):241-8.
6. Beckjord E, Compas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2007;25(2):19-36.
7. Letourneau JM, Smith JF, Ebbel EE, Craig A, Katz PP, Cedars MI, et al. Racial, socioeconomic, and demographic disparities in access to fertility preservation in young women diagnosed with cancer. *Cancer.* 2012;118(18):4579-88.
8. Hill KA, Nadler T, Mandel R, Burlein-Hall S, Librach C, Glass K, et al. Experience of young women diagnosed with breast cancer who undergo fertility preservation consultation. *Clin Breast Cancer.* 2012;12(2):127-32.
9. Hordern AJ, Street AF. Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Soc Sci Med.* 2007;64(8):1704-18.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2010 [citado 2011 Mar 21]. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>>
11. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(11):2333-44.
12. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(4):730-7.
13. Vieira EM, Souza L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):398-404.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 2003. vol. 3.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 2010. vol. 4.
16. Rudat V, El-Sweilmeen H, Fadel E, Brune-Erber I, Ahmad Nour A, Bushnag Z, et al. Age of 40 years or younger is an independent risk factor for locoregional failure in early breast cancer: a single-institutional analysis in Saudi Arabia. *J Oncol.* 2012;2012:370385.
17. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008;14(2):176-81.
18. Berglund G, Nystedt M, Bolund C, Sjoden 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.
19. Biglia N, Maggio G, Peano E, Sgandurra P, Ponzzone R, Nappi, RE, et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *J Sex Med.* 2010;7(5):1891-900.
20. Abdo C. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004.
21. Blumel MJE, Binfa EL, Cataldo AP, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-25.
22. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
23. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fulg-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):35-9.