

---

## AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA<sup>1</sup>

Nathália Silva Gomes<sup>2</sup>, Sueli Riul da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Parte da dissertação - Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2011.

<sup>2</sup> Mestre em Atenção à Saúde. Minas Gerais. Brasil. E-mail: nathaliasilvagomes@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associado do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. Minas Gerais, Brasil. E-mail: sueliriul@terra.com.br

**RESUMO:** Estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido com mulheres que realizaram a cirurgia oncológica mamária no período de 2007 a 2009. Objetivou caracterizar as mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária e analisar a autoestima dessas. Utilizou-se questionário para avaliação da autoestima com a coleta de dados sociodemográficos, clínicos e a Escala de Rosenberg. A maioria das mulheres que participou da pesquisa tinha entre 41 e 50 anos, era casada, católica, com baixa escolaridade e recebia, em média, três salários mínimos. Quanto aos aspectos clínicos, a maior parte realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo e fez tratamentos complementares, principalmente a hormonioterapia. Com relação à autoestima, 54,10% das mulheres apresentaram autoestima alta, alfa de *Cronbach* de 0,77. As mulheres que possuíam autoestima alta eram casadas, retornaram ao trabalho, realizaram reconstrução mamária e não fizeram nenhum tratamento complementar.

**DESCRIPTORIOS:** Autoimagem. Saúde da mulher. Enfermagem. Neoplasias da mama.

---

## EVALUATION OF THE SELF-ESTEEM OF WOMEN WHO HAD UNDERGONE BREAST CANCER SURGERY

**ABSTRACT:** This cross-sectional observational study with a quantitative approach was developed with women who underwent breast cancer surgery in the period from 2007 to 2009. The aim was to characterize women who underwent such surgery and to analyze their self-esteem. A questionnaire was used to evaluate the self-esteem with the collection of sociodemographic and clinical data and the Rosenberg Scale. The majority of the women were aged between 41 and 50 years, were married, catholic, had low levels of schooling and received on average three times the minimum wage. Regarding the clinical aspects, the majority underwent conservative surgery performed on the left side and received complementary treatments, mainly endocrine therapy. Concerning self-esteem, 54.10% of the women had high self-esteem; Cronbach's alpha of 0.77. The women who had high self-esteem were married, had returned to work, underwent breast reconstruction and had received no complementary treatment.

**DESCRIPTORS:** Self concept. Women's health. Nursing. Breast neoplasms.

---

## EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES QUE SE SOMETIERON A CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA

**RESUMEN:** Estudio observacional transversal con abordaje cuantitativa desarrollado con mujeres que realizaron cirugía oncológica mamaria en el período de 2007 a 2009. Objetivó caracterizar las mujeres sometidas a esa cirugía y analizar su autoestima. Se utilizó un cuestionario para evaluación de la autoestima con coleta de datos socio demográficos, clínicos y la Escala de Rosenberg. La mayoría de las mujeres que participaron de la pesquisa tenía entre 41 y 50 años, eran casadas, católicas, con baja escolaridad y recibían en promedio, tres sueldos mínimos. Cuanto a los aspectos clínicos, la mayor parte realizó cirugía conservadora del lado izquierdo y hicieron tratamientos complementares, principalmente hormonoterapia. Con relación a la autoestima, 54,10% presentaron autoestima alta; alfa de *Cronbach* de 0,77. Las mujeres que poseían autoestima alta, eran casadas, retornaron al trabajo, realizaron reconstrucción mamaria y no hicieron ningún tratamiento complementar.

**DESCRIPTORIOS:** Autoimagen. Salud de la mujer. Enfermería. Neoplasias de la mama.

## INTRODUÇÃO

O termo câncer (CA) pode ser utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças que incluem tumores malignos de diferentes localizações. Atualmente, no Brasil, especificamente o CA de mama é visto como um problema de saúde pública, por se tratar da neoplasia mais comum no sexo feminino, com exceção do CA de pele não melanoma.<sup>1</sup>

Apesar de controverso, os fatores de risco desencadeadores parecem aumentar a possibilidade de desenvolvimento dessa patologia. A idade é o mais importante, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, diminuem (tal fato tem sido associado ao início da menopausa).<sup>1</sup> Além desse fator, é importante ressaltar que outros fatores devem ser observados: pertencer ao sexo feminino, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, história familiar de CA de mama, inatividade física e personalidade depressiva.<sup>1-2</sup>

Após a confirmação do diagnóstico, a mulher sente que sua identidade feminina está sendo questionada, pois a mama é símbolo da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida da mulher.<sup>2-3</sup> O CA de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para sua convivência a incerteza sobre a vida, a possibilidade de recorrência da doença e a dúvida a respeito do sucesso do tratamento. Inicia-se uma gama de sentimentos como angústia, ansiedade, depressão, raiva, tristeza, desespero, impotência, desamparo e medo (tanto da mutilação, quanto da perda de algumas pessoas do convívio). É comum que primeiramente as mulheres neguem a doença e desenvolvam a crença de que a cirurgia será o principal fator de resolução das questões de conflito. No entanto, cada uma necessita de um tempo próprio e subjetivo para lidar com as consequências desse diagnóstico e estabelecer formas de lidar com ele. Nessa fase do diagnóstico a preocupação principal recai sobre a sobrevivência; depois com o tratamento prescrito e, posteriormente, com a rotina frente à sua nova condição de saúde.<sup>2,4</sup>

Com isso, a personalidade da mulher irá condicionar sua forma de enfrentamento da doença e, conseqüentemente, seu bem-estar. As mulheres com maior autoconfiança, estabilidade emocional, pensamentos positivos e altos níveis de autoestima (AE) terão maior propensão ao bem-estar

psicológico. Além disso, a crença religiosa sobre o enfrentamento da enfermidade pode ajudar pacientes a interpretar esta situação como uma prova de Deus para reafirmar o sentido da vida e o crescimento pessoal.<sup>3</sup>

Dentre as modalidades terapêuticas para o CA de mama, as mais utilizadas são: radioterapia (RT), quimioterapia (QT), hormonioterapia e cirurgia.<sup>5</sup> Ao se tratar especificamente da cirurgia, o ato cirúrgico é visto como agressivo e preocupante, provoca nas mulheres alterações emocionais como nervosismo, irritação, incerteza e conflitos.<sup>4</sup>

Comumente, elas estão despreparadas para se submeterem a uma cirurgia de retirada da mama, pois carregam consigo dúvidas sobre o que será removido, bem como se haverá a necessidade de tratamento posterior, quais cuidados deverão ter após a cirurgia, dentre outros. Essa falta de informação associada à dor e às limitações físicas que terão no pós-operatório agrava os conflitos emocionais e sociais os quais estão vivenciando.<sup>6</sup> O tratamento cirúrgico é necessário em praticamente todos os casos e provoca mudanças no autoconceito e na imagem corporal. A distorção na imagem corporal acontece principalmente nas mulheres que realizam mastectomia e inicia-se com a aversão a ela mesma, manifestada, por exemplo, na dificuldade em olhar-se no espelho e na retomada de sua vida sexual.<sup>4,6</sup>

Concomitantemente às mudanças sentidas no corpo, surge a incapacidade de assumir os compromissos sociais e alterações em relação ao convívio social (família, amigos e trabalho). Isso devido ao preconceito e estigma associado ao CA, que resulta no afastamento de algumas pessoas e no surgimento de situações de constrangimento que dificultam o entendimento das mulheres acerca do CA.<sup>2</sup>

Assim, a equipe de enfermagem deve estabelecer uma comunicação terapêutica com a paciente. Isso visa proporcionar uma relação afetiva e consciente entre elas, de modo a auxiliar a mulher no enfrentamento da tensão, a conviver com outras pessoas e a ajustar-se ao que não pode ser mudado. Esse vínculo associado ao acesso às informações, induz a mulher a contar sobre seus desconfortos, ansiedades e medos, o que torna menos estressante e desgastante o processo de enfrentamento da doença.<sup>7</sup>

No que tange à AE, há na literatura diversas definições para o construto, mas não há consenso, apesar de todas se referirem ao valor e à compe-

tência de um indivíduo.<sup>8</sup> Ela pode ser definida, por exemplo, como o sentimento, o apreço e a consideração que a pessoa sente por si própria; o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa de si mesma.<sup>9</sup>

A AE pode ser classificada como alta, média ou baixa. Ter uma AE alta é sentir-se confiantemente adequado à vida, é tender-se a um 'afeto positivo', acreditar na sua competência e no seu valor, demonstrar capacidade para lidar com desafios e conseguir adaptar-se mais facilmente a uma determinada situação. Ter uma AE média é flutuar entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Uma AE baixa é sentir-se errado como pessoa. Normalmente, são indivíduos mais sensíveis a críticas, tem sentimentos de menos valia, inferioridade, isolamento, insegurança, rigidez, medo do novo, conformismo e postura defensiva. Quanto maior a AE melhor equipado se estará para lidar com as adversidades da vida e maiores as chances de se obter sucesso e de se manter relações saudáveis.<sup>8,10</sup>

Assim, a forma como cada um se sente em relação a si mesmo afeta crucialmente todos os aspectos das experiências vividas. A AE constitui-se então a chave para o sucesso ou para o fracasso de alguém e para entender a si mesmo e ao próximo. Reflete também a capacidade em lidar com os desafios da vida, o respeito e a defesa dos interesses e necessidades próprias.<sup>10</sup>

O estudo objetivou caracterizar as mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária em um hospital de clínicas e analisar sua autoestima.

## METODOLOGIA

Estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba-MG, por meio de busca ativa com mulheres que realizaram cirurgia oncológica de mama no período de 2007 a 2009. Foram incluídas na pesquisa todas as mulheres maiores de 18 anos de idade, submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano da realização da cirurgia, residentes no município de Uberaba-MG e, que concordaram em participar do estudo mediante compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste estudo foram excluídas mulheres menores de 18 anos e/ou aquelas que estavam em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico no momento da coleta

de dados. Dessa forma, a população foi constituída por um total de 48 pessoas, divididas em 16 mulheres para cada ano correspondente ao período da pesquisa. Das mulheres pesquisadas, somente 37 (77%) foram entrevistadas, visto que: quatro mudaram de endereço e não foram encontradas, duas mudaram de cidade, duas não se encontravam em Uberaba no período da coleta de dados, duas faleceram e uma delas não foi localizada nos registros hospitalares.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, construído pelas próprias pesquisadoras, contém os dados sociodemográficos e clínicos das mulheres submetidas à cirurgia. Posteriormente, para avaliação da AE, foi aplicada a Escala de Rosenberg.<sup>9</sup> Essa é autoaplicável e composta por dez questões com as seguintes opções de resposta: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. Para cada resposta, foi atribuída uma nota de importância que varia de 1 a 4, sendo que nas afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10 este valor é decrescente e nas outras o inverso. Para a classificação da AE, somaram-se todos os itens que totalizaram um valor único para a escala. De acordo com a soma, a AE pode ser classificada como satisfatória ou alta (escore maior que 31 pontos), média (escore entre 21 e 30 pontos) e insatisfatória ou baixa (escores menores que 20 pontos). Dessa maneira, quanto maior a somatória, maior a AE.

Para o cálculo dos escores da escala da AE foi usado o programa de *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 11.5. Na análise bivariada de variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de *Pearson* e, para a análise entre desfechos quantitativos e variáveis explicativas categóricas, utilizou-se a comparação de médias entre grupos conhecidos. A análise pelo Teste T para amostras independentes foi utilizada com o objetivo de avaliar as variáveis quantitativas e categóricas, e verificar se os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ). Destaca-se que os valores de *p* devem ser interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características semelhantes.

A presente investigação teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM sob o protocolo n. 1.629. Ressalta-se que este trabalho faz parte de um estudo maior intitulado 'Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano'.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização socio-demográfica das participantes do estudo.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Uberaba-MG, 2011**

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)	36 - 40	2 5,4
	41 - 50	13 35,1
	51 - 60	10 27,0
	61 - 70	6 16,2
	71 - 80	5 13,5
	81 - 90	1 2,7
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	4 10,8
	Um a quatro	13 35,1
	Cinco a oito	9 24,3
	Nove a onze	8 21,6
Situação conjugal	Doze ou mais	3 8,1
	Com união estável	16 45,9
	Sem união estável	20 54,1
Religião	Católica	17 45,9
	Evangélica	9 24,3
Renda familiar média mensal (em salários mínimos)	Espírita	11 29,7
	Um a dois	13 35,1
	Dois a três	11 29,7
	Acima três	12 32,4

A média de idade encontrada foi de 56 anos, com mediana de 53 anos e variando de 36 a 90 anos. A maioria das mulheres pesquisadas (62,1%) encontrava-se na faixa etária de 41 a 60 anos, superando um pouco a faixa etária predominante de incidência do CA de mama, que vai até os 50 anos.<sup>1</sup> Ao mesmo tempo, corrobora com outro estudo<sup>11</sup> que considera que o CA de mama é raro antes dos 35 anos. Neste estudo não houve nenhuma ocorrência abaixo dessa idade.

A maioria das mulheres encontrava-se sem união estável no momento da entrevista. Ressalta-se que foram consideradas como união estável as casadas ou as que moravam com companheiro fixo e, sem união estável, as solteiras, as divorciadas, as viúvas e as separadas.

Com relação à religião, nenhuma mulher intitulou-se sem religião ou citou alguma outra inexistente no questionário. Ressalta-se que das 37 entrevistadas, 27 consideravam-se praticantes (73%) e 10 não praticantes. As crenças religiosas, expressas por meio de orações, meditações e rituais,<sup>12</sup> constituem mecanismos comuns que as

pessoas se valem no momento de doença. Quanto maior a gravidade, mais se intensifica a ligação religiosa e a tomada de decisão sobre o direcionamento do tratamento, sendo influenciada pelo contexto religioso ao qual a paciente está inserida.<sup>13</sup> A busca pela religião torna-se, então, uma das formas encontradas pelas mulheres para diminuir o impacto do enfrentamento do CA de mama, visto que facilita o processo de aceitação da doença e das atividades/restrições impostas por ela.<sup>12</sup> A fé na cura se assenta na crença da existência de um 'Ser Superior', que lhes dá esperança e crédito. Assim, a fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida e de se conseguir um aliado contra a doença.<sup>5,14</sup>

A maior parte da renda familiar situava-se entre um e dois salários mínimos, ressalta-se que o salário mínimo vigente no período da coleta de dados era de R\$545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais). A maioria das mulheres, 25 delas (67,6%), trabalhava anteriormente à cirurgia, porém, até o momento da entrevista, somente 11 haviam voltado ao trabalho. A média de tempo para o retorno foi de cinco meses após a cirurgia e variou de 15 dias a 22 meses.

Conforme estudo desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto-SP em 2010, algumas razões relatadas para a não retomada ao trabalho foram: as limitações físicas resultantes do tratamento que eram incompatíveis com a função realizada anteriormente, a dificuldade em conciliar papéis e uma mudança nas prioridades da vida, excluindo a função exercida. O desejo em retornar ao trabalho era motivado pelo anseio de ocuparem o seu tempo com uma atividade útil e socialmente valorizada e, principalmente, para auxiliarem financeiramente suas famílias. Pois, caso não trabalhassem, somar-se-ia ao fato de onerar os gastos familiares, o atestado de sua condição de dependência (o que as faziam recordar frequentemente de sua condição de saúde e limitações).<sup>15</sup>

A tabela 2 refere-se à caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. O tempo médio de realização da cirurgia foi de 31,7 meses. A maior parte das mulheres realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo, sendo que esse, na maioria, não correspondia ao lado dominante da paciente (54,1%). Alguns estudos prospectivos randomizados mostram que a taxa de sobrevivência não está relacionada ao tipo de cirurgia, levando à escolha pela cirurgia conservadora por constituir-se menos mutiladora.<sup>16</sup>

**Tabela 2 - Caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Uberaba-MG, 2011**

Variáveis		n	%
Tipo de cirurgia	Conservadora	20	54,1
	Radical	17	45,9
	Direito	14	37,8
Lado da cirurgia	Esquerdo	21	56,8
	Direito e esquerdo	2	5,4
	12 – 24	8	21,6
Tempo de cirurgia (em meses)	25 – 36	17	45,9
	37 – 52	12	32,4
Tratamentos complementares	Sim	35	94,6
	Não	2	5,4

Em relação aos tratamentos complementares, a hormonioterapia foi realizada por 29 mulheres (78,40%), a radioterapia por 18 (48,6%), a QT adjuvante por 15 (40,5%) e a QT neoadjuvante por sete das pacientes (18,9%).

Das mulheres pesquisadas, quatro (10,8%) fizeram a reconstrução mamária, sendo que o tempo de realização dessa variou entre três a vinte meses da data da cirurgia. A média foi de 13,25 meses e a mediana 15. Muitas demonstraram interesse em realizar tal procedimento, porém eram acometidas por inúmeras dúvidas e medos, principalmente da dor. Elas desconheciam o direito à cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de saúde do Sistema Único de Saúde, nos casos de mutilação decorrente do tratamento para CA (Lei 9.797, de 06 de maio de 1.999).<sup>17</sup> As motivações mais comuns para a realização da reconstrução mamária são: sentir-se completa novamente, eliminar a prótese mamária externa, variar quanto ao estilo de roupas, melhorar a AE e o desejo em retomar o convívio social.<sup>4,18</sup>

Com relação à AE, obteve-se o escore mínimo de 19 e o máximo de 40 pontos. A média foi de 30,32 e a mediana 31. O desvio padrão foi de 4,58 e o alfa de Cronbach de 0,77. Apenas uma (2,7%) mulher apresentou AE baixa; 16 (43,2%) mulheres apresentaram AE média e 20 (54,1%) mulheres apresentaram AE alta.

O predomínio da AE alta pode ser explicado pela média de idade das entrevistadas (56,11 anos), pois a AE tende a aumentar com o envelhecimen-

to,<sup>8</sup> e pelo tempo decorrido do procedimento cirúrgico e a entrevista, em média, 31,7 meses. Destas 20 mulheres, 11 (55%) possuíam união estável e quatro (20%) haviam realizado reconstrução mamária. A presença do parceiro mostra-se significativa no enfrentamento da doença, por facilitar a reintegração da mulher ao contexto familiar.<sup>2</sup> Como a minoria das que possuíam AE alta realizou reconstrução mamária, sugere-se que haja outros fatores envolvidos como a resiliência, a rede social e as mudanças provocadas pelo diagnóstico e pelo tratamento na vida da mulher.

Notou-se uma correlação moderada e positiva entre a AE e a escolaridade (Tabela 3). Supõe-se que quanto maior a escolaridade, maior o acesso às informações e, conseqüentemente, maior o entendimento sobre a situação. Dessa forma, as mulheres passam a valorizar o fato de serem sobreviventes do CA de mama e atribuem menor valor às mamas. Sentem-se mais tranquilas, seguras e confiantes, refletindo positivamente em sua AE.

**Tabela 3 - Correlação de Pearson entre autoestima e variáveis sociodemográficas e clínicas. Uberaba-MG, 2011**

	Autoestima Correlação de Pearson (r)	P
Idade (anos completos)	0,18	0,29
Escolaridade	0,32	0,05
Renda familiar	0,06	0,70
Tempo de cirurgia (meses)	0,02	0,90

Na tabela 4, pode-se observar, detalhadamente, a distribuição da classificação da AE em relação às variáveis qualitativas.

Com relação ao tipo de cirurgia e à AE, a porcentagem predominante foi equivalente, ambas com AE alta. Tal dado está em desacordo com o que foi encontrado em alguns estudos,<sup>14,19</sup> pois para esses, a cirurgia radical afeta a AE e a imagem corporal das pacientes, sendo citada como uma das fontes de distanciamento afetivo e físico entre a mulher mastectomizada e seu companheiro. Isso pode ser justificado, pois nesses estudos, esse impacto acontece mais no período imediatamente após o procedimento cirúrgico e, neste trabalho, o tempo mínimo de realização da cirurgia foi de 12 meses.

**Tabela 4 - Avaliação da autoestima conforme variáveis qualitativas. Uberaba-MG, 2011**

Variáveis qualitativas		Autoestima baixa	Autoestima média	Autoestima alta
		n (%)	n (%)	n (%)
Tipo de cirurgia	Conservadora	-	10 (27,03%)	10 (27,03%)
	Radical	<b>1 (2,70%)</b>	6 (16,22%)	10 (27,03%)
Lado da cirurgia	Direito	-	9 (24,32%)	5 (13,51%)
	Esquerdo	-	7 (18,92%)	14 (37,84%)
Cirurgia do lado dominante	Direito e esquerdo	<b>1 (2,70%)</b>	-	<b>1 (2,70%)</b>
	Sim	<b>1 (2,70%)</b>	10 (27,03%)	6 (16,22%)
Tratamentos complementares	Não	-	6 (16,22%)	<b>14 (37,84%)</b>
	Sim	<b>1 (2,70%)</b>	16 (43,20%)	18 (48,65%)
Reconstrução mamária	Não	-	-	<b>2 (5,40%)</b>
	Sim	-	-	<b>4 (10,81%)</b>
Retorno ao trabalho	Não	1 (2,70%)	16 (43,20%)	16 (43,20%)
	Sim	-	3 (11,11%)	<b>8 (29,63%)</b>
Situação conjugal	Não	<b>1 (3,70%)</b>	8 (29,63%)	7 (25,93%)
	Com companheiro fixo	-	8 (21,62%)	<b>9 (24,32%)</b>
Religião	Sem companheiro fixo	<b>1 (2,70%)</b>	8 (21,62%)	11 (29,73%)
	Católica	-	8 (21,62%)	9 (24,32%)
	Evangélica	<b>1 (2,70%)</b>	6 (16,22%)	2 (5,40%)
	Espírita	-	2 (5,40%)	9 (24,32%)

Percebe-se também que em relação ao lado da cirurgia, e se essa ocorreu do lado dominante, tende a menores escores da AE, visto que o impacto e as limitações prejudicam de maneira mais acentuada o retorno às atividades rotineiras da mulher, principalmente por temerem o linfedema.<sup>15</sup> Neste estudo, duas mulheres realizaram cirurgia, no caso mastectomia, bilateral: uma delas apresentou AE baixa e outra AE alta; isso demonstra a possível influência da resiliência, do valor atribuído às mamas e das experiências anteriores. Aquela referiu não sair mais de seu domicílio, pois ao imaginar-se com uma roupa que marcaria sua mutilação, tinha vergonha e estava desmotivada, assim como não havia mais se olhado no espelho.

Com relação aos tratamentos complementares, dentre as sete mulheres que realizaram QT neoadjuvante, quatro (54,15%) possuíam AE média e três (42,85%) AE alta; das 15 que fizeram QT adjuvante, uma (6,67%) possuía AE baixa, seis (40%) AE média e oito (53,33%) AE alta. Quanto à RT, das dezoito que a fizeram, nove (50%) tinham AE média e nove (50%) AE alta e, por último, das 29 que estavam em hormonioterapia, 12 (41,4%) possuíam AE média e 17 (58,6%) AE alta. As duas que não realizaram nenhum dos tratamentos complementares citados acima possuíam AE alta. Apesar de saber que as terapias sistêmicas, assim como as terapias hormonais adjuvantes influenciam negativamente na qualidade de vida e na AE das pacientes, por causa dos efeitos adversos causados (ansiedade,

diminuição da função física, do desempenho de papel, da imagem corporal e aumento dos sintomas de fadiga, náuseas, vômitos e constipação),<sup>20</sup> neste estudo não se encontrou esse resultado. Provavelmente, pelo fato das mulheres terem realizado o tratamento proposto há pelo menos um ano da data da entrevista e pelo fato de estar em QT e/ou RT no momento da entrevista ter se constituído critério de exclusão na participação do estudo. Ao mesmo tempo, como a QT, em específico a adjuvante, tem como finalidade diminuir a chance de recidiva, por meio da erradicação de micrometástases, e aumentar a sobrevida das pacientes<sup>21</sup>, a realização desse tratamento pode constituir-se uma crença e uma esperança de cura, elevando o nível de AE.

Todas as pacientes que realizaram reconstrução mamária possuíam AE alta, corroborando com outros estudos.<sup>4,18</sup> Pois, segundo essas, esse procedimento e, principalmente a possibilidade de mudanças no estilo de roupa, proporcionam melhorias na AE, na autoimagem, no senso de feminilidade e no relacionamento sexual das mulheres.

Dentre as que retornaram ao trabalho, 72,73% possuíam AE alta, enquanto que as que não retornaram ao trabalho possuíam AE média (50,0%). O retorno ao trabalho é importante não somente do ponto de vista social, já que o absenteísmo é oneroso tanto ao empregado quanto ao empregador; mas também para a reabilitação da mulher, sua sobrevivência, qualidade de vida e

saúde física e mental. Neste estudo, 40,74% das pessoas que trabalhavam retornaram para seu emprego. Esse percentual poderia ser aumentado através de uma boa comunicação entre empregado e empregador, com o contato precoce com o local de trabalho e com as adaptações no serviço (flexibilidade com relação à carga horária e/ou retorno gradativo).<sup>22</sup>

Quanto à situação conjugal, a maioria é casada e dentre essas, nove (56,25%) possuíam AE alta. O casamento, provavelmente, influencia na saúde, na posição social e na sobrevivência, e serve de apoio aos muitos procedimentos e alternativas psicológicas.<sup>5</sup>

A opção religiosa da paciente mostrou não influenciar na classificação da AE dessas. Isto ressalta que o importante não é a religião e sim, a crença em um 'Ser Superior' que dê suporte para o enfrentamento da doença e de suas repercussões.

Na tabela 5 pode-se perceber a avaliação da AE em relação às variáveis qualitativas. Destacam-se as diferenças estatisticamente significantes entre as médias relativas às mulheres que realizaram, ou não, a cirurgia do lado dominante e a reconstrução mamária. O fato de a cirurgia limitar os movimentos do lado homolateral a essa, faz com que elas deixem de realizar certas atividades que antes faziam parte de sua rotina. Isso pode influenciar diretamente em sua AE, pois passam a se sentirem inferiorizadas.

Também conhecida como 'mastectomia reversa', a reconstrução da mama é considerada o método mais efetivo para a restauração do bem-estar psicológico após a mastectomia. Ela melhora o contorno corporal, preserva ou restitui a integridade pessoal, aumenta o otimismo para a cura, colabora para a identificação sexual, para o aumento da AE e da autoimagem.<sup>17</sup>

**Tabela 5 - Avaliação da autoestima conforme variáveis qualitativas. Uberaba-MG, 2011**

Variáveis qualitativas		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P
Tipo de cirurgia	Conservadora	29,95	4,35	21,00	37,00	0,60
	Radical	30,76	4,93	19,00	40,00	
Cirurgia do lado dominante	Sim	<b>28,53</b>	4,89	19,00	36,00	<b>0,03</b>
	Não	<b>31,85</b>	3,77	26,00	40,00	
Reconstrução mamária	Sim	<b>35,25</b>	4,42	31,00	40,00	<b>0,02</b>
	Não	<b>29,73</b>	4,28	19,00	37,00	
Trabalho antes da cirurgia	Sim	29,92	5,15	19,00	40,00	0,45
	Não	31,17	3,07	26,00	37,00	
União estável	Sim	30,00	3,74	23,00	36,00	0,70
	Não	30,60	5,27	19,00	40,00	

## CONCLUSÃO

A população foi composta principalmente por mulheres entre 41 e 50 anos, com baixa escolaridade, casadas, católicas. Dentre as que trabalhavam a maioria não havia retornado ao trabalho e recebiam em média três salários mínimos. Com relação aos aspectos clínicos, a maior parte realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo, de 25 a 36 meses anterior à data da entrevista e fez tratamentos complementares, principalmente a hormonioterapia.

No que tange à AE, a maioria apresentou AE alta. O alfa de Cronbach foi de 0,77. Identificou-se correlação moderada e positiva entre a AE e a escolaridade, assim como diferenças estatisticamente significantes entre as médias da AE relativas às mulheres que realizaram, ou não, cirurgia do lado dominante e reconstrução mamária. As mulheres que possuíam AE alta eram casadas, retornaram ao trabalho, realizaram reconstrução mamária,

não fizeram qualquer tratamento complementar ou somente a hormonioterapia.

Considerando-se a ainda restrita publicação referente à AE da mulher portadora de câncer de mama em pós-operatório tardio, acredita-se que esta venha a acrescentar, respaldar e identificar as necessidades afetadas e/ou superadas por tais mulheres. Na prática, essa identificação pode resultar na implementação de propostas de enfermagem, como a formação de grupos que visem a manutenção de uma alta autoestima e ofereça suporte àquelas com necessidades ainda a serem atendidas, visto que a reabilitação física e psicossocial não se esgota com o fim dos procedimentos cirúrgicos.

Este estudo apresentou limitações no que diz respeito a não análise das co-morbidades associadas; do estadiamento do tumor no momento do diagnóstico e do tipo de tumor, além de ser uma população reduzida. Sugere-se que em pesquisas futuras tais dados sejam verificados, a fim de

determinar a possível influência desses na AE de mulheres portadoras de CA de mama, uma vez que os resultados deste estudo divergem de outros estudos em relação à AE.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2009.
2. Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Abr-Jun; 41(2):311-6.
3. García-Viniegras CRV, Blanco MG. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av Psicol Latinoam*. 2007 Jan-Jul; 25(1):72-80.
4. García Valenzuela MLR. Auto-imagem, auto-estima e relacionamento conjugal como dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: uma visão sociocultural [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
5. Castro e Silva TB, Santos MCL, Almeida AM, Fernandes AFC. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Jan-Mar; 44(1):113-9.
6. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enferm*. 2006 Nov-Dez; 59(6):791-5.
7. Santos MCL, Sousa FS, Alves PC, Bonfim IM, Fernandes AFC. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Rev Bras Enferm*. 2010 Jul-Ago; 63(4):675-8.
8. Terra FS. Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2010.
9. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004 Jan-Abr; 19(1):41-52.
10. Branden N. Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo (SP): Saraiva; 2000.
11. Faria L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2010 Jul; 17(1):69-87.
12. Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski C, Rocha LS Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação hospitalar. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jul-Set; 19(3):504-10.
13. Penha RM, Silva MJP. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Abr-Jun; 21(2):260-8.
14. Vieira CP, Queiroz MS. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. *Psicol Soc*. 2006 Jan-Abr; 18(1):63-70.
15. Silva G, Santos MA. Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 Jul-Aug; 18(4):688-95.
16. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo Junior I, Veiga Filho J, Juliano Y, et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 Jan-Mar; 10(1):51-7.
17. Braganholo LP. A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados, qualidade de vida e auto-estima [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
18. Vianna AMSA. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estud Psicol*. 2004 Set-Dez; 21(3):203-10.
19. Tavares JSC, Trad LAB. Famílias de mulheres com câncer: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. *Interface (Botucatu)*. 2009 Abr-Jun; 13(29):395-408.
20. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 Dez; 32(4):759-66.
21. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):750-7.
22. Hoving JL, Broekhuizen MLA, Frings-Dresen MHW. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009 Abr; 9(1):1-10.