

Avaliação da autoestima de mulheres mastectomizadas pós câncer de mama

Assessment of self-esteem in women with mastectomies after breast cancer

Evaluación de autoestima en mujeres con mastectomización después de cáncer de mama

Recebido: 12/06/2024 | Revisado: 18/06/2024 | Aceitado: 18/06/2024 | Publicado: 21/06/2024

Larissa Milena Santiago dos Santos Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1199-9645>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: larissamilenafisioterapeuta@gmail.com

Débora Nunes Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3743-6290>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: fsiodeboran@gmail.com

Maria Vitoria dos Santos Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8293-8012>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: vitoriamar98@gmail.com

Marina de Lima Neves Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3544-0538>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: marinalnbarros@gmail.com

Valéria Conceição Passos de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8314-9000>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: valeriapassos@gmail.com

Cláudia Fonsêca de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1022-0624>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: claudia.lima@unicap.br

Érica Patrícia Borba Lira Uchôa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4099-1876>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: ericaluchoa@gmail.com

Teresa Cristina da Costa Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-3337>
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil
E-mail: teresa.vieira@unicap.br

Resumo

Objetivo: Avaliar a autoestima de mulheres mastectomizadas pós câncer de mama. **Metodologia:** Estudo observacional, descritivo, analítico, de corte transversal e de caráter quantitativo. A pesquisa foi realizada por meio de formulários eletrônicos postados em aplicativos através das redes sociais, para a coleta de dados utilizou-se instrumento para o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres, a Escala de Rosenberg para avaliar a autoestima. **Resultados:** Amostra em estudo foi composta por 55 mulheres com idades entre 21 e 59 anos, 52,7% eram casadas ou em um relacionamento estável, 45,5% concluíram o ensino superior, 56,4% praticavam atividades físicas e dessas, 85,5% têm filhos, 21,8% são ex-fumantes, 76,4% realizaram a cirurgia há no máximo 5 anos e 70,9% das mulheres utilizaram tratamento complementar, E por fim, destacamos que 36,4% das mulheres fizeram fisioterapia após a cirurgia. A maioria das mulheres avaliadas apresentaram uma percepção positiva em relação a todos os itens da escala de autoestima. **Conclusão:** Após o câncer de mama as mulheres que realizaram mastectomia expressou um nível de autoestima moderada a elevada. É de suma importância as mulheres terem a AE elevada para que possam ser mais positivas e mais confiantes.

Palavras-chave: Câncer de mama; Mastectomia; Autoimagem.

Abstract

Objective: To evaluate the self-esteem of women undergoing mastectomies after breast cancer. **Methodology:** Observational, descriptive, analytical, cross-sectional and quantitative study. The research was carried out using electronic forms posted on applications through social networks. To collect data, an instrument for the sociodemographic and clinical profile of women was used, the Rosenberg Scale to assess self-esteem. **Results:** The study sample consisted of 55 women aged between 21 and 59 years, 52.7% were married or in a stable relationship,

45.5% completed higher education, 56.4% practiced physical activities and of these, 85.5% have children, 21.8% are ex-smokers, 76.4% underwent surgery no more than 5 years ago and 70.9% of women used complementary treatment. And finally, we highlight that 36.4% of women underwent physical therapy after surgery. The majority of women assessed had a positive perception regarding all items on the self-esteem scale. Conclusion: After breast cancer, women who underwent mastectomy expressed a moderate to high level of self-esteem. It is extremely important for women to have high AE so that they can be more positive and more confident.

Keywords: Breast cancer; Mastectomy; Self image.

Resumen

Objetivo: Evaluar la autoestima de mujeres sometidas a mastectomías luego de cáncer de mama. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal y cuantitativo. La investigación se realizó mediante formularios electrónicos publicados en aplicaciones a través de redes sociales. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento para el perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres, la Escala de Rosenberg para evaluar la autoestima. **Resultados:** La muestra del estudio estuvo compuesta por 55 mujeres con edades entre 21 y 59 años, el 52,7% estaban casadas o en pareja estable, el 45,5% completó estudios superiores, el 56,4% practicaba actividades físicas y de estas, el 85,5% tiene hijos, el 21,8% son exfumadoras, el 76,4% fue intervenida quirúrgicamente hace no más de 5 años y el 70,9% de las mujeres utilizó tratamiento complementario y finalmente destacamos que el 36,4% de las mujeres realizó fisioterapia tras la cirugía. La mayoría de las mujeres evaluadas tuvo una percepción positiva respecto de todos los ítems de la escala de autoestima. **Conclusión:** Después del cáncer de mama, las mujeres sometidas a mastectomía expresaron un nivel de autoestima de moderado a alto. Es extremadamente importante que las mujeres tengan un AE alto para que puedan ser más positivas y tener más confianza.

Palabras clave: Cáncer de mama; Mastectomía; Auto imagen.

1. Introdução

As neoplasias traduzem uma complicação de saúde pública mundial, sendo definidas pelo desenvolvimento anormal celular, descoordenado e sem utilidade benéfica ao organismo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, em 2030, surgirão 27 milhões de novos casos de câncer; 17 milhões de mortes serão por câncer; e haverá 75 milhões de pessoas vivas com a doença. No Brasil, as neoplasias adquiriram uma crescente importância no perfil de letalidade do país, ocupando o segundo lugar como causa de óbito (Frio et al., 2015; Schilithz, 2016).

O câncer de mama é causado pela multiplicação rápida e desordenada de células mamárias, geneticamente modificadas por um erro no aumento celular, as quais podem atingir várias regiões da mama ou até mesmo desloca-se para outros tecidos corporais tais como ossos, pulmões, pleuras, fígado e sistema nervoso central. (Oliveira, et al., 2017; Frio et al., 2015). No Brasil, estima-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. (INCA, 2020).

O diagnóstico precoce é importante para que a doença não se dissemine pelo corpo. Quando a lesão se restringe ao parênquima mamário, com um tamanho de no máximo três centímetros, serão usados recursos terapêuticos menos mutiladores e com maior possibilidade de cura. Os meios mais eficazes para a detecção precoce de câncer de mama são: o exame clínico de mamas e a mamografia (Rodrigues et al., 2015).

Atualmente, existem várias opções de tratamento para o câncer de mama, que consiste em terapia medicamentosa, cirurgia conservadora ou não conservadora, radioterapia e quimioterapia, incluindo manipulação hormonal. Alguns tratamentos podem incluir mais de uma terapia. (Ferreira e Franco, 2019; Fabro et al., 2018). A mastectomia é uma das possíveis abordagens terapêuticas para a mulher acometida, pode variar de acordo com a extensão tumoral, resultante na mutilação da mama. A repercussão deste tratamento na vida da mulher pode levá-la ao vivenciamento de consequências biopsicossociais (Silva & Ruill, 2011).

Válido destacar que devido as mastectomias (cirurgias não conservadoras da mama), as mulheres têm um dano na imagem corporal e uma menor autoestima (AE), resultantes de sequelas físicas e psicológicas. Sofre preconceitos dos familiares, altera por consequência, a qualidade de vida (QV) e a sua autoimagem (Fernandes et al., 2013). De acordo com Schultheisz e Aprile (2013) autoimagem é “a valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e

eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos”.

Tendo em vista essas considerações, a presente pesquisa tem por objetivo avaliar a autoestima de mulheres mastectomizadas pós câncer de mama, visando contribuir para construção do conhecimento acerca das possíveis influências biopsicossociais nas mulheres submetidas a mastectomia.

2. Metodologia

A pesquisa foi vinculada a Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), a Escola de Saúde e de Ciências da Vida e ao curso de Fisioterapia. Está vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “Prevenção, avaliação e tratamento fisioterapêutico dos distúrbios vasculares periféricos em adultos e idosos”, com o número de CAAE “03213318.1.0000.5206, já aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa em seres humanos, com número de parecer: 3.165.007. É pertencente ao grupo de pesquisa Fisioterapia baseada em evidências.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico, de corte transversal e de caráter quantitativo e seguindo metodologia de pesquisa proposta por Pereira et al., (2018). A pesquisa foi realizada por meio de formulários eletrônicos postados em aplicativos através das redes sociais, mulheres que foram submetidas a mastectomia para o tratamento do câncer de mama. De forma intencional, de acordo com as voluntárias que aceitarem responder o formulário eletrônico.

Os critérios de inclusão foram: mulheres mastectomizadas pós câncer de mama na faixa etária de 18 a 59 anos e mulheres que aceitem assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Já como critérios de exclusão, foram mulheres com algum distúrbio que incapacitou responder o formulário eletrônico, mulheres com linfedema em membro superior unilateral ou bilateral e mulheres que tenham realizado reconstrução mamária unilateral ou bilateral. Foi utilizado um aparelho de coleta de dados disponibilizado através do um *link* gerado pelo aplicativo livre *google forms*®. As redes sociais foram utilizadas para postagem semanal do *link* que continha o TCLE e os instrumentos da coleta de dados do estudo.

Foi encaminhada uma mensagem com um texto explicativo que fez o convite para participar da pesquisa, com os seguintes itens: o *link* do formulário eletrônico, objetivo da pesquisa, anonimato das informações coletadas, critérios de inclusão e exclusão. Ao ler a mensagem de texto, as voluntárias clicavam no formulário eletrônico da pesquisa tendo inicialmente o acesso ao TCLE, que após ter lido, as participantes tinham as seguintes opções: sim, concordo e aceito participar da pesquisa e não concordo.

Ao concordar em participar do estudo, as participantes responderam a dois formulários: primeiramente o questionário clínico sociodemográfico elaborado pelas pesquisadoras, que constava de questões sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, cidade onde reside, a história clínica, entre outras. E finalizam com a Escala de Rosenberg para avaliar a AE.

A Escala de Rosenberg é um questionário de autoavaliação pessoal, a qual implica sentimento de valor, englobando um componente influente afetivo, expresso em uma atitude de aprovação/desaprovação de si mesmo. É constituída por 10 questões com conteúdo referentes aos sentimentos de respeito e de aceitação. No entanto, os itens 1,3,4,7 e 10 são expressos positivamente, e os itens, 2,5,6,8,9 negativamente. Cada resposta positiva recebe uma pontuação desde 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), enquanto declarações negativas são pontuadas no sentido inverso 4(discordo totalmente) a 1 (concordo totalmente). A soma das respostas das 10 perguntas fornece o escore da escala, cuja pontuação total oscila de 10 a 40, sendo que a obtenção de uma pontuação alta representa autoestima elevada (maior que 31 pontos), média (entre 21 e 30 pontos) e baixa (menor que 20 pontos) (Viscardi, 2017; Gomes & Silva, 2013; Hutz & Zanon, 2011).

Nesta pesquisa foram seguidas as recomendações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, que considera os referenciais básicos da bioética de autonomia, não maleficência, beneficência e

justiça, assegurando os direitos e deveres relacionados à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. As participantes leram o TCLE e após o aceite foi iniciada a coleta dos dados através do formulário eletrônico. O TCLE constava de esclarecimentos metodológicos, garantindo sigilo da identidade da participante, além de assegurar o direito de desistir a qualquer momento de ser voluntária na pesquisa sem sofrer prejuízo ou penalização.

Nos resultados foi realizada uma análise descritiva para expor os resultados obtidos. A apresentação distribuição das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou gráficos. Para o cálculo dos percentuais das variáveis que apresentaram múltiplas respostas foi utilizado o total de casos e por essa razão, para essas variáveis, a soma ultrapassa 100%. Inicialmente foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a suposição de normalidade das variáveis envolvidas no estudo. A prevalência de autoestima, segundo a escala de Rosenberg, foi estimada juntamente com seus intervalos com 95% de confiabilidade. Para verificar a existência de associação entre a classificação da escala de Rosenberg e as características sociodemográficas e clínicas e foi aplicado o teste Qui-quadrado, quando necessário. E para a análise comparativa dos escores da escala de autoestima de Rosenberg segundo características clínicas e sociodemográficas foram aplicados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis, com seus respectivos testes de comparações múltiplas. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

3. Resultados

A amostra em estudo foi composta por 55 mulheres com idades entre 21 e 59 anos que foram avaliadas quanto à AE após a realização da cirurgia de mastectomia após câncer de mama. A Tabela 1 apresenta a distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama segundo características sociodemográficas. E nesta destacamos que 52,7% (n=29) das mulheres tem idade entre 41 e 50 anos, 52,7% (n=29) estão casadas ou em um relacionamento estável, 45,5% (n=25) concluíram o ensino superior, 56,4% (n=31) praticam atividades físicas e dessas, 67,7% (n=21) realizam as atividades três vezes por semana, 85,5% (n=47) têm filhos e 21,8% (n=12) são ex-fumantes.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres mastectomizadas após de câncer de mama segundo características sociodemográficas.

Características sociodemográficas	N	%
Faixa etária		
31- 40	13	23,6
41- 50	29	52,7
51- 59	13	23,6
Estado civil		
Solteira	8	14,5
Casada	24	43,6
Divorciada	13	23,6
Viúva	5	9,1
Em um relacionamento estável	5	9,1
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	4	7,3
Ensino fundamental completo	5	9,1
Ensino médio completo	18	32,7
Ensino médio incompleto	3	5,5
Ensino superior completo	25	45,5

Prática de atividades físicas		
Sim	31	56,4
Não	24	43,6
Frequência de atividades físicas		
2x por semana	10	32,3
3x por semana	21	67,7
Têm filhos		
Sim	47	85,5
Não	8	14,5
Já fumaram		
Sim	12	21,8
Não	43	78,2

Fonte: Autores.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama segundo características clínicas. Nesta destacamos que 76,4% (n=42) realizaram a cirurgia há no máximo 5 anos, 70,9% (n=39) das mulheres utilizaram tratamento complementar, sendo, 87,2% (n=34) quimioterapia, 71,8% (n=28) radioterapia e 15,4% (n=6) hormonioterapia. E por fim, destacamos que 36,4% (n=20) das mulheres fizeram fisioterapia após a cirurgia.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama segundo características clínicas.

Características clínicas	N	%
Tempo de cirurgia		
0 a 5 anos	42	76,4
6 a 10 anos	10	18,2
11 a 15 anos	3	5,5
Realizaram outro tratamento		
Sim	39	70,9
Não	16	29,1
Tratamento realizado		
Radioterapia	28	71,8
Quimioterapia	34	87,2
Hormonioterapia	6	15,4
Fisioterapia após cirurgia		
Sim	20	36,4
Não	33	60,0
Não responderam	2	3,6

Fonte: Autores.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama quanto aos itens da escala de AE de Rosenberg. Destacamos que a maioria das mulheres avaliadas apresentaram uma percepção positiva em relação a todos os itens da escala de AE, uma vez que, a maioria, concordou com os itens positivos e discordou dos itens negativos.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama quanto aos itens do questionário de autoestima de Rosenberg.

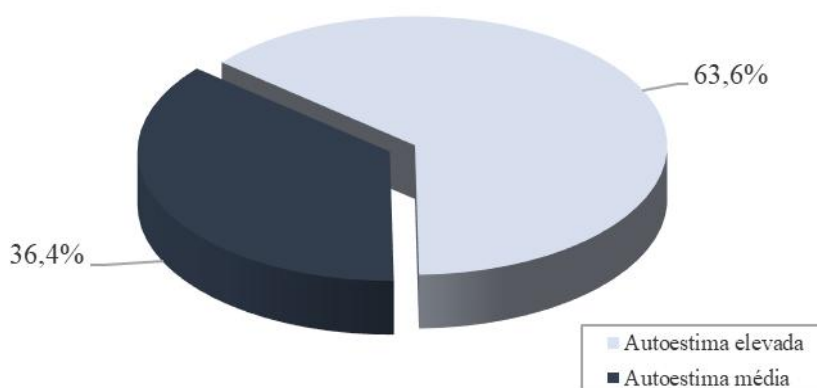
Escala de Autoestima de Rosenberg	N	%
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas		
Discordo	4	7,3
Concordo	25	45,5
Concordo totalmente	26	47,3
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades		
Discordo	2	3,6
Concordo	21	38,2
Concordo totalmente	32	58,2
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso		
Concordo	2	3,6
Discordo	19	34,5
Discordo totalmente	34	61,8
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas		
Discordo totalmente	1	1,8
Discordo	9	16,4
Concordo	20	36,4
Concordo totalmente	25	45,5
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar		
Concordo totalmente	1	1,8
Concordo	6	10,9
Discordo	13	23,6
Discordo totalmente	35	63,6
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo		
Discordo	4	7,3
Concordo	21	38,2
Concordo totalmente	30	54,5
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo		
Discordo	10	18,2
Concordo	27	49,1
Concordo totalmente	18	32,7
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo		
Concordo totalmente	2	3,6
Concordo	15	27,3
Discordo	19	34,5
Discordo totalmente	19	34,5
9. Às vezes eu me sinto inútil		
Concordo totalmente	1	1,8

Concordo	11	20,0
Discordo	17	30,9
Discordo totalmente	26	47,3
10. Às vezes eu acho que não presto para nada		
Concordo	8	14,5
Discordo	15	27,3
Discordo totalmente	32	58,2

Fonte: Autores.

A Figura 1 apresenta a prevalência de AE segundo a classificação da escala de Rosenberg. Nesta pesquisa destacamos que 63,6% (n=35) apresentaram AE elevada com o intervalo com 95% de confiança variando entre 50,9% e 76,3%. E em relação à AE média percebemos uma prevalência de 36,4% (n=20) com o intervalo com 95% de confiança variando entre 23,7% e 49,1%.

Figura 1 – Distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama classificação da escala de autoestima de Rosenberg.



Fonte: Autores.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama quanto às características sociodemográficas segundo classificação da escala de Rosenberg. E nesta não foram verificadas associações estatisticamente significantes.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama quanto as características sociodemográficas segundo classificação da escala de autoestima de Rosenberg.

Características sociodemográficas	Classificação da escala de autoestima de Rosenberg				p-valor
	Autoestima elevada		Autoestima média		
	N	%	N	%	
Faixa etária					
31- 40	9	69,2	4	30,8	
41- 50	18	62,1	11	37,9	
51- 59	8	61,5	5	38,5	0,934
Estado civil					
Solteira	6	75,0	2	25,0	
Casada	16	66,7	8	33,3	
Divorciada	7	53,8	6	46,2	
Viúva	2	40,0	3	60,0	
Em um relacionamento estável	4	80,0	1	20,0	0,639
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	2	50,0	2	50,0	
Ensino fundamental completo	3	60,0	2	40,0	
Ensino médio completo	10	55,6	8	44,4	
Ensino médio incompleto	2	66,7	1	33,3	
Ensino superior completo	18	72,0	7	28,0	0,792
Prática de atividades físicas					
Sim	21	67,7	10	32,3	
Não	14	58,3	10	41,7	0,575
Frequência de atividades físicas					
2x por semana	6	60,0	4	40,0	
3x por semana	15	71,4	6	28,6	0,685
Têm filhos					
Sim	30	63,8	17	36,2	
Não	5	62,5	3	37,5	1,000
Fuma atualmente					
Sim	1	100,0	0	0,0	
Não	34	63,0	20	37,0	1,000
Já fumaram					
Sim	9	75,0	3	25,0	
Não	26	60,5	17	39,5	0,502

Fonte: Autores.

Finalmente, a Tabela 5 que apresenta a distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama quanto à escala de AE de Rosenberg segundo características clínicas. Nesta verificamos diferenças estatisticamente significantes quanto

ao tratamento complementar realizado (p-valor=0,017). Assim podemos afirmar que a escala de Rosenberg foi significativamente menor entre as mulheres que realizaram quimioterapia em relação às que realizaram hormonioterapia (p-valor=0,014).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres mastectomizadas após câncer de mama quanto aos escores de autoestima de Rosenberg segundo características clínicas.

Características clínicas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	p-valor
Tempo de cirurgia						
0 a 5 anos	42	25,00	40,00	34,02	4,61	
6 a 10 anos	10	21,00	40,00	31,50	5,95	
11 a 15 anos	3	29,00	39,00	34,00	5,00	0,527
Realizaram outro tratamento						
Sim	39	25,00	40,00	34,62	4,76	
Não	16	21,00	38,00	31,00	4,37	0,013
Tratamento realizado						
Radioterapia	28	25,00	40,00	35,14	4,65	0,246
Quimioterapia	34	25,00	40,00	34,18	4,90	0,207
Hormonioterapia	6	35,00	40,00	37,33	1,97	0,227
Tratamento realizado						
Radioterapia ⁽¹⁾	1	36,00	36,00	36,00	0,00	
Quimioterapia ⁽²⁾	7	26,00	37,00	30,57	3,95	
Hormonioterapia ⁽³⁾	4	35,00	40,00	38,00	2,16	
Quimioterapia + radioterapia ⁽⁴⁾	25	25,00	40,00	35,04	4,92	
Quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia ⁽⁵⁾	2	36,00	36,00	36,00	0,00	
Não fizeram outro tratamento ⁽⁶⁾	16	21,00	38,00	31,00	4,37	0,017
Fisioterapia após cirurgia						
Sim	20	21,00	40,00	34,00	6,00	
Não	33	26,00	40,00	33,45	4,12	
Não responderam	2	26,00	36,00	31,00	7,07	0,583

Fonte: Autores.

4. Discussão

Diante dos dados expostos, a média de idade das participantes estava na faixa etária de 41-50 anos. Resultado semelhante foi visto no estudo realizado por Gomes e Silva (2013), com 48 pacientes, os autores identificaram prevalência desta patologia na faixa etária citada (31,1%). A preponderância da AE elevada a moderada nas participantes do estudo, pode ser inteligível com essa faixa etária. Conforme estudo desenvolvido por Pariol et al (2019), que discutiram a relação da AE com o processo de envelhecimento, efetivaram que ao envelhecer as pessoas tendem a ter uma AE favorável.

Outrossim, verificou que a maioria das participantes (n=29) era casada ou tinha uma união estável e apresentava uma AE de moderada a elevada. Este resultado corrobora com a pesquisa de Alves et al (2017), que avaliaram precocemente a QV e

a AE de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária, e encontraram que a maioria das mulheres era casada e tinha AE elevada. Diante disso, esse suporte dos parceiros é de suma importância para o enfrentamento da doença e interfere de forma positiva na saúde dessas mulheres. No estudo de Rodrigues et al (2012), desenvolvido com 10 mulheres mastectomizadas que participavam de um grupo de autoajuda, foi visto que o apoio dos seus companheiros revelou efeitos positivos na AE. E que após a cirurgia favoreceu uma maior proximidade do cônjuge por participar ativamente de todo o processo com as esposas, influenciando no bem-estar delas.

Na presente pesquisa, notou-se uma correlação concordante entre a AE moderada e alta e o nível superior de escolaridade. Resultado semelhante foi visto no estudo de Tortajada et al (2019), que investigaram as associações entre nível socioeconômico na incidência da neoplasia mamária. Os autores verificaram que as mulheres com um alto nível de instrução tendem a ser mais participativas na procura da prevenção, e com isso, têm maiores chances de uma detecção precoce da doença, consequentemente mais fácil o tratamento e maiores as chances de obter a cura.

Em relação a atividade física, esse estudo verificou que há um predomínio de mulheres que realizavam atividade física e que apresentavam níveis de AE satisfatórios. Assim como argumentaram Bavoso et al (2017), que os hábitos de realizar exercício físico trazem consigo benefícios a fim de auxiliar o indivíduo a enfrentar desafios físicos e mentais, e obtê-los com conquistas. Acontecem alterações em relação a sua autoimagem, tal como bem-estar, socialização e aparência física.

Ademais, a prática regular de exercícios físicos após o diagnóstico e/ou tratamento tem sido relacionada a aumento da QV e sobrevida, observado no estudo de Sabino et al (2012). De acordo com Pedroso et al (2015), o exercício físico é benéfico na prevenção e bem como na reabilitação, melhora a AE e QV proporcionando bem-estar. Além do mais, melhora a depressão, a enxaqueca, o sistema imunológico e o digestivo.

Provavelmente, a AE moderada a elevada das mulheres da presente pesquisa pode estar relacionada pelo fato de que 100% das pacientes não tinham linfedema, uma vez que o linfedema causa impactos nas mulheres que possam vir a diminuir sua AE. Pois, segundo Táboas et al (2013), que definem o linfedema como um acúmulo de linfa no espaço intersticial de alta concentração proteica decorrente de insuficiência de drenagem linfática, frequente em membros superiores e inferiores, diminuindo a QV, a funcionalidade e a estética. No estudo de Paiva et al (2020), realizado com 12 mulheres mastectomizadas e com o surgimento do linfedema no braço, as participantes declararam que devido ao braço inchado se sentiam sem estética, que perderam a AE, ficavam incomodadas e entristecidas ao se olharem no espelho.

Na atual pesquisa, todas as mulheres eram mastectomizadas e não fizeram reconstruções mamárias. Não foi encontrado divergência sobre a AE e a mastectomia e não foi encontrado sentimentos negativos da AE. Tal dado está em desacordo com o estudo de Prates et al (2014), que avaliaram mulheres que tiveram câncer de mama, e 38% das pacientes que realizaram a mastectomia relataram uma insatisfação, contribuindo para uma AE baixa. Adicionalmente, evidenciou-se no estudo de Figueiredo et al (2014), que analisaram 563 mulheres com câncer de mama, e as que realizaram mastectomia tiveram sentimentos negativos sobre a imagem corporal.

A maioria das participantes que teve o diagnóstico de câncer de mama até 5 anos tinha uma AE moderada ou elevada. Tal resultado está condizente com dados encontrados no estudo de Manfredini (2019), que avaliou a QV e AE de 62 mulheres mastectomizadas, obteve que quanto menor o tempo de mastectomia maior será a insatisfação sobre o aspecto físico.

As participantes do presente estudo tinham uma AE moderada e elevada, embora não realizassem fisioterapia. Vale ressaltar que Domingos et al (2021), em sua pesquisa com 35 mulheres em tratamento fisioterapêutico após mastectomia, tiveram como objetivo comparar a QV antes e após sessões de fisioterapia. Analisaram o papel da fisioterapia na reabilitação evitando e/ou reduzindo as complicações da cirurgia, e observaram uma melhora significativa na escala de QV, sintomas, imagem corporal e outros aspectos. Dantas et al (2013), destacaram que a fisioterapia permite que a mulher retorne às suas

atividades físicas, laborais e domésticas, intensificando seu desempenho funcional e com isso, a uma melhora da sua AE e seus hábitos de vida.

A AE em relação ao tratamento complementar das participantes do estudo foi significativamente menor entre as mulheres que realizaram quimioterapia em relação às que realizaram hormonioterapia. A quimioterapia demonstra mais impactos na autoestima, uma vez que a quimioterapia traz muitos efeitos colaterais. No estudo de Scheneider et al (2020), foi avaliada a AE de mulheres pós câncer de mama e a AE foi abalada pelo tratamento adjuvante que foi proposto pela quimioterapia demonstrou impacto na AE, visto que as mulheres tiveram perda de cabelo.

5. Conclusão

Diante dos resultados encontrados, foi visto que as participantes mastectomizadas expressaram um nível de AE moderada e elevada. É de suma importância as mulheres terem a AE elevada para que possam ser mais positivas e mais confiantes, e ressignifiquem todo o processo vivenciado após o diagnóstico do câncer de mama para a condução de uma vida mais feliz.

É necessário que outras pesquisas sejam realizadas com uma maior quantidade de voluntárias, para que através desses estudos sejam vistos os impactos na AE, e com isso, sejam abordadas condutas relevantes pelos profissionais de saúde, para que proporcionem uma melhor AE e consequentemente uma melhor QV dessas mulheres.

Referências

- Alves, V., Neto, M., Ablá, L., Oliveira, C., & Ferreira, L. (2017). Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 32(2), 208–217. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2017RBCP0033>
- Bavoso, D., Galeote, L., Montiel, J. M., & Cecato, J. F. (2018). Motivação e autoestima relacionada à prática de atividade física em adultos e idosos. *Revista Brasileira de Psicologia Do Esporte*, 7(2). <https://doi.org/10.31501/rbpe.v7i2.8362>
- Dantas Silva, M., Tirolli Rett, M., Carvalho Rabelo Mendonça, A., Monteiro da Silva Júnior, W., Miranda Prado, V., & Melo DeSantana, J. (2013). Qualidade de Vida e Movimento do Ombro no Pós-Operatório de Câncer de Mama: um Enfoque da Fisioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(3), 419–426. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2013v59n3.508>
- Domingos, H. Y. B., Moreira, S. S., Alves, M. S., Oliveira, F. B., Da Cruz, C. B. L., Silva, M. D. S., Martins, A. S. S., & Rett, M. T. (2021). Cinesioterapia para melhora da qualidade de vida após cirurgia para câncer de mama. *Fisioter. Bras.*, 385–397. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1284370>
- Estimativa 2020 – Incidência de Câncer no Brasil*. (n.d.). Portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil/>
- Fabro, E. A. N., Lou, M. B. de A., Macedo, F. O., Reinoso, T. S., Millen, E. C., & Costa, R. M. (2018). Abordagem Fisioterapêutica de uma Paciente com Linfedema de Membro Superior Prévio à cirurgia para Câncer de Mama: Relato de caso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(4), 569–573. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2018v64n4.207>
- Ferreira, R. G. R., & Franco, L. F. de R. (2019). Qualidade de vida no câncer de mama. *Brazilian Journal of Development*, 5(11), 22835–22845. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n11-017>
- Figueiredo, M. I., Cullen, J., Hwang, Y.-T., Rowland, J. H., & Mandelblatt, J. S. (2004). Breast Cancer Treatment in Older Women: Does Getting What You Want Improve Your Long-Term Body Image and Mental Health? *Journal of Clinical Oncology*, 22(19), 4002–4009. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.07.030>
- Frio, C. C., Pretto, A. D. B., Gonzalez, M. C., & Pastore, C. A. (2015). Influência da Composição Corporal sobre a Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 61(4), 351–357. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2015v61n4.224>
- Gomes, N. S., & Silva, S. R. da. (2013). Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 509–516. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072013000200029>
- Hernandez, J. A. E., França, L. H. de P. F., & Medeiros, S. A. (2021). Bifactor analysis of the rosenberg self-esteem scale in morbid obesity. *Psico*, 52(1), e35760. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.1.35760>
- Manfredini, R. L. (2019). Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por neoplasia mamária. *Tede.upf.br*. <http://tede.upf.br/jspui/handle/tede/1798>
- Oliveira, A. R. D. (2017). Recursos Fisioterapêuticos Utilizados no Pós-Operatório de Mulheres Mastectomizadas. *Fisioterapia Brasil*, (18)4, p.514-520

- Paiva, A. do C. P. C., Elias, E. A., Souza, Í. E. de O., Moreira, M. C., Melo, M. C. S. C. de, & Amorim, T. V. (2020). Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher-que-vivencia-linfedema-decorrente-do-tratamento-de-câncer-de-mama. *Escola Anna Nery*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0176>
- Pariol, C. L. L., Bovolini, T. T., Sardinha, L. S., & Lemos, V. de A. (2019). A Influência Da Autoestima No Processo Do Envelhecimento. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(1), 45–52. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/642>
- Pedroso, w., Araujo, B.M. (2015) Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. *Revista Motriz*, (11) 3, 155-160
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. UFSM
- Prates, A. C. L. (2014). Influência da imagem corporal na autoestima de mulheres em tratamento do câncer de mama. *Repositorio.bc.ufg.br*. <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/3bbef5b0-2d5f-4d9c-ae4-16493fa86bd0>
- Rodrigues, J. D., Cruz, M. S., & Paixão, A. N. (2015). Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3163–3176. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.20822014>
- Rodrigues, M. do S. P., Rodrigues, D. P., & Silva, R. M. da. (2002). Relações de interdependência assumidas pelas mulheres mastectomizadas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 6(3), 437–449. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127718115009>
- Sabino, M. et al. (2012). Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 27, n. 4, p.556-61.
- Silva, P. A. da, & Riul, S. da S. (2011). Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1016–1021. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000600005>
- Schilithz, A. O. C., Lima, F. C. da S. de, Andrade, J. H. V., Oliveira, J. F. P., Santos, M. de O., Rebelo, M. S., Cunha, R. G., & Reis, R. de S. (2015). Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. In *ninho.inca.gov.br*. <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11691>
- Schneider, T., Silveira, I., Da Rosa, L., & Regina Rech, S. (2020). Os impactos do câncer de mama na autoimagem da mulher. *Modapalavra E-Periódico*, 13(30), 183–206. <https://doi.org/10.5965/1982615x13302020183>
- Schultheisz, T. S. V. Aprile, R.M. (2013) *Autoestima, conceitos correlatos e avaliação*. *Revista Equilibrio Corporal e Saúde*, (5)1, p.36-48
- Táboas, M. Torres, A., Popik, I., Paulo Casalta, Lima, L., & Caldas, J. (2013). Linfedema: revisão e integração de um caso clínico. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física E de Reabilitação*, 23(1), 70–78. <https://doi.org/10.25759/spmfr.97>
- Tortajada, J. dos S., Oliveira, T. S., Costa, C. K. F., Picinin, M. B., & Massuda, E. M. (2019). Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama: revisão sistemática. *Nucleus*, 16(2), 441–452. <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3673>
- Viscardi, A. A. da F., & Correia, P. M. dos S. (2017). Questionários de avaliação da autoestima e/ou da autoimagem: vantagens e desvantagens na utilização com idosos. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 9(3). <https://doi.org/10.3895/rbqv.v9n3.5845>