

## AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA

SELF-ESTEEM AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN UNDERGOING BREAST CANCER SURGERY

AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA POR CÁNCER DE MAMA

Nathália Silva Gomes<sup>1</sup>  
Maurícia Brochado Oliveira Soares<sup>2</sup>  
Sueli Riul da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. Uberaba, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira Obstetra. Mestre. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. Uberaba, MG – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. Uberaba, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Sueli Riul da Silva. E-mail: sueliriul@terra.com.br  
Submetido em: 07/11/2014 Aprovado em: 17/04/2015

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e autoestima na qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Métodos:** estudo transversal desenvolvido em um hospital universitário. A amostra compôs-se de 37 mulheres que estavam no período de pós-operatório tardio. Para a coleta de dados utilizou-se instrumento para o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres, a Escala de Rosenberg para autoestima e o WHOQOL-bref para a qualidade de vida. A análise foi realizada por estatística descritiva, coeficiente de Pearson, teste T e teste de Mann-Whitney. **Resultados:** observou-se correlação moderada e positiva entre a autoestima e a escolaridade; positiva e moderada entre o domínio social e a renda familiar e entre o ambiental e a idade; moderada entre a autoestima e o domínio ambiental e forte entre a autoestima e os domínios físico e psicológico. **Conclusão:** existe influência da autoestima na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em pós-operatório tardio e há certos traços que permitem identificar aquelas que terão dificuldade para enfrentar o câncer.

**Palavras-chave:** Autoimagem; Saúde da Mulher; Qualidade de Vida; Enfermagem; Neoplasias da Mama.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the influence of sociodemographic and clinical variables and self-esteem on the quality of life in women undergoing breast cancer surgery. **Methods:** A cross-sectional study developed in a university hospital. The sample consisted of 37 women in the late postoperative period. An instrument for the sociodemographic and clinical profile of women, the Rosenberg Scale for self-esteem, along with the WHOQOL-BREF for quality of life were used for data collection. The analysis was performed by means of descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, student t-test and Mann-Whitney test. **Results:** there was a moderate, positive correlation between self-esteem and education; a positive and moderate correlation between the social domain and family income, and between the environmental domain and age; a moderate correlation between self-esteem and the environmental domain and a strong correlation between self-esteem and the physical and psychological domains. **Conclusion:** Self-esteem influences the quality of life in women with breast cancer in the late postoperative period. There are given traits that identify those who will struggle to cope with cancer.

**Keywords:** Self Concept; Women's Health; Quality of Life; Nursing; Breast Neoplasms.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y autoestima en la calidad de vida de mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama. Se trata de un estudio transversal realizado en un hospital universitario. La muestra estuvo conformada por 37 mujeres en postoperatorio tardío. La recogida de datos para el perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres se llevó a cabo por medio de la escala de Rosenberg de autoestima y el instrumento genérico WHOQOL-BREF para la calidad de vida. El análisis se realizó mediante la estadística descriptiva, coeficiente de correlación de Pearson, prueba t y prueba de Mann-Whitney. Los resultados señalan correlación moderada y positiva entre la autoestima y la escolaridad; positiva y moderada entre dominio social y el ingreso familiar y entre el ambiental y la edad; moderada entre la autoestima y el dominio ambiental y fuerte entre la autoestima y los dominios físico y psicológico. Se llega a la conclusión que la autoestima influye en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en postoperatorio tardío y que hay ciertos rasgos que permiten identificar a aquellas mujeres que tendrán dificultad para hacer frente a la enfermedad.

**Palabras clave:** Autoimagen; Salud de la Mujer; Calidad de Vida; Enfermería; Neoplasias de la Mama.

## INTRODUÇÃO

Confirmado o diagnóstico de câncer de mama, a mulher sofre mudanças em nível psicológico e social, pois a mama é símbolo da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida.<sup>1</sup> Quando há ameaça de perda desse órgão, as repercussões emocionais podem danificar a integridade física e a imagem psíquica que a mulher tem de si e de sua sexualidade.<sup>2</sup>

O ato cirúrgico é necessário em praticamente todos os casos e provoca mudanças no autoconceito e na imagem corporal.<sup>1</sup> Esse evento é permeado de vivências dolorosas, alterando a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e sua mente, sendo seu ser ameaçado sob uma perspectiva existencial que pode levá-la à perda ou à diminuição do sentir-se mulher.<sup>2</sup>

As mudanças que surgem na vida da mulher em função do câncer de mama são acompanhadas por sentimentos negativos que podem modificar a imagem corporal, a autoestima (AE) e o relacionamento social dessas mulheres.<sup>3,4</sup>

A AE pode ser considerada a avaliação que a pessoa faz de si, a qual implica um sentimento de valor, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação de si mesma.<sup>5</sup> De fato, a forma como cada um se sente em relação a si afeta os aspectos das experiências vividas.<sup>6</sup> Nesse sentido, uma AE elevada durante o período de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer de mama poderá influenciar positivamente a qualidade de vida (QV) dessa mulher, favorecendo seu bem-estar físico, psíquico e emocional.

Quanto à QV, na área da saúde o conceito foi introduzido na década de 80, com o objetivo de avaliar o impacto não médico da doença crônica e como critério de avaliação da eficácia dos tratamentos.<sup>7</sup> Surge, então, a conceituação do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, na qual QV é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>8</sup>

De modo geral, o paciente com câncer sofre progressiva deterioração, limitações funcionais, físicas e psicológicas que aumentam com o tempo e conduzem à dependência dos familiares, cuidadores e equipe de saúde, afetando a sua QV e a de seus familiares.<sup>7</sup> Dessa maneira, a Oncologia tem sido responsável por pesquisas na temática de QV, devido à agressividade dos tratamentos e à mudança no perfil da doença, que deixa de ter caráter fatal e passa a ser crônico.<sup>9</sup>

Nesse cenário, observa-se que a QV das mulheres sobreviventes de câncer de mama é pior quando comparadas às mulheres saudáveis.<sup>10</sup> O tipo de cirurgia realizada na mulher com diagnóstico de câncer de mama interfere na QV,<sup>11</sup> assim como o nível socioeconômico, a escolaridade e a relação marital.<sup>9</sup> Além disso, a QV sofre ainda interferência do autocuidado e da AE.<sup>12</sup> Entretanto, após pelo menos um ano da cirurgia e com a possível recuperação do bem-estar físico e psíquico da mulher, questiona-se se ainda há alterações na QV e na AE dessas mulheres.

Assim, visando contribuir para a construção do conhecimento acerca das possíveis influências da AE na QV de mulheres submetidas à cirurgia oncológica da mama e tendo em vista as premissas apresentadas, o objetivo deste estudo foi analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas e da AE na QV de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo do tipo transversal, desenvolvido na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (GO/HC/UFTM), a partir de busca ativa no domicílio das mulheres que realizaram cirurgia oncológica da mama no período de 2007 a 2009. A coleta de dados ocorreu no ano de 2011.

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos, submetidas à cirurgia oncológica da mama no local e período descritos, há pelo menos um ano da realização da cirurgia, residentes no município de Uberaba-MG e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas menores de 18 anos e aquelas que estavam em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico no momento da coleta de dados. O total de 48 mulheres atendeu aos critérios de inclusão, porém, destas, 37 foram entrevistadas, compondo a amostra. As perdas deram-se por falecimentos e por mudanças de endereço.

Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos. O primeiro, contendo dados sociodemográficos e clínicos das mulheres submetidas à cirurgia, elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura científica.

Para avaliação da AE, foi aplicada a Escala de Rosenberg. Esta é autoaplicável e composta de 10 questões com as seguintes opções de resposta: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. A cada resposta foi atribuída uma nota de importância que varia de um a quatro, sendo que nas afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10 esse valor é decrescente e nas outras o inverso. Para a classificação da AE, devem-se somar todos os itens, totalizando um valor único para a escala. Conforme tal soma, pode ser classificada como satisfatória ou alta (escore maior que 31 pontos); média (escore entre 21 e 30 pontos); e insatisfatória ou baixa para escores menores que 20 pontos.

Em seguida, para avaliação da QV, foi utilizada a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHO-QOL-bref. Optou-se pela utilização desse instrumento, por ser reconhecido e utilizado mundialmente, favorecendo uma discussão mais ampla. O WHOQOL-bref é composto de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas são obtidas por meio de uma pontuação que varia de um a cinco (escores mais altos denotam melhor QV).

As mulheres foram entrevistadas individualmente e pela própria pesquisadora em seus domicílios, após a leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas duraram 20 a 210 minutos. Nessas entrevistas foram realizadas orientações acerca da importância do acompanhamento clínico regular, da realização de exames, de exercícios físicos e outras pertinentes às dúvidas e demandas individuais.

Os dados foram digitados em planilhas do *Microsoft Excel*® para formatação do banco de dados. Os resultados relativos à caracterização sociodemográfica e clínica foram apresentados em tabelas de contingência. Para o cálculo dos escores da escala de AE e do instrumento de QV foi usado o programa de *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 11.5. Ressalta-se que no caso do *WHOQOL-bref* há uma sintaxe oferecida pelo *WHOQOL Group*.

Para a análise bivariada de variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de Pearson e para a análise entre desfechos quantitativos e variáveis categóricas usou-se a comparação de médias entre grupos conhecidos. Empregou-se ainda a análise pelo teste T e pelo teste de Mann-Whitney para amostras independentes, objetivando avaliar 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 similares.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM sob o protocolo nº 1629.

## RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e clínico encontrado entre as 37 mulheres entrevistadas foi: média de idade de 56,11 anos; média de anos de estudo sem repetir a mesma série de 6,24 anos; não possuíam união estável (54,1%); renda média mensal familiar de três

a quatro salários mínimos; trabalhavam anteriormente à cirurgia (67,6%); e o tempo médio de realização da cirurgia de 31,7 meses.

Concernente à QV, no domínio físico não houve alguma correlação entre seus itens (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho) e idade ( $r=0,22$ ;  $p=0,18$ ), escolaridade ( $r=0,20$ ;  $p=0,22$ ), renda familiar ( $r=0,07$ ;  $p=0,66$ ) e tempo de cirurgia ( $r=0,06$ ;  $p=0,66$ ).

Considerando que as perguntas relativas ao domínio psicológico tratam dos sentimentos positivos – pensar e aprender; autoestima; imagem corporal – sentimentos negativos e espiritualidade, também não houve correlação entre esse domínio e idade ( $r=0,24$ ;  $p=0,15$ ), escolaridade ( $r=-0,04$ ;  $p=0,82$ ), renda familiar ( $r=0,12$ ;  $p=0,49$ ) e tempo de cirurgia ( $r=-0,20$ ;  $p=0,24$ ).

Quanto ao domínio social, verificou-se correlação positiva e moderada para renda familiar ( $r=0,33$ ;  $p=0,05$ ) e nenhuma correlação entre as demais variáveis (idade, escolaridade, tempo de cirurgia). As questões desse domínio dizem respeito às relações pessoais, apoio e atividade sexual.

Em relação ao domínio ambiental, identificou-se somente a existência de correlação moderada para idade ( $r=0,39$ ;  $p=0,02$ ). Esse domínio possui oito questões que compreendem: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Observam-se (Tabela 1) as médias relativas aos escores do domínio físico com as variáveis qualitativas. Utilizou-se o seguinte agrupamento: união estável, as mulheres que se intitularam casadas e as que moravam com companheiro fixo; e as demais (solteira, viúva, divorciada e separada) foram agrupadas como não tendo união estável. Verifica-se particularmente que, no caso do lado de realização da cirurgia, houve diferença estatisticamente significativa.

Concernente ao domínio psicológico, constata-se (Tabela 2) que as mulheres mastectomizadas obtiveram escores maiores que as que realizaram cirurgia conservadora.

Tabela 1 - Avaliação do domínio físico conforme variáveis qualitativas

Variáveis qualitativas		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P
Tipo de cirurgia	Conservadora	58,21	18,14	21,43	82,14	0,90
	Radical	57,56	14,77	28,57	75,00	
Cirurgia ocorreu no lado dominante	Sim	50,42	17,44	21,43	82,14	0,009
	Não	64,29	12,80	28,57	82,14	
Reconstrução mamária	Sim	66,96	9,39	53,57	75,00	0,25
	Não	56,82	16,88	21,43	82,14	
Trabalhava antes da cirurgia	Sim	54,86	17,03	21,43	82,14	0,10
	Não	64,29	13,71	39,29	82,14	
União estável	Sim	58,61	15,57	21,43	82,14	0,82
	Não	57,32	17,55	28,57	82,14	

O perfil identificado no domínio psicológico corresponde também ao encontrado no domínio social (Tabela 3). Novamente, tem-se a reconstrução mamária contribuindo para a elevação da média de QV, sendo que a diferença encontrada nesse domínio foi a maior entre todos eles (18,82 pontos). Apesar disso, somente o fato de possuir ou não união estável apresentou diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao domínio ambiental, pode-se inferir (Tabela 4) que, quanto à realização de reconstrução mamária, situação de trabalho anterior à cirurgia e união estável, o perfil encontrado nesse domínio foi semelhante ao dos domínios psicológico e social. Porém, no caso da reconstrução mamária, no domínio ambiental, a diferença em realizar ou não tal procedimento mostrou-se estatisticamente significativa.

Após aplicação do teste de correlação de Pearson entre QV e AE, percebeu-se que não houve correlação entre AE e domínio social ( $r=0,20$  e  $p=0,225$ ); correlação moderada entre AE e domínio ambiental ( $r=0,42$  e  $p=0,01$ ); e correlação forte entre AE e domínios físico ( $r=0,56$  e  $p=0,00$ ) e psicológico ( $r=0,54$  e  $p=0,001$ ).

## DISCUSSÃO

As prioridades individuais variam de acordo com a idade e os momentos da vida, sendo que mulheres mais velhas apresentam melhor QV, por atribuírem valor relativo às mamas e à feminilidade. Além disso, há fatores relacionados à idade que influenciam positiva ou negativamente a QV das mulheres mastectomizadas, como a maturidade das pacientes mais velhas e as expectativas em terem filhos, tendo que adiar o plano de maternidade para realizarem os tratamentos propostos, além de estarem expostas ao risco de menopausa precoce, pela quimioterapia, em específico.<sup>9</sup>

Neste estudo, talvez pela média de idade encontrada na qual a mulher já possui o número de filhos definido e, normalmente, por estar no climatério, não se encontrou relação entre domínio psicológico e idade. Isso difere do que foi apurado entre o domínio ambiental e a idade, pois se acredita que mulheres mais velhas sintam-se mais seguras, tenham mais resiliência e as questões subjetivas bem resolvidas.<sup>13</sup>

Tabela 2 - Avaliação do domínio psicológico conforme variáveis qualitativas

Variáveis qualitativas		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P
Tipo de cirurgia	Conservadora	58,75	13,71	41,67	83,33	0,60
	Radical	61,76	20,74	16,67	95,83	
Cirurgia ocorreu no lado dominante	Sim	56,37	16,74	16,67	95,83	0,22
	Não	63,33	17,18	29,17	87,50	
Reconstrução mamária	Sim	71,87	11,97	54,17	79,17	0,10*
	Não	58,71	17,22	16,67	95,83	
Trabalhava antes da cirurgia	Sim	58,33	18,63	16,67	95,83	0,36
	Não	63,89	13,33	41,67	83,33	
União estável	Sim	58,09	13,62	41,67	87,50	0,51
	Não	61,87	19,79	16,67	95,83	

\* Teste de Mann-Whitney.

Tabela 3 - Avaliação do domínio social conforme variáveis qualitativas

Variáveis qualitativas		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P
Tipo de cirurgia	Conservadora	60,42	21,61	16,67	91,67	0,52
	Radical	64,71	18,52	33,33	91,67	
Cirurgia ocorreu no lado dominante	Sim	59,80	20,46	25,00	91,67	0,48
	Não	64,58	20,03	16,67	91,67	
Reconstrução mamária	Sim	79,17	4,81	75,00	83,33	0,07*
	Não	60,35	20,31	16,67	91,67	
Trabalhava antes da cirurgia	Sim	60,00	21,92	16,67	91,67	0,30
	Não	67,36	15,27	41,67	91,67	
União estável	Sim	54,41	21,87	16,67	83,33	0,02
	Não	69,17	16,02	41,67	91,67	

\* Teste de Mann-Whitney.

Tabela 4 - Avaliação do domínio ambiental conforme variáveis qualitativas

Variáveis qualitativas		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P
Tipo de cirurgia	Conservadora	51,41	14,46	15,63	71,88	0,15*
	Radical	58,64	11,82	31,25	78,13	
Cirurgia ocorreu no lado dominante	Sim	55,33	13,25	21,88	71,88	0,81
	Não	54,22	14,28	15,63	78,13	
Reconstrução mamária	Sim	68,75	8,07	59,38	78,13	0,02*
	Não	53,03	13,25	15,63	71,88	
Trabalhava antes da cirurgia	Sim	52,62	15,49	15,63	78,13	0,09
	Não	59,11	7,35	46,88	71,88	
União estável	Sim	50,92	15,30	15,63	68,75	0,20*
	Não	57,97	11,45	31,25	78,13	

\* Teste de Mann-Whitney.

Quanto à escolaridade, o identificado está em desacordo com outros estudos.<sup>9,13</sup> Para eles, quanto maior o nível de escolaridade, maior o de QV. Além disso, acredita-se que mais anos de estudo garantam acesso à informação e que essas pessoas cuidassem mais e melhor de sua saúde. O cuidado à saúde, como prática social, é influenciado diretamente pelos padrões culturais e classes sociais, sendo um fenômeno complexo, unitário e tripartite (saúde, doença e cuidado), entretanto, a mulher-mãe aparece sempre como a principal cuidadora da família,<sup>14</sup> transparecendo a importância da figura da mulher.

No tocante à renda familiar, de acordo com a literatura, mulheres com melhor condição social têm recuperação mais rápida e conseguem enfrentar melhor os problemas decorrentes do tratamento do que aquelas com estrato social baixo, pois pode ser indicativo de que têm mais chances de obter apoio social e psíquico e têm melhores condições de moradia.<sup>9,13</sup> Porém, tal fato também não foi observado.

A renda familiar está também relacionada diretamente ao domínio social.<sup>13</sup> Pressupõe-se que melhor condição econômica faça com que a mulher frequente outros espaços além do domicílio, que conviva com outras pessoas e que converse sobre diversos assuntos. A mulher diagnosticada com câncer de mama prefere não falar sobre o assunto da doença, desejando que as pessoas abordem outros temas,<sup>15</sup> demonstrando a importância do convívio social e de oportunidades de lazer.

Ainda concernente ao domínio social, mas transcendendo a condição econômica, tem-se a importância do apoio familiar, social e religioso para mulheres com câncer de mama, como contribuições relevantes para o enfrentamento deste em todas as etapas.<sup>16</sup>

Os cuidados com o membro homolateral à cirurgia devem permanecer por toda a vida, visto que o linfedema, complicação pós-operatória de mais morbidade, pode ocorrer a qualquer momento. Ele leva a dano estético e funcional do mem-

bro afetado e representa um incômodo físico e emocional, ao provocar sintomas de depressão e de ansiedade, além de recordações do próprio câncer. Assim, interfere diretamente na QV, ao acarretar alterações no estilo de vida e na rotina das mulheres, como mudanças no estilo de roupas, dificuldades para realizar tarefas cotidianas e desconforto na vida sexual, o que leva à perda do interesse nas atividades sociais e pessoais.<sup>17</sup>

Para preveni-lo, deve-se evitar carregar peso, dormir sobre o braço operado, não realizar movimentos repetitivos, evitar altas temperaturas e alterações da pressão atmosférica, que são cuidados importantes. Essas restrições limitam a realização de certas atividades no domicílio e/ou no trabalho, fazendo com que essa mulher se sinta incapacitada, o que pode também interferir negativamente na QV.<sup>10</sup> Quanto menores forem as alterações nas atividades de vida diária, menores serão os impactos na QV.

Sugere-se que mulheres mastectomizadas com elevado escore no domínio psicológico estejam relacionadas a baixo risco de recorrência da doença, refletindo positivamente no estado psicológico.<sup>18</sup> Além disso, a realização da reconstrução mamária também atua positivamente na identificação sexual da mulher, autoimagem, AE e QV.<sup>9,11,12</sup> Pressupõe-se também que haja outros fatores envolvidos, como resiliência, rede social e mudanças provocadas pelo diagnóstico e pelo tratamento.

A ablação de um órgão como a mama, permeado por significados importantes para o físico e o psicológico da mulher, traz agravos à QV, à satisfação sexual e recreativa, imagem corporal e prática de esportes.<sup>9</sup> Houve relatos durante as entrevistas deste estudo, de mulheres que se divorciaram após a cirurgia oncológica, que nunca mais se olharam no espelho, que não apareciam nuas diante de seus companheiros, que diminuíram a frequência das relações sexuais, que se distanciaram de amigos e de familiares e até mesmo que deixavam de sair com medo e vergonha das pessoas perceberem sua mutilação.



Muitas tentavam minimizar esse impacto com a utilização de próteses externas ajustadas ao sutiã, normalmente confeccionadas pelas próprias mulheres; porém, pelos resultados obtidos, estas não elevaram a AE.

Para a recuperação psíquica e sexual, o companheiro afetivo e/ou sexual adquire grande importância. O apoio emocional e sincero deste faz com que o conflito da aceitação do procedimento cirúrgico seja encarado mais facilmente, assim como a continuidade da união.<sup>19</sup>

O companheiro da mulher com câncer de mama também apresenta sentimentos ambíguos, como medo, tristeza, esperança, fé e alegria, de acordo com cada etapa vivenciada. Assim, a criação de estratégias de suporte para ele é necessária, na tentativa de manter uma base familiar sólida,<sup>20</sup> o que refletirá diretamente na AE e QV dessas mulheres.

Quando abordado sobre o tipo de cirurgia, o maior impacto na QV ocorreu em relação ao domínio ambiental. A QV de mulheres que se submeteram à mastectomia tende a ser pior que aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora, devido à sensação mais presente de mutilação e de perda da feminilidade.

Ao contrário do observado nos demais domínios, mulheres nas quais a cirurgia foi realizada do lado dominante obtiveram elevados escores de QV. Com isso, percebe-se que as limitações decorrentes da cirurgia não impactam tanto nas questões referentes à segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Considerando-se que a AE pode ser percebida em relatos verbais, comportamentos e atitudes, a reclusão dentro do domicílio, a diminuição dos cuidados com a saúde e as reclamações referentes ao ambiente em que vive podem ser indicativos de baixa AE. Assim, a baixa AE pode influenciar não somente a percepção da mulher acerca de si mesma, mas também em relação às coisas ao seu redor.

Os transtornos que mais acometem as mulheres com câncer de mama são a ansiedade, a vergonha, a insônia e os sentimentos de inutilidade e de desvalorização pessoal.<sup>1</sup> Dessa forma, além de afetar a AE, refletem-se no sono/repouso, na energia para realização das atividades cotidianas e na capacidade para o trabalho.

A personalidade da mulher determinará sua capacidade de resiliência. A autoconfiança, a estabilidade emocional, a afetividade positiva, a autodeterminação, a competência e a autoestima condicionam o bem-estar psicológico em qualquer fase da vida.<sup>1</sup> Além disso, uma boa autoimagem fomenta a AE. Assim, mulheres com sentimentos positivos em relação si próprias tendem a ter melhores escores no domínio psicológico.

## CONCLUSÃO

Considerando-se a restrita publicação referente à influência da AE na QV da mulher portadora de câncer de mama em pós-operatório tardio, acredita-se que o presente artigo 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 à manutenção de alta autoestima e ofereçam suporte àquelas com necessidades ainda a serem atendidas, visto que a reabilitação física e psicossocial não se esgota com o fim dos procedimentos cirúrgicos.

Assim, concluiu-se que, apesar de as mulheres terem realizado cirurgia oncológica da mama há pelo menos um ano da entrevista, pôde-se perceber que os impactos sobre sua QV ainda são evidentes. A realização da reconstrução mamária mostrou influenciar positiva e significativamente a capacidade da mulher em desempenhar suas atividades do dia a dia e as oportunidades de lazer; domínios físico e ambiental, respectivamente. Ainda, a renda influencia no domínio social, a idade no domínio físico, o lado de realização da cirurgia no domínio físico e ter ou não união estável no domínio psicológico. Por fim, adequada AE está fortemente correlacionada às questões psicológicas e físicas, reafirmando a importância do sentimento positivo em relação a si mesma nas diferentes experiências vivenciadas.

Este estudo apresentou limitações no que diz respeito à não inclusão, na análise, das comorbidades associadas, além de ser uma amostra reduzida. Sugere-se que novos estudos sejam feitos atentando para tais questões, uma vez que os resultados desta pesquisa divergem de outras em relação à AE e à QV.

## REFERÊNCIAS

1. García-Viniegras CRV, Blanco MG. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av Psicol Latinoam*. 2007; 25(1):72-80.
2. Azevedo RF, Lopes RLM. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6): 1067-70.
3. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14 (3):477-84.
4. Lopes MHBM, Moura AA, Raso S, Vedovato, TG, Ribeiro MAS. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013; 17 (2):354-60.
5. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press; 1965.
6. Branden N. *Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva; 2000.
7. Paredes T, Simões MR, Canavarro MC, Serra AV, Pereira M, Quartilho MJ, et al. Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psic Saúde Doenças*. 2008; 9(1):73-87.
8. The Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994; 23(3):24-56.

9. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AA, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(2):61-7.
  10. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(10):453-8.
  11. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):707-16.
  12. Amaral AV, Melo RMM, Santos NO, Lôbo RCMM, Benute GRG, Lucia MCS. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Psicol Hosp.* 2009; 7(2):36-54.
  13. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 28(1):9-18.
  14. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(Supl. 1):1497-508.
  15. Salci MA, Marcon SS. S. A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):18-25.
  16. Canieles IM, Muniz RM, Corrêa ACL, Meincke SMK, Soares LC. Rede de apoio a mulher mastectomizada. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(2):450-8.
  17. Panobianco MS, Campacci N, Fangel-Vendrusculo LM, Prado MAS, Almeida AM, Gozzo T. Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama. *Rev Rene.* 2014; 15(2):206-13.
  18. 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 Mater Infant.* 2010; 10(1):51-7.
  19. Sánchez RB. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enfermeria.* 2010; 19(1):24-8.
  20. Cecilio SG, Sales JB, Pereira NPA, Maia LLQGN. A visão do companheiro da mulher com histórico câncer de mama. *REME - Rev Min Enferm.* 2013; 17(1):23-31.
-