

Aplicação da Escala de Rosenberg para avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária¹

Application of the Rosenberg Scale to evaluate the self-esteem of women undergoing breast cancer surgery¹

Gian Fonseca do Rozario

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Residente do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional) da
Universidade Federal de Uberlândia – Área de Concentração Atenção em Oncologia
E-mail: gian_fonseca09@hotmail.com

Eliane Maria de Carvalho

Doutorado em Ciências (Fisiopatologia Experimental) pela Universidade de São Paulo
Professora da Universidade Federal de Uberlândia
E-mail: elianemc@ufu.br

¹ Artigo a ser submetido para publicação na revista científica Saúde em Foco

RESUMO

Objetivo: avaliar a autoestima de mulheres submetidas à abordagem cirúrgica como tratamento para o câncer de mama. **Método:** estudo descritivo, correlacional, transversal, quantitativo, com 27 pacientes em tratamento oncológico em um hospital público no estado de Minas Gerais; para obtenção dos dados, utilizou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg, questionário com questões sociodemográficas e clínicas e consulta a prontuários. **Resultados:** o tipo predominante de cirurgia divergiu de outros estudos; o tempo decorrido do diagnóstico à cirurgia não foi considerado em nenhum outro trabalho; encontrou-se correlação estatisticamente significativa entre autoestima e o tempo entre diagnóstico e cirurgia. **Conclusão:** quanto menor o tempo que a paciente esperou para ser submetida à cirurgia após o diagnóstico, maior sua autoestima; há necessidade de outros estudos acerca do impacto da trajetória da mulher até a realização do tratamento cirúrgico em dimensões psicossociais, nas quais se inclui a autoestima.

Palavras-chave: mulher; câncer de mama; cirurgia; autoestima

ABSTRACT

Objective: to evaluate the self-esteem of women submitted to the surgical approach as a treatment for breast cancer. **Method:** descriptive, correlational, cross-sectional, quantitative study with 27 patients undergoing oncological treatment in a public hospital in the state of Minas Gerais; to obtain the data, we used the Rosenberg Self-esteem Scale, a questionnaire

with sociodemographic and clinical questions and a questionnaire. **Results:** the predominant type of surgery differed from other studies; the time from diagnosis to surgery was not considered in any other study; we found a statistically significant correlation between self-esteem and the time between diagnosis and surgery. **Conclusion:** the shorter the time the patient waited to undergo surgery after diagnosis, the greater her self-esteem; there is a need for further studies about the impact of the woman's trajectory until the surgical treatment in psychosocial dimensions, which includes self-esteem.

Keywords: woman; breast cancer; surgery; self-esteem

1 INTRODUÇÃO / REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa. Associam-se a deficiências e incapacidades funcionais, influenciando na qualidade de vida e nas atividades de trabalho e lazer, e produzem grande demanda para os serviços de saúde. Sua emergência é muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais (BRASIL 2009). No Brasil, doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas são as principais DCNT (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2014).

Dos cânceres, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do país, exceto na região Norte, na qual predomina o câncer do colo do útero. Estima-se, para cada ano do biênio 2018/2019, 59.700 novos casos de câncer com localização primária na mama, o que corresponde a 29,5% de todos os tumores malignos femininos. Há um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA, 2017).

O câncer de mama resulta da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos. Há diferentes tipos de câncer de mama, alguns se desenvolvendo mais rapidamente que outros. Na maior parte dos casos, há boa resposta ao tratamento; diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento precoces contribuem para isto (INCA, 2014). No entanto, fatores como falta de programas de detecção precoce e carência de estrutura para assegurar diagnóstico adequado e tratamento oportuno, que resultam no atraso no diagnóstico e tratamento, têm contribuído para que as taxas de mortalidade cresçam em

países em desenvolvimento (SABINO NETO et al., 2012). Segundo o Atlas On-line de Mortalidade, do INCA, em 2015, o Brasil registrou 13,68 óbitos/100.000 mulheres por câncer de mama, a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira.

O tratamento para o câncer de mama depende de alguns fatores, a saber, estadiamento (extensão) da doença, características biológicas do tumor e condições da paciente, que incluem idade, status menopausal, comorbidades e preferências pessoais (INCA, 2018). Quando o diagnóstico é realizado precocemente, o tratamento tem maior potencial curativo, ao passo que, evidenciadas metástases (doença à distância), diminui-se o potencial curativo e o tratamento passa a objetivar, principalmente, prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida (INCA, 2018). As possibilidades de tratamento se dividem em dois grupos: tratamento local e tratamento sistêmico. No primeiro, podem ser realizadas cirurgia e radioterapia, além de reconstrução mamária, e, no segundo, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (INCA, 2018).

Em relação à abordagem cirúrgica, esta pode ser feita inicialmente ou após outra terapia, a depender dos fatores mencionados acima, de modo especial o estadiamento. Habitualmente, mais de uma abordagem é realizada, de maneira complementar (SABINO NETO et al., 2012). A cirurgia pode ser convencional ou radical. Na primeira, faz-se a retirada apenas do tumor/nódulo, ou seja, de um quadrante, uma parte da mama, com margem e segurança. Já na segunda, ocorre a retirada total da mama, com ou sem músculo peitoral, que se localiza abaixo dela. As duas modalidades cirúrgicas, geralmente, são acompanhadas da retirada de nódulos linfáticos da axila (linfonodos), cuja avaliação tem função predominantemente prognóstica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP, 1998; INCA, 2018).

A despeito do frequente sucesso do tratamento do câncer de mama, principalmente quando o diagnóstico é realizado precocemente, e, apesar de as abordagens cirúrgicas serem menos desfigurantes, estas continuam a ser um desafio para as mulheres. A própria cirurgia e os diversos efeitos colaterais possíveis podem ter repercussão biopsicossocial. (FRIERSON, THIEL e ANDERSEN, 2006). Recorrendo à literatura, Sabino Neto et al. (2012) apontam que, quando o tratamento para a neoplasia em questão se dá por cirurgias que podem levar à mutilação, a saúde psicológica das pacientes pode ser bastante afetada. Citam repercussão em várias áreas da qualidade de vida, como plano psicosssexual, autoimagem, autoestima, sentimento de ser atraente e sexualidade.

A autoestima é um constructo que diz respeito à experiência particular na qual a pessoa julga a si própria. Para Braden (2000), é a soma da autoconfiança e do autorrespeito, agregando

sentimentos de competência e valor pessoais. Ela pode ser considerada elevada ou alta, quando há sentimento de confiança e de se estar adequado à vida; baixa, quando o julgamento presente é o de inadequação à vida, de erro enquanto pessoa; ou média, quando o sujeito sente flutuando entre sentimentos de adequação e inadequação, de certo e errado perante sua existência. A autoestima considerada positiva (elevada/alta) pode ser desenvolvida, e isto implica na expansão da capacidade de ser feliz, segundo Braden (2000), ou da capacidade de desenvolver o bem-estar, segundo a Psicologia Positiva, para a qual a autoestima é uma característica que pode estar presente no processo de produção do bem-estar, o florescimento (SELIGMAN, 2011).

Utilizando a autoestima como uma medida para tentar compreender a experiência de mulheres que vivenciaram a retirada de parte de uma das mamas ou dela toda, o presente trabalho se propõe a avaliar a autoestima de mulheres submetidas à abordagem cirúrgica como tratamento para o câncer de mama. Este estudo integra uma pesquisa maior, ainda em andamento, intitulada “Repercussão funcional e qualidade de vida de mulheres mastectomizadas”, que recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia - protocolo 2.731.732.

2 MÉTODO

Caráter da pesquisa

Tratou-se de um estudo descritivo, correlacional, de corte transversal e abordagem quantitativa, no qual foram resguardados todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos.

Participantes

Coletou-se os dados no Ambulatório de Oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com 27 pacientes do sexo feminino que se submeteram a alguma modalidade de cirurgia na mama como tratamento para o câncer de mama e que receberam liberação médica para submissão à orientação de exercícios terapêuticos - tendo em vista que esta é prevista no estudo maior - e foram encaminhadas para avaliação e tratamento fisioterápico. Tratou-se de uma amostra não probabilística, de conveniência. Foram fatores de exclusão de pacientes do estudo: ter lesões abertas na região da mama, ter recidiva do câncer e apresentar fraturas patológicas de membros superiores.

Instrumentos

Foram coletados dados referentes a 11 variáveis independentes, a saber: faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar média mensal, situação laboral, tempo entre diagnóstico do câncer e cirurgia, tempo entre diagnóstico e participação da paciente na pesquisa (avaliação), tempo entre cirurgia e avaliação, tipo de cirurgia, se a mama operada foi a do membro superior dominante (cirurgia no lado dominante) e existência de tratamento(s) associado (s) à cirurgia (tratamento(s) complementar(es)). Para tal, foi utilizado um questionário contendo informações sociodemográficas e clínicas das participantes. Em alguns casos, foi necessária consulta ao prontuário das pacientes para completar dados, principalmente relacionados à cirurgia, como a data na qual esta ocorreu, tendo em vista que nem todas as entrevistadas souberam informa-la com precisão.

Já para a obtenção dos dados referentes à variável dependente (autoestima), utilizou-se a versão adaptada para o português por Hutz (2000) e revisada (HUTZ e ZANON, 2011) da Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg (Apêndice I), uma medida unidimensional que se propõe capaz de avaliar a autoestima global e que tem sido utilizada mundialmente para a mensuração da autoestima e apresentado boas propriedades psicométricas. No Brasil, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), tem sido utilizada em algumas populações, como adolescentes, estudantes, docentes de enfermagem, indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária, mulheres que irão se submeter à cirurgia plástica e idosos praticantes de atividade física (DINI, QUARESMA e FERREIRA, 2004; VARGAS, DANTAS e GOIS, 2005; FREIRE e TAVARES, 2011; HUTZ e ZANON, 2011; MEURER et al., 2012; FERNANDES et al., 2013; TERRA, MARZIALE e ROBAZZI, 2013).

A EAR é composta de 10 itens que devem ser respondidos em uma escala do tipo Likert de quatro pontos, com opções que variam de discordo totalmente a concordo totalmente. Das 10 questões contidas no instrumento, cinco avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e as demais avaliam sentimentos negativos. Para a correção da EAR, a cada opção de resposta é atribuído um valor e a somatória dos valores correspondentes a resposta de cada item resulta no desempenho de cada sujeito da pesquisa, com um valor único, num intervalo que varia de 10 a 40 pontos. Quanto maior o escore obtido na escala, maior o nível de autoestima.

Procedimentos

A aplicação dos instrumentos utilizados foi realizada de maneira individual, entre os meses de abril e dezembro de 2018, após a paciente ter aceito, formal e voluntariamente, participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garantiu o sigilo das informações pessoais.

Após a coleta, foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel, versão 15.0.5093.1000, que foi exportado para o programa Software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 18.0, para a análise estatística descritiva e inferencial. A análise descritiva de todas as variáveis foi realizada por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (valor mínimo e máximo, desvio-padrão) para as variáveis contínuas (numéricas) e frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas.

Na análise inferencial foi, primeiramente, testada a normalidade da distribuição para a variável dependente (autoestima). Para isto, foram utilizados dois testes, Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk. Em seguida, foi realizada uma análise de variância (ANOVA multifatorial/GLM univariada) com todas as variáveis categóricas incluídas. Outra ANOVA foi executada, desta vez somente com as variáveis escolaridade e estado civil, incluindo também a interação entre ambas. Para as variáveis contínuas, uma análise de regressão linear multivariada foi realizada. Foi considerado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

A análise descritiva dos dados referentes às variáveis independentes encontra-se na Tabela 1, que permite traçar um perfil tanto sociodemográfico quanto clínico das mulheres que compuseram a amostra.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico das mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. Uberlândia-MG, 2018

Variável	N	%	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Faixa etária*			54,1	54	9,3	38	73
38-40	2	7,4	-	-	-	-	-
41-50	8	29,6	-	-	-	-	-
51-60	11	40,8	-	-	-	-	-
61-70	4	14,8	-	-	-	-	-
71-73	2	7,4	-	-	-	-	-
Estado civil			-	-	-	-	-
Solteira	6	22,2	-	-	-	-	-

Casada	14	51,9	-	-	-	-	-
Divorciada	3	11,1	-	-	-	-	-
Viúva	2	7,4	-	-	-	-	-
Outro	2	7,4	-	-	-	-	-
Escolaridade							
Ens. Fundamental incompleto	9	33,3	-	-	-	-	-
Ens. Fundamental completo	9	33,3	-	-	-	-	-
Ens. Médio	7	26	-	-	-	-	-
Ens. Superior	2	7,4	-	-	-	-	-
Situação laboral							
Aposentada ou em licença médica	19	70,4	-	-	-	-	-
Trabalhando	2	7,4	-	-	-	-	-
Desempregada ou não exercendo	6	22,2	-	-	-	-	-
Renda familiar média mensal**							
Nenhum	2	7,4	-	-	-	-	-
Um	13	48,2	-	-	-	-	-
Dois	6	22,2	-	-	-	-	-
Três ou mais	6	22,2	-	-	-	-	-
Tempo entre diagnóstico e cirurgia***							
0-6	12	44,4	7,3	8	5,3	0	22
7-12	12	44,4	-	-	-	-	-
13-22	3	11,2	-	-	-	-	-
Tempo entre diagnóstico e avaliação***							
0 – 6	2	7,4	18,1	11	16,2	5	82
7 – 12	13	48,2	-	-	-	-	-
13 – 24	7	25,9	-	-	-	-	-
>24	5	18,5	-	-	-	-	-
Tempo entre cirurgia e avaliação***							
0 – 6	15	55,6	10,7	4	16,4	0	77
7 – 12	7	25,9	-	-	-	-	-
13 – 24	2	7,4	-	-	-	-	-
>24	3	11,1	-	-	-	-	-
Tipo de Cirurgia							
Conservadora	20	74,1	-	-	-	-	-
Radical	7	25,9	-	-	-	-	-
Cirurgia no lado dominante							
Sim	15	55,6	-	-	-	-	-
Não	11	40,7	-	-	-	-	-
Tratamento(s) complementar(es)							
Sim	25	92,6	-	-	-	-	-
Não	2	7,4	-	-	-	-	-

Legenda: - não se aplica

* em anos

** em salários mínimos – no período da coleta dos dados, o salário mínimo em vigor era de R\$ 954,00

*** em meses

Em relação aos tratamentos complementares à abordagem cirúrgica, três modalidades foram citadas: radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Nos 25 casos em que a neoadjuvância ou a adjuvância ocorreu, foi mais comum a combinação de pelo menos mais duas modalidades (72%), prevalecendo radioterapia + quimioterapia (36%).

O gráfico contido na Figura 1 apresenta o desempenho das mulheres pesquisadas no instrumento utilizado para avaliar a variável dependente. Nele, observa-se que os escores de

autoestima na EAR variaram entre 14 e 40 pontos. A média e a mediana foram de 31,9 e 32 pontos, respectivamente, com um desvio padrão de 5,8 pontos.

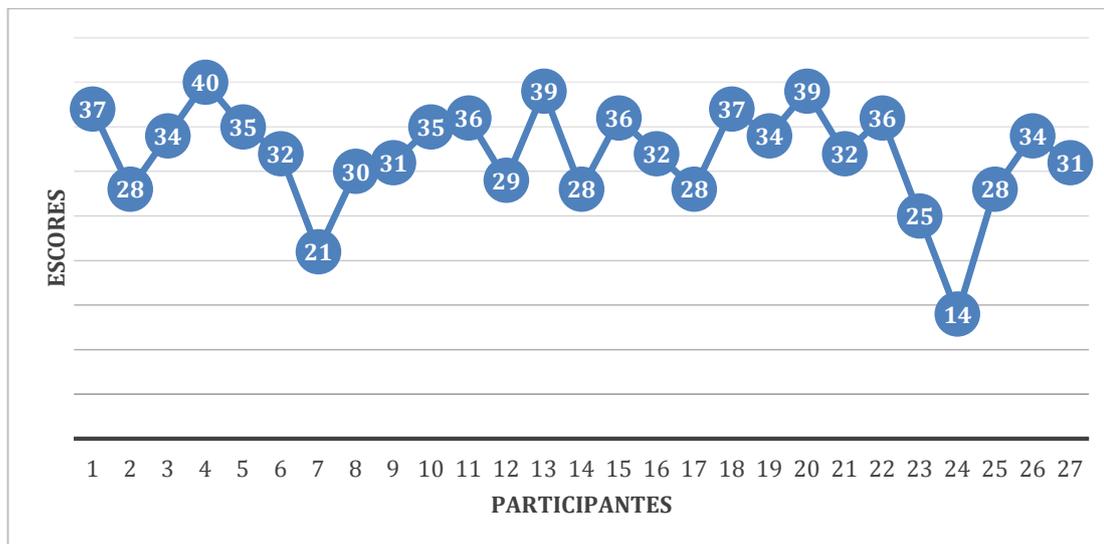


Figura 1 – Distribuição das mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária conforme avaliação na Escala de Autoestima de Rosenberg. Uberlândia-MG, 2018.

A análise descritiva das variáveis dependente e independentes aponta que a mulher/paciente típica da amostra tem 54,1 anos; é casada; iniciou o ensino fundamental, ao menos; é aposentada ou está em licença médica; tem uma renda familiar média mensal de 1,7 salários mínimos; se submeteu à cirurgia 7,3 meses após o diagnóstico; participou da pesquisa 18,1 meses após o diagnóstico; sua cirurgia, conservadora, ocorreu 10,7 meses antes da abordagem dos pesquisadores, sendo o tratamento cirúrgico, que foi combinado com outras modalidades, realizado na mama do lado do membro superior dominante; e, por fim, tem uma autoestima de 31,9, segundo avaliação da EAR.

No tocante à análise inferencial, a primeira etapa, a testagem de normalidade da distribuição para a variável dependente, obteve dois resultados diferentes: o primeiro teste utilizado (Kolmogorov-Smirnova) apontou que a distribuição é normal e o outro (Shapiro-Wilk) indicou a não-normalidade.

A Tabela 2 apresenta a avaliação da autoestima em relação às variáveis categóricas, sejam socioedográficas ou clínicas. Os valores de p permitem observar que nenhuma das variáveis categóricas do estudo apresentou relação estatisticamente significativa com a autoestima.

Tabela 2 - Relação entre autoestima e variáveis categóricas das mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. Uberlândia-MG, 2018.

Variável	Valor de p
Estado civil	0,555
Situação laboral atual	0,469
Escolaridade	0,663
Cirurgia no lado dominante	0,844
Tipo de cirurgia	0,865
Tratamento(s) complementar(es)	0,658

A Tabela 3 apresenta os resultados da segunda análise de variância, que considerou somente as variáveis escolaridade e estado civil, assim como a interação entre ambas. Novamente, não se observou relação significativa entre as variáveis.

Tabela 3 - Relação entre autoestima e escolaridade e estado civil das mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. Uberlândia-MG, 2018.

Variável	Valor de p
Estado civil	0,552
Escolaridade	0,228
Estado civil - Escolaridade	0,270

Por fim, a Tabela 4 mostra os resultados da análise de regressão realizada com as variáveis contínuas. Durante a realização da análise, percebeu-se que a variável tempo entre diagnóstico e avaliação está contida nas outras duas que investigam temporalidade (tempo entre diagnóstico e cirurgia e entre cirurgia e avaliação) e, por isto, não foi incluída no modelo de análise. Observa-se correlação estatisticamente significativa entre autoestima e apenas uma variável, tempo entre diagnóstico e cirurgia. Trata-se de uma correlação negativa, o que sugere que, quanto menor o tempo que a paciente esperou para ser submetida à cirurgia após o diagnóstico, maior sua autoestima.

Tabela 4 - Relação entre autoestima e variáveis contínuas das mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. Uberlândia-MG, 2018.

Variável	Valor de p
Idade	0,270
Renda familiar média mensal	0,403
Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,006
Tempo entre cirurgia e avaliação	0,293

4 DISCUSSÃO

Primeiramente, cabe destacar que, neste trabalho, observou-se que é discreta a quantidade de estudos recentes que abordam a cirurgia oncológica mamária. Mais especificamente, foram encontrados apenas dois estudos que investigaram diretamente a autoestima de mulheres que se submeteram a esta modalidade de tratamento. Destes, apenas um testou a correlação da autoestima com outras variáveis (FERNANDES et al., 2013; GOMES e SILVA, 2013).

A distribuição da amostra no que diz respeito à faixa etária vai ao encontro de outros estudos que investigaram mulheres que se submeteram à cirurgia oncológica mamária e das políticas públicas em relação ao rastreio do câncer de mama no Brasil, que é recomendado, por meio da mamografia bienal, para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (NASCIMENTO et al., 2012; FERNANDES et al., 2013; GOMES e SILVA, 2013; SOUSA, et al., 2013; INCA, 2015; ALVES et al., 2017; PRATES et al., 2017;). No entanto, chama a atenção o fato de uma parte significativa da amostra deste estudo ter idade inferior a esta faixa etária. Um aumento significativo da incidência da doença em mulheres mais jovens foi constatado em um estudo no estado de Goiânia, Brasil, assim como também um aumento nos demais grupos etários - 40 a 59 anos e a partir de 60 anos (FREITAS-JUNIOR et al., 2010). Ainda em relação à faixa etária das mulheres pesquisadas, há de se levar em conta que este dado diz respeito à idade da paciente no dia da abordagem do pesquisador, e não à idade desta quando do diagnóstico, tendo em vista que a média de tempo entre o diagnóstico e à avaliação na pesquisa foi de aproximadamente um ano e meio. Este adendo, no entanto, não altera a perspectiva de faixa etária aqui discutida.

Os demais dados referentes às variáveis sociodemográficas mostram-se similares a outros estudos realizados com mulheres submetidas à cirurgia da mama para tratamento de câncer (FERANNDES et al., 2013; GOMES e SILVA, 2013; SOUSA et al., 2013; PAIVA e CESSE, 2015; ALVES et al., 2017; PRATES et al., 2017;). Algumas particularidades puderam ser observadas: em relação à escolaridade, os dados mostram que todas as mulheres tiveram acesso ao ensino formal, mesmo que uma parte não tenha completado sequer o ensino fundamental; no que diz respeito à renda familiar média mensal, chama a atenção o fato de duas pacientes não terem renda alguma – destas, uma informou estar desempregada e, a outra, em licença médica. O aumento do nível de escolaridade relaciona-se com a melhoria de outros padrões, como o socioeconômico, que, em última instância, contribui para a melhoria de condições de vida e saúde (ROSA e RADÜNZ, 2013). Um estudo que analisou dados de

mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital estadual de Tocantins, Brasil, de 2000 a 2015, constatou que as mulheres de raça/cor preta e analfabeta apresentaram maior porcentagem de estadiamento tardio ao passo que as mulheres brancas e com ensino superior completo tiveram porcentagem maior de estadiamento precoce (SULEIMAN et al., 2017).

Em relação ao tipo de cirurgia, o resultado encontrado vai ao encontro dos achados de Gomes e Silva (2013) e Fernandes, McIntyre e Leite (2018), apesar de estes terem constatado uma frequência menor de realização de cirurgia conservadora do que no presente, mas se afastam dos resultados de Sousa et al. (2013) e Nascimento et al. (2012), que apresentam até 82% de cirurgia radical. Dois dos estudos citados foram publicados há, pelo menos, 5 anos e o mais recente, em Portugal, tratou-se de estudo longitudinal, cuja coleta dos dados ocorreu em período de tempo não informado, mas cujo término sabe-se que foi anterior ao final do ano de 2015, já que esta foi a data da submissão para publicação. Neste sentido, a questão temporal poderia explicar as diferenças na escolha da abordagem cirúrgica, visto que, nos últimos anos, a realização de cirurgias menos mutilantes e a individualização do tratamento têm sido consideradas um avanço na abordagem do câncer de mama (INCA, 2018).

O presente estudo considerou o lado do membro superior dominante em que se realizou a cirurgia na mama como uma variável. Tal escolha deveu-se ao entendimento de que saber se o procedimento ocorreu na mama do mesmo lado do membro superior com a qual a mulher realiza a maior parte de suas atividades poderia dizer mais do impacto na qualidade de vida do que, simplesmente, a informação de que este ocorreu na mama direita ou esquerda. As duas possibilidades de entendimento foram verificadas na literatura. Sobre esta variável, apesar de a maior parte das mulheres ter se submetido à cirurgia na mama do lado dominante, uma outra parte, significativa, realizou a cirurgia da mama do lado do membro não dominante. Em estudo realizado com 37 mulheres submetidas à cirurgia mamária oncológica, constatou-se que a maioria destas realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo, sendo que este, predominantemente, não correspondia ao lado dominante da paciente (54,1%) (GOMES e SILVA, 2013). No mesmo sentido, outro estudo, com 105 mulheres, encontrou porcentagem semelhante de cirurgia no lado contrário ao dominante (SOUSA et al., 2013).

A verificação da existência de tratamentos complementares à abordagem cirúrgica, geralmente numa combinação de local e sistêmicos, como se observa nos resultados apresentados, está em consonância com outros estudos realizados no contexto de terapêuticas para a neoplasia em questão (GOMES e SILVA, 2013; ROSA e RANDÜS, 2013; SOUSA, et

al., 2013; SOUZA et al., 2015; PRATES et al., 2017), assim como com o que é previsto para o tratamento para o câncer de mama (INCA, 2018).

A questão temporal envolvendo diagnóstico, cirurgia e participação das mulheres na pesquisa revela dados interessantes, que não puderam ser observados nos estudos encontrados que investigaram diretamente a autoestima de mulheres operadas na mama no contexto oncológico, principalmente por não terem levado em conta a data do diagnóstico (FERNANDES et al., 2013; GOMES e SILVA, 2013). Destaca-se a heterogeneidade da distribuição dos dados referentes às variáveis pertencentes ao grupo temporal, o que pode ser observado nos desvios padrão elevados. Exemplo disto é o intervalo de tempo entre o diagnóstico da doença e a avaliação da paciente pelo pesquisador, que variou de 5 a 82 meses.

Em relação ao tempo decorrido entre a cirurgia na mama e a coleta de dados, a discussão em relação a estes estudos fica limitada, considerando as diferenças metodológicas, que podem explicar o fato de a média nesta variável ter sido inferior à verificada nos outros estudos: 1) ao passo que a presente investigação não considerou questões relativas à temporalidade como critério de exclusão, Gomes e Silva (2013) limitaram a amostra a mulheres que submeteram à cirurgia há, no mínimo 12 meses, encontrando uma média de 31,7 meses, e Alves et al. (2017) avaliaram as pacientes no pós-operatório imediato de um mês; 2) os sujeitos deste estudo e os de Fernandes et al. (2013) foram abordados em contextos diferentes - o primeiro, no de encaminhamento médico para tratamento fisioterapêutico e, no segundo, no de grupo de apoio a mulheres mastectomizadas (média de 84,9 meses). Fernandes et al. (2013) e Gomes e Silva (2013) trazem que os efeitos da cirurgia na autoestima e na imagem corporal das mulheres que tratam de câncer de mama ocorrem de maneira mais acentuada logo após o procedimento cirúrgico. Neste trabalho, mesmo havendo uma média de tempo inferior a tais estudos, à época da avaliação das pacientes, quase um ano havia se passado após a cirurgia.

A respeito do intervalo de tempo entre o diagnóstico e a avaliação das pacientes, também não foi possível comparar os resultados de tal variável com os estudos que investigaram diretamente a autoestima de mulheres operadas na mama, já que estes não a consideraram (FERNANDES et al., 2013; GOMES e SILVA, 2013).

A distribuição da autoestima das mulheres pesquisadas neste estudo se assemelha bastante à constatada por Gomes e Silva (2013), que descrevem média de 30,32, mediana de 32 e desvio padrão de 4,58 pontos, com valor mínimo e máximo de 19 e 40 pontos, respectivamente. Os autores classificam a média da autoestima verificada como alta. Destaca-se que o estudo de tais autores foi o único encontrado que utilizou a mesma versão da EAR que este.

Tendo em vista as relações testadas entre a autoestima e as demais variáveis, tem-se que apenas o tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e a realização da cirurgia na mama acometida pela doença obteve uma correlação estatisticamente significativa com a autoestima. Embora Gomes e Silva (2013) não tenham considerado a variável tempo de diagnóstico, encontraram diferenças estatisticamente significantes entre as médias relativas às mulheres que realizaram, ou não, a cirurgia do lado dominante e a reconstrução mamária e uma correlação moderada e positiva entre autoestima e escolaridade (quanto maior o nível de escolaridade, maior a autoestima), o que diverge deste estudo.

A investigação entre o tempo que se passou entre o diagnóstico de câncer e a retirada de parte da mama acometida ou de toda ela enquanto abordagem terapêutica não foi encontrada em outro estudo que abordasse a autoestima de tais mulheres. No entanto, há uma discussão na literatura a respeito do quanto se leva para iniciar o tratamento para o câncer de mama, constatando que há um atraso entre o diagnóstico (ou os primeiros sintomas) e o início efetivo do tratamento (BARROS, UEMURA e MACEDO, 2012; PAIVA E CESSE, 2015; SOUZA et al., 2015). A Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, conhecida como “lei dos 60 dias”, concede, em seu artigo 2º, o direito ao paciente de “se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico . . .”. A Portaria MS/GM 876/13, que regulamenta esta lei, prevê que o primeiro tratamento pode se dar tanto por radioterapia quanto por quimioterapia ou cirurgia.

Atrasos no diagnóstico e no início do tratamento estão associados a pior prognóstico e impacto na sobrevida. Estudo com 1.299 mulheres idosas que tratavam o câncer de mama verificou que estas esperaram, em média, 74,7 dias (desvio padrão de 212,6) para iniciar o tratamento, sendo que mais de 80% das mulheres tiveram até dois meses de intervalo entre o diagnóstico e o tratamento. A pesquisa revelou que o tempo foi significativo para os desfechos de recidiva e metástase (Souza et al., 2015). Paiva e Cesse (2015), em pesquisa com 25 mulheres que iniciaram investigação, foram diagnosticadas e iniciaram o tratamento oncológico em uma unidade hospitalar do estado de Pernambuco, Brasil, constataram que, do início dos sintomas ao efetivo início da terapêutica, levou-se em torno de nove meses, “tempo suficiente para que as mesmas assistam à progressão de sua doença e comprometam os resultados de seu tratamento” (Paiva e Cesse, 2015, p. 27).

Mesmo com a constatação de que, no presente estudo, a maioria das mulheres pesquisadas se submeteu a mais de uma modalidade terapêutica contra o câncer de mama, não é possível

saber, a partir dos dados coletados, com que modalidade se iniciou o tratamento. Além disso, o estadiamento da doença, ao se recorrer à literatura sobre o tema, se revela crucial, inclusive na definição do tratamento, o que pode influenciar no tempo de espera pela abordagem cirúrgica. Pelo o que já foi exposto a respeito tanto dos estágios do câncer de mama, que, em última instância, falam da gravidade da doença, quanto dos esquemas de tratamento, acredita-se que estes podem ter repercussões físicas e psicossociais variadas nas mulheres diagnosticadas e tratadas. Desta maneira, a não obtenção de dados referentes ao estadiamento e ao esquema de tratamento, assim como à realização de reconstrução mamária, foi fator limitante deste estudo. Sugere-se considerar tais informações no projeto maior e em investigações futuras.

Ainda assim, a inferência - que a análise estatística permite fazer - de que quanto menos a mulher espera para ser submetida à cirurgia na mama, mais alto será seu nível de autoestima, remete à trajetória desta mulher até a abordagem cirúrgica. Supõe-se que, independentemente do tratamento, quanto mais este demorar a se iniciar, mais a paciente aguardará pela cirurgia, que pode compor o esquema de tratamento e que, a depender do estadiamento e de outras questões, é definida como a principal modalidade terapêutica (INCA, 2018). Por isto, a discussão sobre a correlação do intervalo de tempo entre o diagnóstico e a realização da cirurgia com a autoestima, que teve correlação significativa, parece não estar dissociada da discussão, em voga, sobre os atrasos no diagnóstico e no tratamento para o câncer de mama.

Dada a complexidade do processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a literatura da recente e ainda escassa problematização e investigação de deficiências neste percurso aponta para responsabilidades individuais e do sistema de saúde, que podem ser pensadas como interdependentes e que implicam em questões como autocuidado, estratégias de rastreamento, capacitação profissional e capacidade de resolutividade dos serviços de saúde. Neste sentido, esta problemática requer um enfrentamento que envolva os diversos atores do processo saúde-doença, incluindo usuários, profissionais, gestores e pesquisadores (BARROS, UEMURA e MACEDO, 2012; PAIVA e CESSE, 2015; SULEIMAN et al., 2017).

Os problemas referentes a diagnóstico e tratamento tardios envolvem, mais que questões práticas, como a deficiência dos serviços e dos níveis de saúde e de questões legais e normativas, outras de caráter subjetivo, como, por exemplo, a percepção das mulheres sobre sua experiência neste contexto (PAIVA e CESSE, 2015). No tocante a estas questões, que são particulares, a abordagem quantitativa, utilizada neste trabalho, mostra-se limitada por não permitir o pesquisador conhecer as experiências individuais.

Ainda sobre o método, o número reduzido da amostra também constitui uma limitação desta pesquisa, o que pode ser refletido, por exemplo, na divergência dos resultados dos testes utilizados para verificarem a normalidade da distribuição para a variável dependente. Ter um número de sujeitos reduzido pode limitar o nível generalização dos resultados e a representatividade da amostra em relação à população em estudo (FERNANDES, MCINTYRE e LEITE, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, quanto menor o tempo que a paciente esperou para ser submetida à cirurgia após o diagnóstico, maior sua autoestima. Ficou evidente a necessidade de outros estudos acerca do impacto da trajetória da mulher até realização do tratamento cirúrgico em dimensões psicossociais, nas quais se inclui a autoestima. Investigar a percepção desta mulher sobre sua vivência neste processo pode contribuir para o entendimento de questões subjetivas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. L. et al. Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, v. 32, n. 2, p. 208-217, abr.-jun. 2017. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/details/1838/avaliacao-precoce-da-qualidade-de-vida-e-autoestima-de-pacientes-mastectomizadas-submetidas-ou-nao-a-reconstrucao-mamaria>>. Acesso em: 08 fev. 2019.
- BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 31-36, mar.-abr. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3077.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRANDEN, N. *Auto-estima: Como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva, 2000.
- DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev. Bras. Cir. Plást.* São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/details/322/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

FERNANDES et. al. Autoestima de mulheres mastectomizadas – aplicação da Escala de Rosenberg. *Rev Rene.*, v. 14, n. 1, p. 101-108, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4730>>. Acesso em 07 dez. 2018.

FERNANDES, S.; MCINTYRE, T.; LEITE, A. Ajustamento psicossocial ao cancro da mama em função do tipo de cirurgia. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 36, n. 2, p. 199-217, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312018000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 184-188, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2018

FREITAS-JUNIOR, R. et al. Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil. *Sao Paulo Med. J.*, São Paulo, v. 128, n. 2, p. 81-84, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2019.

FRIERSON, G.; THIEL, D. L.; ANDERSEN, B. L. Body change stress for women with breast cancer: the breast-impact of treatment scale. *Ann Behav Med*, v. 32, p. 77–81, 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150736/>>. Acesso em 07 dez. 2018.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 509-516, abr.-jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18. jan. 2019.

HUTZ, C. S. *Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg*. Manuscrito não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

HUTZ, C.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, abr. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E Estatística - IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. *Câncer de mama: é preciso falar disso*. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. *Tratamento para o câncer de mama*. 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento>. Acesso em: 08 fev. 19.

MEURER, S.T. et al. Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motri., Vila Real*, v. 8, n. 4, p. 5-15, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2018.

NASCIMENTO, S. L. et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 248-255, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2019.

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v.61, n.1, p.23-30, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf>. Acesso em 08 fev. 2019.

PRATES, A. C. L. et al. Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 175-183, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000400175&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

ROSA, L. M.; RADUNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 713-721, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SABINO NETO, M. et al. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 556-561, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SELIGMAN, M. E. P. *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Tradução de Cristina Paixão Lopes. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SULEIMAN, Nader Nazir et al. Panorama do câncer de mama em mulheres no norte do Tocantins - Brasil. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 316-322, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000400316&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

SOUSA, E. et. al. Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao

Tratamento do Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, n. 3, p. 409-417, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/11-artigo-funcionalidade-membro-superior-mulheres-submetidas-tratamento-cancer-mama.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2019.

SOUZA, C. B. et al. Breast cancer: diagnosis-to-treatment waiting times for elderly women at a reference hospital of São Paulo, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3805-3816, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203805&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

TERRA, F. S., MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.; Avaliação da autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada1. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 71-78, jan.-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_10.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP. *O tratamento do câncer de mama*. 1998. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dgineco/tratamento.htm>>. Acesso em 07 dez. 18.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2018.

APÊNDICE I

Escala de Autoestima de Rosenberg- EAR

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesma.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeita comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente.

10. Às vezes eu acho que não presto para nada. (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3)

Concordo (4) Concordo Totalmente