



Contemporânea

Contemporary Journal

Vol. 5 Nº. 8: p. 01-21, 2025

ISSN: 2447-0961

Artigo

AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DE MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA TOTAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

SELF-ESTEEM ASSESSMENT OF WOMEN UNDERGOING TOTAL MASTECTOMY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMÍA TOTAL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

DOI: 10.56083/RCV5N8-079

Receipt of originals: 7/18/2025

Acceptance for publication: 8/8/2025

Karolinne Rodrigues Silva Lemes

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Endereço: Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

E-mail: karolinnerl@ufu.br

Suely Amorim de Araújo

Doutora em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Endereço: Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

E-mail: profasuelyamorim@ufu.br

RESUMO: Introdução: O câncer de mama, pode gerar um impacto na autoestima das mulheres, desencadeado pelo temor de perder um símbolo de feminilidade e sexualidade. Objetivos: Avaliar a autoestima em um grupo de mulheres submetidas a mastectomia total com ou sem linfadenectomia, há pelo menos 6 meses sem tratamento quimioterápico prévio, em um hospital escola localizado na região do Triângulo Mineiro. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa que se baseia na aplicação da Escala de Rosenberg e de um questionário sociodemográfico elaborado pela autora, a pacientes maiores de 18 anos submetidas a mastectomia total há pelo menos 6 meses e que ainda não tenham iniciado o tratamento quimioterápico. Resultados mostraram que, embora muitas mulheres submetidas à mastectomia mantenham níveis



satisfatórios de autoestima, o processo de adoecimento e tratamento é marcado por desafios emocionais significativos. Conclusão: reforça a importância de intervenções integradas e humanizadas, voltadas ao fortalecimento da autoestima e à promoção da saúde mental, ultrapassando a dimensão biomédica do cuidado às mulheres com câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: autoestima, mastectomia, enfermagem, câncer de mama.

ABSTRACT: Introduction: Breast cancer can have an impact on women's self-esteem, triggered by the fear of losing a symbol of femininity and sexuality. Objectives: To assess self-esteem in a group of women who underwent total mastectomy, with or without lymphadenectomy, at least six months without prior chemotherapy treatment, in a teaching hospital located in the Triângulo Mineiro region. Methodology: This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, based on the application of the Rosenberg Self-Esteem Scale and a sociodemographic questionnaire prepared by the author, to patients over 18 years old who underwent total mastectomy at least six months earlier and who had not yet started chemotherapy treatment. Results showed that, although many women who underwent mastectomy maintain satisfactory levels of self-esteem, the process of illness and treatment is marked by significant emotional challenges. Conclusion: This reinforces the importance of integrated and humanized interventions aimed at strengthening self-esteem and promoting mental health, going beyond the biomedical dimension of care for women with breast cancer.

KEYWORDS: self concept, mastectomy, nursing, breast neoplasms.

RESUMEN: Introducción: El cáncer de mama puede generar un impacto en la autoestima de las mujeres, desencadenado por el temor de perder un símbolo de feminidad y sexualidad. Objetivos: Evaluar la autoestima en un grupo de mujeres sometidas a mastectomía total, con o sin linfadenectomía, con al menos seis meses sin tratamiento quimioterápico previo, en un hospital escuela ubicado en la región del Triângulo Mineiro. Metodología: Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo, basado en la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg y de un cuestionario sociodemográfico elaborado por la autora, a pacientes mayores de 18 años sometidas a mastectomía total hace al menos seis meses y que aún no hayan iniciado tratamiento quimioterápico. Resultados mostraron que, aunque muchas mujeres sometidas a mastectomía mantienen niveles satisfactorios de autoestima, el proceso de enfermedad y tratamiento está marcado por importantes desafíos emocionales. Conclusión: Refuerza la importancia de intervenciones integradas y humanizadas, orientadas al fortalecimiento de la



autoestima y a la promoción de la salud mental, superando la dimensión biomédica del cuidado de las mujeres con cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: autoimagen, mastectomía, enfermería, neoplasias de la mama.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

1. Introdução

O câncer de mama apresenta grandes variações morfológicas, moleculares e de resposta clínica (INCA, 2023). O tratamento engloba cirurgias redutoras de risco, incluindo a mastectomia, técnica cirúrgica que pode ser radical (total) ou conservadora (quadrantectomia e tumorectomia) conforme o acometimento neoplásico (Sartori, 2019).

Mulheres submetidas à mastectomia podem vivenciar estresse e alterações na autoestima pelo temor de perder um símbolo de feminilidade e sexualidade, representando desafio à imagem corporal devido à mudança física significativa (Mata et al., 2016). A autoestima, definida como conjunto de impressões, autoavaliações e concepções pessoais sobre si mesmo (Prates et al., 2017), assume especial relevância no diagnóstico de câncer, pois a enfermidade pode desencadear ansiedade, angústia e medo, afetando negativamente a autopercepção e o enfrentamento da doença (Silva & Zago, 2005).

Esta pesquisa utilizou a Escala de Rosenberg para avaliar a autoestima de mulheres submetidas à mastectomia total, com ou sem linfadenectomia e sem quimioterapia, analisando autoconfiança e sentimentos e também aplicou questionário sociodemográfico para caracterizar o perfil das participantes e compreender suas percepções individuais. Os resultados subsidiaram a prática de enfermagem no planejamento de assistência que abrange sintomas emocionais, objetivando diminuir impactos do estresse



através de cuidado que busque a subjetividade no relacionamento com as pacientes.

2. Objetivo Geral

Avaliar a autoestima em um grupo de mulheres submetidas a mastectomia total com ou sem linfadenectomia, há pelo menos 6 meses, sem tratamento quimioterápico, em um hospital escola localizado na região do Triângulo Mineiro.

2.1 Objetivos Específicos

- Analisar o nível de confiança e os sentimentos das mulheres;
- Levantar os principais aspectos abordados na escala de autoestima de Rosenberg;
- Levantar as emoções que surgiram e os sentimentos positivos e negativos após o seu diagnóstico.

3. Metodologia

Trata-se de estudo transversal, descritivo e quantitativo, objetivando avaliar a autoestima de mulheres submetidas à mastectomia sem tratamento quimioterápico prévio, por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg. Adicionalmente, aplicou-se questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora para caracterizar o perfil das participantes e compreender suas percepções individuais.

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Ginecologia de um hospital escola do Triângulo Mineiro, durante o período de espera para consultas. A amostra baseou-se em dados da Unidade de Gestão da Informação Assistencial (UGIA), segundo os quais o hospital executa aproximadamente



109 procedimentos de mastectomia radical com linfadenectomia em um período de seis meses, incluindo códigos CID 04.10.01.005-7 e CID 04.16.12.002-4, sem quimioterapia. Considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obteve-se amostra final de 76 participantes.

Os critérios de inclusão abrangeram mulheres com 18 anos ou mais, diagnóstico clínico e anatomopatológico de câncer de mama em diferentes estadiamentos e tipos, que realizaram tratamento cirúrgico inicial (mastectomia total com ou sem linfadenectomia) e ainda não iniciaram quimioterapia. Foram excluídas pacientes que receberam quimioterapia, com câncer metastático ou recidiva, e mulheres com transtornos psíquicos em acompanhamento por profissionais de saúde mental.

A coleta foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 81870924.7.0000.5152). A inclusão ocorreu após fornecimento de informações relevantes, incluindo direito de recusa, e concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O procedimento foi conduzido individualmente em ambiente reservado, garantindo privacidade e evitando constrangimentos durante o preenchimento dos instrumentos.

Inicialmente, aplicou-se questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora, seguido da Escala de Autoestima de Rosenberg. Esta escala, desenvolvida por Rosenberg (1965) e adaptada para o português por Dini et al. (2004), compõe-se de dez afirmações sobre autoestima e autoaceitação: cinco avaliam percepções positivas e cinco negativas. As respostas seguem formato Likert com quatro opções: "concordo plenamente", "concordo", "discordo" e "discordo plenamente". A pontuação varia de 1 a 4, sendo decrescente nas afirmativas 1, 3, 4 e 7 e crescente nas demais. A classificação final considera autoestima satisfatória ou alta (superior a 31 pontos), média (21-30 pontos) e insatisfatória ou baixa (inferior a 20 pontos).

Para assegurar sigilo, cada participante foi identificada



numericamente, preservando sua identidade. Os formulários foram armazenados pela pesquisadora até a conclusão da pesquisa, sendo posteriormente descartados de forma segura para garantir confidencialidade dos dados.

Os dados foram organizados em planilha no software Microsoft Excel® e, posteriormente, exportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 30.0, para análise estatística. Inicialmente, foi realizada estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos. Algumas variáveis sociodemográficas foram dicotomizadas a fim de otimizar a análise estatística, considerando o tamanho da amostra ($n = 76$). A normalidade das variáveis numéricas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk, não sendo identificadas violações significativas da suposição de normalidade. Para comparação do escore da Escala de Autoestima de Rosenberg entre dois grupos, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes; para comparações envolvendo três ou mais grupos, aplicou-se a análise de variância (ANOVA). Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

4. Resultados

A amostra foi composta por 76 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Para fins de análise, as idades foram organizadas em faixas etárias, conforme descrito na Tabela 1.



Tabela 1. Perfil etário da amostra – Brasil – setembro de 2024 a março de 2025

Faixa etária (anos)	n (%)
31 – 40	8 (11%)
41 – 50	15 (20%)
51 – 60	21 (28%)
61+	32 (42%)
Total	76 (100%)

Fonte: Elaboração própria, 2025.

A maior proporção de participantes (42%) tinha 61 anos ou mais, seguida pelas faixas de 51-60 anos (28%), 41-50 anos (20%) e 31-40 anos (11%). Ao relacionar idades com escores de autoestima, o grupo com autoestima média apresentou idade média de 58,08 anos e o com autoestima satisfatória, 54,37 anos. Mulheres com autoestima mediana apresentaram idade ligeiramente mais avançada, embora a sobreposição dos desvios-padrão (12,493 e 10,791, respectivamente) indique proximidade entre os grupos.

Quanto ao estado civil, 50% eram casadas (38 mulheres), seguidas por solteiras (15; 20%), viúvas (10; 13%), divorciadas (9; 12%) e em união estável (4; 5%). Correlacionando grupos dicotomizados por estado civil com escores da Escala de Rosenberg, o grupo com companheiro(a) (n=41) apresentou média de 30,59 pontos (DP=4,83), enquanto o sem companheiro(a) (n=35) obteve média ligeiramente menor de 29,83 pontos (DP=3,82).

A análise do nível de escolaridade das participantes revelou predominância de níveis educacionais mais baixos, com 31% possuindo ensino fundamental incompleto e 28% ensino médio incompleto. Concluíram o ensino médio 21% das participantes, 10% tinham ensino superior completo e 4% pós-graduação. Apenas 3% finalizaram o ensino fundamental e outros 3% não possuíam escolaridade formal. Em relação à ocupação, 25% das participantes eram aposentadas, 18% desempregadas, 14% afastadas do trabalho e 12% donas de casa. Outras ocupações diversas foram relatadas



por 13% das participantes, com menor frequência.

Quanto à renda familiar, 53% das participantes possuem renda mensal entre R\$ 801,00 e R\$ 3.000,00. Cerca de 20% têm renda entre R\$ 3.001,00 e R\$ 4.000,00, 14% entre R\$ 4.001,00 e R\$ 5.000,00, e 4% relataram renda inferior a R\$ 800,00. Rendimentos acima de R\$ 5.000,00 somaram 9% da amostra.

Analisando a relação entre renda dicotomizada — grupo 1: até R\$ 3.000,00 e grupo 2: acima de R\$ 3.000,00 — e escores da Escala de Rosenberg, o grupo 1 (n=43) apresentou média de 30,00 pontos (DP=4,44; erro padrão=0,68), enquanto o grupo 2 (n=33) obteve média ligeiramente superior de 30,55 pontos (DP=4,35; erro padrão=0,76). Embora a diferença seja pequena, é possível que com maior número de participantes ela se tornasse mais evidente.

Em relação ao perfil religioso, a maior parte se declarou católica (59%). Em seguida, 32% se identificaram como evangélicas, formando o segundo maior grupo religioso. Outras religiões aparecem com menor frequência: espíritas (4%), sem religião (3%), Testemunhas de Jeová (1%) e presbiterianas (1%).

Ao serem questionadas sobre suas atividades de lazer, observou-se diversidade de respostas entre as participantes. Quinze mulheres (20%) relataram não realizar nenhuma atividade recreativa. Entre as mais citadas, destacaram-se a frequência à academia (n=12; 16%) e assistir a filmes e séries (n=9; 12%). Outras atividades incluíram artesanato e caminhada (n=7; 9%), esportes e passeios (n=5; 7% cada), além de prática de atividade física não especificada (n=4; 5%) e outras atividades diversas mencionadas por 12 participantes (15%), evidenciando variação individual nas escolhas de lazer.

Quanto à frequência das relações sociais, 39% das participantes relataram mantê-las muito frequentemente, 34% frequentemente, 16% raramente e 11% eventualmente, não havendo registros de participantes



que nunca se relacionam socialmente.

Em relação à satisfação com a vida sexual, observou-se distribuição variada: 33% das mulheres declararam estar “nada satisfeitas”, 9% “pouco satisfeitas”, 25% “moderadamente satisfeitas”, 17% “muito satisfeitas” e 15% “completamente satisfeitas”. No que diz respeito ao grau de autoaceitação das participantes, revelou que a maioria se considera extremamente autoaceita (37%), seguida por aquelas com autoaceitação moderada (25%) e considerável (20%). Em contraste, 14% relataram baixa autoaceitação, e 4% afirmaram não se aceitar de forma alguma.

Nesse contexto, a partir da leitura e análise dos questionários, foi possível identificar categorias que representam os sentimentos vivenciados pelas participantes, sendo as principais categorias identificadas: Impacto emocional no momento do diagnóstico e Sentimentos relacionados à autoimagem, esta última subdividida em duas subcategorias: Valorização pessoal e Desvalorização pessoal.

A análise descritiva dos escores obtidos na Escala de Autoestima de Rosenberg revelou uma média geral de 30,24 pontos ($\pm 0,50$ erro-padrão), com intervalo de confiança de 95% variando entre 29,24 e 31,24 pontos. Obteve-se variação de valores de um mínimo de 22 a um máximo de 40 pontos. Dessa forma, tem-se que, entre as 76 participantes avaliadas, a distribuição dos escores foi equilibrada entre as classificações “Média” e “Satisfatória ou Alta” e não houve correspondência para a classificação “Insatisfatória ou Baixa” (tabela 2). Ambas as categorias mencionadas apresentaram frequência absoluta de 38 participantes, correspondendo a 50% da amostra cada. Esses resultados sugerem que, no grupo estudado, a autoestima encontra-se predominantemente preservada, situando entre níveis medianos e satisfatórios.



Tabela 2. Escala de Rosenberg

Classificação	n (%)
Insatisfatória ou baixa	0 (0%)
Média	38 (50%)
Satisfatória ou alta	38 (50%)
Total	76 (100%)
Classificação	n (%)

Fonte: Elaboração própria, 2025.

4. Discussão

A faixa etária encontrada nas mulheres corrobora com outros estudos que indicam a idade como um fator de risco relevante para o câncer de mama, especialmente com o aumento das taxas a partir dos 50 anos (Haddad et al., 2015; Magalhães et al., 2017; Vassilievitch et. al., 2020; Rocha et. al., 2020). Quanto ao estado civil, predominam mulheres casadas, sugerindo que a presença de companheiro favorece maior suporte social, otimismo e qualidade de vida, atenuando impactos psicossociais do diagnóstico (Haddad et al., 2015). Desse modo, esse apoio pode contribuir para amenizar os impactos psicossociais decorrentes do diagnóstico. Contudo, o estado conjugal não constitui fator de risco para a neoplasia (Haddad et al., 2015; Magalhães et al., 2017).

Quanto à ocupação, 25% das participantes declararam-se aposentadas, com predominância de baixos níveis educacionais, consonante com a literatura. A baixa escolaridade constitui fator de risco para diversos processos de saúde-doença, incluindo neoplasias (Haddad et al., 2015; Magalhães et al., 2017), sendo frequentemente associada a condições socioeconômicas desfavoráveis que impactam negativamente na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Condições econômicas favoráveis, incluindo acesso a planos de saúde, associam-se a maior sobrevida e menores índices de diagnóstico tardio e mortalidade por câncer de mama (Haddad et al., 2015). Baixos níveis



educacionais reduzem significativamente o acesso a exames clínicos e mamografia, favorecendo diagnósticos tardios e aumentando a mortalidade (Haddad et al., 2015). Assim, embora o câncer de mama afete todas as mulheres, seus impactos são mais intensos naquelas em maior vulnerabilidade socioeconômica (Vassilievitch et. al., 2020).

A predominância da religião Católica entre pacientes oncológicas é recorrente na literatura. A religiosidade constitui estratégia de enfrentamento importante, compreendida como recurso para lidar com situações estressoras mediante conexão com Deus ou entidade superior (Vassilievitch et. al., 2020). Pode manifestar-se positivamente, fortalecendo confiança espiritual e proporcionando conforto, ou negativamente, envolvendo conflitos internos relacionados à fé. Durante o tratamento oncológico, é comum que pacientes enfrentem angústia espiritual, tornando a espiritualidade aspecto relevante do cuidado (Magalhães et al., 2017). Assim, profissionais de enfermagem devem estar preparados para oferecer suporte adequado, considerando necessidades espirituais como parte integral da assistência à mulher com câncer de mama.

A avaliação da participação em atividades de lazer revelou que 20% das mulheres não realizavam nenhuma atividade desse tipo, conforme também indicado por Sales et al. (2001). A maioria relatou frequentar academia (12%) ou praticar outras atividades físicas e esportivas (14%) como formas de lazer. Esse dado é relevante, pois a melhora na qualidade de vida pós-câncer de mama associa-se à prática de exercícios físicos, especialmente quando supervisionados por profissionais especializados, proporcionando benefícios nas esferas física, social, ambiental e psicológica (Macêdo et al., 2011).

No que se refere à avaliação das relações sociais, observa-se que uma parcela significativa das mulheres (16%) relatou mantê-las apenas raramente. Esse dado pode relacionar-se ao estigma associado ao câncer de mama, especialmente devido às alterações corporais decorrentes do



tratamento, que comprometem a autoestima e dificultam a interação social (Da Silva et. al., 2012). Em uma sociedade que valoriza a aparência física como símbolo de beleza, desvios dos padrões estéticos convencionais geram sentimentos de exclusão. A mama, por seu papel simbólico ligado à feminilidade e sexualidade, torna o câncer ainda mais temido.

Quanto às relações sexuais, a maioria das mulheres (33%) declarou estar "nada satisfeita". Estudos indicam que cerca de 60% das mulheres interrompem as relações sexuais durante algum momento do tratamento (Santos et. al., 2016), sugerindo dificuldades de ajustamento à nova realidade pós-diagnóstico e início do tratamento oncológico (Santos et. al., 2016), além de impactos emocionais e físicos que comprometem significativamente a qualidade de vida. Fatores como estresse emocional, dor, fadiga, alterações na imagem corporal e baixa autoestima podem desorganizar o funcionamento sexual, refletindo amplamente no bem-estar físico, psicológico e relacional da mulher (Nápoli et. al., 2008).

Desse modo, quando realizada a análise qualitativa, quatro categorias surgiram: Impacto emocional no momento do diagnóstico, Sentimentos relacionados à autoimagem, Valorização pessoal, Desvalorização pessoal.

Impacto emocional no momento do diagnóstico

Os relatos das participantes evidenciaram ampla variedade de sentimentos ante o diagnóstico, oscilando entre tranquilidade, alívio, esperança e fé até sentimentos intensos de medo, desespero e percepção de finitude. Essa percepção de finitude pode ser intensificada pela forma como o câncer de mama é compreendido pelas mulheres. Em muitos casos, a enfermidade é percebida como condição devastadora que compromete profundamente a existência e associa-se fortemente à ideia de morte (Barros et al., 2018). A falta de conhecimento sobre estágio tumoral, possibilidades de tratamento e chances de recuperação da qualidade de vida contribui para o abalo emocional, alimentando sentimentos pessimistas, reduzindo esperança e favorecendo a crença de esgotamento temporal, intensificando



o medo da morte (Barros et al., 2018).

Essas vivências refletem a diversidade de estratégias emocionais utilizadas pelas mulheres para lidar com a descoberta da doença, sendo influenciadas por fatores individuais, sociais e espirituais. Nesse cenário, a descoberta do câncer desencadeia, de forma imediata, uma intensa reação emocional, impactada pelo contexto sociocultural em que a mulher está inserida. Tal contexto exerce influência direta sobre seus comportamentos e atitudes diante da doença (Barros et al., 2018).

De acordo com Silva et. al., (2017), o sofrimento psíquico está presente desde o momento do diagnóstico e pode apresentar variações em sua intensidade ao longo do tempo, dependendo da capacidade individual de enfrentamento de cada mulher acometida pelo câncer de mama. Além dos sentimentos já mencionados, outras emoções também foram citadas pelas participantes, como desespero, raiva, inquietação, tristeza, angústia, ansiedade, frustração e medo. Algumas falas ilustram essa diversidade de vivências:

“Me senti tranquila pela retirada do tumor” (Entrevistada nº 01)

“Senti um alívio por descobrir a causa dos sintomas” (Entrevistada nº 21)

“Meu sentimento foi de que recebi uma sentença de morte” (Entrevistada nº 43)

Sentimentos relacionados à autoimagem

Dentre os aspectos abordados pelas participantes, os sentimentos relacionados à autoimagem ocuparam papel central na construção subjetiva da experiência com o câncer de mama. Essa categoria contempla percepções pessoais sobre si mesmas que foram reveladas ao longo das respostas aos questionários e se desdobram em duas subcategorias distintas: Valorização pessoal e Desvalorização pessoal. A seguir, são apresentados os resultados referentes a cada uma dessas dimensões.

Valorização pessoal



Quanto à autoimagem, predominaram percepções positivas. A autoestima vincula-se aos aspectos físicos e psicológicos, evidenciando a relevância de manter percepção positiva de si mesmo (Silva et al., 2021). As participantes expressaram valorização pessoal, destacando fé, força interior, otimismo e capacidade de superação.

É importante destacar que, embora a mastectomia possa ser traumática, algumas mulheres a vivenciam positivamente, demonstrando adaptação e ressignificação (Silva et. al., 2025). A retirada da mama não compromete necessariamente feminilidade ou sexualidade, pois as participantes constroem novas formas de autopercepção, fortalecendo identidade e autoestima. A mastectomia pode tornar-se catalisador para mudanças construtivas no enfrentamento do tratamento e reconstrução emocional (Silva et. al., 2025).

Os relatos mais recorrentes mencionaram qualidades como força, fé, alegria, resiliência, coragem, otimismo, positividade, dedicação, gentileza e capacidade de cuidar. Termos como “guerreira”, “vitoriosa”, “realizada”, “determinada” e “feliz” também foram frequentemente utilizados, como demonstrado a seguir:

“Sou uma pessoa guerreira, forte, feliz e de fé” (Entrevistada nº 40)

“Sou forte e vencedora, dona de mim, independente, eu me amo” (Entrevistada nº 57)

“Me considero realizada e feliz (Entrevistada nº 41)”

Muitas participantes destacaram a espiritualidade como elemento central em sua percepção positiva, com a fé associada à confiança na cura e ao enfrentamento otimista das dificuldades. É essencial que profissionais de saúde compreendam os significados da religiosidade para essas pacientes, orientando práticas de cuidado mais empáticas e sensíveis às demandas emocionais (Moura et. al., 2010). Essa abordagem contribui para desconstruir sentimentos negativos e fortalecer a capacidade de enfrentamento. A espiritualidade apresenta-se como parte indissociável da



saúde integral, funcionando como pilar de equilíbrio emocional, conforme demonstrado a seguir:

“Sou uma pessoa de Deus” (Entrevistada nº 11)

“Me acho forte, perseverante e cheia de fé” (Entrevistada nº 61)

“Sou de muita fé e otimista” (Entrevistada nº 75)

Ademais, qualidades como ser trabalhadora, amável, empática, proativa e solidária também foram mencionadas, reforçando um senso de propósito e contribuição para o outro:

“Sou muito pró-ativa, me sinto bem ajudando o outro” (Entrevistada nº 15)

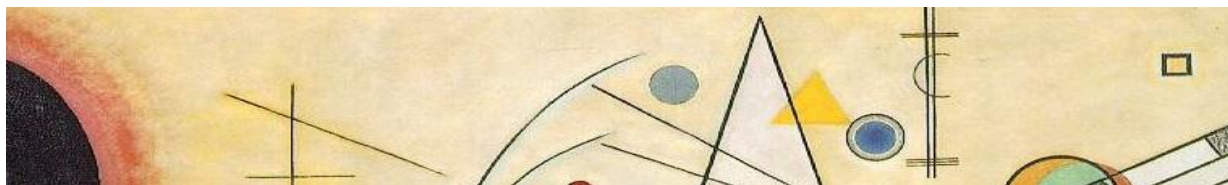
“Me considero uma boa amiga, mãe e esposa. Sou empática e sempre gosto de ajudar o próximo” (Entrevista nº 45)

Desvalorização pessoal

Apesar da predominância de sentimentos positivos, 65 participantes (85,5%) expressaram emoções negativas sobre si mesmas, enquanto 11 (14,5%) não apresentaram tais sentimentos. Desse modo, a mastectomia tende a impactar negativamente a percepção da aparência, sendo vivenciada como grande desafio e desencadeando desvalorização pessoal. Os relatos revelam profundo impacto emocional da mastectomia, reforçando que a retirada da mama representa não apenas intervenção física, mas abalo significativo na identidade e autoestima feminina (Moura et. al, 2010). Ansiedade, medo, insegurança e baixa autoestima emergem como manifestações de sofrimento subjetivo que transcende o enfrentamento do câncer, refletindo como a experiência altera negativamente a autopercepção (Moura et. al, 2010; Silva et. al, 2025).

Desse modo, ao serem questionadas sobre sentimentos negativos em relação a si mesmas, destacou-se a ansiedade (n=12; 15,8%), aparecendo isoladamente ou associada a outros estados como impaciência, estresse ou compulsividade, conforme observado abaixo:

“Eu quero ter tudo a tempo e na hora” (Entrevistada nº 7)



“Racionalidade em excesso, irritabilidade, impaciência e ansiedade”
(Entrevistada nº 17)

“Sou muito nervosa, agitada, imediatista e compulsiva” (Entrevistada nº 18)

“Sou ansiosa, sofro por antecipação, fico muito estressada”
(Entrevistada nº 65)

“Sou ranzinza, muito estressada, tenho vontade de deixar tudo e ir embora” (Entrevistada nº 69)

Mulheres submetidas à mastectomia frequentemente vivenciam a perda da mama como afronta à feminilidade e integridade corporal, comprometendo autoestima e gerando inadequação, inferioridade e isolamento (Silva et. al, 2025).

Outros sentimentos recorrentes incluíram medo (5 participantes; 6,6%), insegurança (4; 5,3%) e baixa autoestima (3; 3,9%). Também foram mencionados tristeza, fraqueza, vergonha do corpo, desânimo, pessimismo, irritabilidade, angústia e preocupação excessiva:

“Não gosto da minha aparência, sou chata, ninguém gosta de mim, acho que os outros querem se livrar de mim” (Entrevistada nº 31)

“Muita preocupação com a doença” (Entrevistada nº 67)

“Tenho vergonha do meu corpo” (Entrevistada nº 35)

Esses achados concordam com a literatura, que aponta a mastectomia como evento gerador de importantes repercussões psicológicas (Moura et. al, 2010). A ansiedade, mencionada por boa parte das participantes, ocupa lugar central nessa constelação emocional, surgindo pela preocupação com a saúde, incerteza quanto ao futuro, percepção de perda de controle e mudanças no cotidiano e relacionamentos (Silva et. al., 2025).

Houve ainda relatos mais complexos, como dificuldades em se expressar emocionalmente, autocrítica intensa, transtorno de imagem corporal, sentimentos de culpa e até pensamentos sobre morte. Algumas participantes relataram vivências ligadas ao contexto familiar, como



sentimento de abandono, saudade dos filhos ou desgosto familiar.

“Me acho muito fechada” (Entrevistada nº 55)

“Sou muito autocrítica, introspectiva, me acho arrogante e egoísta”
(Entrevistada nº 33)

“As vezes penso em separar, mas não sei como vai ser eu sozinha, filhos, netos, etc” (Entrevistada nº 30)

“Me sinto ingênua, aceito em silêncio situações que me entristece”
(Entrevistada nº 28)

“Tenho mais medo de acontecer algo com os meus filhos, penso neles mais do que em mim mesma” (Entrevistada nº 54)

“Penso em morrer e deixar minha família” (Entrevistada nº 71)

A literatura corrobora que o impacto da mastectomia é potencializado pela ausência de suporte psicológico adequado (Moura et. al, 2010). A falta de espaços acolhedores para expressão emocional e a carência de intervenções para reconstrução da autoestima contribuem para agravar sentimentos negativos como tristeza, vergonha corporal e sensação de rejeição (Moura et. al, 2010; Silva et. al, 2025).

Nesse contexto, os achados da Escala de Autoestima de Rosenberg indicaram autoestima predominantemente preservada no grupo investigado, com escores variando de 22 a 40 pontos e média de 30,24. A distribuição equitativa entre classificações "Média" e "Satisfatória ou Alta" reforça que nenhuma participante apresentou nível "Insatisfatório ou Baixo", sugerindo autopercepção positiva.

Esse resultado reflete como as mulheres se avaliam e reconhecem o próprio valor em relação aos outros, associando-se a crescimento pessoal, autoconhecimento e clareza sobre capacidades e prioridades (Fernandes et. al., 2013). Tais fatores contribuem para o orgulho das conquistas e postura mais resiliente diante de desafios.

No contexto da perda mamária, esse padrão de autoestima pode relacionar-se à adoção de estratégias de adaptação e equilíbrio emocional,



envolvendo mudanças no estilo de vida, pensamento e relação corporal. A harmonia entre corpo e mente emerge como elemento central na preservação da saúde emocional e manutenção da autoestima (Fernandes et. al., 2013).

Diante disso, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, no apoio contínuo a essas mulheres (Fernandes et. al., 2013). A valorização de sentimentos, conflitos físicos, psíquicos e sociais, além do incentivo ao autoconhecimento, são essenciais para construir mecanismos de aceitação e sustentar o melhor estado psíquico possível.

5. Conclusão

O presente estudo mostrou que a mama, por seu forte simbolismo ligado à feminilidade e à sexualidade, contribui para que o câncer seja percebido com maior temor. Os resultados reforçam que, embora muitas mulheres submetidas à mastectomia mantenham níveis satisfatórios de autoestima, o processo de adoecimento e tratamento é permeado por desafios emocionais relevantes, que vão desde alterações na imagem corporal até sentimentos de ansiedade, medo, insegurança, desânimo e vergonha. A capacidade de resignificação, frequentemente apoiada na espiritualidade, no suporte social e em estratégias de enfrentamento positivas, mostrou-se essencial para a preservação do equilíbrio emocional e de uma percepção positiva de si mesma.

Referências

ABC da mastologia. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021.

ALVARES, Rafaella Bortolassi *et al.* Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 3, 4 maio 2018.



ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 669–679, 2003.

BARROS, Ana Elisa De Sousa *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 102, 1 jan. 2018.

COSTA, P.; LEITE, R. D. C. B. D. O. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355–364, 31 dez. 2009.

DA SILVA, Sílvio Eder Dias *et al.* Câncer de mama uma doença temida: Representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 2, p. 451-463, 2012.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg . **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2004; 19 (1): 41-52

E SILVA, Felipe Santana; MILANEZ OLIVEIRA, Francisco Braz; BRASIL DOS PRAZERES, Amanda da Silva. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2533–2540, 2017. DOI: 10.5205/1981-8963-v11i6a23421p2533-2540-2017.

Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 11 ago. 2023

FERNANDES, Marcela Marques Jucá *et al.* Autoestima de mulheres mastectomizadas–aplicação da escala de Rosenberg. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 101-108, 2013.

HADDAD, Natalia C.; CARVALHO, Ana C. De A.; NOVAES, Cristiane De O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 0, 31 ago. 2015.

MACÊDO, Giane Dantas de *et al.* INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 13–18, 2010.



MAGALHÃES, Gabriela *et al.* Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 473–479, 11 abr. 2017.

MATA, Luciana Regina Ferreira Da *et al.* Autoestima e distress em indivíduos submetidos a cirurgias oncológicas: estudo correlacional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 4, p. 664–74, 30 dez. 2016.

MOURA, Fernanda Maria De Jesus Sousa De Pires *et al.* Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 477–484, set. 2010.

PRATES, Ana Carolina Lagos *et al.* Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 4, p. 175–183, 1 abr. 2017.

ROCHA, Marina Elias *et al.* Câncer de mama: caracterização quanto a idade e aos aspectos tumorais (tipo de tumor e extensão). **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2375–2387, 2020.

SALES, Cibele Alves Chapadeiro Castro *et al.* Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263–272, 28 set. 2001.

SANTOS, Daniela Barsotti *et al.* Interrupção e Retomada da Vida Sexual após o Câncer de Mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, 2016.

SANTOS, Lucas Nápoli dos *et al.* Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 02-19, jun. 2008.

SARTORI, Ana Clara N.; BASSO, Caroline S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. **Perspectiva, Erechim**, v. 43, p. 161, 2019.

SILVA, João Felipe Tinto *et al.* Repercussões da mastectomia na autoimagem e na vida sexual das mulheres. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e53910817654, 17 jul. 2021.

SILVA, Mariana Pereira Barbosa *et al.* Impactos psicológicos da mastectomia em idosas com câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e17402023, mar. 2025.



SILVA, V. C. E. D.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 476–480, ago. 2005.

VASSILIEVITCH, Andressa Cabral *et al.* O Perfil Sociodemográfico e Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama Após Tratamento com Quimioterapia. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, p. 139–155, 16 ago. 2020.