

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

NATHÁLIA SILVA GOMES

**AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À
CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA HÁ PELO MENOS UM ANO**

UBERABA (MG)

2011

NATHÁLIA SILVA GOMES

**AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À
CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA HÁ PELO MENOS UM ANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

UBERABA (MG)

2011

Catálogo na fonte:
Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Gomes, Nathália Silva

G625a Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano / Nathália Silva Gomes. -- 2011
81f.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2011.
Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva

1. Mastectomia. 2. Auto-imagem. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde da Mulher. I. Silva, Sueli Riul da. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 618.19-089.87

NATHÁLIA SILVA GOMES

**AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À
CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA HÁ PELO MENOS UM ANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

Uberaba (MG), ____ de _____ de _____.

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Universidade Estadual de Campinas

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Sei que está sempre presente em minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sueli Riul da Silva, pelos ensinamentos, paciência, carinho e atenção. Espero ter retribuído à altura.

Aos professores do PPGAS, em especial ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas, pelas sugestões e auxílio na interpretação dos dados.

Às professoras, Elizabeth Barichello e Cibele A. Chapadeiro de C. Sales, pelas sugestões e contribuições no projeto.

À Profa. Me. Bibiane Dias Miranda Parreira, pelo grande auxílio no treinamento didático.

Aos meus colegas de mestrado, pela convivência. Vocês deixarão saudades.

Às minhas amigas Fernanda Marçal e Juliana Gonçalves Silva de Mattos pela amizade, carinho, atenção, auxílio e ensinamentos.

Ao REUNI, pelo apoio financeiro.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Maria Aparecida Bizinotto Rezende, pela disponibilidade e auxílio.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela oportunidade.

Às mulheres, pela participação, carinho e exemplo de vida. Aprendi muito com vocês!

A todos que de alguma forma colaboraram para elaboração deste estudo.

RESUMO

GOMES, N. S. **Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano.** 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2011.

Introdução: atualmente, no Brasil, o câncer (CA) de mama é um problema de saúde pública, por constituir-se a neoplasia mais comum no sexo feminino, à exceção do CA de pele não melanoma. A confirmação diagnóstica provoca na mulher uma nova identidade, pois a mama é considerada símbolo da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida. Quando há ameaça de perda deste órgão, a mulher, independente de sua faixa etária, sente que sua identidade feminina está sendo questionada, bem como sua capacidade para a amamentação e sensualidade. Provoca, desta maneira, alterações emocionais como nervosismo, irritação, incerteza e conflitos, além de mudanças no autoconceito e na imagem corporal. **Objetivo:** analisar a autoestima e a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, em um hospital de clínicas, há pelo menos um ano. **Metodologia:** estudo observacional transversal com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos: o primeiro contendo questões relativas aos dados sociodemográficos e clínicos; posteriormente, para avaliação da autoestima (AE), foi aplicada a Escala de Rosenberg e, em seguida, para avaliação da qualidade de vida (QV), a versão abreviada em português do instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-*brief*. **Resultados:** participaram do estudo 37 mulheres, destas, a maior parte tinha entre 41 e 50 anos; era casada; católica; com baixa escolaridade; dentre as que trabalhavam, a maioria não havia retornado ao trabalho e a renda familiar era, em média, R\$ 1.646,49. Quanto aos aspectos clínicos, a maior parte realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo (tempo médio de realização desta 31,7 meses) e fizeram tratamentos complementares, principalmente a hormonioterapia. Com relação à AE, a média foi de 30,32, equivalente a autoestima média, e alfa de *Cronbach* de 0,77. Observou-se correlação moderada e positiva entre a AE e a escolaridade. Em relação à qualidade de vida, o domínio mais afetado foi o ambiental, seguido pelos domínios físico, psicológico e social. Quando analisada a relação da QV com as variáveis

sociodemográficas e clínicas, identificou-se correlação somente entre o domínio social e a renda familiar e entre o domínio ambiental e a idade (ambos os casos com correlação positiva e moderada). Além disto, constatou-se uma correlação moderada entre a AE e o domínio ambiental e correlação forte entre a AE e os domínios físico e psicológico. **Conclusão:** apesar de decorrido de um a três anos do procedimento cirúrgico, as mulheres ainda demonstram sentimentos de menos valia em relação a si próprias (AE média) e limitações físicas e financeiras, principalmente, que impactam em sua QV (confirmado pela média de QV nos domínios: 58,8 pontos). Embora haja particularidades entre elas, há certas características em comum que permitem a atuação do profissional de saúde de forma precoce e preventiva, visando diminuir as repercussões do CA na vida da mulher.

Palavras-chave: Auto-Imagem. Saúde da Mulher. Qualidade de Vida. Enfermagem.

ABSTRACT

GOMES, N. S. **Self-esteem and quality of life of women undergoing breast cancer surgery at least one year ago.** 2011. 81 f. Dissertation (Master's degree on Health Care) – Federal University of the Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2011.

Introduction: currently, in Brazil, breast cancer is a public health problem. It represents the most common neoplasm in females, except for non-melanoma skin cancer. Diagnostic confirmation causes in women, a new identity, because the breast is considered a symbol of bodily beauty, fertility, femininity and health, in all stages of life. When there is a threat of losing this organ, women, regardless of their age, feel like their identity is being questioned, as well as their ability to breastfeed and their sensuality. It causes, thus, emotional changes such as nervousness, irritation, uncertainty and conflict, besides the modifications in self-concept and body image.

Objective: to examine self-esteem and quality of life of women who were submitted to breast cancer surgery, at least one year ago, in a hospital. **Methodology:** cross-sectional observational study with quantitative approach. For data collection, three instruments were used: the first containing questions about sociodemographic and clinical data, posteriorly, the Rosenberg scale was applied to assess self-esteem, and then, to evaluate the quality of life, the Portuguese abbreviated version of the instrument Assessment of Quality of Life of the World Health Organization, the WHOQOL-bref was used. **Results:** 37 women participated in the study, most aged between 41 and 50 years, were married, catholic, and had low education; among workers, most had not returned to work yet, and family income was, an average, of R\$ 1,646.49 per month. Regarding clinical aspects, most were submitted to conservative surgery performed on the left side (the average time length since the procedure was done was 31.7 months) and received complementary treatments, mainly the hormone therapy. Concerning self-esteem, the average was 30.32, equivalent to an average self-esteem, and Cronbach's alpha of 0.77. There was moderate and positive correlation between self-esteem and education level. In relation to the quality of life, the most affected domain was the environment, followed by physical, psychological and social domains. When the relation between quality of life, sociodemographic and clinical variables is analyzed, it was only identified a correlation between the social domain and family income and between environmental domain and age (both cases with moderate positive correlations). In addition, there

was a moderate correlation between the self-esteem and the environmental domain and strong correlation between the self-esteem and the physical and psychological domains. A statistically significant relationship between the social domain and family income was observed, as well as between the environmental domain and age. In addition, there was a strong correlation between self-esteem and the physical and psychological domains. **Conclusion:** despite the lapse from one to three years since surgery, women still show feelings of worthlessness (self-esteem average) and have financial and physical limitations, mainly, that impact on their quality of life (confirmed by the average quality of life in the domains: 58.8 points). Although there are peculiarities among them, there are certain common characteristics that allow the performance of the health professional in a precocious and preventive way, aiming to reduce the impact of cancer in women's lives.

Key-words: Self Concept. Women's Health. Quality of Life. Nursing.

RESUMEN

GOMES, N. S. **Autoestima y calidad de vida de mujeres que se someten a cirugía de cáncer de mama hace por lo menos un año.** 2011. 81 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2011.

Introducción: actualmente, en Brasil, el cáncer (CA) de la mama es un problema de salud pública, ya que representa la neoplasia más común en las mujeres, a excepción del CA de piel no melanoma. La confirmación del diagnóstico provoca en las mujeres una nueva identidad, porque la mama es considerada un símbolo de la belleza corporal, fertilidad, feminidad y salud en todas las etapas de la vida. Cuando hay amenaza de la pérdida de esta parte del cuerpo, la mujer, independientemente de su edad, siente que su identidad femenina está siendo cuestionada, así como su capacidad para amamantar y la sensualidad. Provoca, de esta manera, cambios emocionales, tales como nerviosismo, enojo, incertidumbre y conflicto y cambios en el autoconcepto y en la imagen corporal. **Objetivo:** analizar la autoestima y la calidad de vida de las mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama en un hospital de clínicas hace por lo menos un año. **Metodología:** estudio transversal observacional con enfoque cuantitativo. Para la recolección de datos, hemos utilizado tres instrumentos: las primeras preguntas con informaciones sobre datos sociodemográficos y clínicos; después, para evaluar la autoestima, se aplicó la escala Rosenberg; luego para evaluar la calidad de vida, se aplicó la versión abreviada en portugués del instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, el WHOQOL-*bref*. **Resultados:** 37 mujeres participaron en el estudio, de estas, la mayoría tenía entre 41 y 50 años; era casada; católica; con bajo nivel educativo; entre las que trabajan, la mayoría no había vuelto al trabajo y el ingreso familiar era, en promedio, R\$ 1,646.49. En cuanto a los aspectos clínicos, la mayoría realizó cirugía conservadora en el lado izquierdo (duración media de 31,7 meses de este) y los tratamientos complementarios, especialmente la terapia hormonal. En lo que respecta a la autoestima, el promedio fue de 30,32, equivalente al promedio de la autoestima y el alfa de *Cronbach* de 0,77. Se observó una correlación moderada y positiva entre la autoestima y la educación. En cuanto a la calidad de vida, la zona más afectada fue el medio ambiente, seguida de la física, psicológica y social. Cuando analizada la relación de

la calidad de vida con las variables sociodemográficas y clínicas, sólo se identificó una correlación entre los grupos sociales y los ingresos y entre el medio ambiente y la edad (ambos casos con moderada correlación positiva). Además, hubo una correlación moderada entre la autoestima y el medio ambiente y una correlación fuerte entre la AE y la zona física y psicológica. Hubo una relación estadísticamente significativa entre el ingreso familiar y social, y entre dominio ambiental y la edad. Además, se observó una fuerte correlación entre la autoestima y el bienestar físico y psicológico. **Conclusión:** a pesar del lapso de uno a tres años de la cirugía, las mujeres muestran sentimientos de inferioridad en relación a sí mismas (autoestima promedio) y limitaciones financieras y físicas, principalmente, que impactan su calidad de vida (confirmada por la calidad de vida promedio en los dominios: 58,8 puntos). Aunque existen peculiaridades entre ellas, hay ciertas características comunes que permiten el desempeño del profesional de salud de modo temprano y preventivo, con el objetivo de reducir el impacto de CA en la vida de las mujeres.

Palabras-clave: Autoimagen. Salud de la Mujer. Calidad de Vida. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Respostas do questionário WHOQOL- <i>bref</i> referente ao domínio social.....	46
Quadro 2	Respostas do questionário WHOQOL- <i>bref</i> referente ao domínio psicológico.....	47
Quadro 3	Respostas do questionário WHOQOL- <i>bref</i> referente ao domínio físico.....	48
Quadro 4	Respostas do questionário WHOQOL- <i>bref</i> referente ao domínio ambiental.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.....	34
Tabela 2	Caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.....	36
Tabela 3	Distribuição das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama segundo as respostas das afirmativas referentes à autoestima.....	38
Tabela 4	Classificação da autoestima conforme pontos de corte.....	39
Tabela 5	Correlação de <i>Pearson</i> entre autoestima e variáveis sociodemográficas e clínicas.....	40
Tabela 6	Avaliação da autoestima conforme variáveis qualitativas....	41
Tabela 7	Avaliação da autoestima conforme variáveis qualitativas....	43
Tabela 8	Avaliação da qualidade de vida conforme domínios do WHOQOL- <i>bref</i>	45
Tabela 9	Correlação de <i>Pearson</i> entre domínio físico e variáveis sociodemográficas e clínicas.....	52
Tabela 10	Correlação de <i>Pearson</i> entre domínio psicológico e variáveis sociodemográficas e clínicas.....	52
Tabela 11	Correlação de <i>Pearson</i> entre domínio social e variáveis sociodemográficas e clínicas.....	53
Tabela 12	Correlação de <i>Pearson</i> entre domínio ambiental e variáveis sociodemográficas e clínicas.....	54
Tabela 13	Avaliação do domínio físico conforme variáveis qualitativas	55
Tabela 14	Avaliação do domínio psicológico conforme variáveis qualitativas.....	56
Tabela 15	Avaliação do domínio social conforme variáveis qualitativas.....	57
Tabela 16	Avaliação do domínio ambiental conforme variáveis qualitativas.....	58
Tabela 17	Correlação de <i>Pearson</i> entre qualidade de vida e autoestima.....	59

LISTA DE SIGLAS

AE - Autoestima

AEM - Autoexame das mamas

CA - Câncer

ECM - Exame clínico das mamas

MMG - Mamografia

QT - Quimioterapia

QV - Qualidade de vida

RM - Ressonância magnética

RT - Radioterapia

USG - Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	O CÂNCER DE MAMA.....	16
1.1.1	Tratamentos.....	18
1.2	AUTOESTIMA.....	21
1.3	QUALIDADE DE VIDA.....	23
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	28
3.2	SELEÇÃO DOS SUJEITOS E CASUÍSTICA.....	28
3.2.1	Crítérios de inclusão.....	28
3.2.2	Crítérios de exclusão.....	28
3.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	29
3.3.1	Instrumentos.....	29
3.3.2	Variáveis do estudo.....	30
3.3.2.1	<i>Sociodemográficas e clínicas.....</i>	30
3.3.2.2	<i>Autoestima.....</i>	30
3.3.2.3	<i>Qualidade de vida.....</i>	31
3.3.3	Coleta de dados.....	31
3.4	CONTROLE DE QUALIDADE.....	32
3.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	32
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.6.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO.....	34
4.2	AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AUTOESTIMA.....	38
4.3	DOMÍNIOS AFETADOS DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA.....	44
4.4	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA.....	52
5	CONCLUSÃO.....	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICES.....	68

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.....	69
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	70
ANEXOS.....	71
ANEXO A – ESCALA DE ROSENBERG.....	71
ANEXO B – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	73
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CÂNCER DE MAMA

O termo câncer (CA) pode ser utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações (BRASIL, 2009). É uma doença crônica, degenerativa e de evolução progressiva e demorada (CARVALHO et al., 2009).

Ao longo do tempo, o CA foi visto de diferentes maneiras: como uma doença incurável; como uma doença contagiosa - associada à falta de higiene e à sujeira física e moral; como um castigo, no qual o doente alcançaria a libertação de seus pecados; como um problema social e outros (SILVA, 2008; FARIA, 2010). Hoje, no Brasil, especificamente o CA de mama, é visto como um problema de saúde pública, por tratar-se da neoplasia mais comum no sexo feminino, à exceção do CA de pele não melanoma (BRASIL, 2009).

Apesar de controverso, os fatores de risco desencadeadores parecem aumentar a possibilidade de desenvolvimento desta patologia. A idade é o mais importante, visto que as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, diminuem (tal fato tem sido associado ao início da menopausa) (BRASIL, 2009). Além deste, tem-se: pertencer ao sexo feminino, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, ciclos menstruais curtos, história familiar de CA de mama, classe socioeconômica elevada, ausência de atividade sexual, residência em área urbana, inatividade física e personalidade depressiva (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; BRASIL, 2009; CARVALHO et al., 2009).

O principal sinal/sintoma é o nódulo na mama, acompanhado ou não por dor mamária. Podem também ocorrer alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos e retrações ou, ainda, nódulos palpáveis na axila e descarga papilar (principalmente se esta for abundante, de aspecto cristalino ou sanguinolento, unilateral e estiver exteriorizando-se por um único ducto) (BRASIL, 2002; FARIA, 2010). Assim, para a detecção e o diagnóstico, pode-se recorrer ao autoexame de mamas (AEM), exame clínico das mamas (ECM), ultrassonografia (USG), mamografia (MMG) e ressonância magnética (RM) (GEBRIM et al., 2011).

O AEM é um método indolor, sem custos financeiros, de fácil realização e que promove e incentiva o autocuidado. Apesar de não poder ser considerado um método de detecção precoce, permite que a mulher conheça suas mamas, de modo a familiarizar-se com sua forma, tamanho, aspecto da pele e do mamilo – facilitando a detecção de anormalidades (SILVA et al., 2009). Sua importância é tamanha que, para Thuler (2003), até 90% dos casos de CA de mama são detectados pelas próprias mulheres. Já o ECM, aquele realizado pelo profissional de saúde capacitado como parte do exame físico e ginecológico, deve ser feito a cada três anos para pessoas entre 20 e 40 anos e, depois, anualmente (BRASIL, 2004; GEBRIM et al., 2011).

A USG é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com idade inferior a 35 anos ou, pode ser usada em complemento à MMG em mulheres com mais de 35 anos e que possuem nódulo sem expressão (porque possuem a mama densa ou por encontrar-se na ‘zona cega’ da MMG), densidade assimétrica difusa e/ou nódulo regular ou levemente lobulado que possa ser um cisto (BRASIL, 2004). A USG não pode ser considerada um método de rastreamento, pois não tem capacidade para detectar microcalcificações e, os tumores menores que um centímetro, localizados profundamente em mamas volumosas e com muito tecido adiposo, geram as mesmas imagens que lojas de gordura (BRASIL, 2002).

O rastreamento mamográfico é empregado com o intuito de se detectar precocemente o câncer, reduzindo as taxas de mortalidade. A MMG deve ser realizada com intervalo máximo de dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos e, deve ser feita anualmente em mulheres acima de 35 anos, pertencentes ao grupo de risco (história familiar de CA de mama de, pelo menos, um parente de primeiro grau com CA de mama antes dos 50 anos ou CA de mama bilateral/CA de ovário em qualquer idade; história familiar de CA de mama masculino e/ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006). Por último, tem-se a RM, uma importante ferramenta na prevenção secundária do CA de mama em mulheres jovens com alto risco, oferecendo, quando associada à MMG, elevada sensibilidade para detecção deste câncer (GEBRIM et al., 2011). Quando detectadas alterações através de um dos métodos citados anteriormente, deve-se realizar biópsia para averiguação e confirmação (BRASIL, 2002).

Confirmado o diagnóstico, a mulher adquire uma nova identidade. Isto porque a mama é símbolo da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida. Quando há ameaça de perda deste órgão, a mulher, independente de sua faixa etária, sente que sua identidade feminina está sendo questionada, bem como sua capacidade para a amamentação e sensualidade (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; GARCÍA-VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

O CA de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza no sucesso do tratamento. Inicia-se uma gama de sentimentos como angústia, ansiedade, depressão, raiva, tristeza, desespero, impotência, desamparo e medo (da mutilação e da perda de algumas pessoas de seu convívio). É comum que primeiramente neguem a doença e desenvolvam a crença de que a cirurgia será o principal fator de resolução das questões de conflito. No entanto, cada um necessita de um tempo próprio e subjetivo para lidar com as consequências deste diagnóstico e estabelecer formas de lidar com isto. Nesta fase do diagnóstico, a preocupação principal recai sobre a sobrevivência; depois com o tratamento prescrito e, posteriormente, com a rotina frente sua nova condição de saúde (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; GARCÍA VALENZUELA, 2007; SALCI; MARCON, 2010).

De fato, a personalidade da mulher irá condicionar sua forma de enfrentamento da doença e, conseqüentemente, seu bem estar. Mulheres com maior autoconfiança, estabilidade emocional, pensamentos positivos e altos níveis de autoestima, terão maior propensão ao bem estar psicológico. Além disto, a crença religiosa sobre o enfrentamento da enfermidade pode ajudar pacientes a interpretar esta situação como uma prova de um 'Ser Superior' para reafirmar o sentido da vida e o crescimento pessoal (GARCÍA-VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

1.1.1 Tratamentos

Os tratamentos para o CA de mama visam a retirada do tumor, a interrupção de suas vias de drenagem através dos linfonodos, a caracterização prognóstica, a prevenção contra metástases (tratamento adjuvante) e o tratamento destas (tratamento paliativo) (BRASIL, 2002). Dentre as modalidades terapêuticas, as mais utilizadas são: radioterapia (RT), quimioterapia (QT), hormonioterapia e cirurgia (SILVA et al., 2010).

A RT deve ser utilizada, obrigatoriamente, após todas as cirurgias conservadoras (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001). Tem por finalidade esterilizar os focos neoplásicos presentes no parênquima mamário, bloquear as células neoplásicas da via de drenagem linfática da mama e proteger o leito cirúrgico de recidivas locais (BRASIL, 2002).

A QT pode ser subdividida em neoadjuvante, adjuvante e paliativa (MELO et al., 2002). Neoadjuvante é aquela que reduz o volume tumoral, tornando-o ressecável e/ou possibilitando uma cirurgia conservadora onde, anteriormente, seria realizada uma mastectomia. A resposta do organismo frente a esta é um fator preditivo da sobrevida livre de doença e sobrevida global. Tratando-se da QT adjuvante, aquela feita após o procedimento cirúrgico, a mais usada é a poliquimioterapia (vários quimioterápicos), pois se tem uma resposta mais eficiente, com diminuição da incidência e severidade dos efeitos colaterais. Este tipo de QT é recomendada para tumores maiores que um centímetro, independente do *status* linfonodal, receptores hormonais, idade ou menopausa (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; MELO et al., 2002).

A hormonioterapia deve ser empregada em pacientes com receptor hormonal positivo no tecido mamário - ocorrendo benefícios nas pessoas em pré ou pós-menopausa e com ou sem utilização de QT (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Em relação às cirurgias, podemos classificá-las como conservadoras e não conservadoras. As primeiras são compreendidas pela tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e pela setorectomia (exérese do tumor com margem). Já as não conservadoras são: mastectomia subcutânea (retirada somente da glândula mamária), mastectomia simples ou total (retirada da mama com a pele e o complexo aréolo-papilar), mastectomia radical modificada (preservação de um ou dois músculos peitorais) e mastectomia radical (retirada também dos músculos peitorais com linfadenectomia axilar). Para escolha do tipo mais adequado de cirurgia, deve-se considerar as características do tumor (estadiamento, tamanho, tipo histológico, localização, comprometimento de margens cirúrgicas e outros) e aspectos relativos ao paciente (idade, condições clínicas e outros) (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

O ato cirúrgico é visto como agressivo e preocupante, conduzindo as mulheres a apresentarem alterações emocionais como nervosismo, irritação,

incerteza e conflitos (GARCÍA VALENZUELA, 2007). Comumente, elas não estão preparadas para se submeterem a uma cirurgia de retirada da mama, pois carregam consigo dúvidas sobre o que será removido, se haverá a necessidade de tratamento posterior, quais cuidados deverão ter após a cirurgia, dentre outros. Essa falta de informação agrava os conflitos emocionais e sociais que estão vivenciando, associado, ainda, à dor e às limitações físicas que terão no pós-operatório (PEREIRA et al., 2006).

O tratamento cirúrgico é necessário em praticamente todos os casos e provoca mudanças no autoconceito e na imagem corporal. A distorção na imagem corporal acontece principalmente nas que realizam mastectomia e inicia-se com a aversão a ela mesma, manifestada, por exemplo, na dificuldade em olhar-se no espelho e na retomada de sua vida sexual (PEREIRA et al., 2006; GARCÍA-VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

Concomitantemente às mudanças sentidas no nível corporal, tem-se certa incapacidade de assumir os compromissos sociais e alterações em relação ao convívio social (família, amigos e trabalho). Isto devido, em parte, ao preconceito e estigma associado ao CA que resulta no afastamento de algumas pessoas e em situações de constrangimento, dificultando a elaboração das mulheres acerca do câncer (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). Por isto, é importante que a mulher tenha uma rede social de apoio que não a permita desistir e que torne mais fácil o enfrentamento da doença; visto que é comum que em um período de dois a seis meses pós-cirúrgico ocorra depressão, ansiedade e diminuição da autoestima (CAMARGO; SOUZA, 2003; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

É comum, ainda, que após a cirurgia o sentimento prevalente seja de ambivalência, pois a mulher deposita na cirurgia a possibilidade da cura e espera que, após a realização da mesma, não precise mais se preocupar. Ao mesmo tempo, existe o medo de enfrentar um corpo que já não é mais o mesmo, a sensação de que a doença vai voltar, as necessidades de se preparar para as novas etapas, como os curativos que devem ser feitos e a preocupação com a reação do companheiro (CAMARGO; SOUZA, 2003; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Quando conseguem superar com êxito os tratamentos propostos, se deparam com uma nova etapa - 'ter que conviver com o câncer', visto que após o término do tratamento, precisam certificar-se da resposta do organismo à doença.

Há necessidade de adequação do estilo de vida, marcado por preocupações e pela prática rigorosa e periódica de exames (SALCI; MARCON, 2010).

A espera pelos resultados é marcada por medo, insegurança, ansiedade e angústia, visto que estes determinarão o caminho a ser seguido. Mulheres portadoras do CA de mama relatam que se anteriormente, com o diagnóstico, o medo era da morte, após todos os tratamentos, o medo é de ter que se submeter novamente a eles (SALCI; MARCON, 2010). Mas, apesar disto, as alterações psicopatológicas são menores de quando o diagnóstico estava pendente (GARCÍA-VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

Assim, a equipe de Enfermagem deve estabelecer uma comunicação terapêutica com a paciente, visando uma relação afetiva e consciente entre ambos, de modo a auxiliar a mulher no enfrentamento da tensão, a conviver com outras pessoas e a ajustar-se ao que não pode ser mudado. Este vínculo, associado ao acesso às informações, induz a mulher a contar sobre seus desconfortos, ansiedades e medos, tornando menos estressante e desgastante todo o processo de enfrentamento da doença (SANTOS et al., 2010).

1.2 AUTOESTIMA

O indivíduo percebe e interpreta o mundo de acordo com suas experiências, seu aprendizado e sua constituição biopsíquica. A pessoa escolhe os modos de satisfazer suas necessidades de acordo com sua maneira de enfrentar o mundo, mesmo quando a experiência passa a ser percebida como uma ameaça. Em consequência, utiliza mecanismos para negar, omitir e distorcer com a finalidade de ajustar-se a ameaça, diminuindo os efeitos sobre si (FUREGATO, 2006). A autoestima (AE) influenciará na percepção frente a estas situações e no seu comportamento (MARÇOLA; VALE, 2007).

Há na literatura diversas definições para o construto AE, mas não há consenso, apesar de todas referirem-se ao valor e à competência de um indivíduo (TERRA, 2010).

Desta forma, AE é a avaliação que a pessoa faz de si própria, a qual implica num sentimento de valor, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação de si mesma (ROSENBERG, 1965). É um construto de personalidade que reflete a soma

entre o que somos, como nos vemos e como os outros nos vêem (FUREGATO, 2006).

Constitui também uma parte do autoconceito que começa a ser moldado na primeira infância (porém o nível de AE não é fixado definitivamente desde a infância – pode ocorrer um aumento à medida que ocorre o amadurecimento ou uma diminuição) e é o principal indicador de saúde mental (ASSIS et al., 2003; TERRA, 2010). Expressa um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa a si mesmo e até que ponto o sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso – podendo ser percebida através de relatos verbais e comportamentos (ASSIS et al., 2003).

Ainda, pode ser definida como o juízo pessoal de valor que o indivíduo tem dele mesmo (MARÇOLA; VALE, 2007); como o sentimento, o apreço e a consideração que a pessoa sente por si própria; o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa de si mesma (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

A AE é a forma de se expressar que é consciente de sua existência. É a união da confiança e do respeito a si mesmo. Dispor de uma rede social forte, estável e positiva e adotar uma filosofia positiva ante a vida contribuem para manter e/ou restabelecer um bem estar psicológico e, conseqüentemente, uma boa AE (QUIALA; RODRÍGUEZ, 1999).

De acordo com Terra (2010), alguns fatores podem influenciar a AE, como a idade, o sexo, o estado civil e as doenças que acometem a pessoa. Da mesma maneira, o abuso de drogas, a gravidez precoce, a delinquência, o suicídio, as agressões escolares, a depressão e a prostituição estão associados a uma baixa AE.

A AE pode ser classificada como pessoal ou coletiva. A pessoal, como o próprio nome diz, é consequência da identidade pessoal, unindo atributos e habilidades individuais manifestados nos domínios interpessoal e privado. Já a coletiva refere-se à avaliação dos atributos característicos dos grupos aos quais a pessoa pertence e se identifica. É fundamentalmente relacional, estando associada ao contexto intergrupal e às comparações que o indivíduo realiza entre o grupo a que pertence e aos demais grupos sociais (TERRA, 2010).

Em outra classificação, a AE pode ser positiva e negativa e/ou alta, média ou baixa. Quando a AE é positiva, o indivíduo sente-se feliz e realizado em sua existência. Quando negativa, sente-se inferior em suas capacidades e habilidades

quando comparado a outras pessoas, são conformistas e não possuem espírito de luta (FUREGATO, 2006).

Ter uma AE alta é sentir-se confiantemente adequado à vida, é tender-se a um 'afeto positivo', acreditar na sua competência e no seu valor, demonstrar capacidade para lidar com desafios e conseguir adaptar-se mais facilmente a uma situação. O ser não se considera pior que os demais, embora reconheça suas limitações e expectativas para crescer. Ter uma AE média é flutuar entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Uma AE baixa é sentir-se errado como pessoa. Normalmente, são indivíduos mais sensíveis a críticas, têm sentimentos de menos valia, inferioridade, isolamento, insegurança, rigidez, medo do novo, conformismo e postura defensiva. Quanto maior a autoestima melhor equipado se estará para lidar com as adversidades da vida e maiores as chances de se obter sucesso e de se manter relações saudáveis (BRANDEN, 2000; ASSIS et al., 2003; TERRA, 2010).

O grau de AE pode afetar as pessoas ao responderem ao *feedback* dos outros. Por exemplo, pessoas com alta AE aceitam melhor o *feedback* positivo dos outros do que indivíduos com baixa AE. Enquanto que aqueles com baixa AE aceitam melhor o *feedback* negativo quando comparados a indivíduos com alta autoestima (BANDEIRA et al., 2005).

Assim, a forma como cada um se sente em relação a si mesmo afeta crucialmente todos os aspectos das experiências vividas. A autoestima constitui-se então a chave para o sucesso ou para o fracasso de alguém e para entender a si mesmo e ao próximo. Reflete também a capacidade em lidar com os desafios da vida, o respeito e a defesa dos interesses e necessidades próprias (BRANDEN, 2000).

1.3 QUALIDADE DE VIDA

A preocupação com a qualidade de vida (QV) era sentida desde a década de 20 do século passado quando se debatia sobre a forma de suporte governamental para a classe social menos favorecida (QUAGGIO, 2005). Porém, o termo foi esquecido e ganhou nova repercussão em 1964 quando o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da

qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Desde então, tal terminologia vem sendo uma das mais comentadas e discutidas (MONTEIRO et al., 2010).

Na área da saúde, o conceito de QV 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 psicossociais e médicos. Porém, mesmo decorridos 14 anos, a terminologia ainda não possuía uma definição unânime, por questões teóricas e metodológicas (PAREDES et al., 2008). Surge desta maneira a conceptualização 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” (THE WHOQOL GROUP, 1994).

No decorrer da década de 90, os conceitos vão se consolidando e são acrescentadas a subjetividade, a multidimensionalidade e a interdisciplinaridade. A primeira, diz respeito à relação da pessoa na sua QV; a segunda é ser reconhecida pelas diferentes dimensões e a última, pela possibilidade de contribuição das diversas áreas do conhecimento (QUAGGIO, 2005).

Ainda hoje, há diferentes conceitos devido à complexidade da terminologia, pois esta inclui uma variedade de condições que a afetam, como: a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, ao estado de saúde e intervenções médicas (HUGUET et al., 2009).

De acordo com Fleck (2008), há dois grandes grupos de modelos teóricos que agrupam os conceitos de QV: o modelo da satisfação e o modelo funcionalista. O primeiro foi desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de ‘felicidade’ e ‘bem estar’. Assim, a QV está relacionada à satisfação com diferentes domínios definidos como importantes para o indivíduo. Duas contribuições deste modelo dizem respeito à existência de necessidades básicas do ser humano que necessitam ser preenchidas para que este se sinta bem, como por exemplo, a saúde, a mobilidade, a nutrição e o abrigo. A segunda contribuição é a abordagem cognitiva individual, ou seja, a QV somente pode ser medida individualmente.

O modelo funcionalista considera que para se ter uma boa QV, a pessoa precisa estar ‘funcionando’ bem – desempenhando satisfatoriamente seu papel

social e suas funções. Desta forma, a doença torna-se um problema por interferir no desempenho destes (FLECK, 2008).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV está inteiramente relacionada às necessidades do ser humano, assim como suas aspirações, o que implica para o indivíduo ter um entendimento individual e social sobre a sua existência. Remete-se a esse termo a evolução tecnológica, científica e social contemporânea, que interveio no que o homem considera de valores e conceitos. É um termo de entendimento do homem que se relaciona com o grau de prazer obtido com a família, o meio social, os amores, a imagem corporal e o meio ambiente.

Quaggio (2005) considera a QV como todos os objetivos que cada indivíduo quer na vida, o desejar e estar bem consigo; é a busca por saúde do corpo e da mente e a compreensão de que a felicidade encontra-se nas pequenas vitórias. É a capacidade individual de proporcionar equilíbrio entre amor, família, trabalho, amizade, religião, dinheiro, prazer, saúde e outros – visando uma vida tranquila. Ainda cita que ela é composta por ‘dimensões físicas, mentais, sociais e existenciais’, entrelaçados por variáveis fundamentais à vida digna.

Independentemente do conceito utilizado, de modo geral, o paciente oncológico sofre uma deteriorização progressiva, limitações funcionais, físicas e psicológicas que aumentam com o tempo e conduzem a uma dependência aos familiares, aos cuidadores e à equipe de saúde hospitalar, afetando a QV do portador de câncer e de seus familiares (PAREDES et al., 2008). Desta maneira, a oncologia tem sido responsável por várias pesquisas na temática QV, devido à agressividade dos tratamentos e, principalmente, à mudança no perfil da doença que deixa de ter um caráter fatal e passa a ser crônico (HUGUET et al., 2009). Além do que, ao se avaliar a QV, considera-se a percepção subjetiva do cliente, um importante passo para uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do CA (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Assim, o estudo da QV justifica-se pelos paradigmas que influenciam as políticas e práticas da área da saúde nos últimos anos. Considerando-se a multifatorialidade e complexidade dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, tanto a saúde quanto a doença são considerados como um *continuum*, relacionado aos aspectos econômicos e socioculturais, à experiência pessoal e ao estilo de vida. Desta forma, a QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas políticas públicas como nas práticas assistenciais para os

campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (GARCÍA VALENZUELA, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a autoestima e a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), há pelo menos um ano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar as mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Avaliar a autoestima destas mulheres e determinar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na autoestima;
3. Determinar os domínios afetados da qualidade de vida;
4. Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas e da autoestima na qualidade de vida.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional transversal com abordagem quantitativa (PEREIRA, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2009).

3.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS E CASUÍSTICA

O estudo foi desenvolvido na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia (CGO) do HC/UFTM através de busca ativa de mulheres que realizaram cirurgia oncológica de mama no período de 2007 a 2009.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa todas as mulheres maiores de 18 anos de idade, submetidas à cirurgia oncológica de mama na CGO/HC/UFTM, no período de 2007 a 2009, há pelo menos um ano da realização da cirurgia, residentes no município de Uberaba/MG e que concordaram em participar do estudo mediante compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e de Consentimento Livre, após esclarecimento (Apêndice B).

3.2.2 Critérios de exclusão

Mulheres menores de 18 anos e/ou que se recusaram a participar da pesquisa. Ainda, aquelas que estavam em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico no momento da coleta de dados.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

3.3.1 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O primeiro foi construído pelos próprios pesquisadores, contendo os dados sociodemográficos e clínicos das mulheres submetidas à cirurgia (Apêndice C).

Posteriormente, para avaliação da autoestima, foi aplicada a Escala de Rosenberg (Anexo A). Esta é autoaplicável e composta por dez 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 1 a 4, sendo que nas afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10 este valor é decrescente e nas outras o inverso. Para a classificação da autoestima, devem-se somar todos os itens, totalizando um valor único para a escala. Conforme tal soma, a autoestima pode ser classificada como satisfatória ou alta (score maior que 31 pontos), média (score entre 21 e 30 pontos) e insatisfatória, ou baixa, para scores menores que 20 pontos. Desta maneira, quanto maior a somatória, maior a autoestima. Ressalta-se que tal instrumento foi adaptado e validado no Brasil por Dini, Quaresma e Ferreira (2004).

Em seguida, para avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-*bref* (Anexo B). Este instrumento compõe-se, inicialmente, pela Ficha de Informações sobre o Respondente, a qual se destina à coleta de dados sociodemográficos e de saúde dos sujeitos. Esta primeira parte não foi aplicada no estudo, devido à presença do questionário de caracterização do perfil sociodemográfico e clínico. A segunda parte é composta por 26 questões e foi respondida pelo próprio entrevistado, exceto em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condições clínicas ou outros). As respostas para todas as questões do WHOQOL-*bref* foram obtidas através de uma pontuação que varia de 1 a 5, sendo que os scores mais altos denotam melhor qualidade de vida. Este é constituído por quatro domínios, sendo eles: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (questões 20, 21 e 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25). Os instrumentos WHOQOL estão disponíveis em 20

idiomas, sendo que a versão brasileira foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Medicina Legal e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, [2010]).

3.3.2 Variáveis do estudo

3.3.2.1 Sociodemográficas e clínicas

- Data da entrevista;
- Data de nascimento: confirmada através do documento de identidade;
- Data da cirurgia;
- Tipo de cirurgia: conservadora ou radical;
- Lado da cirurgia: direito, esquerdo ou direito e esquerdo;
- Se a cirurgia ocorreu do mesmo lado da mão dominante: sim ou não;
- Tratamento complementares: sim ou não. E se sim, quais: QT neoadjuvante, QT adjuvante, RT e/ou hormonioterapia;
- Reconstrução mamária: sim ou não. E se sim, há quanto tempo (em meses);
- Trabalho anterior à cirurgia: sim ou não. Se sim, se já voltou ao trabalho: sim ou não. E quanto tempo após a cirurgia (em meses);
- Escolaridade: anos de estudo sem repetir a mesma série;
- Renda familiar (em reais);
- Situação conjugal: casada, solteira, viúva, divorciada, separada ou mora com companheiro fixo;
- Religião: católico, evangélico, espírita, outras ou sem religião. E se a pessoa se considera praticante.

3.3.2.2 Autoestima

- Escore total.

3.3.2.3 *Qualidade de vida*

Escores de:

- Qualidade de vida geral;
- Domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

3.3.3 Coleta de dados

Primeiramente, foi realizada busca ativa das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, atendidas no serviço referido e no período descrito, residentes no município de Uberaba/MG, localizadas mediante consulta aos registros de atendimento. Posteriormente, foi agendado, através de ligação telefônica, visita domiciliar para aplicação dos instrumentos. Por contato telefônico, foram prestados os esclarecimentos iniciais sobre a pesquisa, como os objetivos e os procedimentos os quais a mulher seria submetida. Em alguns casos, foi solicitado, pelas próprias mulheres encontrá-las no HC quando estas tivessem consulta médica. No momento da entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre, após esclarecimento e pedida a assinatura do último, mediante concordância em participar do estudo. Uma cópia foi entregue à participante e outra foi arquivada pela pesquisadora.

As mulheres foram entrevistadas individualmente e pela própria pesquisadora. Quando houve a necessidade de aplicação dos questionários por esta, foi apenas relida a questão de forma pausada para não interferir na escolha das respostas pelo entrevistado. As entrevistas duraram, aproximadamente, entre 20 minutos a três horas e 30 minutos. Nestas, foram realizadas orientações acerca da importância do acompanhamento médico regular, realização de exames e dos exercícios e outras pertinentes às dúvidas e demandas da mulher. Foi também entregue um manual de orientações fisioterápicas elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

O estudo contou, inicialmente, com um grupo formado por 48 pessoas, sendo 16 mulheres correspondentes a cada ano (2007 a 2009). Dessas, 37 foram entrevistadas, visto que: quatro mudaram de endereço e não foram encontradas, duas mudaram de cidade, duas não se encontravam em Uberaba no período da

coleta de dados, duas faleceram e uma delas não foi localizada nos registros hospitalares.

3.4 CONTROLE DE QUALIDADE

Teve como objetivo garantir que o estudo fosse realizado conforme protocolo e para que o registro dos dados ocorresse de forma fidedigna. Para isto, antes de retirar-se do domicílio do entrevistado, a pesquisadora certificou-se da completude dos dados e de que todas as perguntas foram respondidas. Os dados foram submetidos à dupla digitação, por pessoas diferentes, para identificação e correção de possíveis erros de digitação.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

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 autoestima 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 explicativas categóricas a comparação de médias entre grupos conhecidos. Utilizou-se ainda a análise pelo Teste T 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.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM sob o protocolo nº 1629 (Anexo C).

3.6.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi criado em conformidade com as orientações do CEP da UFTM e obtido pela pesquisadora antes da realização do estudo, imediatamente após os esclarecimentos sobre a pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população do estudo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Uberaba (MG), 2011.

	Variáveis	N	%
Faixa etária (em anos)	36 - 40	02	5,4
	41 - 50	13	35,1
	51 - 60	10	27,0
	61 - 70	06	16,2
	71 - 80	05	13,5
	81 - 90	01	2,7
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	04	10,8
	Um a quatro	13	35,1
	Cinco a oito	09	24,3
	Nove a onze	08	21,6
	Doze ou mais	03	8,1
Situação conjugal	Casada	16	43,2
	Solteira	02	5,4
	Viúva	10	27,0
	Divorciada	07	18,9
	Separada	01	2,7
	Mora com companheiro fixo	01	2,7
Religião	Católica	17	45,9
	Evangélica	09	24,3
	Espírita	11	29,7
	Outras	00	0,0
	Sem religião	00	0,0
Renda familiar (em reais)	510,00 - 1.000,00	12	32,4
	1.000,01 - 2.000,00	17	45,9
	2.000,01 - 3.000,00	06	16,2
	Acima 3.000,01	02	5,4

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Dentre as 37 mulheres que participaram do estudo, a média de idade encontrada foi de 56,11 anos, com mediana de 53 anos e variando de 36 a 90 anos. A maioria delas (62,1%) encontrava-se na faixa etária de 41 a 60 anos, superando um pouco a faixa etária predominante de incidência do CA de mama, que vai até os 50 anos (BRASIL, 2009). Ao mesmo tempo, corrobora com Faria (2010)

considerando-se que o CA de mama é raro antes dos 35 anos e, neste estudo, não houve nenhuma ocorrência abaixo desta idade.

A média de anos de estudo sem repetir a mesma série foi de 6,24 anos, sendo que quatro delas (10,8%) nunca frequentaram a escola e apenas três (8,1%) estudaram mais de 12 anos, sendo o máximo 16 anos de estudo.

A maior parte das mulheres encontrava-se casada no momento da entrevista. A presença do parceiro mostra-se muito significativa no enfrentamento da doença, por facilitar a reintegração da mulher no contexto familiar (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). O perfil citado anteriormente (faixa etária, escolaridade e situação conjugal) é o mesmo encontrado por García Valenzuela (2007), Cangussu et al. (2010) e Alves et al. (2010).

Com relação à religião, nenhuma mulher intitulou-se sem religião ou citou alguma outra fora as contidas no questionário. Ressalta-se que das 37 respondentes, 27 consideram-se praticantes (73%) e 10 não praticantes. Quando os recursos internos já são escassos, a busca pela religião pode ser uma das formas encontradas pelas mulheres para diminuir o impacto do enfrentamento do CA de mama. A fé na cura se assenta na crença da existência de um 'Ser Superior', que lhes dá esperança e crédito. Assim, a fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida e de se conseguir um aliado contra a doença (VIEIRA; QUEIROZ, 2006; SILVA et al., 2010).

A renda média mensal da família foi de R\$1.646,49 e mediana de R\$1.500,00. A maioria, 25 mulheres (67,6%), trabalhava anteriormente à cirurgia, porém, até o momento da entrevista, somente 11 haviam voltado ao trabalho. A média de retorno foi de cinco meses após a cirurgia, variando de 15 dias a 22 meses.

Conforme estudo desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto - São Paulo (2010), algumas razões relatadas para a não retomada do trabalho foram as limitações físicas resultantes do tratamento, que é incompatível com a função realizada anteriormente; a dificuldade em conciliar papéis e uma mudança nas prioridades da vida, que excluía a função exercida. O desejo em retornar ao trabalho era motivado pelo anseio de ocuparem o seu tempo com uma atividade útil e socialmente valorizada e, principalmente, para auxiliarem financeiramente suas famílias. Pois, caso não trabalhassem, somar-se-ia o fato de estarem onerando os gastos familiares ao atestado de sua condição de dependência (o que as faziam

recordar frequentemente de sua condição de saúde e limitações) (SILVA; SANTOS, 2010).

Tabela 2 – Caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Uberaba (MG), 2011.

Variáveis		N	%
Tipo de cirurgia	Conservadora	20	54,1
	Radical	17	45,9
Lado da cirurgia	Direito	14	37,8
	Esquerdo	21	56,8
	Direito e esquerdo	02	5,4
Tempo de cirurgia (em meses)	12 – 24	08	21,6
	25 – 36	17	45,9
	37 – 52	12	32,4
Tratamentos complementares	Sim	35	94,6
	Não	02	5,4

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

O tempo médio de realização da cirurgia foi de 31,7 meses. Uma maior proporção de mulheres realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo, sendo que este, na maioria, não correspondia ao lado dominante da paciente (54,1%). A predominância da cirurgia conservadora sobre a radical, também foi encontrada por Huguet et al. (2009) e por Cangussu et al. (2010), confirmando a tendência atual de escolha pela cirurgia conservadora (CAMARGO; SOUZA, 2003). Alguns estudos prospectivos randomizados têm mostrado que a taxa de sobrevivência não está relacionada ao tipo de cirurgia, levando à escolha pela cirurgia conservadora por constituir-se menos mutiladora (VEIGA et al., 2010).

Em relação aos tratamentos complementares, a hormonioterapia foi realizada por 29 mulheres (78,4%), a radioterapia por 18 (48,6%), a QT adjuvante por 15 (40,5%) e a QT neoadjuvante por sete das pacientes (18,9%). A alta porcentagem de realização de hormonioterapia, não foi a mesma encontrada por Huguet et al. (2009), isto pode ser explicado pelo fato da hormonioterapia ser usada somente em mulheres com receptor hormonal positivo em região mamária e esta ocorrência variar na população. Comparando-se o número de cirurgias conservadoras e clientes que realizam a RT, há uma diferença de duas pessoas, tais números deveriam ser equivalentes, devido à obrigatoriedade de RT após uma cirurgia conservadora (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Quatro mulheres (10,8%) fizeram a reconstrução mamária, sendo que o tempo de realização desta variou entre três a 20 meses da data da entrevista. A média foi de 13,25 meses e a mediana 15. Muitas demonstraram interesse em realizar tal procedimento, porém eram acometidas por inúmeras dúvidas e medos, principalmente da dor. Elas desconheciam a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de saúde do Sistema Único de Saúde, nos casos de mutilação decorrente do tratamento para câncer (Lei 9.797, de 06 de maio de 1.999) (BRAGANHOLLO, 2007). Aproveitou-se então o momento da entrevista para sanar tais questionamentos e foi orientado agendamento de consulta médica para análise da possibilidade de realização desta.

As motivações mais comuns para a realização da reconstrução mamária são: sentir-se completa novamente, eliminar a prótese mamária externa, variar quanto ao estilo de roupas, melhorar a autoestima e desejo em retomar o convívio social (VIANNA, 2004; GARCÍA VALENZUELA, 2007).

4.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AUTOESTIMA

Tabela 3 – Distribuição das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama segundo as respostas das afirmativas referentes à autoestima. Uberaba (MG), 2011.

	Afirmativas	Respostas	N	%
1	No conjunto, estou satisfeito comigo.	Discordo totalmente	14	37,8
		Discordo	18	48,6
		Concordo	04	10,8
		Concordo totalmente	01	2,7
2	Às vezes, acho que não presto para nada.	Discordo totalmente	11	29,7
		Discordo	15	40,5
		Concordo	10	27,0
		Concordo totalmente	01	2,7
3	Sinto que tenho várias boas qualidades.	Discordo totalmente	13	35,1
		Discordo	23	62,2
		Concordo	00	0,0
		Concordo totalmente	01	2,7
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.	Discordo totalmente	13	35,1
		Discordo	18	48,6
		Concordo	03	8,1
		Concordo totalmente	03	8,1
5	Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	Discordo totalmente	05	13,5
		Discordo	19	51,4
		Concordo	10	27,0
		Concordo totalmente	03	8,1
6	Às vezes, me sinto inútil.	Discordo totalmente	08	21,6
		Discordo	12	32,4
		Concordo	12	32,4
		Concordo totalmente	05	13,5
7	Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos no mesmo nível que as outras pessoas.	Discordo totalmente	19	51,4
		Discordo	18	48,6
		Concordo	00	0,0
		Concordo totalmente	00	0,0
8	Gostaria de ter mais respeito por mim mesma.	Discordo totalmente	04	10,8
		Discordo	16	43,2
		Concordo	14	37,8
		Concordo totalmente	03	8,1
9	Sinto que sou um fracassado.	Discordo totalmente	14	37,8
		Discordo	15	40,5
		Concordo	04	10,8
		Concordo totalmente	04	10,8
10	Tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	Discordo totalmente	15	40,5
		Discordo	19	51,4
		Concordo	01	2,7
		Concordo totalmente	02	5,4

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Pode-se notar certa incoerência entre algumas respostas, quando analisadas isoladamente (embora o valor de alfa de *Cronbach* obtido, tenha sido de 0,77, isto é, consistência interna satisfatória), por exemplo: relatam que não têm boas qualidades e que não têm o mesmo valor quando comparadas a outros indivíduos, mas, ao mesmo tempo, dizem que não precisam dar mais valor a elas próprias e, que não conseguem fazer as coisas tão bem quanto as outras pessoas, apesar de terem utilidade. Baseado nas impressões da entrevistadora, estas incoerências podem ser justificadas por um conformismo, relacionado à crença de que a situação vivenciada faz parte dos desígnos de Deus e que precisa ser aceita, por mais difícil que seja enfrentá-la.

Com relação à AE, obteve-se o escore mínimo de 19 e o máximo de 40 pontos. A média foi de 30,32 e a mediana 31. O desvio padrão foi de 4,58.

Tabela 4 – Classificação da autoestima conforme pontos de corte. Uberaba (MG), 2011.

Classificação da autoestima	N	%
Autoestima baixa	01	2,7
Autoestima média	16	43,2
Autoestima alta	20	54,1

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Pode-se perceber que 54,1% das mulheres possuíam a AE alta no momento da entrevista, fato que pode ser explicado pela média de idade das entrevistadas (56,11 anos), pois a AE tende a aumentar com o envelhecimento (TERRA, 2010). Sugere-se também que haja influência diretamente proporcional do tempo decorrido do procedimento cirúrgico, neste estudo em média, 31,7 meses.

Concomitantemente, os dados da tabela 4 estão em desacordo com o mesmo autor, pois para ele as pessoas do sexo feminino apresentam menores escores de AE, principalmente mulheres com baixa escolaridade e idosas, pois têm a educação voltada para o papel de mãe e esposa – assim, ao avaliarem a si próprias, apresentam escores menores que indivíduos do sexo masculino.

Tabela 5 – Correlação de *Pearson* entre autoestima e variáveis sociodemográficas e clínicas. Uberaba (MG), 2011.

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

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Assim, não houve nenhuma correlação entre a AE e a idade, a renda familiar e o tempo de cirurgia, mas houve correlação moderada e positiva entre a AE e a escolaridade.

Supõe-se que quanto maior a escolaridade, maior o acesso as informações e, conseqüentemente, maior o entendimento sobre a situação. Desta forma, as mulheres passam a valorizar o fato de serem sobreviventes do CA de mama e atribuem menor valor às mamas. Sentem-se mais tranquilas, seguras e confiantes, refletindo positivamente em sua AE.

Tabela 6 – Avaliação da autoestima conforme variáveis qualitativas. Uberaba (MG), 2011.

Variáveis qualitativas		Autoestima baixa	Autoestima média	Autoestima alta
Tipo de cirurgia	Conservadora	00 (0,0%)	10 (27,0%)	10 (27,0%)
	Radical	01 (2,7%)	06 (16,2%)	10 (27,0%)
Lado da cirurgia	Direito	00 (0,0%)	09 (24,3%)	05 (13,5%)
	Esquerdo	00 (0,0%)	07 (18,9%)	14 (37,8%)
	Direito e esquerdo	01 (2,7%)	00 (0,0%)	01 (2,7%)
Cirurgia ocorreu no lado dominante	Sim	01 (2,7%)	10 (27,0%)	06 (16,2%)
	Não	00 (0,0%)	06 (16,2%)	14 (37,8%)
Tratamentos complementares	Sim	01 (2,7%)	16 (43,2%)	18 (48,6%)
	Não	00 (0,0%)	00 (0,0%)	02 (5,4%)
Reconstrução mamária	Sim	00 (0,0%)	00 (0,0%)	04 (10,8%)
	Não	01 (2,7%)	16 (43,2%)	16 (43,2%)
Retorno ao trabalho	Sim	00 (0,0%)	03 (11,1%)	08 (29,6%)
	Não	01 (3,7%)	08 (29,6%)	07 (25,9%)
Situação conjugal	Casada	00 (0,0%)	07 (18,9%)	09 (24,3%)
	Solteira	00 (0,0%)	02 (5,4%)	00 (0,0%)
	Viúva	00 (0,0%)	04 (10,8%)	06 (16,2%)
	Divorciada	01 (2,7%)	02 (5,4%)	04 (10,8%)
	Separada	00 (0,0%)	00 (0,0%)	01 (2,7%)
	Mora com companheiro fixo	00 (0,0%)	01 (2,7%)	00 (0,0%)
	Religião	Católica	00 (0,0%)	08 (21,6%)
	Evangélica	01 (2,7%)	06 (16,2%)	02 (5,4%)
	Espírita	00 (0,0%)	02 (5,4%)	09 (24,3%)

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Com relação ao tipo de cirurgia e a AE, enfatiza-se que a única paciente que apresentou AE baixa realizou cirurgia radical. Tal dado esta em acordo com o que foi encontrado em alguns estudos, pois para estes, a cirurgia radical afeta a autoestima e a imagem corporal das pacientes, sendo citada como uma das fontes de distanciamento afetivo e físico entre a mulher mastectomizada e seu companheiro (VIEIRA; QUEIROZ, 2006; TAVARES; TRAD, 2009).

Percebe-se também que o lado da cirurgia, e se esta ocorreu do lado dominante, tende a menores escores de AE, visto que o impacto e as limitações prejudicam de maneira mais acentuada o retorno às atividades rotineiras da mulher – principalmente por temerem o linfedema (SILVA; SANTOS, 2010). Neste estudo, duas mulheres realizaram mastectomia bilateral – uma delas apresentou AE baixa e outra AE alta; demonstrando a influência da resiliência, do valor atribuído às mamas e das experiências anteriores. Aquela referiu não sair mais de seu domicílio, pois ao

imaginar-se com uma roupa que marcaria sua mutilação, tinha vergonha e perdia a vontade de fazê-lo, assim como não havia mais se olhado no espelho.

Com relação aos tratamentos complementares, dentre as 29 que estavam em hormonioterapia, 12 (41,4%) possuíam AE média e 17 (58,6%) AE alta; quanto à RT, das dezoito que a fizeram, nove (50%) tinham AE média e nove (50%) AE alta. Das 15 que fizeram QT adjuvante, uma (6,7%) possuía AE baixa, seis (40%) AE média e oito (53,3%) AE alta e das sete mulheres que realizaram QT neoadjuvante, quatro (57,1%) possuíam AE média e três (42,8%) AE alta. As duas que não realizaram nenhum dos tratamentos complementares citados acima possuíam AE alta. Assim, o tipo de tratamento complementar realizado não influencia na AE da mulher, ressalta-se que estar em QT e/ou RT no momento da entrevista caracterizou-se como critério de exclusão, pois poderiam impactar negativamente na AE ea na QV. Ao mesmo tempo, são situações marcantes e inesquecíveis que continuam a atormentá-las, devido ao medo de terem que enfrentá-las novamente.

Todas as pacientes que realizaram reconstrução mamária possuem AE alta, o que vem de acordo com o que foi dito por Vianna (2004) e García Valenzuela (2007). Pois, segundo estas, tal procedimento e, principalmente, a possibilidade de mudanças no estilo de roupa, proporciona melhorias na autoestima, na autoimagem, no senso de feminilidade e no relacionamento sexual das mulheres.

Dentre as que retornaram ao trabalho, 72,7% possuíam AE alta, enquanto as que não retornaram ao trabalho possuíam AE média (50,0%). O retorno ao trabalho é importante não somente do ponto de vista social, já que o absenteísmo é oneroso ao empregado e ao empregador, mas também para a reabilitação da mulher, sua sobrevivência, qualidade de vida e saúde física e mental. Neste estudo, 40,7% das pessoas que trabalhavam retornaram para seu emprego. Tal estatística poderia ser aumentada através de uma boa comunicação entre empregado e empregador; contato precoce com o local de trabalho e adaptações no serviço (flexibilidade com relação à carga horária e/ou retorno gradativo) (HOVING; BROEKHUIZEN; FRINGS-DRESEN, 2009).

Quanto à situação conjugal, dentre as casadas (16 mulheres), nove (56,2%) possuem autoestima alta. O casamento, provavelmente, influencia na saúde, na posição social e na sobrevivência, servindo de apoio a muitos procedimentos e alternativas psicológicas (SILVA et al., 2010).

A opção religiosa da paciente mostrou não influenciar na classificação de AE destas. Isto reflete que o importante não é a escolha religiosa e sim, a crença em um ‘Ser Divino’ que dê suporte para o enfrentamento da doença e de suas repercussões.

Tabela 7 – Avaliação da autoestima conforme variáveis qualitativas. Uberaba (MG), 2011.

Variáveis qualitativas		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P
Tipo de cirurgia	Conservadora	29,95	4,35	21,00	37,00	0,60
	Radical	30,76	4,93	19,00	40,00	
Cirurgia ocorreu no lado dominante	Sim	28,53	4,89	19,00	36,00	0,03
	Não	31,85	3,77	26,00	40,00	
Reconstrução mamária	Sim	35,25	4,42	31,00	40,00	0,02
	Não	29,73	4,28	19,00	37,00	
Trabalhava antes da cirurgia	Sim	29,92	5,15	19,00	40,00	0,45
	Não	31,17	3,07	26,00	37,00	
União estável	Sim	30,00	3,74	23,00	36,00	0,70
	Não	30,60	5,27	19,00	40,00	

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Destaca-se as diferenças estatisticamente significantes entre as médias relativas às mulheres que realizaram, ou não, cirurgia do lado dominante e reconstrução mamária. O fato de a cirurgia limitar os movimentos do lado homolateral a esta, faz com que as mulheres deixem de realizar certas atividades que antes faziam parte de sua rotina. Isto pode influenciar diretamente em sua AE, pois passam a se sentir inferiorizadas.

Também conhecida como ‘mastectomia reversa’, a reconstrução da mama é considerada o método mais efetivo para a restauração do bem estar psicológico após a mastectomia. Ela melhora o contorno corporal, preserva ou restitui a integridade pessoal, aumenta o otimismo para a cura, colabora para a identificação sexual, a autoestima e a autoimagem (BRAGANHOLA, 2007).

4.3 DOMÍNIOS AFETADOS DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA

Dentre os 37 questionários, 18 (48,65%) foram completamente aplicados pelo entrevistador e 19 (51,35%) respondidos pelas próprias mulheres. Lembra-se que somente foram aplicados pelo entrevistador quando a paciente apresentava alguma condição clínica que a impedisse de fazê-lo, principalmente déficit visual e analfabetismo, ou a pedido do entrevistado.

As três primeiras questões do instrumento WHOQOL-*bref* dizem respeito à QV geral. Na primeira, quando questionadas sobre a recepção de apoio de que necessita pelas pessoas, 29,7% (11 mulheres) disseram que o apoio é médio; 24,3% (nove mulheres) que o apoio é completo; 21,6% (oito mulheres) relataram receber muito apoio; 18,9% (sete pessoas) que as pessoas a apóiam muito pouco e 5,4% (duas mulheres) que não recebem nenhum apoio. Geralmente, as representações relativas ao CA são negativas e associadas ao cruel e destrutivo. Na rede social, as mudanças podem ser tanto positivas (aumento da atenção e do cuidado) quanto negativas (depressão, isolamento e vergonha). Infelizmente, o preconceito acerca do CA ainda pode gerar distanciamento e situações de constrangimento para com as mulheres (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Quando perguntadas sobre como avaliam sua QV, 62,2% (23 pessoas) disseram que está boa; 21,6% (oito pessoas) que não está nem ruim nem boa; 13,5% (cinco pessoas) que está muito boa e 2,7% (uma pessoa) que sua QV está ruim. Com o passar do tempo, há uma tendência da QV existente antes da cirurgia, e até mesmo antes do diagnóstico de CA de mama, voltar ao que era. Algumas vezes podendo até influenciar positivamente no comportamento dessas mulheres (HUGUET et al., 2009). Elas passam a dar valor a outras coisas e aspectos da vida, além do que, consideram-se vitoriosas por serem sobreviventes do CA de mama.

Com relação à sua saúde, 27% (10 mulheres) está muito insatisfeita com sua saúde; 24,3% (nove mulheres) está nem satisfeita nem insatisfeita e esta mesma porcentagem está satisfeita com sua saúde; 21,6% (oito mulheres) está insatisfeita e apenas uma mulher (2,7%) está muito satisfeita com sua saúde. De acordo com o que foi observado, esta insatisfação refere-se, em sua maioria, às limitações físicas e dores decorrentes da cirurgia e também à necessidade de uso

de medicamentos (hormonioterapia, analgésicos, antidepressivos e outros), à rotina de consultas médicas e realização de exames.

Apenas quatro pessoas optaram por comentar a respeito do questionário ao final deste. Todas elas responderam que foi muito bom, pois: ‘fui orientada’, ‘é uma auto-avaliação’ e ‘posso expressar o que sinto’.

Tabela 8 – Avaliação da qualidade de vida conforme domínios do WHOQOL-*brief*. Uberaba (MG), 2011.

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Mínimo	21,43	16,67	16,67	15,63
Máximo	82,14	95,83	91,67	78,13
Média	57,91	60,13	62,39	54,73
Mediana	64,29	58,33	66,67	56,25
Desvio padrão	16,46	17,11	20,09	13,63
Alfa de <i>Cronbach</i>	0,78	0,76	0,51	0,71

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

O valor do alfa de *Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que os melhores níveis de consistência interna são aqueles mais próximos de um. Neste estudo, o valor indicativo de uma boa consistência interna foi de 0,7. Salienta-se que o domínio social possui apenas três itens, o que implica em prejuízo do desempenho da utilização do alfa de *Cronbach* para validade interna, visto que o recomendado para este tipo de análise é a presença, de pelo menos, quatro itens (FLECK, 2008).

De acordo com a tabela 8, pode-se visualizar que os piores escores são relativos aos domínios ambiental e físico e, os melhores ao domínio psicológico e social. Tal ordem foi diferente da encontrada por Salas Zapata e Grisales Romero (2010), em estudo realizado em Antioquia, Colômbia (2010), utilizando-se também o WHOQOL- *brief*. Para eles, em ordem crescente, a classificação encontrada foi: domínio físico, domínio social, domínio ambiental e domínio psicológico. Sugere-se que esta divergência seja explicada pela diferença cultural, no que tange, por exemplo, às relações sociais, valorização do corpo, atividades de lazer e outros.

Quadro 1 – Respostas do questionário WHOQOL-*bref* referente ao domínio social. Uberaba (MG), 2011.

Questões do domínio social	1	2	3	4	5
Q20- Quão satisfeita você está com suas relações pessoais?	02 (5,4%)	02 (5,4%)	10 (27,0%)	15 (40,5%)	08 (21,6%)
Q21- Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	03 (8,1%)	04 (10,8%)	12 (32,4%)	16 (43,2%)	02 (5,4%)
Q22- Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	03 (8,1%)	06 (16,2%)	07 (18,9%)	10 (27,0%)	11 (29,7%)

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Como pode ser observado no quadro 1, as questões referentes ao domínio social dizem respeito às relações pessoais, apoio e atividade sexual (FLECK, 2008). Nota-se que uma maior proporção de mulheres (40,5%) está satisfeita com suas relações pessoais, assim como com sua vida sexual (43,2%) e apoio que recebem dos amigos (29,7%). Membros da família e amigos são essenciais para a reintegração no contexto social, sendo considerados fonte de força no enfrentamento das dificuldades advindas da doença e do tratamento (GARCÍA VALENZUELA, 2007). Salas Zapata e Grisales Romero (2010) chegam a afirmar que em estudo realizado por eles, mulheres com melhor QV, eram também as que consideravam ter o apoio de amigos e familiares.

Conforme relatado por Sánchez (2010), as mulheres, mesmo as mastectomizadas, são capazes de ter uma vida sexual saudável e normal. Em seu trabalho, o depoimento de uma mulher mastectomizada demonstra que esta possui relações sexuais com seu parceiro, porém não se sente atrativa, por ter somente uma das mamas e esta ser pequena. Com esta fala, percebe-se a dificuldade de aceitação da nova imagem corporal repercutindo nas relações sexuais. Na presente pesquisa, pode-se inferir que a alta porcentagem de satisfação com a vida sexual esteja associada ao fato da maior parte das mulheres serem capazes de aceitar sua aparência física (como se verá a seguir) e também, por terem realizado principalmente o tratamento conservador.

Quadro 2 – Respostas do questionário WHOQOL-*bref* referente ao domínio psicológico. Uberaba (MG), 2011.

Questões do domínio psicológico	1	2	3	4	5
Q5- O quanto você aproveita a vida?	05 (13,5%)	09 (24,3%)	13 (35,1%)	09 (24,3%)	01 (2,7%)
Q6- Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	01 (2,7%)	01 (2,7%)	07 (18,9%)	15 (40,5%)	13 (35,1%)
Q7- O quanto você consegue se concentrar?	03 (8,1%)	07 (18,9%)	17 (45,9%)	07 (18,9%)	03 (8,1%)
Q11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	01 (2,7%)	01 (2,7%)	17 (45,9%)	09 (24,3%)	09 (24,3%)
Q19- Quão satisfeita você está consigo mesma?	02 (5,4%)	00 (0,0%)	12 (32,4%)	21 (56,8%)	02 (5,4%)
Q26- Com que frequência você tem sentimentos negativos?	04 (10,8%)	04 (10,8%)	07 (18,9%)	17 (45,9%)	05 (13,5%)

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

As perguntas relativas ao domínio psicológico tratam dos sentimentos positivos; pensar e aprender; autoestima; imagem corporal; sentimentos negativos e espiritualidade (FLECK, 2008). De acordo com as impressões da entrevistadora, o predomínio do item 3 (equivalente a mais ou menos) na questão cinco, deve-se principalmente às limitações financeiras e físicas decorrentes do tratamento cirúrgico; do item 4 (bastante) na questão seis, o sentido à vida é atribuído principalmente à criação dos filhos e dos netos, por serem esforçadas e sobreviventes do CA de mama, fatores que também justificam a questão de número 19 e do item 3 (mais ou menos) na pergunta número sete, relatam que a dificuldade para se concentrar é prejudicada pela idade e pela qualidade do sono, tendo que ler/ouvir diversas vezes o mesmo assunto para apreendê-los.

Destaca-se, na questão 11, que somente duas mulheres não aceitam ou aceitam muito pouco sua aparência física e, na questão 26, que 45,9% das mulheres têm muito frequentemente sentimentos negativos como ansiedade, depressão e desespero. Considerando-se que a não aceitação da imagem corporal afeta diferentes aspectos da vida de uma pessoa, esperar-se-ia que a frequência de sentimentos negativos fosse menor ou que a porcentagem de pacientes que não aceitam sua aparência física fosse maior. Isto demonstra que a autoimagem não é o principal desencadeador destes sentimentos, que podem também ser influenciados

pelo medo de recorrência da doença, medo da morte e dificuldades outras que possa estar enfrentando. Além disso, sugere-se que estes sentimentos tenham se originado ainda no período de diagnóstico da doença e que permaneçam ao longo do tratamento, pois conforme dito por Salci e Marcon (2010), a obrigatoriedade em ter que conviver com o CA e a mudança no estilo de vida é marcado por preocupações, representados pela prática rigorosa e periódica de exames para detecção de qualquer novo foco da doença.

Quadro 3 – Respostas do questionário WHOQOL-*bref* referente ao domínio físico. Uberaba (MG), 2011.

Questões do domínio físico	1	2	3	4	5
Q3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1 (2,7%)	09 (24,3%)	09 (24,3%)	08 (21,6%)	10 (27,0%)
Q4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	05 (13,5%)	10 (27,0%)	13 (35,1%)	08 (21,6%)	01 (2,7%)
Q10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	01 (2,7%)	04 (10,8%)	21 (56,8%)	09 (24,3%)	02 (5,4%)
Q15- Quão bem você é capaz de se locomover?	00 (0,0%)	02 (5,4%)	09 (24,3%)	16 (43,2%)	10 (27,0%)
Q16- Quão satisfeita você está com seu sono?	03 (8,1%)	05 (13,5%)	13 (35,1%)	14 (37,8%)	02 (5,4%)
Q17- Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	02 (5,4%)	04 (10,8%)	11 (29,7%)	19 (51,4%)	01 (2,70%)
Q18- Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	02 (5,4%)	06 (16,2%)	08 (21,6%)	18 (48,6%)	03 (8,1%)

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Quanto ao domínio físico, as questões referem-se a: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho (FLECK, 2008).

Na assertiva três, 27% das entrevistadas disseram que a dor física as impedem extremamente de realizarem o que precisam. Dentre as complicações

inerentes à intervenção cirúrgica, tem-se o linfedema, a infecção da ferida operatória e a dor crônica. A dor crônica pode ser nociceptiva (resultante da lesão de músculos e ligamentos) ou neuropática (resultante da lesão de nervos ou disfunção do sistema nervoso). Esta última, por sua vez, pode ser subdividida em quatro subtipos: dor da mama fantasma; neuralgia do intercostobraquial (a exemplo, a síndrome dolorosa pós-mastectomia); dor decorrente da presença de neuroma (inclui a dor na cicatriz cirúrgica, no tórax ou no braço) e a dor por lesão de outros nervos. A maior frequência da dor não está associada ao tipo de cirurgia e sim à abordagem da axila, devido à proximidade do nervo intercostobraquial, que pode ser lesado (COUCEIRO; MENEZES; VALENÇA, 2009). É interessante observar que, apesar de queixarem que a dor física as impedem de realizar o que precisam, 51,4% cita que está satisfeita na sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia e 48,6% com sua capacidade para o trabalho.

Com relação à dependência de tratamento médico, 13 entrevistadas (35,1%) responderam que precisam medianamente deste. Percebeu-se que isto se deve, principalmente, à hormonioterapia, que deve ser mantida por cinco anos.

Quadro 4 – Respostas do questionário WHOQOL-bref referente ao domínio ambiental. Uberaba (MG), 2011.

Questões do domínio ambiental	1	2	3	4	5
Q8- Quão segura você se sente em sua vida diária?	1 (2,7%)	05 (13,5%)	20 (54,1%)	09 (24,3%)	02 (5,4%)
Q9- Quão saudável é o seu ambiente físico?	01 (2,7%)	03 (8,1%)	20 (54,1%)	11 (29,7%)	02 (5,4%)
Q12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	07 (18,9%)	10 (27,0%)	16 (43,2%)	02 (5,4%)	02 (5,4%)
Q13- Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa?	03 (8,1%)	09 (24,3%)	21 (56,8%)	02 (5,4%)	02 (5,4%)
Q14- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	07 (18,9%)	12 (32,4%)	10 (27,0%)	08 (21,6%)	00 (0,0%)
Q23- Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	02 (5,4%)	01 (2,7%)	08 (21,6%)	18 (48,6%)	08 (21,6%)
Q24- Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	02 (5,4%)	02 (5,4%)	02 (5,4%)	22 (59,5%)	09 (24,3%)
Q25- Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	01 (2,7%)	03 (8,1%)	11 (29,7%)	17 (45,9%)	05 (13,5%)

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Em relação ao domínio ambiental, têm-se oito questões que abordam: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte (FLECK, 2008).

A maior parte das mulheres sente-se medianamente segura em sua vida diária e considera que o ambiente físico é saudável. A principal queixa quanto ao ambiente físico foi relacionado ao barulho da vizinhança.

Quando indagadas sobre o dinheiro, destaca-se que 45,9% (17 mulheres) relatam não ter nada, ou muito pouco, para satisfazer suas vontades. Tal dado está em acordo com a questão de número 14, pois 51,3% (19 mulheres) dizem não ter nenhuma, ou muito pouca, oportunidade de lazer. A dificuldade financeira é citada

como motivo de grandes preocupações, levando-as a abandonar o tratamento em detrimento de outras necessidades, a não usar determinados medicamentos, a não realizar alguns exames de controle e até mesmo a não comparecer aos retornos por falta de dinheiro para o transporte. Todas estas situações, associada à dependência a outras pessoas, influenciam no bem-estar das mulheres e, conseqüentemente, negativamente em sua AE (GARCÍA VALENZUELA, 2007).

Recorda-se que das 25 mulheres que trabalhavam anteriormente à cirurgia, somente 11 (44%) haviam retornado ao trabalho até a entrevista. Assim, as mulheres passam a assumir o papel de dona de casa, sem renda fixa e própria. Inúmeras clientes perguntaram quanto ao direito aos benefícios do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez; algumas delas chegaram a entrar com processo exigindo tal direito, mas na maioria dos casos este foi negado. O auxílio-doença é um benefício de curta duração e renovável, pago devido uma incapacidade temporária do trabalhador. Este auxílio cessa quando há a recuperação da capacidade para o trabalho ou devido sua transformação em aposentadoria por invalidez. De acordo com o artigo 27 da Lei nº 3.807/60, a aposentadoria por invalidez é garantida após 12 contribuições mensais, estando ou não o segurado no gozo de auxílio-doença. Normalmente, ao incapacitar-se para o trabalho, o segurado passa a gozar do auxílio-doença e, posteriormente, constatando em perícia médica que ele não tem condições de recuperar-se nem para o trabalho que exercia nem para qualquer outro tipo de trabalho, passa a gozar da aposentadoria por invalidez (GUIA... [2010]).

Vinte e uma mulheres disseram que o acesso às informações de que precisam é mediano, confrontando com a assertiva 24, onde referem estar satisfeitas com o acesso ao serviço de saúde. Esperar-se-ia que a garantia de acesso a tais serviços, fosse também garantia de acesso às informações, por este constituir-se o local ideal (no que tange recursos humanos, físicos e tecnológicos) para que as mulheres sanassem suas dúvidas, mas não é o que ocorre.

4.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA

Tabela 9 – Correlação de *Pearson* entre domínio físico e variáveis sociodemográficas e clínicas. Uberaba (MG), 2011.

	Domínio físico Correlação de Pearson (r)	P
Idade (anos completos)	0,22	0,18
Escolaridade	0,20	0,22
Renda familiar (em reais)	0,07	0,66
Tempo de cirurgia (meses)	0,06	0,72

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Nota-se que não houve nenhuma correlação entre o domínio físico e a idade, a escolaridade, a renda familiar e o tempo de cirurgia. Isto vem a reforçar que a personalidade da mulher, os fatores de enfrentamento e o apoio familiar, por exemplo, vêm a influenciar mais que as variáveis citadas acima.

No que tange à escolaridade, ao contrário do que foi encontrado neste estudo, pesquisa realizada na cidade de Antioquia - Colômbia (2010) encontrou que mulheres com maior escolaridade possuem melhor QV (SALAS ZAPATA; GRISALES ROMERO, 2010).

Tabela 10 – Correlação de *Pearson* entre domínio psicológico e variáveis sociodemográficas e clínicas. Uberaba (MG), 2011.

	Domínio psicológico Correlação de Pearson (r)	P
Idade (anos completos)	0,24	0,15
Escolaridade	- 0,04	0,82
Renda familiar (em reais)	0,12	0,49
Tempo de cirurgia (meses)	- 0,20	0,24

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Percebe-se que não há nenhuma correlação entre este domínio e os itens da tabela 10. Sabe-se que 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 as mães e a feminilidade. Além disto, há fatores como a maturidade das pacientes mais velhas e também as expectativas das mais jovens em terem filhos, tendo que adiar o plano de maternidade, além de estarem expostas

ao risco de uma menopausa precoce (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; HUGUET et al., 2009). Mesmo com tais conhecimentos, neste estudo, não se encontrou tal relação. Talvez, pela média de idade ter sido de 56,11 anos, idade na qual a mulher já possui o número de filhos definido e, normalmente, já está no climatério.

Quanto à escolaridade, o identificado está em desacordo com Huguét et al. (2009) e Salas Zapata e Grisales Romero (2010); para estes autores, quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de QV. No que tange à renda familiar, de acordo com a literatura, mulheres com uma condição social melhor têm uma recuperação mais rápida e conseguem enfrentar os problemas decorrentes do tratamento melhor do que aquelas com estrato social mais baixo (HUGUET et al., 2009). Porém, tal fato também não foi observado neste estudo.

Para Azevedo e Lopes (2010), independentemente do tempo de cirurgia, a mulher permanece rodeada por incertezas. No presente estudo, não se encontrou nenhuma associação entre tais variáveis, talvez pelo fato de o número de sujeitos ser pequeno, apesar de ser constituído por todas as mulheres encontradas no período descrito.

Tabela 11 – Correlação de *Pearson* entre domínio social e variáveis sociodemográficas e clínicas. Uberaba (MG), 2011.

	Domínio social	
	Correlação de Pearson (r)	P
Idade (anos completos)	0,09	0,59
Escolaridade	0,13	0,43
Renda familiar (em reais)	0,33	0,05
Tempo de cirurgia (meses)	0,14	0,41

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Verificou-se correlação positiva e moderada para a renda familiar e nenhuma correlação entre as demais variáveis.

Mulheres com maior nível de escolaridade têm melhor autopercepção sobre sua sexualidade, apresentando melhores índices de QV (HUGUET et al., 2009; SALAS ZAPATA; GRISALES ROMERO 2010). Isto pode estar relacionado ao fato de possuírem mais recursos internos para lidar com a doença, maior apoio e compreensão familiar e uma noção mais aproximada da extensão da enfermidade (HUGUET et al., 2009). Mesmo com tais justificativas, isto não foi observado nesta pesquisa.

Outro estudo também identificou relação diretamente proporcional em relação ao domínio social e a renda familiar (SALAS ZAPATA; GRISALES ROMERO, 2010). Considera-se que uma melhor condição econômica faça com que as mulheres frequentem espaços outros além do domicílio, que convivam com outras pessoas, que tenham maior apoio da família e dos amigos e que conversem sobre diversos assuntos. Segundo depoimento de uma mulher portadora do CA de mama, em estudo desenvolvido por Salci e Marcon (2010), esta refere que além de não gostar de falar sobre o assunto, deseja que as pessoas abordassem outros temas além da doença, demonstrando a importância do convívio social e oportunidades de lazer.

Tabela 12 – Correlação de *Pearson* entre domínio ambiental e variáveis sociodemográficas e clínicas. Uberaba (MG), 2011.

	Domínio ambiental Correlação de Pearson (r)	P
Idade (anos completos)	0,39	0,02
Escolaridade	0,11	0,52
Renda familiar (em reais)	0,28	0,09
Tempo de cirurgia (meses)	-0,19	0,26

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Identificou-se, somente, a existência de correlação moderada para idade.

Com relação à renda familiar, esperar-se-ia que o nível econômico da paciente lhe garantisse comodidades e privilégios, os quais permitissem um maior e melhor seguimento e acompanhamento, tanto de apoio à saúde pessoal quanto psicológico e social (SALAS ZAPATA; GRISALES ROMERO, 2010), porém não foi o que se detectou. Ainda, com relação à escolaridade, acreditar-se-ia que mais anos de estudo garantissem também maior acesso à informação e que estas pessoas cuidassem mais e melhor de sua saúde, mas também não foi o que se verificou.

Salas Zapata e Grisales Romero (2010) também encontraram associação estatisticamente significativa entre o domínio ambiental e a idade. Acredita-se que mulheres mais velhas sintam-se mais seguras, tenham maior resiliência e as questões subjetivas bem resolvidas, sendo menos afetadas nas questões do domínio ambiental.

Tabela 13 – Avaliação do domínio físico conforme variáveis qualitativas. Uberaba (MG), 2011.

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	

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Aponta-se, primeiramente, o agrupamento realizado: como 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.

Posteriormente, destaca-se a diferença entre as médias relativas ao domínio físico quando analisado se a cirurgia ocorreu do lado dominante, se realizaram reconstrução mamária e se trabalhavam anteriormente à cirurgia. Particularmente no caso do lado de realização da cirurgia esta diferença foi estatisticamente significativa.

O fato de a cirurgia ocorrer do lado não dominante da paciente elevou a média de QV em 13,87 pontos. Os cuidados com o membro homolateral à cirurgia devem permanecer durante toda a vida da mulher, visto que o linfedema, uma das possíveis complicações da cirurgia, pode ocorrer a qualquer momento, independente do tempo decorrido desta (PANOBIANCO et al., 2008). Evitar carregar peso, dormir sobre o braço operado, não realizar movimentos repetitivos, evitar altas temperaturas e alterações da pressão atmosférica são cuidados importantes e por toda a vida. Estas restrições limitam a realização de certas atividades no domicílio e/ou no trabalho, fazendo com que esta mulher se sinta incapacitada, resultando em uma menor QV.

Quanto ao fato de trabalhar ou não, quem não trabalhava obteve média superior. A cirurgia pode gerar uma mudança no *status* de emprego da mulher,

assim como em suas relações sociais e na sua capacidade física (AVELAR et al., 2006). Portanto, se a mulher mesmo antes de ser diagnosticada como portadora do CA de mama já não trabalhava, o impacto do CA em sua rotina e no seu papel dentro da família será menor. Quanto menores as alterações nas atividades de vida diária destas mulheres, menores serão os impactos decorrentes da cirurgia.

Tabela 14 – Avaliação do domínio psicológico conforme variáveis qualitativas. Uberaba (MG), 2011.

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. Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Os maiores escores relativos ao domínio psicológico foram em mulheres que realizaram cirurgia radical, esta não ocorreu do lado dominante, realizaram reconstrução mamária, não trabalhavam anteriormente à cirurgia e não tinham união estável. Ressalta-se, no entanto, que em nenhum destes casos houve diferença estatisticamente significativa entre seus pares.

Interessante observar que mulheres mastectomizadas obtiveram escores maiores que as que realizaram cirurgia conservadora, mesmo que esta diferença seja pequena. Sugere-se que isto esteja relacionado ao fato da associação da cirurgia radical com o menor risco de recorrência da doença, refletindo positivamente no estado psicológico destas mulheres (VEIGA et al., 2010). Além disto, a realização da reconstrução mamária também atua positivamente na AE e na QV das mulheres. Considerando-se que dentre as 17 mulheres que realizaram mastectomia, apenas quatro delas fizeram a reconstrução mamária, pressupõe-se que haja outros fatores envolvidos como a resiliência, a rede social e as mudanças provocadas pelo diagnóstico e tratamento na vida da mulher.

Tabela 15 – Avaliação do domínio social conforme variáveis qualitativas. Uberaba (MG), 2011.

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. Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

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

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, à imagem corporal e à prática de esportes (HUGUET et al., 2009). Houve relatos durante as entrevistas de mulheres que se divorciaram após a cirurgia oncológica, que nunca mais se olharam no espelho, que não apareciam nuas frente a seus companheiros, que diminuíram a frequência das relações sexuais, que se distanciaram de amigos e familiares e até mesmo que deixavam de sair com medo e vergonha das pessoas perceberem sua mutilação. Muitas tentavam minimizar este impacto através da utilização de próteses externas ajustadas ao sutiã, normalmente confeccionadas pelas próprias mulheres; porém, pelos dados obtidos, estas não conseguem elevar a AE das mulheres. Para a recuperação psíquica e sexual da mulher, 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 facilmente, assim como a continuidade da união (SÁNCHEZ, 2010).

Destaca-se também que as pessoas que disseram não ter união estável obtiveram escores maiores. Isto está em desacordo com Avelar et al. (2006), pois para eles, mulheres sem união estável possuem pior QV. O encontrado neste estudo pode ser justificado pelo fato de que, em alguns casos, as mulheres apesar de terem perdido seu marido, serem divorciadas ou mesmo as que se declararam solteiras, terem um namorado. Além do que, deve-se considerar também a qualidade do relacionamento e não somente a existência deste.

Tabela 16 – Avaliação do domínio ambiental conforme variáveis qualitativas. Uberaba (MG), 2011.

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. Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A maior diferença entre todos os domínios apresentados quando abordado sobre o tipo de cirurgia foi notado no domínio ambiental. De acordo com Huguet et al. (2009), a QV de mulheres que se submeteram a 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. Além disto, a média de renda familiar entre as mulheres que realizaram cirurgia conservadora (R\$ 1.946,50) foi maior que dentre as que realizaram mastectomia (R\$1.281,76). Esperar-se-ia que pessoas com maior poder aquisitivo teriam maior segurança, morariam em locais mais saudáveis, teriam maior acesso às informações, mais oportunidades de lazer, enfim, uma maior QV, como afirmam Huguet et al. (2009). Porém, não foi o que se detectou. Pode-se inferir que, principalmente para as mulheres com menor poder aquisitivo, a questão financeira não tenha tanto valor. Conforme impressões da entrevistadora tratam-se de mulheres humildes e conformadas com o que tem, pois

apesar de parecer pouco à vista dos outros, para elas tudo foi conseguido com muita luta e esforço.

Ao contrário do que foi observado nos demais domínios, no ambiental, mulheres nas quais a cirurgia foi realizada do lado dominante destas obtiveram maiores escores de QV. Com isto, 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. Aqui, o bem estar psicológico e os aspectos pessoais da mulher, como a resiliência e as experiências anteriores, influenciam mais na QV.

Com relação à realização de reconstrução mamária, situação de trabalho anterior à cirurgia e união estável, o perfil encontrado neste domínio foi semelhante ao dos domínios psicológico e social. Porém, no caso da reconstrução mamária, neste domínio, a diferença em realizar ou não tal procedimento mostrou-se estatisticamente significativa.

Mulheres que passaram pela reconstrução mamária tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência, percebe-se melhora no senso de feminilidade e no relacionamento sexual, além de diminuir o medo da recidiva devido à remoção da cicatriz (VIANNA, 2004). Desta maneira, nota-se que a realização deste procedimento cirúrgico, melhora não somente o domínio ambiental da QV, mas também os demais.

Tabela 17 – Correlação de *Pearson* entre qualidade de vida e autoestima. Uberaba (MG), 2011.

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Autoestima	0,56 (p= 0,00)	0,54 (p= 0,001)	0,20 (p= 0,225)	0,42 (p= 0,01)

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Percebe-se que não houve correlação entre a AE e o domínio social; correlação moderada entre a AE e o domínio ambiental e correlação forte entre a AE e os domínios físico e psicológico.

A não existência de correlação detectada entre a AE e o domínio social pode ser explicada pelo fato de que as participantes estejam mudando sua conduta em público, no caso para a entrevistadora, ao afirmarem estar com uma boa autoestima

e, no entanto, esta não ser acompanhada por uma mudança de autoconceito (CASIQUE, 2004). Esperar-se-ia que a AE estivesse fortemente ligada ao domínio social, considerando que uma pessoa com AE positiva estaria mais receptiva ao contato com o próximo.

O CA de mama carrega consigo ansiedades, medos, distúrbios no autoconceito, depressão e mudanças na autoimagem e na autoestima da mulher (CAETANO; SOARES, 2005). Considerando-se que a AE pode ser percebida através de relatos verbais e comportamentos, atitudes como a reclusão dentro do domicílio, diminuição dos cuidados com a saúde e reclamações referentes ao ambiente em que vive podem ser indicativos de uma baixa AE. Assim, uma baixa AE, e vice-versa, influenciarão não somente na percepção da mulher acerca de si mesma, mas também com relação às coisas ao seu redor.

De acordo com García-Viniegras e Blanco (2007), os transtornos que mais acometem as mulheres com CA de mama são a ansiedade, a vergonha, a insônia e os sentimentos de inutilidade e desvalorização pessoal. Desta forma, tais transtornos além de afetar a AE das mulheres refletem no sono/repouso, na energia para realização das atividades cotidianas e na capacidade para o trabalho, ou seja, no domínio físico. Notou-se o uso de antidepressivos e ansiolíticos por muitas mulheres, visando minimizar os transtornos citados anteriormente, porém elas desconsideram os efeitos colaterais inerentes a estes remédios.

Por último, tem-se também a correlação forte da AE com o domínio psicológico. A personalidade da mulher determinará seu enfrentamento frente ao CA de mama e seu bem-estar. A autoconfiança, a estabilidade emocional, a fortaleza, a afetividade positiva, a autodeterminação, a competência e a autoestima condicionam o bem estar psicológico em qualquer fase da vida da mulher (GARCÍA-VINIEGRAS; BLANCO, 2007). Além disto, considerando-se os itens que compõem o domínio psicológico, uma boa autoimagem fomenta a AE (CASIQUE, 2004). Assim, mulheres com sentimentos positivos em relação a si próprias, tendem a melhores escores no domínio psicológico. Lembra-se que o impacto psicopatológico é maior no período em que o diagnóstico está para ser confirmado do que quando decorrido um ano deste (CASIQUE, 2004).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar a AE e a QV de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano. Realizou-se também a caracterização sociodemográfica e clínica destas mulheres, a influência destas variáveis na AE e na QV, assim como da AE sobre a QV.

O grupo de sujeitos (n= 37) foi composto principalmente por mulheres entre 41 e 50 anos; com baixa escolaridade; casada; católica; dentre as que trabalhavam, a maioria não havia retornado ao trabalho e a renda familiar era, em média, R\$ 1.646,49. Com relação aos aspectos clínicos, a maior parte realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo; de 25 a 36 meses anterior à data da entrevista e fizeram tratamentos complementares, principalmente a hormonioterapia.

No que tange à autoestima, a maioria apresentou autoestima alta, porém de acordo com a média (30,32 pontos) esta equivale a autoestima média. O alfa de *Cronbach* foi de 0,77. Identificou-se correlação moderada e positiva entre a AE e a escolaridade, assim como diferenças estatisticamente significantes entre as médias da AE relativas às mulheres que realizaram, ou não, cirurgia do lado dominante e reconstrução mamária. Possuem autoestima alta: mulheres casadas, que retornaram ao trabalho, que realizaram reconstrução mamária, que não fizeram nenhum tratamento complementar ou se este foi a hormonioterapia.

Com relação à QV, os melhores escores encontrados foram referentes ao domínio social (média 62,39 e alfa de *Cronbach* 0,51) e psicológico (média 60,13 e alfa de *Cronbach* 0,76), seguido pelo domínio físico (média 57,91 e alfa de *Cronbach* 0,78) e ambiental (média 54,73 e alfa de *Cronbach* 0,71). Quando analisada a relação da QV com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se correlação somente entre o domínio social e a renda familiar e entre o domínio ambiental e a idade (ambos os casos com correlação positiva e moderada). Apresentaram diferenças estatisticamente significantes: o lado de realização da cirurgia (domínio físico); o fato de possuir, ou não, união estável (domínio social) e a realização da reconstrução mamária (domínio ambiental).

Por último, quando correlacionada a AE com os diferentes domínios da QV, encontrou-se correlação moderada entre a AE e o domínio ambiental e correlação forte entre a AE e os domínios físico e psicológico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se a existência de uma vasta literatura relacionada à QV de mulheres portadoras de CA de mama, porém, em sua maioria, esta dizia respeito a um pós-operatório a curto e médio prazo. No que tange à AE, no entanto, a literatura é bastante escassa. Percebeu-se então, uma necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas, tanto sobre AE quanto de QV, no pós-operatório a longo prazo.

Além disto, pôde-se entender que mesmo decorrido um longo período do procedimento cirúrgico, as mulheres ainda possuem necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e espirituais a serem atendidas. Apesar de cada mulher ter suas particularidades, há certos traços em comum que permitem identificar aquelas que terão maior dificuldade para o enfrentamento do câncer. Assim, é fundamental um cuidado humanizado e participativo de toda a equipe envolvida, desde o recebimento do diagnóstico até o pós-operatório tardio.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010.

ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 669 - 680, 2003.

AVELAR, A. M. A. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 11-20, jan./fev. 2006.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1067-1070, nov./dez. 2010.

BANDEIRA, M. et al. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 111-121, abr./jun. 2005.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Brasília: AMB/CFM, 2001.

BRAGANHOLLO, L. P. **A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados, qualidade de vida e auto-estima**. 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BRANDEN, N. **Autoestima**: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: MS, 2006.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 210-216, maio/ago. 2005.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 614-621, set./out. 2003.

CANGUSSU, R. O. et al. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck- Short form. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 106-110, 2010.

CARVALHO, C. M. R. G. et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 579-582, jul./ago. 2009.

CASIQUE, L. C. **Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya- México**. 2004. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

COUCEIRO, T. C. M.; MENEZES, T. C.; VALENÇA, M. M. Síndrome dolorosa pós-mastectomia. A magnitude do problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 358-365, maio/jun. 2009.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.rbcop.org.br/imageBank/PDF/19-01-04pt.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, (supl.1), p. 69-87, jul. 2010.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FUREGATO, A. R. F. et al. Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006.

GARCÍA VALENZUELA, M. L. R. **Auto-imagem, auto-estima e relacionamento conjugal como dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas**: uma visão sociocultural. 2007. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GARCÍA-VINIEGRAS, C. R. V.; BLANCO, M. G. Bienestar psicológico y cáncer de mama. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, Colombia, v. 25. p. 72-80, 2007.

GEBRIM, L. H. et al. **Câncer de mama**: prevenção secundária. Brasília: AMB/ANSS, 2011.

GUIA Trabalhista. **Aposentadoria por invalidez e o auxílio doença**. [2010]. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/invalidezoeauxilioenferma.htm>>. Acesso em: 26 set. 2011.

HOVING, J. L.; BROEKHUIZEN, M. L. A.; FRINGS-DRESEN, M. H. W. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. **BioMed Central Cancer**, v. 9, n. 1, p. 117, 2009.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MARÇOLA, L.; VALE, I. N. Avaliação da auto-estima de gestantes: subsídio para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê. In: CONGRESSO INTERNO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNICAMP, 25., 2007, Campinas. **Anais...** Campinas: FCM/UNICAMP, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MELO, E. M. et al. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 21-28, 2002.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 4, p. 568-574, 2010.

PANOBIANCO, M. S. et al. Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 807-816, out./dez. 2008.

PAREDES, T. et al. Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 73-87, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 791-795, 2006.

QUAGGIO, C. M. P. **Hanseníase**: qualidade de vida dos moradores da área social do Instituto Lauro de Souza Lima. 2005. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2005.

QUIALA, M. F.; RODRÍGUEZ, I. Z. Autoestima en el personal de enfermería. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 15, n. 3, p. 184-189, 1999.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent selfimage**. New Jersey: Princeton University Press, 1965.

SALAS ZAPATA, C.; GRISALES ROMERO, H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Bogotá, v. 28, n. 1, p. 9-18, 2010.

SALCI, M. A., MARCON, S. S. A convivência com o fantasma do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 18-25, mar. 2010.

SÁNCHEZ, R. B. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. **Index Enfermería**, Granada, v. 19, n. 1, p. 24-28, ene./mar. 2010.

SANTOS, M. C. L. et al. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 675-678, jul./ago. 2010.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 688-695, jul./ago. 2010.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, R. M. et al. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 902-908, 2009.

SILVA, T. B. C. et al. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 113-119, 2010.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 395-408, abr./jun. 2009.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada**. 2010. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, London, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

UFRGS: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Psiquiatria: **[Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998]**. Porto Alegre: UFRGS, [2010]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/>>. Acesso em: 15 julho 2011.

VEIGA, D. F. et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 51-57, jan./mar. 2010.

VIANNA, A. M. S. A. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 203-210, set./dez. 2004.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 63-70, jan./abr. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você teve uma doença chamada câncer de mama, realizou cirurgia na mama e está sendo convidada a participar do estudo “Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a autoestima e a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Caso você participe, serão necessárias algumas informações pessoais e que você responda algumas questões sobre o tema da pesquisa. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 8803-1112/ (34) 9978-0904

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
E CLÍNICA

Nº _____

DATA DA ENTREVISTA ___/___/___ DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

DATA DA CIRURGIA ___/___/___

TIPO DE CIRURGIA 1 () Conservadora 2 () Radical

LADO DA CIRURGIA 1 () Direito 2 () Esquerdo 3 () Direito e esquerdo

A CIRURGIA OCORREU DO MESMO LADO DA MÃO DOMINANTE? 1 () Sim 2 () Não

REALIZOU TRATAMENTOS COMPLEMENTARES? 1 () Sim 2 () Não

SE SIM, QUAL/QUAIS? QT Neoadjuvante 1 () Sim 2 () Não -66 () Não se aplica
 QT Adjuvante 1 () Sim 2 () Não -66 () Não se aplica
 RT 1 () Sim 2 () Não -66 () Não se aplica
 Hormonioterapia 1 () Sim 2 () Não -66 () Não se aplica

REALIZOU RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA? 1 () Sim 2 () Não

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO (EM MESES)? _____ -66 () Não se aplica

VOCÊ TRABALHAVA ANTERIORMENTE À CIRURGIA? 1 () Sim 2 () Não

SE SIM, JÁ VOLTOU AO TRABALHO? 1 () Sim 2 () Não -66 () Não se aplica

QUANTO TEMPO APÓS A CIRURGIA (EM MESES)? _____ -66 () Não se aplica

ANOS DE ESTUDO SEM REPETIR A MESMA SÉRIE _____

RENDA FAMILIAR _____

SITUAÇÃO CONJUGAL 1 () casada 2 () solteira 3 () viúva 4 () divorciada
 5 () separada 6 () mora com companheiro fixo

RELIGIÃO 1 () Católico 2 () Evangélico 3 () Espírita 4 () Outras 5 () Sem religião

VOCÊ SE CONSIDERA PRATICANTE? 1 () Sim 2 () Não -66 () Não se aplica

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Assinale a resposta que mais se aproxima da afirmação.

1. De forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).
 - 1) Concordo plenamente
 - 2) Concordo
 - 3) Discordo
 - 4) Discordo plenamente

2. Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).
 - 1) Concordo plenamente
 - 2) Concordo
 - 3) Discordo
 - 4) Discordo plenamente

3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
 - 1) Concordo plenamente
 - 2) Concordo
 - 3) Discordo
 - 4) Discordo plenamente

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
 - 1) Concordo plenamente
 - 2) Concordo
 - 3) Discordo
 - 4) Discordo plenamente

5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que eu não tenho muito do que me orgulhar.
 - 1) Concordo plenamente
 - 2) Concordo
 - 3) Discordo
 - 4) Discordo plenamente

6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

- 1) Concordo plenamente
- 2) Concordo
- 3) Discordo
- 4) Discordo plenamente

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

- 1) Concordo plenamente
- 2) Concordo
- 3) Discordo
- 4) Discordo plenamente

8. Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).

- 1) Concordo plenamente
- 2) Concordo
- 3) Discordo
- 4) Discordo plenamente

9. Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

- 1) Concordo plenamente
- 2) Concordo
- 3) Discordo
- 4) Discordo plenamente

10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

- 1) Concordo plenamente
- 2) Concordo
- 3) Discordo
- 4) Discordo plenamente

ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

NÍVEL EDUCACIONAL	Analfabeto	(1)
	I grau incompleto	(2)
	I grau completo	(3)
	II grau incompleto	(4)
	II grau completo	(5)
	III grau incompleto	(6)
	III grau completo	(7)
	Pós-Graduação incompleto	(8)
	Pós-Graduação completo	(9)

ESTADO CIVIL	Solteira	(1)
	Casada	(2)
	Vivendo como casada	(3)
	Separada	(4)
	Divorciada	(5)
	Viúva	(6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE	muito ruim	(1)
	fraca	(2)
	nem ruim nem boa	(3)
	boa	(4)
	muito boa	(5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Auto-administrado	(1)
Assistido pelo entrevistador	(2)
Administrado pelo entrevistador	(3)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2 - Quão satisfeita você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5- O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 - O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15 - Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16 - Quão satisfeita você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18 - Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19 - Quão satisfeita você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20 - Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22 - Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23 - Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24 - Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25 - Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



1/3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA HÁ PELO MENOS UM ANO
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 18-03-2010
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1629

SUMÁRIO DO PROJETO

1. OBJETIVOS

- Descrever aspectos da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, submetidas à cirurgia no HC/UFTM, no período de 2007 a 2009;
- Identificar o impacto da mastectomia na qualidade de vida destas mulheres.

2. JUSTIFICATIVA

O câncer de mama, por se tratar da neoplasia mais comum entre as mulheres, deve ser amplamente estudado em todos os seus aspectos. A mulher que é diagnosticada com tal neoplasia passa por um processo de dúvidas, medos e aceitação, transformações tanto de ordem social, física e, principalmente, emocional.

A manutenção de uma boa qualidade de vida antes e após a realização do procedimento é essencial para a adesão ao tratamento assim como para a recuperação. E, para que isto se torne possível, o profissional de saúde tem papel relevante que deve partir do conhecimento conceitual sobre câncer de mama, seus tratamentos, complicações e implicações. Posteriormente, conhecer quais os principais medos e angústias que atingem as mulheres. Desta forma, ele está apto a responder as dúvidas e ajudar a mulher no enfrentamento deste problema.

Assim, este estudo se justifica pela importância da identificação de quais são os aspectos mais afetados na QV de mulheres após a realização da mastectomia, para que o profissional de saúde atue de forma preventiva nestes pontos, preparando a mulher para proceder positivamente em relação às mudanças físicas e comportamentais decorrentes do tratamento.

3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Mulheres maiores de 18 anos com diagnóstico de câncer de mama e que, como parte do tratamento fez-se necessário a realização de mastectomia.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídas no estudo todas as mulheres, maiores de 18 anos de idade, submetidas à mastectomia (total ou parcial) na CGO/HC/UFTM, no período de 2007 a 2009 – há pelo menos um ano da realização da entrevista, residentes no município de Uberaba/MG, e que concordarem em participar mediante a compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa. E como critérios de exclusão, mulheres **menores de 18 anos e/ou que se recusarem a participarem da pesquisa.**

5. ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

Tipo de estudo: estudo descritivo, transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa.

Campo de estudo: o estudo será realizado na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia (CGO) do HC/UFTM através de busca ativa de mulheres que realizaram mastectomia no período de 2007 a 2009.

Período: A busca ativa e as entrevistas ocorrerão no período de janeiro a junho de 2011.

Coleta de dados: A coleta de dados será realizada primeiramente através de busca ativa de mulheres mastectomizadas, atendidas no serviço referido e no período descrito, residentes no município de Uberaba/MG, localizadas mediante consulta aos registros dos atendimentos; posteriormente será agendado visita domiciliar, para aplicação do instrumento (Anexo 1). Utilizar-se-á para a coleta de dados a versão



2/3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA HÁ PELO MENOS UM ANO

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 18-03-2010

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1629

abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, o WHOQOL- *bref*. Este instrumento compõe-se, inicialmente, pela Ficha de Informações sobre o Respondente, a qual destina-se à coleta de dados sócio-demográficos e de saúde dos sujeitos. Já a segunda, sobre qualidade de vida propriamente dita, compõe-se de 26 questões, sendo duas sobre qualidade de vida geral e as demais 24 representam os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A primeira parte será escrita pelo entrevistador e a segunda parte pelo próprio entrevistado, cabendo ao entrevistador apenas reler pausadamente com a paciente a questão em caso de dúvidas. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica ou outros) o instrumento poderá ser aplicado pelo entrevistador. As respostas para todas as questões do WHOQOL-*bref* são obtidas através de uma pontuação que varia de 1 a 5. Sendo que os escores mais altos denotam melhor qualidade de vida.

Tratamento dos dados: Para o cálculo dos escores dos domínios, utilizar-se-á a sintaxe oferecida pelo WHOQOL Group para ser usada no programa de software SPSS (Statistical Package for Social Science). Com ele, o programa pode checar, recodificar e estabelecer os escores dos domínios e das questões de qualidade de vida geral. Para análise dos dados, utilizar-se-á da estatística descritiva (frequência, proporção, medidas de posição e dispersão) e o coeficiente de Pearson para avaliar a correlação de cada domínio com a qualidade de vida geral. O valor de $p < 0,05$ ($\alpha = 5,0\%$) será adotado como nível crítico.

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

O HC/UFTM mantém em seus registros a identificação necessária à localização das pacientes, sendo necessário apenas consultá-los e copiar as informações; a localização, por telefone, das pacientes e as visitas domiciliares, serão realizadas com recursos das pesquisadoras envolvidas. Serão necessários computadores, impressoras e folhas de papel A4 disponíveis pelas cotas da pesquisadora responsável no Curso de Pós Graduação em Atenção à Saúde (CPG-AS) do Centro de Graduação de Enfermagem (CGE), onde esta se insere. Despesas outras serão custeadas também pela pesquisadora.

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos previstos de perda de confiabilidade dos dados e provocação de reações desagradáveis de pesar entre as pacientes serão contornados conforme descrito, e o benefício será a aquisição de conhecimentos sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, a médio prazo, com a finalidade de se propor estratégias adequadas de assistência no acompanhamento às mulheres.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Pretende-se, a partir da análise dos dados obtidos, avaliar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que como parte do tratamento fez-se necessário a realização de mastectomia.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Folhas A4 (quatro pacotes): R\$ 40,00.

Fotocópias (mil unidades): R\$ 150,00

Transporte (cem viagens interbairros): R\$ 220,00.

Telefone: R\$ 100,00



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS
IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA HÁ PELO MENOS UM ANO

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 18-03-2010

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1629

Total de gastos aproximado: R\$ 510,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

Salário de professor adjunto IV da UFTM.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O mesmo será obtido pela pesquisadora, após abordagem da entrevistada para esclarecimento da pesquisa e de possíveis dúvidas, no momento da coleta de dados.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 21-05-2010

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora

Pedido deExtensão - Terra Mail - Msg 123

Página 1 de 1

De: "cep" <cep@pesqpg.uftm.edu.br>
Para: sueliriul@terra.com.br
Assunto: Pedido deExtensão

Enviado: Sex 17/12/10 11:10
Prioridade: Normal

Professora Sueli,

Informamos que o pedido de extensão ao Protocolo 1629 (AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA HÁ PELO MENOS UM ANO), de sua autoria, foi aprovada.

O documento será encaminhado a V. Sa. na primeira semana de janeiro/2010.

Secretaria-CEP/UFTM

De: "cep" <cep@pesqpg.uftm.edu.br> - Pedido deExtensão

<http://mail.terra.com.br/95trr/reademail.php?print=1&id=3949&folder=Inbox&cache...> 18/12/2010