MARIA LISETE BORGES DE MENESES PARREIRA DE BRUGES



MASTECTOMIA E AUTOCONCEITO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO 2003

ICBAS
U BIBLIOTECA P
PORTO
9762

MARIA LISETE BORGES DE MENESES PARREIRA DE BRUGES

MASTECTOMIA

E

AUTOCONCEITO

Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Orientador – Professor Doutor João Manuel da Costa Amado

Co-orientador - Professor Doutor Amilcar Rodrigues Augusto

Dedico este trabalho ao meu marido e aos meus filhos, João, José, Duarte, Ana, Jácome e Vitória, aos meus netos, Francisco, Olívia e Alana e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor João Manuel da Costa Amado, pelas suas sugestões, bem como pela sua disponibilidade e pela ajuda na construção do meu percurso.

Ao Professor Doutor Amilcar Rodrigues Augusto, pela pertinência das suas observações e, também, pela sua disponibilidade

Ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra, pela cedência das duas escalas desde o autoconceito físico até ao autoconceito social e emocional.

Ao Dr. Ramiro Délio Borges de Meneses pela sua preciosa colaboração.

Ao Dr. Pedro Ferreira pela sua orientação e supervisão relativamente à adequação dos testes estatísticos seleccionados para comprovar as hipóteses.

Aos enfermeiros vogais dos Centros de Saúde das ilhas: St. Maria, S. Miguel, S. Jorge, Graciosa, Faial, Pico e Flores, por terem disponibilizado enfermeiros para a colheita de dados.

A todos os enfermeiros dos Centros de Saúde de: Vila do Porto (Ilha de Santa Maria); Ponta Delgada, Vila Franca, Ribeira Grande, Povoação e Nordeste (Ilha de S. Miguel); S. Roque, Madalena e Lajes (Ilha do Pico); Calheta e Velas (Ilha de S. Jorge); Santa Cruz da Ilha Graciosa; Santa Cruz da Ilha das Flores e Horta da Ilha do Faial, por terem realizado a colheita de dados do primeiro estudo.

Aos enfermeiros Sérgio Fontes e Luís Miguel Gomes por terem feito a colheita de dados, em todo o Concelho de Vila Nova de Gaia, relativa ao primeiro estudo.

Ao Sr. Jorge Rui Oliveira Pinto e Sra. Rosa Maria Pereira Rocha Cruz, do Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, pela sua preciosa colaboração.

Aos enfermeiros dos serviços de Cirurgia II do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, do Hospital da Horta, do Hospital Eduardo Santos Silva de Vila Nova de Gaia e do Instituto Português de Oncologia do Porto, por terem realizado durante o ano 2000 a colheita de dados.

À Enfermeira Maria de Deus Ferreira do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada e à Enfermeira Fátima Ferreira, do Centro de Saúde de Ponta Delgada, pela colaboração na organização da colheita de dados.

Ao Centro de Oncologia dos Açores e Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, pela sua colaboração na realização do levantamento dos casos de mulheres mastectomizadas.

Aos Presidentes do Conselho de Administração dos Hospitais: do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; Santo Espírito de Angra do Heroísmo; Horta; Eduardo Santos Silva de Vila Nova de Gaia e do Instituto Português de Oncologia, por terem autorizado a colheita de dados, nos serviços de cirurgia, durante o ano 2000.

Ao Doutor Jácome Armas e enfermeiros do serviço de Oncologia Médica pela sua colaboração durante a colheita de dados realizada durante 2000 e 2001.

Ao enfermeiro João Goulart, por se ter encarregado de colher os dados na Ilha de S. Miguel, e à Enfermeira Manuela Reis Amorim por ter colhido os dados, na ilha de S. Jorge, relativos aos seis meses e um ano depois da mastectomia.

Ao Enfermeiro Henrique Pereira do IPO do Porto pela sua preciosa colaboração na preparação das reuniões com os enfermeiros encarregados de colher dados naquele Instituto.

Ao Presidente do Conselho Directivo e Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo pelas facilidades concedidas para a realização deste trabalho.

À Dra. Maria Manuela Coelho de Sousa Rego, pela sua colaboração na revisão do resumo em francês.

À técnica de informática de grau 1, da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Luísa Castro, pela sua colaboração nas dúvidas relativas à informática.

À responsável pelo centro de documentação, Alcide Menezes, da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, pelas pesquisas bibliográficas que realizou.

À enfermeira Margarida Sim-Sim da Escola Superior de Enfermagem de Évora, e ao enfermeiro Rodrigo Chacón, Professor de Enfermagem, no Departamento de Enfermagem da Universidade de Las Palmas, Gran Canaria, pela pesquisa bibliográfica, que fizeram na Internet.

Ao meu marido, José Alpoim Parreira de Bruges pela sua preciosa ajuda em todos os momentos de realização do trabalho.

Finalmente, a todas as mulheres mastectomizadas, da Região Autónoma dos Açores e do Conselho de Vila Nova de Gaia, que acederam participar nestes estudos.

A todos os que me ajudaram, tornando possível a realização deste estudo, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A mastectomia poderá constituir uma mutilação física com efeitos psicológicos na mulher, provocando alterações na forma como esta se percepciona física, emocional e socialmente, isto é, como altera o seu autoconceito físico e aspectos do autoconceito emocional e social.

Numa primeira investigação a um grupo de 165 mulheres com mastectomia, realizada nos anos de 1996, 1997 e 1998, naturais da Região Autónoma dos Açores e do Concelho de Vila Nova de Gaia, foi estudado o autoconceito, com o auxílio do «Inventário do Autoconceito Físico» e «Inventário Clínico de Autoconceito», construídos por Vaz Serra (1988 e 1986) para medirem características físicas, emocionais e sociais do autoconceito. Tratou-se de um estudo descritivo e comparativo de correlação, cujos resultados levaram a extrair as seguintes conclusões:

a) há uma tendência para estas mulheres terem um autoconceito físico e social pobre. Contudo, a população doente subdivide-se em dois grupos: um com um bom autoconceito físico e social e outro com o autoconceito nitidamente mais baixo;

b) entre todos os factores do autoconceito físico, o factor satisfação/insatisfação sexual foi o que se mostrou mais pobre. No autoconceito social, a aceitação/rejeição social, a auto-eficácia e a maturidade psicológica foram os que mais se salientaram pela negativa;

c) Não existe diferença significativa entre as mulheres dos Açores e de Vila Nova de Gaia (teste de Mann-Whitney), nem entre os diferentes grupos etários e nem entre as mulheres que realizaram a mastectomia em anos diferentes, relativamente ao autoconceito físico e social (análise de variância de Kruskal-Wallis);

d) o autoconceito físico negativo parece estar associado à má impressão física, à resposta não verbal. O autoconceito físico positivo parece associado à facilidade no contacto dos olhos, boa vitalidade física e satisfação sexual; a boa impressão física parece associada à satisfação sexual e a má vitalidade física à insatisfação sexual (coeficiente de correlação de Spearman).

e) o autoconceito social positivo parece associado a comportamentos de aceitação social, de auto-eficácia, de maturidade psicológica e de actividade. As mulheres com o autoconceito físico negativo tendem a ter aspectos do autoconceito social e emocional negativo e vice-versa.

No segundo estudo, realizado em 74 mulheres dos Açores e de Vila Nova de Gaia, com diagnóstico de cancro da mama e internadas para serem submetidas a mastectomia, nos serviços de cirurgia dos Hospitais Centrais dos Açores e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e no Instituto Português de Oncologia do Porto, foi também estudado o autoconceito com as mesmas escalas e o mesmo desenho de investigação, tendo-se obtido as seguintes conclusões:

a) estas doentes demonstraram ter o autoconceito físico mais pobre do que as do estudo anterior;

b) entre todos os factores do autoconceito físico, impressão física, vitalidade física e a resposta não verbal foram os que se mostraram mais pobres. No autoconceito social, a auto-eficácia, a maturidade psicológica e a impulsividade foram os mais pobres;

c) como no estudo anterior não houve diferenças significativas entre as mulheres das duas regiões, nem entre os grupos etários, quanto ao autoconceito físico e social;

d) as associações, entre o autoconceito físico e o social, e seus factores foram comprovadas como no estudo anterior, excepto a associação da impressão e da vitalidade física com a insatisfação/satisfação sexual.

No terceiro estudo, realizado em 20 mulheres dos Açores, durante os anos 2000 e 2001, foi estudado também o autoconceito em três momentos (antes da mastectomia e seis meses após a mastectomia e um ano depois), utilizando as mesmas escalas. Tratou-se dum estudo longitudinal, cujos resultados obtidos levaram a extrair as seguintes conclusões:

a) seis meses depois da mastectomia os níveis de autoconceito físico eram ligeiramente mais elevados do que antes daquela, mas um ano depois eram mais pobres;

b) a maioria das mulheres apresentaram um bom autoconceito social nos três momentos;

c) o período dos seis meses parece ser o mais vulnerável, dado que as mulheres parecem ter a percepção de causarem má impressão física nos outros, dificuldade no contacto dos olhos, má vitalidade física e insatisfação sexual. Cerca de 50% das mulheres têm sentimentos negativos de auto-eficácia e de maturidade psicológica;

d)um ano depois da mastectomia, apenas o autoconceito físico, a impressão física, a maturidade psicológica e a impulsividade/actividade apresentam resultados de tendência negativa;

e) não houve evidência estatística que permitisse concluir que o autoconceito físico e o autoconceito social variem ao longo do tempo (dupla variância por postos – X^2 de Friedman).

ABSTRACT

The mastectomy could be a physical mutilation with psychological effects in women, arounsing changes in social, emotional and physical perception, that changes her social and physical self-concept.

Were studied 165 women with mastectomy in 1996, 1997 and 1998, natives from «Região Autónoma dos Açores» and «Vila Nova de Gaia». The self-concept was studied with the «Inventário do Autoconceito Físico» and the «Inventário Clínico de Autoconceito», built by Vaz Serra (1988 and 1986) to measure the social, emotional and physical self-concept. It was a correlational and comparative descriptive study, whose results conducted to draw some inferences:

a) the majority of women has a poor physical and social self-concept. However, the sic population is subdivided in two groups: one with a good social and physical self-concept, and another with a very low self-concept;

b) among all physical self-concept's factors, the «sexual satisfaction/unsatisfaction» was the lowest. In the social self-concept, the social acceptance/rejection, the self-efficacy, and the psychological maturity were more evident by the negative;

c) there isn't significant difference among Açores and Vila Nova de Gaia's women (Mann-Whitney Test), nor among the different ages groups nor the women who had mastectomy in different years, relativeness to the social and physical self-concept (Kruskal-Wallis One-Way Analysis of Variance);

d) the negative physical self-concept seems to be associated to a bad physical impression, to a not verbal behavior. The positive physical self-concept seems associated with a eyes contact facility, with a good physical vitality and with a sexual satisfaction. The good physical impression seems associated with a sexual satisfaction and a bad physical vitality with a sexual unsatisfaction (the Spearman Rank-Order Correlation Coefficient "RHO");

e) the positive social self-concept seems associated with a social acceptance, with a self-efficacy, with a psychological maturity and the activity. Women with negative physical self-concept had a tendency to have negative emocional and social self-concept and *vice versa;*

In the second study, realized with 74 women from Açores and Vila Nova de Gaia, with breast cancer diagnosis, hospitalized to be submited to mastectomy in the central hospitals and in the «Instituto Português de Oncologia do Porto», it was studied the self-concept with the same scales and the same research design, have been obtained the following conclusions:

a) these women have the physical self-concept more poor than the women of the previous study;

b) among all physical self-concept's factors the physical impression, the physical vitality and the not verbal behavior were the lowest. In the social self-concept, the self-efficacy, the psychological maturity and the impulsiveness were the poorest;

c) like in the previous study wasn't significant differences among the women from the two regions, nor among the ages groups, as the social and physical self-concept was concerned;

d) the association between social and physical self-concept and their factors were corroborated like in the previous study, excluding the association of the physical impression and vitality with the sexual unsatisfaction/satisfaction;

In the third study, realized with 20 women from the Açores, between 2000 and 2001 was studied the self-concept in three different periods (before mastectomy, six months and one year after mastectomy). It was a longitudinal design, whose results conducted to draw the following conclusions:

a) six months after mastectomy the physical self-concept's levels were light highest than before from that, but one year after mastectomy they were more poor;

b) the majority of women had a good social self-concept in the three periods;

c) the six months period seems the most vulnerable because the women seems have the perception to cause a bad physical impression in the others, a eyes contact difficulty, a bad physical vitality and sexual unsatisfaction. About 50% of women have perception of negative self-efficacy and psychological maturity;

d) one year after mastectomy only, the physical self-concept, the physical impression, the psychological maturity and the impulsiveness/activity have negative results;

e) there wasn't significant difference in the social and physical self-concept along the time (The Friedman Two-way Analysis of Variance by Ranks).

RÉSUMÉ

La mastectomie pourra être une mutilation physique ayant des effets psychologiques chez la femme, en altérant la manière comme elle se voit sous les aspects physique, émotionnel et social. Dans une première investigation portant sur 165 femmes ayant subi une mastectomie dans la «Região Autónoma dos Açores» et à «Vila Nova de Gaia», pendant les années 1996, 1997 et 1998, l'autoconcept a été étudié, à l'aide de l'utilisation des «Inventário do Autoconceito Físico» et «Inventário Clínico de Autoconceito» du Docteur Vaz Serra (1988 et 1986), pour évaluer des aspects physiques, emotionnels et sociaux de l'autoconcept. Il s'agit d'une étude descriptive de corrélation et comparative, dont les résultats sont les suivants:

a) ces femmes ont tendance avoir autoconcept physique et social pauvres. Mais la population malade est sous-divisée en deux groupes : l'un avec un bon autoconcept physique et social et l'autre avec l'autoconcept beaucoup plus bas;

b) de tous les facteurs de l'autoconcept physique, la satisfaction/insatisfaction sexuelle a été le plus pauvre. Dans l'autoconcept social, l'acceptation/reget social, l'auto-efficacité et la maturité ont été les plus négatifs;

c) il n'y a une différence significative ni entre les femmes des «Açores» et celles de «Vila Nova de Gaia» (test de Mann-Whitney), ni parmi les différentes groupes d'age, ni parmi les femmes qui ont réalisé la mastectomie en différentes années, relativement à l'autoconcept physique et social (Analyse de variance de Kruskal-Wallis);

d) on pense que l'autoconcept physique négatif est associé à la mauvaise impression physique et à la réponse non verbale. On pense aussi que l'autoconcept physique positif est associé à la «facilité des yeux dans les yeux», à la bonne vitalité physique et à la satisfaction sexuelle. Il semble que la bonne impression physique est associée à la satisfaction sexuelle et la mauvaise vitalité physique à l'insatisfaction sexuelle (les corrélations de rang de Spearman);

e) l'autoconcept social positif semble associé à des comportements d'acceptation sociale, d'auto-efficacité, de maturité psychologique et d'activité. Les femmes à l'autoconcept physique négatif tendent à avoir des aspects de l'autoconcept social et émotionnel negatifs et *vice-versa.*

Dans la seconde étude portant sur 74 femmes des «Açores» et de «Vila Nova de Gaia», ayant un diagnostic de cancer du sein et internées pour être soumises à la mastectomie, dans les hôpitaux des «Açores», de «Vila Nova de Gaia» et à l'«Instituto Português de Oncologia do Porto», on a évalué l'autoconcept avec les mêmes instruments de mesure.

a) ces patientes ont démontré avoir l'autoconcept physique plus pauvre que celles de la première étude ;

b) parmi tous les facteurs de l'autoconcept physique, l'impression physique, la vitalité phisique et la réponse non verbale ont été les plus pauvres;

c) il n'y a pas une différence significative, relativement à l'autoconcept physique et social, entre les femmes des «Açores» et celles de «Vila Nova de Gaia» ;

d) ont été confirmées les associations entre l'autoconcept physique et social et leurs facteurs, sauf l'association de l'impression et de la vitalité physique avec l'insatisfaction/satisfaction sexuelle.

Une troisième étude portant sur 20 femmes des «Açores», pendant les années 2000 et 2001, sur l'auto-concept en trois moments (avant la mastectomie, six mois après et une année après l'intervention), avec les mêmes instruments de mesure, une étude longitudinale a conduit aux conclusions suivantes:

a) six mois après la mastectomie, les niveaux de l'autoconcept physique étaient légèrement plus élevés qu' avant la mastectomie, mais une année après ils étaient plus pauvres. La majorité des femmes présentait un bon autoconcept social pendant les trois moments ;

c) la période des six mois semble être la plus vulnérable, car les femmes ont la perception de causer mauvaise impression physique chez les autres, difficulté des yeux dans les yeux, mauvaise vitalité physique et insatisfaction sexuelle. La moitié des femmes a des sentiments d'auto-efficacité et de maturité psychologique négatives;

d) une année après la mastectomie, ce sont seulement l'autoconcept physique, l'impression physique, la maturité psychologique et l'impulsivité/activité ont des résultats de tendance négative;

e) il n'y a pas d'évidence statistique pour conclure que l'autoconcept physique et l'auto-concept social ont des variations le long du temps (X^2 de Friedman).

ÍNDICE GERAL

	Pág.
I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	26
1.1 – A MOTIVAÇÃO	26
1.2 – ANTECEDENTES	29
CAPÍTULO 2 – MASTECTOMIA	31
2.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA	31
2.2 – CLASSIFICAÇÃO DAS MASTECTOMIAS	36
2.3 – IMPLICAÇÕES DA MASTECTOMIA/PRÁTICA DE ENFERMAGEM	42
2.3.1 – Pré-operatório	43
2.3.2 - Pós-operatório	50
2.3.3 - O processo de reabilitação	61
2.3.4 - Breve comentário à actividade dos grupos de auto-ajuda	66
CAPÍTULO 3 – AUTOCONCEITO	68
3.1 – EVOLUÇÃO DA NOÇÃO DE AUTOCONCEITO	68
3.2 – ESTRUTURA DO AUTOCONCEITO	78
3.3 – COMPONENTES DO AUTOCONCEITO	86
3.4 – DISTÚRBIOS DO AUTOCONCEITO	98
II PARTE – INVESTIGAÇÃO: CONTRIBUTO PESSOAL	106
CAPÍTULO 1 - MASTECTOMIA E AUTOCONCEITO	107
1.1 – PERSPECTIVAS DE OUTROS INVESTIGADORES	107
1.2 – MODELO DE ANÁLISE	121
1.3 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES	126
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	130
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS	130
2.2 – POPULAÇÃO	133
2.3 - SELECÇÃO DO MEIO	135
2.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	136

2.5 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 137
2.6 - PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS 138
2.6.1 - Inventário de Autoconceito Físico 139
2.6.2 - Inventário Clínico de Autoconceito 142
2.6.3 – Plano de colheita de dados 144
2.6.4 - Administração das escalas 148
2.6.5 - Organização dos dados 148
2.7 - PLANO DE ANÁLISE DE DADOS 149
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS 151
3.1 – MULHERES MASTETOMIZADAS DE 1996 A 1998 151
3.1.1 – Caracterização da população 151
3.1.2 – Autoconceito físico 160
3.1.3 - Autoconceito social 172
3.1.4 - Autoconceito físico e autoconceito social segundo as regiões (Açores e Vila Nova de Gaia 182
3.1.5 - Relação do autoconceito físico e do autoconceito social com os grupos etários 188
3.1.6 – Autoconceito físico e autoconceito social segundo o ano de realização da mastectomia 192
3.1.7 – Associação do autoconceito físico e do social com os respectivos factores 194
3.2 – DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA MAMA/MASTECTOMIA 197
3.2.1 – Caracterização da população 197
3.2.2 - Autoconceito físico 202
3.2.3 -Autoconceito social e emocional 218
3.2.4 - Autoconceito físico e autoconceito social segundo as regiões 227
3.2.5 - Autoconceito físico e autoconceito social segundo os grupos etários 232
3.2.6 - Associação do autoconceito físico e do autoconceito social com os respectivos factores 236
3.3 – AUTOCONCEITO FÍSICO E AUTOCONCEITO SOCIAL: SEIS MESES E UM ANO DEPOIS DA MASTECTOMIA 240

3.3.1 – Caracterização da população 240
3.3.2 - Autoconceito físico 244
3.3.3 - Autoconceito social e emocional 257
3.3.4 – Autoconceito físico e autoconceito social segundo os grupos etários 269
3.3.5 – Variabilidade do autoconceito físico e do autoconceito social ao longo do tempo 271
3.3.6 – Associação do autoconceito físico com o autoconceito social 272
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 274
4.1 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS 274
4.1.1 – Mulheres mastectomizadas durante os anos 1996, 1997 e 1998 274
4.1.2 – Mulheres com diagnóstico de cancro da mama aguardando mastectomia 286
4.1.3 – Variabilidade do autoconceito ao longo do tempo 290
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO 294
5.1 – CONCLUSÕES 294
5.2 – LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS 298
5.3 – GENERALIZAÇÃO DOS RESULTADOS 301
5.4 – IMPLICAÇÕES 301
5.5 – RECOMENDAÇÕES 303
CAPÍTULO 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 305
ANEXOS – VOLUME II

RELAÇÃO DE FIGURAS

	Pág.
Figura I - 2.1 – Factores que influenciam a adaptação sexual de um casal à mastectomia.	59
Figura I – 3.1 – Representação da organização hierárquica do autoconceito de Shavelson.	82
Figura I – 3.2 – Modelo do autoconceito de Song & Hattie.	85
Figura I – 3.3 – Modelo de diagrama circular: relação recíproca entre auto-conceito e contexto	104
Figura II – 1.1 – Modelo de análise do estudo «Mastectomia e Autoconceito».	122
Figura II – 2.1 – Delineamento do estudo de correlação.	132
Figura II – 2.2 – Delineamento do estudo descritivo comparativo.	132
Figura II - 2.3 – Planeamento dos procedimentos para aplicação das escalas	146

RELAÇÃO DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 3.1 – Distribuição numérica das inquiridas segundo o ano de realização da mastectomia e a região. 158

Gráfico 3.2 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico. 160

Gráfico 3.3 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 – Boa ou má impressão física 164

Gráfico 3.4 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 – Facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos 166

Gráfico 3.5 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 – Boa ou má vitalidade física. 168

Gráfico 3.6 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 – Comportamento não verbal. 170

Gráfico 3.7 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 6 – Insatisfação/satisfação sexual. 171

Gráfico 3.8 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social e emocional. 172

Gráfico 3.9 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 – Aceitação/rejeição social. 176

Gráfico 3.10 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 – Auto-eficácia. 178

Gráfico 3.11 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 – Maturidade psicológica. 179

Gráfico 3.12 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 – Impulsividade/actividade. 180

Gráfico 3.13 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico. 203

Gráfico 3.14 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 – Boa ou má impressão física. 208

Gráfico 3.15 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 – Facilidade/dificuldade no contacto dos olhos. 209

Gráfico 3.16 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 – Boa ou má vitalidade física. 213

Gráfico 3.17 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 – Comportamento não verbal. 214

Gráfico 3.18 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 6 – Insatisfação/satisfação sexual. 218

Gráfico 3.19 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social e emocional. 219

Gráfico 3.20 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 – Aceitação/rejeição social. 222

Gráfico 3.21 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 – Auto-eficácia. 224

Gráfico 3.22 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 – Maturidade psicológica. 225

Gráfico 3.23 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 – Impulsividade/actividade. 227

Gráfico 3.24 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores no autoconceito físico. 228

Gráfico 3.25 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres de Vila Nova de Gaia no autoconceito físico. 229

Gráfico 3.26 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores no autoconceito social e emocional. 229

Gráfico 3.27 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres de Vila Nova de Gaia no autoconceito social e emocional. 230

Gráfico 3.28A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores no autoconceito físico, antes da mastectomia. 244

Gráfico 3.28B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico, seis meses depois da mastectomia. 245

Gráfico 3.28C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico, um ano depois da mastectomia. 245

Gráfico 3.29 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má impressão física, antes da mastectetomia. 249

Gráfico 3.29B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má impressão física, seis meses depois da mastectomia. 250

Gráfico 3.29C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má impressão física, um ano depois da mastectomia. 250

Gráfico 3.30A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor facilidade/dificuldade no contacto dos olhos, antes da mastectomia. 252

Gráfico 3.30B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor facilidade/dificuldade no contacto dos olhos, seis meses depois da mastectomia. 252

Gráfico 3.30C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor facilidade/dificuldade no contacto dos olhos, um ano depois da mastectomia. 252

Gráfico 3.31 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má vitalidade física, antes da mastectomia. 254

Gráfico 3.31 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má vitalidade física, seis meses depois da mastectomia. 254

Gráfico 3.31 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má vitalidade física, um ano depois da mastectomia. 254

Gráfico 3.32 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor comportamento não verbal, antes da mastectomia. 255

Gráfico 3.32 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor comportamento não verbal, seis meses depois da mastectomia. 256

Gráfico 3.32 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas inquiridas no factor comportamento não verbal, um ano depois da

mastectomia. 256

Gráfico 3.33 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor insatisfação/satisfação sexual, antes mastectomia. 258

Gráfico 3.33 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor insatisfação/satisfação sexual, seis meses depois da mastectomia. 258

Gráfico 3.33 C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor insatisfação/satisfação sexual, um ano depois da mastectomia. 258

Gráfico 3.34 A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social, antes da mastectomia. 259

Gráfico 3.34 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social, seis meses depois da mastectomia. 259

Gráfico 3.34 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social, um ano depois da mastectomia. 260

Gráfico 3.35 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor aceitação/rejeição social, antes da mastectomia. 263

Gráfico 3.35 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor aceitação/rejeição social, seis meses depois da mastectomia. 263

Gráfico 3.35 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor aceitação/rejeição social, um ano depois da mastectomia. 263

Gráfico 3.36 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor auto-eficácia, antes da mastectomia. 265

Gráfico 3.36 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor auto-eficácia, seis meses depois da mastectomia. 265

Gráfico 3.36 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas

inquiridas no factor auto-eficácia, um ano depois da mastectomia. 265

Gráfico 3.37 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor maturidade psicológica, antes da mastectomia. 267

Gráfico 3.37 B – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor maturidade psicológica, seis meses depois da mastectomia. 267

Gráfico 3.37 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor maturidade psicológica, um ano depois da mastectomia. 267

Gráfico 3.38 A – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor impulsividade ou actividade, antes da mastectomia. 268

Gráfico 3.38 B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor impulsividade ou actividade, seis meses depois da mastectomia. 269

Gráfico 3.38 C – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor impulsividade ou actividade, um ano depois da mastectomia 269

RELAÇÃO DE HISTOGRAMAS

	Pág.
Histograma 4.1 – Boa/má impressão física – Açores.	183
Histograma 4.2 – Boa/má impressão física – Vila Nova de Gaia.	184
Histograma 4.3 – Boa/má vitalidade física – Açores.	185
Histograma 4.4 – Boa/má vitalidade física – Vila Nova de Gaia.	185
Histograma 4.5 – Satisfação/insatisfação sexual – Açores.	187
Histograma 4.6 – Satisfação/insatisfação sexual – Vila Nova de Gaia.	187

RELAÇÃO DE QUADROS

Pág.

Quadro I - 1.1 – Angústias expressas pelas mulheres mastectomizadas. 29

Quadro I - 2.1 – Diagnósticos de Enfermagem segundo Redfield (1995). 46

Quadro I – 3.1 – Componentes da vida empírica do «mim». 74

Quadro I – 3.2 – Organização multidimensional do autoconceito. 87

Quadro II - 2.1 – Definição operacional de autoconceito e mastectomia. 138

Quadro II - 3.1 – Distribuição numérica do sexo feminino residente nas duas regiões e a percentagem de mastectomias realizadas nos anos 1996, 1997 e 1998. 152

Quadro II - 3.2 – Resultados da 1ª aplicação das escalas de autoconceito, nos Açores e em Vila Nova de Gaia. 153

Quadro 3.3 – Distribuição das pontuações extremas obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico. 161

Quadro 3.4 – Medidas de tendência central e de dispersão. 161

Quadro 3.5 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor 1 – Boa ou má impressão física. 165

Quadro 3.6 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor 6 – Satisfação/insatisfação sexual 171

Quadro 3.7 – Valores extremos do autoconceito social 173

Quadro 3.8 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito social 173

Quadro 3.9 – Percentis das pontuações obtidas no autoconceito social. 173

Quadro 3.10 – Médias, desvios-padrão e proporções das pontuações obtidas pelas inquiridas nos autoconceitos físico, social e nos respectivos factores. 181

Quadro 3.11 - Resultados do teste Mann-Whitney U – autoconceito físico e social em função das regiões. 188

Quadro 3.12 – Teste H de Kruskal-Wallis, relativo ao autoconceito físico e ao autoconceito social em função da idade. 191

Quadro 3.13 – Teste H de Kruskal-Wallis relativo ao autoconceito físico e ao autoconceito social em função do ano de realização da mastectomia. 194

Quadro 3.14 – Correlações do autoconceito físico e social com os respectivos factores 196

Quadro 3.15 – Distribuição numérica do sexo feminino residente nas duas regiões e o número de mulheres com diagnóstico de cancro da mama internadas durante o ano 2000. 198

Quadro 3.16 – Resultados da aplicação das escalas de autoconceito nos Açores e em Vila Nova de Gaia. 199

Quadro 3.17 – Pontuações extremas obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico (2000). 204

Quadro 3.18 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito físico. 204

Quadro 3.19 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor boa ou má impressão física – factor1. 208

Quadro 3.20 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor facilidade/dificuldade no contacto dos olhos – factor 2. 210

Quadro 3.21 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor boa ou má vitalidade física – factor 3. 213

Quadro 3.22 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor comportamento não verbal – factor 4. 216

Quadro 3.23 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor insatisfação/satisfação sexual – factor 6. 218

Quadro 3.24 – Valores extremos do autoconceito social. 220

Quadro 3.25 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito social. 220

Quadro 3.26 – Percentis do autoconceito social. 220

Quadro 3.27 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor

aceitação/rejeição social – factor 1. 222

Quadro 3.28 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor auto-eficácia – factor 2. 224

Quadro 3.29 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor maturidade psicológica – factor 3. 226

Quadro 3.30 - Médias, desvios-padrão e proporções das pontuações obtidas pelas inquiridas nos autoconceitos físico, no social e nos respectivos factores. 228A

Quadro 3.31 – Resultados do teste de Mann-Whitney U – autoconceitos físico e social em função das regiões. 233

Quadro 3.32 – Teste de Kruskal-Wallis relativo ao autoconceito físico e social em função do grupo etário. 237

Quadro 3.33 – Correlações do autoconceito físico e social com os respectivos factores. 239

Quadro 3.34 – Valores extremos do autoconceito físico nos três momentos do estudo. 246

Quadro 3.35 – Médias e proporções das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico, no autoconceito social e respectivos factores segundo os três momentos de colheita de dados. 248

Quadro 3.36 – Percentis da distribuição das pontuações obtidas no autoconceito físico nos três momentos do estudo. 249

Quadro 3.37 – Valores extremos do autoconceito social nos três momentos do estudo 261

Quadro 3.38 – Percentis da distribuição das pontuações obtidas no autoconceito social nos três momentos do estudo. 262

Quadro 3.39 – Teste X^2 de Friedman, relativo ao autoconceito físico e social em função dos três momentos do estudo. 272

Quadro 3.40 - Correlações do autoconceito físico e social nos três momentos do estudo. 273

RELAÇÃO DE TABELAS

Pág.

Tabela 3.1 – Características das mulheres submetidas a mastectomia nos Açores e em Vila Nova de Gaia. 156

Tabela 3. 2 – Distribuição numérica e percentual das inquiridas segundo o ano de realização da mastectomia e a região. 159

Tabela 4.3 – Frequências absolutas e relativas das respostas obtidas pelas mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico (Volume II – Anexo VIII).

Tabela 4.4 – Frequências absolutas e relativas das respostas obtidas pelas mulheres mastectomizadas no Inventário Clínico de Autoconceito (Volume II – Anexo IX).

Tabela 3.5 – Autoconceito físico, social, respectivos factores e regiões. 186

Tabela 3.6 – Autoconceito físico, social, respectivos factores e grupos etários. 190

Tabela 3.7 - Autoconceito físico, social, respectivos factores e ano de realização da mastectomia. 193

Tabela 3.8 – Características das mulheres com diagnóstico de cancro da mama (Açores e Vila Nova de Gaia). 201

Tabela 3.9 – Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico segundo os itens que integram a dimensão boa ou má impressão física – factor 1. 207

Tabela 3.10 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico segundo os itens que integram a dimensão facilidade/dificuldade nos olhos – factor 2. 210

Tabela 3.11 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico segundo os itens que integram a dimensão boa ou má vitalidade física – factor 3. 212

Tabela 3.12 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico segundo os itens que integram a dimensão comportamento não verbal – factor 4. 215

Tabela 3.13 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico segundo os itens que integram a dimensão satisfação/insatisfação sexual – factor 6. 217

Tabela 4.14 – Frequências absolutas e relativas das respostas obtidas pelas mulheres mastectomizadas no Inventário Clínico de Autoconceito (estudo 2000), (Volume II – Anexo X.

Tabela 3.15 – Autoconceito físico, social, respectivos factores segundo a a área geográfica. 231

Tabela 3.16 - Autoconceito físico, autoconceito social, respectivos factores segundo os grupos etários. 234

Tabela 3.17 – Características das mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia nos Açores (antes da mastectomia, seis meses e um ano depois). 243

Tabela 3.18 – Médias do autoconceito físico e social segundo o grupo etário e os três momentos do estudo. 270

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C. – antes de Cristo

Ap. - *Apud*, «segundo», «citado por»[1]

Cf. – *confer*, «confira»

Dp – desvio-padrão

Fig. - figura

Ibid – abreviatura de *ibidem*, «no mesmo lugar»

Iidem - «mesmos autores»

N - população

P. - página

Séc. – século

S. – São

LISTA DE SIGLAS

BCT – Tratamento conservador da mama

DGS – Direcção Geral de Saúde

DCIS – Carcinoma ductal *in situ*

Fiacf – factor inventário de autoconceito físico

Ficac – factor inventário clínico de autoconceito

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPO – Instituto Português de Oncologia

LCIS – Carcinoma lobular *in situ*

MRA – Mastectomia radical ampliada

MRM – Mastectomia radical modificada.

REMA – Núcleo de ensino, pesquisa e assistência na reabiltação de mastectomizadas

---

[1] ***Apud*, Carlos Ceia, *Normas para Apresentação de Trabalhos Científicos*, p. 43**

I PARTE

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 - A MOTIVAÇÃO

O cancro da mama continua a ser uma grande preocupação de Saúde Pública a nível universal. É um dos cancros mais frequentes no sexo feminino, quer a nível da Europa, quer da América do Norte, quer ainda na Nova Zelândia. Apresenta-se como uma das principais causas de morte entre as mulheres com idades compreendidas entre os trinta e cinco e os cinquenta e quatro anos (Crane, 2000).

Segundo Henney (1988), em 1985, nos EUA, foram diagnosticados 119.000 casos em mulheres e cerca de 1000 em homens. Todavia, Bland (1996) afirma que, em 1992, igualmente nos EUA, foram diagnosticados cerca de 181.000 casos de cancro da mama. Neste país uma em cada duas mulheres consulta o médico por causa de doença na mama e cerca de uma em cada quatro é submetida a biópsia da mama, bem como uma em cada nove desenvolve alguma das variedades de carcinoma da mama.

No mesmo país (EUA), em 1994, considerou-se o cancro da mama como o mais frequente, tendo surgido, nesse ano, cerca de 183.000 novos casos, ocorrendo ainda cerca de 46.000 mortes (Abeloff, 1995).

Segundo Crane (2000), no decorrer do ano 2000, o cancro da mama feminino teria a mesma frequência, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento.

Segundo Amado (1992), para a população portuguesa o cancro da mama feminino apresenta uma incidência média anual de 39,2 casos por 100.000 habitantes. O grupo etário, com a taxa mais elevada (50 por 100.000 habitantes), é o dos 50 – 54 anos, seguido do grupo dos 55 – 59 anos, com uma taxa de 46%. Comparando os dados de incidência do cancro da mama obtidos no Registo

Oncológico de Vila Nova de Gaia, padronizados para a população mundial, verifica-se serem estas taxas inferiores às registadas em Connecticut e Dinamarca. Segundo Oliveira (2002), em Portugal, a incidência de cancro da mama varia um pouco de região para região, mas aproxima-se dos 60 novos casos, ao ano, por 100 mil habitantes, o que significa três mil novos casos de cancro da mama por ano.

Na opinão de Pinheiro (2002), o cancro da mama é o tumor mais frequente entre as mulheres portuguesas e a primeira causa de morte por neoplasia. As taxas de mortalidade portuguesas só são superiores às da Finlândia, Grécia, Espanha e Suécia.

Em Portugal, os óbitos por cancro da mama, por cada 100.000 habitantes, é de 1.536 (DGS,1997). No entanto, a taxa de mortalidade é relativamente baixa quando comparada com as demais neoplasias (25,1/100.000). O número mais elevado de óbitos regista-se no grupo etário dos 75 anos e mais (46.400 óbitos) (DGS, 1997). Segundo os dados da DGS (Direcção Geral de Saúde, 1999), a taxa de mortalidade em Portugal é de 28,9, tendo aumentado em relação a 1997. Segundo Pinheiro (2002), a mortalidade por cancro da mama em Portugal varia de região para região, sendo mais elevada nos Açores.

Na Região Autónoma dos Açores, no ano de 1995, o número total de óbitos, em cada 100.000 habitantes, foi de 30, com uma taxa de mortalidade de 24,5 por 100.000 habitantes. O grupo etário com maior número de óbitos foi o dos 65 – 74 anos com uma taxa de mortalidade de 128,3 por 100.000 habitantes (DGS, 1997). Todavia, em 1999 e segundo a Direcção Geral de Saúde, a taxa de mortalidade foi de 20 por 100.000 habitantes.

A taxa de mortalidade relacionada com a idade diminuiu, sendo o decréscimo de 1% por ano, nos últimos dez anos, no grupo etário dos 55 aos 64 anos (Pinheiro, 2002).

O mesmo autor afirma que, inversamente, registou-se um aumento de 3,5% nas idades superiores aos 75 anos. Tendo considerado o período pós-pico de mortalidade (1992 – 1998), observou que a maior descida deu-se nas mulheres com idades entre os 45 e 54 anos, tendo sido o decréscimo de 1,2% por ano.

O processo terapêutico habitual para o cancro da mama inclui com frequência a mastectomia. Esta também continua a fazer-se em grande escala, nos Açores.

De Janeiro de 1996 até final do primeiro semestre de 1998, nos Hospitais Centrais da Região Autónoma dos Açores, foram submetidas a mastectomia cerca de

163 mulheres. Segundo o Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, no mesmo período, foram submetidas a mastectomia cerca de 188 mulheres.

Considerando o número de casos de cancro da mama e, como consequência, o número de mastectomias realizadas, compreende-se que a ameaça de cancro ou a proposta de mastectomia constituam motivo de grande angústia para a mulher, podendo, em alguns casos, evocar a ideia de morte. A mutilação que a mastectomia envolve provoca uma perda da integridade corporal e correlativa perda/alteração de identidade. O símbolo de beleza e de prazer amputado pode gerar medos, angústias e apreensões relativamente ao cônjuge, aos filhos e demais pessoas próximas.

Este é um problema que surge com alguma frequência nos serviços de saúde da Região dos Açores, pelo que a convivência com mulheres portadoras de cancro da mama e submetidas a mastectomia, no decorrer do ensino clínico com os estudantes de enfermagem, nos serviços de cirurgia, permitiu identificar e conhecer com maior clareza os problemas apresentados por estas mulheres.

A permanência nos serviços hospitalares, por motivo de orientação dos estudantes de Enfermagem, facultou o contacto com as mulheres internadas para serem submetidas a mastectomia. A experiência adquirida, no contacto com estas mulheres confinou-se apenas aos períodos de ensino clínico. Mas cada um desses casos despertou grande preocupação. Para além da orientação proporcionada aos estudantes, sobre a prestação correcta de cuidados de enfermagem na mastectomia, havia a preocupação de compreender quais as necessidades das mulheres, para além das necessidades fisiológicas.

Através do convívio com estas mulheres, começou-se a perceber algumas das suas inquietações. Observou-se quanto elas necessitavam de cuidados psicossociais. Foram evidentes algumas angústias expressas pelas mulheres (quadro I - 1.1).

À medida que se reflectia sobre estas preocupações, foram surgindo interrogações, tais como:

- Com que pensamentos viviam estas mulheres?
- Que sentimentos experimentavam?
- Como se viam a si próprias fisicamente?
- O que pensavam sobre a forma como os companheiros as viam?

Quadro I - 1.1 – Angústias expressas pelas mulheres mastectomizadas
Questões sobre o futuro
Receio da morte
Verbalização de sentimentos relativos à morte
Receio da rejeição do companheiro
Medo relacionado com a aparência física
Medo relacionado com a sexualidade
Recusa de olhar a ferida cirúrgica

Baseados nestas interrogações e nos contactos diários com as mulheres e com os profissionais de saúde destes serviços, tendo a impressão de que se estava perante um grupo vulnerável e necessitado de intervenção específica e a convicção de que existem abordagens de enfermagem com possibilidade de serem localmente implementadas (se se procedesse a um estudo detalhado que permitisse uma caracterização, desta área, pelo menos nos Açores), foi-se tornando evidente e imprescindível, e até de grande significação, a decisão da abordagem a seguir neste trabalho.

1.2 – ANTECEDENTES

O cancro não causa só sofrimento físico e perda de anos produtivos, através de todos os segmentos do ciclo de vida, estando muitas vezes associado à diminuição da função psicológica. Segundo Bruges (2001), investigações sobre os aspectos psicossociais do cancro têm sido desenvolvidas, uma das áreas de investigação que está a emergir é a relação entre as doenças cancerosas e o autoconceito. Este define-se pelo conceito que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social, espiritual ou moral (Gecas, 1982). Esta noção de Gecas é mencionada em vários trabalhos de Vaz Serra (1986[a], 1986b e 1989). Foi também esta noção, associada aos problemas apresentados pelas mulheres com mastectomia, que concretizou a decisão de elaborar esta tese subordinada ao tema «Mastectomia e Autoconceito»

Após a selecção do tema e ao fazer a revisão bibliográfica inicial, sobre o assunto, confirmou-se que o problema é universal. Vários autores estudaram a

mulher com cancro da mama e submetida a mastectomia. Encontraram-se alguns artigos e resumos de estudos com temática semelhante à do presente trabalho.

Não são conhecidas, nos Açores, investigações sobre o tema do presente estudo. Sobre o autoconceito têm sido realizados estudos, mas noutras áreas temáticas, como os estudos de Vaz Serra na área da psiquiatria clínica.

O presente trabalho foi dividido em duas partes. Estando, a primeira dividida em dois capítulos respectivamente sobre a mastectomia e autoconceito.

No capítulo sobre mastectomia são expressos aspectos relacionados com a evolução das mastectomias, sua classificação de acordo com o tipo de tumor e as concepções de enfermagem que têm sido desenvolvidas sucessivamente, num número efectivo de intervenções com implicações na prática de enfermagem, às mulheres submetidas a mastectomia.

No capítulo sobre autoconceito, são abordados aspectos relativos à evolução da noção de autoconceito, sua estrutura, componentes/dimensões e distúrbios do autoconceito na perspectiva das intervenções de enfermagem.

A segunda parte está dividida em seis capítulos respectivamente sobre mastectomia e autoconceito, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências bibliográficas.

No capítulo sobre mastectomia e autoconceito descreve-se a revisão de trabalhos de investigação efectuados nestas duas áreas, desenvolve-se o modelo de análise e definem-se os objectivos e as hipóteses.

No capítulo seguinte, faz-se o enquadramento metodológico dos tipos de estudos, procurando que aquele seja adequado. Seguidamente descrevem-se os critérios de selecção da população e do ambiente, assim como o tipo de consentimento informado. Identificam-se as estratégias e procedimentos de colheita de dados, instrumentos de medida e seu desenvolvimento, bem como a validade e fidelidade de cada um deles; o plano de colheita de dados e sua implementação. Por último, descreve-se o plano de tratamento estatístico dos dados.

Os resultados são apresentados segundo os estudos realizados: estudo das mulheres mastectomizadas de 1996 a 1998; diagnóstico de cancro da mama/mastectomia e o estudo realizado seis meses e um ano após aquela intervenção. No último capítulo elaboram-se as conclusões dos diferentes estudos.

CAPÍTULO 2

MASTECTOMIA

O tratamento do cancro é multidisciplinar, mas a alternativa cirúrgica ainda é a mais frequente por razões históricas e de eficácia (Vazquez, 1991). Até há pouco tempo, o cancro da mama significava obrigatoriamente a mastectomia radical. No entanto, nos últimos anos, surgiram novas técnicas, denominadas de conservadoras, associadas a radioterapia ou quimioterapia.

Para se compreender o estado actual do tratamento cirúrgico do cancro da mama é necessário conhecer-se a sua evolução histórica.

2.1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA

A evolução histórica das mastectomias, na perspectiva de Menke (1991), pode ser dividida em três eras:

- era anterior a Halsted;
- era de Halsted (1894-1975);
- era depois de Halsted (a partir de 1975).

- Era anterior a Halsted

Na era anterior a Halsted, o documento mais antigo sobre o cancro da mama data de 3000 a.C. e deve-se ao famoso médico egípcio Imhotep,[2] o qual descreve um caso de tumor da mama vegetante tratado por cauterização com uma broca incandescente (Menke, 1991). Por outro lado, Bland (1996) faz referência ao papiro cirúrgico de Edwin Smith, como sendo o primeiro documento que descreve o cancro da mama e situa-o entre 3000 a 2500 a. C. A descrição da lesão abrangia as

[2] *Apud,* **Carlos Henrique Menke e Jorge Villanova Biazus,** ***Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama, p. 289***

características clínicas do carcinoma da mama. Para além deste papiro, até ao séc. I d. C., existem poucos escritos sobre esta patologia. Apenas Celsus[3] se refere às operações para cancros iniciais da mama.

No segundo século d. C., Galeno[4] escreveu:

> Vimos muitas vezes na mama, um tumor que se assemelha exactamente ao caranguejo. Do mesmo modo que o caranguejo tem pernas em ambos os lados do corpo, nesta doença as veias que se estendem para fora do crescimento não natural assumem a forma das patas do caranguejo. Muitas vezes curamos esta doença nas suas fases iniciais, mas depois que ela atingiu um tamanho grande ninguém a curou sem operação. Em todas as operações, nós tentamos excisar um tumor patológico em um círculo na região onde se faz limite com o tecido sadio.

Segundo Galeno,[5] a excisão de um surto local não podia curar o desequilíbrio sistémico. Estas teorias dominaram a Medicina até ao Renascimento e a intervenção cirúrgica era desaconselhada pela maioria dos médicos (Bland, 1996)

No séc XVIII, Le Dran[6] repudiou a teoria humoral de Galeno e afirmou que o cancro da mama era uma doença local que se expandia dos gânglios linfáticos aos regionais.

Antes do séc. XIX, os registos descrevem o carácter universal da doença e o tipo de tratamento paliativo que consistia em emplastros, pomadas, cáusticos, cauterização e até exérese do seio.

A perspectiva histórica de Vázquez (1991), sobre o tratamento cirúrgico do cancro da mama, refere-se à evolução que aquele teve desde a época de Muller (1828)[7], que defendia serem as células um componente básico dos tumores, o que

---

[3] ***Apud,* Kirby I. Bland e Edward M. Copeland, «A Mama», p. 509**
[4] ***Idem., ibidem***
[5] ***Idem., ibidem***
[6] ***Idem, Ibidem***
[7] ***Apud,* C. Vázquez e M. F. Sancho, *Cirurgía Actual,* p.31**

levou ao abandono da teoria dos humores, vigente desde Hipócrates até Paracelso e ao Renascimento e modificou a actuação médica perante a cirurgia do cancro da mama.

Pela mesma época Recamier, (1829)[8] e mais tarde Tiersch (1867)[9] confirmaram que a passagem das células do tumor para o sangue originava metástases. Estas afirmações foram confirmadas por Moore (1867),[10] que defendia a possibilidade da disseminação se fazer tanto por via linfática quanto pela hemática, desaconselhando a manipulação intra-operatória do tumor, mas enfatizava a remoção ampla da mama e o conteúdo axilar quando havia neoplasia na axila (Vázquez, 1991 e Bland, 1996). Banks[11] apoiou os conceitos de Moore[12] e também defendeu a ressecção em bloco do conteúdo axilar com a mama, mesmo quando não havia gânglios palpáveis.

A teoria da linfofilia, por permeabilidade, levou a que Küster (1871)[13] e Lister (1878)[14] recomendassem a associação da mastectomia com linfadenectomia axilar sistematicamente e Volkman (1875)[15] efectuasse a exérese da fáscia do grande peitoral, pela hipótese de emigração do tumor através dela.

No entanto, as cirurgias da segunda metade do séc. XIX apresentavam índices de recidiva local entre os 58% e 82%. Foi neste panorama que surgiram as teorias de Halsted e Meyer (Menke, 1991).

- Era de Halsted (1894 – 1975)

Em 1894, Halsted[16] publicou a «técnica da mastectomia radical». Bland (1996) refere que Halsted e Meyer, simultaneamente, estabeleceram a mastectomia como o «método mais moderno» daquela época. Os dois defendiam a dissecção axilar completa de todos os níveis ganglionares desde o grande dorsal.

---

[8] ***Apud*, C. Vázquez e M. F. Sancho, *Cirurgía Actual*, p.31**
[9] ***Idem, ibidem***
[10] ***Idem, ibidem***
[11] ***Apud*, Kirby I. Bland e Edward M. Copeland, «A Mama», p.509**
[12] ***Idem, ibidem***
[13] ***Apud*, C. Vázquez e M. F. Sancho, *Cirurgía Actual*, p. 31**
[14] ***Idem, ibidem***
[15] ***Idem, ibidem***
[16] ***Idem, ibidem***

Segundo Menke (1991), a técnica de mastectomia radical de Halsted apresentou índices de recidiva local na ordem dos 6%. Estes resultados causaram grande impacto entre os cirurgiões da época tendo originado o conceito de que o cancro da mama é uma doença loco-regional, isto é, iniciava-se com um tumor na glândula mamária e a seguir propagava-se para a cadeia linfática axilar e depois comprometia os órgãos distantes. A técnica de Halsted instalou-se como terapêutica padrão para o carcinoma da mama.

Contemporaneamente, Meyer[17] publicou a sua técnica de mastectomia, começando pela dissecção axilar para evitar emigração do tumor no período intra-operatório. Estas estratégias proporcionaram melhores resultados do que as anteriores. O desenvolvimento tecnológico dos procedimentos exploratórios proporcionaram conhecimentos sobre as cadeias linfonodulares regionais que levaram a cirurgia a tornar-se cada vez mais radical (Vázquez, 1991).

Handley e Thrackay (1946),[18] depois de efectuarem biópsias das cadeias internas da mama e proporcionarem os índices de afectação em relação directa com o tumor da mama, abriram o caminho para a exérese completa da cadeia linfática, mediante a técnica de mastectomia radical ampliada (MRA)3, divulgada por Margotini e Bucalossi (1948).[19]

Este quadro permaneceu inalterado até que Patey[20] desenvolveu a técnica da mastectomia radical modificada (MRM)4. Apesar disso, a mastectomia radical ampliada foi seguida por numerosos técnicos e conforme melhoravam as disponibilidades técnicas aumentavam os níveis de ressecção.

Andreassen[21] e Serense[22] extirpavam os gânglios supraclaviculares. Wangesteen,[23] para além destas técnicas, fazia ressecção dos cervicais inferiores e

---

[17] ***Apud*, C. Vázquez e M. F. Sancho, *Cirurgia Actual*, p. 31**
[18] ***Idem, ibidem***
[19] ***Idem, ibidem***
[20] ***Idem., ibidem***
[21] ***Idem., ibidem***
[22] ***Idem, ibidem***
[23] ***Idem, ibidem***

mediastínicos superiores mediante esternotomia média. Urban[24] e Veronesi[25] faziam ressecção das cartilagens costais e a pleura subjacente e Prudente[26] chegou a efectuar uma desarticulação interescapulotorácica.

Estas técnicas foram sendo abandonadas após resultados decepcionantes e as mastectomias modificadas a partir dos anos 60, ganharam terreno (Menke, 1991).

Assim, a teoria de Halsted[27] começou em declínio quando, por volta dos anos sessenta e setenta, se iniciou uma redefinição anátomo-cirúrgica (Vázquez, 1991).

- Era depois de Halsted

Até à década de 60, a mastectomia radical era o único procedimento cirúrgico para o tratamento do cancro da mama (Bland, 1996).

A partir dos anos 70, as mastectomias modificadas passaram a ser mais frequentes do que as operações de Halsted. A transição dos métodos cirúrgicos radicais de Halsted para o radical moderado, defendido por Patey, foi evidente na época do estudo relatado por Nemoto *et al* em 1977 (Bland, 1996) e foi também a partir daí que surgiu a corrente defensora da cirurgia conservadora (Menke 1991).

Estudos realizados por Meyer,[28] Papatestas[29] e Robinson[30] concluíram que a sobrevivência global das mulheres tratadas por mastectomia em qualquer das suas modalidades era idêntica, tendo facilitado a aceitação da mastectomia radical modificada.

Yonemoto e Dao (1975)[31] afirmaram que, com esta técnica, se pode obter o mesmo número de adenopatias axilares e a sobrevivência global, sendo semelhantes as recidivas.

A classificação dos gânglios linfáticos feita por Berg,[32] Auchincloss[33] e Maden[34]

---

[24] ***Apud*, C. Vázquez e M. F. Sancho, *Cirurgia Actual*, p. 31**
[25] ***Idem, ibidem***
[26] ***Idem, ibidem***
[27] ***Idem, ibidem***
[28] ***Idem, ibidem***
[29] ***Idem, ibidem***
[30] ***Idem, ibidem***
[31] ***Idem, ibidem***
[32] ***Idem, ibidem***
[33] ***Idem, ibidem***
[34] ***Idem, ibidem***

resultou na linfadenectomia do nível I e II, quando os gânglios se encontram macroscopicamente incólumes.

Actualmente, pensa-se que os gânglios linfáticos são um sistema integrado de imunovigilância, que detecta a existência de cancro possivelmente desde o momento da sua génese. Em 95% das doentes com cancro da mama, quando submetidas a tratamento cirúrgico, quase 30% delas desenvolveram a doença desde há dez anos. Confirma-se assim que, antes da neoplasia ser clinicamente perceptível, a sua disseminação microscópica já se deu. Segundo Vasquez (1991) os tumores têm uma curva de crescimento exponencial e com o apoio de estudos de cinética celular, conclui-se que a fase subclínica se estabelece em 3 a 5 anos. A terapia local fracassa, por vezes, porque existe uma libertação constante de células desde o tumor primário, das quais uma fracção dá lugar a micrometástases. Os resultados de ensaios clínicos realizados em vários países conduziram à institucionalização do tratamento conservador. Entretanto, a mastectomia total com esvaziamento axilar ainda é uma forma importante de tratamento em casos seleccionados (Anelli, 1996).

2.2– CLASSIFICAÇÃO DAS MASTECTOMIAS

A mastectomia consiste na remoção cirúrgica duma mama, geralmente devido à presença de um cancro e pode classificar-se de acordo com as áreas de tecido removido, desde a glândula até aos músculos (grande e pequeno) peitorais.

Long (1988) classifica as mastectomias do seguinte modo:

- mastectomia parcial - extirpação de massa tumoral com 2,5 a 7,5 cm de tecido circundante;
- mastectomia subcutânea - extirpação de todo o tecido da mama, deixando a pele, aréola e mamilo intactos;
- mastectomia radical modificada ou de Patey - extirpação total da mama com ou sem o pequeno peitoral e extirpação de alguns gânglios linfáticos axilares;
- mastectomia radical - extirpação total da mama, gânglios linfáticos, pequeno e grande peitoral, tecido adiposo e fáscia circundante.

Menke (1991) e Crane (2000) classificam as mastectomias de acordo com as que estão actualmente em uso e de forma muito semelhante a Long, designando-as da seguinte forma:

a) Clássica ou de Halsted (Menke);

b) Modificada ou de Patey e Madden (Menke, e Crane);

c) Simples ou total (Menke e Crane);

d) Excisão extensa também designada por mastectomia parcial – excisão do tumor com grandes margens de tecido normal da mama. Crane (2000) também designa a quadrantectomia como mastectomia parcial, na qual o quadrante inteiro da mama contendo o tumor é removido com a pele e o revestimento do músculo do grande peitoral.

a) Mastectomia radical clássica – consiste na remoção em monobloco, da mama, dos dois músculos peitorais e do conteúdo axilar. Esta técnica é mutilante e está em declínio, reservando-se apenas para tumores volumosos, fixos no grande peitoral (Menke, 1991).

b) Mastectomia radical modificada – consiste na remoção da mama e do conteúdo axilar em monobloco, com preservação do grande peitoral. Existem duas variedades:

- a técnica de Patey, que preconiza a ablação do pequeno peitoral;
- a técnica de Madden que o conserva. (Menke, 1991);

c) Mastectomia simples (total) – consiste na ablação da mama deixando os peitorais e a cadeia linfática axilar. Todo o tecido da mama é removido, incluindo o mamilo e a aréola e o revestimento do músculo grande peitoral, mas os músculos peitorais são preservados. Nos anos 50, atingiu grande popularidade, associada à radioterapia no tratamento primário do cancro da mama. Actualmente a sua intervenção restringe-se às seguintes situações:

- remoção paliativa de tumores localmente avançados em doentes no estádio IV;
- tratamento de sarcomas;
- segundo Menke (1991) e Crane (2000), serve para a abordagem do carcinoma ductal *in situ*.

Tanto a mastectomia radical de Halsted como a mastectomia radical modificada de Patey exigem ressecção em bloco da mama, linfáticos axilares e pele

subjacente junto ao tumor com uma margem de três a cinco centímetros que assegure a exérese histológica do tumor (Bland, 1993).

Patey defende a importância da dissecção axilar completa e a necessidade de preservar os nervos peitorais (torácicos anteriores) medial e lateral, que fornecem dupla inervação ao grande peitoral. A mastectomia de Halsted exige a ressecção do grande peitoral de acordo com o tamanho das lesões (T2, T3 e T4) que se apresentem com infiltração macroscópica (fixação) da pele ou do grande peitoral e para lesões periféricas perto da clavícula em doentes que não são candidatos às radiações (Bland, 1993).

A mastectomia radical modificada, com remoção do pequeno peitoral (mastectomia de Patey), permite o acesso aos gânglios de nível III.A técnica de Patey visa as lesões que não podem ser removidas com margens limpas por mastectomia segmentar e as lesões de grande tamanho (T2, maiores que 5 cm), nas quais a reconstrução cosmética e controlo regional não podem ser utilizados. A técnica de Patey não visa grandes tumores com evidência de fixação na pele, para os quais a ressecção do músculo é necessária com vista a obter margens adequadas (Bland, 1993).

As mastectomias de Madden e de Auchincloss permitem a conservação dos músculos (grande e pequeno) peitorais, possibilitando assim, acesso adequado aos linfáticos de nível II, com dissecção incompleta dos gânglios apicais proporcionando maior probabilidade de conservação do nervo peitoral, que corre no feixe neurovascular lateral da axila e normalmente penetra no pequeno peitoral para enervar a borda lateral do grande peitoral (Bland, 1993).

A polémica, quanto ao tipo de tratamento de cancro da mama, mantém-se, enquanto se fazem estudos. Actualmente, a mastectomia radical modificada é o procedimento mais seleccionado para a maioria das doentes com cancro da mama com probabilidade de cura. A mastectomia radical pode estar indicada nos casos em que o tumor invadiu o músculo. Os tumores locais pequenos podem ressecar-se mediante técnicas que não implicam a extirpação da mama (Long, 1988).

Para se decidir sobre qual o tipo de tratamento, devem ser levados em consideração vários factores. Os principais são:

- dimensão do tumor e sua localização;

- estádio do tumor;
- dimensão da mama;
- desejo da doente em preservar ou não a mama.(Anelli, 1996).

Na opinião de Crane (2000), a selecção do tipo de cirurgia depende do estádio clínico da doença (fixação, histologia, nódulos e metástases), dos resultados da mamografia, da localização do tumor, da história da doente, do tipo de cirurgia disponível e dos peritos em radioterapia, do tamanho e formato do tumor e também das preferências da doente.

Segundo Abeloff (1995), a mastectomia é utilizada nas situações que se seguem:

- carcinoma lobular *in situ* (LCIS);
- carcinoma ductal *in situ* (DCIS);
- doença invasiva precoce (estádio I e II).

Os carcinomas ductal e lobular *in situ* são tumores não invasivos. No passado eram pouco frequentes, mas passaram a ser diagnosticados com o aparecimento das mamografias e pela realização de biópsias (Crane, 2000)

Carcinoma lobular *in situ* – é uma lesão não palpável geralmente descoberta através de biópsia, mais comum nas mulheres na pré – menopausa, e é responsável por 30 a 50% dos carcinomas *in situ*. O LCIS (carcinoma lobular *in situ*) tem propensão para a multicentricidade e bilateralidade e é um indicador de risco para o desenvolvimento subsequente de cancro invasivo. O tratamento é seleccionado a partir dos resultados de uma biópsia, seguindo-se a mastectomia.

As opções cirúrgicas podem resumir-se a:

1) só excisão com observação intensa;
2) mastectomia ipsilateral com dissecção axilar e biópsia da mama contralateral (se se encontrar LCIS na mama oposta, então é realizada outra mastectomia);
3) mastectomia total bilateral (Abeloff, 1995 e Crane, 2000).

Na perspectiva de Bland (1993), este tipo de carcinoma não tem metástases e pode ser tratado com mastectomia e na maior parte das clínicas não são efectuadas dissecções dos gânglios axilares. Tal como Abeloff, Bland defende que devem ser observados com o objectivo de detectar subsequentes cancros invasores e a realização de mastectomia bilateral. É de opinião que, nesta situação, até se dispor de dados provenientes de estudos, é prudente realizar mastectomia nas lesões que

sugiram risco de recorrência locorregional e menor sobrevivência. Portanto, a mastectomia continua a ser recomendada quando se revelem focos extensos de LCIS e quando as margens não possam ser garantidas patologicamente.

Segundo Abeloff (1995), qualquer tipo de decisão deve ser pesada de acordo com o desejo da doente, nível de ansiedade e associação dos factores de risco.

Carcinoma ductal *in situ* (DCIS) – ao contrário do anterior é quase sempre identificado pela mamografia e tem a incidência máxima por volta dos cinquenta e um ou pelos cinquenta e nove anos. Estes representam um conjunto de histologias que diferem pela história natural e pelo seu tratamento. Antes da mamografia, apresenta-se como uma massa palpável e como uma lesão extensa da mama com uma dimensão de três a quatro centímetros (Abeloff, 1995).

Se há mais do que uma área da mama com DCIS, então a mastectomia é a opção preferida. Quando se realiza a mastectomia, os nódulos axilares inferiores são geralmente removidos.

Segundo Crane (2000), a mastectomia tem sido o tratamento primário com um índice de cura perto dos 100%.

Também é sugerido que a cirurgia conservadora da mama não é apropriada para as mulheres jovens. As mulheres com recorrência são tratadas com excisão e radiação. Se a radiação foi utilizada no tratamento inicial, logo recorre-se à mastectomia (Abeloff, 1995). Quando o carcinoma ductal *in situ* é extenso, há contra-indicação da preservação da mama, devido ao maior risco de recidiva (Lewis, 1993).

Doença invasiva precoce (estádio I e II) – actualmente o tratamento desta situação é multidisciplinar. As doentes devem ser avaliadas por uma equipa de especialistas, desde o cirurgião até ao radioterapeuta tal como o oncologista. Para o estádio I e II da doença há duas opções:

- cirurgia conservadora;
- mastectomia radical modificada com ou sem reconstrução (Abeloff, 1995).

Na opinião de Vázquez (1991), a indicação do tratamento conservador estabelece-se para doentes classificadas nos estádios I e II e a presença de adenopatias axilares não constituem contra-indicação.

Tanto a mastectomia como a abordagem ganglionar são utilizadas em tumores noutros estádios. Na opinião de Vázquez (1991), as ressecções amplas, são as que têm finalidade paliativa ou higiénica e precisam da extirpação de amplas superfícies na área da mama ou na parede torácica. As alternativas cirúrgicas baseiam-se em três conceitos diferentes:

1) operabilidade/agrupamento de circunstâncias locais, quer do tumor quer do doente, que proporcionem a intervenção;
2) ressecabilidade/possibilidade técnica de extirpação da lesão;
3) radicalidade/ressecção locorregional que se possa considerar completa e potencialmente curativa.

O carcinoma localmente avançado da mama caracteriza-se por uma infiltração em toda a glândula mamária, com um tumor superior a cinco centímetros ou de tamanho menor, mas infiltrando a pele, ulcerando-a ou não, com afectação em grau variável dos gânglios linfáticos regionais. Esta diversidade de apresentação origina diferentes tipos de tratamento local inicial e repercute-se, também, sobre a sobrevivência global (Vázquez, 1991).

Este tipo de tumor é mais frequente nas mulheres com mais de 60 anos, com tumores de evolução lenta e agressividade biológica moderada com índices baixos de crescimento, o que dá lugar a uma resposta médica baixa. Este grupo de doentes pode beneficiar de ressecção cirúrgica. Esta consiste em:

a) efectuar uma intervenção com carácter paliativo, rapidamente;
b) permitir a incorporação rápida do tratamento sistémico.

A cirurgia usada como terapêutica local inicial dos carcinomas localmente avançados tem sempre um carácter paliativo e permite, sem ser radical, melhorar a qualidade de vida, eliminando o tumor do organismo (Vázquez, 1991). Na opinião de Crane (2000), nos tumores grandes, a mastectomia radical modificada permite o controlo local.

Para prevenir o cancro da mama em mulheres de alto risco, realiza-se mastectomia profiláctica (unilateral ou bilateral) com ou sem reconstrução. Deve ser considerada depois de discussão cuidadosa dos riscos e benefícios. As mulheres que se encontrem nestas condições devem apresentar:

- história familiar de cancro da mama;
- biópsia identificativa de carcinoma ductal ou lóbular *in situ* ou doença proliferativa benigna da mama (hiperplasia atípica);

- história pessoal de carcinoma multicentrico *in situ* contralateral ou cancro da mama invasivo (Crane, 2000).

Existem diversos factores que levam as doentes e as equipas médicas a decidirem-se pela mastectomia. Na opinião de Abeloff (1995), algumas doentes seleccionam esta abordagem com medo das radiações baseadas nas desvantagens ou no desejo de apressarem o tratamento. O tamanho do tumor é também factor importante na decisão.

Na opinião de Bland (1993), os cirurgiões e os radioterapeutas têm a responsabilidade de proporcionarem às doentes o máximo controlo na doença e assegurar a mínima morbilidade e mortalidade, relacionadas com a terapêutica.

Apesar da importância da conservação da mama, para aumentar o aspecto estético e ao mesmo tempo permitir taxas de controlo e sobrevivência equivalentes aos procedimentos radicais, certas mulheres preferem a mastectomia total por várias razões que, podem ser de ordem económica ou psicossocial. As doentes menos preocupadas com o aspecto estético ou funcional da mama podem querer a mastectomia total como opção terapêutica mais rápida e desejável (Bland, 1993).

2.3 – IMPLICAÇÕES DA MASTECTOMIA/PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A literatura actual sobre cuidados de enfermagem na mastectomia está quase toda elaborada em termos do processo de enfermagem, com integração dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnostics Association).

Um dos aspectos que tem sido motivo de discussão, por parte dos enfermeiros, nos últimos anos, é o traumatismo psicológico das mulheres com mastectomia, como consequência do diagnóstico de cancro da mama. Na opinião de Müller (1992), a mastectomia constitui um traumatismo, pois a mutilação que acarreta provoca perda da integridade corporal e correlativamente lesão da identidade. «A ausência da mama corresponde a uma ferida social». A mama, símbolo de beleza e prazer amputada, pode gerar angústia e apreensão nas relações com o cônjuge, os filhos e os colegas de trabalho. A ablação da mama e a proliferação do cancro estão estreitamente ligados à morte.

Cerca de um quarto destas mulheres sofrerão de ansiedade e de depressão ou de ambas e um terço terá problemas de ordem sexual (Maguire, 1978; Morris, 1977).[35]

É de extrema importância que, tanto a mulher como o companheiro, compreendam as implicações do tratamento do cancro da mama para a imagem corporal. Eles deverão ter oportunidade de verbalizarem os seus sentimentos sobre este assunto, quer com médicos quer com enfermeiros. Muitas vezes, a família mais chegada e os amigos poderão estar igualmente ansiosos e desejarem obter informações. Nalgumas situações, os enfermeiros podem ajudar as mulheres a compreenderem a razão pela qual a mastectomia é recomendada (Tait, 1992).

As intervenções de enfermagem são necessárias e importantes durante todas as fases por que passa a mulher neste processo traumatizante. Na fase aguda da situação, os enfermeiros centram-se nas actividades dos cuidados pré e pós-operatórios. A finalidade dos cuidados é salvar a vida, interromper a doença, evitar a incapacidade e resolver a deformidade (Brundage, 1995).

Durante a fase de convalescença, as actividades de enfermagem têm como finalidade ajudar a doente a ajustar-se à mudança, fazer planeamento domiciliário com a família, com o enfermeiro da comunidade e a assistente social. Durante esta fase as doentes podem estar hospitalizadas ou terem alta. O objectivo dos enfermeiros é preparar as mulheres para a fase de reabilitação (Brundage, 1995).

2.3.1 – Pré-operatório

Na perspectiva de Molbo (1990), o atendimento à mulher na situação de mastectomia é realizado através da aplicação do processo de enfermagem nas suas diferentes fases:

a) avaliação de enfermagem:
   . colheita de dados;
   . identificação dos problemas e definição do diagnóstico de enfermagem;

[35] *Apud*, Ann Tait *Conviver com a mastectomia*, p. 34

b) planeamento;

. objectivos (resultados esperados);

c) execução das acções de enfermagem

Avaliação de enfermagem

As doentes, nas quais foi diagnosticado cancro da mama, são confrontadas com muita informação, desde o diagnóstico até à complexidade de escolherem o tipo de procedimentos cirúrgicos com ou sem radioterapia, com ou sem quimioterapia ou hormonoterapia. A decisão, sobre que recomendar e explicar à doente, pode ser complexa para os enfermeiros. É importante dar informações adequadas à mulher a partir das quais esta possa tomar decisões. Rowland e Holland[36] referem-se a quatro respostas potenciais da doente, durante este período:

- propor ao cirurgião para ser ele a fazer a escolha;
- permitir ao cirurgião só uma determinada abordagem;
- indecisão temporária ou incapacidade para decidir;
- decisão baseada numa ponderada revisão de diferentes opiniões.

Muitas mulheres beneficiam de algum tempo para pensar acerca das informações proporcionadas, discutem-nas com outras pessoas significativas e voltam a rever com o médico o tratamento (Crane, 2000).

Os cuidados de enfermagem iniciam-se neste período, avaliando junto das mulheres, quais os seus conhecimentos sobre o tratamento cirúrgico. Estes dados proporcionam um conjunto de elementos para ajudarem, nas orientações, a proporcionar à doente (Molbo, 1990).

Segundo Müller (1992), o acolhimento da mulher com mastectomia não será um interrogatório, mas uma apreciação do estado de depreciação pessoal, na qual está mergulhada face à proposta de «mastectomia por cancro».

---

[36] ***Apud*, Rebecca Crane, «Cancro da Mama», p. 120**

Como linha de base, para o planeamento das acções, deveriam recolher-se os seguintes elementos:

a) relação da doente com os familiares e identificação de pessoas significativas para a apoiarem;
b) que mecanismos de ajuda tem a doente para fazer face à sua situação;
c) quais são os sentimentos da doente em relação à sua própria sexualidade;
d) que pensamentos tem em relação aos sentimentos do companheiro, relacionados com provável mastectomia;
e) quais os objectivos para o futuro, esperança de vida, gosto pela vida, responsabilidades reais ou sentidas em relação a outras pessoas;
f) se possível também se recolhem dados sobre o companheiro relativos aos seus sentimentos face à mastectomia (Molbo, 1990; Redfield, 1995);
g) quais as preocupações financeiras com tratamento e reabilitação (Redfield, 1995).

Uma vez realizada a colheita de dados, faz-se a sua análise, identificam-se os problemas e definem-se os diagnósticos de enfermagem.

Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem são identificados a partir dos dados da doente, isto é, baseados na idade, história clínica, problemas psicossociais, nível de educação, influências culturais, linguagem, estratégias de «coping», experiências anteriores de doença, suporte social, diagnóstico médico, objectivos específicos de tratamento e opções de planeamento (Crane, 2000).

Segundo Molbo (1990), os possíveis diagnósticos relativos a doentes com cancro da mama e respectiva mastectomia são:

- conhecimento insuficiente;
- ansiedade;
- potencial intolerância para a actividade;
- alteração do conforto associado a dor;
- deficiente mobilidade física;
- alteração da nutrição, inferior às necessidades corporais;
- perturbações da auto-imagem.

A autora não apresenta uma definição completa de diagnóstico, definindo apenas um dos seus componentes «o problema de saúde».

Redfield (1995), para além de definir diagnósticos iguais aos de Molbo, apresenta uma lista daqueles, sendo a sua definição mais completa, pois acrescenta mais um componente – os factores etiológicos -, como se pode observar no quadro - I - 2.1.

Crane (2000), por sua vez, define os seguintes potenciais diagnósticos de enfermagem neste período:

- desgosto antecipado, relacionado com ameaça de alterações na imagem corporal, trabalho e papéis pessoais;
- impotência relacionada com incapacidade para controlar o diagnóstico e compreender a incapacidade para tomar decisões;
- «coping» individual ineficaz.

Uma vez definidos os diagnósticos, delineiam-se os objectivos ou resultados esperados em função da doente.

Quadro I - 2.1 – Diagnósticos de Enfermagem, segundo Redfield (1995)

Problema	Etiologias possíveis
Potencial intolerância para a actividade	Mobilidade diminuída e debilidade generalizada, provocada pela intervenção cirúrgica
Ansiedade ou medo	Intervenção cirúrgica Ameaça de morte Alteração do estado da saúde, do estatuto sócio-económico e do papel na sociedade
Luto	Perda de parte significativa do corpo
Falta de conhecimentos	Falta de lembrança Limitação do conhecimento em resultado da ansiedade

Planeamento: resultados esperados

Pretende-se que a doente seja capaz de:

- ter informação adequada e suporte para tomar decisões informadas acerca do tratamento, envolvendo o seu significado (Crane, 2000);
- reduzir o desconforto;
- ingerir pelo menos 80% das refeições;
- participar em exercícios com os braços;
- começar a manifestar interesse pela sua pessoa;
- saber quais são:
  - . as necessidades nutritivas;
  - . as formas de evitar a fadiga;
  - . os exercícios a realizar no domicílio;
  - . os recursos de apoio durante o período inicial de reabilitação;
  - . os mecanismos para retomar a actividade sexual anterior;
  - . os recursos da comunidade quanto a próteses;
  - . os sinais que devem ser comunicados ao médico (edema ou infecção no braço do lado afectado);
  - . as actividades para evitar o edema linfático;
  - . as formas de fazer auto-exame da outra mama (Molbo, 1990).
- verbalizar menos ansiedade e medo relativamente à cirurgia e suas consequências;
- falar sobre a perda da mama e o seu significado;
- explicar a doença, o processo cirúrgico e os cuidados pós-cirúrgicos (Redfield, 1995).

Implementação dos cuidados de enfermagem

A ideia de perder uma mama é intolerável para qualquer mulher. É compreensível que a mulher se sinta fortemente ameaçada emocionalmente quando

perde uma mama, porque esta está associada à atracção sexual e à maternidade. A extracção da mama pode salvar a vida da mulher, mas esta também se pode sentir menos feminina (Molbo,1990).

Na preparação pré-operatória, o enfermeiro ajuda a mulher a enfrentar a angústia que lhe produz a perda da mama (Long, 1988).

Qualquer mulher que é hospitalizada para fazer mastectomia fica ansiosa, tem medo e, muitas vezes, fica quase em pânico. A maior parte dos receios estão relacionados com a aceitação sexual, o isolamento social, o desfiguramento, a recorrência e a morte. Muitas destas mulheres não conseguiram falar das suas preocupações com os familiares incluindo o próprio marido. Os enfermeiros poderão ajudar a doente a expressar os seus sentimentos e a compreender o que significa a mastectomia. Estas necessitam de ser compreendidas e aceites por todas as pessoas envolvidas em cuidados pré-operatórios (Molbo, 1990; Redfield; 1995).

Nestas situações, o âmbito da atenção, da memória e da percepção são limitados quando os níveis de ansiedade são elevados. Os enfermeiros devem estar presentes quando são dadas explicações à doente pelo cirurgião no sentido de clarificar ou reforçar qualquer dúvida que tenha ficado. (Molbo, 1990).

As visitas pré-operatórias de voluntárias do movimento «Como Vencer e Viver» poderão ser úteis à mulher, que vai ser submetida a mastectomia.

Para além do que foi aqui abordado, o ensino pré-operatório deve incluir os seguintes aspectos:

- presença do penso cirúrgico;
- presença de dreno para drenagem passiva;
- elevação do braço do lado afectado;
- início imediato dos exercícios; (Long, 1988; Molbo, 1990)

Neste período, os enfermeiros devem:

- fazer medições do braço do lado afectado, para servirem de base de comparação;
- as medições realizar-se-ão no período pós-operatório e depois mensalmente. Estas devem ser feitas nos dois braços e registadas numa folha de registo permanente da doente. As medições são feitas a 15 cm acima e abaixo do cotovelo (Molbo, 1990).

No período pré-operatório, é também conveniente informar a mulher sobre as possibilidades existentes de diminuir a assimetria que se seguirá à operação motivada por:

- próteses temporárias ou definitivas;
- reconstrução da mama (Salter, 1992; Tait, 1992).

Nalgumas situações, as doentes são submetidas, com o seu consentimento, a uma intervenção sem saber se se limitarão a um exame extemporâneo ou se irão realizar mastectomia. O tumor é retirado sob anestesia geral e é examinado por um patologista que se encontra no bloco operatório. Se o tumor é maligno, então o cirurgião procederá à mastectomia. As mulheres devem ser informadas previamente de todo este processo. Segundo King's Fund (1986),[37] não é bom ignorar o diagnóstico antes da mastectomia.

Na opinião de Tait (1992), as doentes devem saber antecipadamente qual o tipo de cirurgia a que vão ser submetidas. Não devem ficar na expectativa de acordar após a cirurgia, desconhecendo se perderam ou não a mama.

Na mesma linha de pensamento, Crane (2000) afirma que a mulher deve estar presente na equipa médica, se possível quando o plano de tratamento é discutido, tanto no início com nas discussões subsequentes. Também deve ser proporcionada literatura adequada como suplemento das discussões. Os enfermeiros têm obrigação de clarificar as informações adequadamente e actuar como elementos de ligação entre a doente e a equipa médica. Devem motivar a doente e a família a verbalizarem questões abertamente e clarificarem falsas informações que as mulheres possam ter ou possam receber, através de outras pessoas, acerca do cancro da mama e do seu tratamento.

O período pré-operatório, para algumas mulheres, é o espaço e o tempo no qual puderam reflectir, até se decidirem pela cirurgia. Esta opção pode estar ligada ao facto de ter que ser operada por não ter outra alternativa (Silva, 1998). Ainda segundo a opinião da autora, esta aceitação da situação pode ser apenas aparente, momentânea e circunstancial. Pois ela encontra-se numa fase inicial do tratamento. A aceitação também funciona no sentido de não ter solução; é como se todas as

---

[37] *Apud,* **Mave Salter,** ***Altération de l'Image Corporelle,*** **p. 243**

possibilidades tivessem sido esgotadas. Considerando todos estes aspectos, é de extrema importância a preparação da mulher para o período que se segue, que será o pós-operatório.

2.3.2 – Pós-operatório

A doente, quando se restabelece da anestesia, confronta-se não só com a perda da mama, como também com o diagnóstico definitivo de cancro. Precisará de grande apoio e de muita coragem. Os enfermeiros têm de demonstrar muito tacto nas suas relações com a doente (Salter, 1992).

Crane (2000) define os possíveis diagnósticos de enfermagem do período pós-operatório, que incluem:

- desgosto relacionado com mudanças no corpo e na imagem corporal;
- risco de infecção relacionado com ferida cirúrgica e dissecção dos nódulos axilares;
- mobilidade física debilitada relacionada com restrição imposta, dor ou fadiga;
- distúrbio da imagem corporal;
- ansiedade relacionada com o relatório patológico final.

Baseada nos diagnósticos anteriores, a autora define o seguinte diagnóstico de enfermagem:

> Risco de lesão por infecção, atraso na cicatrização da ferida operatória e imobilidade relacionada com a incisão operatória, comprometimento da drenagem linfática secundária à cirurgia por cancro da mama, complicada por insuficiente observação e cuidados da ferida/drenos (Crane, 2000)

Planeamento: resultados esperados

Os resultados esperados poderão incluir os seguintes, não estando a eles limitados (Redfield, 1995).

A doente será capaz de:

- aprender e participar nos cuidados da ferida;
- compreender as medidas preventivas da infecção;
- declarar que se sente confortável;
- comunicar alterações sensoriais ao profissional de saúde;
- participar em programas de actividades progressivas;
- ingerir quantidades de alimentos e líquidos, recomendados pelo dietista;
- estabelecer o equilíbrio entre a actividade e o repouso;
- descansar frequentemente durante o dia;
- participar no programa de exercícios pós-mastectomia;
- verbalizar a perda de parte do corpo, funções ou aspecto;
- mobilizar sistemas de apoio;
- ultrapassar a fase de luto pela perda da mama;
- aceitar a alteração do corpo e do estado de saúde;
- ultrapassar a crise situacional;
- procurar apoios comunitários;
- falar das alterações sexuais com o companheiro;
- enfrentar a sua nova imagem corporal;
- conhecer o tratamento para reduzir o edema linfático.

Os resultados esperados, definidos por Crane (2000), são muito semelhantes aos de Redfield e estão relacionados com o diagnóstico de enfermagem, que foi definido por esta autora. Nesta perspectiva, prevê-se que a doente seja capaz de:

- ficar livre da infecção no período pós-operatório, sem dreno e líquido acumulado na ferida cirúrgica;
- observar o lado operado e começar a integrar este elemento na sua imagem corporal e o sentido do «Eu», envolvendo o marido ou outras pessoas significativas adequadamente;
- descrever os cuidados do braço e saber realizar os exercícios.

Implementação dos cuidados

Os cuidados de enfermagem na perspectiva de Long (1988); Molbo (1990); Redfield (1995) incidem nos seguintes aspectos:

a) Cuidados com a ferida cirúrgica;
b) Bem-estar e conforto;
c) Nutrição;
d) Energia;
e) Actividade e exercício;
f) Apoio emocional;
g) Adaptação sexual;
h) Próteses e vestuário;
i) Edema linfático;

a) Cuidados com a ferida cirúrgica

Terminada a mastectomia e a sutura realiza-se uma pequena incisão, na qual é inserido um dreno ligado a aspiração contínua de baixa pressão, com a finalidade de aspirar o sangue e o soro que se poderão acumular por baixo da pele e que impedirão a cicatrização e exporiam os tecidos à infecção. A drenagem tem de ser frequentemente controlada (verificar quantidade de líquido drenado e registar). O dreno pode ser fechado para permitir pequenos períodos de deambulação e quando é necessário mudar o sistema de aspiração. Geralmente, o dreno é retirado três a cinco dias após a intervenção ou quando o volume de líquido drenado é inferior a 5 a 10 ml nas 24 horas (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995).

Nas primeiras 24 horas, observa-se com frequência o penso para identificar sinais de hemorragia. Qualquer indício de hemorragia comunica-se de imediato ao cirurgião. O penso cirúrgico pode ser retirado ao fim de 24 horas ou alguns dias depois da intervenção. Os fios da sutura normalmente são retirados seis a oito dias depois da operação. (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995).

Observar constantemente a ferida para identificar sinais de inflamação, endurecimento ou drenagem purulenta. Mudar o penso quando houver indicação para isso, usando técnica asséptica (Crane, 2000).

A presença de edema e parestesia da parte inferior do braço ou incapacidade para mover os dedos, deverão ser comunicados ao cirurgião (Molbo, 1992).

Segundo Redfield (1995), se se tiver realizado enxerto, com pele da coxa, então deverá ser feito penso compressivo firme, nessa área, ou cobrir com gaze fina, ficando a ferida exposta ao ar.

b) Bem-estar e conforto

A dor na região operada pode ser sentida também no braço ou no ombro afectado e as sensações de parestesia ou formigueiro doloroso no tórax podem fazer com que a mulher faça inspirações breves e pouco profundas. São administrados analgésicos e iniciados os exercícios respiratórios, tosse e inspirações profundas (Molbo, 1992; Redfield, 1995; Crane, 2000).

Quando a doente recupera da anestesia é posicionada em «Semi-Fowler». O braço é elevado para melhorar a circulação e prevenir o edema linfático. As almofadas são colocadas de modo que a mão fique mais elevada que o braço e este acima da aurícula direita. Não deve ser avaliada a tensão arterial, nem administrados injectáveis, assim como não se deve colher sangue no braço do lado afectado, para prevenir o edema linfático ou infecção. A doente e a família devem ser preparadas para saberem prevenir estas situações (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995; Crane, 2000).

c) Nutrição

Durante o pós-operatório inicial (1 a 1 ½ dias) de reajustamento metabólico a doente provavelmente terá pouco apetite. Ao alívio de se ver livre da cirurgia sobrepõe-se o impacto que esta pode ter sobre ela. Neste período, a doente pode sentir-se deprimida, lacrimosa, introspectiva e socialmente desinteressada e o apetite normalmente está ausente. (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

Durante este período dever-se-iam proporcionar à doente pequenas travessas com uma bebida muito nutritiva, sopa ou sobremesa, não apresentadas simultaneamente, mas em curtos períodos de tempo. Uma toalha sobre o tabuleiro, um guardanapo colorido, uma flor ou um bilhete da família não só restauram o apetite como voltam a ligá-la ao amor da sua família. As enfermeiras proporcionarão orientações sobre a importância de nutrição equilibrada e ajudarão a doente na escolha da ementa, enquanto estiver hospitalizada (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

d) Energia

A nutrição equilibrada ajudará a doente a aumentar as reservas de energia, sobretudo nos primeiros tempos. A mulher, a família e os enfermeiros sabem que, nos primeiros dias, após a mastectomia as reservas de energia são limitadas e transitórias. Nos primeiros dois dias, a doente cansa-se com facilidade e é precisamente neste período que começa a deambular e inicia os exercícios. É necessário ensinar a doente a planear e prever os períodos de tempo nos quais vai necessitar de energia. Quando esta lhe falta poderá sentir-se emocionalmente perturbada (Molbo, 1992; Redfield, 1995). No entanto, Crane (2000) salienta a importância da deambulação precoce, alternada com períodos de sono e repouso.

O período mais difícil de tolerar é por volta do 3º dia e prolonga-se por 5 a 6 semanas. É precisamente nesta fase que a mulher começa a fazer e a receber telefonemas, a tomar banho, a vestir-se, a arranjar o cabelo e a face, isto é, as actividades normais do dia-a-dia. Faz exercícios, ouve falar de próteses, e considera a ideia de ir para casa. Tudo isto corresponde a um dispêndio de energia. Se não estiver preparada, este período pode ser desanimador. As actividades devem ser constituídas por pequenas tarefas, com simples interesses e esforços, alternados com períodos de repouso. Pode sentir que não está à altura das suas expectativas e que há algo de errado com ela. Quer a doente quer a família devem ser informados de que tudo isto acontecerá (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

Durante a hospitalização, será necessário proporcionar ambiente calmo para a doente dormir bem de noite e ter períodos de sono e repouso durante o dia. Se a doente apresentar insónias, poderá ser sinal de desgosto ou ansiedade e será necessário uma intervenção por parte dos enfermeiros (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

d) Actividade e exercício

É essencial iniciar o programa de exercícios precocemente para evitar retracção dos músculos, rigidez e contracção do ombro e para manter o tónus muscular. Os exercícios devem ser bilaterais para se evitarem deformações. O momento adequado

para iniciar os exercícios depende da extensão da operação e da presença ou não de enxertos cutâneos.

No pós-operatório imediato, começam os exercícios suaves para diminuir a tensão muscular e recuperação mais rápida do funcionamento muscular, (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995)

A doente deve saber quais os movimentos que correspondem aos exercícios e ser motivada a realizar os exercícios todos os dias, aumentando progressivamente a amplitude daqueles, até sentir dor na incisão. É fundamental, os enfermeiros e a doente estabelecerem um horário para a realização dos mesmos.

A «American Cancer Society» recomenda uma série de exercícios contínuos com o objectivo de recuperação de todos os movimentos da articulação. A doente deve sair do hospital a saber fazer todos os exercícios (Long, 1988; Molbo, 1992).

Na opinião de Molbo (1992) e de Redfield (1995), os enfermeiros devem proporcionar às mulheres manuais com os exercícios e as actividades correspondentes descritas. Posteriormente, recomenda-se a natação porque é um excelente exercício.

A doente também deve ser orientada para não realizar determinadas tarefas domésticas, tais como: aspirar, varrer, mover ou arrastar móveis, levantar mais de 10 kg. de peso, porque pode danificar a ferida (Crane, 2000).

f) Apoio emocional

Segundo Molbo (1992) e Redfield (1995), a mastectomia engloba dois conceitos importantes: a alteração da imagem corporal e o desgosto pela perda da mama. Isto reflecte uma perda física e alteração na sexualidade, bem como modificação de objectivos, planos e duração de vida. Long (1988); Molbo (1992) e Redfield (1995) são de opinião que a mulher pode recusar as mudanças produzidas na sua imagem corporal, falará do cancro da mama, da mastectomia, mas sem fazer frente à sua situação e aos seus receios e emoções.

Para poder expressar-se emocionalmente deve ter alguém junto de si, que possa prestar-lhe assistência de acordo com as suas necessidades. Se não receber esta ajuda profissional então as consequências da perda da mama aparecerão mais tarde, quando não tiver a quem recorrer (Long; 1988; Molbo, 1992 e Redfield, 1995).

A adaptação da doente à sua nova imagem corporal é difícil, sobretudo, quando se vir exposta à realidade da perda sofrida, quando for retirado o penso cirúrgico (Salter, 1992). De início, prevê-se que não queira observar a ferida cirúrgica. A incisão é grande e a maior parte das mulheres sente-se mutilada. Preterir o momento de ver a incisão atrasa o impacto de ter de assumir que a mama desapareceu efectivamente. É benéfico preparar a mulher precocemente sobre o tamanho da incisão, mas é necessário ter apoio quando contemplar a sua imagem (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

Geralmente considera-se apta, quando se sente mais forte fisicamente e começa a estabelecer relações com os outros. Deve ser estimulada a ver-se várias vezes ao espelho antes de sair do hospital (Long, 1988; Salter, 1992; Molbo, 1992; Redfield, 1995). No entanto, na opinião de Salter (1992) e de Tait (1992), não deve ser forçada a olhar para a cicatriz, pois pode causar o efeito inverso e algumas doentes fogem à situação, isto é, colocam o espelho de forma a não observarem a parte superior do corpo. As enfermeiras podem ajudar a doente a reflectir sobre estas atitudes, mas é definitivamente esta que decide se olha ou não para a cicatriz.

Segundo Long (1988), Molbo (1992) e Redfield (1995), pode expressar sentimentos de raiva e ressentimentos relativamente a outras mulheres. Os próprios familiares podem ficar ansiosos e irritados, queixando-se injustificadamente dos cuidados prestados à doente.

No período pós-operatório, é conveniente as mulheres, submetidas a mastectomia, receberem a visita de outras que tenham passado pela mesma experiência. Estas pessoas podem constituir um exemplo positivo de sobrevivência, de adaptação e de capacidade de fazer face à situação e assim podem encorajar as doentes na fase de «stress» do diagnóstico e tratamento. Nalguns casos, tanto enfermeiras como voluntárias podem trabalhar em estreita colaboração, completando-se uns aos outros no decorrer dos cuidados (Long, 1988).

As enfermeiras têm de estar a par das associações de ajuda existentes. Para apoiar estas doentes é necessário, na maior parte das vezes, recorrer aos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros de saúde mental, conselheiros matrimoniais, fisioterapeutas e enfermeiros especializados em oncologia (Salter, 1992).

De qualquer forma, o recurso mais importante é a própria doente (Tait, 1985),[38] a sua família e os seus amigos, mas a ajuda de uma enfermeira dedicada e afável, pode permitir gerir correctamente os problemas da imagem corporal.

A mulher com cancro da mama encontra-se perante um futuro incerto. Mas uma enfermeira competente poderá transmitir-lhe confiança, para enfrentar a situação (Salter, 1992).

Na mulher podem surgir sentimentos de inferioridade e de perda da estima, conjugados com maior dependência que poderão originar depressão.

Depois da alta, as mulheres podem experimentar períodos de depressão se a recuperação for lenta e se têm que retomar as actividades precocemente ou assumir responsabilidades antes de terem recuperado toda a energia. Podem surgir insónias e dificuldades de concentração, sobretudo se não se tiver apoio de outras pessoas (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995).

g) Adaptação sexual

O facto de não ter uma mama, não significa alteração no modo de funcionamento sexual, mas pode alterar a sensação da mulher sobre sexualidade. As mamas são características sexuais femininas e após a mastectomia a mulher pode sentir que perdeu alguma atracção sexual e teme que o marido/companheiro sinta repugnância por uma cicatriz feia (Roper, 1995)

Segundo Long (1988), Molbo (1992) e Redfield, (1995), existem diversos factores que podem influenciar a adaptação sexual das mulheres com mastectomia (ver fig.2.1). As mulheres com mamas pequenas ou grandes podem ter conflitos não resolvidos, de longa data, relativos ao tamanho das suas mamas e terem dificuldade em encontrar uma prótese que as satisfaça.

A mulher que considera a cirurgia como uma mutilação, pode deixar de ter actividade sexual, por temer ser rejeitada pelo companheiro (Long, 1988; Molbo, 1992).

---

[38] ***Apud*, Mave Salter, *Altération de l'Image Corporelle*, p.251**

Os enfermeiros podem adiantar-se, abordando o assunto, ajudando a doente a falar sobre as suas preocupações em relação ao marido/companheiro.

Na situação dos casais incapazes de comunicar abertamente, pode-se recorrer ao aconselhamento sexual e matrimonial (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995).

A mulher, com mastectomia recente, tem a percepção táctil modificada na região operada, assim como na parte superior do braço durante um período de 3 a 6 meses. Deve ser tocada pelo cônjuge ainda no hospital (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

h) Próteses e vestuário

Sempre que as doentes perguntem ou demonstrem interesse, deverá ser dada informação sobre as próteses. As voluntárias são as pessoas indicadas para proporcionarem informação acerca das próteses e de roupa adequada. As próteses são aplicadas pelo menos seis semanas depois da intervenção ou quando a cicatriz estiver completamente curada e sem dor (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995). Até a incisão estar bem cicatrizada, aconselha-se o uso de «soutiens» próprios, que poderão ser levemente enchumaçados com material macio ou fazer com algodão envolto em gaze colocando-o dentro do «soutien» (Molbo, 1992; Redfield, 1995).

Toda a roupa deve ter mangas largas para evitar comprimir as axilas. As próteses variam de acordo com o preço, o tipo e o peso. As mulheres preferem próteses que as façam sentir bem, sem assimetrias e com a sensação de equilíbrio. As próteses duras tem a desvantagem de não acompanharem os movimentos do corpo (Long, 1988).

Segundo Roper (1995), as mulheres com mastectomia normalmente não usam roupas de noite com grandes decotes e fatos de banho atraentes. As enfermeiras devem ajudá-las a procurarem formas de satisfação diferentes.

Factores biológicos

Extensão da incisão cirúrgica

Tamanho pré-operatório da mama

Dor na área operada

Factores psicológicos

A mama como fonte de excitação sexual;

Importância do aspecto corporal da mulher;

Receio da mutilação

Mulher

Percepção de si mesma como ser sexualmente adaptado

Homem

Percepção da parceira como sexualmente aceitável

Factores psicológicos

Valor das mamas na feminilidade;

Identidade sexual;

Imagem corporal pré-operatória;

Importância da estimulação das mamas na relação sexual;

Reacção condicionada à estimulação das mamas;

Percepção da reacção do parceiro.

Factores sociais

Qualidade do relacionamento sexual pré-operatório;

Normas sociais de beleza física.

Factores sociais

Qualidade da relação sexual antes da intervenção;

Normas sociais de beleza física

Tipo de trabalho

Figura I - 2.1 – Factores que influenciam a adaptação sexual de um casal à mastectomia (Woods, N. F.) ***J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*** **4:34, 1975)[39]**

i) Edema linfático

As mulheres mastectomizadas estão sujeitas a desenvolver edema ligeiro no antebraço, que desaparece normalmente ao fim duma semana. Outras desenvolvem

[39] ***Apud,*** **Carol Redfield e Doris M. Molbo, «Intervenções em Pessoas com Problemas da Mama», p. 1730**

edema grave persistente, que pode tornar-se permanente, causado pela interrupção cirúrgica dos canais e gânglios linfáticos. A incidência é maior nas obesas, quando surgem infecções ou quando são submetidas a irradiações.

Alguns cirurgiões prescrevem manga elástica, para ser colocada desde o punho até ao ombro para facilitar a circulação. Pode-se também prescrever um diurético para reduzir o edema (Long, 1988; Molbo, 1992; Redfield, 1995).

As mulheres têm de ter cuidados especiais para evitarem pequenas infecções nas mãos e nos braços; e se estas ocorrerem deverá ser feito de imediato tratamento médico.

Para além destes cuidados, Long (1988) é de opinião que as mulheres antes de terem alta devem ser orientadas nos seguintes aspectos:

- saberem identificar sinais de infecção e de má cicatrização da ferida;
- saberem fazer auto-exame da outra mama, mensalmente;
- evitarem roupa que comprima as axilas;
- evitarem injectáveis e fazerem avaliação da tensão arterial no braço afectado;
- comunicarem ao médico os sintomas sugestivos de assistência médica:
  - . edema no braço afectado;
  - . vermelhidão ou infecção da ferida cirúrgica;
  - . aparecimento de lesões na cicatriz;
  - . tumor na outra mama ou axila.

Geralmente, o pós-operatório é causador de dor, desconforto, dúvida e medo, o que é naturalmente esperado por ser um período de recuperação. Esta fase nem sempre acontece de forma satisfatória, ocorrendo por vezes complicações ou intercorrências. As enfermeiras têm o papel de ajudar a mulher a auto-cuidar-se, tornando-se o mais independente possível para poder enfrentar o período que se segue, que é o da reabilitação.

2.3.3 – O processo de reabilitação

O período de reabilitação da mulher mastectomizada corresponde ao processo que esta percorre ininterruptamente desde o momento da definição do diagnóstico. Teoricamente, este período inicia-se no pré-operatório, mas na prática nem sempre acontece.

Para Silva (1998), a reabilitação é um processo individual e específico de cada mulher, pois envolve capacidades físicas, intelectuais e espirituais e é um processo que engloba atitudes, valores e crenças.

Na opinião da mesma autora, a mulher mastectomizada experimenta sentimentos de incerteza e insegurança que vão desde a descoberta do nódulo e que se estende por todo o período de reabilitação. Para enfrentar esta situação, ela procura organizar as suas relações sociais, que envolvem pessoas de família, amigos, profissionais de saúde e outras.

Quanto maior o período pós-operatório, maior a necessidade de suporte que motive as relações afectivas e sociais, ajudando ao crescimento dinâmico das atitudes da mulher. Quando o suporte é adequado e o relacionamento positivo, a mulher toma decisões mais seguras e conscientes (Silva; 1998).

Feather e Wainstock (1989)[40] verificaram que a mulher mastectomizada necessitava de maior apoio emocional do que de outro tipo de ajuda. Os autores acrescentaram que a mastectomia por cancro, além de afectar significativamente a mulher e a família, afecta também outras pessoas envolvidas no ambiente, as quais são utilizadas e reconhecidas como elementos de suporte social.

Segundo Tait (1992), uma outra situação poderá surgir após a mastectomia referindo-se pela depressão. Se for realizada uma avaliação adequada da situação, orienta-se a mulher para especialistas, que poderão ajudá-la a resolver este problema, diminuindo o seu sofrimento.

---

[40] ***Apud*, Raimunda Magalhães Silva e Marli Villela Mamede, *Conviver com a Mastectomia*, p. 105**

Outros sintomas podem surgir no período de reabilitação. Para Redfield (1995), as mulheres mastectomizadas continuam a sentir sintomas que podem durar anos. A autora referencia um estudo realizado na Carolina do Norte com 49 mulheres, entrevistadas quatro anos depois da mastectomia. Cerca de 53% declararam que ainda tinham um ou mais dos seguintes sintomas:

- edema;
- adinamia;
- sensibilidade;
- rigidez;
- dificuldade em mobilizar o braço;
- má cicatrização;
- dor.

O mesmo estudo também revelou que as mulheres que referiam maior número de sintomas físicos, tinham maior número de sinais de depressão.

Nail (1987)[41] também referencia alguns dos sintomas anteriores tais como: edema linfático e atraso na cicatrização da ferida operatória. Salienta também outro aspecto muito frequente, que são as chamadas sensações da mama, que foi extraída, como «mama fantasma». Segundo a autora, têm sido atribuídos vários factores, dos quais se destacam os seguintes:

- mudanças de pressão durante a amamentação;
- grande investimento psico-sexual na mama;
- estimulação dos nervos periféricos no local da intervenção;
- mama grande;
- baixo grau de satisfação nas relações interpessoais;
- base cultural que valoriza a mama como símbolo da sexualidade.

A mesma autora, num estudo que realizou a cento e oitenta mulheres voluntárias submetidas àquela intervenção, refere que estas descreviam sensações como: dor (a mais mencionada), picadas de agulhas e alfinetes, aumento da

---

[41] ***Apud,* M. Lisete B. Meneses P. Bruges, «A Pessoa e a Experiência do Corpo Doente», p.28**

sensibilidade da pele e peso. Mas, 60% afirmaram que se não soubessem, diziam que ainda tinham as duas mamas.

Merleau-Ponty (1976)[42] explica este fenómeno do seguinte modo «o que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um EU empenhado num determinado mundo físico e inter-humano, que continua a erguer-se para o seu mundo apesar das deficiências e das amputações». Na verdade, quando surge a deficiência ou a mutilação, sentimo-nos como que afastados do nosso mundo, do mundo para o qual o nosso corpo estava moldado. A recusa da doença não é mais do que uma adesão, uma integração ou a inerência a um determinado mundo.

Segundo Crane (2000), durante a reabilitação algumas mulheres estão também a «ajustar-se» à quimioterapia ou a tratamento por radiação. Esta situação pode levar a terem sentimentos de perda e ansiedade, associados ao receio de recorrência do cancro da mama.

Na opinião da mesma autora surgem vários problemas. As que tinham emprego voltam a este, normalmente com alguma dificuldade e receio, pois questionam-se quanto às relações com os colegas, às pressões próprias do trabalho, à capacidade de cumprirem os horários. A discriminação também é um medo real sobretudo para as que procuram emprego.

A reintegração é um processo de assistência à mulher, no seu regresso ao trabalho através de um programa elaborado por patrões ou organizações, dirigido para a compreensão das necessidades de cada uma.

Atendendo a toda a problemática social da mulher mastectomizada, Crane (2000) define o seguinte diagnóstico de enfermagem como «Interacção social reduzida».

Segundo a mesma autora, a doente deverá ser capaz de:

> Reassumir efectivamente, restabelecer ou começar uma nova relação pessoal e social que seja significativa, recompensando e integrando o conceito de sobrevivência.

---

[42] ***Apud*, Maria Lisete B. Meneses P. Bruges, «A Pessoa e a Experiência do Corpo Doente», p.28**

As intervenções de enfermagem durante esta fase são múltiplas. Segundo Crane (2000), estas devem permitir que a mulher verbalize medos, interesses e proporcione informação em relação aos desejos; deve ainda tranquilizar os medos de acordo com as necessidades de cada uma, motivar as mulheres no sentido de continuarem o «follow-up», fazer apreciação positiva das suas resistências, encorajar a participação em actividades ou grupos de suporte, estimular a mulher ou família a reassumir a participação em actividades de diversão.

Para Silva (1998), este período de reabilitação implica ajuda na tomada de decisões quer das mulheres, quer dos familiares e dos profissionais de saúde. A autora salienta também a importância do autocuidado no caso das mulheres mastectomizadas, porque a prática do autocuidado envolve factores como tempo, idade, valores, personalidades, crenças, costumes, além de outros, peculiares a cada indivíduo. O auto-cuidado, segundo Orem (1985),[43] é a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Em relação à depressão e segundo Tait (1992), o tratamento pode incluir psicoterapia e antidepressivos. Para além disso, a enfermeira que despende tempo com a mulher mastectomizada, a avaliar a forma como se sente emocionalmente, permite que esta exprima os seus sentimentos e demonstra que se preocupa com ela. É frequente as mulheres mastectomizadas recorrerem a determinada enfermeira, quando se sentem perturbadas e quando necessitam de ajuda.

Na opinião desta autora, as enfermeiras dos serviços deverão manter relacionamento estreito com as enfermeiras da comunidade uma vez que a maior parte das mulheres depende destas.

Para Tait (1992) e Hood (1995), os cuidados com o braço do lado operado são fundamentais, visto que este está sujeito a uma série de complicações (edema linfático, contractura axilar, infecção ou restrição de movimentos). Segundo Hood (1995), a preparação começa no pré-operatório.

---

[43] ***Apud*, Raimunda Magalhães Silva e Marli Villela Mamede, *Conviver com a Mastectomia*, p. 12**

No Brasil, Silva (1998) tem trabalhado com o REMA, que é o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de mastectomizadas e está vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de S. Paulo.

Segundo Mamede (1991)[44], os objectivos do REMA, relativos às mulheres mastectomizadas, são:

- prestar assistência à mulher com cancro da mama e aos familiares;
- desenvolver programas de prevenção e de detecção precoce do cancro da mama.

O REMA realiza actividades de assistência à mulher mastectomizada durante três dias da semana no turno da manhã.

As mulheres são encaminhadas para o REMA por enfermeiras, por médicos, por pessoas que conhecem o serviço ou por informação de outras mulheres mastectomizadas.

Segundo Silva (1998), as mulheres recebem assistência individual e em grupo. O primeiro contacto é individual e são anotados dados pessoais (condições físicas e reacções emocionais à doença). Faz-se exame físico e avalia-se a capacidade funcional do ombro e braço homolateral à cirurgia. São proporcionadas orientações sobre cuidados específicos e os exercícios. É também explicado o funcionamento do serviço e do grupo.

Para o desenvolvimento destas actividades, adoptaram a seguinte sequência:

1) exercícios físicos e ginástica em grupo;
2) discussão em grupo de assuntos de interesse para as mulheres;
3) massagem do braço.

O esquema de exercícios é elaborado de acordo com a situação de cada mulher.

A integração no grupo ocorre à medida que se estabelece uma relação mútua, isto é, quando a mulher se sente recebida e reconhecida pelas colegas e profissionais.

---

[44] ***Apud*, Raimunda M. da Silva e Marli V. Mamede, *Conviver com a Mastectomia*, p.25**

2.3.4 – Breve comentário aos grupos de auto-ajuda

Actualmente existem movimentos e organizações de apoio às mulheres mastectomizadas. Mahak (1992) refere-se ao movimento Vencer e Viver Internacional, que é um programa criado com o propósito de ajudar mulheres com cancro da mama, apoiando-se na premissa de que antigas doentes com cancro da mama física e emocionalmente saudáveis, se relacionam positivamente com novas doentes. O objectivo do programa é proporcionar apoio prático e emocional a estas mulheres, tornando-as capazes de assumirem decisões pessoais importantes e encontrarem estímulo para uma recuperação com excelente qualidade de vida.

Escudier (1992) salienta os aspectos mais importantes do movimento «Viver como antes», que proporciona ajuda emocional às mulheres confrontadas com cancro da mama. É um movimento de origem francesa e que se estendeu por diversos países da Europa e mais tarde, pelo mundo, graças a Francine Thimoty. Foi criado pela autora Denise Escudier e funciona com a amizade, compreensão e a ajuda financeira da Liga Nacional Francesa contra o cancro. Todas as voluntárias foram submetidas à ablação da mama ou a tumorectomia. O movimento funciona por correio, telefone, visitas aos hospitais, nos centros anticancerosos e nas clínicas. São organizados debates e conferências nas Escolas de Enfermagem a pedido dos alunos. Este movimento tem como objectivo levar uma ajuda à evolução das operações e dos tratamentos.

Segundo Hood (1995), nos EUA é distribuído um manual designado por «Helpyourself to recovery» (ajude-se a si própria a recuperar), que está disponível na «American Cancer Society», para uso das enfermeiras na orientação de mulheres e para ser distribuído pelas doentes. Por vezes, as instituições solicitam a visita das participantes na sociedade, estas entregam às doentes um «kit» com o manual, um pequeno travesseiro para auxiliar no posicionamento do braço afectado, uma corda e uma bola para os exercícios, uma prótese temporária feita com algodão lavável. O tamanho da prótese é determinado quando é solicitada a visita. O «kit» também contém informações sobre próteses permanentes.

Em Portugal, foi criada a Liga Portuguesa Contra o Cancro, em 1941, por proposta do Professor Francisco Gentil, constituída como Associação Cultural e de Serviço Social, cujas finalidades são:

- acções de educação, prevenção e rastreio;
- apoio a doentes e familiares;
- apoio ao estudo, aperfeiçoamento e especialização.

As actividades relacionadas, com as mulheres mastectomizadas, são:

- rastreio do cancro da mama;
- movimento de apoio às mulheres: «vencer e viver»;
- serviço de voluntariado abrangendo áreas diversas como o apoio domiciliário, cabeleireiro, roupas, próteses, etc.

Durante o internamento, as mulheres são visitadas pelas voluntárias do movimento «Vencer e viver» que têm a preocupação de proporcionar as próteses e vestuário adequado. O movimento faz ocasionalmente reuniões, onde as mulheres falam das suas experiências.

Considerando as implicações da mastectomia na vida das mulheres e as concepções de enfermagem existentes para fazerem face a esta problemática, parece ser extremamente importante o estudo do autoconceito para se compreender melhor como as mulheres mastectomizadas se percepcionam e que intervenções de enfermagem devem ser delineadas quando o autoconceito for negativo.

CAPÍTULO 3

AUTOCONCEITO

O interesse pelo «self»[45], o que é, e como se desenvolve, não é um fenómeno recente. A literatura existente sobre autoconceito é vasta e tem-se desenvolvido ao longo do tempo diversos quadros teóricos para definir o «self».

Para se compreenderem as definições actuais do autoconceito é necessário considerar algumas das grandes teorias filosóficas e psicológicas sobre este tema. Neste capítulo, serão abordadas diferentes escolas do pensamento sobre a noção do autoconceito, assim como os seus componentes. Serão desenvolvidas as dimensões do autoconceito, tais como a competência social, a académica, a familiar e a física.

Também serão desenvolvidos os conteúdos, estando nestes abrangida a identidade do indivíduo, a qual assume um significado especial no seu bem-estar.

3.1 – EVOLUÇÃO DA NOÇÃO DE AUTOCONCEITO

Filósofos gregos (como Sócrates e Platão) e os cristãos, como Sto Agostinho e Tomás de Aquino igualaram o «self» ao «si mesmo» e ao «espírito».

Sócrates[46] afirmou que o «espírito era o verdadeiro "Eu", a pessoa real, a essência, o Eu real e a unidade espiritual».

Platão[47] dividiu o «espírito» em duas partes, o princípio racional e o princípio irracional. Também indicou uma terceira parte chamada «desejo». O mais importante

---

[45] O termo inglês «Self» usado por diferentes autores significa em português Eu, Ego, Si mesmo
[46] *Apud*, Jonh Hattie, *Self-Concept*, p. 12
[47] *Idem, ibidem*

é o princípio racional, porque é equivalente ao intelecto ou razão. Este filósofo argumentava que o «Eu» ou «Espírito» existiam e possuíam sabedoria independente da forma humana. Por causa do trauma do nascimento, esquecemos que temos sabedoria.

Por isso, o nosso objectivo ao longo da vida é «conhecer-se a si mesmo», para retermos a sabedoria perdida, tal como ensinou o seu mestre Sócrates. O «Eu racional é impedido pelas emoções e desejos corporais e só na morte, quando o espírito deixa o corpo, somos outra vez conhecimento». Com Platão, podemos ver que há uma relação entre o «Eu» e os princípios cognitivos.

Aristóteles[48] rejeitou as ideias de Platão. Para este filósofo, a memória era superior ao «espírito» e menos ligada ao corpo. A memória parece ser uma substância independente implicada com o espírito e incapaz de ser destruída. Esta substância relaciona-se com a «essência» do ser.

A discussão sobre a relação entre espírito, corpo e memória continuou para além de Aristóteles, com alguns filósofos cristãos como Santo Agostinho, S. Bento e S. Gregório Magno e S. Tomás de Aquino. O tema era desenvolvido principalmente em termos de perceber o «Eu» de Deus e a relação com o «Eu» do homem. Igualmente, Buda afirmava que todas as coisas são primeiro controladas, reguladas e criadas pela «mente».

O conceito «self» surgiu com as correntes de pensamento filosófico e psicológico do séc. XVII, quando Descartes (1596 – 1650)[49] discutiu o «cogito», ou o «self», como «res cognitans» em oposição à «res extensa». Descartes dizia:

> a suposição "*eu penso, logo existo*", era tão firme e tão certa que todas as extravagantes suposições seriam impotentes para a abalar.....nada há no eu "*penso, logo existo,*" que me garanta que digo a verdade, a não ser que vejo muito claramente que, para pensar é preciso existir, julguei que podia admitir como regra geral que é verdadeiro tudo aquilo que concebemos muito clara e distintamente.[50]

---

[48] ***Apud*, Jonh Hattie, *Self-Concept*, p. 12**
[49] ***Idem, ibidem***
[50] **Renato Descarte, *Discurso do Método e Tratado das Paixões da Alma*, tradução, prefácio e notas do Professor Newton de Macedo**

Este filósofo reforçou o dualismo «alma e corpo». Defendeu que a alma e o corpo eram dois seres ontológicos paralelos mas independentes, em que cada um deles poderia ser estudado sem referência ao outro. «Posso não ter corpo, o meu corpo pode ser uma ilusão, mas o pensamento é diferente. O meu Eu é o meu pensamento»[51].

Depois deste filósofo, o «self» foi sujeito a rigorosas reflexões filosóficas por pensadores como, Locke, Hume, Kant e Mill.

Locke (1632-1704)[52]dizia que a pessoa é um ser inteligente pensante com razão e reflexão, que pode ter a mesma opinião em diferentes momentos e lugares. Para este filósofo, a essência do «Eu» é a consciência. Esta consciência do «Eu» é inseparável do pensamento e só aquelas experiências que recordamos são parte deste «Eu».

Hume (1711-1776)[53] dizia «Sou um feixe de experiências». Para este filósofo, o conceito de «self» não tinha lugar na filosofia. O «self» não é uma pessoa como para Locke, mas feixes de percepções e experiências que estão em fluxo e movimento eterno. Os «selves» são séries de experiências eternas.

Kant (1724 – 1804)[54] argumentou que o único «self» no qual conhecemos alguma coisa é o «mim» empírico, não o puro «Eu». Não há dois «Eus», mas um «Eu» considerado sob dois pontos de vista. Não há um regresso infinito do pensamento e do julgamento. Preferivelmente, há uma unidade de autoconsciência.

John Stuart Mill (1808-1893)[55] declarou que a ideia do «mim» estava muito mais associada a ideias prévias, introduzindo assim o papel da memória. Assim, memória e «Eu» são puramente dois lados do mesmo facto ou duas formas diferentes de ver o mesmo facto.

Durante a primeira parte do século XX, o conceito foi desenvolvido por Cooley, Mead e James.

---

[51] ***Apud,* John Hattie, *Self-Concept*, p. 12**
[52] ***Idem, ibidem***
[53] ***Idem, ibidem***
[54] ***Idem*, p. 14**
[55] ***Idem, ibidem***

Segundo Harter (1996), os eruditos contemporâneos prestaram homenagem a William James pela sua contribuição no desenvolvimento da teoria do autoconceito. Este pensador, no seu trabalho, de 1890, introduziu a ideia do «Eu» e do autoconceito. Observou que a forma como uma pessoa se sente a respeito de si própria depende inteiramente daquilo que *aceita ser e fazer.* Por exemplo num trecho famoso escreveu.

> Não me defronto muitas vezes com a necessidade de apoiar um dos meus "selves" empíricos e abandonar o resto. Não que eu não seria, se pudesse, ao mesmo tempo bonito, gordo, e bem vestido, ser um grande atleta, ganhar um milhão por um ano, uma pessoa com senso de humor, um "gosador da vida", e uma pessoa que tem sucesso com as mulheres, assim como um filósofo, um filantropo, um estadista, um guerreiro, e um explorador na África, assim como um poeta dos sons, e um santo. Mas a coisa simplesmente é impossível (William James, 1932).

O contributo de William James (1890, 1892)[56] é importante pela distinção que faz entre o «mim» e o «Eu» ou «I-self» e o «Me-self», afirmando que «en même temps que je pense j'ai plus ou moins conscience de "moi", de mon "existence personelle"»[57] (William James, 1932). Para este filósofo, é o «Eu» que tem consciência do «mim». É como se a personalidade total fosse dupla, sendo ao mesmo tempo o sujeito conhecedor e o objecto conhecido.

Estudou estes dois aspectos, designando o «mim» por objecto conhecido ou o «mim» empírico, como é conhecido:

- o «Eu» como sujeito do *puro ego;*
- o «mim» como personalidade empírica.

Para este autor o «self» do homem é a soma total de tudo o que ele pode chamar seu: o seu corpo, as suas faculdades psíquicas, as suas roupas, a sua casa, a mulher e os filhos, seus ancestrais e amigos, a sua reputação e suas obras, os seus campos e

---

[56] Susan Harter, «Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-Concept», p. 1
[57] «ao mesmo tempo que penso tenho mais ou menos consciência de "mim", da minha "existência pessoal"»

cavalos, o seu iate e a sua conta bancária. Todos estes objectos proporcionam-lhe as mesmas emoções: ele exulta quando prospera e deprime-se quando elas lhe faltam (William James, 1932; Hattie, 1992; Harter, 1996).

William James, (1932) considera o «mim» segundo três perspectivas:

- os elementos integrantes do «mim»;
- os sentimentos e as emoções que desencadeiam, isto é, a consciência do valor do mim;
- as reacções que provocam, isto é, a procura e a defesa do «mim».

Na perspectiva do mesmo autor, os elementos integrantes do «mim» podem-se subdividir em três:

- o «mim» material;
- o «mim» social;
- o «mim» espiritual.

O material – O *corpo* é para cada um de nós o elemento central do «mim» material, é a parte mais profunda do «self» material e algumas partes do corpo parecem mais conhecidas do que outras. Os outros elementos do «mim» material são: a nossa família, os nossos próximos, pais, mulher/marido, filhos, a casa. Devido a estes diferentes elementos do «mim», temos preferências instintivas onde se encontram as nossas verdadeiras razões práticas de viver (William James, 1932; Hattie, 1992; Harter, 1996).

O social – Este é a consideração que ele obtém no seu meio, ou seja, o reconhecimento de ter alguns amigos ou camaradas. Para William James (1932) «un homme a autant de moi sociaux qu'il y a d'individus à "le connaître" et à se faire de lui une ideé ou une opinion quelconques».[58] O homem mostra-se sob ângulos especiais em cada um dos grupos em que se encontra. A reputação e a honra são nomes dos seus «mim» sociais.

---

[58] **«um homem tem tantos "mim" sociais como de indivíduos que o conhecem e têm dele uma ideia ou opinião»**

O espiritual – Este «mim» pertence à personalidade empírica. É o ser interno e subjectivo, que contém as faculdades psíquicas ou disposições que são as partes mais resistentes e íntimas do «Self». Neste, há diversos graus de interioridade: as emoções e os desejos e os aspectos muito profundos, que percepcionamos do mundo exterior (William James, 1932, Hattie, 1992; Harter, 1996). Segundo aquele autor (W. James, 1932), a consciência da nossa actividade é o que há de mais central no «mim» espiritual tal como se conhece; é o coração de toda a personalidade empírica, o santuário mais íntimo da vida do homem.

Depois de analisar os elementos do «mim», William James (1932) reflectiu sobre os sentimentos e as emoções que aquele proporciona, isto é, a consciência do valor do «mim». Esta reveste-se de duas formas principais:

- a satisfação;
- o descontentamento de si.

Existem sinónimos para designar estas duas formas de consciência afectiva do nosso valor. Por um lado o orgulho, a presunção, a vaidade, o amor-próprio, a arrogância, a vanglória. Por outro, surge a modéstia, a humildade, a contrição, o sentimento de desonra e o desespero.

A soma dos prazeres proporciona o sentimento de satisfação de si e a soma dos pesares o sentimento oposto, isto é, de «desonra». Quando estamos satisfeitos connosco amamo-nos. Os sentimentos não são determinados, são normalmente provocados pelos sucessos e insucessos, pela boa ou má posição no mundo.

Segundo William James (1932), também é necessário referir os actos através dos quais o «mim» tende a realizar-se e a defender-se. O filósofo menciona um grande número de instintos fundamentais: instinto de conservação, de expansão e de defesa, que podem conduzir «à l'amour et à la recherche du moi»[59] e que se podem examinar na sua aplicação ao «mim» físico, ao «mim» social e ao «mim» espiritual.

Pode-se resumir o que se disse com a ajuda do quadro que se segue. A vida empírica do «mim» compreende o seguinte:

---

[59] **«ao amor e à procura do mim»**

Quadro I - 3.1 – Componentes da vida empírica do «mim»

Elementos	Mim material	Mim social	Mim espiritual
Amor do mim (tendências)	**Apetites e instintos físicos.** Amor do companheiro. Instinto de vestuário. Instinto de propriedade Instinto de construção Amor do lar Etc.	**Desejo de agradar, de ser notado, admirado, etc.** Sociabilidade: - emulação; - inveja; - amor próprio. Desejo de honra, ambição, etc.	**Aspirações intelectuais, morais e religiosas.** Instinto moral
Consciência do valor do mim (sentimentos)	**Vaidade, modéstia.** Orgulho das riquezas. Receio da pobreza	**Orgulho da nação, da casta, da família.** Glória fútil, snobismo Humildade, Honra	**Sentimentos de superioridade moral ou intelectual.**

Fonte: William James, *Précis de Psychologie*, p.252

Segundo William James (1932), o «Eu» é consciente, enquanto que o «mim» «n'est qu'un des différents objects dont il a conscience: en d'autres termes le je est ce qui pense en nous»[60].

Segundo Hattie (1992), é difícil não ser influenciado por aquele filósofo, porque o seu poder de escritor teve efeito acentuado nos pensadores subsequentes. Ele é importante para a compreensão da história da filosofia do «self». Harter (1996), citando Cooley (1902) e Mead (1925, 1935), diz que o «Self» é considerado primariamente como uma «construção social», realizada através duma troca linguística com os outros - «Interacção simbólica».

O filósofo Cooley (1902)[61] adoptou uma perspectiva mais sociológica do que William James. Muitos escritores reconhecem-no por ter introduzido a noção «the looking – glasse self »[62].

---

[60] **«não é se não os diferentes objectos de que tem consciência: noutros termos o «Eu» é o que pensa em nós».**
[61] ***Apud*, John Hattie, *Self-Concept*, p. 18**
[62] **«a imagem reflectida no espelho»**

Cooley (1902)[63] defendeu que o «self» é formado pela imaginação daquilo que os outros pensam da nossa aparência, motivos, actos e carácter.
É como uma «auto-ideia» que na terminologia de Cooley compreende três componentes:

a) a imaginação da nossa aparência por outra pessoa;
b) a imaginação dos juízos dessas pessoas sobre a nossa aparência;
c) certos autosentimentos como o orgulho ou a vergonha.

Em Mead (1925),[64] encontra-se uma elaboração de temas identificados por Cooley com uma constante e grande insistência no papel da interacção social, particularmente através do uso da linguagem. Este autor postulou dois estágios do processo de desenvolvimento, através dos quais a criança adopta atitudes de outros para o seu «self».

A abordagem de Mead foi essencialmente sobre o «Me-self», definido num sentido mais social do que o «Me-self» de William James. Também invoca o conceito de um «I-self»

Segundo Hattie (1992), este filósofo foi mais interaccionista do que Cooley, afirmando que o «self» individual, só o é por causa das suas relações com os outros. O indivíduo pode tornar-se o objecto da sua acção. A realização do «self» faz-se por via da linguagem. A expressão facial pode ser observada apenas pelo outro. O comportamento oral pode ser seguido por ambos, o falador e a pessoa que ouve - «If the "I" speaks the "Me" hears»[65].

Em contraste com William James, os interaccionistas simbólicos enfatizam como a interacção social com os outros, molda profundamente o «self».

Freud[66] discute o «id», «Superego» e o «Ego»[67]. O «Id», luta para obter prazer e evitar a dor, é o centro do processo instintivo. O «superego» transmite expectativas ao indivíduo. Em contraste com o «id», que se associa a relações internas e do corpo, o «superego» está associado a relações externas e espirituais. O

---

[63] ***Apud*, John Hattie, *Self-Concept*, p. 18**
[64] ***Apud*, Susan Harter, «Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-Concept», p. 4**
[65] **«Se o "Self " fala o "Me" ouve»**
[66] ***Apud*, John Hattie, *Self-concept*, p. 22**
[67] **Ego (latim), «je» em Francês e o «I» em Inglês**

«superego» representa o ideal no lugar do real e está dirigido para a perfeição no lugar do prazer.

O «Ego» é a ligação entre o «Id» e o «Superego». Assim é capaz de diferenciar entre conceitos da mente e conceitos que existem no mundo exterior.

Segundo Hattie (1992), Freud deu muito mais importância às representações cognitivas do «Self». O «Ego» é a porção da estrutura da personalidade que abarca o núcleo da tomada de decisões, planeamento e defesa. Chama-se o «Ego» de «Self» inferido, porque ele pode ser melhor compreendido por um observador externo.

Assim, o «Ego» é uma construção a partir do comportamento, um construto hipotético, que pode ser inferido a partir do comportamento (Hamachek, 1979). Segundo este autor, o «Ego» é aquela parte da personalidade que, está em contacto com a realidade externa. É responsável por perceber a realidade interna e externa, para regular o comportamento e para controlar os impulsos.

Em suma, o «Ego» percebe, testa a realidade, selecciona e rejeita padrões de comportamento. É responsável pela aprendizagem e pelo controlo e supressão dos impulsos básicos.

Apesar da riqueza do pensamento iniciado por William James, os avanços na teoria, medição e pesquisa do autoconceito estiveram no silêncio durante a prevalência do beavorismo. Só nos últimos vinte e cinco anos, houve um ressurgimento da investigação sobre o autoconceito.

Segundo Hamachek (1979) com o beavorismo, o «self» praticamente desapareceu como construto teórico ou empírico. O «self» não podia ser investigado em laboratório e como consequência não foi considerado apropriado para o empreendimento científico.

Shavelson (1976)[68] iniciou a revisão do desenvolvimento de uma definição teórica do autoconceito. Este é de modo geral definido por aquele autor como «a

---

[68] ***Apud*, John Hattie, *Self-Concept*, p.57**

person's self-perceptions jormed through experience with and interpretation of his or her environment».[69]

Para Wells e Marwell (1976),[70] o autoconceito não é uma entidade dentro da pessoa, mas um construto hipotético que é potencialmente útil na explicação e predição da forma como uma pessoa actua. Esta autopercepção influencia as acções e os actos que, por sua vez, influenciam a autopercepção da pessoa.

O autoconceito define-se como o «conceito que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social e espiritual ou moral» (Gecas, 1982)[71]. Esta noção é mencionada em vários trabalhos de Vaz Serra (1986ª, 1986b e 1989).

Para Alcántara (1997), o autoconceito é definido como a opinião que se tem da própria personalidade e sobre a sua conduta. É o conjunto de auto-esquemas que organizam as experiências do passado e são usados para reconhecer e interpretar estímulos relevantes no ambiente social. O auto-esquema é uma crença e opinião sobre si mesmo, que determina o modo como é organizada, codificada e usada a informação que nos chega sobre nós próprios.

Shavelson e Bolus (1983)[72] referem que a percepção é organizada segundo categorias descritivas e avaliativas, produto da abstracção e interpretação do comportamento observado do próprio indivíduo. O autoconceito depende na sua formação das avaliações feitas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas dos grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências socioculturais.

Swann e Read (1981)[73] afirmam que a formação do autoconceito é influenciada pelos pensamentos, sentimentos e acções dos parceiros de interacção social. Segundo Vaz Serra (1986ª), os pormenores reflexivos do autoconceito não se reduzem às apreensões cognitivas, abstraídas dos comportamentos observados. O desempenho de um determinado papel social pode levar à satisfação ou insatisfação pessoal e por sua vez dar lugar a emoções agradáveis ou desagradáveis.

---

[69] «a percepção que a pessoa tem de si própria sentida através da experiência e com interpretação do seu ambiente»
[70] *Apud*, Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 57
[71] *Idem, Ibidem*
[72] *Apud*, Adriano Vaz Serra, «Autoconceito e Ansiedade Social», p.103
[73] *Idem, ibidem*

A forma como uma pessoa se percebe e avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e a forma como se percebe (Wells e Marwell, 1976)[74].

Na opinião de Esteban (1995), o autoconceito determina o nível de aspirações do indivíduo, as suas expectativas, o sentido de competência em múltiplas áreas da vida, a qualidade da comunicação e as relações que estabelece com outros. As pessoas que se avaliam como incapazes tendem a relacionar-se com os outros e a enfrentar os problemas da vida com dificuldades, enquanto que as que se aceitam a si mesmas, com os seus êxitos e fracassos, estão preparadas para se adaptarem.

Para Fitts (1972)[75], quanto melhor é o autoconceito, melhor é o desempenho de um indivíduo desde que esteja em pé de igualdade, em termos de aptidões, com outros que lhe sirvam de comparação.

O autoconceito é, como afirmam Shavelson e Bolus (1982)[76], um conceito geral, estável e multifacetado. As facetas que o constituem reflectem o sistema de categorias adoptado por um dado indivíduo e ou compartilhado por um grupo. Tais categorias, ao formarem-se, tornam-se mediadoras do ajustamento do indivíduo ao meio, podendo facilitá-las ou dificultá-las. Convém especificar com pormenor o que é a estrutura do «autoconceito».

3.2 – ESTRUTURA DO AUTOCONCEITO

Relembrando que o autoconceito é a percepção que a pessoa tem de si, Shavelson *et al* (1976), Shavelson e Bolus (1982)[77] salientam que a formação destas percepções é determinada pelos seguintes aspectos:

- a experiência e as interpretações do ambiente onde se situa a pessoa;

---

[74] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «A Importâcia do Autoconceito», p. 57**
[75] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «Autoconceito, Solidão e Comportamentos de Lidar com Estados de Tensão», p. 157**
[76] ***Idem, ibidem***
[77] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 76**

- o esforço e a avaliação das pessoas mais significativas do meio ambiente.

Shavelson *et al* (1976)[78] realizaram uma série de estudos e concluíram que o autoconceito é um construto hierárquico e multifacetado. O mesmo autor (in: Marsh, 1996; Hattie, 1992 e Vaz Serra, 1986) salienta sete aspectos que são críticos para a definição de autoconceito:

1 - está *organizado* ou *estruturado* em categorias, cada qual com a informação que as pessoas têm delas próprias;

2 – é *multifacetado* – Goldstein (1939), C. Rogers (1934,1952, 1954) e Murphy (1947)[79] formularam teorias do autoconceito, nas quais defendiam que o «Eu» era uma total configuração de porções entrelaçadas, todas influenciando-se potencialmente num determinado momento. Estas porções são designadas por facetas por outros autores (Vaz Serra, 1986; Hattie, 1992 e Marsh, 1996) e reflectem o sistema de categorias de autoreferência adoptado pela pessoa ou grupo.

3 - é *hierárquico,* isto é, as percepções dos comportamentos das pessoas ou situações específicas estão na base da hierarquia, as inferências acerca do «Eu» nos diferentes domínios (social, físico e académico) no meio da hierarquia e o autoconceito global no ápice (Vaz Serra, 1986; Marsh, 1996). A noção de hierarquia do autoconceito é universal. Rychlak (1968)[80] defendeu que «a hierarchical concept is immediately suggested when one thinks of the formal properties of particulars, each of which belongs to a certain class of now more abstract, universal form».[81] Segundo Hattie (1992), o superior hierárquico mais consistente da hierarquia são as concepções sobre o «Eu». Podem aparecer na hierarquia afirmações como as que se seguem:

---

[78] *Apud*, John Hattie, *Self-Concept*, p. 76
[79] *Idem*, p. 95
[80] *Idem*, p. 94
[81] **«Um conceito hierárquico é imediatamente sugerido quando se pensa nas propriedades particulares, cada uma das quais pertencentes a uma classe mais abstracta de formas universais»**

«I have big thigs»[82] ou «I have nice biceps».[83] No lugar destas duas afirmações pode declarar-se a um nível mais elevado, «I am happy with my body».[84] A mesma autora afirma que os conceitos ordenados superiormente são mais abstractos e os que estão ordenados inferiormente constituem os blocos construtores.

4 – *Autoconceito geral hierárquico* – o ápice da hierarquia é *estável*, mas à medida que se desce na hierarquia, o autoconceito transforma-se progressivamente em situações específicas e como consequência, menos estáveis (Vaz Serra, 1986; Hattie, 1992; Marsh, 1996). Para Marsh, (1996), as mudanças da autopercepção na base da hierarquia podem alterar os conceitos dos níveis altos e as mudanças no autoconceito geral podem requerer mudanças em muitas situações específicas.

5 – O autoconceito evolui, isto é, tende a tornar-se multifacetado à medida que a pessoa evolui, desde a infância até à idade adulta (Vaz Serra, 1986; Hattie, 1992; Marsh, 1996).

6 – É *avaliável*, isto é, possui aspectos descritivos e avaliativos, dado que as pessoas podem descrever-se a si próprias: «sou feliz» e ao mesmo tempo avaliarem-se «estou bem a matemática».

7 – O autoconceito pode ser diferenciado de outros construtos com os quais está relacionado. Por exemplo, a realização académica pode estar mais correlacionada com o autoconceito académico do que com o autoconceito social ou físico.

---

[82] **«tenho coxas grandes»**
[83] **«tenho bíceps bonitos»**
[84] **«estou feliz com o meu corpo»**

Shavelson *et al* (1976),[85] ilustram, na figura I - 3.1, a representação da organização hierárquica do autoconceito. Para este autor, o autoconceito geral, no ápice, está dividido em autoconceito académico e não académico.

O autoconceito académico, por sua vez, está dividido em aspectos específicos relativos a assuntos escolares gerais.

Segundo Byrne (1996), no modelo de Shavelson, levanta-se a hipótese de que a autopercepção das competências em matemática «causam» a percepção da competência académica global, que, por sua vez, tem impacto na percepção do «Eu».

Não há uma definição precisa de autoconceito académico, a não ser Stein (1993)[86] ter notado que o uso do termo pode ser caracterizado por dois elementos comuns para muitos investigadores. Os dois elementos consistentes, com o modelo de Shavelson, são:

1° – o autoconceito académico reflecte os aspectos descritivos e avaliativos da autopercepção;

2° – a autopercepção associada ao autoconceito académico tende a centralizar-se em competência no lugar de atitudes.

O autoconceito não académico está dividido em autoconceito físico, emocional e social, que por sua vez, se dividem em componentes mais específicos.

O autoconceito físico tem sido estudado por muitos investigadores. A sua influência no autoconceito global é observada frequentemente na literatura (Thornton & Ryckman, 1991).[87]

Os adultos atraentes e corajosos, muitas vezes, alcançam grande popularidade, tratamento preferencial e atributos positivos em relação às pessoas não atraentes (Hartfield & Sprecher, 1986).[88]

---

[85] Herbert Marsh e John Hattie, «Theoretical Perspectives on Structure of Self – Concept», p. 59
[86] *Apud*, Barbara M. Byrne, «Academic Self-Concept: Its Structure, Measurement and Relation to Academic Achievement», p. 288
[87] *Apud*, Risa J. Stein, «Physical Self-Concept», p. 374
[88] *Idem, ibidem*

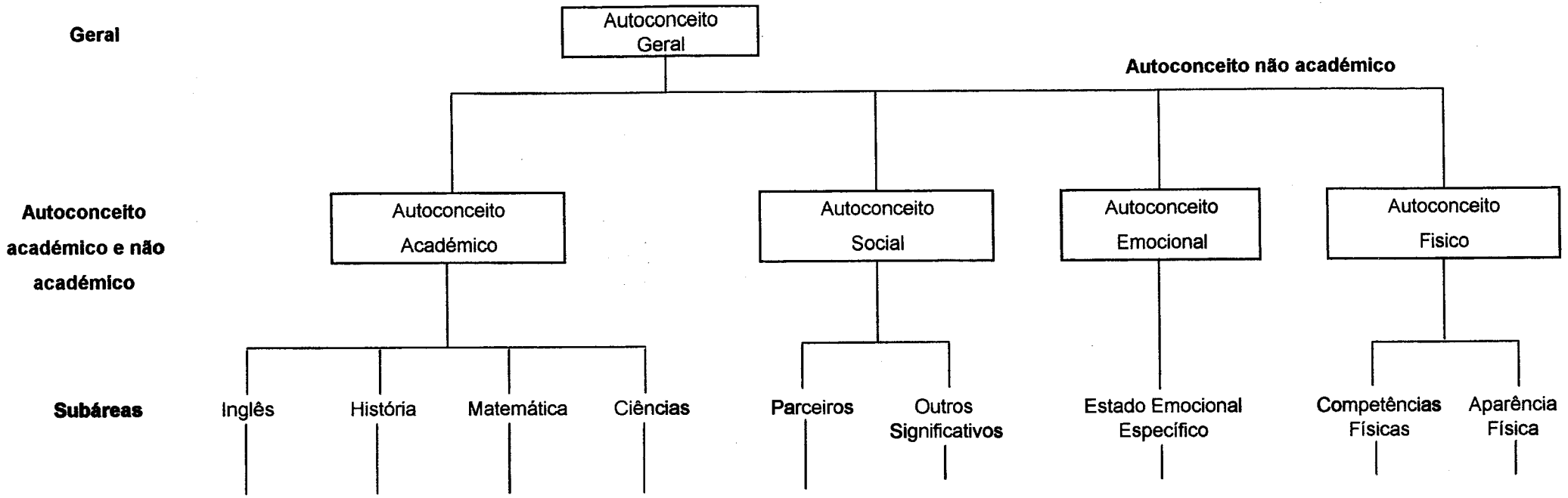


Fig. I - 3.1 - Representação da organização hierárquica do autoconceito de Shavelson (1976), in Marsh p.54

Alguns estudos demonstraram que a atracção física está positivamente relacionada com o autoconceito (Adam, 1977; Lerner & Karabenick, 1974; Simmons & Rosenberg, 1975)[89]. Geralmente, as pessoas com um sentido positivo das suas características físicas tendem a ter uma alta auto-estima.

Segundo Stein (1996), o autoconceito físico é definido como a percepção que as crianças têm do seu desempenho e da sua aparência física.

O autoconceito físico não deve ser confundido com a imagem corporal. Esta está afectivamente ligada à avaliação da aparência física. Contudo, não há necessariamente uma relação positiva entre as duas variáveis. Muitas pessoas reconhecem ter peso a mais, mas sentem-se bem com o seu corpo, enquanto que outras não.

Quanto ao autoconceito social, este originou-se quando William James[90] escreveu:

> a man's social self is the recognition which he gets from his mates. We are not only gregarious animals, liking to be in sight of our fellows, but we have an ionnate propensity to get ourselves noticed, and noticed favorably, by our kind[91]

A ligação entre o autoconceito social e o reconhecimento social foi reforçada por Cooley (1922),[92] que escreveu a hipótese mais poética das ciências sociais «Each to each a looking glass/reflects the other that doth pass».[93]

Cooley explicou a referida hipótese, afirmando

> as we see our face, figure and dress in the glass, and are interested in them because they are ours, so in imagination we perceive in another

---

[89] *Apud*, Risa J. Stein, «Physical Self-Concept», p. 374
[90] *Apud*, Thomas J. Bernt e Leah Burgy, «Social Self-Concept», p. 171
[91] «o mim social de um homem é a consideração que ele obtém no seu meio. Não somos somente animais que vivem em grupo e que gostam de se encontrar entre os seus semelhantes, temos uma tendência inata para querermos ser notados e a nosso favor». Esta citação também se encontra em William James, *Principles of Psychology*, p. 2 e em *Précis de Psychologie*, p. 231
[92] *Apud*, Thomas J. Berndt e Leah Burgy, «Social Self-Concept», p.171
[93] «um a um o espelho (como) reflecte a imagem do outro que passa»

mind some thought of our appearance, manners, aims, deeds, character, friends, and so on, and are variously affected by it»[94]

Tanto para William James como para Cooley,[95] o autoconceito social refere-se às percepções das pessoas sobre a forma como os outros os amam e admiram, ou seja, autopercepção da aceitação social.

Fitts (1965)[96] definiu o autoconceito social como a percepção que as pessoas têm das suas competências sociais. Por exemplo, as pessoas assumem ter um autoconceito positivo quando se sentem à vontade com outras pessoas, sentem-se confortáveis conversando com os outros e confiam na sua competência social.

As duas definições anteriores sobrepõem-se. As pessoas, que se percebem aceites pelos outros, provavelmente aceitam-se como socialmente mais qualificadas.

Segundo William James (1932), o autoconceito social refere-se à avaliação das competências da pessoa ou de grupos específicos de outras pessoas. Por outro lado, a auto-avaliação das competências sociais não implica outras pessoas.

Para além do modelo de Shavelson, existem outros modelos de estruturação do autoconceito e um dos mais conhecidos é o modelo de Song e Hattie (1984). Segundo Hattie (1992), este modelo introduziu algumas mudanças ao modelo de Shavelson.

Subdividiram o autoconceito académico em:

- realização;
- capacidade;
- sala de aula.

O autoconceito da realização é a capacidade da pessoa se realizar. Este autoconceito está relacionado com os sentimentos e as percepções da realização

---

[94] «assim como vemos a nossa cara, figura e vestido no espelho, e estamos interessados neles porque são nossos, então na imaginação percebemos alguns pensamentos da nossa aparência, maneiras, objectivos, realizações, carácter, amigos, e assim por diante, que estão diferentemente afectados por ela»

[95] *Apud*, Thomas J. Berndt, «Social Self-Concept», p. 171

[96] *Idem, ibidem*

actual. A autorealização é o produto da realização pessoal num determinado período e pode ser medida por «itens» como «estou orgulhoso do relatório da minha ficha».

O autoconceito social pode ser dividido em dois outros factores; o autoconceito familiar e o autoconceito dos pares estando relacionado com as pessoas significativas na vida da pessoa.

Por sua vez, o autorespeito também se divide em dois factores, confidência e autoconceito físico e estes estão relacionados com a apresentação do «Eu», perante os outros. O autoconceito físico pode ser subdividido em competências e aparência física e pode ser medido através de «itens» como «sou uma pessoa atraente».

O modelo reformulado por Song e Hattie (1984)[97] encontra-se ilustrado na fig. I - 3.2. As diferenças, entre os modelos de Shavelson *et al* e de Song e Hattie, são pequenas. Os dois modelos concebem o autoconceito como uma estrutura e um processo. Para algumas pessoas, pode ser uma estrutura ou um conjunto de crenças que dominam processos e acções, enquanto que para outras pode ser uma estrutura/processo que envolve um conjunto de crenças que são hierárquicas, multifacetadas, lactentes e podem orientar os comportamentos em vários grupos sociais. O autoconceito, como orientador dos comportamentos, varia com as situações. Muito poucas pessoas são capazes de descrever explicitamente o conceito de si próprias, mas podem ter modelos implícitos, que podem regular e orientar comportamentos e impressões.

AUTOCONCEITO GERAL

Autoconceito académico	Autoconceito social	Autorespeito/ Apresentação do Eu
Autorealização	Parceiros	Confidência
Autocompetência	Autoconceito familiar	Físico
Auto sala de aula		

Fig. I - 3.2 – Modelo do autoconceito de Song & Hattie, p. 84

[97] ***Apud*, John Hattie, *Self-Concept*, p.83**

O autoconceito pode ser influenciado por situações e pessoas significativas. É culturalmente limitado pelas diferentes gerações e pode mudar com a idade (Hattie, 1992).

Esteban (1995) apresenta uma abordagem diferente quanto à estrutura do autoconceito. Segundo este autor, o autoconceito é definido como estrutura multidimensional composta por *estruturas* fundamentais, que delimitam grandes regiões do conceito de si próprio – as chamadas *subestruturas* – que, por sua vez, se dividem em categorias.

Há uma tendência geral das pessoas para organizar as diferentes experiências e aspectos de «si mesmo» numa representação consistente. Pode haver aspectos do autoconceito nos quais a pessoa se sinta mais integrada e com a auto-estima aceitável, enquanto que noutras facetas do autoconceito sinta insatisfação.No quadro I - 3.2, apresenta-se a organização multidimensional do autoconceito de Esteban (1992).

Esta abordagem de Esteban baseia-se em William James, no que se refere aos elementos integrantes do «mim»: o «mim» material, o «mim» social e o «mim» espiritual.

Consideram-se no sub-capítulo que segue outros temas do autoconceito igualmente importantes.

3.3 – COMPONENTES DO AUTOCONCEITO

Desde William James que o autoconceito é visto como um sistema cognitivo/avaliativo, no qual a pessoa cognitivamente compara os seus sucessos e fracassos em vários domínios. O sistema cognitivo/avaliativo é considerado por alguns autores como os componentes do autoconceito.

Esteban (1995) considera o autoconceito como uma organização interna de atitudes, que levam a uma análise dos componentes básicos daquele e que são:

- cognitivo;
- avaliativo;
- comportamental.

Quadro I - 3.2 – Organização multidimensional do autoconceito

Estruturas	Subestruturas	Categorias
O «si-mesmo» material	«Si-mesmo» somático	Acções, aparência e condição física
	«Si-mesmo» possessivo	Possessão de objectos Possessão de pessoas
.....	.....	.....
O «si-mesmo» pessoal	Imagem de «si»	Aspirações Capacidades Sentimentos e emoções Gostos e interesses Qualidades e defeitos
	Identidade de «si-mesmo»	Denominações simples Papel e estatuto Consistência Ideologia Identidade abstracta
.....	.....	.....
O «si-mesmo» adaptativo	Valor de «si-mesmo»	Competência Valor pessoal
	Actividade de «si-mesmo»	Autonomia Estratégias de adaptação Ambivalência Dependência Actualização Estilo de vida
.....	.....	.....
O «si-mesmo» social	Preocupações e actividades sociais	Receptividade Dominação Altruísmo
	Referência ao sexo	Referência simples Atractivo Experiência sexual
.....	.....	.....
O «si mesmo» dos outros	Referência ao outro Opiniões de outros sobre si mesmo	

Fonte: Bartolome Llor Esteban, «Ciencias Psicosociais Aplicadas a la Salud», p. 107

Este assunto é abordado por Vaz Serra (1986) de forma diferente, considerando como dimensões do autoconceito as identidades do indivíduo e as dimensões avaliativas e emocionais, nas quais engloba a auto-estima.

Analisam-se de seguida os diferentes componentes/dimensões do autoconceito na perspectiva de vários autores.

Componente cognitivo – Segundo Harter (1996) na perspectiva do desenvolvimento o «Eu» tem sido considerado como um construto cognitivo, sujeito a mudanças provenientes da idade e das capacidades que vão emergindo ao longo da vida da pessoa. Para Esteban (1995) e Alcántara (1997) o aspecto perceptivo do autoconceito designa-se por *auto-imagem* e refere-se às ideias, crenças ou opiniões, percepções e processamento da informação, isto é, o autoconceito definido como a opinião que se tem da própria personalidade e sobre a sua conduta. Este componente por sua vez é constituído por três sub-componentes:

- a auto-imagem real;
- a auto-imagem ideal;
- a auto-imagem social.

A auto-imagem real – é a percepção que a pessoa tem das suas próprias características e atributos (Esteban, 1995).

A auto –imagem ideal – é a representação que o indivíduo tem de como gostaria de ser. A percepção do que aspira ser (valores e objectivos) nos diversos aspectos da vida (Esteban, 1995).

A imagem que o indivíduo tem do seu corpo é subjectiva. Pode ter uma imagem corporal positiva, isto é, gostar da forma como se percebe ou ter uma imagem corporal negativa, isto é, aquilo que percebe de si está aquém das suas expectativas (Hamachek, 1979).

A auto – imagem social – representa a crença que a pessoa tem de si mesma, em função das opiniões dos outros (Esteban, 1995). Sullivan[98] introduziu o termo «significant others» para sublinhar a importância das avaliações reflectidas de

---

[98] ***Apud,* Loretta Seigley, «Self-esteem and Health Behaviour: Theoretic and Empirical Links», p.74**

pessoas específicas e exemplificou com o papel da mãe durante a infância na formação da auto-estima.

Cooley[99] integrou os efeitos do ambiente social na sua teoria do autosentimento, tendo utilizado a tão conhecida expressão do «looking glass self» ou o que o indivíduo imagina sobre o que os outros pensam dele.

A parte mais visível do «self» é o corpo físico. A aparência física é a característica pessoal acessível aos outros. O autoconceito desenvolve-se a partir das avaliações reflectidas que os outros fazem da pessoa. Estas reagem não só ao que se diz e ou se faz, mas também à aparência do indivíduo: roupa, forma de se arranjar, atributos físicos e outros. Por exemplo, a forma como uma pessoa percebe o seu corpo (distorcida ou não) pode ter consequências importantes. Podem surgir vários tipos de sentimentos, sendo um deles o sentimento de vergonha. Este pode desenvolver-se se a pessoa ouve demasiadas vezes que é gorda ou magra ou muito feia.

O sentimento de vergonha nasce do fracasso resultante do desajustamento aos padrões dos outros. A confiança nasce do facto de se estar à altura dos próprios padrões (Hamachek, 1979).

Vaz Serra (1986) utiliza o termo autoconceito real e autoconceito ideal, cujas definições são semelhantes às de Esteban (1995), quando este define as auto-imagens.

Para Vaz Serra, o autoconceito real é equivalente à forma como uma pessoa se percebe e se avalia tal como é na realidade. O autoconceito ideal é a forma como um indivíduo gostaria de ser e representa as qualidades humanas que são valorizadas pelo meio sócio-cultural.

Segundo Hamachek (1979), o «Self» ideal inclui atitudes relacionadas com a aparência do corpo. Na opinião deste mesmo autor, as expectativas dos outros podem ter efeito sobre o autoconceito das pessoas. Os efeitos da beleza são bem profundos.

---

[99] ***Apud,*** **Loretta Seigley, «Self-esteem and Health Behaviour: Theoretic and Empirical Links», p.74**

Os homens e as mulheres geralmente gostam de pessoas atraentes e isto tem influência até mesmo na aquisição de emprego, isto é, as variáveis da aparência física têm muito a ver com o modo como os outros nos percebem e o que esperam de nós.

Por sua vez, Vaz Serra (1986) refere-se também ao autoconceito aspirado que representa aquilo que a pessoa aspira ser.

Na opinião de Alcántara (1997), as restantes dimensões, a afectiva e a conduta caminham sob a luz projectada pelo autoconceito, que por sua vez se faz acompanhar pela auto-imagem ou representação mental que um sujeito tem de si mesmo no presente, nas aspirações e expectativas.

Componente avaliativo – Segundo Esteban (1995) e Vaz Serra (1986), o aspecto avaliativo ou afectivo do autoconceito é a auto-estima que está ligada a aspectos de avaliação, de aceitação/rejeição das suas capacidades e acções. A auto-estima indica a forma como uma pessoa se sente portadora de valores e qualidades significativas para si própria e para a sociedade. É um processo de auto-avaliação no qual a pessoa se julga numa escala de valores. A auto-estima é considerada como um juízo de valor pessoal que se expressa nas atitudes do indivíduo para consigo (Alcalay & Milicic, 1991)[100]

Na perspectiva de Sorensen (1998), o conceito de auto-estima divide-se em dois tipos:

- global;
- específico.

A auto-estima global é «a medida de aferição de como alguém se percebe de si na sua totalidade».

A auto-estima específica é «a medida de aferição pela qual cada um aprecia uma parte específica de si próprio».

Esteban (1995) diz que o processo de auto-avaliação se faz de acordo com três mecanismos, dos quais resulta o nível de auto-estima da pessoa, que são:

---

[100] *Apud,* **Raimunda Silva e Marli Villela Mamede,** ***Conviver com a Mastectomia,*** **p. 71**

a) comparação entre a auto-imagem real e a ideal. A congruência entre as duas origina um adequado nível de auto-estima;
b) comparação entre aspirações, fracassos ou êxitos pessoais;
c) interiorização da avaliação que as «pessoas significativas» fazem da pessoa.

Da adequação emocional duma pessoa depende o processo de auto-avaliação. Se os fracassos não são concordantes com as aspirações, com o ideal e com as estimas dos outros, encontram-se pessoas com uma avaliação negativa de si que pode levar ao autodesprezo, ou desaprovação e, como consequência, a uma baixa auto-estima.

As pessoas que aceitam as suas próprias realizações e que tem capacidade para viver sem crises patológicas os seus erros e fracassos tem normalmente um nível adequado de auto-estima.

Para Vaz Serra (1986), a avaliação é significativa para o comportamento humano, pois é dela que surge o aspecto afectivo e emocional. Estes andam frequentemente juntos. Mas, há situações em que tal facto não acontece, sobretudo quando o processo de avaliação se realiza num contexto de natureza cognitiva, no qual a pessoa faz um juízo de valor de si mesma, mas não se importa com ele.

Segundo o mesmo autor, o que é significativo não são as auto-avaliações em si, mas antes as emoções que as mesmas são ou não capazes de evocar. Este aspecto não se aplica só ao sentido negativo do julgamento que a pessoa faz de si. Aplica-se, também, ao julgamento positivo do próprio comportamento.

Na opinião de Vaz Serra (1986), relativamente ao processo de avaliação pessoal, podem ocorrer várias alternativas. Uma pessoa pode gostar de si mesma, apesar dos juízos de valor serem negativos em relação a certos atributos e desempenhos. Pode detestar-se quando faz juízos de valor negativos a respeito do seu comportamento. Noutro caso, pode detestar-se apesar do seu desempenho ser satisfatório, mas porque a sua aprendizagem social lhe criou um nível de aspiração muito elevado que a leva a sentir-se insatisfeita e destruída quando não obtém resultados excelentes.

Na mesma linha de pensamento, Alcántara (1997) afirma que a auto-estima valoriza no indivíduo o que há de positivo e negativo. Implica a distinção entre o favorável ou desfavorável, o agradável ou desagradável, que a pessoa vê em si. Trata-se de um juízo de valor sobre as qualidades pessoais. É a resposta da

sensibilidade e emotividade diante de valores e contravalores que existem no indivíduo. Chega-se assim ao âmago da auto-estima. É na valorização, no sentimento, na admiração ou desprezo, no afecto, no gozo ou dor íntima que se condensa a «quinta essência da auto-estima». Segundo este autor, está-se a um passo do «amarás o próximo como a ti mesmo». Isto significa que devemos amarmo-nos a nós próprios. Um amor, uma estima a nós mesmos, porque só assim, a pessoa se desenvolverá e realizará.

A essência da pessoa não se pode compreender de um modo estático, mas sim dum modo dinâmico, isto é, como origem do seu agir e da sua própria realização.

Vaz Serra (1986) afirma que estes aspectos têm particular relevância clínica. É importante a avaliação que o indivíduo faz de si próprio, do seu estilo de vida, de uma dada aptidão. Uma avaliação positiva permite à pessoa alcançar objectivos desejados, obter reforços, evitar o fracasso, ser punido e não ficar ansioso.

A avaliação, que uma pessoa faz de si, de uma dada aptidão, da sua capacidade ou das suas acções, não se limita só ao espaço da própria avaliação. Ultrapassa-o e dá origem ao *sentido de competência* ou de *eficácia pessoal* realçado por vários autores entre os quais se pode citar Frank (1979) ou Bandura (1977).[101] Aliás, um grande número de teóricos tem estudado o autoconceito «competência» (Abramson, 1927; Bandura, 1977; Bem, 1972; Coopersmith, 1967 e outros).[102] Mas, no centro destes estudos, encontra-se Bandura que afirmou ser a autocompetência um fenómeno básico centrado na eficácia da pessoa para regular os acontecimentos da sua vida.

Bandura[103] definiu a auto-eficácia como o nível de competência de um indivíduo. As expectativas de sucesso, quando se realiza determinada tarefa, podem constituir a variável mais influente na determinação do grau da sua execução. Para este autor, os indivíduos que se consideram competentes são mais activos e determinados nos seus objectivos. Contudo, as pessoas que se consideram menos

---

[101] *Apud,* **Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 61**
[102] *Apud,* **Natalie Novick, «Competence Self-Concept», p. 210**
[103] *Apud,* **Sorensen e Luckmann, *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*, p. 1748**

competentes são mais hesitantes na percepção dos seus objectivos. Estas pessoas podem desistir das tarefas prematuramente. Quando desistem dos seus objectivos, confirmam a sua própria avaliação de incompetência.

Na opinião de Novick (1996), não há uma definição clara de autocompetência, por isso é difícil de operacionalizar, de medir o construto e determinar o seu papel relativamente a outros domínios do autoconceito. O autoconceito competência não é a mesma coisa que comportamento competente. Os aspectos comportamentais da competência envolvem um comprometimento activo, adaptado e efectivo com o ambiente na procura de objectivos pessoais. Na mesma linha de pensamento, outros autores, como Wells e Marwell (1976),[104] afirmam que há duas grandes subdivisões de auto-estima:

- a auto-estima baseada num sentimento de competência, poder ou eficácia;
- a auto-estima baseada num sentido de virtude ou de valor moral.

A auto-estima baseada num sentido de competência – está relacionada com a execução eficaz e com processos de auto-atribuição e comparação social.

A auto-estima baseada na virtude – representa o valor pessoal, está relacionada com normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, reciprocidade e honra.

Todavia, Coopersmith[105] identificou quatro grandes componentes da auto-estima: competência, importância, coerência e poder.

Competência – é a capacidade de realizar, com êxito, os próprios objectivos, também conhecida por auto-eficácia.

Importância – sentimento de ser aceite e respeitado.

Coerência – ajuda de acordo com as próprias crenças e valores.

Poder – habilidade para influenciar os outros.

A auto-estima assume assim um importante papel na percepção dos acontecimentos, sua interpretação e posterior desenvolvimento nas acções das pessoas.

---

[104] *Apud,* **Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 63**

[105] *Apud,* **Sorensen e Luckmann, *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*, p. 1748**

Harter (1993)[106] afirmou que a auto-estima geral está fortemente relacionada com a autopercepção da aparência física. Na perspectiva deste autor, as crianças e adolescentes que sentem ter um bom aspecto ou que são felizes com a sua aparência física, terão também provavelmente a auto-estima geral alta. De acordo com este autor, a percepção da aparência física tem mais significado para a auto-estima geral do que a percepção da aceitação social.

Coorpersmith (1967)[107] defende que os jovens com auto-estima elevada reunem as seguintes características:

- serem activos;
- bem sucedidos;
- espontâneos;
- autoconfiantes;
- optimistas;
- manifestarem pouca ansiedade e fraca tendência para a destruição.

Assim, a auto-estima assume um papel importante na vida das pessoas. Alcántara (1997) afirmou que a auto-estima influencia vários aspectos da vida:

- condiciona a aprendizagem;
- ajuda a superar as dificuldades quando é positiva;
- fundamenta a responsabilidade, isto é, ajuda as pessoas a serem responsáveis, capazes e dispostas a comprometerem-se.
- apoia a criatividade – esta surge quando a pessoa tem fé em si própria, na sua originalidade, nas suas capacidades;
- determina a autonomia pessoal – a pessoa com auto-estima positiva é autónoma, autosuficiente, segura de si mesma, capaz de tomar decisões, aceita-se a si própria e sente-se bem consigo;
- garante a projecção futura da pessoa – esta, a partir da assunção das suas qualidades, projecta-se para o futuro;

---

[106] *Apud,* **Thomas Bernt e Leah Burgy, «Social Self-Concept», p. 188**
[107] *Apud,* **Howard H. Kendler,** ***Introdução à Psicologia*****, p. 948**

- constitui o núcleo da personalidade (Rogers).[108]

Ainda segundo Alcántara (1997), a auto-estima é uma atitude para consigo próprio. Defini-la implica a aceitação de pressupostos antropológicos e psicológicos.

Como atitude é a forma habitual de pensar, amar, sentir e comportar-se consigo próprio. É adquirida e ocorre como resultado da história de cada um. É o resultado de uma longa e permanente sequência de acções que se vão conformando no decurso da vida. É uma estrutura consistente, estável, difícil de remover e de mudar, mas não é estática, pode crescer, arraigar-se intimamente, ramificar-se e interligar-se com outras atitudes, ou pode debilitar-se, empobrecer-se e desintegrar-se. É uma forma radical de ser e actuar. É a razão da conduta do indivíduo, mas não é a própria conduta. É determinante do comportamento e o princípio da acção humana. Possui duas qualidades: a transferência e a generalização. A partir da unidade destas, abre-se a um repertório multiforme de condutas.

Na opinião de Kendler (1985), a auto-estima baixa exprime-se por sentimentos de depressão, isto é, a auto-estima não se limita à própria avaliação, determina comportamentos.

Ainda segundo Harter (1996), os teóricos e investigadores voltaram as suas atenções para as implicações efectivas da auto-estima. Uma das áreas estudadas envolveu a ligação entre auto-estima e depressão. Para este autor, a auto-estima desempenha um papel crítico na vida diária da pessoa e tem sido invocada como factor causal de vários problemas de comportamento, isto é, desordens alimentares, delinquência, incluindo membros de grupos de bandidos e comportamentos anti-sociais.

Componente comportamental – segundo Esteban (1995), de acordo com os dois componentes anteriores, a pessoa tem tendência para adoptar comportamentos de aceitação/rejeição.

Os comportamentos de aceitação/rejeição estão relacionados com a autopercepção, isto é, a forma como a pessoa se percepciona.

---

[108] *Apud,* **José António Alcántara,** ***Como Educar a Auto-estima*****, p. 13**

Segundo Sorensen (1998), os outros vêm a pessoa de forma diversa e a percepção que têm dela é diferente daquela que a pessoa tem de si própria. Então, as pessoas devem avaliar-se a si e aos outros cuidadosamente.

As pessoas percepcionam-se ou pensam em si de muitas maneiras diferentes. Pensam em si em termos de sentimentos, capacidades e acções.

As percepções evocam sentimentos acerca de si próprios e esses sentimentos são geralmente intensos, podendo corresponder ou não à realidade. Pois pode-se não ser aquilo que se pensa ser e muitas vezes possuírem-se qualidades de que se não gosta ou admirarem-se nos outros qualidades que se pensa não existirem em si.

O autoconhecimento ajuda, com o tempo, a obter uma visão mais realista de si próprios. Existe um equilíbrio desejável entre a auto-aceitação e a autorejeição. As pessoas saudáveis atingem o equilíbrio entre a aceitação de si próprias, tal como são, e a rejeição das partes que querem mudar. A capacidade do indivíduo para mudar, evoluir e ser flexível, facilita o crescimento. A flexibilidade torna possível a adaptação psicológica saudável (Sorensen, 1998).

A consciência, que a pessoa tem de si, leva ao crescimento em termos de comportamento e discernimento pessoal. Uma pessoa não é obrigada a agir sempre da mesma maneira. As pessoas não são estáticas e estão inseridas no processo de desenvolvimento pessoal (Sorensen, 1998).

Para Alcántara (1997), o componente comportamental ou conduta significa tensão, intenção e decisão de agir, ou levar à prática de um comportamento. É a auto-afirmação dirigida para o próprio «Eu» e em busca de consideração e reconhecimento por parte dos outros. É o esforço para obter estima, honra e respeito por parte dos outros e de nós próprios.

Na sequência do que foi dito, pode-se afirmar que «a auto-aceitação é um dos grandes segredos na evolução pessoal e não existe auto-aceitação completa sem que você passe a aceitar o seu corpo da forma como ele é» (Ribeiro, 1994).

Entre as dimensões do autoconceito encontram-se as identidades que segundo Gécas,[109] se revestem de particular importância porque o conteúdo e a organização do auto-conceito reflecte o conteúdo e a organização social. Vaz Serra (1986) afirma que este assunto permite compreender as mudanças através dos tempos e o seu significado para as pessoas. Por exemplo as virtudes de outras épocas são diferentes nas épocas seguintes. A história dos tempos está recheada de exemplos normativos, para estruturar as ideias dos seres humanos. O Homem ao longo da vida vai sendo moldado através da aprendizagem social. Esta moldagem é realizada através das figuras significativas que estão em contacto mais directo no seu próprio ambiente, e que lhes despertam emoções positivas nos comportamentos que gratificam e emoções negativas nos comportamentos que punem.

Ainda na opinião daquele autor, a moldagem do autoconceito é exequível até determinada altura da vida da pessoa. A partir do momento que se forma um esquema de autoregulação, a mudança não é fácil, embora seja possível. Por isso pode acontecer que na mesma pessoa e na mesma cultura, exista constância no autoconceito.

Ribeiro (1994) é de opinião que o desenvolvimento do ser humano passa por três fases principais: a absorção, a modelação e a socialização. A fase de absorção concretiza-se entre o nascimento e os sete anos, considerada como a fase em que a pessoa reage aos estímulos do universo, absorvendo-os como se fosse uma esponja. É a fase em que se aprende mais. Os conhecimentos adquiridos nesta fase ficam impressos na personalidade para toda a vida. Esta absorção é linguística porque é através da linguagem que se aprende tudo o que se sabe e tudo aquilo em que se acredita.

A Segunda fase, a da Modelação, vai dos 7 aos 14 anos ou mais. Nesta fase, começa-se a questionar tudo, começa-se a seleccionar o que deve ser codificado na mente. Deixa-se absorver passivamente e aprende-se a avaliar antes de acreditar.

Acontece que 99% dos parâmetros de avaliação são codificados na mente nos sete primeiros anos e é por isso que muitos adolescentes contestam os adultos mas, no fundo, repetem o mesmo modo de vida dos pais (Ribeiro, 1994).

---

[109] ***Apud,* Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 62**

Na fase de socialização, que vai dos 14 aos 21 anos, o adolescente procura firmar a própria personalidade. Teoricamente, tudo se completa aos 21 anos (Ribeiro, 1994).

Os interaccionistas simbólicos, como Gordon (1976) e Stryker (1978),[110] consideram as identidades como papeis sociais internalizados. O papel social está relacionado com as expectativas de comportamento, que por sua vez se relacionam com a posição ou estatuto.

O valor atribuído ao papel liga a pessoa à cultura e, por essa razão, os papéis tornam-se normativos, levando a pessoa a estruturar a sua acção social (Gécas, 1982, in Vaz Serra, 1986).

Segundo Stryker (1979, citado por Vaz Serra, 1986), uma pessoa quando está comprometida com uma identidade envolve-se, de preferência, em comportamentos relacionados com essa identidade. Quanto maior o compromisso com a identidade, maiores são as consequências que a mesma determina nos comportamentos subsequentes do indivíduo.

3.4 – DISTÚRBIOS DO AUTOCONCEITO

Sendo o autoconceito a percepção que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social, espiritual ou moral, este pode ser influenciado pelos aspectos físicos, pelas interacções com os outros e pelas crenças e valores espirituais e morais.

Segundo Sorensen (1998), a capacidade dos sujeitos para modificarem o seu autoconceito em função do contexto é interessante. As pessoas que perspectivam os seus fracassos de forma menos pessoal, têm a possibilidade de uma percepção mais positiva de si próprias. Na nossa opinião, quando surgem situações de doença crónica ou mutilante, a pessoa tem tendência a percepcionar-se de forma negativa e podem surgir distúrbios do autoconceito.

---

[110] *Apud,* **Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 63**

ICBAS

Na opinião de Carpenito (1997), o distúrbio do autoconceito é um «estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança negativa na maneira de sentir, pensar ou de se ver a si mesmo.

O distúrbio do autoconceito, segundo a mesma autora, pode originar mudanças num ou em vários dos cinco componentes, que são: imagem corporal, auto-idealização, auto-estima, desempenho de papéis e identidade pessoal. A natureza das mudanças pode ser muito variada e pode incluir:

- recusa em olhar ou tocar parte do corpo afectado;
- recusa de se olhar no espelho;
- evitar discutir as limitações, deformidade ou desfiguramento;
- recusar a reabilitação;
- negação da deformidade ou desfiguramento;
- dependência crescente dos outros;
- sinais de pesar: choro; desespero; raiva.
- recusa do autocuidado;
- comportamento autodestrutivo por álcool, drogas, etc.;
- hostilidade para com os outros;
- isolamento social;
- mudança nos padrões de responsabilidade.

Os distúrbios do autoconceito podem surgir como reacção a vários problemas de saúde, situações ou conflitos. Alguns dos factores mais conhecidos dividem-se em três grupos: fisiopatológicos, situacionais (pessoas, ambiente) e maturacionais.

Os fisiopatológicos estão relacionados com mudanças na aparência, estilo de vida e no desempenho de papéis; e são consequência da perda de parte do corpo, de funções corporais, traumatismos severos, doença crónica e dor.

Os situacionais estão relacionados com sentimentos de abandono ou fracasso secundários a divórcio, separação ou morte de pessoa significativa, perda de emprego ou da capacidade para trabalhar, imobilidade ou perda de função e relacionamentos insatisfatórios paternos ou conjugais (Carpenito, 1997).

Na definição de distúrbio do autoconceito estão implícitas as alterações, que podem surgir na imagem corporal.

O distúrbio da imagem corporal é definido por Carpenito (1997) como «um estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma perturbação

na maneira como percebe a sua imagem corporal», cujas características definidoras ou sinais e sintomas são: resposta ou não verbal, relativa à mudança real ou suposta, na estrutura e ou funcionamento, isto é, vergonha, embaraço, culpa e repugnância. Podem estar também presentes sentimentos negativos sobre o corpo, sentimentos de desamparo, desesperança, impotência e vulnerabilidade.

Segundo a mesma autora, o distúrbio na imagem corporal está relacionado com mudanças na aparência, resultantes de situações já mencionadas pela autora anteriormente (vide factores relacionais do autoconceito) e com situações de tratamento como hospitalização, cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

Na opinião de Sorensen (1998), os distúrbios da imagem corporal estão associados a muitos problemas de ordem física. A imagem pode ser alterada pelo crescimento e desenvolvimento normal do indivíduo, por alterações cirúrgicas, por doenças ou tensões, por efeitos de cirurgia, por trauma ou pelos resultados provenientes das expectativas da sociedade. A cirurgia ou trauma pode estar relacionada com a perda ou alteração de uma parte do corpo.

Wassner[111] afirmou que as reacções dos adultos relativamente a uma intervenção cirúrgica mutilante, estão relacionadas com o grau de desenvolvimento da imagem corporal mas, no entanto, existem outros factores que provocam reacções diferentes, tais como: idade, sexo, personalidade, crenças, valores, expectativas de origem sócio-cultural.

Sorensen (1998) e Brundage (1995) descrevem uma série de factores que influenciam as reacções das pessoas às alterações da imagem corporal, e que são:

- capacidade de adaptação do indivíduo;
- as reacções das pessoas mais próximas;
- capacidade dos profissionais de saúde para ajudarem a pessoa e a família;
- comportamentos anteriores;
- modelos de papéis positivos.

---

[111] *Apud,* **Mave Salter,** ***Altération de l' Image Corporelle,*** **p. 13**

A adaptação normal também apresenta algumas reacções das pessoas, incluindo:

- tristeza;
- receio de ser rejeitado;
- raiva;
- sentimentos «fantasma» das partes do corpo que desapareceram (amputações e mastectomia);

Por sua vez, as reacções problemáticas incluem:

- recusa prolongada;
- depressão grave prolongada;
- desadaptação.

Estas alterações problemáticas reflectem-se nos seguintes sinais:

- tendência para o isolamento;
- recusa em olhar directamente para a parte do corpo afectada (já foi mencionado por Carpenito, em página anterior).
- recusa em falar sobre o assunto;
- recusa de cirurgia correctiva, da ajuda de reabilitação específica ou de outros serviços;
- recusa de sair de casa, de visitar amigos, de férias ou de actividades essenciais do dia-a-dia;
- desacordos conjugais ou afastamento face à intimidade;
- incapacidade para voltar à actividade normal.

Para Brundage (1995), a forma como a pessoa supera ou aceita a perda é considerada como reacção de adaptação. Qualquer situação que afecte profundamente a imagem corporal pode precipitar uma crise. Este período normalmente é seguido de defesas, aceitação gradual e, depois, redução do problema. A perda de uma parte do corpo ou função corporal é seguida por períodos de reacção e ajustamento, que se compara ao desgosto que se segue à morte de um ser amado. A dor é o estado subjectivo de alguém que sofreu a perda de um objecto de valor que, neste caso, será uma função física ou aparência corporal ou ambas.

Na opinião da mesma autora, as reacções dos indivíduos são diferentes durante todo o processo de dor. Algumas pessoas podem ter falta de iniciativa durante a fase de choque, ter níveis elevados de energia na fase de pânico e demonstrarem mais tarde comportamentos orientados e com objectivos bem

definidos. Outras sentem-se impotentes, irritadas, culpadas ou perdidas. As reacções de desadaptação acontecem quando a pessoa é incapaz de aceitar a realidade da situação.

Relativamente a estes aspectos, Freud, no seu artigo «Luto e melancolia» (1915), introduziu o termo luto para referir-se a um afecto normal que se apresenta nas pessoas como «uma reacção à perda de um ente querido, à perda de alguma abstracção que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém». Neste sentido, o luto não se apresenta tão só em relação à morte de um ente querido, mas também em relação a situações que impliquem «uma falta» para o indivíduo ou algo que deixou para trás e não poderá recuperar.

Segundo Freud (1915), algumas pessoas, com as mesmas influências, desenvolvem melancolia em vez de luto, suspeitando-se que têm uma predisposição patológica. O luto é superado, após algum tempo, e apresenta características idênticas às da melancolia. Na melancolia, a pessoa apresenta-se com um desânimo profundo, perde o interesse pelo mundo exterior, perde a capacidade de amar, há diminuição dos sentimentos de auto-estima, que se expressam por autorecriminação e auto-envelhecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. A perturbação de auto-estima está ausente no luto, mas a perda encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo exterior, a mesma perda de capacidade para adoptar um novo objecto de amor e o mesmo afastamento de toda a actividade que não esteja ligada a pensamentos de «perda».

A auto-estima é um dos componentes do autoconceito que apresenta também distúrbios de acordo com diferentes situações.

Os diagnósticos de enfermagem definidos pela NANDA[112] (North American Nursing Diagnostic Association), relacionados com a auto-estima são: *perturbações/distúrbios da auto-estima, baixa auto-estima crónica e baixa auto-estima situacional.* Segundo Carpenito (1997), o distúrbio na auto-estima é uma

[112] ***Apud,*** **Sorensen e Luckmann,** ***Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica,*** **p. 1760**

categoria diagnóstica geral. A baixa auto-estima crónica e a situacional representam tipos específicos de distúrbios, envolvendo intervenções mais específicas.

O *distúrbio na auto-estima* é definido como um «estado no qual o indivíduo apresenta ou corre o risco de apresentar, uma auto-avaliação negativa sobre si mesmo ou as suas capacidades» (Doenges, 1994; Carpenito, 1997).

Os factores de distúrbio da auto-estima podem ser relativos a insucessos nos acontecimentos da vida e ou ao envelhecimento (Doenges, 1994). Para Carpenito (1997), os factores podem ser de ordem fisiopatológica, situacionais e maturacionais.

A b*aixa auto-estima crónica* é um «estado em que o indivíduo apresenta uma auto-avaliação negativa de longa duração sobre si mesmo e sobre as capacidades» (Doenges, 1994; Carpenito, 1997).

Doenges (1994) considera como factores da baixa auto-estima crónica a avaliação negativa contínua acerca da capacidade do "self", durante a infância, pela vulnerabilidade pessoal e escolha de vida, que perpetua o insucesso.

A *auto-estima situacional baixa* é um «estado em que o indivíduo, com auto-estima positiva anterior, apresenta sentimentos negativos sobre si mesmo em resposta a um acontecimento» (Carpenito, 1997; Doenges, 1994).

Para estas autoras, os factores causadores da auto-estima situacional baixa são os mesmos da perturbação de auto-estima.

Os diagnósticos de enfermagem caracterizam-se por verbalizações negativas sobre si próprio, expressões de vergonha e ou culpa, com avaliação de si próprio, como sendo incapaz de lidar com determinados acontecimentos.

A história da duração do problema e a presença duma auto-estima positiva anterior são as condições que determinam o diagnóstico mais correcto.

O planeamento dos cuidados de enfermagem em pessoas com baixa auto-estima deve ser fundamentado na identificação de resultados detectáveis e mensuráveis, realizado com a participação da pessoa. As intervenções de enfermagem estão contra-indicadas quando a pessoa não as pede ou prefere ser orientada por outro profissional de saúde (Sorense, 1998).

As intervenções devem ser definidas individualmente e podem incluir validação e afirmação, recomendação, conselho e informação, redefinição do conceito de normalidade com o objectivo de identificar capacidades, biblioterapia, e autosugestão (Sorensen, 1998). Existem vários modelos de intervenção dos

enfermeiros junto das pessoas com problemas de auto-estima. Sorensen (1998) salienta o modelo de enfermagem centrado na família, porque este enfatiza a reciprocidade entre auto-estima e contexto. O modelo de enfermagem centrado na família entende que o comportamento não ocorre isoladamente, isto é, os comportamentos são apreciados no contexto das relações familiares. Por isso, a autora defende que a inter-relação entre auto-estima e contexto deverá ser marcada por uma causalidade circular (reciprocidade ou circularidade), que é o processo pelo qual um acontecimento ou comportamento afecta outro e o segundo afecta o primeiro, representada por:

$$A \Rightarrow B \Rightarrow A$$

A reciprocidade entre auto-estima e contexto pode ser representada por um diagrama circular. A figura I - 3.3 ilustra a relação recíproca entre auto-estima e contexto.

A enfermagem, centrada na família, tem como objectivo identificar e interpretar os modelos de interacção que contribuem para manterem a auto-estima baixa.

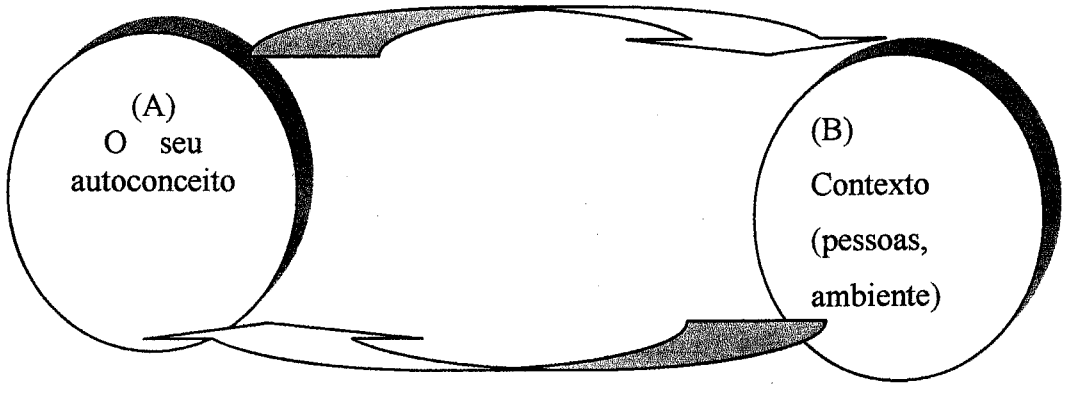


Fig. I - 3.3 – Modelo de Diagrama Circular: relação recíproca entre autoconceito e contexto (Sorensen, 1998)

A avaliação que os enfermeiros fazem sobre a pessoa com auto-estima baixa deve centrar-se no problema da identificação do impacto daquela no utente e na

família, no contexto, nas convicções, nas soluções já experimentadas e nas excepções do problema (Sorensen, 1998).

Na avaliação dos cuidados de enfermagem e no sentido de se obterem modificações positivas contínuas, os enfermeiros devem apreciar o trabalho que foi pedido à pessoa e reconhecer que qualquer modificação, por mais pequena que seja, influencia os comportamentos futuros.

II PARTE

INVESTIGAÇÃO: CONTRIBUTO PESSOAL

CAPÍTULO 1

MASTECTOMIA E AUTOCONCEITO

Neste capítulo descreve-se o resumo de alguns trabalhos de investigação realizados por diferentes autores, desenvolvem-se as relações do cancro da mama e da mastectomia com o autoconceito físico e aspectos do autoconceito social e emocional e definem-se os objectivos e as hipóteses dos diferentes estudos.

1.1 – PERSPECTIVAS DE OUTROS INVESTIGADORES

Jahkola[113] (1998) realizou um estudo intitulado «Self-perceptions of women after early breast cancer surgery». Os objectivos deste estudo foram descrever e comparar mulheres com cancro da mama, estudou-as quanto aos seus sentimentos e percepções anos depois da cirurgia conservadora e radical, e de que forma o pós-operatório afectou diferentes áreas das suas vidas e identificou a experiência das mulheres na escolha do tratamento e a sua satisfação relativamente à informação proporcionada. Tratou-se de um estudo retrospectivo, cuja amostra foi constituída por noventa (90) mulheres com tratamento conservador da mama (BCT) e cinquenta e seis (56) com mastectomia radical modificada (MRM), operadas no período de 1985 a 1990, no mesmo hospital, com cancro da mama nos estádios I e II, sendo todas as doentes de nacionalidade Finlandesa.

A média de idades das mulheres submetidas a mastectomia foi de 61,8 anos e a amplitude de variação foi de 32,7 a 83,2 anos. A média de idades, das que foram submetidas a cirurgia conservadora da mama, era de 58,8 anos e a amplitude de variação foi de 39,3 a 83,5 anos. Das mulheres submetidas a mastectomia, 54% eram casadas e 57% tinham actividade profissional. Quanto às habilitações literárias, a

---

[113] **Doutora Tiina Jahkola, 4º Department of Surgery, University Central Hospital, Helsinki**

maior percentagem corresponde à instrução primária, com 46% para as que realizaram mastectomia, e 47% para as que fizeram cirurgia conservadora.

Os principais resultados, obtidos por Jahkola (1998), relacionados com a presente problemática, foram relativos á actividade sexual das mulheres, após o tratamento cirúrgico. Cerca de 58% das mulheres com BCT (cf. lista de siglas) definiram-se como sexualmente activas e destas 29% relataram redução da sensação de prazer na mama. Poucas mulheres, isto é, 17% sentiram desconforto na mama tratada, durante a actividade sexual.

As categorias de satisfação, definidas por Jahkola (1998), foram as seguintes: satisfação no trabalho; em casa; no lazer; no desporto; na vida social e na sexual. As sete categorias obtiveram pontuações altas no grupo BCT. Uma pontuação de 9 ou 10, interpretada como normal ou quase normal numa escala de 0-10, foi dada por 71 a 91% das mulheres tratadas conservadoramente, comparadas com 30 a 59% das que se submeteram a mastectomia total. A satisfação sexual das mulheres com MRM obteve valores mais baixos (média do grupo MRM foi de 7,5 e no grupo BCT foi de 10).

No mesmo ano (1998) e no Brasil, Silva,[114] integrada num grupo de reabilitação de mulheres mastectomizadas, realizou um estudo intitulado «Conviver com a Mastectomia», cujos objectivos foram compreender a experiência da mulher que no seu dia-a-dia convive com a mastectomia e como esta age perante o significado de ser mastectomizada ao identificar o processo de interpretação utilizado pela mulher na transformação desse papel.

Tratou-se dum estudo qualitativo, do tipo teoria fundamental, que é um método de investigação indutiva que tem por objectivo formular uma teoria a partir dos dados (Fortin, 1999). O estudo foi realizado junto de 22 mulheres submetidas a

---

[114] Professora Doutora do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Sta Catarina, exerce actividades no ensino de graduação e pós-graduação e na investigação. Coordena o projecto de pesquisa sobre «saúde da mulher»

mastectomia radical. A inclusão das participantes no estudo foi sendo feita por ordem de chegada diária ao REMA.[115]

As participantes foram entrevistadas no mesmo dia do convite. Estas eram na maioria casadas, sem emprego, vivendo à custa do companheiro ou dos filhos. A escolaridade da maioria correspondia à instrução primária incompleta. O grupo etário variou entre os trinta e três (33) e os setenta e cinco (75) anos, com maior frequência nos grupos de 40 a 49 anos e 60 a 69 anos.

Após leitura das entrevistas foram identificados os significados das palavras proferidas pelas participantes ao recordarem o processo cirúrgico e o processo de reabilitação, e, assim, formuladas as categorias a analisar. Os dados obtidos foram analisados através da abordagem interaccionista. Algumas das categorias identificadas, no processo de reabilitação, foram entre muitas outras, a auto-estima e a imagem corporal (são as que estão relacionadas com a nossa problemática).

Segundo Silva (1998), as situações vividas pelas participantes, relacionadas com o diagnóstico de cancro da mama, com a amputação daquela e a insatisfação com o tratamento proposto ou realizado, impõem mudanças nos estilos de vida que podem influenciar negativamente o comportamento da mulher, tais como: o aparecimento de sentimentos de desvalorização pessoal, com a consequente alteração do autoconceito. Como resultado da mudança do nível de auto-estima, a mulher poderá sentir-se incapacitada com medo de se tornar menos importante para si e para os outros.

No seu estudo, Silva procurou identificar, nas palavras proferidas pelas participantes, significados que demonstrassem alterações de auto-estima no período de reabilitação. Verificou que este período se apresentava carregado de emoções que foram expressas através de sentimentos de rejeição, vergonha, tristeza e solidão que, de certa forma, traduzem o significado atribuído por elas ao conjunto de circunstâncias vividas naquele momento. Uma das entrevistadas identificou a dor como sofrimento físico associado a desamparo e rejeição. Referia assim, que a dor se agravava com a reacção demonstrada pelo marido, evidenciando a necessidade de ser reconhecida por alguém, principalmente por aquele.

---

[115] **Sigla do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas**

O sentimento de rejeição foi expresso por várias das mulheres participantes no estudo, sobretudo sob a forma de «de não aceitarem a mastectomia». Expressões como «foi uma derrota na minha vida», simbolizam um sentimento profundo de «ser menos».

Segundo Silva (1998), o sentimento de perda foi marcante e atingia várias facetas. As mulheres sentiam-se atingidas na sua unidade corporal, com repercussões físicas e psicológicas, originando dificuldades relacionadas com a capacidade de agir e de enfrentar situações difíceis. Através das palavras das mulheres, Silva (1998) compreendeu a importância atribuída por elas ao espaço corporal, então vazio. Para uma das participantes, a integridade física e a preservação da beleza corporal eram fundamentais, «...queria morrer inteira...a beleza da mulher é o busto». Para outras, o espaço vazio provocado pela mastectomia parecia ter aumentado em relação ao real e era visto de forma irreversível.

No estudo do mesmo autor, a perda brusca da mama, para algumas mulheres, provocou um impacto violento e algumas não conseguiam superar a crise, o que provocou alterações na sua identidade. Viam-se como mulheres rotuladas e estigmatizadas pela sociedade.

Fernandes (1982),[116] observou que a «importância» dada à mama era uma característica simbólica para a identidade da mulher. Quando este símbolo é amputado, automaticamente perde a sua função e as mulheres passam a viver uma fase de desvalorização do corpo. Silva (1998) chegou a conclusões semelhantes, pois que verificou no seu estudo que a perda da mama, para algumas das participantes, significou a perda da totalidade corporal, assimetria e vergonha. Mas também houve participantes no estudo que não experimentaram este tipo de sentimentos, e a perda da mama não foi motivo de constrangimento.

A autora concluiu que a participação efectiva e afectiva dos maridos durante o tratamento era benéfica e possibilitava que algumas das mulheres retomassem a vida com melhores condições.

---

[116] *Apud,* **Raimunda Magalhães da Silva e Marli Villela Mamede,** ***Conviver com a mastectomia,*** **p.77**

Mas também ficou demonstrado no estudo de Silva (1998), que a convivência conjugal nem sempre era a melhor. A percepção do papel submisso da mulher, associada à falta de compreensão, de ajuda e ausência de diálogo com o marido, foram pontos muito evidenciados pelas participantes, uma vez que algumas dependiam dos maridos. Algumas das entrevistadas mencionaram que o relacionamento conjugal era dramático, injusto, indesejável e muito traumatizante. Este tipo de relação pode afectar a auto-estima da mulher, porque nestes momentos ela necessita da aceitação, da afeição, da compreensão e do carinho do companheiro.

Perante a riqueza dos depoimentos das participantes no estudo, Silva (1998) concluiu que a doença e a modificação no aspecto físico tem um impacto directo quer na auto-estima quer na sexualidade da mulher. Os estudos sobre a sexualidade da mulher mastectomizada revelam consequências como vergonha do corpo e do parceiro, receio de ser rejeitada e de se tornar frígida, medo de iniciar nova relação.

A mesma autora revela um emaranhado rico de sentimentos experimentados pelas mulheres após a mastectomia. Ao realizar o estudo, não considerou os conhecimentos que possuía no domínio estudado e absteve-se de recorrer a uma teoria existente para explicar o que observou. Aprofundou a revisão da literatura à medida que foi analisando os dados para ver como os resultados se comparavam com os obtidos por outros investigadores, que fizeram estudos relacionados com o seu.

A amostra é pequena, o que constitui uma característica deste tipo de estudo. Aliás, nestes estudos, é mais importante questionar-se se as pessoas participantes são susceptíveis de proporcionarem dados válidos e significativos do que questionar-se se a amostra é representativa da população (Fortin, 1999).

Margolis (1990) realizou um estudo sobre os «Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy». Foram entrevistadas 32 mulheres um ano depois do tratamento do cancro da mama, potencialmente curável, para averiguar os efeitos psicológicos da mastectomia, do tratamento alternativo conservador da mama ou a realização de lumpectomia com radiação. Os parâmetros avaliados foram imagem corporal, sexualidade, percepção do estado de saúde, patologia psiquiátrica e satisfação com o tratamento. As que tinham sido submetidas a mastectomia radical sentiam-se menos atraentes, com menos desejo sexual e com vergonha do peito. Referiram também menos prazer na actividade sexual do que no período anterior ao tratamento. As mulheres que realizaram lumpectomia com radiação não referiram alterações nestes aspectos e sentiam-se mais saudáveis do que as que fizeram

mastectomia. Metade das que fizeram mastectomia, lamentaram não terem escolhido a alternativa conservadora da mama. Apesar deste arrependimento, não houve diferenças entre os grupos no tipo ou no grau de patologia psiquiátrica.

Para Pinder (1993), as respostas emocionais das mulheres, com cancro da mama operado, diferem muito e podem ir desde pequenas disfunções aparentes de humor até estados clínicos significativos de ansiedade e depressão. O tipo de cirurgia a que a mulher é submetida não influencia o risco de ansiedade e depressão. As mulheres sujeitas a cirurgia conservadora da mama e as tratadas com mastectomia radical experimentaram níveis semelhantes de morbilidade psiquiátrica (Kiebert *et al*, 1991, citado por Pinder).

Nesta perspectiva, Pinder (1993) realizou um estudo sobre reacções cognitivas e desordens psiquiátricas das mulheres com cancro da mama operado. Foi um estudo prospectivo que examinou a relação entre as características das doentes, suas reacções cognitivas ao cancro da mama, níveis significativos de ansiedade e depressão durante um período de seis meses a partir de um mês anterior à cirurgia até cinco meses após a intervenção. A população estudada era constituída por 115 mulheres presentes numa unidade de oncologia clínica operadas ao cancro da mama entre Maio de 1991 e Setembro de 1992. Participaram no estudo cento e cinco das doentes que preenchiam os critérios de selecção. Estas doentes foram submetidas a duas entrevistas baseadas na avaliação psicossocial.

A primeira avaliação teve lugar 4 a 8 semanas do pós-diagnóstico (enquanto estiveram internadas fazendo a cirurgia). A segunda entrevista ocorreu 12 a 20 semanas do pós-diagnóstico (aproximadamente três meses depois da anterior).

A relação entre as características das doentes, reacções cognitivas e desordens psiquiátricas foi analisada usando o teste do X^2 para testar a independência das relações entre características das doentes e desordem psiquiátrica persistente. O pico de prevalência de desordem psiquiátrica foi de 48% às seis semanas pós diagnóstico. O período de prevalência, nos 6 meses à volta do diagnóstico, foi de 66% com 37% com desordem psiquiátrica, a qual não estava resolvida semanas após o diagnóstico (desordem psiquiátrica persistente).

As características das doentes com desordem psiquiátrica incluíram: idade inferior aos cinquenta anos (50), falta de relação íntima e dificuldades psicológicas

prévias. A frequência das reacções cognitivas avaliadas foi semelhante às 6ª e 20ª semanas. A ausência de optimismo foi significativamente associada com desordem psiquiátrica às 20 semanas, mas não às seis semanas do pós-diagnóstico. As outras reacções cognitivas caracterizadas não foram relacionadas com desordem psiquiátrica em qualquer das avaliações.

Nelson (1991), num estudo que realizou, verificou que com a sobrevivência das mulheres à experiência do cancro da mama, torna-se necessário descobrir o impacto que este tem nas suas vidas. O objectivo do estudo foi determinar diferenças entre a percepção de saúde, de auto-estima e compreensão dos benefícios e barreiras em relação ao exercício das mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama no estádio I e pelo seu tratamento. Foi seleccionada uma amostra aleatória de 55 mulheres que tinham tido cancro da mama no estádio I mas que não receberam terapia adjuvante e uma outra amostra de mulheres da comunidade que não tinham tido cancro.

Não foram encontradas diferenças significativas na percepção da saúde e auto-estima entre as mulheres com cancro e as do grupo de controlo sem cancro. Houve todavia, diferença significativa entre a percepção dos benefícios e as barreiras colocadas no exercício físico entre os dois grupos.

Contudo, Mock (1993) investigou a imagem corporal da mulher após o tratamento do cancro da mama. A imagem corporal, como componente do autoconceito, foi comparada em quatro grupos de mulheres que receberam os tratamentos no cancro da mama mais comuns: mastectomia, mastectomia com reconstrução tardia, mastectomia com reconstrução imediata e cirurgia conservadora. Os dados foram recolhidos através de questionários enviados por correio, utilizando auto-questionários. Os grupos foram comparados utilizando-se a análise de covariação. A covariante indicou a forma como a imagem corporal era percebida nos diferentes grupos. No grupo de cirurgia conservadora, a imagem corporal era significativamente mais positiva do que no grupo da mastectomia, com reconstrução imediata. Não foram encontradas diferenças sobre o auto-conceito entre os quatro grupos.

A sexualidade e a imagem corporal das mulheres jovens, com cancro da mama, foram estudadas por Schover (1994). Para este autor, o cancro da mama é potencialmente mais devastador em relação à função sexual e auto-estima se as mulheres estiverem no período de pré - menopausa. Todavia, nenhum estudo

comparou sistematicamente o impacto de tratamento do cancro na sexualidade da mulher, nos diferentes grupos etários. As pesquisas mostram (Schover, 1994) que as mulheres mais novas com cancro da mama têm sofrimento emocional mais grave que as mais velhas do grupo. O autor verificou que num grupo de doentes a fazer reabilitação sexual num centro de cancro, os casais mais novos estavam mais sofredores. Na teoria, perder uma mama ou ter má aparência naquela, poderá ser mais doloroso para a mulher cuja juventude proporciona grandes expectativas de beleza física. A infertilidade potencial também tem impacto no autoconceito da mulher como pessoa sexual. O tratamento sistemático quebra a função sexual, pode originar menopausa prematura, perda de estrogéneos, atrofia vaginal, perda de androgéneos e talvez perda de desejo sexual.

A investigação sobre mastectomia *versus* conservação da mama (Schover, 1994), em mulheres de todas as idades, demonstrou que o sofrimento psicológico, a satisfação conjugal, a frequência e a função sexual, não diferem entre os dois grupos de tratamento. As mulheres, que fizeram cirurgia conservadora da mama, têm imagem corporal mais alta e sentem-se mais confortáveis com a nudez e as carícias na mama. Demonstrou, com alguma evidência, que a conservação da mama oferece mais «protecção» psicológica às mulheres jovens. Segundo o mesmo autor, a pesquisa do impacto da reconstrução da mama é escassa, mas revela padrões similares. O autor sugere a realização de outros estudos sobre o impacto da menopausa prematura e a eficácia da reabilitação sexual das mulheres jovens.

Reaby (1994) comparou a percepção de três grupos de mulheres sobre a sua imagem corporal, autoconceito, auto-imagem e auto-estima. Os grupos eram constituídos por 64 mulheres com mastectomia, as quais usavam próteses mamárias externas, 31 mulheres com mastectomia, que tinham sido submetidas a reconstrução da mama, e um grupo de controlo de 78 mulheres que não tinham passado pela experiência da mastectomia. Quanto à imagem corporal, auto-imagem e auto-estima, a média das pontuações indicou que os grupos da prótese externa e reconstrução tinham sentimentos mais positivos quanto aos seus corpos do que o grupo de controlo. Não houve diferenças significativas no autoconceito entre os grupos. Segundo Reaby (1994), estes achados mudam a assunção comum de que a mastectomia resulta automaticamente em morbidez psiquiátrica, causando uma

imagem corporal alterada e sugere que os profissionais de saúde não deveriam fazer afirmações acerca, de como as mulheres respondem psicologicamente à mastectomia.

Yilmazer (1994) comparou a imagem corporal, a auto-estima e a necessidade de suporte social em mulheres turcas com mastectomia total e tratamento conservador da mama. Sendo duas operações distintas, podem ter um impacto diferente na estrutura física da doente. O estudo foi realizado num grupo de 40 mulheres que tinham sido submetidas a mastectomia e foram comparadas com outras 40 que receberam tratamento conservador da mama. Em relação às variáveis, imagem corporal, auto-estima e suporte social, as mulheres, que foram submetidas ao tratamento conservador, apresentaram uma imagem corporal mais positiva. Os dois grupos mostraram uma pequena diferença quanto à auto-estima e suporte social. Encontrou-se uma correlação negativa entre a imagem corporal e o suporte social.

Munstedt (1996) preocupou-se em estudar as mulheres submetidas a mastectomia com próteses externas, tendo realizado um estudo comparativo de ensaios com doentes depois da mastectomia. Para este autor, depois da mastectomia, a restauração da simetria corporal é um aspecto muito importante na vida quotidiana e pode ser conseguida usando próteses que são suspensas num «soutien» ou por um novo sistema, segundo o qual as próteses são ligadas por adesivos às paredes do tórax. O sistema permite movimentos fáceis e tem efeitos favoráveis no edema linfático e melhorando a estética do vestuário. O autor investigou a influência do aperfeiçoamento das próteses no autoconceito e bem-estar das doentes. O estudo foi realizado junto de um grupo de sessenta e sete (67) mulheres com mastectomia unilateral, que testaram o uso de próteses com auto-adesivo. Foi usada a escala de «Frankfurt Self-Concept» completada por questões adicionais relacionadas com problemas pós mastectomia. O autoconceito foi avaliado antes do estudo e três meses depois. Fizeram-se medições repetidas, usando-se análise de variância, que revelaram diferenças significativas em relação à Escala Social «Contact and Relations» (FSKU). A maior parte das doentes ficaram mais satisfeitas com o adesivo epicutâneo. Com as próteses de auto-adesivo, o peso e o tipo de movimento foram considerados naturais e o adesivo foi bem suportado. Um total de 78% das mulheres conseguiram usar vestuário elegante. Na perspectiva de Munstedt (1996), a reconstrução da mama tornou-se menos importante para 62% das mulheres e o novo conceito de próteses auto-adesivas considerou-se uma melhoria em relação à reabilitação social e psicológica.

Fries (1996) investigou os efeitos da mastectomia nas dimensões psicológicas, experiência psicossocial e comportamentos das mulheres afectadas. O estudo tratou das consequências da mastectomia nas dimensões: experiência psicológica e psicossocial e comportamentos das mulheres. Foi realizado junto de vinte e uma (21) mulheres, com a média de idades de 55,73, com cancro da mama, tendo realizado as mastectomias de um (1) a vinte e um (21) anos atrás. A colheita de dados realizou-se com um questionário padronizado de 17 «itens» para este fim.

Os resultados do estudo sugerem que a cirurgia do cancro da mama resultará inevitavelmente num comportamento e experiência sexual reduzidos nas mulheres afectadas. Mas é certo que tem um impacto de vários graus nos factores e dimensões da «imagem corporal» e «auto-imagem», «queixas psicológicas e psicossomáticas», bem como na «capacidade de desempenho de papeis e relações sociais».

Mais tarde considerou que a variável «tempo de remoção da mama» não exerceu influência significativa nas respostas ao questionário e o suporte psicossocial experimentado pós-cirurgia foi referido primariamente pelo círculo familiar e de amigos. O autor, na conclusão do estudo, salientou a necessidade de medidas de reabilitação integrada.

Na mesma linha de pensamento, Moyer (1997) também investigou resultados psicossociais da cirurgia conservadora da mama *versus* mastectomia através de uma revisão meta-analítica. A procura efectiva de técnicas de cirurgia conservadora, para estádios precoces da doença, foi desenvolvida no sentido de promover a qualidade de vida das doentes com cancro da mama. A literatura, comparando as sequelas psicossociais destes tratamentos com as mastectomias, é ambígua e mostra carência de benefícios substanciais. Para clarificar estas inconsistências, foram usados métodos meta-analíticos para resumirem os resultados de 40 investigações. Foram identificadas vantagens modestas para a cirurgia reparadora no ajustamento psicológico, sexual/conjugal, social, imagem corporal/auto-imagem e referidos medos relacionados com cancro.

Enquanto que os autores referidos se preocuparam em comparar as diferentes situações de tratamento do cancro da mama e sua relação com o autoconceito, outros investigaram os efeitos do tratamento sobre a qualidade de vida das doentes.

Schain (1994) realizou um estudo comparando a mastectomia com cirurgia conservadora e tratamento radioactivo da mama, proporcionando uma oportunidade para aumentar a compreensão da biologia destas doenças e a adaptação psicológica das doentes com cancro da mama. A questão que levantou, em termos de sobrevivência da mulher, foi de qual dos dois tratamentos, cirurgia conservadora com terapia radioactiva ou mastectomia, proporcionavam mais conforto psicológico àquelas, quando diagnosticadas com cancro da mama num estádio precoce.

O método utilizado consistiu num ensaio clínico com 142 mulheres com mastectomia ou cirurgia conservadora mais terapia radioactiva. Estas foram seleccionadas ao acaso e foram avaliadas prospectivamente em relação à resposta psicológica ao tratamento. Fez-se uma avaliação diagnóstica antes da amostragem ao acaso e foram depois aplicados questionários subsequentes aos seis (6) meses, doze (12) meses e vinte e quatro (24) meses, após o tratamento, que foram preenchidos pelas doentes.

Resultados - Aos seis meses, as doentes com mastectomia apresentavam significativamente menos controlo nos acontecimentos das suas vidas e mais problemas com as relações sexuais do que as doentes tratadas conservadoramente. Além disso, registaram-se diferenças entre doentes com mastectomia e as que se submeteram a cirurgia reparadora da mama mais radioterapia, relativamente ao sofrimento e aos seus corpos nus.

Conclusões - Dos dados colhidos resulta que a terapia conservadora protege as percepções das mulheres em relação ao seu corpo, mas não contribui para um ajustamento sexual mais positivo.

Por sua vez, Hart (1997), por considerar que ainda pouco se sabe acerca dos padrões de uso de próteses mamárias externas, do seu nível de satisfação e qualidade de vida, estudou a qualidade de vida entre as mulheres com mastectomia, usando uma prótese mamária externa e realizou um estudo longitudinal através dum questionário auto-administrado, relativo ao uso de próteses. O estudo foi realizado junto de quinhentas e noventa e duas mulheres italianas com mastectomia. As mulheres que referiram satisfação com as suas próteses foram comparadas, nas variáveis clínica, demográfica e qualitativamente, com as mulheres que relataram insatisfação.

Resultados - As mulheres, que usavam próteses, estavam satisfeitas consigo mesmas, no geral, havendo apenas um pequeno grupo que se revelou insatisfeito.

Encontraram-se poucas diferenças entre as que usavam próteses e as que usavam qualquer das outras opções, tais como, não restabelecimento da aparência da mama amputada ou cirurgia reconstrutiva.

Conclusões - Não são necessárias técnicas para restaurar a aparência da mama mastectomizada no sentido de optimizar a qualidade de vida das mulheres. Sugere-se que os médicos deverão ajudar a mulher a tomar as suas próprias decisões depois de bem informada.

Clapis (1997) procurou identificar e analisar indicadores da qualidade de vida de nove mulheres com cancro da mama, através das histórias de vida. A autora tentou compreender como as mulheres se definiam como sujeitos sociais após o tratamento do cancro e procurou evidenciar indicadores que pudessem ser trabalhados no processo de reabilitação com vista a uma melhor qualidade de vida. Os dados foram organizados a partir de entrevista individual, observação e pesquisa nos processos clínicos. Os conteúdos das histórias possibilitam a indicação de duas temáticas principais: o «ser mulher» antes do diagnóstico do cancro da mama através da construção da identidade feminina e o «ser mulher», após o diagnóstico de cancro da mama. A identidade feminina, analisada a partir do processo de socialização, evidenciou a construção de uma cultura traduzida pelos cuidados com o corpo. O corpo ocupa um lugar de destaque na adolescência, no namoro, no relacionamento sexual (fonte de beleza e prazer), no casamento (com a vivência de outras dimensões do existir através dos filhos e companheiro) e na disposição para o trabalho. Ser mulher, após a mastectomia, significou ter um corpo doente e mutilado, necessitando de ajuda para cuidar de si. A possibilidade de exercer uma actividade profissional, orientando as perturbações do corpo e da alma no sentido da saúde, pode significar uma melhor qualidade de vida.

A mastectomia poderá ter consequências na sexualidade da mulher, o que tem levado alguns investigadores a realizarem estudos nessa área. Heromin-Walker (1996) realizou um estudo subordinado ao tema «perceptions of sexuality in women who had mastectomies versus women who have not had breast cancer». O objectivo do estudo foi comparar as diferenças de percepção entre o grupo de mulheres com mastectomia e o grupo das que não tinham cancro da mama. O autor desenvolveu o «Heromin-Walker Stressor» e o «Modelo de Sexualidade» para organizar o quadro

de referência. A amostra era constituída por 50 mulheres com mastectomia e 60 mulheres da população sem cancro da mama. Foram auto-administrados os instrumentos de medida «Rosenberg Self-Esteem Scale»; «Body Esteem Scale»; «Heterosexual Behavior Assessment»; «Locke-Wallace Marriage Inventory e Marlowe-Crown Social Desirability Scale». Foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais, utilizando-se o teste de Student, o teste do «Qui-quadrado» e a regressão de Fisher para analisar os dados. A descrição das características demográficas da amostra revelaram que não havia diferença significativa na idade, no número de crianças, na raça ou na religião entre o grupo de mulheres com mastectomia e o grupo de controlo. Os resultados demonstraram que não houve diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos em relação às variáveis: auto-estima, imagem corporal, comportamento sexual e relação com o companheiro.

Saltzberg (1997) estudou «The impact of breast cancer on women's body image and sexual functioning». Neste estudo, participaram vinte mulheres submetidas a mastectomia, vinte e uma submetidas a lumpectomia e vinte e uma sem história pessoal de cancro da mama ou de cirurgia. Os dados foram colhidos, prospectiva e retrospectivamente, com relatos de experiências de vida, satisfação corporal e função sexual. Os dados prospectivos foram colhidos através de relato diário durante um mês. Contrariamente às expectativas, a satisfação corporal e a função sexual não diferiram entre os grupos. Em todos os grupos, a satisfação corporal aumentou ao longo do tempo, mas a função sexual declinou. Os resultados sugeriram que as mulheres se ajustam bem às consequências do cancro da mama e que um ano depois da cirurgia, não há dificuldades relativamente à imagem corporal e à função sexual.

Na mesma linha de pensamento, Front (1999) realizou um estudo intitulado «Body image, sexual funcioning and mood disturbance among three early breast cancer treatment groups» com mulheres mastectomizadas, mulheres com lumpectomia e por mastectomia com reconstrução da mama.

A imagem corporal e a função sexual dos três grupos de mulheres foram avaliadas através do instrumento de medida «Body Image and Sexuality Scale» (BISS) de Zarcone, Classen, Smithline e Spiegel (1993). O humor foi medido com «Profile of Mood States» (POMS) de McNair (1971). As participantes com lumpectomia expressaram atitudes positivas em relação à aparência física. Estas e as que fizeram reconstrução salientaram a importância da mama para a identidade sexual ao invés das que fizeram mastectomia. O grupo que fez reconstrução, relatou

menos confiança nelas próprias como companheiras sexuais e menos distúrbios de humor quando comparadas com os outros dois grupos. O achado menos esperado foi o resultado significativo, indicando que as participantes com mastectomia apresentavam altos níveis de confiança nelas próprias como companheiras sexuais. Quando comparadas com os grupos de lumpectomia e de reconstrução, não apresentaram danos graves relativamente à imagem corporal e à função sexual nem níveis altos de distúrbios do humor.

Por sua vez, Hopwood (2000) realizou o estudo «Clinical follow-up after bilateral risk reducing («prophylactic») mastectomy: Mental health and body image outcomes». O estudo foi realizado num grupo de mulheres em risco de contraírem cancro da mama e submetidas a mastectomia bilateral. Entre 1995 e 1999, 76 mulheres fizeram a mastectomia. Foram entrevistadas 52 mulheres com idades compreendidas entre os 27 e os 58 anos. Cerca de 21% das mulheres relataram não terem alterações da imagem corporal, depois da cirurgia, e a maioria das mudanças eram de menor grau. A mudança mais verbalizada foi relativa a sentirem-se menos atraentes fisicamente. Um terço das mulheres sentia-se menos feminina, mas num grau mínimo. Estes resultados pareceram estáveis ao longo do tempo.

Da revisão bibliográfica de trabalhos de investigação pode-se concluir que não surgiram estudos centrados apenas na avaliação do autoconceito das mulheres submetidas a mastectomia. Obtiveram-se três artigos de investigações realizadas em diferentes países (Finlândia, Brasil e EUA), que estudaram aspectos relacionados com o presente estudo: Jahkola (1998); Silva (1998) e Pinder (1993). Para além dos artigos mencionados, obteve-se através da base de dados MEDLINE, resumos de estudos que na sua maioria são investigações comparativas entre cirurgia radical e cirurgia conservadora, assim como a comparação destas com o uso de próteses externas: Mock (1993); Reaby (1994); Yilmazer (1994) e Munstedt (1996). Não obstante, Pinder (1993), Fries (1996), Clapis (1997), investigaram respectivamente os efeitos da mastectomia a nível psicológico, experiência psicossocial, comportamentos das mulheres e a qualidade de vida após a mastectomia. Outros autores preocuparam-se em estudar aspectos da imagem corporal e da sexualidade, tais como: Heromin (1996), Saltzberg (1997) Front (1999) e Hopwood (2000).

1.2 – MODELO DE ANÁLISE

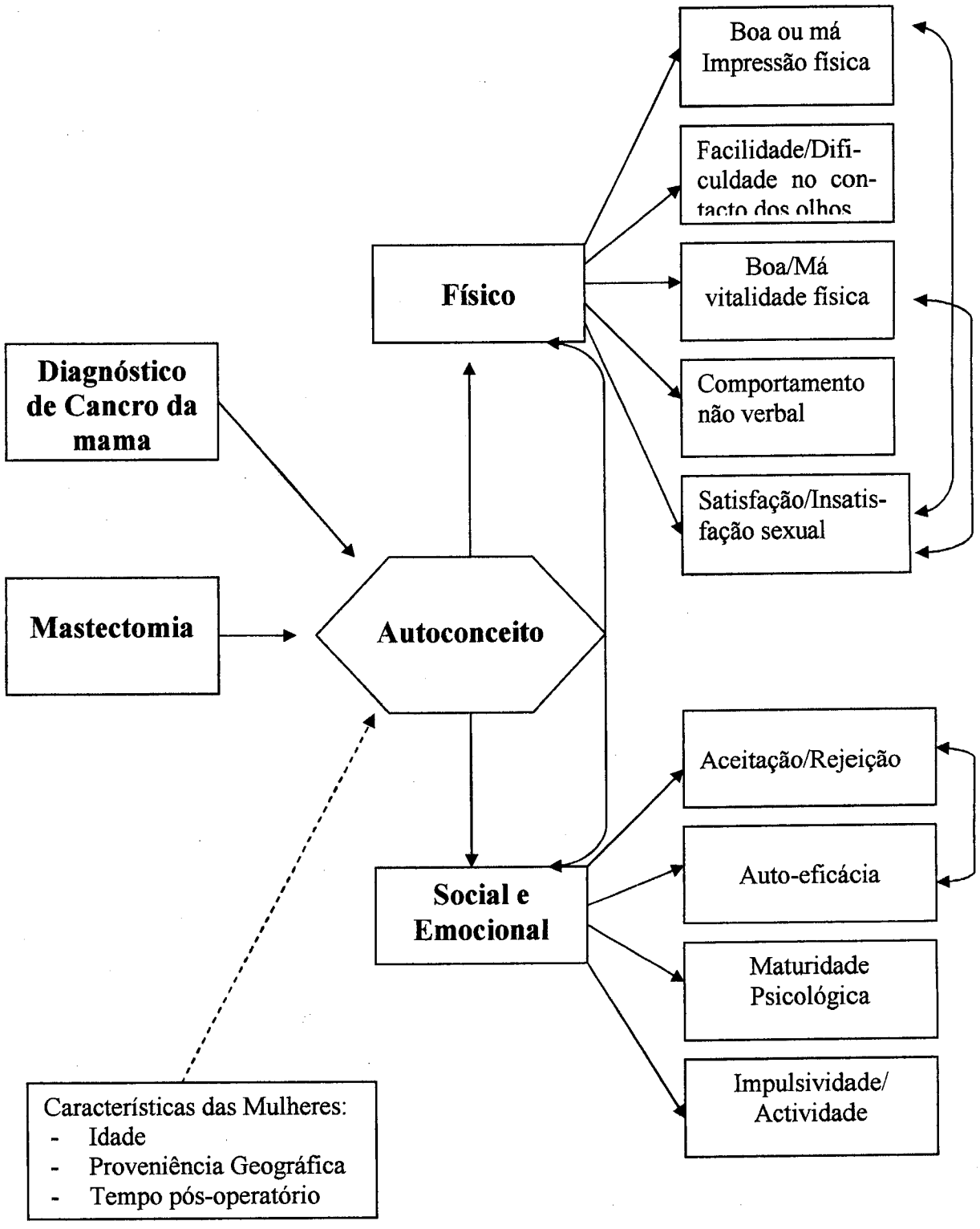
De acordo com a área problemática em estudo, e considerando as definições conceptuais de mastectomia e autoconceito descritas nas secções anteriores, elaboramos o modelo de análise da presente investigação, ilustrada no diagrama da figura II – 1.1

A mulher com cancro da mama e tratada pela cirurgia, provavelmente sentir-se-á fisicamente mutilada, apresentando alterações psíquicas e sociais. A mutilação física poderá influenciar negativa ou positivamente a percepção que a mulher tem de si própria, quer nos aspectos físicos, quer nos aspectos sociais e emocionais.

Por um lado, este pressuposto faz supor a **existência duma relação entre mastectomia e autoconceito físico, social e emocional, que tanto pode ser positiva como negativa, conforme ilustrado no diagrama (figura II - 1.1). Por outro lado, supõe-se a existência duma relação positiva ou negativa entre os autoconceitos físico, social e emocional.** O autoconceito físico está ligado à avaliação da aparência física (Stein, 1996), que é a característica pessoal acessível aos outros. Este aspecto pressupõe que **a mulher mastectomizada e com autoconceito físico negativo poderá ter a percepção de causar uma má impressão física nos outros,** que se pode manifestar por sentimentos de comparação com as outras pessoas em termos de perfeição estética, da seguinte forma: «o ser fisicamente atraente»; «causar boa impressão física nos outros», «preocupação com a opinião do sexo oposto sobre o seu aspecto físico». Mas, por sua vez, se o **autoconceito físico for positivo pressupõe-se que a mulher mastectomizada tenha a percepção de causar uma boa impressão física nas outras pessoas.**

A forma (distorcida ou não) como a pessoa percebe o seu corpo, pode ter consequências importantes. Podem surgir sentimentos de vergonha que podem levar a dificultar o contacto dos olhos em presença de outras pessoas. Este aspecto faz supor a **existência duma relação entre autoconceito físico negativo ou positivo e dificuldade/facilidade no contacto dos olhos na mulher submetida a mastectomia.**

Redfield (1995) refere-se a um estudo realizado com mulheres mastectomizadas quatro anos depois da mastectomia, no qual 53% das mulheres declararam que ainda sentiam falta de força.



- - - - - - - → - Características das mulheres

——→ - Mastectomia

Seta Curva - Correlacão entre autoconceito físico e social

Fig. II – 1.1 – Modelo de análise do estudo "Mastectomia e Autoconceito"

O mesmo estudo também revelou que as mulheres que referiam maior número de sintomas físicos, tinham maior número de sinais de depressão. Estes aspectos fazem supor que a vitalidade física é um aspecto importante a estudar no autoconceito. Assim, **a mulher com mastectomia e autoconceito físico negativo poderá apresentar sinais de má vitalidade física ou, se o autoconceito for positivo, sinais de boa vitalidade física.**

Outro aspecto do autoconceito físico é o comportamento não verbal, que salienta a forma como o indivíduo comunica (Vaz Serra, 1988). Isto faz supor a **existência duma relação entre autoconceito físico negativo e resposta de comunicação não verbal na mulher submetida a mastectomia,** devido à mudança real na estrutura do seu corpo. Podem estar presentes percepções negativas sobre o corpo que originaram insegurança na forma como reage quando se encontra na presença de outras pessoas.

Um dos aspectos mais significativos do autoconceito das mulheres, com cancro da mama, mastectomizadas é a sexualidade. A alteração física provocada pela mastectomia tem impacto na sexualidade, revelando consequências como vergonha do parceiro, receio de se tornar frígida, medo de iniciar nova relação e falta de iniciativa sexual (Carvalho, 1984).[117] Por sua vez, Johnson (1994) salienta que «*Love of self, love of others, loving together – this triad of sexuality – may be affected by a breast cancer diagnosis. Most women report changes in these areas: body image, role assignments, and intimate relationshipe*».[118] Estes aspectos pressupõem a **existência duma relação entre autoconceito físico negativo e insatisfação sexual na mulher mastectomizada, levando à percepção de que a vida sexual não é gratificante. No entanto, se o autoconceito físico for positivo supõe-se a existência de satisfação sexual.**

Encadeando assim estes conceitos, podemos dizer que **a satisfação sexual poderá estar relacionada com uma boa impressão física e a má vitalidade física, poderá estar associada à insatisfação sexual.**

---

[117] ***Apud,*** **Raimunda Magalhães da Silva e Marli Villela Mamede,** ***Conviver com a Mastectomia,*** p. 77

[118] **«Amor de si, amor dos outros, amor conjugal – esta tríada da sexualidade – pode ser afectada pelo diagnóstico de cancro da mama. Muitas mulheres relatam mudanças nestas áreas: imagem corporal, desempenho de papeis e relacionamento íntimo»**

O autoconceito social e o emocional referem-se às percepções das pessoas sobre a forma como os outros as amam e admiram, ou seja, a autopercepção social (Cooley).[119] Um dos aspectos do autoconceito social é a aceitação/rejeição.

«A auto-aceitação é um dos grandes segredos na evolução pessoal, e não existe auto-aceitação completa sem que você passe a aceitar o seu corpo da forma como ele é» (Ribeiro, 1994).

Existe um equilíbrio desejável entre auto-aceitação e a autorejeição. As pessoas saudáveis atingem o equilíbrio entre a aceitação de si próprias, tal como são e a rejeição das partes que querem mudar (Sorensen, 1998). Isto faz supor que a **mulher mastectomizada, com autoconceito (social e emocional) negativo, poderá apresentar comportamentos de rejeição face a si própria e aos outros**. Mas, se o **seu autoconceito social for positivo supõe-se que apresentará comportamentos de aceitação,** percepcionando-se como pessoa simpática, sentindo-se bem aceite pelos outros, considerando-se como uma pessoa agradável no contacto com as outras pessoas.

Para William James (1932), o autoconceito social refere-se também à avaliação das competências da pessoa. A avaliação que uma pessoa faz de si, de uma dada aptidão, da sua capacidade ou das suas acções, não se limita só ao espaço da própria avaliação. Na verdade, ultrapassa-o e dá origem ao sentido de competência ou de eficácia pessoal, sendo realçado por vários autores entre os quais se podem citar Frank (1979) ou Bandura (1977).[120]

Segundo Bandura,[121] os indivíduos que se consideram competentes são mais activos e determinados nos seus objectivos. Todavia, as pessoas que se consideram menos competentes são mais hesitantes na percepção dos seus objectivos. Estas pessoas podem desistir das tarefas prematuramente. Pressupõe-se, assim, que **a mulher mastectomizada com autoconceito social negativo avaliará a sua auto-eficácia de forma negativa,** desistindo das suas tarefas quando encontra dificuldades

---

[119] *Apud,* **Thomas J. Berndt, «Social Self – Concept», p. 171**
[120] *Apud,* **Adriano Vaz Serra «A Importância do Autoconceito», p. 61**
[121] *Apud,* **Sorensen e Luckmann,** ***Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*****, p. 1748**

e sendo lenta na sua execução: não enfrentando os problemas e não sendo persistente na sua resolução e, ainda, tendo pouca energia para vencer as suas dificuldades. Considerando estes aspectos, também se **supõe a existência duma relação negativa ou positiva entre aceitação/rejeição e auto-eficácia.**

Outro aspecto, a considerar no autoconceito social e emocional, é a maturidade psicológica (Vaz Serra, 1986), que provavelmente está relacionada com a capacidade do indivíduo para mudar, evoluir e ser flexível, uma vez que a flexibilidade torna possível a adaptação saudável (Sorensen, 1998).

Este aspecto pressupõe a **existência duma relação positiva entre autoconceito social e emocional e a maturidade psicológica, o que possibilita exprimir opiniões com franqueza, ser tolerante com as outras pessoas e assumir responsabilidades até ao fim.** Na opinião de Alcántara (1997), poder-se-á considerar estes comportamentos como a «auto-afirmação» dirigida para o próprio «Eu» e em busca de consideração e reconhecimento por parte dos outros e de si próprio.

Relativamente ao autoconceito social, ainda se pode considerar o aspecto impulsividade/actividade, que é produto da realização pessoal num determinado período e se pode medir por «itens» como: quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática; sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece e gosto de me sair sempre bem nas coisas que faço. **Pressupõe-se, assim, uma relação positiva entre autoconceito social positivo e a actividade da mulher com mastectomia.**

Gecas[122] refere que há períodos na vida onde é provável existirem mudanças do autoconceito. Contudo, McCrae e Costa[123] encontraram diferenças em certos aspectos do autoconceito através dos grupos etários. As pessoas mais velhas descreveram-se em termos das circunstâncias de vida, interesses, crenças, passatempos, enquanto que as pessoas mais novas descreviam-se em termos de tarefas rotineiras, relações pessoais, papéis familiares e traços da personalidade. Os mesmos autores também verificaram que a personalidade é razoavelmente estável

---

[122] *Apud,* **AdrianoVaz Serra, «O Inventário Clínico de Autoconceito», p. 81**
[123] *Apud,* **Barbara Curbow *et al,* «Self-Concept and Cancer in Adults: Theoretical Methodological issues», p. 125**

durante a fase adulta. Em relação aos idosos, há probabilidade de mudanças, mas as pesquisas neste domínio são limitadas (Suls & Mullen, 1982).[124]

Um outro aspecto estudado no autoconceito é a sua estabilidade. Para Curbow (1990), as pessoas podem apresentar mudanças no autoconceito, ao longo do tempo, e estes padrões de mudança podem variar de indivíduo para indivíduo.

De acordo com estes elementos, pretende-se avaliar os níveis de autoconceito físico, social e emocional das mulheres portadoras de cancro da mama, sujeitas a mastectomia em períodos diferentes (três grupos respectivamente de 1996, 1997 e 1998).

Os efeitos das diferenças culturais no autoconceito têm sido estudados por alguns autores. Triandis (1989)[125] afirma que o autoconceito individual relacionado com o conhecimento, traços, estatutos ou comportamentos, é realçado nas culturas individualistas, enquanto que o autoconceito colectivo, que é o conhecimento acerca dos membros do grupo, será realçado nas sociedades colectivas. Na presente investigação, pretende-se avaliar os níveis de autoconceito em dois grupos de mulheres provenientes de áreas geográficas distintas – Açores e Vila Nova de Gaia - na expectativa de encontrar algumas diferenças entre estas.

Para o efeito foram efectuados três estudos em fases distintas.

1.3 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES

Na perspectiva, acima assinalada orientou-se o trabalho relativo aos três estudos, definindo os respectivos objectivos (que se seguem), bem como as várias hipóteses concernentes a diferentes aspectos do autoconceito

a) Estudo entre 1996 a 1998

Este estudo teve por objectivos:

---

[124] *Apud,* **John Hattie, *Self-Concept*, p. 138**
[125] *Apud,* **John Hattie e Herbert W. Marsh, «Future Directions in Self-Concept Research», p. 442**

1 – Avaliar os níveis de autoconceito físico e social das mulheres portadoras de cancro da mama, sujeitas a mastectomia, nos anos 1996,1997 e 1998.

2 – Comparar estes níveis em duas áreas geográficas distintas (Região Autónoma dos Açores e Vila Nova de Gaia).

Sendo colocadas as seguintes hipóteses:

H0 – Existe uma relação negativa entre o autoconceito físico e o autoconceito social e emocional das mulheres submetidas a mastectomia;

H1 – O autoconceito físico negativo está associado à má impressão física causada nos outros pela mulher mastectomizada, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H2 – Existe uma relação directa entre autoconceito físico e o contacto nos olhos. As mulheres com autoconceito físico positivo têm facilidade no contacto dos olhos, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H3 – O autoconceito físico positivo está associado a uma boa vitalidade física da mulher mastectomizada, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H4 - Existe relação entre autoconceito físico negativo e resposta não verbal na mulher com mastectomia;

H5 - Existe uma relação directa entre autoconceito físico e sexualidade. As mulheres mastectomizadas com um bom autoconceito físico têm tendência para terem satisfação sexual, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H6 –A boa impressão física está associada à satisfação sexual nas mulheres submetidas a mastectomia, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H7 – A má vitalidade física destas mulheres está associada a insatisfação sexual, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H8 – Existe uma relação directa entre autoconceito social e emocional e aceitação/rejeição. As mulheres com um bom autoconceito social têm comportamentos de aceitação, sendo o inverso igualmente verdadeiro;

H9 – O autoconceito social e emocional das mulheres com mastectomia está associado a uma auto-eficácia negativa ou positiva;

H10 – O factor 1 do autoconceito social e emocional, tradutor de aceitação /rejeição, está positivamente associado ao factor 2, tradutor da auto-eficácia;

H11 – Existe relação positiva entre o autoconceito social e emocional e a maturidade psicológica destas mulheres;

H12 – Existe uma relação positiva entre o autoconceito social e a impulsividade/actividade das mulheres mastectomizadas;

H13 – Existem diferenças significativas do autoconceito físico e do social entre as mulheres submetidas a mastectomia nos diferentes períodos etários;

H14 – Existem diferenças significativas do autoconceito físico e do autoconceito social entre as mulheres submetidas a mastectomia, em anos diferentes (1996, 1997 e 1998);

H15 – As mulheres açorianas têm o autoconceito físico e o social mais elevado do que as de Vila Nova de Gaia.

b) Estudo de 2000

Um grande número de mulheres considera o cancro da mama como o pior pesadelo clínico, que invade uma das partes mais sensíveis do seu corpo. Esta situação é causa de muitas e diversas reacções. Para além do medo e do desgosto, surgem a culpa, a raiva, a vergonha, o desamparo e, por vezes, a depressão.

Por este facto, supõe-se a existência duma **relação entre diagnóstico de cancro da mama e autoconceito físico, e aspectos do autoconceito social e emocional, que tanto pode ser positiva como negativa**, conforme ilustrado no diagrama da figura II – 1.1. Significa que uma auto-avaliação desfavorável poderá estar associada a aspectos negativos do autoconceito. Assim, no 2º estudo, são definidos os seguintes objectivos:

- Avaliar os níveis de autoconceito físico e social das mulheres portadoras de cancro da mama, internadas nos serviços de cirurgia para serem submetidas a mastectomia;
- Comparar estes níveis, em duas áreas geográficas distintas (Região Autónoma dos Açores e Vila Nova de Gaia).

São definidas as mesmas hipóteses do primeiro estudo, excepto a hipótese 14 por não se ajustar ao presente estudo.

c) Estudo de 2000/2001

Também se supôs a existência de alterações do autoconceito físico e social ao longo do tempo. Nesse sentido, deu-se continuidade ao estudo de 2000, estudando as mulheres seis meses e um ano depois da mastectomia, mas só na Região Autónoma dos Açores. Assim, define-se o objectivo:

- Avaliar os níveis de autoconceito das mulheres dos Açores com diagnóstico de cancro da mama e submetidas a mastectomia, seis meses e um ano depois da realização daquela.

Definiu-se a seguinte hipótese:

> H16 – O autoconceito físico e social das mulheres portadoras de cancro da mama e com mastectomia variou na sua estabilidade ao longo do tempo (antes da mastectomia, seis meses e um ano depois).

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

A decisão metodológica tomada baseia-se na problemática e nos objectivos definidos para os estudos da presente investigação e pressupõe uma orientação no plano de execução dos mesmos.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Estudo de 1996 - 1998

Os estudos efectuados classificam-se como investigação quantitativa, dado que têm como principal objectivo descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas, tendo por base a definição de Burns (1997) de que esta abordagem «is a formal, objective, systematic process in which numerical data are utilized to obtain information about the world»[126].

A enfermagem opta com frequência por este tipo de investigação, para proporcionar conhecimentos que orientam as intervenções junto da pessoa. A abordagem quantitativa pode ser classificada em quatro categorias: descritiva, correlacional, quasi-experimental e experimental (Burns, 1997).

Na nossa perspectiva e segundo Fortin (1999), dentro da abordagem quantitativa, os estudos são de carácter descritivo de correlação, porque nos permitem examinar a relação da mastectomia com o autoconceito (físico, emocional e social) e não pretendem verificar relações de causa-efeito, mas quantificar, por testes estatísticos, a extensão e a força da relação entre aquelas variáveis.

---

[126] **«é um processo formal, objectivo e sistemático no qual os dados numéricos são utilizados para obterem informação sobre o mundo»**

Nestes estudos não é exercido controlo sobre as variáveis independentes, porque a finalidade dos estudos de correlação é descrever as relações existentes entre as variáveis sem deduzir relações de causa-efeito, não havendo possibilidade de manipulação experimental e distribuição aleatória do grupo (Polit, 1991).

Tal como Fortin e Polit, Kerlinger (1978) afirma que este tipo de estudo lida com variáveis que por natureza não são manipuláveis, tais como: idade, estado civil, habilitações, profissão, residência, período de tempo decorrido entre a mastectomia e a aplicação do instrumento de colheita de dados e períodos clínicos (variáveis presentes nos diferentes estudos). Estas variáveis chegam ao investigador como estavam, já feitas. Exerceram os seus efeitos, se os havia.

A decisão de realizar uma abordagem desta natureza, fundamentou-se na opinião dos autores mencionados e na sua adequação à problemática e ao objectivo definido para o presente estudo.

De acordo com o esquema da fig. II - 2.1, que proporciona a visão do delineamento do estudo descritivo de correlação, pretendemos descrever:

- a variável mastectomia através do seu conceito, da sua perspectiva histórica, da sua classificação e das concepções e práticas de enfermagem nas três vertentes: pré-operatório, pós-operatório e reabilitação;
- a variável autoconceito através do seu conceito, da sua estrutura, das suas dimensões (física, emocional e social) e dos seus distúrbios;
- o modelo de análise da relação existente entre as variáveis acima mencionadas;
- a interpretação do seu significado e o desenvolvimento de hipóteses (Burns, 1997).

Finalmente, pretende-se delinear modelos de intervenção junto das mulheres que foram submetidas a mastectomia no sentido de melhorarem o seu autoconceito.

Trata-se também dum estudo comparativo, porque se pretende examinar e descrever as diferenças de autoconceito físico, social e emocional entre os grupos de mulheres mastectomizadas dos Açores e Vila Nova de Gaia de acordo com o esquema ilustrado na figura II - 2.2.

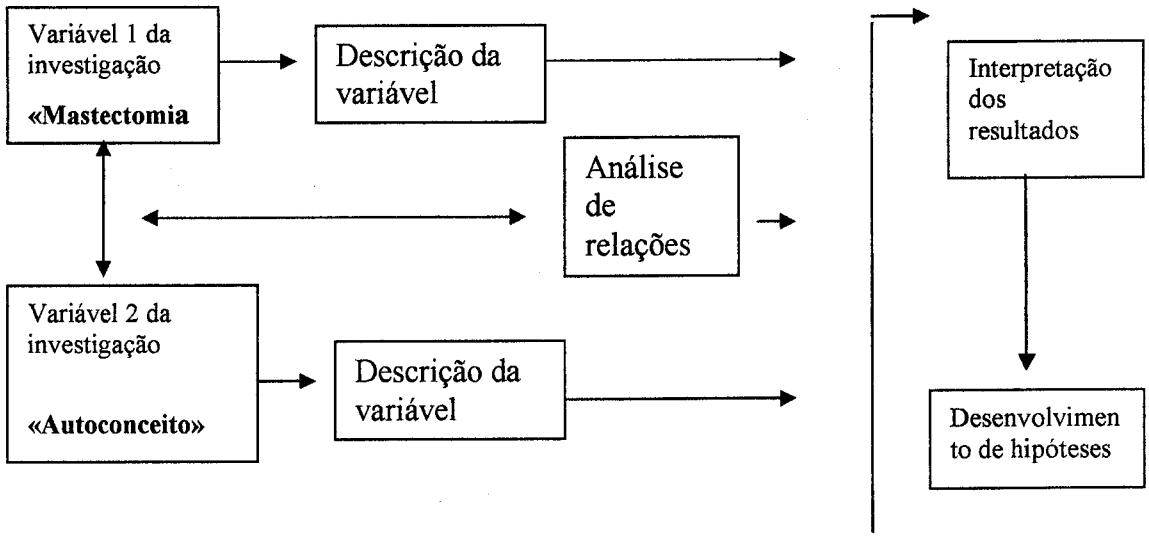


Fig: II - 2.1 – Delineamento do estudo de correlação (Burns, 1997)

Estudo 2000

O estudo de 2000 classifica-se como investigação quantitativa e dentro desta abordagem é um estudo não experimental, descritivo de correlação e comparativo como o estudo realizado nos anos 1996,1997 e 1998.

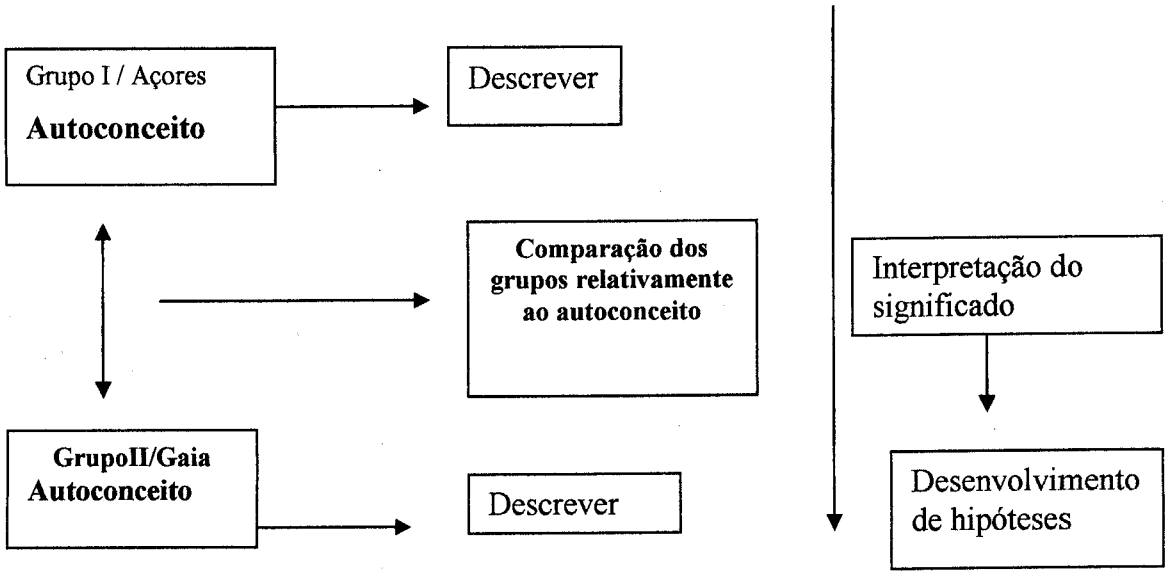


Fig. II - 2.2 – Delineamento do estudo descritivo comparativo

Estudo 2000/2001

O estudo de 2000/2001, tal como os estudos anteriores, é uma investigação do tipo quantitativo, descritiva de correlação, mas para além disso é também um estudo longitudinal, porque estuda mudanças, nos mesmos sujeitos, durante um determinado período de tempo, de acordo com o esquema da figura seguinte (Burns, 1997).

1° momento (a)	2° momento (b)	3° momento (c)
Antes da mastectomia	6 meses após	1 ano após
Mulheres dos Açores	Mulheres dos Açores	Mulheres dos Açores

Previu-se a realização do estudo em três momentos. O primeiro momento corresponderia à realização do estudo com as mulheres internadas nos serviços para serem submetidas a mastectomia; o segundo momento, seis meses após a mastectomia e o terceiro momento um ano após a mastectomia.

2.2 – POPULAÇÃO

A população ou universo corresponde a um grupo de sujeitos com as mesmas características (Marconi, 1982; Levin, 1987; Fortin, 1988). A selecção da população de uma investigação depende do assunto a ser pesquisado (Marconi, 1982). Partindo deste ponto de vista, a escolha da população deve ser ponderada em função de vários critérios. Segundo Quivy (1992), dentro dos critérios mais importantes, encontram-se as próprias hipóteses de trabalho, a margem de manobra do pesquisador, os prazos, os recursos de que dispõe, os contactos e as informações que pretende.

O mesmo autor (Cf. Quivy, 1992) diz que o campo das análises empíricas é circunscrito a um espaço geográfico, social e temporal, que condiciona o investigador ao estudo de uma determinada população.

O campo de análise dos estudos que seguem, está implícito na definição do problema e dos objectivos. Os grupos populacionais a investigar têm em comum as características «cancro da mama» e «mastectomia». Nos dois primeiros estudos, delimitou-se o espaço geográfico à Região Autónoma dos Açores e ao Concelho de Vila Nova de Gaia, sendo o grupo do estudo de 1996/1998 constituído pelas mulheres que realizaram mastectomia nos três Hospitais Centrais Açorianos:

Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Hospital de Ponta Delgada e Hospital da Horta e no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. As mulheres foram identificadas a partir dos registos dos serviços de cirurgia das referidas instituições e do Centro de Oncologia dos Açores, situado em Angra do Heroísmo, e as de Vila Nova de Gaia no Registo Oncológico. Previamente foi enviada carta a todas as instituições, solicitando autorização para se fazer o levantamento dos nomes e residências das doentes (Anexo I – II volume).

Delimitou-se o espaço temporal aos anos 1996, 1997 e 1998. Circunscreveu-se o estudo da população aos três anos, pensando-se no prognóstico da situação de cancro da mama, reduzindo assim o número de óbitos entre a população identificada.

O número de participantes no estudo da Região Autónoma dos Açores era de 163. A totalidade da população do sexo feminino com idade superior aos trinta anos, nos Açores, é de 65780[127] mulheres, verificando-se assim que 0,24% das mulheres açorianas foram submetidas a mastectomia num período de três anos (1996,1997 e 1998).

Segundo o Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, o número total de participantes mastectomizadas relativas aos três anos era de 188. Pelo censo de 1991, o número de mulheres a partir dos trinta anos em Gaia é de 62360, observando-se que o número de mastectomizadas nestas idades corresponde a 0,30% da população total das mulheres. A população total a ser estudada era constituída por 351 mulheres.

A população do segundo estudo é constituída por mulheres com diagnóstico de cancro da mama internadas nos serviços de cirurgia dos Hospitais de Santo Espírito de Angra do Heroísmo (Ilha Terceira), Horta (Ilha do Faial), Espírito Santo de Ponta Delgada (Ilha de S. Miguel) e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, tendo-se pesquisado também no Instituto Português de Oncologia do Porto, porque,

---

[127] **SERVIÇO REGIONAL DE ESTATÍSTICA DOS AÇORES - Estimativa de população residente segundo o sexo, por Distritos e Regiões Autónomas, 1998**

por vezes, as mulheres das áreas geográficas em estudo recorrem a esta instituição para fazerem a mastectomia. Delimitou-se o espaço temporal, ao ano 2000, a todas as mulheres que fossem admitidas naqueles serviços desde o dia 1 de Janeiro até 31 de Dezembro do ano 2000.

O total de mulheres internadas para serem submetidas a mastectomia na Região Autónoma dos Açores foi de 42. Segundo o Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, o número de mulheres internadas foi de 39 e, no Instituto Português de Oncologia, foi internada 1 dos Açores e 4 de Vila Nova de Gaia. A população total a ser estudada era constituída por oitenta e cinco mulheres.

No estudo de 2000/2001, pretendia-se inicialmente que a população nos três momentos fosse constituída pelas 74 mulheres dos Açores e de Vila Nova de Gaia que, participaram no estudo anterior. Por razões de dispersão geográfica e dificuldades de colaboração dos serviços de saúde de Vila Nova de Gaia, não foi possível acompanhar as mulheres ao longo do ano, desta zona geográfica tendo ficado decidido que a população a estudar seria limitada às 35 participantes da Região Autónoma dos Açores.

2.3 – SELECÇÃO DO MEIO

A selecção do ambiente apropriado depende do problema de investigação e do objectivo. Nos estudos descritivos de correlação, o ambiente é o natural, não existe controlo por parte do investigador. O meio natural é definido pelas situações não controladas da vida real (Abelellah et Lavine, 1986).[128]

A maior parte dos estudos descritivos são realizados nos hospitais, clínicas e centros de saúde. Outro ambiente natural, frequentemente utilizado pelos investigadores para colher dados é a residência do próprio sujeito. Segundo Burns (1997), colher dados na residência do sujeito será vantajoso. Os sujeitos podem ser entrevistados nas suas casas onde se sentem confortáveis. O meio seleccionado para a colheita de dados no estudo de 1996/1998 foi a residência das mulheres com mastectomia. As razões, que levaram a esta opção, tiveram como base a dispersão e o

[128] *Apud*, **M. F. Fortin** *et al*, ***Processo de Investigação – da Concepção à Realização***, **p. 132**

afastamento, em termos de distância, das instituições de saúde da população, isto é, as mulheres submetidas a mastectomia encontravam-se dispersas por oito das nove ilhas dos Açores (não havia mulheres mastectomizadas na ilha do Corvo). Para convocar as mulheres do estudo aos Hospitais das Ilhas Terceira, Faial e S. Miguel, para aplicação dos questionários, obrigava as habitantes das ilhas S. Jorge, Graciosa, Flores, Pico e Santa Maria a deslocarem-se de barco ou de avião, o que era inviável em termos de custos temporais e económicos e porque numa situação destas colocam-se problemas de ordem ética. Um indivíduo ao participar numa investigação não pode correr riscos nem ser lesado financeiramente (Fortin, 1999). Do mesmo modo, foram colhidos os dados da população de Vila Nova de Gaia. Optou-se pelo domicílio para que os dados fossem colhidos num meio igual ao dos Açores.

Previu-se a realização do estudo de 2000 nos serviços de cirurgia II dos Hospitais Centrais da Região Autónoma dos Açores (já mencionados), na cirurgia do piso 6 e 8 do Instituto Português de Oncologia do Porto e no serviço de cirurgia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Relativamente ao estudo de 2000/2001, previu-se a sua realização nos serviços de oncologia médica dos três hospitais centrais da Região Autónoma dos Açores. Na Ilha Terceira a colheita de dados realizou-se, conforme estava previsto, no Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo. Nas restantes ilhas, a colheita de dados realizou-se nos domicílios, por não se ter conseguido a colaboração dos serviços.

2.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As responsabilidades éticas do investigador têm como fim o respeito pelos direitos fundamentais dos seres humanos. No processo de investigação, os direitos humanos têm de ser protegidos. Na opinião de Burns (1997), estes direitos são: autodeterminação, privacidade, anonimato e confidencialidade. Para Fortin (1999), o indivíduo não deve ser exposto a riscos que o possam lesar física, moral, legal, financeira e socialmente e deve ser informado da natureza, objectivo e duração dos métodos utilizados na colheita de dados, com o objectivo de poder dar o seu consentimento ou de recusar a sua participação na investigação. Não devem ser

utilizadas técnicas coercivas na decisão do sujeito. Também têm direito ao anonimato e à confidencialidade durante toda a investigação e na publicação dos resultados. É essencial, para conduzir eticamente a investigação, obter o *consentimento informado* dos sujeitos em estudo (Brent, 1990; Cassidy & Oddi, 1986; Nusbaum & Chenitz, 1990).[129]

Foi elaborado um formulário de consentimento informado (anexo II – Volume II) com informações sobre os estudos, das quais destacamos: os objectivos; a explicação dos procedimentos de colheita de dados; a referência à não existência de danos; garantia do anonimato e confidencialidade, conforme se pode observar no volume dos anexos. Antes da aplicação das escalas, o formulário foi entregue às participantes dos diferentes estudos para o lerem, pedirem explicações e então darem o seu consentimento.

2.5 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Os conceitos possuem múltiplas dimensões. A passagem das definições conceptuais relativas às dimensões retiradas do conceito, para a medição empírica, requer a conversão dos conceitos em indicadores. O indicador permite traduzir os conceitos para a etapa de observação, sendo o elo de ligação entre os conceitos e a medida empírica (Fortin, 1999).

Após a construção do quadro de referência e definidas as dimensões que o constituem e de acordo com as hipóteses formuladas, definem-se as variáveis do estudo.

O quadro II - 2.1 ilustra a ligação entre os conceitos de «Autoconceito» e de «Mastectomia», (nível conceptual). As definições operacionais traduzem as dimensões determinadas pelo investigador (nível operacional) e os enunciados das duas escalas de medida são os indicadores empíricos, os quais se aplicam a uma determinada população (dados observáveis), que é constituída por mulheres mastectomizadas e mulheres com diagnóstico de cancro aguardando aquela intervenção.

---

[129] ***Apud,*** **Nancy Burns e Susan K. Grove,** ***The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique & Utilization,*** **p.209**

Quadro II - 2.1 – Definição operacional de autoconceito e mastectomia

Conceitos	Definições operacionais (Dimensões)	Indicadores
Autoconceito	Inventário de autoconceito físico	40 enunciados (volume II, anexoIII)
	Inventário clínico de autoconceito	20 enunciados (volume II, anexo III)
Mastectomia	Idade	20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 70 – 79 80 – 89
	Estado civil	Solteira Casada Viúva Divorciada Separada Junta
	Naturalidade	Açores e Gaia
	Habilitações	Sem instrução Primária Preparatório Secundário Médio Superior
	Profissão	(em aberto)
	Ano realização da mastectomia	1996,1997,1998
	Período clínico	Antes/mastectomia Seis meses depois Um ano depois

2.6 – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

O autoconceito é um fenómeno que só pode ser descrito pelo próprio indivíduo (Vaz Serra, 1988). Por isso uma escala de autoconceito é de auto-avaliação.

Para avaliar o autoconceito das mulheres submetidas a mastectomia, nos três estudos, optou-se pelas seguintes escalas:

a) Inventário de autoconceito físico de Vaz Serra (1988), que se encontra no Volume II, anexo III;

b) Inventário Clínico de Autoconceito do mesmo autor (1986), também no anexo III.

2.6.1 – Inventário de autoconceito físico

Segundo Vaz Serra (1988), a escala foi elaborada tendo sido considerados os seguintes aspectos:

- da anatomia (ser gordo ou magro, alto ou baixo);
- da fisiologia:
  - . funções gerais,
  - . funções relacionadas com a preservação do indivíduo;
  - . funções da preservação da espécie;
  - . funções relacionadas com a homeostase;
- mensagens do corpo.

Sobre cada um destes elementos, foram elaboradas questões diversas. Para evitar tendências das respostas, elaboraram-se algumas no sentido positivo (favoráveis) e outras no sentido negativo (desfavoráveis).

Vaz Serra (1988) efectuou a selecção dos «itens» seguindo vários processos:

- excluiu as questões sensíveis às diferenças de sexo, para não se valorizar de forma diferente homens e mulheres;
- rejeitou os «itens» que, na sua correlação com a nota global, não atingiram valores estatisticamente significativos;
- estudou a capacidade discriminativa de cada «item», para o que o autor considerou a média global do somatório dos diversos «itens», tendo sido criados dois subgrupos, separados entre si por 2/3 de um desvio padrão. Um dos subgrupos era constituído por 180 elementos e o outro por 176, equivalendo a um total de 356 elementos. Os «itens» revelaram diferenças significativas, quando comparadas as médias nestes dois grupos extremos;
- após a selecção dos «itens», procedeu à sua exclusão da nota global e voltou a correlacioná-los com a nova nota, sem o próprio «item» ser incluído.

A correlação continuou a ser significativa, isto é, o «item» assim separado acompanha o conjunto.

Após estes métodos, o autor obteve quarenta e quatro (44) «itens» que foram submetidos a análise factorial dos componentes principais, seguida de rotação ortogonal de tipo «varimax», ordenação de factores e selecção de raízes lactentes iguais ou superiores a um. Obteve catorze (14) factores, dos quais os mais importantes são: o factor 1, o factor 2, o factor 3, o factor 4 e o factor 6.

Factor 1 – constituído pelos «itens» 2, 3, 13, 23, 34, 38 e 39 da escala, traduz a *boa ou má impressão física produzida nos outros.*

Factor 2 – constituído pelos «itens» 22 e 24, traduz a *facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos,* que tem um inegável valor no contexto das mensagens não verbais.

Factor 3 – traduz uma *boa ou má vitalidade física* e é constituído pelos «itens»1, 9, 15, 27, 28, 30, 32 e 33.

Factor 4 - resume os «itens» relativos ao *comportamento não verbal* e é constituído pelos itens 16, 17, 20 e 25.

Factor 6 – é outra dimensão relacionada com a *satisfação/insatisfação sexual*, e é constituído pelos itens 6, 10 e 36.

Fidelidade da escala

Um instrumento de medida é fiel se mede de forma estável e constante os elementos ou objectos que pretende medir. Segundo Polit (1991), «la confiabilidad del instrumento de medición constituye el criterio fundamental para evaluar su calidad y adecuación».[130]

A fidelidade avalia-se de formas diferentes, sendo a homogeneidade ou consistência interna uma delas. Um instrumento tem consistência interna desde que todas as suas fracções meçam a mesma característica (Burns, 1997).

---

[130] **«a fiabilidade do instrumento de medida constitui o critério fundamental para avaliar a sua qualidade e adequação»**

Foi determinada a consistência interna da escala por Vaz Serra (1988) através do Coeficiente de Spearman – Brown. O valor obtido foi de 0,683 o que revela uma elevada consistência interna. Burns (1997) diz que a hierarquia normal de valores está entre 0,0 e +1,0 e as notas mais altas reflectem um maior grau de congruência.

Escala definitiva

A escala definitiva é constituída por quarenta (40) «itens». Cada «item» é classificado em cinco categorias: *não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo.* Os valores atribuídos a cada categoria são respectivamente 1, 2, 3, 4 e 5 nos «itens» elaborados no sentido positivo (favoráveis) e de 5, 4, 3, 2 e 1 nos «itens» elaborados no sentido negativo (desfavoráveis).

A classificação final é constituída pelo somatório da cotação de todas as questões. A escala está constituída de forma que quanto mais alto for o resultado total obtido no Inventário, melhor é o autoconceito do indivíduo. Esta pode ir, teoricamente, de um mínimo de 40 a um máximo de 200 pontos.

Para preenchimento da escala, cada indivíduo é solicitado a dar as suas respostas, após leitura das seguintes instruções:

> Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos capazes de descreverem como uma pessoa é, sob o ponto de vista físico. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo a sua maneira de ser (ou reagir) habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica (Vaz Serra, 1988).

No início da escala, e antes de se começarem as respostas, encontram-se as variáveis de caracterização da população: sexo, idade, estado civil, naturalidade, habilitações, profissão e elementos de identificação como o nome, data e residência. A variável sexo não é utilizada no estudo, porque a população é constituída só por sujeitos do sexo feminino, pelo que as questões da escala foram redigidas na forma feminina.

2.6.2 – Inventário Clínico de Autoconceito

É outra escala construída por Vaz Serra (1986), de tipo Likert como a anterior, constituída por vinte (20) questões, em que cada uma é classificada em cinco categorias (*não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo)*, sendo cada qual com mais um ponto do que a anterior. Nas questões negativas, as pontuações são revertidas de forma que uma ponderação mais alta exprima sempre um melhor autoconceito e cada uma delas pode ir de um mínimo de um (1) a um máximo de cinco (5) pontos. Foi adoptada a categoria mínima um (1) e não o zero (0) para facilitar o tratamento estatístico. Quanto mais alto é o valor da cotação melhor é o autoconceito da pessoa.

Segundo Vaz Serra (1986), o autoconceito é considerado uma medida de traço da personalidade, logo as instruções de preenchimento da escala devem chamar a atenção para este aspecto. Tal como no Inventário de Autoconceito Físico, o indivíduo deve ler as instruções, com atenção, antes de iniciar o preenchimento da escala. Não se transcrevem as instruções do Inventário Clínico de Autoconceito porque são iguais às já referidas para o Inventário do Autoconceito Físico.

Fidelidade da escala

Outra forma de avaliar a fidelidade dum instrumento de medida é a estabilidade. Para Polit (1991), a estabilidade refere-se à capacidade do instrumento de medida para obter os mesmos resultados em novas aplicações, ou seja, na sua estabilidade temporal. Vaz Serra (1986) determinou a estabilidade do Inventário Clínico de Autoconceito utilizando o «teste-reteste» que se traduziu por um coeficiente de correlação de 0,838 que, para 108 elementos, é altamente significativo a nível de $p< 0,001$.

Também foi avaliada a consistência interna pelo coeficiente Spearman – Brown, que foi de 0,791 para uma amostra de 920 elementos, tendo sido considerado por Vaz Serra como coeficiente bastante elevado.

Validade do Inventário

O segundo critério para determinar a qualidade de um instrumento é a validade (Polit, 1991). Esta autora identifica três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto. Vaz Serra, citando Jaeger (1983), refere-se à validade de construto como sendo a mais importante e a mais complexa. Este tipo de validade procura saber se o instrumento mede realmente o construto que procura medir.

Para estudar a validade de construto do Inventário Clínico de Autoconceito, Vaz Serra (1986) solicitou a cada um dos sujeitos da amostra (920) que após responderem à escala, classificassem o conceito que faziam de si próprios em *muito mau, mau, razoável, bom e muito bom.* Classificou estas categorias de um (1) a cinco (5) e procedeu à correlação entre a classificação pessoal de autoconceito e a nota total obtida no Inventário. O resultado obtido foi de 0,466, considerando-se altamente significativo para o número de sujeitos (920). Posteriormente, Vaz Serra (1986) efectuou uma análise de componentes, tendo observado a existência de seis factores com raízes lactentes superiores a um (1). Realizou uma rotação ortogonal da qual foram extraídos seis (6) factores, dos quais quatro (4) são os mais importantes, por serem factores perfeitamente bem definidos e os dois últimos (5 e 6), com um «item» isolado de peso alto, seguido de outros «itens» de menor peso e os factores mistos.

Factor 1 – este factor tanto poderá indicar aceitação e agrado como rejeição. É designado por factor de *aceitação/rejeição social* e é constituído pelos «itens» 1,4, 9, 16 e 17.

Factor 2 – formado por seis (6) questões que salientam os aspectos de enfrentar/resolver problemas e dificuldades. É constituído pelos «itens» 3, 5, 8, 11, 18 e 20. O «item» 18 é de sentido negativo, por isso é cotado de forma inversa. Os valores altos indicam independência e os baixos dependência. É o factor de *Auto-eficácia.*

Factor 3 – constituído pelos «itens» 2, 6, 7 e 13, face às suas características é o *factor de maturidade psicológica.*

Factor 4 – designa-se pelo factor de *impulsividade/actividade* e é constituído pelos «itens» 10, 15, e 19.

Estudos realizados com os Inventários

Os inventários de autoconceito físico, social e emocional têm sido utilizados em diversos estudos, dos quais destacamos:

- O autoconceito nos doentes com perturbações emocionais (Vaz Serra e Firmino, 1986);
- Relação entre autoconceito e expectativas (Vaz Serra *et al*, 1986),
- Autoconceito e ansiedade social (Vaz Serra *et al*, 1986);
- Autoconceito e sintomas depressivos na população em geral (Vaz Serra *et al*, 1986);
- Influência das relações pais/filhos no autoconceito (Vaz Serra *et al*, 1987),
- Autoconceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão (Vaz Serra *et al*, 1989);
- Queixas dolorosas em grávidas e sua dependência do autoconceito social, emocional e físico e estratégias de coping (Pocinho *et al*, 1994).

2.6.3 – Plano de colheita de dados

Para colher os dados é necessário estabelecer um plano. No dizer de Burns (1997), o plano «*details how the study will be implemented*».[131] Neste, o investigador determina a sequência dos passos a serem seguidos para colher os dados de uma determinada população e estabelece critérios para a colheita dos dados.

O plano de colheita de dados do estudo de 1996/1998 processar-se-á conforme se segue:

Como a população em estudo está distribuída por oito das ilhas dos Açores e pelo Concelho de Vila Nova de Gaia, decidiu-se para a colheita a realizar nos Açores, pedir a colaboração dos enfermeiros dos Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores e, para a colheita de Gaia, a colaboração de dois estudantes finalistas da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, mas naturais

[131] **«pormenoriza como o estudo será implementado»**

daquele concelho. Primeiro, fez-se contacto telefónico com os directores dos Centros de Saúde e posteriormente foram enviadas cartas a cada um deles, oficializando o pedido (Volume II, anexo IV). Assim, obteve-se a colaboração dos seguintes centros:

- Centro de Saúde de Vila do Porto, Ilha de Santa Maria;
- Centros de Saúde de Ponta Delgada, Povoação, Nordeste, Vila Franca e Ribeira Grande da Ilha de S. Miguel;
- Centro de Saúde de Santa Cruz, Ilha das Flores;
- Centros de Saúde de Madalena, Lajes e S. Roque, Ilha do Pico;
- Centro de Saúde da Horta, Ilha do Faial;
- Centros de Saúde de Velas e Calheta, Ilha de S. Jorge.

Cada centro destacou um/a enfermeiro/a, que ficou responsável pela aplicação das escalas. Na Ilha Graciosa, ficou encarregada uma estudante do 3º ano da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, porque se encontrava a realizar ensino clínico no Centro de Saúde daquela ilha. Na ilha Terceira, a colheita de dados foi realizada pela própria investigadora.

Todos os responsáveis pela colheita de dados foram informados do projecto do estudo, introduzidos no instrumento de medida e informados sobre possíveis dificuldades provenientes da sua aplicação. Também foram preparados para que os procedimentos de administração das escalas se realizassem de acordo com o diagrama apresentado na figura II - 2.3, que é proposto por Burns (1997). Foram ainda encorajados a telefonarem à investigadora sempre que tivessem dúvidas e a registarem qualquer problema que pudesse influenciar o processo de colheita de dados, assim como as recusas e a sua justificação, as mortes, as ausências, as moradas erradas, a falta de condições psicológicas da doente para responder e outras situações prováveis. De acordo com o diagrama (fig.II - 2.3), deveriam identificar as situações nas quais as mulheres mastectomizadas tivessem dificuldade de preencher as escalas e, nesses casos, identificar elementos da família capazes de colaborar ou, então, a própria enfermeira apoiar as avaliandas. Nos casos em que estas não necessitaram de apoio foram proporcionadas as escalas para o respectivo preenchimento.

Uma das variáveis em estudo é o período de tempo decorrido entre a mastectomia e a aplicação das escalas. Os dados relativos a esta variável foram colhidos nos serviços de cirurgia onde aquelas foram realizadas nos Açores e no Registo Oncológico de Gaia.

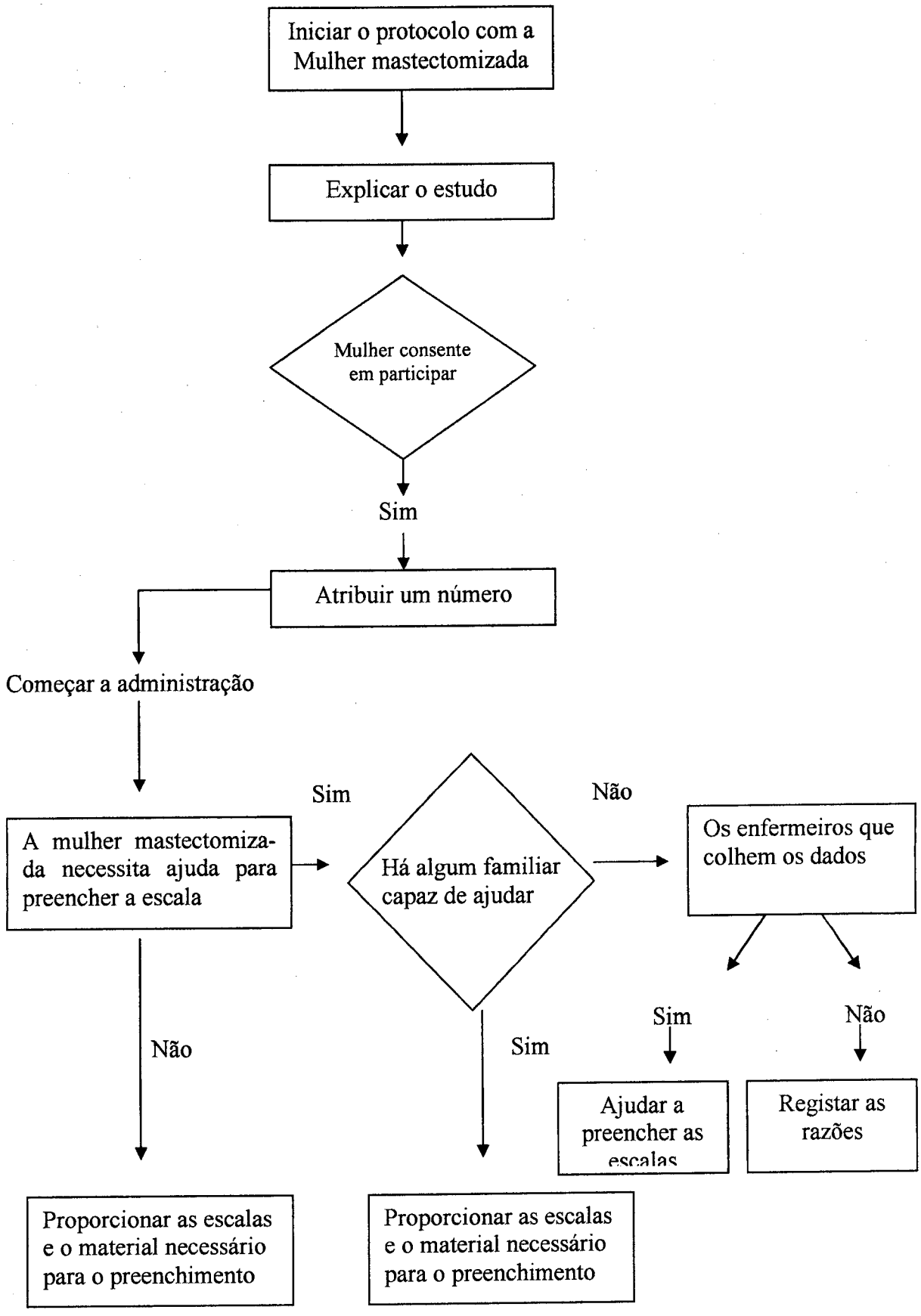


Fig. II - 2.3 – Planeamento dos Procedimentos para aplicação das escalas.

No estudo de 2000, previamente à administração das escalas, foram enviadas cartas aos presidentes dos conselhos de administração das instituições, onde se realizaria a colheita de dados. Também se previu a realização de reuniões nos diferentes serviços com o objectivo de informar e explicar a aplicação das escalas.

Na Ilha Terceira (Hospital de Santo Espírito), realizou-se uma reunião com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que ficou responsável pela colheita de dados ao longo do ano 2000. Relativamente aos Hospitais da Horta e de Ponta Delgada, a informação foi transmitida por correspondência e por contacto telefónico aos enfermeiros/as que ficaram responsáveis pela colheita de dados.

Realizou-se uma reunião no IPO do Porto, primeiro com o Enfermeiro Director do Centro de Formação e depois com as enfermeiras chefes dos pisos 6 e 8. Em cada um dos pisos foi destacada uma enfermeira para ficar responsável pela administração das escalas.

No Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia também se realizou uma reunião com o Director do serviço de cirurgia e com as secretárias que ficaram encarregues de colher os dados. Obteve-se também o apoio do Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, onde se realizaram várias reuniões.

Todos os responsáveis receberam as instruções atrás descritas e foram utilizados os critérios definidos no diagrama da fig. II - 2.3.

Quando se realizaram as reuniões preparatórias do 2º estudo, planeou-se a colheita de dados para os momentos seguintes, respectivamente: seis meses e um ano, após a mastectomia, nas quais, se proporcionou aos colaboradores toda a documentação e informação oral e escrita necessárias (Volume II - Anexo VII). Previu-se que a colheita de dados seria realizada pelos enfermeiros dos serviços de apoio às mulheres mastectomizadas. Como os enfermeiros dos hospitais centrais não asseguraram a colheita de dados, optou-se por outras estratégias. No Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, a própria investigadora encarregar-se-ia da colheita de dados, quando as mulheres mastectomizadas fossem convocadas para o «follow-up». Os enfermeiros encarregar-se-iam de comunicar com a investigadora, sempre que se previsse a presença das inquiridas, para lhes ser aplicada a escala. Nas restantes ilhas foram enfermeiros dos centros de saúde (um de cada ilha), que ficaram com a responsabilidade de colher os dados junto das mulheres

mastectomizadas, mas tudo sob o controlo da investigadora, que iria informando quem deveria ser entrevistado e quando.

No estudo de 2000/2001, todo o material para a colheita de dados nos Hospitais da Horta e de Ponta Delgada foi enviado por correio à Enfermeira Supervisora, que se encarregou de entregar aos enfermeiros responsáveis por aquela.

2.6.4 – Administração das escalas

Relativamente ao estudo 1996/1998, no fim de Julho, planeou-se enviar por correio todo o material relativo à colheita de dados, para os Centros de Saúde dos Açores. Relativamente a Vila Nova de Gaia, o material foi entregue directamente aos estudantes antes destes deixarem a Escola Superior de Enfermagem. A colheita iniciou-se no mês de Agosto de 1999 em toda a população e prolongou-se até ao fim do mês de Dezembro do mesmo ano.

No estudo de 2000, planeou-se a colheita de dados a partir de 1 de Janeiro até 31 de Dezembro do referido ano.

A colheita de dados do 2º momento (6 meses) iniciou-se em Junho de 2000, para as mulheres que tinham realizado a mastectomia em Janeiro de 2000 e terminou a 31 de Dezembro de 2001. A aplicação das escalas seria feita à medida que as participantes atingissem os 6 meses e um ano após a realização da mastectomia.

2.6.5 – Organização dos dados

Após a colheita de dados, procedeu-se à sua organização. Foi atribuído um número a cada sujeito e categorizadas e codificadas as variáveis demográficas. Seguiu-se a codificação das duas escalas: Inventário Clínico de Autoconceito e o Inventário de Autoconceito Físico. Foram elaboradas listas de códigos para os diferentes estudos, para permitir identificar e definir cada variável (ver exemplar no volume II, anexo VI). A lista de códigos permite um melhor controlo por parte do investigador (Burns, 1997). Em eventuais faltas no preenchimento do instrumento de colheita de dados, estas poder-se-ão vir a colmatar, por contacto, nomeadamente telefónico.

2.7 – PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

O plano de análise de dados fundamenta-se nos objectivos do estudo, definição de hipóteses, método de colheita de dados, desenho da investigação, perícia do investigador e acessibilidade a recursos de computador. Segundo Burns (1997), o plano de análise de dados é constituído por diversas etapas:

1 – preparação dos dados para análise;

2 – descrição das características da população;

3 – análise exploratória/descritiva dos dados;

4 – análise inferencial orientada pelas hipóteses, questões ou objectivos.

1 – Foram criadas bases de dados (uma para cada estudo), no programa SPSS, versão 9, para introduzir os dados de acordo com a informação proporcionada pela lista de códigos, de forma a identificar a localização de cada variável no computador.

2 – Para descrever as características da população planeou-se utilizar estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas (tabelas e gráficos elaborados nos programas Microsoft Excel 97 e SPSS) e calcular medidas de tendência central e de dispersão relevantes para a população em estudo. A análise incide sobre as variáveis demográficas: idade, estado civil, naturalidade, habilitações, profissão, data da mastectomia e diferentes períodos clínicos.

3 – Todo o procedimento estatístico é informático. Para a cotação total do Inventário de Autoconceito Físico utiliza-se o programa de correcção automática de Vaz Serra e Ramalheira, que faz a conversão automática dos «itens» formulados pela negativa.

4 - Para classificar o autoconceito das mulheres mastectomizadas observa-se a posição obtida por cada inquirida em relação à média do grupo. Segundo McIver e Carminer (1981)[132], aquela pode ser expressa pela diferença entre as pontuações das inquiridas e a média do grupo. Para se saber como se classifica o autoconceito das mulheres mastectomizadas, converte-se a diferença das pontuações obtidas por aquelas e a média do grupo, num valor *z*, dividindo esta diferença pelo desvio padrão da amostra. Por exemplo, se uma mulher tiver obtido a classificação de 129, a diferença entre esta

---

[132] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «Inventário Clínico do Autoconceito», p. 73**

pontuação e a média do grupo (131,12) é de – 2,12. Dividindo este valor pelo desvio padrão (13,74) obtém-se um afastamento sensivelmente igual a – 0,15 desvio padrão. Isto significa que a pontuação bruta 129 fica a – 0,15 desvio padrão abaixo da média. As discrepâncias acima da média são consideradas positivas e as situadas abaixo da média surgem como negativas (Levin, 1987).

5 – De acordo com o tipo de variáveis em estudo (discretas), o nível de medição (ordinal), os grupos em estudo e o tipo de hipóteses seleccionam-se os testes que se seguem. Para testar as hipóteses que estabelecem associações entre as variáveis, utiliza-se o coeficiente de correlação de Spearman (Fortin, 1999; Burns, 1997; Levin, 1982; Reis, 1999 e Ferreira*), que serve para testar hipóteses quando as variáveis em teste são de natureza ordinal. Para as análises comparativas, selecciona-se o teste Mann-Whitney para o estudo da comparação entre duas amostra independentes e (Reis, 1999) análise de variância de Kruskal – Wallis para comparar as diferenças de mais de dois grupos de mulheres mastectomizadas (Reis, 1999; Fortin, 1999; Burns, 1997 e Ferreira*).

. Tal como nos 1° e 2° estudos, para testar a hipótese de associação entre as variáveis autoconceito físico e autoconceito social, utilizou-se no terceiro estudo o coeficiente de correlação de Spearman (Fortin, 1999; Burns, 1997; Levin, 1982 e Reis, 1999).

Para estudar a variabilidade do autoconceito físico e do autoconceito social e emocional ao longo do tempo (antes da mastectomia, seis meses e um ano depois), no mesmo grupo de mulheres, utilizou-se a dupla variância por postos – o X^2 de Friedman, que constitui uma aproximação não paramétrica, que permite testar diferenças numa mesma amostra de inquiridos que tenham sido mensurados sob, pelo menos, duas condições distintas (Burns,1997; Levin, 1982 e Ferreira[133], 2002).

---

[133] **Pedro Ferreira* – Professor de estatística**
Licenciado em Estatística e Investigação Operacional
Mestrando em Probabilidades e estatística – Tese na área de estatística computacional, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Antes de se iniciar a análise de dados, convém referir que estes foram organizados conforme o que estava previsto na metodologia. A análise dos resultados fundamenta-se nos objectivos do estudo e na definição de hipóteses, método de colheita de dados e no desenho da investigação.

Apresentam-se, neste capítulo, os resultados obtidos através da aplicação das escalas descritas no capítulo anterior.

Nos quadros, tabelas ou gráficos apresentados não é indicada a fonte de colheita de dados por serem sempre as duas escalas: «Inventário de autoconceito físico» e «Inventário clínico de autoconceito» de Vaz Serra. Também será omitida, nos seus títulos, a referência aos grupos inquiridos e a data abrangida pelos estudos, por ambos já terem sido definidos.

3.1 – MULHERES MASTECTOMIZADAS DE 1996 A 1998

Neste capítulo, abordam-se as características gerais da população em estudo. Seguidamente, procede-se à análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos sobre o autoconceito físico, social e emocional.

3.1.1– Caracterização da população

No quadro II - 3.1, observa-se a distribuição numérica da população do sexo feminino em idades, a partir dos quinze anos (por ser pouco provável o cancro da mama nos grupos etários mais jovens), residente na Região Autónoma dos Açores e em Vila Nova de Gaia e a percentagem de mastectomias realizadas em função do número de mulheres de cada uma destas regiões.

Para se saber o número de mastectomias, realizadas naquelas regiões, durante os anos de 1996, 1997 e 1998, fez-se um levantamento nos Hospitais Centrais das Ilhas Terceira, S. Miguel e Faial e no Registo Oncológico do Concelho de Vila Nova de Gaia, tendo-se identificado, nos três anos, cento e sessenta e três (163) nos Açores e cento e oitenta e oito (188), em Gaia, perfazendo no total trezentos e cinquenta e uma mulheres.

Quadro II - 3.1 – Distribuição numérica do sexo feminino residente nas duas regiões e a percentagem de mastectomias realizadas nos anos 1996, 1997 e 1998

REGIÕES	MULHERES ≥ 15 anos	MASTECTOMIAS	
		Nº	%
AÇORES	97320	163	0,10
V. NOVA GAIA	94752	188	0,19
TOTAL	192072	351	0,29

Por sua vez, a totalidade da população feminina, com idades superiores ou iguais aos quinze anos, é de 97320[134] nos Açores e de 94752[135] em Vila Nova de Gaia, verificando-se que 0,10% (Açores) e 0,19% (Gaia) foram submetidas a mastectomia, naquele período.

Pelos resultados observados no quadro II - 3.2, conclui-se que das 163 mulheres dos Açores apenas 104, isto é, 63,8%, participaram no estudo, havendo uma perda de cinquenta e nove mulheres, o que corresponde a 36,2% da população inicial. Em Vila Nova de Gaia, das 188 iniciais, apenas sessenta e uma responderam ao questionário, o que corresponde a 32,4%. No total da população, a perda foi de cento e oitenta e seis mulheres, isto é, 52,9% das mulheres submetidas a mastectomia.

A maior perda é relativa às situações de «não atendimento» que correspondem ao número setenta e seis (76), isto é, 21,7% do total da população seleccionada.

---

[134] **Fonte: INE, Estimativa da população feminina residente em 1998 – Região Autónoma dos Açores**

[135] **Censo de 1991 – Concelho de Vila Nova de Gaia**

QUADRO II - 3.2 - Resultados da aderência à 1ª aplicação das escalas de autoconceito, nos Açores e Vila Nova de Gaia

Escalas - motivo de não resposta / Regiões	Falecidas		Ausentes		Morada errada		Mudança residênc.		Recusas		Fase final		Não atendera.		População estudada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
Açores	24	14,72	10	6,13	6	3,68	0	0	8	4,9	5	3,06	6	3,68	104	63,8	163	46,44
Vila Nova de Gaia	5	2,6	1	0,53	12	6,38	7	3,72	30	15,96	2	1,06	70	37,23	61	32,44	188	53,56
Total	29	8,26	11	3,13	18	5,12	7	1,99	38	10,82	7	1,99	76	21,65	165	47	351	100

* Fase final - as mulheres confusas, desorientadas na fase final e sem capacidade intelectual para responderem às escalas.

De salientar também o número de recusas (38) que atingiu a percentagem de 10,8%, tendo as mulheres mastectomizadas alegado vários motivos:

- *«não se sentir com capacidade para responder»;*
- *«não precisar de responder, porque os seus dados se encontravam no Hospital de Santo António»;*
- *«ter realizado a mastectomia há pouco tempo e não querer falar no assunto»;*
- *«ameaçar com processo»;*
- *«falta de tempo»;*
- *«por não ter benefícios directos»;*
- *«por não estar interessada em participar no estudo»;*
- *«por se sentirem lesadas no atendimento feito na altura do diagnóstico da doença».*

Foi explicado que algumas das situações não tinham ligação com a participação no estudo, mas não resultou. Nos Açores, verifica-se um número de ausências (10), muito superior a Vila Nova de Gaia, que estão relacionadas com a emigração para os EUA e Canadá, onde a maior parte dos açorianos tem família, que visitam com certa frequência.

Após a codificação das escalas estas foram analisadas com o fim de identificar possíveis erros no seu preenchimento. Verificaram-se algumas falhas nas variáveis demográficas porque faltavam dados. Fez-se contacto telefónico com algumas das mulheres mastectomizadas dos Açores e conseguiram-se os elementos em falta, enquanto que em Vila Nova de Gaia não foi possível obter esses elementos. No que se refere ao preenchimento das escalas, não se verificaram erros.

Neste subcapítulo, pretende-se proporcionar uma visão das características da população de mulheres submetidas a mastectomia nos anos 1996, 1997 e 1998. Os resultados obtidos são analisados considerando as variáveis idade, estado civil, residência, habilitações, profissão e data de realização da mastectomia.

Idade

A idade foi definida em grupos etários para facilitar a sua análise. Pela tabela 3.1, observa-se que o grupo etário com mais casos de mastectomia é o dos 50 aos 59

anos e o dos 60 aos 69 anos, (24,8% em cada um deles), seguido do grupo dos 70 aos 79 anos com 19,4%. Relativamente aos Açores, o grupo etário com maior número de casos é o dos 50 aos 59 anos (17,0%), seguido do grupo dos 60 aos 69 anos com 14,5% da população. Em Vila Nova de Gaia o grupo, que apresenta mais casos é o dos 60 aos 69 anos com 10,3% da população daquele concelho. Verifica-se que uma das inquiridas não respondeu, o que não representa valor válido para a idade no total dos casos, pois que este número representa apenas 0,6 %.

Pela distribuição de frequências referentes à idade, verifica-se que os grupos com maior número de casos se encontram entre os 50 e os 79 anos nos Açores e em Gaia.

Das 165 inquiridas, a média total assume o valor de 59,9, a mediana 60 e o desvio padrão 14,3. A média de idades, nos Açores, é de 61 e o desvio padrão de 13,3. Em Vila Nova de Gaia, a média é mais baixa (57,9) do que nos Açores e o desvio padrão (15,8) mais elevado (Ver Tabela 3.1)

Estado civil

Relativamente a esta variável foram inicialmente definidas as categorias solteira, casada, viúva, divorciada, separada e junta. Por se verificar a não existência de casos nas duas últimas categorias, analisam-se as restantes na tabela 3.1.

No total da população em estudo, o maior número de casos situa-se no grupo das casadas com 66,1%, seguindo-se o grupo das viúvas com 21,2% e as solteiras com apenas 9,7%.

Tanto nos Açores como em Vila Nova de Gaia, predomina o grupo das casadas, respectivamente com 39,4% e 26,7% do total dos casos.

Habilitações

Na tabela 3.1, descreve-se a amostra em função das habilitações literárias e segundo a residência. Pela leitura da tabela, verifica-se que no total das mulheres inquiridas prevalecem as que possuem a instrução primária com 66,1 % do total (Açores com 43,6% e Gaia com 22,4%).

Tabela 3.1 - Características das mulheres em estudo submetidas a mastectomia nos Açores e em Vila Nova de Gaia

Regiões / Características	Açores (N = 104)		Vila Nova de Gaia (N = 61)		Total (N = 165)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupos etários						
30 - 39	3	1,8	3	1,8	6	3,6
40 - 49	18	10,9	12	7,3	30	18,2
50 - 59	28	17	13	7,9	41	24,8
60 - 69	24	14,5	17	10,3	41	24,8
70 - 79	20	12,1	12	7,3	32	19,4
80 - 89	11	6,7	3	1,8	14	8,5
Não responderam	0	0	1	0,6	1	0,6
Média (idade)	61		57,9		59,9	
Desvio padrão	13,3		15,8		14,3	
Estado civil						
Solteiras	11	6,7	5	3	16	9,7
Casadas	65	39,4	44	26,7	109	66,1
Viúvas	26	15,8	9	5,5	35	21,2
Divorciadas	2	1,2	1	0,6	3	1,8
Não responderam	0	0	2	1,2	2	1,2
Habilitações literárias						
Sem instrução	15	9,1	12	7,3	27	16,4
Primária	72	43,6	37	22,4	109	66,1
Preparatório	7	4,2	6	3,6	13	7,9
Secundário	6	3,6	3	1,8	9	5,5
Médio	4	2,4	0	0	4	2,4
Não responderam	0	0	3	1,8	3	1,8
Profissão						
Domésticas	83	50,3	24	14,5	107	64,8
Administrativas	3	1,8	2	1,2	5	3
Comerciantes	1	0,6	0	0	1	0,6
Produtoras agrícolas	2	1,2	0	0	2	1,2
Enfermeiras	2	1,2	0	0	2	1,2
Professoras do 1º ciclo	3	1,8	0	0	3	1,8
Costureiras	0	0	2	1,2	2	1,2
Empregadas fabris	0	0	4	2,4	4	2,4
Reformadas	10	6,1	20	12,1	30	18,2
Invalidez	0	0	4	2,4	4	2,4
Desempregadas	0	0	3	1,8	3	1,8
Não responderam	0	0	2	1,2	2	1,2

Seguem-se as mulheres sem instrução com 16,4% e a percentagem mais baixa corresponde às que possuem Curso Médio (2,4%). Não responderam 1,8% das inquiridas.

Verifica-se que o nível de instrução é baixo nas duas regiões (Açores e Vila Nova de Gaia).

Profissão

Relativamente à profissão (ver tabela 3.1, página anterior), as inquiridas distribuem-se da seguinte forma: as domésticas são 107, isto é, 64,8% da população em estudo. Nos Açores (amostra é maior), o número de domésticas é superior ao de Vila Nova de Gaia, (50,3% para 14,5%). Seguem-se as reformadas com 6,1 % nos Açores e 12,1% em Vila Nova de Gaia. Os valores mais baixos (0,6%) correspondem às mulheres que são comerciantes e são relativos aos Açores.

Data da mastectomia

Considerou-se a data da realização da mastectomia, no sentido de se tentar verificar se o afastamento em tempo da situação cirúrgica tem alguma influência no autoconceito. Pelo gráfico 3.1 e tabela 3.2, verifica-se que das 165 mulheres em estudo, o maior número (65), isto é 39,4%, corresponde ao ano de 1997, seguido do ano de 1998 com 35,8%.

De notar que o maior número de mulheres mastectomizadas corresponde aos Açores com 28,5%, no ano de 1998, seguindo-se as mulheres mastectomizadas em 1997, também, nos Açores, com 20,6%. O menor número corresponde a Vila Nova de Gaia (7,3%), no ano de 1998. Verificou-se nestes três anos um aumento progressivo do número de casos.

Gráfico 3.1 – Distribuição numérica das inquiridas segundo o ano de realização da mastectomia e a região

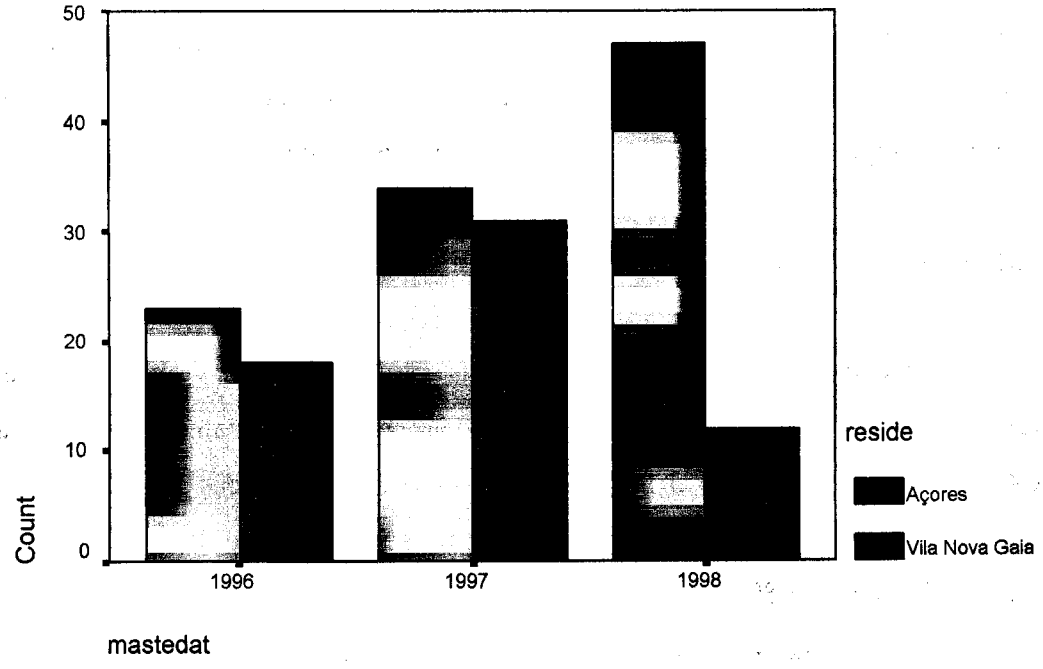


Tabela 3.2 - Distribuição numérica e percentual das inquiridas segundo o ano de realização da mastectomia e a região

Região	Ano de realização da mastectomia						Total	
	1996		1997		1998			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Açores	23	13,9	34	20,6	47	28,5	104	63
Vila Nova de Gaia	18	10,9	31	18,8	12	7,3	61	37
Total	41	24,8	65	39,4	59	35,8	165	100

3.1.2 – Autoconceito físico

A percepção que o indivíduo tem de si próprio designa-se por «autoconceito». Quando esta percepção diz respeito ao corpo, poder-se-á falar de autoconceito físico. Ao avaliar-se o autoconceito físico, considera-se apenas uma parcela do autoconceito do indivíduo.

De acordo com o quadro de referência do presente estudo, e tendo em conta o primeiro objectivo, que é «avaliar o autoconceito das mulheres portadoras de cancro da mama, sujeitas a mastectomia», analisam-se os resultados obtidos nos quadros, tabelas e gráficos que se seguem.

Relativamente às pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas, no autoconceito físico, o gráfico 3.2 ilustra a sua distribuição numérica. Este gráfico revela que a maior frequência corresponde a dois grupos de 24 mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 120 a 124 e 135 a 139, respectivamente. Segue-se o grupo de 23 mulheres com pontuações compreendidas entre 125 e 129.

Observam-se no quadro 3.3, quatro valores extremos - 95, 96, 97 e 101 - que correspondem às pontuações mais baixas, obtidas por quatro, inquiridas e os valores extremos mais altos, que correspondem às pontuações 160 e 164, obtidas igualmente por 4 inquiridas.

Gráfico 3.2 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico

Frequência caule e folha

```
  3,00 Extremos  (=<97)
  3,00     10 . 122
  8,00     10 . 55678999
  5,00     11 . 00014
  8,00     11 . 56678999
 24,00     12 . 001111222222233333444444
 23,00     12 . 55567777788888889999999
 22,00     13 . 0000111111222223333444
 24,00     13 . 55566677777888888899999
 20,00     14 . 00001111112222334444
  9,00     14 . 555677889
 12,00     15 . 000000222344
   ,00     15 .
  4,00     16 . 0044
Largura caule    10,00
Cada folha: 1 caso(s)
```

Quadro 3.3 – Distribuição das pontuações extremas obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico

			número do caso	valor
TIACF	Altos	1	35	164,00
		2	68	164,00
		3	134	160,00
		4	28	160,00
		5	81	,[a]
	Baixos	1	32	95,00
		2	31	96,00
		3	86	97,00
		4	27	101,00
		5	102	,[b]

a. só uma lista parcial de casos com o escore 154 é observadano quadro dos valores mais altos

b. só uma lista parcial de casos com o escore 102 é observada no quadro dos valores mais baixos

No quadro 3.4, observa-se que a média das pontuações obtidas é de 131,1, a mediana situa-se no valor 131, a amplitude de variação é de 69 e o desvio padrão de 13,7. Esta última medida determina o afastamento médio da população em relação à média. Quanto menos dispersos estiverem os dados, relativamente à média, menor será o desvio. Neste caso, o desvio padrão não é muito elevado.

Quadro 3.4 – Medidas de tendência central e de dispersão

MEDIDAS	VALORES
Média	**131,1**
Mediana	**131**
Desvio padrão	**13,7**
Amplitude de variação	**69**

De acordo com o explicitado na metodologia e observando os valores representados no gráfico 3.2, verifica-se que as mulheres com pontuações iguais ou superiores a 131,1 podem considerar-se com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores e correspondem a 49% do total da população. O autoconceito será tanto mais alto, quanto mais se afastarem da média no sentido positivo. As restantes

51% apresentam valores abaixo da média, considerando-se que o autoconceito será tanto mais baixo, quanto mais se afastarem da média no sentido negativo.

Também se pode conhecer a posição relativa de cada inquirida, em confronto com o grupo, através dos «percentis».

Foi calculado o «percentil» da distribuição das pontuações obtidas por cada inquirida e obtiveram-se os resultados que se seguem.

Percentil	Valor	Percentil	Valor	Percentil	Valor
25	123,00	50	131,00	75	140,50

Para N = 165, significa que uma mulher, com uma pontuação abaixo de 123,00, está no «percentil» 25, isto é, as outras 75% tem um autoconceito mais elevado. As mulheres com a pontuação de 131 estão no «percentil» 50, terão um autoconceito mais elevado que o grupo anterior, mas 50% têm o autoconceito ainda mais elevado. As mulheres, com a pontuação de 141, encontram-se no percentil 75 e têm o autoconceito mais elevado que as anteriores e apenas 25% têm autoconceito superior.

A análise dos resultados dos «itens» da escala será efectuada seguindo os factores seleccionados por Vaz Serra (1988) e que traduzem as dimensões subjacentes aos quarenta «itens» da escala.

Boa ou má impressão física

O **factor 1,** que é o mais importante segundo Vaz Serra (1988), revela a tradução de *boa ou má impressão física* produzida nos outros. É constituído por sete «itens», variando a sua pontuação entre o valor mínimo 7 e o valor máximo 35. Nesta dimensão, estão incluídos os enunciados ilustrados na tabela 4.3 (Anexo VIII – Volume II).

Pela sua observação verifica-se que as mulheres mastectomizadas apresentam diferentes opiniões sobre si. No «item» dois, que corresponde ao enunciado «*comparando-me com os outros considero que os meus dentes são esteticamente perfeitos*», os valores mais elevados correspondem a 33,3% das mulheres que não

concordam com este «item». As respostas obtidas, nas categorias «não concordo» e «concordo pouco», perfazem o total de 44,8%. As respostas obtidas, nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo», perfazem um total de 55,1%.

No «item» três, que corresponde ao enunciado *«considero-me uma pessoa fisicamente atraente»*, os valores mais elevados correspondem a 33,3% das mulheres que concordam moderadamente com este «item». As respostas obtidas, nas categorias «não concordo» e «concordo pouco», perfazem um total de 46,0%. As respostas obtidas, nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo», perfazem um total de 53,9%.

Relativamente ao «item» treze, «*sob o ponto de vista físico causo uma boa impressão nas outras pessoas*», verifica-se que a maior percentagem (44,2%) se situa na categoria «concordo moderadamente». As respostas obtidas, nas categorias «não concordo» e «concordo pouco», perfazem um total de 21,8%. As respostas obtidas, nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo», perfazem um total de 78,1%.

O «item» vinte e três, relativo ao enunciado *«costumo causar boa impressão física nas outras pessoas»*, idêntico ao anterior, apresenta distribuição semelhante, pois que a maioria das mulheres (38,2%) assume uma posição moderada. No entanto, salienta-se que 40% das mulheres se percepcionam como causando boa impressão física nos outros; «concordando muito» (35,8%) e «concordando muitíssimo» (4,2%). Acrescentando as mulheres, que se posicionam na categoria «concordo moderadamente», verifica-se que a tendência é para se percepcionarem positivamente em relação a este «item», tendo em conta que 78,2% se situam nas categorias mencionadas.

No item trinta e quatro, que corresponde ao enunciado *«as pessoas do sexo oposto gostam do meu aspecto físico»*, a percentagem mais elevada (40,6%) corresponde às mulheres que se posicionam na categoria «concordo moderadamente». Mas, 28,5% e 2,4% das mulheres concordam respectivamente muito e muitíssimo. Conclui-se que a tendência é para se percepcionarem moderadamente em relação a este «item».

Relativamente ao enunciado «*no meu corpo uma das regiões que mais me satisfaz, pela impressão que determina nos outros, é a dos membros inferiores*» (item 38). Observa-se na tabela 4.3 (Volume II - Anexo VIII) que 29,1% das

mulheres não concordam e 21,2% concordam pouco, perfazendo um total de 50,3%. As respostas obtidas neste «item» são de tendência negativa.

No «item» trinta e nove (39) «*considero que tenho uma face perfeita*», a maior percentagem (32,7%) refere-se às mulheres que se posicionaram na categoria «concordo muito». Segue-se a percentagem de 32,1 para as que responderam moderadamente. As respostas são de tendência positiva.

O gráfico 3.3 ilustra a distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas quanto à boa ou má impressão física causada nos outros. Observa-se que a maior frequência (30 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 20 e 21. Segue-se o grupo de mulheres (28 casos) com pontuações compreendidas entre 22 e 23.

No quadro 3.5 observam-se as medidas de tendência central e de dispersão para o factor 1. A média das pontuações obtidas no factor é de 19,6 e o desvio padrão de 4,82. Tendo em conta que as discrepâncias acima da média são consideradas positivas e as situadas abaixo da média negativas (Levin, 1987), e observando os valores representados no gráfico 3.3, verifica-se que as mulheres com pontuações iguais ou superiores a 19,6 podem ter a percepção de causar boa impressão física nos outros e correspondem a 55,7% do total da população. A boa impressão física será tanto melhor quanto mais se afastarem da média em sentido positivo. As restantes 44,3% apresentam valores abaixo da média, considerando-se que a má impressão física será tanto mais baixa quanto mais se afastarem da média em sentido negativo.

Gráfico 3.3 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 – Boa ou má impressão física

```
Frequência    caule e folha

     2,00       0 .  77
     1,00       0 .  9
     9,00       1 .  000001111
     7,00       1 .  2222233
    15,00       1 .  444444555555555
    15,00       1 .  666666667777777
    24,00       1 .  888888888888899999999999
    30,00       2 .  000000000000001111111111111111
    28,00       2 .  222222222222333333333333333
    20,00       2 .  44444444445555555555
     7,00       2 .  6666777
     6,00       2 .  888899
     1,00       3 .  1
```

```
Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Quadro 3.5 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor 1 – boa ou má impressão física

MEDIDAS	VALORES
Média	**19,6**
Desvio padrão	**4,82**
Mediana	**20**
Amplitude variação	**24**

Facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos

Este factor é constituído por dois «itens», o 22 e o 24, cujos enunciados são respectivamente «q*uando escuto alguém que se me dirige, custa-me olhá-lo bem nos olhos*» e «*quando falo com outra pessoa, custa-me olhá-la bem nos olhos*». O factor apresenta valores que variam entre 2 e 10. É o factor que traduz «*facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos*», o que tem inegável valor no contexto das mensagens verbais (Vaz Serra, 1988).

Observando a tabela 4.3 (Volume II - Anexo VIII), relativa aos «itens» considerados, destacam-se as respostas na categoria «não concordo», quer no «item» 22 quer no 24, com 46,1% e 54,5%, respectivamente.

Quanto à distribuição das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas, neste factor, o gráfico 3.4 ilustra a sua distribuição. Observa-se que a maior frequência (62 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram a pontuação 10. Segue-se o grupo de mulheres (27 casos) com a pontuação 7.

O desvio padrão é de 2,3 e a média de 7,6. Assim, os valores obtidos abaixo da média podem traduzir «*dificuldade no contacto dos olhos*», que será tanto maior quanto mais os valores se afastarem da média. No gráfico, verifica-se que existem seis casos extremos com a pontuação 2, a mais afastada da média no sentido negativo. Nesta distribuição, o número de casos com valores acima da média é maior (86). As mulheres que obtiveram pontuações superiores à média apresentam «*facilidade no contacto dos olhos*».

Gráfico 3.4 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 - Facilidade/dificuldade no contacto dos olhos

```
Frequência    caule e folha

     6,00       2 .  000
      ,00       2 .
      ,00       3 .
      ,00       3 .
    15,00       4 .  0000000
      ,00       4 .
     9,00       5 .  0000
      ,00       5 .
    22,00       6 .  00000000000
      ,00       6 .
    27,00       7 .  0000000000000
      ,00       7 .
    16,00       8 .  00000000
      ,00       8 .
     8,00       9 .  0000
      ,00       9 .
    62,00      10 .  00000000000000000000000000000000

Largura do caule:1,00
Cada folha:2 caso(s)
```

Seguindo a tendência dos valores apresentados nos gráficos anteriores, regista-se que as mulheres se percepcionam como tendo facilidade no contacto dos olhos, uma vez que cerca de 52,12% apresentam valores positivos.

Vitalidade física

O factor 3 é constituído por oito «itens», e a sua pontuação pode variar entre o valor 8 e o valor 40, sendo o seu valor central 24. No seu conjunto, traduz uma «*boa ou má vitalidade física*». Os «itens» que o constituem estão ilustrados na tabela 4.3 (Volume II - Anexo VIII).

Como é possível observar, as mulheres mastectomizadas apresentam diferentes opiniões sobre si mesmas. No «item» 1, «d*e modo geral posso dizer, que ao longo da vida, sempre fui um indivíduo com vitalidade*», 50,3% das mulheres mastectomizadas situaram-se na categoria «concordo muito» e 21,8% na categoria «concordo muitíssimo».

No «item» nove, «d*urante a minha vida sempre me considerei uma pessoa com força*», a maior percentagem (48,5%), refere-se às mulheres que se posicionaram na categoria «concordo muito». Segue-se a percentagem de 33,9 para as que responderam na categoria «concordo muitíssimo».

Relativamente ao enunciado «c*onsidero-me, de modo geral, uma pessoa com energia*» (item 15), observa-se na tabela 4.3 (Volume II - Anexo VIII) que 32,1% das mulheres responderam na categoria «concordo muito» e 21,8% na categoria «concordo muitíssimo», perfazendo um total de 53,9%. Neste «item» as respostas são de sentido positivo.

Quanto ao «item» 27, «c*onsidero-me uma pessoa com vivacidade*», verifica-se que a maior frequência (41,8%) corresponde às mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Neste «item» as respostas são também de tendência positiva.

No «item» 28, «*na comparação com os outros posso dizer que sou rápida a fazer as coisas*», a maior percentagem (38,2%), refere-se às mulheres que se posicionaram na categoria «concordo muito» e 13,3% responderam na categoria «concordo muitíssimo». Estes dois grupos perfazem o total de 51,5% da população em estudo, representando uma maioria de tendência positiva.

Relativamente ao enunciado «q*uando me comparo com os outros reconheço que sou lenta a fazer o que tenho para fazer*» (item 30), observa-se que 47,3% das mulheres responderam na categoria «não concordo». A maioria das mulheres não se reconhecem como sendo lentas no desempenho das suas tarefas, pois 57,0% discordam ou concordam pouco com o enunciado.

No «item» 32, «e*m comparação com os outros posso dizer que sou uma pessoa de reflexos rápidos*», a maior percentagem (35,8%), refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Segue-se a percentagem de 30,3 para as que responderam «moderadamente». No entanto, a tendência é no sentido de se considerarem como pessoas de reflexos rápidos. Os resultados deste «item» estão de alguma forma relacionados com os do «item» anterior.

No item trinta e três (33), «*tenho usualmente um caminhar decidido*», a maior percentagem (38,8%), refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Segue-se a percentagem de 26,1 para as que responderam «moderadamente». Relativamente a este «item» as mulheres mastectomizadas percepcionam-se como pessoas com um caminhar decidido, uma vez que a

percentagem das que responderam nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo», é de 76,4%.

Para confirmar estes resultados observe-se o gráfico 3.5, no qual a maior frequência (35 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram as pontuações 28 e 29. Segue-se o grupo de mulheres (29 casos) com as pontuações 26 e 27

Gráfico 3.5 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 - Boa ou má vitalidade física

```
Frequência      caule e  folha

    1,00 Extremos    (=<14)
    1,00         1 .  5
    5,00         1 .  66777
    8,00         1 .  88899999
   10,00         2 .  0000111111
   17,00         2 .  22222222222333333
   18,00         2 .  444444555555555555
   29,00         2 .  66666666666666677777777777777
   35,00         2 .  88888888888888899999999999999999999
   15,00         3 .  000000001111111
   15,00         3 .  222222222222333
    5,00         3 .  44555
    5,00         3 .  66677
    1,00 Extremos    (>=39)

Largura do caule: 10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

O desvio padrão é de 4,85 e a média de 26,6. Assim, os valores obtidos abaixo da média podem traduzir *«má vitalidade física»*, que será tanto maior quanto mais os valores se afastarem da média. No gráfico, verifica-se que existem três casos extremos com as pontuações 14, 15 e 16, os mais afastados da média. Nesta distribuição, o número de casos com valores acima da média é maior, (90 ou seja 54,5%). As mulheres que obtiveram pontuações superiores à média apresentam *«boa vitalidade física»*.

Comportamento não verbal

O factor 4 é outra dimensão do autoconceito físico relacionada com o comportamento não verbal, isto é, salienta a forma como o indivíduo comunica através das expressões não verbais. É constituído por quatro «itens», tendo cada «item» cinco opções. O valor mínimo deste factor é quatro (4) e o máximo vinte (20). Os «itens» que o constituem estão ilustrados na tabela 4.3 (Volume II - Anexo VIII).

Tal como nas dimensões anteriores, as respostas das mulheres mastectomizadas apresentam-se distribuídas pelas diferentes categorias. Por aquela tabela, verifica-se essa dispersão pelos quatro «itens» que a integram. Dos valores considerados destaca-se a percentagem de 59,4 relativa às mulheres que discordam do item vinte e cinco (25) - *«enrugo com frequência a testa ou outras regiões da minha face, quando falo com os outros»*. Segue-se o valor percentual de 44,8 relativo às respostas na categoria «não concordo» dos itens dezasseis (16) - «q*uando estou sentada perto de alguém, tenho necessidade de mudar com frequência a posição do meu corpo»* e do «item» vinte (20) - «*quando estou sentada, junto de outras pessoas, quase sempre me sinto tensa»*. Relativamente ao «item» dezassete (17) - *«quando me comparo com os outros reconheço que tenho usualmente uma postura rígida»*, a maior percentagem (39,4) refere-se às mulheres que responderam na categoria «não concordo». De salientar que, neste factor as mulheres são unânimes em discordarem por completo dos enunciados que o constituem. Como todos eles estão elaborados na forma negativa, as respostas das mulheres são de sentido positivo.

Quanto às pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas, neste factor, o gráfico 3.6 ilustra a sua distribuição, revelando que a maior frequência (22) corresponde a dois grupos de mulheres que obtiveram respectivamente 14 e 20 pontos, seguindo-se o grupo de 18 mulheres com a pontuação 15.

O desvio-padrão é de 3,1, a média é de 15,4 e os valores obtidos abaixo da média podem traduzir intensificação do comportamento não verbal, que será tanto maior quanto mais os valores se afastarem da média. No gráfico, verifica-se que existem dois (2) casos com pontuações extremas, um com a pontuação 7 e o outro com a pontuação 8, sendo os mais afastados da média em sentido negativo. Nesta distribuição, a percentagem com valor superior à média é de 48%, significando que a maioria das mulheres apresentam pontuação inferior à média.

Gráfico 3.6 – Distribuição das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 – Comportamento não verbal

```
Frequência     Caule e Folha

     1,00        7 .  0
     1,00        8 .  0
     6,00        9 .  000000
     4,00       10 .  0000
     6,00       11 .  000000
    13,00       12 .  0000000000000
    14,00       13 .  00000000000000
    22,00       14 .  0000000000000000000000
    18,00       15 .  000000000000000000
    13,00       16 .  0000000000000
    17,00       17 .  00000000000000000
    17,00       18 .  00000000000000000
    11,00       19 .  00000000000
    22,00       20 .  0000000000000000000000

Largura do caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Insatisfação/satisfação sexual

O factor 6 reúne os «itens» relativos à satisfação/insatisfação sexual. É constituído por três itens que se encontram ilustrados na tabela 4.3 (Volume II - Anexo VIII).

No «item» 6, que corresponde ao enunciado *«gostava de ser sexualmente mais activa do que realmente sou»*, a maior frequência corresponde a 43% das mulheres que responderam na categoria «não concordo» e 7,9% responderam na categoria «concordo pouco». No entanto, 24,8% das mulheres responderam na categoria «concordo moderadamente» e outras 20% na categoria «concordo muito». Considerando o grupo de mulheres que responderam nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo» obtém-se o valor de 49%, aproximadamente metade da população em estudo que gostaria de ser sexualmente mais activa.

No «item» 10, relativo ao enunciado *«acho que a minha vida sexual é gratificante»*, a maior frequência corresponde a 28,5% que respondeu na categoria «não concordo» e 13,9% na categoria «concordo pouco». No entanto, um número significativo (57,6%) respondeu nas restantes categorias.

No «item» 36, *«sinto-me satisfeita com a vida sexual que tenho»*, a maior percentagem (38,2) refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo

muito». Segue-se a percentagem de 28,5 para as que responderam «moderadamente». A tendência é no sentido de se considerarem satisfeitas com a vida sexual, porque a percentagem das que responderam nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo» é superior (70,3%).

Por outro lado, ao analisarem-se as pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas quanto à satisfação/insatisfação sexual, o gráfico 3.7 revela que a maior frequência (28) corresponde ao grupo que obteve a pontuação 9. Segue-se o grupo de 25 mulheres com a pontuação 10.

Gráfico 3.7 - Distribuição das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 6 – Insatisfação/satisfação sexual

```
Frequência    Caule e folha

     9,00       4 .  000000000
     7,00       5 .  0000000
    10,00       6 .  0000000000
    24,00       7 .  000000000000000000000000
     9,00       8 .  000000000
    28,00       9 .  0000000000000000000000000000
    25,00      10 .  0000000000000000000000000
    16,00      11 .  00000000000000000
    16,00      12 .  00000000000000000
    17,00      13 .  000000000000000000
     2,00      14 .  00
     2,00      15 .  00

Largura do caule: 1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

A média das pontuações obtidas é de 9,2 (Quadro 3.6). As mulheres que apresentam pontuação superior à média do grupo têm satisfação sexual, as que apresentam pontuação inferior à média do grupo têm insatisfação sexual. Nesta distribuição, a percentagem com pontuações superiores à média é de 47,27%, o que significa que 52,73% da população revela insatisfação sexual.

Quadro 3.6 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor 6 satisfação/insatisfação sexual

MEDIDAS	VALORES
Média	9,21
Desvio padrão	2,64
Mediana	9
Amplitude de variação	11

3.1.3 - Autoconceito social

O autoconceito social refere-se às percepções das pessoas sobre a forma como os outros os amam e admiram, ou seja, autopercepção da aceitação social. Também se define como a percepção que as pessoas têm das suas competências sociais. Nesta perspectiva, é de supor que a mulher mastectomizada poderá apresentar alterações do seu autoconceito social, pelo que se analisam os aspectos do autoconceito social e emocional, observando-se no gráfico 3.8 as pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas relativamente ao autoconceito social e emocional. A maior frequência corresponde a dois grupos de quarenta (40) mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 70 e 79 respectivamente. Segue-se o grupo de vinte e duas (22) mulheres com pontuações compreendidas entre 65 e 69.

Observam-se no quadro 3.7 os valores extremos 38, 45, 46, 51 e 53, que correspondem às pontuações mais baixas obtidas por cinco (5) inquiridas e os valores extremos mais altos que correspondem às pontuações 93, 94, 95,e 96, obtidos igualmente por cinco (5) mulheres.

No quadro 3.8, observa-se que a média das pontuações obtidas é de 74,06, a mediana de 74, a amplitude de variação de 58 e o desvio-padrão de 9,69.

Gráfico 3.8 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social e emocional

```
Frequência    Caule e folha

4,00 Extremos    (=<51)
2,00         5 .  34
4,00         5 .  6788
11,00        6 .  01122333444
22,00        6 .  5555566666667778899999
40,00        7 .  0000000000111111112222233333333334444444
40,00        7 .  5555555555666666667777777778888888999999
20,00        8 .  00000111122223334444
12,00        8 .  555566677899
8,00         9 .  00122334
2,00         9 .  56

Largura do caule:     10,00
Cada folha:        1 caso(s)
```

Quadro 3.7 – Valores extremos do autoconceito social e emocional

Autoconceito social	Número do caso	Valor
Altos	**54**	**96**
	68	**95**
	64	**94**
	151	**93**
	95	**93**
Baixos	**102**	**38**
	135	**45**
	31	**46**
	100	**51**
	129	**53**

Quadro 3.8 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito social e emocional

MEDIDAS	VALORES
Média	74,06
Desvio padrão	9,69
Mediana	74
Amplitude de variação	58

De acordo com o descrito na metodologia e observando os valores representados no gráfico 3.8, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores à média, que é de 74,06, podem considerar-se com melhor autoconceito do que as que apresentam valores abaixo daquela média. Acima da média, posicionou-se 49,7% do total da população em estudo. As restantes mulheres, correspondendo a 50,3% da amostra, apresentam valores abaixo da média do grupo.

Também se pode conhecer a posição relativa de cada inquirida em confronto com o grupo, através dos percentis.

Foi calculado o «percentil» (Quadro 3.9) da distribuição das pontuações obtidas por cada inquirida e obtiveram-se os resultados a seguir descritos.

Quadro 3.9 – Percentis das pontuações obtidas no autoconceito social

PERCENTIS	PONTUAÇÕES
25	**69**
50	**74**
75	**80**
100	**96**

Para N = 165, significa que uma mulher com uma pontuação abaixo de 69 está no «percentil» 25, isto é, as outras 75% têm autoconceito mais elevado. As mulheres com pontuação de 74 estão no «percentil» 50 e terão um autoconceito mais elevado que o anterior grupo, pois a pontuação 74 coincide com o valor da média. As mulheres, com pontuações de 80, encontram-se no «percentil» 75 e têm o autoconceito mais elevado que as anteriores e apenas 25% da amostra têm o autoconceito superior. No «percentil» 100, encontram-se as mulheres com pontuação 96 coincidindo com o valor mais elevado.

A tabela 4.4 (Volume II - Anexo IX), ilustra a distribuição numérica e percentual dos valores obtidos em cada «item» do Inventário Clínico de Autoconceito segundo as cinco categorias de respostas.

A análise dos resultados, apresentados na referida tabela, será efectuada seguindo os factores seleccionados por Vaz Serra (1986), traduzindo as dimensões subjacentes aos vinte «itens» da escala.

Aceitação/rejeição social

O factor 1 é constituído por cinco (5) «itens» variando a sua pontuação entre o valor mínimo 5 e o valor máximo 25. Pelas características dos seus «itens», este é um factor de *aceitação* ou de *agrado social,* ou de *rejeição.* Cada «item» tem um duplo sentido de variação, tanto positivo como negativo, podendo indicar «*aceitação* e *agrado, rejeição* e *desagrado*» (Vaz Serra, 1986).

Nesta dimensão, estão incluídos os «itens» 1, 4, 9, 16 e 17, que se encontram ilustrados na tabela 4.4 (Anexo IX – Volume II).

No «item» 1, que corresponde à questão «s*ei que sou uma pessoa simpática*», os valores mais elevados correspondem a 41,8% das mulheres que responderam na categoria «concordo muito», embora se verifique que 34,5% concordem moderadamente. As respostas obtidas nas categorias positivas perfazem um total de 87,8%. A maioria das mulheres percepciona-se como sendo pessoas simpáticas.

No «item» 4, que corresponde à questão «n*o contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador*», os valores mais elevados correspondem a 35,2% das mulheres que responderam na categoria «concordo muito»; mas, 23% responderam

na categoria «concordo moderadamente». As respostas obtidas, nas categorias «concordo muito e muitíssimo», perfazem um total de 52,2%, concluindo-se que a maioria responde de forma positiva.

Relativamente ao «item» 9, «*sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros*», verifica-se que a maior percentagem (61,8) se situa na categoria «concordo muito», seguindo-se 24,2% que concorda moderadamente. A maioria das mulheres considera-se assim bem aceite pelos outros.

O «item» 16, relativo à questão «a *minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar*», apresenta, também, uma distribuição semelhante aos «itens» anteriores, pois que o maior número de mulheres (47,3%) respondeu que «concorda muito». Regista-se assim que 15,8% das mulheres se percepciona de forma negativa. As mulheres, que responderam nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo», perfazem o total de 84,2%. Conclui-se que estas se percepcionam como bem aceites pelos outros.

No «item» 17, que corresponde à questão «*considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros*», a percentagem mais elevada (61,2%) corresponde às mulheres que responderam na categoria «concordo muito», seguindo-se 21,2% que responderam moderadamente e 13,3% que se posicionam na categoria «concordo muitíssimo». Estas observações acentuam a ideia de que as mulheres se consideram pessoas agradáveis no contacto com os outros.

As pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas, quanto à aceitação/rejeição social, estão ilustradas no gráfico 3.9, verificando-se que a maior frequência (30 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram 19 pontos. Segue-se o grupo de mulheres (27 casos) com pontuação 17.

A média das pontuações obtidas é de 18,15 e o desvio padrão de 3,11. As mulheres com pontuações abaixo da média poderão ter a percepção de aceitação /rejeição mais negativa do que as que obtiveram pontuações acima da média. Na distribuição representada no gráfico 3.9, as mulheres com pontuações superiores à média representam 47,87% do total da população. As outras (52,13%) relatam sentimentos de rejeição social.

Gráfico 3.9 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 - Aceitação/rejeição social.

```
Frequência    Caule e folha

    7,00 Extremos    (=<12,0)
    3,00       13 .  000
   11,00       14 .  00000000000
    8,00       15 .  00000000
   12,00       16 .  000000000000
   27,00       17 .  000000000000000000000000000
   18,00       18 .  000000000000000000
   30,00       19 .  000000000000000000000000000000
   20,00       20 .  00000000000000000000
   13,00       21 .  0000000000000
    3,00       22 .  000
    5,00       23 .  00000
    4,00       24 .  0000
    4,00 Extremos    (>=25,0)

Largura do caule: 1,00
Cada folha:       1 caso(s)
```

Auto – eficácia

O factor 2 é constituído por seis «itens» e a sua pontuação pode variar entre o valor 6 e o valor 30, sendo o seu valor central 18.

As questões, que o constituem, realçam a forma de enfrentar e resolver problemas e dificuldades. As diversas questões traduzem a auto-eficácia. Os enunciados que o constituem estão ilustrados na tabela 4.4 (Volume II - Anexo IX).

No «item» 3, «*tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades*», 38,2% das mulheres mastectomizadas responderam na categoria «não concordo» e 10,9% na categoria «concordo pouco». Mas, 50,8% responderam nas categorias «concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo».

Como o «item» é de sentido negativo, é pontuado de maneira inversa. Assim, as pontuações altas indicam discordância e as baixas concordância. Da análise do «item» conclui-se que 49,1% das mulheres não desistem das suas tarefas, quando encontram dificuldades; mas, 50,8%, de uma forma moderada ou muito acentuada desistem das mesmas.

No «item» cinco, «*costumo ser rápida na execução das tarefas que tenho para fazer*», a maior percentagem (40,6) refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Segue-se o valor de 23% das que responderam

moderadamente. A tendência das respostas é, no sentido positivo, porque os valores maiores estão concentrados nas categorias moderado, muito e muitíssimo.

Relativamente à questão «*de modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas*» (item 8), observa-se na tabela 4.4 (Volume II - Anexo IX) que 55,8% das mulheres responderam na categoria «concordo muito» e 18,8% na categoria «concordo muitíssimo», perfazendo um total de 74,6%. A tendência das respostas é também positiva, como no «item» anterior.

Quanto ao «item» 11 «*tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades*», observa-se, na mesma tabela que o maior valor (52,7%) corresponde às mulheres que responderam na categoria «concordo muito» e 13,9% responderam na categoria «concordo muitíssimo». Mais uma vez se nota que a tendência das respostas é no sentido positivo.

No «item» 18, «*quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros*», as respostas encontram-se muito dispersas. Verifica-se que a maior percentagem (32,1%) se refere às mulheres que responderam na categoria «concordo moderadamente». Na categoria «concordo muito», responderam 20,6%. Como este «item» é de sentido negativo, a tendência é claramente de sentido negativo, uma vez que as mulheres que responderam nas categorias «concordo moderadamente, muito e muitíssimo» perfazem 61,2% da população em estudo.

Relativamente à questão «*encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades*» (item 20), observa-se na tabela 4.4 que 40,6% das mulheres responderam na categoria «concorda muito», 27,9% na categoria «concordo moderadamente e 14,5% na categoria «concordo muitíssimo». As respostas são positivas, pois a maioria das mulheres refere encontrar sempre energia para vencer as suas dificuldades.

Para confirmar as análises anteriores, observe-se o gráfico 3.10 sobre a distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres neste factor.

A maior frequência refere-se ao grupo de 21 casos que obtiveram a pontuação 17, seguindo-se dois grupos de 16 casos, com as pontuações de 16 e 20.

Gráfico 3.10 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 - Auto-eficácia.

```
Frequência    Caule e folha

    1,00        9 .  0
    1,00       10 .  0
    8,00       11 .  00000000
    6,00       12 .  000000
    8,00       13 .  00000000
   11,00       14 .  00000000000
   14,00       15 .  00000000000000
   16,00       16 .  0000000000000000
   21,00       17 .  000000000000000000000
   15,00       18 .  000000000000000
   12,00       19 .  000000000000
   16,00       20 .  0000000000000000
   15,00       21 .  000000000000000
   10,00       22 .  0000000000
    7,00       23 .  0000000
    1,00       24 .  0
    3,00       25 .  000

Largura do caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

A média das pontuações obtidas pelas mulheres é de 17,4, a mediana de 17 e o desvio-padrão de 3,50. Sendo a média de 17,4, as mulheres com valores inferiores a esta terão a percepção de auto-eficácia mais negativa do que as restantes mulheres da população em estudo. De facto, o maior número, cerca de 52,12% das mulheres em estudo, encontra-se abaixo da média.

Maturidade psicológica

O factor 3 é outra dimensão do autoconceito social relacionado com a maturidade psicológica, devido às características das suas questões. É constituído por quatro «itens», tendo cada item cinco opções. O valor mínimo deste factor é 4 e o máximo 20, sendo o seu valor central de 12. Os «itens» que o constituem estão também ilustrados na tabela 4.4 (Volume II - Anexo IX).

Dos valores considerados, destaca-se a percentagem de 50,3% relativa às mulheres que responderam na categoria «concordo muito» da questão «*costumo ser franca a exprimir as minhas opiniões - item 23*». Segue-se o valor percentual de 49,7 relativo às mulheres que responderam na categoria «concordo muito» do item «*quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade – item*

13» e em terceiro lugar observa-se o valor 48,5% relativo à questão «*considero-me tolerante para com as outras pessoas – item 6*». 61,8% das mulheres responderam nas categorias «concordo muito e concordo muitíssimo» do «item» «*sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis – item 7*».

Quanto às pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas, no factor três, o gráfico 3.11 ilustra a sua distribuição.

Este revela que a maior frequência (32) corresponde às mulheres que obtiveram a pontuação 16. Segue-se o grupo de 29 casos que obtiveram a pontuação 15.

O desvio-padrão é de 2,61. A média é de 15,2. Assim, os valores obtidos abaixo da média podem traduzir uma maturidade psicológica negativa, ao invés das mulheres que obtiveram valores acima da média. As mulheres que obtiveram valores acima da média perfazem um total de 45,5% da população em estudo, situando-se abaixo da média 54,5% das inquiridas.

Gráfico 3.11 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 - Maturidade psicológica.

```
Frequência    Caule e folha

    4,00 Extremos    (=<9,0)
    3,00       10 .  000
    2,00       11 .  00
    9,00       12 .  000000000
   22,00       13 .  0000000000000000000000
   21,00       14 .  000000000000000000000
   29,00       15 .  00000000000000000000000000000
   32,00       16 .  000000000000000000000000000000000
   13,00       17 .  0000000000000
    9,00       18 .  000000000
   10,00       19 .  0000000000
   11,00       20 .  00000000000

Largura do caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Impulsividade – actividade

O factor 4 reúne os «itens» relativos à impulsividade – actividade. É constituído por três «itens» que se encontram ilustrados na tabela 4.4 (Volume II - Anexo IX). No «item» dez, que corresponde à questão «*quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática*», a maior frequência corresponde a

58,2% das mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Estas e as que responderam na categoria «concordo muitíssimo» perfazem um total de 77,6%, isto é, o maior número de inquiridas.

No «item» 15, que corresponde à questão «*sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece*», o maior número (41,8%) respondeu na categoria «concordo muito», seguindo-se 24,8% que responderam na categoria «concordo moderadamente» e 20,6% na categoria «concordo muitíssimo». As que responderam nas categorias «concordo muito» e «concordo muitíssimo» perfazem um total de 62,4%. O maior número de mulheres concorda que gosta muito de fazer o que lhes apetece.

No «item» dezanove, «*gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço*», a maior percentagem 62,4% refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Segue-se a percentagem 24,2% para as que responderam na categoria «muitíssimo». Os valores obtidos nestas duas categorias perfazem o total de 86,6%. Tal como nas análises anteriores, as mulheres em estudo responderam na sua maioria de forma positiva.

As pontuações obtidas pelas mulheres no factor impulsividade/actividade, conforme o gráfico 3.12, revelam que a maior frequência (45 casos) corresponde ao grupo que obteve a pontuação 12. Segue-se o grupo de 29 de mulheres com a pontuação 11.

Gráfico 3.12 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 - Impulsividade – actividade

```
Frequência    Caule e folha
     9,00 Extremos    (=<8,0)
    12,00        9 .  000000000000
      ,00        9 .
    20,00       10 .  00000000000000000000
      ,00       10 .
    29,00       11 .  00000000000000000000000000000
      ,00       11 .
    45,00       12 000000000000000000000000000000000000000000000000000
      ,00       12 .
    27,00       13 .  000000000000000000000000000
      ,00       13 .
     9,00       14 .  000000000
      ,00       14 .
    14,00       15 .  00000000000000
 Largura do caule:1,00
 Cada folha:1 caso(s)
```

Quadro 3.10 - Médias, desvios padrão e proporções das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico e no autoconceito social e nos resrespectivos factores

Médias e desvios padrão / Pontuações / Autoconceito	Pontuações < média		Média	D. padrão	Pontuações > média	
	Nº	%			Nº	%
Autoconceito físico	84	51	131,1	13,7	81	49
Factor 1	73	44,25	19,6	4,82	92	55,75
Factor 2	79	47,88	7,6	2,3	86	52,12
Factor 3	75	45,5	26,6	4,85	90	54,5
Factor 4	85	52	15,4	3,1	80	48
Factor 6	87	52,73	9,2	2,6	78	47,27
Autoconceito social	83	50,3	74,06	9,69	82	49,7
Factor 1	86	52,12	18,15	3,11	79	47,88
Factor 2	86	52,12	17,4	3,5	79	47,87
Factor 3	90	54,5	15,2	2,61	75	45,5
Factor 4	70	42,4	11,6	1,99	95	57,6

A média das pontuações obtidas pelas mulheres é de 11,6 e o desvio-padrão de 1,89. As mulheres, com pontuações superiores à média do grupo, podem considerar-se com impulsividade/actividade mais positiva do que as que obtiveram valores inferiores à média. De facto, o maior número encontra-se acima da média, cerca de 57,6% das mulheres em estudo.

O quadro 3.10 resume as médias, desvios-padrão e proporções das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas no autoconceito físico e no social e nos respectivos factores. Verifica-se que as maiores percentagens correspondem às mulheres que apresentaram pontuações inferiores à média no autoconceito físico (51%), no comportamento não verbal (52%) e na sexualidade (52,73%). O factor 1, relativo à boa ou má impressão física, foi o que apresentou maior percentagem (55,7) de mulheres com pontuações superiores à média do grupo.

Quanto ao autoconceito social e emocional, verifica-se que, no factor impulsividade/actividade, 57,6% das mulheres apresentam pontuações superiores à média. O autoconceito social e restantes factores apresentam-se com tendência negativa.

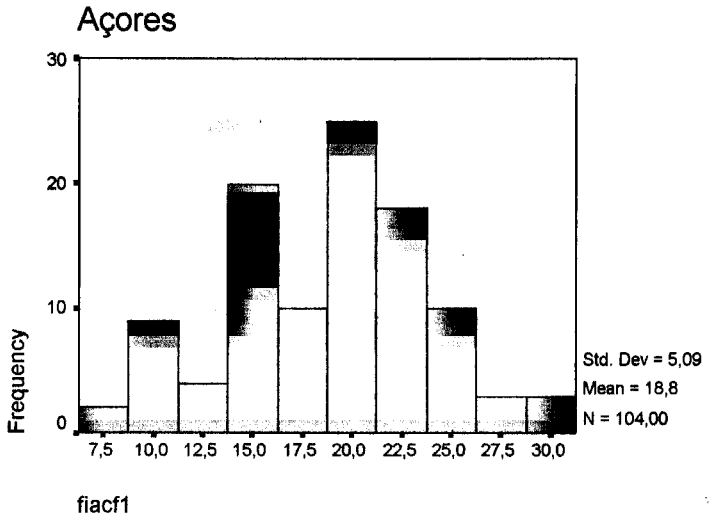
3.1.4 - Autoconceito físico e autoconceito social segundo as regiões (Açores e Vila Nova de Gaia)

Na tabela 3.5, observam-se as médias e desvios-padrão obtidos tanto para o autoconceito físico como para o social, assim como as médias do total dos «itens» de cada factor nas inquiridas dos Açores e de Vila Nova de Gaia. Nos Açores (para N = 104 mulheres) a média foi de 130,8 e o desvio-padrão 14,3 e em Vila Nova de Gaia (para N = 61) a média foi de 131,36 e o desvio-padrão de 12, 40. A média das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas de Gaia é ligeiramente superior à das mulheres açorianas e o desvio-padrão é inferior, significando que em Gaia os dados estão menos dispersos relativamente à média.

Relativamente ao factor 1, que expressa a boa ou má impressão física, pode-se observar, na referida tabela e nos histogramas 4.1 e 4.2, a distribuição das pontuações obtidas em cada uma das regiões. Nos Açores, a média foi de 18,8, inferior à média do total da população em estudo (N = 165, Média 19,60) e também

em relação à média de Vila Nova de Gaia, que assume o valor de 21 (a mais elevada).

Histograma 4.1 -Boa/má impressão física



Nos Açores, o desvio-padrão é de 5,09 e em Vila Nova de Gaia de 4,02. Pelos histogramas verifica-se que a dispersão dos dados é maior nos Açores. Como se pode observar no histograma 4.1, os valores das pontuações têm tendência para se concentrarem à esquerda do valor central do factor (21), constatando-se que a própria média é inferior àquele valor.

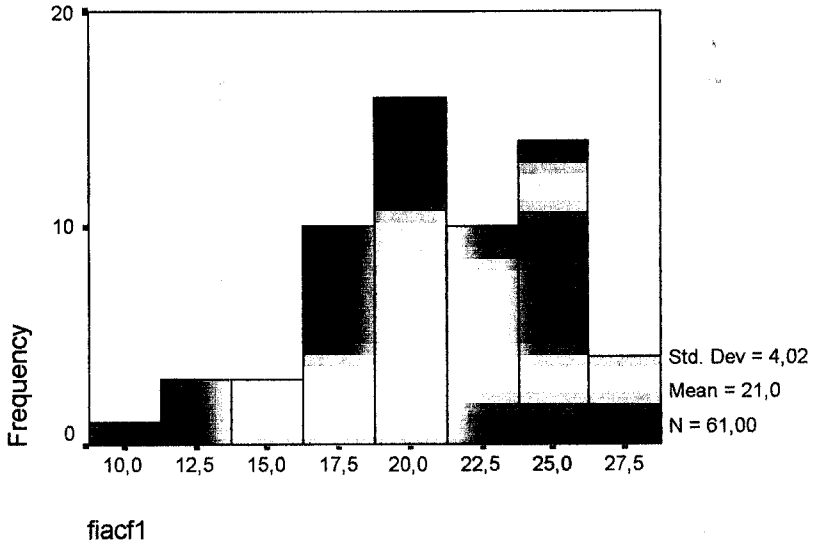
Estas observações fazem supor que as mulheres mastectomizadas dos Açores têm tendência para se percepcionarem como causando má impressão física nos outros.

No histograma 4.2, relativo à população de Vila Nova de Gaia, a média coincide com o valor central do factor. Como o desvio-padrão é menor, os dados estão menos dispersos e mais centrados em relação à média.

Quanto ao factor 2, relativo ao contacto dos olhos, observa-se na tabela 4.5 que a média é idêntica, nas duas regiões, com o valor de 7,6.

Histograma 4.2 - Boa/má impressão física

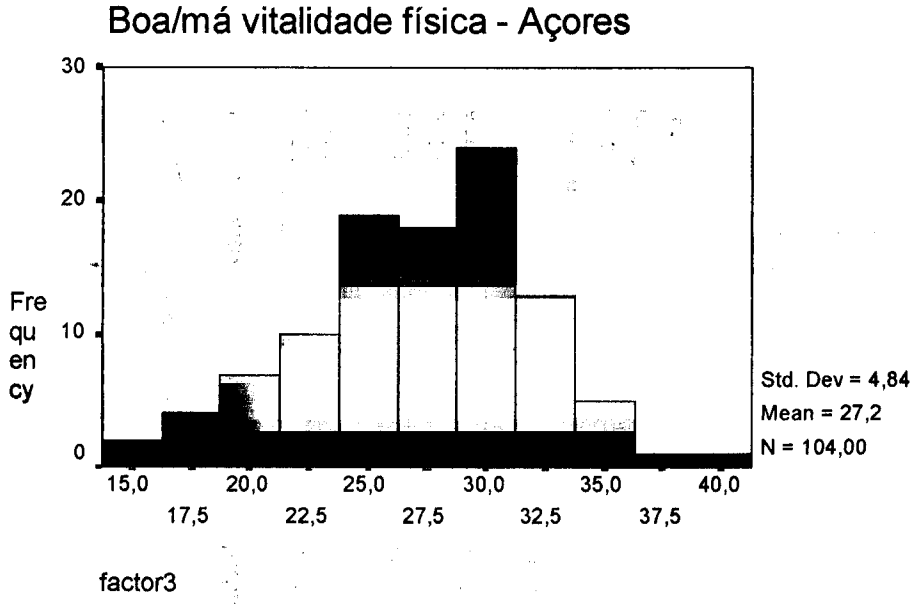
Vila Nova de Gaia



Relativamente ao factor 3, que expressa a boa ou má vitalidade física, os histogramas 4.3 e 4.4 apresentam a distribuição das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas nas duas regiões. Nota-se que a distribuição é idêntica, sendo os valores das mulheres açorianas mais elevados. A média nos Açores é de 27,19 e em Vila Nova de Gaia de 25,7. A tendência nas duas populações apresenta uma boa vitalidade física, pois que, as duas médias localizam-se à direita do valor central do factor, que é de 24.

Quanto ao factor 4, relativo ao comportamento não verbal, conforme a tabela 4.5, verifica-se que as médias não divergem muito, sendo mais elevada nos Açores com 15,9 (para N = 104) e 14,5 (para N = 61) em Vila Nova de Gaia.

Histograma 4.3



Histograma 4.4

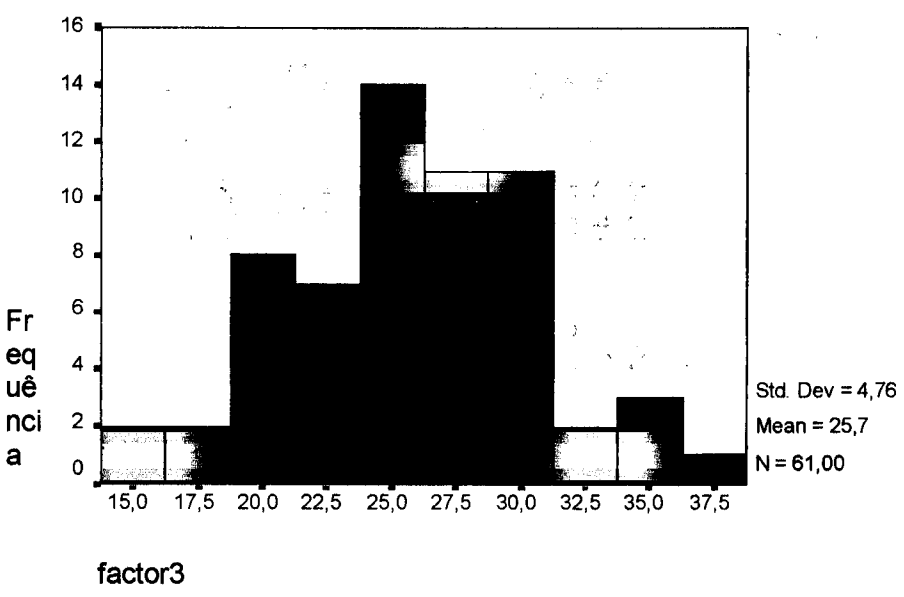


Tabela 3.5 - Autoconceito físico, social, respectivos factores e regiões

Residência / Autoconceito	Açores N = 104		Vila Nova de Gaia N = 61		Total N = 165	
	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão
TIACF	130, 98	14,53	131,36	12,4	131,12	13,74
fiacf1	18,8	5,08	20,96	4,02	19,6	4,82
fiacf2	7,64	2,25	7,59	2,44	7,62	2,32
fiacf3	27,19	4,83	25,65	4,76	26,62	4,85
fiacf4	15,94	3,04	14,5	3,21	15,41	3,17
fiacf6	9,16	2,25	9,29	2,44	9,21	2,32
TICAC	74,46	10,59	73,37	7,96	74,06	9,69
ficacum	17,96	3,24	18,21	2,89	18,05	3,11
ficac2	17,81	3,46	16,72	3,49	17,41	3,5
ficac3	15,15	2,88	15,31	3,7	15,21	2,61
factor4	11,46	2,22	11,83	1,51	11,6	1,99

Legenda:

TIACF - total inventário autoconceito físico
fiacf1 - factor 1
fiacf2 - factor 2
fiacf3 - factor 3
fiacf4 - factor 4
fiacf6 - factor 6

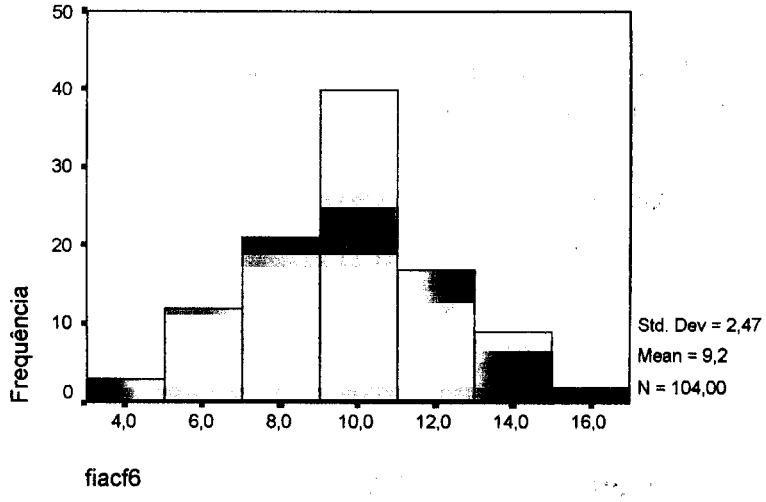
TICAC - Total inventário clínico autoconceito
ficacum - factor 1
ficac2 - factor2
ficac3 - factor 3

Relativamente ao factor 6, que traduz insatisfação ou satisfação sexual, nos histogramas 4.5 e 4.6 observa-se a distribuição das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas em cada uma das regiões.

Nos Açores (para N = 104), o intervalo com o ponto médio 10 é o que tem mais casos. A média é de 9,2, idêntica à média da totalidade da população (N = 165, média = 9,2) e à de Vila Nova de Gaia (N = 61; média = 9,3). A média dos Açores é ligeiramente mais baixa, havendo uma maior dispersão das pontuações em Gaia (dp = 2,95).

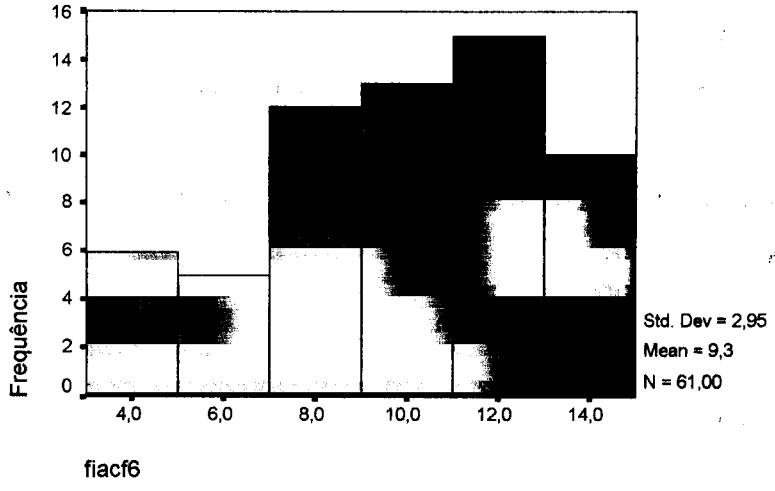
Histograma 4.5

Satisfação/insatisfação sexual das Açoreanas



Histograma 4.6

Satisfação/insatisfação sexual - V.N. Gaia



Relativamente aos aspectos do autoconceito social e emocional, conforme a tabela 3.5, observa-se que a média das pontuações obtidas pelas mulheres mastectomizadas é semelhante nos Açores (N = 104, Média = 74,5) e em Vila Nova de Gaia (N = 61, Média = 73,4), sendo ligeiramente mais elevada nos Açores.

As médias dos factores do autoconceito social mantêm-se sem grandes alterações nas duas regiões, assim como os desvios padrão (tabela 3.5).

Foi testada a hipótese (teste de Mann-Whitney U) de que «As mulheres dos Açores têm o autoconceito físico e o autoconceito social mais elevado do que as de Vila Nova de Gaia». Os resultados do teste estão ilustrados no quadro 3.11, resultando que a população dos Açores tem médias ordinais ligeiramente mais elevadas do que a de Gaia, tanto no autoconceito físico como no social.

Quadro 3.11 – Resultados do teste de Mann – Whitney U – autoconceito físico e social em função das regiões

Autoconceito	Açores (N = 104) X ordinal	V. N. Gaia (N = 61) X ordinal	X^2	P
TIACF	83,56	82,05	0,502	>0,05
TICAC	84,91	79,75	0,845	>0,05

No entanto, os valores de X^2 apresentados não são significativos para α = 0,05. Os resultados significam que não há evidência estatística de que tanto o autoconceito físico como o social apresentem diferenças significativas entre as mulheres dos Açores e de Vila Nova de Gaia, aceitando-se a hipótese nula.

3.1.5 – Relação do autoconceito físico e do autoconceito social com os grupos etários

A tabela 3.6 mostra as médias e desvios-padrão obtidos, tanto para o autoconceito físico total, como para o autoconceito social e emocional, assim como

as médias do total dos «itens» de cada factor, nos seis grupos etários, que constituem a população em estudo.

De notar que a média mais baixa (127,8) do autoconceito físico corresponde ao período etário dos 60 aos 69 anos (N= 41). Ao grupo etário, que apresenta a média mais elevada (135,7), é o dos 50 aos 59 anos (N = 41), seguido do período dos 40 aos 49 anos, com a média de 131,1 (N = 30), tendo o período etário dos 30 aos 39 anos (N = 6) média mais baixa (129,3) do que aquele.

O factor 1, que é o mais importante (Vaz Serra, 1988) e que revela a boa ou má impressão física causada nos outros, apresenta a média mais baixa (18,7) no período etário dos 80 aos 89 anos, como se pode ver na tabela 3.6. As médias mais elevadas (21 e 20,3) correspondem aos períodos dos 30 aos 39 e dos 60 aos 69 anos, seguidos do período dos 40 aos 49 anos com a média de 19,8.

O factor 2 que revela a facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos, apresenta a média mais elevada (8,4) no grupo dos 50 aos 59 anos. O grupo etário que apresenta a média mais baixa (6,9) é o dos 60 aos 69 anos.

Quanto ao factor 3, que corresponde à vitalidade física, observa-se que a média mais elevada (28,4) é a relativa ao grupo etário dos 50 aos 59 anos e a mais baixa (24,71) é referente ao grupo dos 80 aos 89 anos.

No factor 4, relativo ao comportamento não verbal, as médias mais elevadas são as dos períodos etários dos 70/79 e 80/89 anos e são respectivamente 16,1 e 16,5. Os grupos etários, que apresentam médias mais baixas, são o dos 60 a 69 com a média de 13,8 e o dos 30 aos 39 com a média de 14,3.

O factor 6, que corresponde à satisfação/insatisfação sexual, apresenta a média mais baixa (7,8) no grupo etário dos 80 aos 89 e a mais elevada (11,3) no período dos 30 aos 39 anos.

No que se refere ao autoconceito social e emocional, conforme a mesma tabela, verifica-se que a média mais alta (77) corresponde ao grupo etário dos 50 aos 59 anos, tal como no autoconceito físico. O grupo etário, com média mais baixa (67,9), é o dos 80 aos 89 anos.

Relativamente ao factor 1, de aceitação/rejeição, o período etário com média mais elevada (18,8) é o dos 50 aos 59, seguido do grupo etário dos 70 aos 79, com média de 18,4. O grupo etário com média mais baixa (17,1) é o dos 80 aos 89 anos.

No factor 2, ou de auto-eficácia o grupo etário com média mais elevada (18,5), é novamente o dos 50 aos 59 anos, seguido do grupo dos 40 aos 49, com a

Tabela 3.6 - Autoconceito físico, social, respectivos factores e grupos etários

Grupos etários / Autoconceito	(30 - 39) N = 6		(40 - 49) N = 30		(50 - 59) N = 41		(60 - 69) N = 41		(70 - 79) N = 32		(80 - 89) N = 14		N/respondeu N = 1		Total N = 165	
	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão
TIACF	129,33	11,48	131,06	14,47	135,78	13,95	127,82	14,92	130,78	10,46	128,14	14,13	140	0	131,12	13,74
fiacf1	21	4,14	19,83	5,06	19,78	4,81	20,31	4,79	18,65	4,76	18,07	5,06	20	0	19,6	4,82
fiacf2	7	2,19	7,9	2,09	8,36	2,09	6,9	2,21	7,71	2,71	7,07	2,49	7	0	7,62	2,32
fiacf3	25	2,44	26,2	5,18	28,39	4,62	25,8	5,28	26,81	4,13	24,71	4,77	31	0	26,62	4,85
fiacf4	14,33	1,96	15,83	3,01	15,85	3,3	13,8	3,17	16,12	2,91	16,5	2,68	19	0	15,41	3,17
fiacf6	11,33	3,26	9,1	2,79	9,58	2,68	8.80	2,69	9,59	1,93	7,78	2,83	9	0	9,21	2,64
TICAC	74,66	9,04	75,16	9,3	77	9,53	72,12	11,25	74,15	7,19	67,92	9,13	79	0	74,06	9.69
FICACUM	17,83	1,83	17,8	3,28	18,82	3,26	17,51	3,34	18,43	2,57	17,14	3,13	18	0	18,05	3,11
FICAC2	17,83	4,44	18	3,99	18,51	3,15	16,7	3,76	16,93	2,89	15,64	2,49	21	0	17,41	3,5
FICAC3	15,83	2,4	15,56	2,67	15,65	2,88	15,02	2,78	15,06	1,93	13,78	2,42	15	0	15,21	2,61
FACTOR 4	11	2,19	12,06	1,41	11,92	1,99	11,43	2,2	11,62	1,91	10,28	2,26	12	0	11,6	1,99

TIACF - total inventário autoconceito físico
fiacf1 - factor 1
fiacf2 - factor 2
fiacf3 - factor 3
fiacf4 - factor 4
fiacf6 - factor 6

TICAC - total inventário clínico autoconceito
FICACUM - factor 1
FICAC2 - factor 2
FICAC3 - factor 3

média de 18. O grupo etário que apresenta média mais baixa (15,6) é o dos 80 aos 89 anos, tal como no factor aceitação/rejeição.

Quanto ao factor 3, relativo à maturidade psicológica, verifica-se que o grupo etário que apresenta a média mais elevada (15,8) é o dos 30 aos 39 anos, seguido do grupo dos 50 aos 59 anos. O grupo etário, que apresenta a média mais baixa (13,8), é novamente o dos 80 aos 89 anos.

No factor 4 ou da impulsividade/actividade, o grupo etário que apresenta a média mais elevada (12,1) é o dos 40 aos 49 anos, seguido do grupo dos 50 aos 59 anos, com a média de 11,9. O grupo etário, que apresenta a média mais baixa (10,3), corresponde ao grupo dos 80 aos 89 anos.

Foi testada a hipótese de «existirem diferenças significativas, do autoconceito físico e do social entre as mulheres submetidas a mastectomia nos diferentes grupos etários». Os resultados da análise de variância por postos: H de Kruskal-Wallis, estão ilustrados no quadro 3.12 e verifica-se que a média ordinal não é semelhante, notando-se uma diferença significativa (100,04) do autoconceito físico, no grupo etário dos 50 aos 59 anos. Este mesmo grupo apresenta, no autoconceito social, a média ordinal mais alta (96,80). Os resultados do teste revelam que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e o social das mulheres sujeitas a mastectomia sejam influenciados pelo período etário em que se encontram ($p > 0,05$), pelo que não se rejeita a hipótese nula.

Quadro 3.12 – Teste H de Kruskal–Wallis relativo ao autoconceito físico e ao autoconceito social em função da idade

AC	30 – 39 n = 6 X ordinal	40 – 49 n = 30 X ordinal	50 – 59 n = 41 X ordinal	60 – 69 n = 41 X ordinal	70 – 79 n = 32 X ordinal	80 – 89 n = 14 X ordinal	X^2 p
TIACF	75,25	80,08	100,04	70,32	82,05	76,69	8,769>.05
TICAC	86,08	86,53	96,80	74,62	82,22	54,14	10,108 >.05

3.1.6 – Autoconceito físico e autoconceito social segundo o ano de realização da mastectomia

A tabela 3.7 mostra as médias e desvios-padrão obtidos, tanto para o autoconceito físico total como para o autoconceito social e emocional, assim como as médias do total dos «itens» de cada factor nos três anos (1996, 1997 e 1998).

De notar que a média mais baixa (129,7) do autoconceito físico corresponde ao grupo de mulheres que realizaram a mastectomia em 1996 (N = 41), isto é, três anos antes da realização do estudo. As médias do autoconceito, em 1997 e 1998, são idênticas (131,4 e 131,9) e correspondem respectivamente às mulheres que realizaram a mastectomia dois anos e um ano antes da colheita de dados (1999).

O factor 1, que revela a boa ou má impressão física causada nos outros, apresenta também médias semelhantes, sendo a mais baixa (19,1) relativa ao ano 1998 (um ano de mastectomia).

O factor 2, que revela a facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos, apresenta a média mais baixa (6,7), precisamente em 1996 (três anos de mastectomia).

Quanto ao factor 3, que corresponde à vitalidade física, observa-se que a média mais baixa (26,4) é relativa ao ano 1997 (dois anos de mastectomia), não havendo, no entanto, grandes diferenças nas médias.

No factor 4, relativo ao comportamento não verbal, não há grandes diferenças nas médias.

O factor 6, que corresponde à satisfação/insatisfação sexual, apresenta a média mais baixa (8,9), no ano de 1996 (mastectomia de três anos). Os desvios-padrão também, revelam semelhanças nos diferentes factores.

Quanto ao autoconceito social e emocional, a mesma tabela mostra as suas médias e desvios-padrão, bem como dos factores nos três anos. De notar que a média mais baixa (73,9) corresponde ao ano de 1997 (dois anos de mastectomia). As médias dos outros dois anos (1996 e 1998) são semelhantes (74,3 e 74). As médias dos factores do autoconceito social mantêm-se sem grandes alterações ao longo dos três anos, o mesmo acontecendo com os desvios-padrão.

Tabela 3.7 - Autoconceito físico, social, respectivos factores e ano de realização da mastectomia

Anos / Autoconceito	1996 N = 41		1997 N = 65		1998 N = 59		Total N = 165	
	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão
TIACF	129,68	15,37	131,35	14,43	131,86	11,8	131,12	13,74
fiacf1	20,07	4,69	19,73	5,36	19,13	4,28	19,06	4,82
fiacf2	6,65	2,52	7,63	2,19	8,28	2,1	7,62	2,32
fiacf3	27,17	5,7	26,38	4,68	26,5	4,42	26,62	4,85
fiacf4	15,21	3,11	15,03	3,57	15,96	2,69	15,41	3,17
fiacf6	8,85	3,16	9,6	2,52	9,03	2,37	9,21	2,64
TICAC	74,34	12,5	73,93	8,22	74	9,12	74,06	9,69
FICACUM	17,78	3,99	18,18	2,62	18,1	2,95	18,05	3,11
FICAC2	17.51	4,2	17,43	3,54	17,32	2,92	17,41	3,5
FICAC3	15,68	3,4	15	2,13	15,11	2,45	15,21	2,61
FACTOR 4	11,63	2,27	11,61	1,6	11,55	2,19	11,6	1,99

TIACF- total inventário autoconceito físico
fiacf1- factor1
fiacf2 - factor 2
fiacf3 - factor 3
fiacf4 - factor 4
fiacf6 - factor 6

TICAC - total inventário clínico autoconceito
ficacum - factor 1
ficac2 - factor 2
ficac3 - factor 3
factor4

Para se saber da existência de diferenças significativas de autoconceito entre os três grupos de mulheres, utilizou-se novamente a análise de variância por postos: H de Kruskal – Wallis. Os resultados estão ilustrados no quadro 3.13 e revelam que as médias ordinais são semelhantes para os três grupos quer no autoconceito físico, quer no social. No entanto, a média ordinal que se distancia mais das outras é a de 76,55 (a mais baixa) relativa ao grupo de mulheres que tinham realizado a mastectomia há três anos.

Quadro 3.13 – Teste H de Kruskal – Wallis relativo ao autoconceito físico e autoconceito social em função do ano de realização da mastectomia

AC	1996 n = 41 X ordinal	1997 n = 65 X ordinal	1998 n = 59 X ordinal	X^2	P
TIACF	76,55	85,62	84,60	1,009	> 0,05
TICAC	87,20	81,93	81,26	0,427	> 0,05

TIACF – total inventário autoconceito físico

TICAC – total inventário clínico autoconceito

De acordo com os resultados apresentados no X^2 e para $\alpha = 0,05$ não se rejeita a hipótese nula. Regista-se que não há evidência estatística que permita concluir que o autobconceito físico e social seja influenciado pelo tempo decorrido entre a realização das mastectomias e os anos subsequentes.

3.1.7 – Associação do autoconceito físico e do social com os respectivos factores

Conforme definido no quadro de referência, a mastectomia poderá ser considerada como uma mutilação física, que influenciará negativa ou positivamente a percepção que a mulher tem de si própria, quer nos aspectos físicos, quer nos aspectos sociais e emocionais. A partir deste pressuposto, foram definidas várias hipóteses de associação entre o autoconceito e as suas diferentes dimensões.

Para determinar o grau de associação entre as dimensões, aplicou-se o coeficiente de correlação de postos de Spearman (r_s).

Relação entre autoconceito físico e os respectivos factores

O quadro 3.14 mostra as correlações obtidas entre a nota global do autoconceito físico (TIACF) e os valores globais de cada um dos factores seus constituintes. Conforme se pode depreender das correlações assinaladas no referido quadro, os valores obtidos para as 165 mulheres da amostra atingem todos um nível estatístico altamente significativo ($p < 0,001$). Nota-se que as correlações mais elevadas referem-se às associações: autoconceito físico positivo e a boa vitalidade física (TIACF x fiacf3 = 0,635), autoconceito físico negativo com a má impressão física (TIACF x fiacf1 = 0,565) e autoconceito físico positivo com a satisfação sexual (TIACF x fiacf6 = 0,448). Os resultados, apresentados no referido quadro, parecem querer indicar que um autoconceito físico negativo está associado a uma má impressão física causada nos outros e a uma resposta não verbal, enquanto que o autoconceito físico positivo está associado à facilidade no contacto dos olhos, a uma boa vitalidade física e à satisfação sexual.

Relação entre impressão física e sexualidade

O mesmo quadro revela a correlação encontrada entre o somatório do factor 1 e o factor 6 (fiacf1 x fiacf6 = 0,220). Há uma correlação positiva altamente significativa ($p < 0,001$). Este resultado parece querer indicar que a boa impressão física está associada à satisfação sexual.

Relação entre vitalidade física e sexualidade

O quadro 3.14 revela que a correlação encontrada entre o factor 3 e o factor 6 (fiacf3 x fiacf6 = 0,305) é positiva e fraca, mas altamente significativa ($p < 0,001$), admitindo-se assim que as mulheres mastectomizadas com má vitalidade física parecem apresentar insatisfação sexual, sendo o inverso igualmente verdadeiro.

Relação entre o autoconceito social e os respectivos factores

O quadro 3.14 revela as correlações obtidas entre a nota global do autoconceito social (TICAC) e os valores globais de cada um dos factores seus constituintes. Conforme se pode depreender das correlações assinaladas, no referido quadro, os valores obtidos para os 165 elementos da amostra atingem todos um nível estatístico de uma correlação positiva altamente significativa para valores de $p < 0,001$.

Quadro 3.14 – Correlações do autoconceito físico e social com os respectivos factores

VARIÁVEIS	N	r_s	P
TIACF x Fiacf1	165	0,565	0,000
TIACF x Fiacf2	165	0,283	0,000
TIACF x Fiacf3	165	0,635	0,000
TIACF x Fiacf4	165	0,399	0,000
TIACF x Fiacf6	165	0,448	0,000
Fiacf1 x Fiacf6	165	0,220	0,004
Fiacf3 x Fiacf6	165	0,305	0,000
TICAC x Ficac1	165	0,684	0,000
TICAC x Ficac2	165	0,761	0,000
TICAC x Ficac3	165	0,702	0,000
TICAC x Ficac4	165	0,686	0,000
Ficac1 x Ficac2	165	0,285	0,000
TIACF x TICAC	165	0,529	0,000

Nota: Todos os valores são altamente significativos ($p < 0,001$)

As correlações mais elevadas referem-se à associação do autoconceito social com a auto-eficácia (TICAC x Ficac2 = 0,761) e à do autoconceito social com a maturidade psicológica (TICAC x Ficac3 = 0,702). Os resultados apresentados no quadro parecem querer indicar que um autoconceito social positivo está associado a comportamentos de aceitação social, de auto-eficácia, de maturidade psicológica e de actividade.

Relação entre aceitação/rejeição e a auto-eficácia

O mesmo quadro revela que a correlação encontrada entre o somatório do factor 1 e o do factor 2 (ficac1 x ficac2 = 0,285), é positiva e fraca, altamente significativa ($p < 0,001$). Admite-se que as mulheres com a percepção de se sentirem aceites pelos outros tendem a ser auto-eficazes.

Relação entre autoconceito físico e autoconceito social

A correlação obtida entre a nota global do autoconceito físico e a do autoconceito social é positiva e forte (TIACF x TICAC = 0,529), e altamente significativa ($p < 0,001$). Depreende-se que as mulheres com autoconceito físico negativo tendem a ter aspectos do autoconceito social e emocional negativo e vice-versa.

Admite-se, assim, que as hipóteses alternativas definidas foram aceites e as hipóteses nulas rejeitadas.

3.2 – DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA MAMA/ MASTECTOMIA

Neste sub-capítulo abordam-se as características gerais da população em estudo relativa ao ano 2000. Seguidamente, procede-se à análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos sobre o autoconceito físico, social e emocional.

3.2.1 – Caracterização da população

No quadro 3.15, observa-se a distribuição numérica da população de sexo feminino em idades a partir dos quinze anos, residente na Região Autónoma dos Açores e em Vila Nova de Gaia e a percentagem de mulheres com diagnóstico de

cancro da mama, que foram internadas em serviços de cirurgia, desde 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2000.

O número de mulheres internadas nos serviços de cirurgia dos três hospitais centrais da Região Autónoma dos Açores foi de quarenta e duas (42) e em Vila Nova de Gaia de quarenta e três (43), perfazendo um total de oitenta e cinco (85) mulheres.

Quadro 3.15 – Distribuição numérica do sexo feminino residente nas duas regiões e o número de mulheres com diagnóstico de cancro da mama internadas durante o ano 2000

REGIÕES	MULHERES ≥ 15 ANOS	DIAGNÓSTICO DE CANCRO
AÇORES	97320[136]	42
VILA NOVA DE GAIA	94452[137]	43
TOTAL	192072	85

Pelos resultados do quadro 3.16 verifica-se que das quarenta e duas mulheres provenientes dos Açores trinta e cinco (35), isto é, 83,33%, participaram no estudo.

Em Vila Nova de Gaia, das quarenta e três (43) iniciais, responderam às escalas trinta e nove (39), isto é, 90,69%.

Sete (7) mulheres (8,23%) não responderam às escalas por incapacidade (confusão e desorientação, doença mental e surda – muda). Apenas duas (2,35%) recusaram preencher as escalas (naturais de Vila Nova de Gaia).

As escalas foram analisadas com o objectivo de identificar possíveis erros no seu preenchimento, tendo sido inutilizada uma das escalas por estar incorrectamente preenchida (vários itens em branco).

---

[136] Fonte: INE, Estimativa de 1998 da população feminina residente na Região Autónoma dos Açores

[137] Censo de 1991 – Concelho de Vila Nova de Gaia

Quadro 3.16- Resultados da aplicação das escalas de autoconceito nos Açores e em Vila Nova de Gaia

Aplicação escalas / Regiões	População inicial	Recusas		Incapacidades*		Escalas inutilizadas		Não realizou mastectomia*		População/estudada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Açores	42	0	0	6	14,28	1	2,38	0	0	35	83,33
Vila Nova de Gaia	43	2	4.65	1	2,32	0	0	1	2,32	39	90,69
TOTAL	85	2	4,65	7	8,23	1	1,17	1	1,17	74	87,05

* Foi internada para realizar mastectomia, mas o diagnóstico foi de mastopatia fibrosa
* Confusão , desorientação, AVC, Doença mental e surda-muda

ICBAS

Verificaram-se falhas nas respostas relativamente às variáveis demográficas, sendo as falhas mais acentuadas nas respostas das mulheres de Vila Nova de Gaia e como não havia, nestes casos, a identificação da inquirida não foi possível colmatar estas falhas.

No presente sub-capítulo, pretende-se proporcionar uma visão das características das mulheres com diagnóstico de cancro da mama internadas nos serviços de cirurgia para serem submetidas a mastectomia.

Idade

Pela tabela 3.8, observa-se que o grupo etário com mais casos é o dos 50 aos 59 anos com a percentagem de 25,7%, seguido pelo grupo dos 70 aos 79 anos, com 23%. Relativamente aos Açores, o maior número de casos situa-se no grupo dos 70 aos 79, com 14,86%, enquanto que em Vila Nova de Gaia se situa no grupo dos 50 aos 59 anos, com 16,2%. Em Vila Nova de Gaia, os casos de cancro da mama surgem nas décadas dos 20 e 30 anos, enquanto que nos Açores os casos surgiram na década dos 40. Verifica-se que sete inquiridas não responderam na categoria idade, representando 9,5% do total da população estudada. A média de idades nos Açores é de 62,44, mais alta do que em Vila Nova de Gaia (54,30), estando de acordo com o maior número de casos no grupo dos 70-79 anos e é mais elevada do que a média do total da população (58,43). O desvio-padrão (13,87) de Vila Nova de Gaia é superior ao dos Açores (12,80), pois a amplitude de variação é também maior.

Estado civil

Relativamente a esta variável, eliminaram-se as categorias «separada e junta», por se verificar não haver respostas nestas duas categorias. Analisam-se as restantes na tabela 3.8.

No total da população em estudo, o maior número de casos situa-se no grupo das casadas com 56,8%, seguindo-se o grupo das viúvas com 17,6% e as solteiras com apenas 10,8%.

Verifica-se que tanto nos Açores como em Vila Nova de Gaia predominam as casadas, respectivamente com 24,3% e 32,4% do total dos casos, havendo mais

Tabela 3.8 - Características das mulheres com diagnóstico de cancro da mama (Açores e Vila Nova de Gaia)

Regiões / Características	Açores (N = 35)		Vila Nova de Gaia (N = 39)		Total (N = 74)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupos etários						
20 - 29	0	0	1	1,4	1	1,4
30 - 39	0	0	4	5,4	4	5,4
40 - 49	7	9,5	6	8,1	13	17,6
50 - 59	7	9,5	12	16,2	19	25,7
60 - 69	8	10,81	4	5,4	12	16,2
70 - 79	11	14,86	6	8,1	17	23
80 - 89	1	1,4	0	0	1	1,4
Não responderam	1	1,4	6	8,1	7	9,5
Média	62,4		54,3		58,43	
Desvio padrão	12,8		13,8		13,8	
Estado civil						
Solteiras	5	6,8	3	4,1	8	10,8
Casadas	18	24,3	24	32,4	42	56,8
Viúvas	10	13,5	3	4,1	13	17,6
Divorciadas	0	0	5	6,8	5	6,8
Não responderam	2	2,7	4	5,4	6	8,1
Habilitações literárias						
Sem instrução	8	10,8	3	4,1	11	14,9
Primária	24	32,4	14	18,9	38	51,4
Preparatório	0	0	7	9,5	7	9,5
Secundário	1	1,4	5	6,8	6	8,1
Superior	0	0	1	1,4	1	1,4
Não responderam	2	2,7	9	12,2	11	14,9
Profissão						
Domésticas	26	35,1	16	21,6	42	56,8
Administrativas	0	0	6	8,1	6	8,1
Comerciantes	2	2,7	3	4,1	5	6,8
Professoras 1º ciclo	0	0	1	1,4	1	1,4
Costureiras	0	0	1	1,4	1	1,4
Empregadas fabris	0	0	3	4,1	3	4,1
Reformadas	5	6,8	6	8,1	11	14,9
Inválidas	1	1,4	0	0	1	1,4
Não responderam	1	1,4	3	4,1	4	5,4

viúvas nos Açores (13,5%) do que em Vila Nova de Gaia (4,1%) e não se registando divorciadas na Região Açores. Com efeito, 8,1% das mulheres não responderam nesta categoria.

Habilitações literárias

Relativamente a esta variável a categoria «Médio» foi substituída pela categoria «Superior». Na tabela 3.8, descreve-se a amostra em função das habilitações literárias e segundo a residência. Verificando-se que no total das mulheres inquiridas prevalecem as que possuem a instrução primária com 51,4% do total. Nos Açores, a percentagem é mais elevada (32,4%) do que em Vila Nova de Gaia (18,9%).

Seguem-se as mulheres sem instrução com 14,9%, continuando os Açores (10,8%) com percentagens mais elevadas do que Vila Nova de Gaia (4,1%). A percentagem menor refere-se às mulheres com ensino superior. Não responderam a esta categoria 14,9% do total, notando-se a maior percentagem em Vila Nova de Gaia (12,2%).

Profissão

Relativamente à profissão, eliminaram-se as categorias «produtora agrícola» e «enfermeiras» por se verificar não haver respostas nestas duas categorias. Na tabela 3.8, verifica-se que as inquiridas se distribuem da seguinte forma: as domésticas são em maior número, quarenta e duas (42), isto é, 56,8% da população em estudo. Nos Açores, o número de domésticas é superior ao de Vila Nova de Gaia na relação de 35,1% para 21,6%, sendo de notar que a amostra dos Açores é inferior à de Vila Nova de Gaia. Seguem-se as reformadas com 6,8% nos Açores e 8,1% em Vila Nova de Gaia. Os valores mais baixos (1,4%) correspondem a professoras e costureiras em Vila Nova de Gaia e inválidas nos Açores. Não responderam a esta categoria 14,9% das inquiridas.

3.2.2 – Autoconceito físico

Relativamente às pontuações, obtidas pelas mulheres em estudo, o gráfico 3.13 ilustra a sua distribuição numérica, revelando que a maior frequência corresponde ao

grupo de vinte e quatro mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 120 e 129. Segue-se o grupo de catorze (14) mulheres com pontuações compreendidas entre 112 e 119.

No quadro 3.17, observam-se os valores extremos - 102, 103, 106, 109 e 112, que correspondem às pontuações mais baixas obtidas por cinco (5) inquiridas e os valores extremos mais altos que correspondem às pontuações 154, 155, 158, 163 e 172 obtidas igualmente por cinco (5) inquiridas. Por sua vez, no quadro 3.18, observa-se que a média das pontuações obtidas é de 130,17, o desvio-padrão de 14,27 e a amplitude de variação de 70 pontos. O desvio padrão mede o afastamento médio da população em relação à média. Quanto menos dispersos estiverem os dados relativamente à média menor será o desvio. Neste caso o desvio-padrão não é muito elevado.

Gráfico 3.13 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico

```
Frequência     caule & folha

    4,00        10 .  2369
   14,00        11 .  23346677888999
   24,00        12 .  011113334444555667778889
   12,00        13 .  000344678899
   12,00        14 .  000233344789
    6,00        15 .  001458
    1,00        16 .  3
    1,00 Extremos     (>=172)

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Para classificar o autoconceito das mulheres portadoras de cancro da mama observa-se a posição obtida por cada uma em relação à média do grupo, conforme explicitado na metodologia. Observando os valores representados no gráfico 3.13, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores a 130,17 se podem considerar com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores e correspondem a 39,18% do total da população. O autoconceito será tanto mais alto quanto mais se afastarem da média no sentido positivo. As restantes 60,82% apresentam valores abaixo da média, considerando-se que o autoconceito será tanto mais baixo quanto mais se afastarem da média no sentido negativo.

Quadro 3. 17 – Pontuações extremas obtidas no autoconceito físico (estudo 2000)

TOTAL	Número de caso	Pontuação
Pontuações extremas superiores		
1	**65**	**172,00**
2	**68**	**163,00**
3	**7**	**158,00**
4	**30**	**155,00**
5	**31**	**154,00**
Pontuações extremas inferiores		
1	**20**	**102,00**
2	**39**	**103,00**
3	**58**	**106,00**
4	**49**	**109,00**
5	**23**	**112,00**

Quadro 3.18 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito físico

Medidas	Valores
Média	130,17
Mediana	127,00
Desvio padrão	14,27
Amplitude de variação	70
Mínimo	102,00
Máximo	172,00

Foi calculado o «percentil» da distribuição das pontuações obtidas por cada inquirida e obtiveram-se os resultados que seguem.

Percentis	**5**	**10**	**25**	**50**	**75**
Pontuações	**108,25**	**113,5**	**119,75**	**127,00**	**140,00**

Para N = 74, significa que uma mulher com uma pontuação abaixo de 108,25 está no «percentil» 5, isto é, as outras 95% têm o autoconceito mais elevado. As mulheres com a pontuação de 113,5 estão no «percentil» 10 e terão o autoconceito mais elevado, do que aquelas, mas 90% do grupo tem o autoconceito ainda mais elevado. As mulheres com a pontuação de 140, 00 terão o autoconceito mais elevado do que as anteriores, mas 25% ainda poderão ter o seu autoconceito superior. A média do grupo (130,17) situa-se entre o «percentil» 50 e o 75. Confirmam-se os resultados apresentados no gráfico 4.13. Mais de 50% da população tem o autoconceito negativo.

Boa ou má impressão física

Como se pode observar pela tabela 3.9, as mulheres com diagnóstico de cancro da mama apresentam diferentes percepções de si próprias.

No «item» 2, que corresponde ao enunciado «*comparando-me com os outros considero que os meus dentes são esteticamente perfeitos*», os valores mais elevados correspondem a 27% das mulheres que «não concordam» com este «item». As respostas obtidas nas categorias «não concordo» e «concordo pouco» perfazem um total de 50%.

No «item» 3, que corresponde ao enunciado «*considero-me uma pessoa fisicamente atraente*», os valores mais elevados correspondem a 37,8% das mulheres que «concordam moderadamente» com este item. As respostas, obtidas nas categorias «não concordo» e «concordo pouco», perfazem um total de 51,3%. A maioria tende a percepcionar-se de forma negativa em relação a este «item», pois, apenas 10,8% estão de acordo.

Relativamente ao «item» treze (13), «*sob o ponto de vista físico causo uma boa impressão nas outras pessoas*», verifica-se que a maior percentagem (43,2%) se situa na categoria «concordo moderadamente». As respostas obtidas nas categorias «não

concordo» e «concordo pouco» perfazem o total de 25,7% e as restantes perfazem o total de 74,3% pelo que as respostas são de tendência positiva.

O «item» 23 relativo ao enunciado «*costumo causar boa impressão física nas outras pessoas*», idêntico ao anterior, apresenta também uma distribuição semelhante, pois que o maior número (36,5%) responde moderadamente. Salienta-se que 32,5% das mulheres se percepcionam como causando má impressão nos outros, já que 12,2% discordam e 20,3% concordam pouco. Mas, somando as categorias de tendência positiva, observa-se que 67,6% das mulheres se percepcionam positivamente em relação a este enunciado.

No «item» 34, que corresponde ao enunciado «*as pessoas de sexo oposto gostam do meu aspecto físico*», a percentagem mais elevada (45,9) corresponde às mulheres que responderam na categoria «concordo moderadamente», 17,6% e 16,2% das mulheres respectivamente, não concordam ou concordam pouco com o enunciado.

Relativamente ao enunciado «*no meu corpo uma das regiões que mais me satisfaz, pela impressão que determina nos outros, é a dos membros inferiores*» (item 38), observa-se na tabela 3.9 que 28,4% «concordam pouco» e 25,7% «não concordam», perfazendo o total de 54,1%. As respostas a este «item» são de tendência negativa.

No «item» 39, «*considero que tenho uma face perfeita*», a maior percentagem (43,2%), refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo moderadamente». Segue-se a percentagem de 17,6% para as que responderam na categoria «concordo muito».

Por outro lado, ao analisarem-se as pontuações obtidas pelas mulheres quanto à boa ou má impressão física causada nos outros, o gráfico 3.14 ilustra a sua distribuição numérica, observando-se que a maior frequência (28 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 15 e 19. Segue-se o grupo de 27 casos com pontuações compreendidas entre 20 e 24.

Tabela 3.9 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de autoconceito físico segundo os itens que integram a dimensão boa ou má impressão física - factor 1

b

Nível posicionamento / Itens	Não concorda		Concorda pouco		Concorda moderada.		Concorda muito		Concorda muitíssimo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Item 2 Comparando-me com os outros considero que os meus dentes são esticamente perfeitos	20	27	17	23	19	25,7	11	14,9	7	9,5	74	100
Item 3 Considero-me uma pessoa fisicamente atraente	14	18,9	24	32,4	28	37,8	4	5,4	4	5,4	74	100
Item 13 Sob o ponto de vista físico causo uma boa impressão nas outras pessoas	7	9,5	12	16,2	32	43,2	17	23	6	8,1	74	100
Item 23 Costumo causar boa impressão física nas outras pessoas	9	12,2	15	20,3	27	36,5	17	23	6	8,1	74	100
Item 34 As pessoas do sexo oposto gostam do meu aspecto físico	13	17,6	12	16,2	34	45,9	13	17,6	2	2,7	74	100
Item 38 No meu corpo uma das regiões que mais me satisfaz, pela impressão que determina nos outros, é a dos membros inferiores	19	25,7	21	28,4	20	27	10	13,5	4	5,4	74	100
Item 39 Considero que tenho uma face perfeita	12	16,2	12	16,2	32	43,2	13	17,6	5	6,8	74	100

Gráfico 3.14 – Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 - Boa ou má impressão física

```
 Frequência    caule &  folha

   12,00        1 .  000012223444
   28,00        1 .  55555555666677777888899999999
   27,00        2 .  000011111222222333333334444
    6,00        2 .  566899
    1,00        3 .  0

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.19, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão obtidas no factor 1. A média das pontuações obtidas é de 19,00 e o desvio-padrão de 4,79. Tendo em conta que as discrepâncias acima da média são consideradas positivas e as situadas abaixo da média são negativas (Levin, 1987) e observando os valores representados no gráfico 3.14, verifica-se que as mulheres com pontuações iguais ou superiores a 19 podem ter a percepção de causar boa impressão física nos outros e correspondem a 45,94% do total da população.

A boa impressão física será tanto melhor quanto mais se afastarem da média no sentido positivo. As restantes 54,06% apresentam valores abaixo da média, considerando-se que a má impressão física será tanto mais acentuada quanto mais se afastarem da média no sentido negativo.

Quadro 3.19 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor boa ou má impressão física – factor 1

Medidas	Valor
Média	**19**
Mediana	**19**
Desvio padrão	**4,79**
Amplitude de variação	**20**
Mínimo	**10**
Máximo	**30**

Facilidade/dificuldade no contacto dos olhos

Observando a tabela 3.10, relativa aos «itens» da dimensão «facilidade/dificuldade no contacto dos olhos», destacam-se as respostas na categoria «não concordo» quer no «item» 22 quer no 24, com 39,2% e 47,3% respectivamente. Seguem-se as respostas na categoria «concordo moderadamente» com 24,3% (item 22) e 21,6% (item 24). Como os «itens» estão enunciados na forma negativa as respostas são de tendência positiva.

A distribuição das pontuações obtidas pelas inquiridas, está ilustrada no gráfico 3.15. Observando-se que a maior frequência (24 casos) corresponde ao grupo de inquiridas que obtiveram a pontuação 10. Segue-se o grupo de 16 casos com a pontuação 6.

A média é de 7,72 e o desvio-padrão de 2,05 (Quadro 3.20), nota-se alguma dispersão dos dados em relação à média. Os valores obtidos abaixo da média podem traduzir dificuldade no contacto dos olhos que será tanto mais acentuado, quanto mais os valores se afastarem da média, verificando-se que existem 25 casos (33,78%) com pontuação abaixo da média. Nesta distribuição, o número de casos com valores acima da média é superior (49 casos – 66,22%). As respostas são de tendência positiva.

Gráfico 3.15 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 - Facilidade/dificuldade no contacto dos olhos

```
Frequência     caule &  folha

     1,00        3 .  0
     6,00        4 .  000000
     2,00        5 .  00
    16,00        6 .  0000000000000000
     8,00        7 .  00000000
    10,00        8 .  0000000000
     7,00        9 .  0000000
    24,00       10 .  000000000000000000000000

Largura do caule: 1,00
Cada folha: 1 case(s)
```

Tabela 3.10 – Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de autoconceito físico, segundo os itens que integram a dimensão facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos – factor 2

Itens	Item 22*		Item 24*	
	Quando escuto alguém que se me dirige, custa-me olhá-lo bem nos olhos		Quando falo com outra pessoa, custa-me olhá-la bem nos olhos	
Nível de posicionamento	Nº	%	Nº	%
Não concorda	29	39,2	35	47,3
Concorda pouco	15	20,3	15	20,3
Concorda moderadamente	18	24,3	16	21,6
Concorda muito	10	13,5	6	8,1
Concorda muitíssimo	2	2,7	2	2,7
Total	74	100	74	100

***itens negativos**

Quadro 3.20 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor facilidade /dificuldade no contacto dos olhos – factor 2

Medidas	Valores
Média	7,72
Mediana	8,00
Desvio padrão	2,05
Mínimo	3
Máximo	10
Amplitude de variação	7

Vitalidade física

Pela tabela 3.11, no «item» 1 «*de modo geral posso dizer, que ao longo da vida, sempre fui um indivíduo com vitalidade*», 33,8% das inquiridas responderam na categoria «concordo muito» e 28,4% na categoria «concordo muitíssimo».

No «item» 9 «*durante a minha vida sempre me considerei uma pessoa com força*», a maior percentagem (40,5%), refere-se às inquiridas que responderam na categoria «concordo muitíssimo», seguida da percentagem de 33,8 das que responderam na categoria «concordo muito».

Relativamente ao enunciado «*considero-me de modo geral, uma pessoa com energia*» (item 15), observa-se na mesma tabela que 36,5% das inquiridas responderam na categoria «concordo muito» e 27% na categoria «concordo muitíssimo», perfazendo o total de 63,5%.

Quanto ao «item» 27, «*considero-me uma pessoa com vivacidade*», verifica-se que a maior frequência (32,4%), corresponde às inquiridas que responderam na categoria «concordo muito».

No «item» 28, «*na comparação com os outros posso dizer que sou rápida a fazer as coisa*», a maior percentagem (32,4%) refere-se às inquiridas que responderam na categoria «concordo moderadamente»; 29,7% responderam na categoria «concordo muito» e 21,6% responderam na categoria «concordo muitíssimo».

Relativamente ao enunciado «*quando me comparo com os outros reconheço que sou lenta a fazer o que tenho para fazer*» (item 30), verifica-se que 47,3% das inquiridas responderam na categoria «não concordo» e 14,97% responderam na categoria «concordo pouco». A maioria das inquiridas não se reconhecem como sendo lentas no desempenho das suas tarefas, pois que 62,27% discordam ou concordam pouco com o enunciado.

No «item» 32 «*em comparação com os outros posso dizer que sou uma pessoa de reflexos rápidos*», a maior percentagem (43,2%), refere-se às inquiridas que responderam na categoria «concordo moderadamente». Segue-se a percentagem de 24,3% das que responderam na categoria «concordo muito».

No «item» 33, «*tenho usualmente um caminhar decidido*», a maior percentagem (37,8%) refere-se ás inquiridas que responderam na categoria

Tabela 3.11 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas, no Inventário de Autoconceito Físico, segundo os itens que integram o factor boa ou má vitalidade física - factor 3

Nível de posicionamento / Itens	Não concordo		Concorda pouco		Concorda moderadamente		Concorda muito		Concorda muitíssimo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Item 1 De modo geral posso dizer, que ao longo da vida, sempre fui um indivíduo com vitalid.	2	2'7	4	5,4	22	29,7	25	33,8	21	28,4	74	100
item 9 Durante a minha vida sempre me considerei uma pessoa com força	1	1,4	3	4,1	15	20,3	25	33,8	30	40,5	74	100
Item 15 Considero-me, de modo geral, uma pessoa com energia	2	2,7	6	8,1	19	25,7	27	36,5	20	27	74	100
Item 27 Considero-me uma pessoa com vivacidade	4	5,4	6	8,1	23	31,1	24	32,4	17	23	74	100
Item 28 Na comparação com os outros posso dizer que sou rápida a fazer as coisas	7	9,5	5	6,8	24	32,4	22	29,7	16	21,6	74	100
Item 30 Quando me comparo com os outros reconheço que sou lenta a fazer o que tenho para fazer	35	47,3	11	14,97	20	27	6	8,1	2	2,7	74	100
Item 32 Em comparação com os outros posso dizer que sou uma pessoa de reflexos rápidos	10	13,5	7	9,5	32	43,2	18	24,3	7	9,5	74	100
Item 33 Tenho usualmente um caminhar decidido	6	8,1	7	9,5	28	37,8	24	32,4	9	12,2	74	100

«concordo moderadamente». Seguindo-se a percentagem de 32,4%, das que responderam na categoria «concordo muito».

Para confirmar estes resultados, observe-se o gráfico 3.16 sobre a distribuição de frequências absolutas das pontuações obtidas pelas inquiridas na vitalidade física. Verifica-se que a maior frequência (28 casos) corresponde ao grupo que obteve pontuações compreendidas entre 25 e 29, seguindo-se dois grupos de 17 inquiridas que obtiveram as pontuações de 20 a 24 e de 30 a 34 respectivamente.

Gráfico 3.16 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 – Boa ou má vitalidade física

```
Frequência     (Caule e folha)

    1,00 Extremos    (=<12)
    4,00         1 . 6888
   17,00         2 . 00001122223334444
   28,00         2 . 55555556777777777888899999
   17,00         3 . 00001112233334444
    7,00         3 . 5566677

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.21, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão. A média é de 27,16 e o desvio padrão de 5,41. Existe alguma dispersão dos valores em torno da média. Nesta distribuição, o número de casos com valores acima da média é de trinta e quatro (34), correspondendo a 45,95% da população. Significa que as mulheres com pontuações superiores à média têm boa vitalidade física, mas são em menor número do que as que têm má vitalidade física (54,05%).

Quadro 3.21 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor boa ou má vitalidade física – factor 3

Medidas	Valores
Média	27,16
Mediana	27
Desvio padrão	5,41
Amplitude de variação	25
Mínimo	12
Máximo	37

Comportamento não verbal

Os «itens» que constituem o factor 4 estão ilustrados na tabela 3.12 e dos valores apresentados destaca-se a percentagem de 44,6, relativa às inquiridas que discordam do «item» 25 - «*enrugo com frequência a testa ou outras regiões da minha face quando falo com os outros*». Segue-se o valor percentual de 36,5 relativo às respostas na categoria «não concordo» do «item» 17 - «*quando me comparo com os outros reconheço que tenho usualmente uma postura rígida*». No «item» 20 – *quando estou sentada, junto de outras pessoas, quase sempre me sinto tensa*», a maior percentagem (35,1) refere-se às inquiridas que responderam na categoria «concordo pouco». No mesmo «item», 33,8% responderam na categoria «não concordo». Relativamente ao «item» 16 - «*quando estou sentada perto de alguém, tenho necessidade de mudar frequentemente a posição do corpo*», a maior percentagem (32,4) refere-se às inquiridas que responderam na categoria «não concordo». De salientar que neste factor a tendência das respostas se encontra nas categorias «não concordo» e «concordo pouco».

Quanto às pontuações obtidas pelas inquiridas no factor, o gráfico 3.17 ilustra a sua distribuição, revelando que a maior frequência (42), corresponde ao grupo de inquiridas que obteve 15 a 19 pontos, seguindo-se o grupo de 26 inquiridas com a pontuação de 10 a 14.

No quadro 3.22, observa-se o desvio-padrão de 3,12 e a média de 14,9. Os valores obtidos abaixo da média podem traduzir do comportamento não verbal negativo, que será tanto mais baixo quanto mais se afastar da média. Pelo gráfico verifica-se que 46 casos (62,16%) da população apresentam pontuações acima da média.

Gráfico 3.17 - Distribuição numérica das pontuações obtidas inquiridas no factor 4 - Comportamento não verbal

```
Frequência    caule e folha
     2,00        0 .  88
    26,00        1 .  00000001111222223333333444
    42,00        1 .  55555555555556666666677777777888888899999
     4,00        2 .  0000
 Largura do caule: 10,00
 Cada folha:1 caso(s)
```

Tabela 3.12- Apreciação do nível posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico, segundo os itens que integram factor comportamento não verbal - factor 4

Itens / Nível de posicionamento	Item 16* Quando estou sentado perto de alguém, tenho necessidade de mudar frequentemente a posição do corpo		Item 17 * Quando me comparo com os outros reconheço que tenho usualmente uma postura rígida		Item 20* Quando estou sentada, junto de outras pessoas, quase sempre me sinto tensa		Item 25* Enrugo com frequência a testa ou outras regiões da minha face quando falo com os outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não concordo	24	32,4	27	36,5	25	33,8	33	44,6
Concordo pouco	14	18,9	14	18,9	26	35,1	16	21,6
Concordo moderadamente	19	25,7	16	21,6	13	17,6	15	20,3
Concordo muito	11	14,9	12	16,2	6	8,1	7	9,5
Concordo muitíssimo	6	8,1	5	6,8	4	5,4	3	4,1
Total	74	100	74	100	74	100	74	100

* - itens negativos

Quadro 3.22 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor comportamento não verbal – factor 4

Medidas	Valores
Média	14,89
Mediana	15
Desvio padrão	3,12
Amplitude de variação	12
Mínimo	8
Máximo	20

Insatisfação/Satisfação sexual

Os «itens» que constituem o factor estão ilustrados na tabela 3.13. No «item» seis (6) que corresponde ao enunciado «*gostava de ser sexualmente mais activa*», a maior percentagem corresponde a 29,7 % das inquiridas que responderam na categoria «não concordo», seguindo-se 24,3% das que responderam na categoria «concordo pouco». No entanto, 23% responderam que concordavam moderadamente.

No «item» 10, que corresponde ao enunciado «*acho que a minha vida sexual é gratificante*», a maior percentagem corresponde a 29,7% que respondeu na categoria «concordo moderadamente» e 23% na categoria «concordo muito».

No «item» 36 - «*sinto-me satisfeita com a vida sexual que tenho*», a maior percentagem (36,5%), refere-se às inquiridas que responderam na categoria «concordo moderadamente». Segue-se a percentagem de 29,7 para as que responderam na categoria «concordo muito».

Ao analisarem-se as pontuações obtidas pelas inquiridas quanto á satisfação/insatisfação sexual, conforme o gráfico 3.18, verifica-se que a maior frequência (28) corresponde ao grupo que obteve as pontuações 10 e 11. Segue-se o grupo de dezoito (18) casos com as pontuações 8 e 9.

Tabela 3.13 - Apreciação do nível de posicionamento das mulheres mastectomizadas no Inventário de Autoconceito Físico, segundo os itens que integram o factor satisfação/insatisfação sexual - factor 6

Itens / Nível de posicionamento	Item 6* Gostava de ser sexualmente mais activa do que realmente sou		Item10 Acho que a minha vida sexual é gratificante		Item 36 Sinto-me satisfeita com a vida sexual que tenho	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não concordo	22	29,7	12	16,2	8	10,8
Concordo pouco	18	24,3	12	16,2	7	9,5
Concordo moderadamente	17	23	22	29,7	27	36,5
Concordo muito	11	14,9	17	23	22	29,7
Concordo muitíssimo	6	8,1	11	14,9	10	13,5
Total	74	100	74	100	74	100

* item negativo

Gráfico 3.18 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 6 - Insatisfação/satisfação sexual

```
Frequência    Caule e Folha

   ,00        0 .
  2,00        0 .  45
 11,00        0 .  66666667777
 18,00        0 .  888888889999999999
 28,00        1 .  0000000000000000011111111111
  9,00        1 .  222333333
  6,00        1 .  444555

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.23, observa-se a média das pontuações obtidas pela inquiridas que é de 9,79. As mulheres, com pontuações superiores à média do grupo, têm satisfação sexual, as que apresentam pontuação inferior à média do grupo têm insatisfação sexual. Observando o gráfico 3.18, verifica-se que 58,10% têm pontuação acima da média. O desvio-padrão é de 2,47, o que significa que os dados estão pouco dispersos em relação à média.

Quadro 3.23 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor insatisfação/satisfação sexual – factor 6

Medidas	Valores
Média	9,79
Mediana	10
Desvio padrão	2,47
Amplitude de variação	11
Mínimo	4
Máximo	15

3.2.3 – Autoconceito social e emocional

Seguidamente, analisam-se os aspectos do autoconceito social e emocional do 2º estudo, observando-se no gráfico 3.19 as pontuações obtidas pelas inquiridas,

revelando que a maior frequência (17 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 70 e 74. Segue-se o grupo de dezasseis (16) mulheres com pontuações compreendidas entre 75 e 79.

Gráfico 3.19 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social e emocional

```
Frequência    caule e folha

     1,00        5 .  2
     3,00        5 .  788
     7,00        6 .  0113334
     9,00        6 .  556678899
    17,00        7 .  00111111122233344
    16,00        7 .  5556666677778899
     8,00        8 .  12223444
     5,00        8 .  58889
     7,00        9 .  0011122
     1,00        9 .  7

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.24, podem observar-se os valores extremos 52, 57, 58 e 60 que correspondem às pontuações mais baixas obtidas por cinco inquiridas e os valores extremos mais altos que correspondem às pontuações 91, 92 e 97, obtidas por quatro inquiridas.

No quadro 3.25, observa-se que a média das pontuações obtidas é de 74,9, a mediana situa-se, no valor 74,5, a amplitude de variação é de 45 e o desvio-padrão de 9,82.

De acordo com o descrito na metodologia e considerando os valores representados no gráfico 3.19, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores à média (74,9), podem considerar-se com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores e correspondem a 50%.

Também se pode conhecer a posição relativa de cada inquirida em confronto com o grupo através dos «percentis». Foram calculados os «percentis» (Quadro 3.26), da distribuição das pontuações obtidas por cada inquirida e obtiveram-se os resultados seguintes:

Quadro 3. 24 – Valores extremos do autoconceito social

Extremos		Número caso	Valor
Altos	1	66	97,00
	2	55	92,00
	3	44	92,00
	4	65	91,00
Baixos	1	61	52,00
	2	23	57,00
	3	20	58,00
	4	26	58,00
	5	32	60,00

Quadro 3.25 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito social

Medidas	Valores
Média	74,9
Mediana	74,5
Desvio padrão	9,82
Amplitude de variação	45
Mínimo	52
Máximo	97

Para N = 74, significa que uma mulher com uma pontuação abaixo de 68,7 está no «percentil» 25, isto é, as outras 75% têm autoconceito mais elevado. As mulheres com pontuação abaixo de 74,5 estão no «percentil» 50 e terão um autoconceito mais elevado. As mulheres, com pontuação de 80, encontram-se no «percentil» 75 e têm o autoconceito mais elevado que as anteriores e apenas 25% têm o autoconceito superior. No «percentil» 95 encontram-se as mulheres com as máximas pontuações.

Quadro 3.26 – Percentis do autoconceito social

Percentis	Pontuações
25	68,7
50	74,5
75	82
95	91,2

A tabela 4.14 (Volume II - Anexo X), ilustra a distribuição numérica e percentual dos valores obtidos em cada «item» do Inventário Clínico de Autoconceito, segundo as cinco categorias de respostas.

A análise dos resultados apresentados na referida tabela será efectuada seguindo os factores seleccionados por Vaz Serra (1986) e que traduzem as dimensões subjacentes aos vinte «itens» da escala.

Aceitação/Rejeição social

Nesta dimensão, estão incluídos os itens 1, 4, 9, 16 e 17 que se encontram ilustrados na tabela 4.14 (anexo X).

No «item» 1 que corresponde à questão «*sei que sou uma pessoa simpática*», os valores mais elevados correspondem a 40,5% das mulheres que responderam na categoria «concordo moderadamente», embora se verifique que 37,8% concordam muito.

No «item» 4, que corresponde à questão «*no contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador*», os valores mais elevados correspondem a 28,4% das mulheres que responderam nas categorias «concordo muito e moderadamente», com 18,9% responderam na categoria «concordo muitíssimo».

Relativamente ao «item» 9 - «*sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros*», verifica-se que a maior percentagem (39,2) se situa na categoria «concordo muito», seguindo-se 35,1% das que concordam moderadamente. A maioria das mulheres percepciona-se como bem aceites pelos outros.

O «item» 16 relativo à questão «*a minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar*», apresenta também uma distribuição semelhante aos itens» anteriores, pois que o maior número de mulheres (41,9%) responderam na categoria «concordo muito». Regista-se, assim que 13,6% das inquiridas se percepciona de forma negativa.

No «item» 17, que corresponde à questão «*considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros*», a percentagem mais elevada (45,9%) corresponde às mulheres que responderam na categoria «concordo muito», seguindo-se 29,7% que responderam moderadamente e 17,6% que se posicionaram na categoria «concordo muitíssimo». Estas observações acentuam a ideia de que as mulheres se consideram pessoas agradáveis no contacto com os outros.

Por outro lado, ao analisar-se as pontuações obtidas pelas mulheres quanto à aceitação/rejeição social, o gráfico 3.20 ilustra a sua distribuição numérica.

Naquele observa-se que a maior frequência (16 casos), corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram 14 e 15 pontos. Segue-se o grupo de mulheres (15 casos) com pontuações de 20 e 21.

Gráfico 3.20 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 1 - Aceitação/rejeição social

```
Frequência    Caule e folha

     2,00       1 .  01
     4,00       1 .  3333
    16,00       1 .  4444444555555555
    13,00       1 .  6667777777777
    14,00       1 .  88888888999999
    15,00       2 .  000000011111111
     6,00       2 .  222223
     4,00       2 .  4555

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.27, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão. A média das pontuações obtidas é de 17,86 e o desvio-padrão de 3,35. As mulheres com pontuações abaixo da média poderão ter a percepção de rejeição social, enquanto que as com pontuações superiores à média poderão ter a percepção de aceitação social. Verifica-se, no gráfico 3.20, que 52,70% das mulheres apresentam pontuações superiores à média.

Quadro 3.27 – Medidas de tendência central e de dispersão do Factor aceitação/rejeição social – factor 1

Medidas	Valores
Média	17,86
Mediana	18
Desvio padrão	3,35
Amplitude de variação	15

Auto-eficácia

Os enunciados que constituem o factor dois (2) ou de auto-eficácia estão ilustrados na tabela 4.14 (Volume II - Anexo X).

No «item» 3, «*tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades*», 43,2% das inquiridas responderam na categoria «não concordo» e 20,3% na categoria «concordo pouco». Como o item é de sentido negativo é pontuado de forma inversa. Assim, as pontuações altas indicam discordância e as baixas concordância. Da análise do item conclui-se que 63,5% das mulheres não desistem das suas tarefas quando encontram dificuldades.

No «item» 5, «*costumo ser rápida na execução das tarefas que tenho para fazer*», a percentagem mais elevada (39,2) refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo pouco». Segue-se o valor de 33,8% das que responderam moderadamente. A tendência das respostas é em sentido negativo, porque os valores mais altos estão concentrados nas categorias «concordo pouco e não concordo», perfazendo o total de 52,7%.

Relativamente à questão «*de modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas*» (item 8), verifica-se que 43,2% das mulheres responderam na categoria «concordo muito» e 28,4% na categoria «concordo muitíssimo», perfazendo o total de 71,6%. A tendência das respostas é no sentido positivo.

Quanto ao «item» 11 - «*tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades*», observa-se na mesma tabela que a percentagem mais elevada (41,9) corresponde às mulheres que responderam na categoria «concordo muito» e 20,3% responderam na categoria «concordo muitíssimo» Mais uma vez se nota que a tendência das respostas é no sentido positivo.

No «item» 18 - «*quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros*», as respostas encontram-se muito dispersas. Verifica-se que a percentagem mais elevada (25,7), se refere às mulheres que responderam na categoria «concordo pouco». Na categoria «não concordo» responderam 23%. Apenas 48,7% estão em discordância com esta questão.

Relativamente à questão «*encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades*» (item 20), observa-se na tabela 4.14 (Volume II - Anexo X) que há dois grupos de mulheres com a percentagem mais elevada (28,4%), que responderam nas categorias «concordo muito e concordo muitíssimo», perfazendo o total de

56,8%. As respostas são de sentido positivo, pois que o maior número refere encontrar sempre energia para vencer as suas dificuldades.

A confirmação das análises anteriores regista-se no gráfico 3.21 sobre a distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres neste factor. A frequência mais elevada refere-se ao grupo de 17 casos que obteve as pontuações 22 e 23, seguindo-se três grupos de 10 casos com as pontuações 18 e 19; 20 e 21; 24 e 25.

Gráfico 3.21 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 2 – Auto-eficácia

```
Frequência     caule e folha

  2,00         1 .  33
  3,00         1 .  455
  8,00         1 .  67777777
 10,00         1 .  8888899999
 10,00         2 .  0000001111
 17,00         2 .  22222222222233333
 10,00         2 .  4445555555
  9,00         2 .  666667777
  5,00         2 .  88889

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.28, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão. A média das pontuações obtidas pelas mulheres é de 21,6, a mediana de 22 e o desvio-padrão de 3,93. Sendo a média de 21,6, as mulheres com pontuações inferiores a esta terão a percepção de auto-eficácia mais negativa do que as restantes. No presente estudo e de acordo com os resultados apresentados no gráfico 4.21, 55,4% das mulheres apresentam pontuações superiores à média.

Quadro 3.28 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor 2 - auto-eficácia

Medidas	Valores
Média	21,6
Mediana	22
Desvio padrão	3,93
Amplitude de variação	16

Maturidade Psicológica

Os «itens» que constituem o factor três (3), também se encontram ilustrados na tabela 4.14 (Volume II - Anexo X).

Dos valores considerados destaca-se a percentagem de 48,6% relativa às mulheres que responderam na categoria «concordo muito» da questão «*costumo ser franca a exprimir as minhas opiniões*», (item 2). Segue-se o valor percentual de 43,2 relativo às mulheres que responderam na categoria «concordo muito» dos «itens» «*considero-me tolerante para com as outras pessoas*» (item 6) e «*quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade*» (item 13). Por último, 37,8% das mulheres responderam na categoria «concordo muito» do item 7 - «*sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis*».

Quanto às pontuações obtidas pelas mulheres no factor três, o gráfico 3.22 ilustra a sua distribuição, revelando que a frequência mais elevada (28 casos), corresponde às mulheres que obtiveram as pontuações 16 e 17. Segue-se o grupo de 19 casos com as pontuações 14 e 15.

No quadro 3.29, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão.

Gráfico 3.22 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 3 - Maturidade psicológica

```
Frequência     caule e folha

    3,00         1 .  000
   10,00         1 .  2222333333
   19,00         1 .  4444444445555555555
   28,00         1 .  6666666666666666777777777777
    8,00         1 .  88899999
    6,00         2 .  000000

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

A média é de 15,68 e o desvio-padrão de 2,42. Assim, os valores obtidos inferiores à média podem traduzir maturidade psicológica negativa, ao invés das mulheres que obtiveram valores superiores à média. As mulheres com pontuações superiores à média perfazem o total de 56,76%.

Quadro 3.29 – Medidas de tendência central e de dispersão do factor 3 - maturidade psicológica

Medidas	Valores
Média	15,68
Mediana	16
Desvio padrão	2,42
Amplitude de variação	10

Impulsividade/actividade

O factor 4 é constituído por três «itens» que se encontram ilustrados na tabela 4.14 (Volume II - Anexo X).

No «item» 10, que corresponde à questão: «*quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática*», a frequência mais elevada corresponde a 45,9% das mulheres que responderam na categoria «concordo muito», as quais conjuntamente com as que responderam na categoria «concordo muitíssimo», perfazem o total de 71,6%, isto é, o maior número de inquiridas.

No «item» 15, relativo à questão «*sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece*», a frequência mais elevada corresponde a 33,8% das que responderam na categoria «concordo moderadamente», seguindo-se 27% que responderam «concordo muito» e 25,7% que responderam na categoria «concordo muitíssimo». Os dois últimos grupos perfazem o total de 52,7%. A maioria concorda que gosta de fazer o que lhe apetece.

No «item» 19, «*gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço*», a percentagem mais elevada é de 43,2% e refere-se às mulheres que responderam na categoria «concordo muito». Segue-se a percentagem de 28,4 para as que se referiram na categoria «muitíssimo». Os valores obtidos nestas duas últimas categorias perfazem o total de 71,6%. De acordo com as análises anteriores, conclui-se que as mulheres em estudo responderam na sua maioria de forma positiva.

Contudo, ao analisar-se as pontuações obtidas pelas mulheres no factor impulsividade/actividade, através do gráfico 3.23, conclui-se que a frequência mais alta (15 casos) corresponde ao grupo que obteve a pontuação 11. Seguem-se dois grupos de 12 casos com as pontuações de 9 e 12.

A média das pontuações, obtidas pelas mulheres, é de 11,6 e o desvio-padrão de 2,35. Cerca de 54,05% têm pontuações inferiores à média.

Gráfico 3.23 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4 - Impulsividade/actividade

```
  Frequência     Caule e folha

    2,00          7 .  00
    4,00          8 .  0000
   12,00          9 .  000000000000
    7,00         10 .  0000000
   15,00         11 .  000000000000000
   12,00         12 .  000000000000
    8,00         13 .  00000000
    3,00         14 .  000
   10,00         15 .  0000000000
    1,00 Extremes     (>=19,0)

Largura do caule: 1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

O quadro 3.30 ilustra o resumo da análise dos resultados do autoconceito físico, do social e dos respectivos factores. Conclui-se, assim, que a maioria das mulheres têm o autoconceito físico (60,82%) negativo, relatam também má impressão física (54,06%) e má vitalidade física (54,06%), apresentando apenas facilidade no contacto dos olhos (66,22%), comportamento não verbal superior à média do grupo (62,16%) e satisfação sexual (58,1%). Quanto ao autoconceito social e emocional, verifica-se que metade da população tem o autoconceito negativo e a outra metade positivo. Apenas, o factor impulsividade/actividade tem 54,05% de respostas com pontuações inferiores à média.

3.2.4 – Autoconceito físico e autoconceito social segundo as regiões

Relativamente às pontuações obtidas pelas mulheres no autoconceito físico segundo a área geográfica de residência, os gráficos 3.24 e 3.25 ilustram a sua distribuição numérica. O gráfico 3.24 relativo às mulheres residentes nos Açores revela que a frequência mais elevada corresponde ao grupo de oito (8) mulheres que

obtiveram pontuações compreendidas entre 120 e 128. Seguem-se dois grupos de sete mulheres que obtiveram pontuações compreendidas entre 112 – 119 e 140 – 148. Sendo a média das pontuações igual a 132,4 e observando o gráfico 3.24, verifica-se que 51,43% das mulheres têm pontuações superiores à média.

Gráfico 3.24 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores no autoconceito físico

```
Frequência    Caule e folha

    1,00       10 .  2
    7,00       11 .  2334799
    8,00       12 .  01134568
    6,00       13 .  067899
    7,00       14 .  0023348
    6,00       15 .  001458

Largura do caule: 10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Em relação às mulheres de Vila Nova de Gaia, verifica-se no gráfico 3.25 que a frequência mais elevada corresponde ao grupo de nove mulheres com pontuações compreendidas entre 125 e 129. Sendo a média das pontuações igual a 128,17 e observando o gráfico 3.25 verifica-se que 35,9% das mulheres apresentam pontuação superior à média. O autoconceito físico das mulheres dos Açores é mais elevado do que o das de Vila Nova de Gaia.

Quanto ao autoconceito social das mulheres dos Açores, no gráfico 3.26, observa-se que a frequência mais elevada corresponde a dois grupos de seis mulheres com pontuações de 70 – 74 e 75 – 78, respectivamente. Seguem-se dois grupos de cinco mulheres com pontuações de 66 – 69 e 81 – 84, respectivamente. Como a média é de 74,25, verifica-se 48,57% das mulheres apresentam pontuações superiores aquela.

Relativamente, ao autoconceito social das mulheres de Vila Nova de Gaia, o gráfico 3.27 ilustra a sua distribuição. O grupo com frequência mais elevada

Quadro 3.30 - Médias, desvios padrão e proporções das pontuações obtidas pelas mulheres no autoconceito físico, no social e nos respectivos factores

Pontuações / Médias / Autoconceito	Pontuações < média		Média	D. padrão	Pontuações > média	
	Nº	%			Nº	%
Autoconceito físico	45	60,82	130,17	14,27	29	39,18
Factor 1	40	54,06	19	4,79	34	45,94
Factor 2	25	33,78	7,72	2,05	49	66,22
Factor 3	40	54,06	27,16	5,41	34	45,94
Factor 4	28	37,84	14,9	3,12	46	62,16
Factor 6	31	41,9	9,79	2,47	43	58,1
Autoconceito social	37	50	74,91	9,82	37	50
Factor 1	35	47,3	17,86	3,35	39	52,7
Factor 2	33	44,6	21,6	3,93	41	55,4
Factor 3	32	43,24	15,68	2,42	42	56,76
Factor 4	40	54,06	11,6	2,35	34	45,94

Gráfico 3.25 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres de Vila Nova de Gaia no autoconceito físico

```
Frequência    Caule e folha
    1,00       10 .  3
    2,00       10 .  69
     ,00       11 .
    7,00       11 .  6678889
    7,00       12 .  1133444
    9,00       12 .  556777889
    5,00       13 .  00344
    1,00       13 .  8
    3,00       14 .  034
    2,00       14 .  79
    2,00 Extremos    (>=163)

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.26 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores no autoconceito social e emocional

```
Frequência    Caule e Folha

    3,00        5 .  788
    4,00        6 .  0134
    5,00        6 .  67889
    6,00        7 .  012334
    6,00        7 .  567788
    5,00        8 .  12234
    3,00        8 .  589
    3,00        9 .  011

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

corresponde a 11 casos com pontuações compreendidas entre 70 e 74. Segue-se o grupo de 10 casos com pontuações compreendidas entre 75 e 79. A média é de 75,51, de acordo com o gráfico, 46,15% das mulheres apresentam autoconceito social superior à média e as restantes 53,85% inferior.

Na tabela 3.15, observa-se as médias e desvios-padrão tanto para o autoconceito físico como para o social, assim como as médias do total dos «itens» de cada factor nas inquiridas dos Açores e de Vila Nova de Gaia. Nos Açores para N = 35, a média é de 132,4 e o desvio-padrão de 14,63 e em Vila Nova de Gaia para N = 39, a média é de 128,17 e o desvio-padrão de 13,83. A média e o desvio-padrão das

pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores no autoconceito físico é superior às de Vila Nova de Gaia.

Gráfico 3.27 - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres de Vila Nova de Gaia no autoconceito social e emocional

```
Frequência    Caule e folha

     1,00 Extremos    (=<52)
     3,00        6 .  133
     4,00        6 .  5569
    11,00        7 .  01111112234
    10,00        7 .  5566667799
     3,00        8 .  244
     2,00        8 .  88
     4,00        9 .  0122
     1,00 Extremos    (>=97)

 Largura do caule:10,00
 Cada folha:1 caso(s)
```

Relativamente ao factor 1, que expressa a **boa ou má impressão física**, observa-se, na tabela 3.15, a média obtida em cada região. Nos Açores, a média é de 18,82 inferior à média do total da população em estudo (N = 74, Média 19) e, também, em relação à média de Vila Nova de Gaia que assume o valor 19,15 (a mais elevada). Nos Açores, o desvio-padrão é de 4,99 e em Vila Nova de Gaia de 4,66 (menor). Na Região Açores, a dispersão dos dados em relação à média é superior à de Vila Nova de Gaia.

Quanto ao factor 2, relativo **à facilidade/dificuldade do contacto dos olhos**, observa-se naquela tabela que a média dos Açores (8,2) é ligeiramente superior à de Vila Nova de Gaia (7,3), mas o desvio-padrão dos Açores (1,84) é inferior ao de Vila Nova de Gaia (2,16). Nos Açores, os dados estão mais centrados á volta da média.

Relativamente ao factor 3, que expressa a **boa ou má vitalidade física**, a média dos Açores é de 27,85 e a de Vila Nova de Gaia ligeiramente inferior (26,53). O desvio - padrão, também, é superior nos Açores (5,93 > 4,88).

Quanto ao factor 4, relativo ao **comportamento não verbal**, verifica-se que as médias não divergem muito, sendo ligeiramente mais elevada nos Açores (15 > 4,79) do que em Vila Nova de Gaia. A dispersão dos dados é ligeiramente superior nos Açores (Dp = 3,15) comparando com Vila Nova de Gaia (dp = 3,13).

Tabela 3.15 - Autoconceito físico e social e respectivos factores segundo área geográfica

Área geográfica / Autoconceito	Açores N = 35		Vila Nova de Gaia N = 39		Total N =74	
	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão	Média	Dpadrão
TOTAL FÍSICO	132,4	14,63	128,17	13,83	130,17	14,27
FACTOR 1	18,82	4,99	19,15	4,66	19	4,79
FACTOR 2	8,2	1,84	7,3	2,16	7,72	2,05
FACTOR 3	27,85	5,93	26,53	4,88	27,16	5,41
FACTOR 4	15	3,15	14,79	3,13	14,89	3,12
FACTOR 6	9,94	2,42	9,66	2,53	9,79	2,47
TOTAL SOCIAL	74,25	10,02	75,51	9,73	74,91	8,82
Factor 1	17,85	3,28	17,87	3,45	17,86	3,35
Factor 2	20,51	4,35	22,58	3,26	21,6	3,93
Factor 3	15,91	2,44	15,48	2,42	15,68	2,42
Factor 4	11,34	2,32	11,56	2,39	11,45	2,34

Relativamente ao factor 6, que traduz **insatisfação /satisfação sexual**, a média é de 9,94 nos Açores e de 9,66 em Vila Nova de Gaia. A diferença de dispersão das pontuações é também pequena.

Quanto aos aspectos do autoconceito social e emocional, pela tabela 3.15, observa-se que a média das pontuações obtidas pelas mulheres é semelhante nos Açores (N = 35, Média de 74,25) e em Vila Nova de Gaia (N = 39, Média 75,51), sendo ligeiramente mais elevada em Vila Nova de Gaia. No entanto, a dispersão das pontuações é mais elevada nos Açores (dp = 10,02) do que em Gaia (dp = 9,73).

Os factores do autoconceito social e emocional apresentam médias com valores semelhantes.

Foi testada a hipótese (teste de Mann-Whitney U) de que «as mulheres dos Açores têm o autoconceito físico e o social mais elevado do que as de Vila Nova de Gaia». Os resultados do teste de Mann-Whitney U estão ilustrados no quadro 3.31, revelando que a população dos Açores têm a média ordinal (40,87) mais elevada do que a de Vila Nova de Gaia (34,47) no autoconceito físico. Relativamente ao autoconceito social, a média ordinal de Vila Nova de Gaia (38,59) é ligeiramente mais elevada que a dos Açores (36,29). Os valores de X^2 apresentados (0,201 no autoconceito físico e 0,645 no autoconceito social) não são significativos para α = 0,05.

Os resultados apresentados significam que não há evidência estatística de que tanto o autoconceito físico como o social apresentem diferenças significativas entre as mulheres dos Açores e de Vila Nova de Gaia, aceitando-se a hipótese nula.

3.2.5 - Autoconceito físico e autoconceito social segundo os grupos etários

A tabela 3.16 mostra as médias e desvios-padrão obtidos tanto para o autoconceito físico total, como para o autoconceito social e emocional, assim como as médias do total dos «itens» de cada factor, nos sete grupos etários, que constituem a população em estudo.

Quadro 3.31 – Resultados do teste de Mann-Whitney U – autoconceito físico e social em função das regiões

Autoconceito	Açores (N = 35) X ordinal	V. N. Gaia (N = 39) X ordinal	X^2	P
Autoconceito Físico	40,87	34,47	0,201	> 0,05
Autoconceito Social	36,29	38,59	0,645	> 0,05

De notar que a média mais baixa (127,57) do autoconceito físico corresponde ao grupo etário dos 50 aos 59 anos (N = 19), sendo o desvio-padrão de 11,49. Salienta-se que o grupo de mulheres que «não responderam» na categoria «idade», apresentam a média mais elevada (135,85).

O factor 1, que é o mais importante segundo Vaz Serra (1988) e que revela **a boa ou má impressão física causada nos outros**, apresenta a média mais baixa (18,29) no grupo etário dos 70 aos 79 anos. As médias mais elevadas (20,57 e 20,25) correspondem às mulheres que «não responderam» à questão sobre a «idade» e ao período etário dos 60 aos 69 anos (N = 12), respectivamente.

O factor 2, que revela **facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos,** apresenta a média mais elevada (8,88) no grupo etário dos 70 aos 79 anos, sendo o desvio-padrão de 1,72. O grupo etário que apresenta média mais baixa é o dos 50 aos 59 anos, sendo o desvio-padrão de 2,2.

Quanto ao factor 3, que corresponde à **boa ou má vitalidade física**, observa-se que a média mais elevada (29,25) é relativa aos grupos etários dos 30 aos 39 anos (N = 4) e dos 60 aos 69 anos (N = 12). A média mais baixa (25,61) corresponde ao período dos 40 aos 49 anos.

Relativamente ao factor 4, que respeita ao **comportamento não verbal**, as médias mais elevadas são respectivamente 15,29 e 15,57 e correspondem ao grupo dos 70 aos 79 anos e ao grupo que «não respondeu» na categoria «idade». Os grupos etários que apresentam médias mais baixas são os dos 30 aos 39 anos com a média

Tabela 3.16 - Autoconceito físico e autoconceito social e respectivos factores segundo os grupos etários

Grupos etários / Autoconceito	20 - 29 (N = 1)		30 - 39 (N = 4)		40 - 49 (N = 13)		50 - 59 (N = 19)		60 - 69 (N = 12)		70 - 79 (N = 17)		80 - 89 (N = 1)		Não responderam (N = 7)		Total (N = 74)	
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
Autoconceito físico	126		129,75	10,78	127,92	12,73	127,57	11,49	135,08	15,67	130,29	15,31	114		135,85	21,46	130,17	14,27
Factor 1	23		19	3,16	18,92	4,8	18,52	4,95	20,25	4,13	18,29	4,88	11		20,57	6,16	19	4,79
Factor 2	4		7,5	1,73	7,69	1,43	7,1	2,2	7,5	2,27	8,88	1,72	7		7,8	2,47	7,72	2,05
Factor 3	29		29,25	5,9	25,61	5,47	26,73	4,56	29,25	4,49	26,82	6,94	25		27,28	5,6	27,16	5,4
Factor 4	11		14,25	3,3	14,61	2,95	14,52	3,77	15,08	2,23	15,29	3,47	18		15,57	2,29	14,89	3,12
Factor 6	10		9	4,1	10,46	1,85	9,68	2,26	10	2,21	9,29	2,71	9		10,28	3,54	9,79	2,47
Autoconceito social	84		86,5	12,23	74,46	8,97	72,36	8,25	74,16	9,04	74	10,02	58		80,71	10,04	74,91	9,82
Factor 1	19		20,5	2,51	17,46	3,5	17,36	3,68	17,75	2,89	17,23	2,99	13		20,71	2,92	17,86	3,35
Factor 2	25		26	4,08	21,38	3,7	21,52	3,45	21,08	2,46	20,7	4,92	17		23	4,16	21,6	3,93
Factor 3	16		17,25	3,77	15,3	2,35	15,26	2,7	15,91	2,15	16	2,47	14		15,71	1,79	15,68	2,42
Factor 4	15		13	1,63	11,61	2,25	10,42	2,09	12,08	2,71	11,29	2,17	9		12,28	2,56	11,45	2,34

de 14,25 para N = 4 mulheres. O grupo etário dos 50 aos 59 anos apresenta uma das médias mais baixas (14,52).

O factor 6, que corresponde à **satisfação/insatisfação sexual,** apresenta as médias mais baixas (9) nos grupos etários dos 30 aos 39 anos para N = 4 e no grupo etário dos 80 aos 89 anos para N = 1. A média mais elevada (10,46) corresponde ao grupo etário dos 40 aos 49 anos para N = 13.

Quanto ao autoconceito social, a tabela 3.16 apresenta as médias e desvios - padrão deste, bem como dos factores dos sete grupos etários.

De notar que a média mais alta (86,5), corresponde ao grupo etário dos 30 aos 39 anos para N = 4. Segue-se a média de 80,71, correspondente às mulheres que não responderam à questão sobre a «idade» (N = 7). Segue-se o grupo etário dos 40 aos 49 anos com a média de 74,46. A média mais baixa (72,36) corresponde ao grupo etário dos 50 aos 59 anos.

Relativamente ao factor 1, que corresponde à **aceitação/rejeição**, o grupo com média mais elevada (20,71) é o das mulheres que não responderam na questão sobre a idade (N = 7). Segue-se o grupo dos 30 aos 39 anos com a média de 20,5. O grupo etário com média mais baixa (17,23) é o dos 70 aos 79 anos.

No factor 2, de **auto-eficácia** nota-se que o grupo etário com média mais elevada (26) corresponde novamente ao período dos 30 aos 39 anos seguido de sete (7) mulheres que não responderam à questão «idade», com a média de 23. O grupo etário dos 50 aos 59 anos obteve a média de 21,52. O grupo etário que apresenta média mais baixa (20,7) é o dos 70 aos 79 anos (N = 17).

Quanto ao factor três, relativo à **maturidade psicológica**, verifica-se que o grupo etário que apresenta a média mais elevada (17,25) continua a ser o dos 30 aos 39 anos. O grupo etário dos 70 aos 79 apresenta a segunda média mais elevada (16). A média mais baixa (15,26) é a do grupo dos 50 aos 59 anos.

No factor 4 ou da **impulsividade/actividade**, o grupo etário que apresenta a média mais elevada (13), continua a ser o grupo dos 30 aos 39 anos. O grupo das que não responderam continua também a apresentar das médias mais elevadas (12,28). O grupo etário dos 60 aos 69 anos tem a média de 12,08. A média mais baixa (10,42) corresponde ao grupo etário dos 50 aos 59 anos.

Foi testada a hipótese de «existirem diferenças significativas do autoconceito físico e do autoconceito social entre as mulheres submetidas a mastectomia nos diferentes grupos etários». Os resultados da análise de variância por postos: H de

Kruskal-Wallis estão ilustrados no quadro 3.32. Verifica-se que a média ordinal é semelhante nos grupos etários relativamente ao autoconceito físico, notando-se que é mais elevada no grupo etário dos 60 aos 69 anos e no grupo que «não respondeu» na categoria idade. No autoconceito social, o grupo etário com média ordinal mais elevada (60,0) é o dos 20 aos 29 anos (n=1), seguido do grupo dos 30 aos 39 anos com 57,50 (n = 4), sendo a média ordinal dos restantes grupos semelhante.

Os resultados do teste revelam que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social das mulheres submetidas a mastectomia seja influenciado pelo grupo etário em que se encontram ($p > 0,50$, portanto não se rejeita a hipótese nula).

3.2.6 – Associação do autoconceito físico e do autoconceito social com os respectivos factores

Tal como no estudo anterior, definiram-se associações entre o autoconceito físico e social e as dimensões que os constituem.

Relação entre autoconceito físico e os respectivos factores

O quadro 3.33 mostra as correlações obtidas entre a nota global do autoconceito físico (TIACF) e os valores globais de cada um dos factores seus constituintes. Conforme se pode depreender das correlações assinaladas no referido quadro, os valores obtidos para as 74 mulheres da população atingem um nível altamente significativo ($p < 0,001$).

Nota-se que as correlações mais elevadas referem-se às associações: autoconceito físico negativo com má vitalidade física, sendo o inverso igualmente verdadeiro (TIACF x FACTOR 3 = 0,762) e autoconceito físico positivo com boa impressão física (TIACF x FACTOR 1 = 0,604) para $p < 0,000$. As outras associações do autoconceito físico são igualmente positivas e significativas mas mais baixas.

Quadro 3.32 - Teste de Kruskal-Wallis relativo ao autoconceito físico e social em função do grupo etário

AC	20 - 29 n = 1 Média ordinal	30 - 39 n =4 Média ordinal	40 - 49 n = 13 Média ordinal	50 - 59 n = 19 Média ordinal	60 - 69 n = 12 Média ordinal	70 - 79 n = 17 Média ordinal	80 - 89 n = 1 Média ordinal	N/reponde n = 7 Média ordinal	X^2	p
TIACF	34,5	39,38	33,5	34,66	43,42	38,44	8	43,79	4,256	> 0,05
TICAC	60	57,5	36,31	33,89	34,17	36,18	3,5	48,64	9,878	> 0,05

Legenda:

TIACF - Total Inventário Autoconceito Físico
TICAC - Total Inventário Clínico Autoconceito

Relação entre impressão física e sexualidade

O mesmo quadro revela a correlação encontrada entre o somatório do factor 1 e do factor 6 (FACTOR 1 x FACTOR 6 = 0,087). Não existe correlação significativa, pois que o p > 0,001. Este resultado parece querer indicar que a má impressão física não está associada à insatisfação sexual.

Relação entre vitalidade física e sexualidade

O quadro 3.33 revela que a correlação encontrada entre o somatório do factor 3 e do factor 6 (FACTOR 3 x FACTOR 6 = 0,069) não é significativa (p > 0,001). O resultado parece querer indicar que a vitalidade física não está associada á sexualidade.

Relação entre autoconceito social e os respectivos factores

O mesmo quadro revela as correlações obtidas entre a nota global do autoconceito social (TICAC) e os valores globais de cada um dos factores seus constituintes. Conforme se pode depreender das correlações assinaladas no referido quadro, os valores obtidos para os 74 elementos da população atingem todos um nível estatístico de uma correlação positiva altamente significativa (p < 0,001). Contudo, as correlações mais elevadas referem-se às associações do autoconceito social e emocional negativo com rejeição social ou autoconceito social positivo com aceitação social (TICAC x Factor 1 = 0, 783). Seguem-se as correlações do autoconceito social e emocional com a maturidade psicológica (TICAC x factor 3 = 0,758) e autoconceito social negativo com auto-eficácia negativa (TICAC x factor 2 = 0,703). Os resultados apresentados no quadro parecem querer indicar que um autoconceito social positivo está associado a comportamentos de aceitação social e de maturidade psicológica. O autoconceito social negativo está associado a comportamentos de rejeição social e de auto-eficácia negativa.

Quadro 3.33 - Correlações do autoconceito físico e social com os respectivos factores

VARIÁVEIS	n	rs	p
TIACF x FACTOR 1	74	0,604	.000
TIACF x FACTOR 2	74	0,256	0,O28
TIACF x FACTOR 3	74	0,762	.000
TIACF x FACTOR 4	74	0,262	0,024
TIAFC x FACTOR 6	74	0,258	0.027
FACTOR 1 X FACTOR 6	74	0,087	0,459
FACTOR 3 x FACTOR 6	74	0,069	0,558
TICAC x Factor 1	74	0,783	.000
TICAC x Factor 2	74	0,703	.000
TICAC x Factor 3	74	0,758	.000
TICAC x factor 4	74	0,66	.000
Factor 1 x Factor 2	74	0.422	.000
TIACF x TICAC	74	0,494	.000

Legenda: TIACF - Total do Inventário autoconceito físico
TICAC - Total do Inventário clínico de autoconceito

Relação entre aceitação/rejeição e auto-eficácia

O quadro 3.33 revela que a correlação encontrada entre o somatório do factor 1 e do factor 2 (Factor 1 x Factor 2 = 0,422), é positiva e altamente significativa ($p < 0,001$). Admite-se que as mulheres com a percepção de se sentirem aceites pelos outros tendem a ser auto-eficazes, sendo o inverso igualmente verdadeiro.

Relação entre autoconceito físico e autoconceito social

No mesmo quadro, observa-se que a correlação obtida entre a nota global do autoconceito físico e do social é positiva forte (TIACF x TICAC = 0,494) e altamente significativa ($p < 0,001$). Depreende-se que as mulheres com autoconceito físico negativo tendem a ter aspectos do autoconceito social e emocional negativos, sendo o inverso igualmente verdadeiro. Admite-se, assim, que as hipóteses alternativas definidas foram aceites e as hipóteses nulas rejeitadas, exceptuando-se as duas associações: FACTOR 1 x FACTOR 6 e FACTOR 3 x FACTOR 6.

3.3 – AUTOCONCEITO FÍSICO E AUTOCONCEITO SOCIAL: SEIS MESES E UM ANO DEPOIS DA MASTECTOMIA

No presente sub-capítulo, procede-se à análise descritiva e correlacional dos resultados obtidos sobre o autoconceito físico e o social e emocional das mulheres submetidas a mastectomia, seis meses e um ano após a primeira aplicação das escalas.

3.3.1 - Caracterização da população

Das 35 mulheres dos Açores, participantes no primeiro momento do estudo (antes da mastectomia), apenas 29 chegaram ao 2º momento (6 meses depois da mastectomia). Destas, faleceram 2, uma não respondeu à escala por estar na fase final (confusa, desorientada), outra mudou de residência, não se tendo descoberto a nova morada e duas emigraram.

No 3º momento (um ano após a mastectomia), apenas 20 das mulheres participaram no estudo. Entre seis meses e um ano, faleceram 3 mulheres, 2 recusaram-se a responder e 5 não se encontravam em condições psicológicas (desorientadas, confusas) para responderem.

Como nos estudos anteriores, as escalas foram analisadas com o objectivo de identificar possíveis erros no seu preenchimento, encontrando-se todas devidamente preenchidas.

Idade

Na tabela 3.17, observa-se que o grupo etário com mais casos é o dos 70 aos 79 anos, com a percentagem de 31,4% (N = 35), seguido do grupo dos 60 aos 69 anos com 22,9%. Seis meses após a mastectomia mantém-se o grupo etário dos 70 aos 79 anos com a percentagem de 31%, seguido dos grupos dos 60 aos 69 anos e dos 40 aos 49 anos, ambos com 24,1% das mulheres. De notar uma descida no grupo dos 50 aos 59 anos que passa de 20% (N = 35) para 17,2% (N = 29). Neste período de tempo, faleceu uma mulher no grupo dos 50 aos 59 e uma no grupo dos 70 aos 79 anos. Neste último grupo, para além da falecida, outra não respondeu por não ter condições psicológicas para o fazer.

Um ano após a mastectomia verifica-se que o grupo dos 40 aos 49 anos é o que apresenta a percentagem mais elevada (30%), apesar de ter falecido uma das inquiridas. Segue-se o grupo dos 60 aos 69 anos (25%), também com uma falecida. No grupo dos 80 aos 89 anos também faleceu uma das inquiridas. Porém, o grupo onde se nota maior número de perdas é o dos 70 aos 79 anos, pois que passa de 31,4% para 25%, com uma falecida e 4 mulheres sem condições psicológicas para responderem às escalas.

A média de idades aos seis meses é de 62,10, idêntica à média de idades antes da realização da mastectomia (62,44). Relativamente à média de idades um ano após a mastectomia, esta baixou para 59,95%.

Estado civil

Relativamente a esta variável eliminaram-se as categorias «separada, junta e divorciada» por se verificar não haver casos nestas três categorias. Analisam-se as restantes na tabela 3.17.

No total da população em estudo o maior número de casos situa-se no grupo das casadas com 51,4% antes da mastectomia (N = 35). Segue-se a percentagem de 51,7% seis meses após a intervenção (N = 29) e 50 % um ano após o acto operatório (N = 20). Apesar do número de casos das casadas ter sofrido uma redução de 8 elementos a percentagem mantêm-se a mais elevada. Segue-se o grupo das viúvas, com 28,6% antes da mastectomia, 27,6% seis meses após aquela e 25% um ano depois. No grupo das viúvas houve uma perda de 5 elementos no período de um ano.

Habilitações literárias

Na tabela 3.17, descreve-se a amostra em função das habilitações literárias e a sua variação ao longo dos três momentos de avaliação do autoconceito. Pela leitura da tabela, verifica-se que no total das mulheres inquiridas prevalecem as que possuem a instrução primária, com 68,6%, antes da mastectomia. Seis meses após aquela e um ano depois há uma redução para 65,5% (N = 29) e 65% (N = 20), respectivamente. Em termos percentuais, a descida não é muito pronunciada. Seguem-se as mulheres sem instrução com 22,9% (N = 35) antes da realização da mastectomia, 27,6% (N = 29), seis meses depois e 30% (N = 20) um ano após a mastectomia. Neste grupo, em termos percentuais, há uma subida ao longo do ano, apesar das perdas, resultante da diminuição da amostra.

Profissão

Relativamente à profissão (ver tabela 3.17), verifica-se que as inquiridas se distribuem da seguinte forma: as domésticas são em maior número, (26), isto é, 74,3% (N = 35) da população em estudo, antes da realização da mastectomia. Seis meses depois, apesar de se terem perdido elementos, a percentagem passou para

Tabela 3.17 - Características das mulheres com cancro da mama e submetidas a mastectomia nos Açores, (antes da mastectomia, seis meses e um ano depois)

Momentos / Características	Antes da mastectomia (N = 35)		Seis meses depois da mastectomia (N = 29)		Um ano depois/mastectomia (N = 20)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo etário						
40 - 49	7	20	7	24,1	6	30
50 - 59	7	20	5	17,2	4	20
60 - 69	8	22,9	7	24,1	5	25
70 - 79	11	31,4	9	31	5	25
80 - 89	1	2,9	1	3,4	0	0
Não esponderam	1	2,9	0	0	0	0
TOTAL	35	100	29	100	20	100
Estado civil						
Solteiras	5	14,3	5	17,2	4	20
Casadas	18	51,4	15	51,7	10	50
Viúvas	10	28,6	8	27,6	5	25
Não responderam	2	5,7	1	3,4	1	5
TOTAL	35	100	29	100	20	100
Habilitações						
Sem instrução	8	22,9	8	27,6	6	30
Primária	24	68,6	19	65,5	13	65
Secundário	1	2,9	0	0	0	0
Não responderam	2	5,7	2	6,9	1	5
TOTAL	35	100	29	100	20	100
Profissão						
Domésticas	26	74,3	22	75,9	16	80
Comerciantes	2	5,7	2	6,9	2	10
Reformadas	5	14,3	4	13,8	1	5
Inválidas	1	2,9	0	0	0	0
Não responderam	1	2,9	1	3,4	1	5
TOTAL	35	100	29	100	20	100

75,9% (N = 29). Um ano após a mastectomia a perda atinge os 10 casos e a percentagem aumenta para 80% em função da diminuição da amostra (N = 20). Por este motivo, as reformadas passam de 14,3% antes da mastectomia para 5% um ano depois.

3.3.2 - Autoconceito físico

A avaliação do autoconceito físico desde o 1º momento, isto é, antes da realização da mastectomia, até ao 3º momento, um ano depois, faz-se em termos comparativos nos três momentos apenas relativamente às 20 mulheres que chegaram ao fim do estudo e que correspondem a 57,1% da população inicial (N = 35). Os gráficos «stem and leaf» serão designados por A, B e C, correspondendo cada letra a um momento (A - antes da mastectomia; B – 6 meses depois e C – um ano após a mastectomia).

Relativamente às pontuações obtidas, os gráficos 3.28 A; B e C, ilustram a sua distribuição numérica. O gráfico 3.28 A revela que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo que obteve pontuações compreendidas entre 130 e 139. Seguem-se três grupos de 4 casos com as pontuações 113 a 119; 121 a 126 e 150 a 158. No gráfico 3.28B, observa-se que a maior frequência, corresponde a 6 casos com as pontuações 132 a 138 (idênticas às do gráfico anterior). Segue-se o grupo de 5 casos com as pontuações 121 a 124. No gráfico 3.28C a maior frequência é também de 6 casos, mas com pontuações entre 120 e 128, seguindo do grupo de 5 casos com as pontuações compreendidas entre 130 e 138.

Gráfico 3.28A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no Autoconceito físico, antes da realização da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    1,00        10 .  2
    4,00        11 .  3379
    4,00        12 .  1146
    5,00        13 .  06789
    2,00        14 .  04
    4,00        15 .  0018

Largura do caule: 10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.28B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

     1,00       10 .  6
     3,00       11 .  038
     5,00       12 .  13344
     6,00       13 .  233668
     2,00       14 .  12
     1,00       15 .  4
     1,00       16 .  1
     1,00 Extremos    (>=171)

 Largura do caule:10,00
 Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.28C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico, um ano depois da mastectomia

```
 Frequência    Caule e folha

     1,00        9 .  8
     2,00       10 .  23
      ,00       11 .
     6,00       12 .  014568
     5,00       13 .  00058
     3,00       14 .  236
     1,00       15 .  0
     1,00       16 .  3
     1,00 Extremos    (>=179)

 Largura do caule:10,00
 Cada folha:1 caso(s)
```

Observam-se no quadro 3.34 os valores extremos obtidos nos três momentos do estudo. Estes são variáveis, notando-se que o valor extremo mais alto é de 158 (1º momento); 171 (2º momento) e 179 (3º momento). Dentro dos valores extremos mais baixos no 1º momento, sobressai a pontuação 102; no 2º momento a pontuação 106 e no 3º momento a pontuação 98. Por exemplo, os casos nº 4 e nº 16 apresentam antes da mastectomia a pontuação mais baixa (150); seis meses depois sobem respectivamente para 154 e171 e um ano depois apresentam as pontuações 163 e 179, respectivamente. O autoconceito evoluiu no sentido positivo. Mas também se observa um exemplo bem distinto. O caso nº 20 cujo autoconceito físico, embora baixo, evoluiu do primeiro momento para o segundo, no sentido positivo, tendo passado da pontuação 102 para 106, regredindo ao fim de um ano para a pontuação de 98.

QUADRO 3.34 – Valores extremos do autoconceito físico nos três momentos do estudo

TOTAL	Número de caso	Pontuação
Pontuações extremas superiores (A)		
1	**7**	**158**
2	**9**	**151**
3	**4**	**150**
4	**16**	**150**
5	**13**	**144**
Pontuações extremas inferiores (A)		
1	**20**	**102**
2	**12**	**113**
3	**33**	**113**
4	**18**	**117**
5	**34**	**119**
Pontuações extremas superiores (B)		
1	**16**	**171**
2	**32**	**161**
3	**4**	**154**
4	**3**	**142**
5	**5**	**141**
Pontuações extremas inferiores (B)		
1	**20**	**106**
2	**12**	**110**
3	**14**	**113**
4	**8**	**118**
5	**10**	**121**
Pontuações extremas superiores (C)		
1	**16**	**179**
2	**4**	**163**
3	**13**	**150**
4	**3**	**146**
5	**6**	**143**
Pontuações extremas inferiores (C)		
1	**20**	**98**
2	**33**	**102**
3	**14**	**103**
4	**34**	**120**
5	**21**	**121**

No quadro 3.25, observa-se a média e o desvio-padrão do autoconceito físico. Antes da mastectomia, a média das pontuações obtidas é de 131,45 e o desvio-padrão de 15,17. Aos seis meses, a média mantém-se em 131,95 e o desvio-padrão apresenta ligeira diferença (16,58). Os resultados estão mais dispersos em relação à média. Um ano após a mastectomia, a média mantém-se dentro dos mesmos valores (131,65) e o desvio-padrão é o mais alto (19,59).

Para classificar o autoconceito das mulheres nestes três momentos, observa-se a posição obtida por cada uma em relação à média do grupo, conforme explicitado na metodologia. Assim, observando as pontuações representadas nos gráficos, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores às médias (131,45; 131,95 e 131,65) podem-se considerar com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores e correspondem a: 50% antes da mastectomia; 55% seis meses depois e 40% um ano após a mastectomia. Verifica-se, assim, que 60% das mulheres um ano depois da mastectomia apresentam um autoconceito de tendência negativa e será tanto mais baixo quanto mais se afastarem da média no sentido negativo.

Foi calculado o «percentil» da distribuição das pontuações obtidas por cada inquirida e obtiveram-se os resultados do quadro 3.36.

Na amostra de 20, significa que uma mulher com as pontuações abaixo de 102,5; 106,2 e 98,2, está no «percentil» 5, isto é, as outras 95% têm o autoconceito mais elevado. As mulheres com as pontuações de 113; 110,3 e 102,1, estão no «percentil» 10, terão o autoconceito físico mais elevado dos que as anteriores, mas 90% do grupo tem o autoconceito ainda mais elevado. As mulheres com as pontuações 157,6; 170,5 e 178,2 terão o autoconceito físico mais elevado do que as anteriores e apenas 5% terão o autoconceito físico superior.

Boa ou má impressão física

Quanto à **boa ou má impressão física** causada nos outros, analisam-se as pontuações obtidas pelas mulheres nos gráficos 3.29 A, B e C, que ilustram a sua distribuição numérica.

Quadro 3.35 - Médias e proporções das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito físico, no social e respectivos factores segundo os três momentos de colheita de dados

Autoconceito / Momentos	Autoconceito físico	Factor1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 6	Autoconceito Social	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Antes/mastectomia											
Pontuações < média	50% (10)	50% (10)	40% (8)	40% (8)	40% (8)	55% (11)	45% (9)	50% (10)	45% (9)	40% (8)	45% (9)
Média	131,45	19,65	7,8	26,75	14,9	10,5	74,2	17,6	20,35	15,75	11,8
Desvio padrão	15,17	5,31	1,98	6,23	3,16	2,78	9,65	3,57	3,89	2,59	2,23
Pontuações > média	50% (10)	50% (10)	60% (12)	60% (12)	60% (12)	45% (9)	55% (11)	50% (10)	55% (11)	60% (12)	55% (11)
Seis meses depois											
Pontuações < média	45% (9)	60% (12)	60% (12)	50% (10)	40% (8)	55% (11)	50% (10)	50% (10)	50% (10)	55% (11)	45% (9)
Média	131,95	20,95	6,5	28,65	15,3	9,25	77,9	19,3	21,61	16,3	12,6
Desvio padrão	16,58	5,09	2,72	5,85	2,9	2,71	12,37	3,02	4,62	2,63	1,93
Pontuações > média	55% (11)	40% (8)	40% (8)	50% (10)	60% (12)	45% (9)	50% (10)	50% (10)	50% (10)	45% (9)	55% (11)
Um ano depois											
Pontuações < média	60% (12)	55% (11)	40% (8)	40% (8)	45% (9)	45% (9)	40% (8)	50% (10)	40% (8)	55% (11)	55% (11)
Média	131,65	20,2	8,45	26,95	15,3	9,25	76,7	18,3	19,55	16	12,5
Desvio padrão	19,59	5,73	2,08	5,55	2,9	2,48	11,88	3,92	3,99	2,47	2,78
Pontuações > média	40% (8)	45% (9)	60% (12)	60% (12)	55% (11)	55% (11)	60% (12)	50% (10)	60% (12)	45% (9)	45% (9)

Quadro 3.36 – Percentis da distribuição das pontuações obtidas no autoconceito físico nos três momentos do estudo

Percentis	5	10	25	50	75	90	95
1º momento	102,5	113	119,5	133	143	150,9	157,6
2º momento	106,2	110,3	121,5	132,5	140,2	160,3	170,5
3º momento	98,2	102,1	121,75	130	142,2	161,7	178,2

No gráfico 3.29 A, a maior frequência (3 casos) corresponde a três grupos de mulheres que obtiveram as pontuações 14 a 15; 19; 20 a 21. No gráfico 3.29 B, a maior frequência é de 4 casos com pontuações de 16 a 17. Seguem-se 4 grupos de 3 casos com pontuações de 14 a 15; 20; 26 a 27 e 28 a 29. Finalmente, o gráfico 3.29 C revela que a maior frequência é de 7 mulheres com pontuações compreendidas entre 20 a 23, seguidas de 5 casos com as pontuações de 16 a 19.

Gráfico 3.29A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má impressão física, antes da mastectomia

```
Frequência     caule e folha

    1,00         1 .  0
    1,00         1 .  2
    3,00         1 .  445
    2,00         1 .  66
    3,00         1 .  999
    3,00         2 .  011
    2,00         2 .  22
    1,00         2 .  4
    2,00         2 .  66
    2,00         2 .  89

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.29B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má impressão física, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência     caule e folha

      ,00        1 .
     3,00        1 .  455
     4,00        1 .  6677
     2,00        1 .  99
     3,00        2 .  000
     2,00        2 .  23
      ,00        2 .
     3,00        2 .  677
     3,00        2 .  899

Largura do caule: 10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.29C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má impressão física, um depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

     4,00        1 .  1334
     5,00        1 .  67789
     7,00        2 .  0011133
     2,00        2 .  79
     2,00        3 .  01

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No quadro 3.35, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão, obtidas no factor 1, nos três momentos do estudo. Antes da mastectomia, a média das pontuações obtidas é de 19,65 e o desvio-padrão de 5,31. Seis meses depois, a média é de 20,95 (ligeiramente superior) e o desvio padrão de 5,09 (ligeiramente inferior ao anterior). Um ano após a mastectomia, a média sofre poucas alterações em relação à anterior (20,20) e o desvio-padrão é de 5,73, o mais elevado. Tendo em conta que a discrepância acima da média é considerada positiva e a situada abaixo da média negativa (Levin, 1987) e observando as pontuações representadas nos gráficos, verifica-se que as mulheres com pontuações iguais ou superiores a 19,65, 20,95 e 20,20 respectivamente, podem ter a percepção de causar boa impressão física nos outros e correspondem a 50% antes da mastectomia, 40% seis meses depois e a 45% um ano após a mastectomia.

A boa impressão física será tanto melhor quanto mais se afastarem da média no sentido positivo. Aos seis meses, 60% das inquiridas têm a percepção de causar má impressão física nos outros, o mesmo acontecendo um ano após a mastectomia. Esta será tanto mais acentuada, quanto mais se afastarem da média em sentido negativo.

Facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos

Os gráficos 3.30 A, B e C ilustram a distribuição das pontuações obtidas pelas inquiridas nos três momentos do estudo.

No gráfico 3.30 A, observa-se que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo de inquiridas que obtiveram a pontuação 10. Segue-se o grupo de 4 casos com a pontuação 9. Seis meses após a mastectomia (gráfico 3.30 B), a maior frequência (6 casos) corresponde às inquiridas que obtiveram a pontuação 6. Segue-se o grupo de 4 casos com a pontuação 10. No gráfico 3.30 C, observam-se frequências diferentes das anteriores. Verifica-se a existência de 11 casos com a pontuação 10 (pontuação máxima) e os restantes casos estão praticamente distribuídos por grupos de duas mulheres com diferentes pontuações.

Antes da realização da mastectomia a média é de 7,8 e o desvio padrão de 1,98 (quadro 3.35). Seis meses depois da realização da mastectomia a média é de 6,5 (ligeiramente mais baixa que a anterior) e o desvio-padrão é de 2,72 (mais elevado). Um ano após a realização da mastectomia, a média é de 8,45 (a mais elevada) e o desvio padrão de 2,08 (desceu em relação aos 6 meses).

As pontuações obtidas abaixo da média podem traduzir dificuldade no contacto dos olhos, que será tanto mais acentuada quanto mais as pontuações se afastarem da média.

Nos gráficos 3.30, verifica-se que antes da mastectomia 60% das mulheres têm facilidade no contacto dos olhos. Seis meses depois, este número desce para 40% e um ano após a mastectomia 60% das inquiridas voltam a ter facilidade no contacto dos olhos. As respostas são de tendência negativa seis meses após a mastectomia.

Gráfico 3.30A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos, antes da mastectomia

Frequência	Caule	e	folha
2,00	4	.	00
1,00	5	.	0
2,00	6	.	00
3,00	7	.	000
3,00	8	.	000
4,00	9	.	0000
5,00	10	.	00000

Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)

Gráfico 3.30B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos, seis meses depois da mastectomia

Frequência	caule	e	folha
3,00	2	.	000
,00	3	.	
1,00	4	.	0
2,00	5	.	00
6,00	6	.	000000
1,00	7	.	0
,00	8	.	
3,00	9	.	000
4,00	10	.	0000

Largura do caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)

Gráfico 3.30C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos, um ano depois da mastectomia

Frequência	Caule	e	folha
2,00	4	.	00
,00	5	.	
2,00	6	.	00
2,00	7	.	00
2,00	8	.	00
1,00	9	.	0
11,00	10	.	00000000000

Largura do caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)

Vitalidade física

Ao observarem-se os gráficos 3.31 A, B e C sobre a distribuição de frequências absolutas das pontuações obtidas pelas inquiridas na **vitalidade física**, verifica-se que «antes da mastectomia», a maior frequência (6 casos) corresponde ao grupo que obteve pontuações compreendidas entre 30 e 33.Seguem-se dois grupos de 5 inquiridas que obtiveram as pontuações de 20 a 23 e de 26 a 29, respectivamente.

No quadro 3.35, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão. A média no momento «antes da mastectomia» é de 26,75 e o desvio-padrão de 6,23. Nesta distribuição, o número de casos com valores superiores à média é de 12, correspondendo a 60% da população (N = 20). Significa que as mulheres antes de realizarem a mastectomia tinham a percepção de terem uma boa vitalidade física.

No gráfico 3.31B, observam-se as pontuações obtidas pelas inquiridas seis meses depois da realização da mastectomia. Este revela que a maior frequência corresponde a dois grupos de seis inquiridas que obtiveram pontuações de 25 a 29 e de 31 a 33. Segue-se o grupo de 4 casos com as pontuações de 22 a 24. No quadro 3.35, observam-se a média de 28,65 (ligeiramente mais elevada que a anterior) e o desvio-padrão de 5,85 (ligeiramente inferior). Nesta distribuição, o número de casos com pontuações superiores à média é de 10 casos, correspondendo a 50% da população em estudo. Significa que metade do grupo tem tendência para se percepcionar com boa vitalidade física e a outra metade percepciona-se como tendo má vitalidade física.

O gráfico 3.31 C revela que a maior frequência (8 casos) corresponde ao grupo que obteve pontuações compreendidas entre 25 e 29. Segue-se o grupo de 4 inquiridas que obtiveram pontuações compreendidas entre 30 e 33. Pelo quadro 3.35, verifica-se que um ano depois da mastectomia a média é de 26,95 (aproxima-se da média antes da mastectomia) e o desvio-padrão é de 5,55 (é o mais baixo). Nesta distribuição, o número de casos com pontuações superiores à média é de 12, correspondendo a 60% da população (N = 20). Significa que as mulheres têm tendência para se percepcionarem como tendo uma boa vitalidade física um ano depois de se ter realizado a mastectomia.

No entanto, é necessário recordar que 40% se percepciona como tendo má vitalidade física.

Gráfico 3.31A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má vitalidade física, antes da mastectomia

```
Frequência     caule e folha

    1,00         1 .  2
    1,00         1 .  8
    5,00         2 .  00133
    5,00         2 .  67999
    6,00         3 .  001123
    2,00         3 .  56

Largura do caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.31B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má vitalidade física, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    1,00         1 .  6
    4,00         2 .  2334
    6,00         2 .  556789
    6,00         3 .  112233
    2,00         3 .  67
    1,00         4 .  0

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.31C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor boa ou má vitalidade física, um ano depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    3,00         1 .  689
    3,00         2 .  044
    8,00         2 .  56789999
    4,00         3 .  0013
    2,00         3 .  66

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Comportamento não verbal

Quanto às pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4, os gráficos 3.32 A, B e C ilustram a sua distribuição.

O gráfico 3.32 A, relativo às pontuações obtidas antes da realização da mastectomia, revela que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo de inquiridas que obteve 12 e 13 pontos, seguindo-se o grupo de 4 inquiridas com a pontuação 15. No quadro 3.35, observa-se o desvio-padrão de 3,16 e a média de 14,9. Pela observação do gráfico, verifica-se que 12 casos (60%) da população (N = 20) apresentam pontuações superiores à média.

O gráfico 3.32 B, relativo ás pontuações obtidas pelas mulheres seis meses depois da mastectomia, revela que a maior frequência (9 casos) corresponde ao grupo de inquiridas que obteve 16 e 17 pontos, seguindo-se o grupo de 4 inquiridas com as pontuações de 14 e 15. O desvio-padrão é de 2,9 (inferior) e a média de 15,3 (ligeiramente mais elevada que a anterior). Através do gráfico verifica-se que 12 casos (60%) da população apresentam pontuação superior à média, tal como antes da mastectomia.

O gráfico 3.32 C, relativo às pontuações obtidas pelas mulheres um ano depois da mastectomia, revela que a maior frequência (7 casos) corresponde ao grupo de inquiridas que obteve 16 e 17 pontos, seguindo-se o grupo de 5 inquiridas com as pontuações de 12 e 13. O desvio-padrão é de 2,9 (igual ao dos seis meses) e a média é também a mesma (15,3). O número de casos com pontuações superiores à média é de 11, o que corresponde a 55% da população em estudo.

Gráfico 3.32A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor comportamento não verbal, antes damastectomia

Frequência	Caule e folha
3,00	1 . 000
5,00	1 . 23333
4,00	1 . 5555
3,00	1 . 667
3,00	1 . 889
2,00	2 . 00

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)

Gráfico 3.32B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor comportamento não verbal, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    3,00        1 .  001
    1,00        1 .  2
    4,00        1 .  4445
    9,00        1 .  666666777
    1,00        1 .  9
    2,00        2 .  00

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.32C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor comportamento não verbal, um ano depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    2,00        1 .  01
    5,00        1 .  22333
    2,00        1 .  45
    7,00        1 .  6666777
    1,00        1 .  8
    3,00        2 .  000

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Insatisfação ou satisfação sexual

Relativamente às pontuações obtidas pelas inquiridas, quanto à «insatisfação ou satisfação sexual», nos três momentos do estudo, os gráficos 3.33 A, B e C ilustram a sua distribuição. O gráfico 3.33 A revela que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo que obteve a pontuação 10. Segue-se o grupo de três casos com a pontuação 7. No quadro 3.35, observa-se a média das pontuações obtidas pelas inquiridas, que é de 10,5 e o desvio-padrão que é de 2,78. As mulheres com pontuações superiores à média do grupo referem satisfação sexual; as que apresentam pontuações inferiores à média do grupo têm insatisfação sexual. Observando o gráfico verifica-se que 45% têm pontuação acima da média, isto é, 55% têm tendência para se percepcionarem como insatisfeitas na actividade sexual.

No gráfico 3.33B, relativo às pontuações obtidas seis meses após a mastectomia, a maior frequência (4 casos) corresponde a dois grupos que obtiveram as pontuações 7 e 11, respectivamente. Seguem-se dois grupos de 3 casos com as pontuações 6 e 8. No quadro 3.35, observa-se a média das pontuações obtidas pelas inquiridas que é de 9,25 (ligeiramente inferior à anterior) e o desvio-padrão de 2,71. Observando o gráfico 3.33 B, verifica-se que 45% têm pontuação superior à média, o que significa que a maior percentagem (55%) apresenta insatisfação sexual, tal como antes da mastectomia.

Por sua vez, o gráfico 3.33 C revela que a maior frequência (9 casos) corresponde ao grupo que obteve a pontuação 11. Segue-se o grupo de 3 casos com a pontuação 9. No quadro 3.35, observa-se a média das pontuações obtidas pelas inquiridas que é de 9,25, como a anterior e o desvio-padrão de 2,48. Observando o gráfico, verifica-se que 55% das mulheres em estudo têm pontuação superior à média, um ano após a mastectomia.

3.3.3 – Autoconceito social e emocional

Seguidamente analisam-se os aspectos do autoconceito social e emocional do 3º estudo. Nos gráficos 3.34 A, B e C, observam-se as pontuações obtidas pelas inquiridas. Relativamente ao momento «antes da mastectomia», o gráfico 3.34 A revela que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obteve pontuações compreendidas entre 75 e 78. Seguem-se três grupos de três casos com pontuações de 60 a 63; 66 a 68 e 82 a 84, respectivamente. Observam-se, no quadro 3.37, os valores extremos 58; 60; 61; 63 e 66, que correspondem às pontuações mais baixas obtidas por cinco inquiridas e os valores extremos mais altos que correspondem às pontuações 84; 85; 89 e 90 de quatro inquiridas. No quadro 3.35, verifica-se que a média das pontuações obtidas é de 74,2 e o desvio-padrão de 9,65. De acordo com o explicitado na metodologia e observando os valores representados no gráfico 3.34 A, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores à média (74,2), podem-se considerar com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores, sendo estas 55% do total da população em estudo (N = 20).

Gráfico 3.33A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor insatisfação ou satisfação sexual, antes da mastectomia

```
 Frequência     Caule e folha
    1,00         6 .  0
    3,00         7 .  000
    2,00         8 .  00
     ,00         9 .
    5,00        10 .  00000
    2,00        11 .  00
    2,00        12 .  00
    1,00        13 .  0
    2,00        14 .  00
    2,00        15 .  00
Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.33B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor insatisfação ou satisfação sexual, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    3,00         6 .  000
    4,00         7 .  0000
    3,00         8 .  000
    1,00         9 .  0
    2,00        10 .  00
    4,00        11 .  0000
     ,00        12 .
    1,00        13 .  0
    1,00        14 .  0
    1,00        15 .  0
Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.33C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor insatisfação ou satisfação sexual, um depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    1,00         4 .  0
    2,00         5 .  00
     ,00         6 .
    2,00         7 .  00
    1,00         8 .  0
    3,00         9 .  000
    1,00        10 .  0
    9,00        11 .  000000000
     ,00        12 .
    1,00        13 .  0
Largura caule:      1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No gráfico 3.34 B, observam-se as pontuações obtidas pelas mulheres seis meses após a mastectomia, verificando-se que a maior frequência está distribuída por cinco grupos de 3 casos com as pontuações que seguem: 60 a 62; 70 a 74; 80 a 83; 86 a 89 e 91 a 93, respectivamente. Observam-se no quadro 3.37 os valores extremos 54; 60; 62; e 67, que correspondem às pontuações mais baixas e os mais altos que correspondem às pontuações 89; 91; 92; 93 e 97. De notar o caso nº 21, que passa da pontuação máxima (90) antes da mastectomia para um valor extremamente baixo (54), seis meses após aquela. O caso nº 7 passa da pontuação 89 para 92 (a pontuação aumenta aos seis meses). No quadro 3.35, observa-se que a média das pontuações obtidas é de 77,9 (mais elevada que a anterior) e o desvio-padrão de 12,37 (mais elevado). Perante os valores representados no gráfico 3.34 B, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores à média (77,9) podem considerar-se com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores, repartindo-se neste caso em igual percentagem - 50%.

Gráfico 3.34A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social, antes da mastectomia

Frequência	Caule e folha
1,00	5 . 8
3,00	6 . 013
3,00	6 . 678
2,00	7 . 23
5,00	7 . 56788
3,00	8 . 224
2,00	8 . 59
1,00	9 . 0

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)

Gráfico 3.34B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social, seis meses depois da mastectomia

Frequência	Caule e folha
1,00	5 . 4
,00	5 .
3,00	6 . 022
1,00	6 . 7
3,00	7 . 044
2,00	7 . 77
3,00	8 . 023
3,00	8 . 689
3,00	9 . 123
1,00	9 . 7

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)

Gráfico 3.34C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no autoconceito social, um ano depois da mastectomia

```
 Frequência     Caule e folha

     2,00        5 .  24
      ,00        5 .
     2,00        6 .  24
     1,00        6 .  6
     1,00        7 .  0
     4,00        7 .  5688
     4,00        8 .  0034
     4,00        8 .  5677
     1,00        9 .  1
     1,00        9 .  6
Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso (s) case(s)
```

Observando o gráfico 3.34 C, relativo às pontuações obtidas pelas mulheres um ano após a realização da mastectomia, verifica-se que a maior frequência (12 casos – 3 grupos de 4) corresponde ao grupo de mulheres com pontuações compreendidas entre 75 e 87. Observam-se no quadro 3.37 os valores extremos 52; 54; 62; 64 e 66, que correspondem às pontuações mais baixas e os valores extremos mais altos que correspondem às pontuações 86;87; 91 e 96. De salientar o caso nº 6 que mantêm pontuações idênticas nos três momentos do estudo (82; 89 e 86) e o caso nº 17 que se mantêm também nos três momentos ao mesmo nível de pontuação (63; 62 e 62). No quadro 3.35, observa-se que a média das pontuações é de 76,7 e o desvio-padrão de 11,88. Analisando os valores representados, no gráfico 3.34 C, verifica-se que as mulheres com pontuações superiores à média podem considerar-se com melhor autoconceito do que as que apresentam valores inferiores e correspondem a 60% (a pontuação mais elevada dos três momentos).

Foram calculados os «percentis» (quadro 3.38) da distribuição das pontuações obtidas por cada inquirida e obtiveram-se os resultados que se seguem.

Para N = 20, significa que uma mulher com uma pontuação abaixo de 58,1; 54,3 ou 52,1 está no «percentil» 5, isto é, as outras 75% têm autoconceito mais elevado. As mulheres com pontuação abaixo de 75,5, 78,5 e 79 estão no «percentil»

Quadro 3.37 – Valores extremos do autoconceito social nos três momentos do estudo

Autoconceito social e emocional	Caso número	Pontuações
Antes da mastectomia		
Altos		
1	21	90
2	7	89
3	13	85
4	3	84
5	6	82
Baixos		
1	20	58
2	32	60
3	19	61
4	17	63
5	16	66
Seis meses depois		
Altos		
1	16	97
2	32	93
3	7	92
4	5	91
5	6	89
Baixos		
1	21	54
2	19	60
3	17	62
4	34	62
5	20	67
Um ano depois		
Altos		
1	13	96
2	16	91
3	18	87
4	5	87
5	6	86
Baixos		
1	32	52
2	20	54
3	17	62
4	14	64
5	8	66

Quadro 3.38 – Percentis da distribuição das pontuações obtidas no autoconceito social nos três momentos do estudo

Percentis	5	10	25	50	75	90	95
Antes da mastectomia	58,1	60,1	66,2	75,5	82	88,6	89,9
Seis meses depois	54,3	60,2	67,7	78,5	88,7	92,9	96,8
Um ano depois	52,1	54,8	67	79	85,7	90,6	95,7

50 e terão um autoconceito mais elevado do que as anteriores e as outras 50% terão o autoconceito ainda mais elevado. As mulheres com pontuações de 82; 88,7 e 85,7 encontram-se no «percentil» 75 e têm o autoconceito mais elevado do que as anteriores e apenas 25% têm o autoconceito superior.

No percentil» 95, encontram-se as mulheres com as pontuações máximas.

Aceitação ou rejeição social

Os gráficos 3.35 A, B e C apresentam as pontuações obtidas pelas mulheres quanto à aceitação ou rejeição social nos três momentos do estudo.

No gráfico 3.35 A, observa-se que a maior frequência (7 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram 14 e 15 pontos. Segue-se o grupo de mulheres (4 casos) com pontuações de 20 e 21. No quadro 3.35, observam-se as medidas de tendência central e de dispersão. A média das pontuações obtidas é de 17.6 e o desvio-padrão de 3,57. As mulheres, com pontuações abaixo da média, poderão ter a percepção de rejeição social, enquanto que as com pontuações superiores à média poderão ter a percepção de aceitação social. Analisando o gráfico 3.35 A, verifica-se que 50% das mulheres apresentam pontuações superiores à média.

Seis meses depois da mastectomia, observa-se, no, gráfico 3.35 B, que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram 20 e 21 pontos.

Gráfico 3.35A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor aceitação ou rejeição social, antes da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

    1,00        1 .  1
     ,00        1 .
    7,00        1 .  4444555
    2,00        1 .  77
    3,00        1 .  899
    4,00        2 .  0001
    2,00        2 .  22
    1,00        2 .  5

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.35B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor aceitação ou rejeição social, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

    3,00        1 .  555
    3,00        1 .  667
    4,00        1 .  8899
    5,00        2 .  00011
    4,00        2 .  2333
    1,00        2 .  5

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.35C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor aceitação ou rejeição social, um ano depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

    1,00 Extremos    (=<9,0)
    1,00       15 .  0
    5,00       16 .  00000
    2,00       17 .  00
    1,00       18 .  0
    4,00       19 .  0000
    3,00       20 .  000
    1,00       21 .  0
     ,00       22 .
     ,00       23 .
    1,00       24 .  0
    1,00 Extremos    (>=29,0)

Largura caule:1,00
cada folha:1 caso(s)
```

Seguem-se dois grupos de mulheres de 4 casos com pontuações de 18/19 e 22/23. No quadro 3.35, observa-se a média das pontuações que é de 19,3 e o desvio-padrão de 3,02. Analisando o gráfico 3.35B, conclui-se que 50% das mulheres apresentam pontuações superiores à média.

No gráfico 3.35 C, relativo às pontuações obtidas pelas inquiridas um ano após a mastectomia, verifica-se que a maior frequência (5 casos) corresponde ao grupo de mulheres que obtiveram a pontuação 16. Segue-se o grupo de 4 mulheres com a pontuação 19. No quadro 3.35, observa-se que a média é de 18,3 e o desvio-padrão de 3,92. Comparando esta com os valores obtidos, no gráfico 3.35 B, confirma-se que 50% tem percepção de aceitação social e as outras 50% de rejeição social.

Auto-eficácia

Os gráficos 3.36 A, B e C ilustram a distribuição numérica das pontuações obtidas pelas mulheres no factor 2, que traduz a auto-eficácia.

Antes da mastectomia, observa-se (gráfico 3.36 A) que a frequência mais elevada se refere ao grupo de 4 casos com pontuações de 20 e 21, seguindo-se três grupos de 3 casos com as pontuações 18 e 19; 22 e 23; 24 e 25. No quadro 3.35, observa-se que a média das pontuações é de 20,35 e o desvio-padrão de 3,89. As mulheres com pontuações inferiores à média terão a percepção de auto-eficácia mais negativa do que as restantes. No presente estudo e de acordo com os resultados apresentados no gráfico 3.36 A, 55% das inquiridas apresentam pontuações superiores à média.

No gráfico 3.36 B, observa-se que a frequência mais elevada se refere ao grupo de 8 casos, que obteve pontuações compreendidas entre 20 e 24,seguindo-se o grupo de 6 casos com pontuações compreendidas entre 16 e 19. No quadro 3.35, verifica-se que a média das pontuações é de 21,61 (ligeiramente superior à anterior) e o desvio-padrão é de 4,62. De acordo com esta média e os resultados apresentados no gráfico, conclui-se que 50% das mulheres apresentam pontuações superiores à média.

Um ano após a mastectomia verifica-se que a frequência mais elevada se refere ao grupo de 5 mulheres (gráfico 3.36 C) que obteve as pontuações 20 e 21, seguindo-se o grupo de 4 casos com as pontuações 22 e 23. No quadro 3.35 observa-se que a média das pontuações é de 19,55 e o desvio padrão de 3,99. Comparando a média com os resultados apresentados no gráfico, conclui-se que 60% das mulheres apresentam pontuações superiores à média.

Gráfico 3.36A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor auto-eficácia, antes da mastectomia

```
Frequência    Caule e ffolha

    1,00        1 .  3
    2,00        1 .  55
    2,00        1 .  67
    3,00        1 .  889
    4,00        2 .  0111
    3,00        2 .  223
    3,00        2 .  455
    2,00        2 .  66

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.36B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor auto-eficácia, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

    1,00        1 .  2
    6,00        1 .  668899
    8,00        2 .  00123344
    4,00        2 .  6688
    1,00        3 .  0

Largura caule:10,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.36C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor auto-eficácia, um ano depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

     ,00        1 .
    2,00        1 .  22
    2,00        1 .  44
    1,00        1 .  7
    3,00        1 .  899
    5,00        2 .  00111
    4,00        2 .  2223
    2,00        2 .  44
    1,00        2 .  6
```

```
Largura folha:      10,00
Cada folha:       1 caso(s)
```

Maturidade psicológica

Relativamente às pontuações obtidas, pelas mulheres no factor três, antes da realização da mastectomia, o gráfico 3.37 A ilustra a sua distribuição, revelando que a frequência mais elevada (5 casos) corresponde às mulheres que obtiveram a pontuação 17. Seguem-se dois grupos de três casos com as pontuações 15 e 19. No quadro 3.35, observa-se que a média é de 15,75 e o desvio-padrão de 2,59. As mulheres com valores superiores à média perfazem o total de 60%, traduzindo assim maturidade psicológica positiva.

No gráfico 3.37 B, analisa-se a distribuição das pontuações obtidas pelas mulheres seis meses após a mastectomia. Verifica-se que a frequência mais elevada (4 casos) corresponde às mulheres com a pontuação 16. Seguem-se 2 grupos de 3 casos com as pontuações 12 e 20. No quadro 3.35, observa-se a média, cujo valor é de 16,3 (ligeiramente mais elevada que a anterior) e o desvio-padrão de 2,63. As mulheres com pontuações superiores à média perfazem o total de 45%. Conclui-se, assim, que o número de mulheres com pontuações inferiores à média é superior (55%) ao do momento «antes da mastectomia».

Quanto às pontuações obtidas pelas mulheres um ano depois da mastectomia, observa-se, no gráfico 3.37 C que a frequência mais elevada corresponde a 9 casos com as pontuações compreendidas entre 16 e 18. No quadro 3.35, observa-se que a média é de 16 (inferior à média dos 6 meses) e o desvio-padrão 2,47 (ligeiramente superior). As mulheres com pontuações superiores à média perfazem o total de 45%.

Impulsividade ou actividade

Através dos gráficos 3.38 A, B e C, observam-se as pontuações obtidas pelas inquiridas no factor 4, que traduz impulsividade ou actividade nos três momentos do estudo.

Gráfico 3.37A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor maturidade psicológica, antes da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    1,00        10 .  0
     ,00        11 .
    2,00        12 .  00
    2,00        13 .  00
     ,00        14 .
    3,00        15 .  000
    2,00        16 .  00
    5,00        17 .  00000
    2,00        18 .  00
    3,00        19 .  000

Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.37B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor maturidade psicológica, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência     caule e folha

    3,00        12 .  000
     ,00        13 .
    2,00        14 .  00
    2,00        15 .  00
    4,00        16 .  0000
    2,00        17 .  00
    2,00        18 .  00
    2,00        19 .  00
    3,00        20 .  000

Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.37C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor maturidade psicológica, um ano depois da mastectomia

```
Frequência     Caule e folha

    2,00        12 .  00
    2,00        13 .  00
    2,00        14 .  00
    2,00        15 .  00
    3,00        16 .  000
    3,00        17 .  000
    3,00        18 .  000
    1,00        19 .  0
    2,00        20 .  00

Largura do caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

No gráfico 3.38 A, estão representadas as pontuações obtidas pelas mulheres antes da realização da mastectomia, verificando-se que a frequência mais elevada (5 casos) corresponde ao grupo que obteve a pontuação 10. Segue-se o grupo de 4 casos com a pontuação 15. A média das pontuações é de 11,8 e o desvio-padrão de 2,23 (quadro 4.35). O maior número de mulheres tem pontuações inferiores à média, com cerca de 55%.

Relativamente às pontuações obtidas seis meses após a mastectomia, o gráfico 3.38 B ilustra os seus valores. Verifica-se que a frequência mais alta é também de 5 casos com a pontuação 11, tal como no período anterior. Seguem-se dois grupos de 4 casos com pontuações de 14 e 15. A média das pontuações é de 12,6 e o desvio-padrão de 1,93. Cerca de 55% das mulheres apresentam pontuações superiores à média, ao contrário do momento anterior.

Um ano depois da mastectomia (gráfico 3.38 C) observa-se que a frequência mais elevada é relativa a 6 casos com a pontuação 12, seguindo-se o grupo de 4 casos com a pontuação 14. A média das pontuações é de 12,5 e o desvio-padrão de 2,78. Cerca de 45% das mulheres têm pontuações superiores à média. Um ano após a mastectomia surge de novo a tendência negativa do factor.

Gráfico 3.38A - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor impulsividade ou actividade, antes da mastectomia

Frequência	Caule e folha
3,00	9 . 000
5,00	10 . 00000
3,00	11 . 000
1,00	12 . 0
2,00	13 . 00
2,00	14 . 00
4,00	15 . 0000

Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)

Gráfico 3.38B - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor impulsividade ou actividade, seis meses depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha
    2,00        9 .  00
     ,00       10 .
    5,00       11 .  00000
    2,00       12 .  00
    3,00       13 .  000
    4,00       14 .  0000
    4,00       15 .  0000

Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

Gráfico 3.38C - Distribuição numérica das pontuações obtidas pelas inquiridas no factor impulsividade ou actividade, um ano depois da mastectomia

```
Frequência    Caule e folha

    3,00       10 .  000
    2,00       11 .  00
    6,00       12 .  000000
    2,00       13 .  00
    4,00       14 .  0000
    3,00       15 .  000

Largura caule:1,00
Cada folha:1 caso(s)
```

3.3.4 – Autoconceito físico e autoconceito social segundo os grupos etários

A tabela 3.18 mostra as médias e desvios-padrão obtidos tanto para o autoconceito físico total, como para o autoconceito social e emocional, nos três momentos (antes da mastectomia, 6 meses e um ano após aquela), segundo os grupos etários.

O grupo etário que apresenta as médias mais elevadas (132,2 A; 131,7B e 138,6C) é o dos 40 aos 49 anos (N = 7 A e B; N = 6 C). Neste grupo nota-se que a média mais elevada (138,6) corresponde ao período de «um ano depois da mastectomia», apesar de ter menos um elemento do que nos dois primeiros momentos. A média, correspondente ao período «seis meses depois da mastectomia», é a mais baixa (131,7, N = 7).

Segue-se o grupo etário dos 60 aos 69 anos, que obteve a média mais alta (138,8, N = 5) um ano depois da mastectomia; e a mais baixa (130; N = 7), seis meses após a intervenção. De notar que, nestes dois grupos etários, as médias mais

Tabela 3.18- Médias do autoconceito físico e social segundo o grupo etário e os três momentos do estudo

Grupos etários		tacfa	tacfb	tacfc	total C	total B	total A
40 - 49	Média	132,2	131,7	138,6	77,2	77,8	73,7
	N	7	7	6	6	7	7
	Dpadrão	13,2	14,5	14,1	9,9	12,5	10,4
50 - 59	Média	128,5	140,6	123,3	73,7	79,6	76,5
	N	7	5	4	4	5	7
	Dpadrão	12,8	14,1	18,1	14,8	11,9	8,2
60 - 69	Média	136,4	130	138,8	78,2	76,1	74,8
	N	8	7	5	5	7	8
	Dpadrão	13,9	20,2	23,3	8,9	15,3	9,5
70 - 79	Média	132,8	119,7	122,8	77	71,6	74,4
	N	11	9	5	5	9	11
	Dpadrão	17,9	17,7	21,9	17,4	12,1	11,8
80 - 89	Média	114	111	,	,	51	58
	N	1	1	,	,	1	1
	Dpadrão	,	,	,	,	,	,
N/respon-	Média	142		,	,	,	71
deu	N	1		,	,	,	1
	Dpadrão	,	,	,	,	,	,
Total	Média	132,4	128,4	131,7	76,7	74,9	74,2
	N	35	29	20	20	29	35
	Dpadrão	14,6	17,7		11,9	13,2	10

tacfa - total autoconceito físico antes da mastectomia
tacfb - total autoconceito físico seis meses depois da mastectomia
tacfc - total autoconceito físico um ano depois da mastectomia
Total C - total autoconceito social um ano depois da mastectomia
Total B - total autoconceito social seis meses depois da mastectomia
Total A - total autoconceito social antes da mastectomia

altas correspondem ao período de um ano depois da mastectomia, apesar do número de sujeitos ter diminuído.

O grupo dos 50 aos 59 anos, aos seis meses, apresenta a média mais elevada de todos os grupos (140,6, N = 5), apesar de ter perdido dois elementos. A sua média mais baixa corresponde ao período de um ano após a mastectomia.

O grupo dos 70 aos 79 anos apresenta a média mais alta (132,8, N = 11) antes da mastectomia. Perde dois elementos até aos seis meses e neste obtém a média mais baixa (119,7, N = 9). Um ano após a mastectomia, apesar de ter perdido mais quatro elementos, apresenta uma média (122,8, N = 5) superior à dos seis meses.

Quanto aos aspectos do autoconceito social e emocional, a tabela 3.18, mostra, também, as médias e desvios-padrão, nos três momentos do estudo e segundo os grupos etários.

O grupo etário com médias mais elevadas (76,5; 79,6 e 73,7) é o dos 50 aos 59 anos. Neste grupo nota-se que a média mais elevada (79,6, N = 5) corresponde ao período dos seis meses com a perda de dois elementos. A média mais baixa (73,7, N = 4) corresponde ao período de um ano após a mastectomia.

Segue-se o grupo etário dos 60 aos 69 anos com a média mais alta (78,2, N =5), um ano após a mastectomia. Este grupo apresenta a média mais baixa (74,8, N = 8) antes da realização da mastectomia. A média sobe à medida que se afastam do período da realização da mastectomia.

O grupo dos 40 aos 49 anos tem a média mais baixa (73,7, N = 7), relativamente ao período antes da mastectomia. Sobe para a média de 77,8 (N = 7) seis meses depois e mantém (aproximadamente) a média (77,2, N = 6) um ano depois da mastectomia.

O grupo dos 70 aos 79 anos apresenta a média mais baixa (71,6, N = 9) seis meses depois da mastectomia e sobe para a média de 77 (N = 5) um ano após a mastectomia, depois de ter perdido seis elementos.

3.3.5 – Variabilidade do autoconceito físico e do autoconceito social ao longo do tempo

Para testar a variabilidade do autoconceito físico e do social ao longo dos três momentos, utilizou-se o teste de Friedman. Os resultados da dupla análise de variância por postos – o X^2 de Friedman - estão ilustrados no quadro 3.39.

Verifica-se que a média ordinal é semelhante antes da mastectomia e seis meses depois, no que se refere ao autoconceito físico, notando-se que é mais elevada um ano depois. Quanto ao autoconceito social e emocional, a média ordinal mais elevada (2,17) é a dos seis meses após a mastectomia, seguida da média relativa a um ano depois (2,03), sendo a mais baixa relativa ao momento antes da mastectomia (1,80).

No entanto, os resultados do teste revelam que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social varie ao longo do tempo, isto é, entre o primeiro, o segundo e o terceiro momentos do estudo, para $\alpha = 0,05$. Portanto não se rejeita a hipótese nula.

Quadro 3.39 – Teste X^2 de Friedman relativo ao autoconceito físico e social em função dos três momentos do estudo

Momentos	Antes Da mastectomia N = 20 Média ordinal	Seis Meses depois N = 20 Média ordinal	Um ano depois N = 20 Média ordinal	X^2 N = 20	p
Autoconceito físico	1,83	1,95	2,22	1,696	> 0,05
Autoconceito social	1,80	2,17	2,03	1,443	> 0,05

3.3.6 – Associação do autoconceito físico com o autoconceito social

O quadro 3.40 mostra as correlações obtidas entre a nota global do autoconceito físico e a nota global do autoconceito social e emocional nos três momentos do estudo.

Conforme se pode depreender das correlações assinaladas no referido quadro, os resultados obtidos para as mulheres em estudo atingem um valor altamente significativo ($p < 0,001$).

Quadro 3.40 – Correlações do autoconceito físico com o social nos três momentos do estudo

Variáveis	N	Rs	p
TacfA x tacA	**35**	**0,578**	**0,000**
TacfB x tacB	**29**	**0,794**	**0,000**
TacfC x tacC	**20**	**0,590**	**0,006**

Legenda:

TacfA x tacA– total autoconceito físico vezes o total do autoconceito social antes da mastectomia

TacfB x tacB – total do autoconceito físico vezes o total do autoconceito social seis meses depois da mastectomia

TacfC x tacC – total do autoconceito físico vezes o total do autoconceito social um ano após a mastectomia

Note-se que a correlação mais elevada se refere à associação do autoconceito físico com o autoconceito social e emocional seis meses depois da mastectomia (TacfB x tacB = 0,794, p <0,001). As outras associações são igualmente positivas e significativas, mas mais baixas.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados estabelece a ligação entre todas as etapas do processo de investigação e dá-lhe significado. Este capítulo inclui a interpretação dos resultados mais significativos, bem como as limitações que foram identificadas durante toda a realização dos diferentes estudos. A generalização é discutida de acordo com as limitações encontradas.

A partir da interpretação dos resultados, elaboraram-se as conclusões, que, por sua vez, são discutidas em termos das suas implicações no desenvolvimento do conhecimento nos cuidados de saúde. O capítulo termina com as recomendações julgadas pertinentes para futuras investigações.

4.1 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos são interpretados seguindo a sequência dos três estudos que foram realizados. Em primeiro lugar, são interpretados os resultados do estudo relativo às mulheres que fizeram mastectomia nos anos 1996, 1997 e 1998; em segundo lugar, os resultados do estudo realizado durante o ano 2000 das mulheres com cancro da mama internadas nos serviços, aguardando a mastectomia e, em terceiro lugar, o estudo realizado durante 2000 e 2001, seis meses e um ano depois da mastectomia, respectivamente.

4.1.1 – Mulheres mastectomizadas durante os anos 1996, 1997 e 1998

Numa população de 165 mulheres, o grupo etário dos 50 aos 59 anos é o que apresenta mais casos nos Açores (17%), assim como no total da população em estudo. Em Vila Nova de Gaia o grupo dos 60 aos 69 anos apresenta-se com maior número de casos (10,3%). A média das idades assume o valor de 59,9, a mediana é

de 60 e o desvio-padrão de 14,3 no total da população em estudo. Nos Açores a média é de 61 e de 57,9 em Vila Nova de Gaia.

Os resultados apresentados estão concordantes com os de alguns autores. A maior parte dos casos são diagnosticados aos 40 anos e mais de idade. Cerca de 80% dos casos ocorre em mulheres com idade superior aos 50 anos (Crane, 2000; Henney, 1988). A incidência aumenta aproximadamente na idade dos 50, mantém-se até aos 55 anos e depois começa a decrescer (Abeloff, 1995). Segundo Lewis (1993), dois terços dos casos acontecem após a menopausa. Todavia, para Anelli (1996), os casos mais frequentes ocorrem em 21% das mulheres na pré-menopausa e 29% na pós-menopausa.

Estudos realizados por outros autores obtiveram amostras com idades idênticas. Jahkola (1998), no estudo que realizou sobre «Self-perception of women after early breast cancer surgery», obteve uma amostra de 56 mulheres com mastectomia radical, cuja média de idades era de 61,8. Por seu lado, Fries (1996), no estudo que realizou sobre «Os efeitos da mastectomia nas dimensões psicológica, experiência psicossocial e comportamentos das mulheres afectadas», obteve a média de idades de 55,73.

Parece que o grupo etário dos 50 aos 59 anos é o que apresenta maior risco de contrair cancro da mama. Poderá estar relacionado com as alterações hormonais relativas aos períodos de pré e pós-menopausa, para além de outros factores (culturais, ambientais e familiares).

Tanto nos Açores como em Vila Nova de Gaia, predominam as mulheres casadas com 39,4% e 26,7%, respectivamente. Estudos realizados por outros autores revelam que as casadas são em maior número. No estudo de Jahkola (1998), numa amostra de 56 mulheres, 54% eram casadas. Segundo Silva (1998), no estudo que realizou «Conviver com a mastectomia», das 20 mulheres que constituíam a amostra, a maior parte correspondia ao grupo das casadas.

Das 165 mulheres em estudo, 66,1% têm a instrução primária, verificando-se a mesma situação nas duas regiões (Açores – 43,6%, N = 104 e Vila Nova de Gaia – 22,4%, N = 61). Esta situação explica-se pelo analfabetismo existente nos Açores.

Actualmente, segundo os dados do Censo de 2001[138], mais de 34 mil açorianos não têm qualquer grau de ensino, e desses há mais de 19 mil que têm 10 anos ou mais anos de idade, perfazendo 9,4% da população insular. Cerca de 47,8% das mulheres açorianas são analfabetas. Embora o analfabetismo seja mais acentuado nesta região, a nível nacional também predomina em muitas regiões.

No entanto, no estudo de Jahkola (1998, Finlândia), a maior percentagem correspondia também a mulheres só com a instrução primária, com 46%. No estudo de Silva (1998), também predominam as mulheres com instrução primária incompleta. Esta falta de habilitações poderá estar relacionada com as idades das mulheres em estudo. Há 40 e 50 anos atrás poucas mulheres seguiam os estudos.

O grupo em estudo na sua maioria é constituído por domésticas (64,8%, N = 165). Nos Açores o número de domésticas é superior ao de Vila Nova de Gaia (Açores – 50,3%, N = 104; Vila Nova de Gaia – 14,5%, N = 61). O facto de tão elevado número de mulheres serem domésticas poderá estar relacionado com a falta de habilitações e, nos Açores, também com a falta de oportunidades de emprego.

Segundo os objectivos do presente estudo, pretendeu-se avaliar os níveis de autoconceito físico e aspectos do autoconceito social e emocional das mulheres portadoras de cancro da mama sujeitas a mastectomia durante 1996, 1997 e 1998 e comparar estes níveis em duas áreas geográficas distintas (Região Autónoma dos Açores e Vila Nova de Gaia).

Os resultados, contidos no presente estudo, revelam existir tendências positivas e negativas, pois que, as pontuações obtidas por 51% das mulheres apresentam valores abaixo da média (131,1) do grupo, mas, no entanto quase metade do grupo tem o autoconceito de sentido positivo.

Pensa-se que quando surgem situações de doença crónica ou mutilante, a pessoa tem tendência a percepcionar-se de forma negativa e podem surgir distúrbios do autoconceito. De acordo com o que está definido no quadro de referência e segundo Carpenito (1997), o distúrbio do autoconceito é um «estado em que o

---

[138] **Instituto Nacional de Estatística**

indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança negativa na maneira de sentir, pensar ou de ver a si mesmo». Os distúrbios de autoconceito podem surgir como uma reacção a problemas de saúde. Um dos factores mais conhecidos é o fisiopatológico, que está relacionado com mudanças na aparência física, resultantes da perda de parte do corpo. A mulher com cancro da mama, e tratada com mastectomia, provavelmente sentir-se-á fisicamente mutilada, apresentando alterações do autoconceito.

Os resultados do presente estudo são concordantes com os do estudo realizado por Curbow (1990), que afirma que as mulheres com cancro da mama cujo tratamento cause mutilação extensa do corpo, podem vir a ter mudanças no autoconceito, que são muito diferentes daquelas que fazem tratamento menos invasivo.

Fernandes (1982)[139] observou que a importância dada à mama se apresenta como uma característica simbólica. Quando este símbolo é amputado automaticamente perde a sua função e as mulheres passam a viver uma fase de desvalorização do seu corpo. Clapis (1997) afirma que ser mulher, após a mastectomia, significa ter um corpo doente e mutilado.

No entanto, embora esta seja uma tendência de grupo, há elementos com um bom autoconceito e alguns deles com pontuações elevadas, como se pode observar no capítulo 3 (análise de dados). Pode-se especular e admitir que estas diferenças revelam que, afinal, as mulheres mastectomizadas não são semelhantes nos seus comportamentos.

Na dimensão «boa ou má impressão física causada nos outros», que se pode manifestar por sentimentos de comparação com as outras pessoas em termos de perfeição estética, observou-se que 55,7% das mulheres apresentaram pontuações superiores à média (19,6). Estas parecem percepcionarem-se como pessoas fisicamente atraentes. O «item» «*considero-me uma pessoa fisicamente atraente*», obteve as percentagens mais elevadas nas categorias «concordo muito, muitíssimo e moderadamente». Por exemplo, o «item» «*sob o ponto de vista físico causo uma boa impressão nas outras pessoas*» tem pontuações elevadas em 78,1% da população, o

---

[139] ***Apud*, Raimunda Magalhães Silva e Marli Vilela Mamede, *Conviver com a mastectomia*, p. 17**

que vem de encontro ao que está explicitado no quadro de referência e defendido por Cooley [140](1902). Este defendeu que o «self» é formado pela imaginação daquilo que os outros pensam da nossa aparência, motivos, actos e carácter. Por outro lado, Hamachek (1979) também afirma que a parte mais visível do «self» é o corpo físico.

Embora esta seja uma tendência do grupo, há elementos com uma percepção negativa neste aspecto. Estes dados estão em consonância com o que foi verificado no estudo de Silva (1998), no qual, para uma das participantes, a integridade física e a preservação da beleza corporal eram fundamentais. Segundo Hopwood (1999), a maior parte das mulheres com mastectomia sentem-se menos atraentes fisicamente. Algumas referiram, sentirem-se menos femininas.

No contexto das mensagens não verbais, encontra-se a facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos, que está relacionada com aspectos como «quando escuto alguém que se me dirige, custa-me olhá-lo bem nos olhos». No presente estudo 52,12% das mulheres parecem percepcionar-se como tendo facilidade no contacto dos olhos, apesar de 47,88% se percepcionarem como tendo dificuldade. A forma negativa como a pessoa percebe o seu corpo, pode ter consequências importantes. Podem surgir sentimentos de vergonha que levem a dificultar o contacto dos olhos em presença de outras pessoas.

Relativamente à «vitalidade física», que está relacionada com aspectos como o exemplificado no «item» «*de modo geral posso dizer, que ao longo da vida, sempre fui um indivíduo com vitalidade*», 72,1% das mulheres responderam positivamente. Nesta dimensão, 54,5% das mulheres apresentaram pontuações superiores à média (26,6) e as restantes têm pontuações inferiores. Relativamente às que se percepcionam como tendo má vitalidade física, existem estudos que confirmam este resultado. Redfield (1995), num estudo que realizou junto de mulheres que tinham feito a mastectomia havia quatro anos, verificou que 53% destas declaravam que ainda sentiam reduzida vitalidade física.

---

[140] ***Apud*, John Hattie, *Self-concept*, p. 18**

Outro aspecto do autoconceito físico é o «comportamento não verbal». Das mulheres em estudo (N = 165), devido à mudança real na estrutura do seu corpo, correm o risco de apresentar perturbações na forma como percebem a sua imagem, que se pode manifestar numa resposta não verbal, isto é, vergonha, embaraço, culpa e, por vezes, repugnância. No que respeita ao autoconceito físico, este factor que é o único que apresenta tendência negativa, mas como os itens que o constituem são formulados na forma negativa, pode-se considerar que as mulheres tendem a não terem comportamentos não verbais, uma vez que 52% apresentam pontuações inferiores à média (15,4).

Uma das dimensões mais significativas do autoconceito físico das mulheres com cancro da mama e submetidas a mastectomia é a sexualidade. No presente estudo, 47,27% das mulheres apresentaram pontuações superiores à média (9,2), o que pode significar a tendência deste grupo para se percepcionarem como sexualmente satisfeitas. No entanto, há um grupo grande (52,73%) de mulheres que referem ter insatisfação sexual. O facto da mulher não ter uma mama ou as duas não significa alteração do funcionamento sexual, mas pode alterar a sensação da mulher sobre a sua sexualidade. Segundo Roper (1995), a mulher pode sentir que perdeu alguma da sua atracção sexual e teme que o marido/companheiro sinta repugnância pela aparência física dela. Existem diversos factores que podem influenciar a adaptação sexual das mulheres com mastectomia. Estes estão explicitados no quadro de referência.

Os resultados deste estudo estão de acordo com os do estudo de Jahkola (1998), no qual 59% das mulheres, com mastectomia (MRM), definiram-se como sexualmente activas, apesar de apresentarem valores mais baixos do que as que fizeram tratamento conservador da mama (BCT). A média do grupo MRM foi de 7,5 e a do grupo BCT foi de 10.

Silva (1998), no seu estudo, concluiu que a modificação no aspecto físico tem um impacto directo na sexualidade da mulher. Uma das explicações para a insatisfação sexual da mulher é proporcionada por Shover (1994), que afirma a infertilidade potencial ter também impacto no autoconceito da mulher como pessoa sexual. O tratamento sistemático pode quebrar a função sexual, originar menopausa prematura, perda de estrogénios, atrofia vaginal e, como tal, perda do desejo sexual.

Os níveis de autoconceito social e emocional, obtidos no total da população em estudo (N = 165), indicam que 50,3% das mulheres submetidas a mastectomia

apresentam pontuações abaixo da média do grupo (74,06). Estes resultados fazem supor que uma grande parte das mulheres se percepcionam de forma negativa e que será tanto mais acentuada quanto mais as pontuações que obtiveram se afastarem da média. Estes resultados são concordantes com os do autoconceito físico.

Tais resultados estão em consonância com o que está explicitado na revisão bibliográfica, quando se refere à mastectomia por cancro como uma situação que não afecta apenas os aspectos físicos da mulher. Na opinião de Feather e Wainstock (1989)[141] a mastectomia além de afectar significativamente a mulher e a família, afecta também outras pessoas do meio social envolvente. Segundo Wells e Marwell (1976)[142], a forma como uma pessoa se percebe e avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta.

Uma das dimensões mais significativas do autoconceito social e emocional das mulheres com cancro da mama e submetidas a mastectomia é a «aceitação/rejeição social». No presente estudo 52,13% das mulheres apresentaram pontuações inferiores à média (18,15). Estes resultados permitem afirmar que um número significativo de mulheres parecem ter a percepção de serem rejeitadas socialmente. O sentimento de rejeição pode ser expresso pelas próprias mulheres sob a forma da «não aceitação da mastectomia». No seu estudo, Silva (1998) verificou que as mulheres após a mastectomia demonstraram sentimentos de rejeição, vergonha, tristeza e solidão que, de certa forma, traduzem o significado atribuído por elas às suas experiências. Uma das participantes identificou a dor como sofrimento físico associado a desamparo e rejeição, pois referia que a dor se agravava com a reacção de rejeição demonstrada pelo marido.

Para William James (1932), o autoconceito social refere-se também à avaliação das competências do indivíduo. Estas estão relacionadas com a auto-eficácia. Das 165 mulheres participantes no estudo, 52,12% apresentaram pontuações inferiores à média (17,4), o que significa que só 47,88% se percepcionam como auto-eficazes. A avaliação que uma pessoa faz de si, de uma dada aptidão, da sua

---

[141] ***Apud*, Raimunda Magalhães Silva e Marli Vilela Mamede, *Conviver com aMastectomia*, p. 105**
[142] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 57**

capacidade ou das suas acções, não se limita só ao espaço da própria avaliação. Ultrapassa-o e dá origem ao sentido de competência ou de eficácia pessoal. Estes aspectos foram realçados por vários autores entre os quais se pode citar Frank (1979) e Bandura (1977)[143]. As mulheres com auto-eficácia negativa, poderão desistir das suas tarefas quando encontram dificuldades; serão lentas na execução daquelas; não enfrentarão os problemas; não serão persistentes na resolução dos seus problemas e provavelmente terão pouca energia para vencer as dificuldades.

Outra dimensão avaliada do autoconceito social foi a maturidade psicológica, cujo estudo revelou que 54,5% das mulheres apresentaram pontuações inferiores à média (15,2). Segundo Sorensen (1998), a maturidade psicológica provavelmente está relacionada com a capacidade do indivíduo mudar, evoluir e ser flexível, uma vez que a flexibilidade torna possível a adaptação social. As mulheres com maturidade psicológica negativa podem ter dificuldades relacionadas com a franqueza ao exprimirem as suas opiniões, serem intolerantes com as outras pessoas, serem incapazes de assumirem responsabilidades até ao fim, terem dificuldades de serem sempre verdadeiras.

Relativamente ao autoconceito social ainda se pode considerar a dimensão impulsividade/actividade», cuja avaliação resultou no seguinte: cerca de 57,6% das mulheres apresentaram pontuações superiores à média (11,6). Apenas 42,4% têm pontuações inferiores. A impulsividade/actividade é o produto da realização pessoal num determinado período e pode-se medir por «itens» como, «quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática; sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece e gosto de me sair sempre bem das coisas que faço» (Vaz Serra, 1986). No que respeita ao autoconceito social, os factores aceitação/rejeição social, auto-eficácia e maturidade psicológica são os mais comprometidos e destes destaca-se a maturidade psicológica como o de tendência mais negativa.

Comparando as médias do autoconceito físico e social nas duas regiões (Açores e Vila Nova de Gaia) concluiu-se que, no total do autoconceito físico a média (130,9, N = 104) das mulheres dos Açores é mais baixa do que a de Vila Nova

---

[143] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «A Importância do Autoconceito», p. 61**

de Gaia (131,36, N = 61), sendo o desvio-padrão dos Açores mais elevado (14,5) do que o de Gaia (12,4).

No factor «boa ou má impressão física», os resultados revelam que a média mais baixa (18,8) refere-se às mulheres açorianas.

Os resultados obtidos no factor «facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos» apresentam a mesma média (7,6) nas duas regiões, assim como no factor «insatisfação ou satisfação sexual» (Açores – 9,2 e Vila Nova de Gaia – 9,3).

Nos factores «boa ou má vitalidade física» e «comportamento não verbal» as médias mais elevadas correspondem às mulheres dos Açores (27,2 e 15,9).

As médias do «autoconceito social e emocional» são semelhantes, 74,5 para os Açores (N = 104) e 73,4 para as mulheres de Vila Nova de Gaia (N = 61). As médias dos factores do autoconceito social e emocional mantém-se sem grandes alterações nas duas regiões, assim como os desvios-padrão.

Todavia, não há evidência estatística de que tanto o autoconceito físico como o social apresentem diferenças significativas entre as mulheres dos Açores (N = 104) e as de Vila Nova de Gaia (N = 61), apesar de alguns autores (cf. quadro referência) defenderem que o autoconceito depende na sua formação das avaliações feitas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas do grupo de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências sócioculturais. Triandis (1989)[144] afirma que o autoconceito individual relacionado com o conhecimento, traços, estatutos ou comportamentos é mais importante nas culturas individualistas. No entanto, na opinião de Hattie (1992), existe um vazio de investigações nesta área.

Relativamente às diferenças de autoconceito físico e social nos diferentes grupos etários, os resultados mais significativos revelam que o grupo etário que apresenta médias mais altas é o dos 50 aos 59 anos (N = 41), quer no autoconceito físico (135,7) quer no social (77), verificando-se o mesmo em relação às dimensões

[144] ***Apud*, John Hattie e Herbert W. Marsh, «Future Direction in Self-concept Research», p. 442**

«facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos (8,4); boa ou má vitalidade física (28,4); aceitação/rejeição social (18,8) e auto-eficácia (18,5).

As médias mais baixas do autoconceito físico observam-se no grupo dos 60 aos 69 anos (127,8) e as do autoconceito social (67,9) no grupo etário dos 80 aos 89 anos.

Nos factores do autoconceito físico, notam-se as médias mais baixas nos grupos etários dos 60 aos 69 e dos 80 aos 89 anos, sendo mais acentuadas no último grupo. Nos factores do autoconceito social o grupo etário dos 80 aos 89 anos, têm a média mais baixa em todos eles. O grupo etário dos 80 aos 89 anos corresponde à terceira idade, que se caracteriza por um distanciamento do idoso da participação em actividades, uma diminuição de produtividade, assim como certo isolamento social, que pode interferir com aspectos de ordem social.

Todavia, os resultados do teste H de Kruskal-Wallis (autoconceito físico – 8,769 e autoconceito social – 10,108 > 0,05) revelaram que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social das mulheres sujeitas a mastectomia seja influenciado pelo grupo etário em que se encontram, apesar de alguns autores referirem que o autoconceito pode mudar com a idade. Na opinião de Hattie (1992), o autoconceito é geralmente muito mais estável no adulto do que nos grupos jovens. Por sua vez, Marsh[145] afirma que o autoconceito diminui no meio da adolescência, mas aumenta durante a fase final daquele período até ao adulto jovem. Por seu lado, Gecas (1982)[146] afirma que há períodos da vida onde poderão existir alterações do autoconceito. Os resultados do estudo de Heromin (1996) estão de acordo com os do presente estudo, pois que, também não encontrou diferenças significativas relativamente aos grupos etários da mulher com mastectomia.

Um dos aspectos que tem sido estudado é a estabilidade do autoconceito no tempo. O autoconceito é susceptível de mudar. Autores como Curbow (1990) e Gergen[147] afirmam que existem «flutuações transitórias» no autoconceito em

---

[145] *Apud*, **R. Michelle Crain, «The Influence of the Age, Race and Gender on Child and Adolescent Multidimensional Self-Concept», p. 399**
[146] *Apud*, **Adriano Vaz Serra, «O Inventário Clínico de Autoconceito», p. 81**
[147] *Apud*, **Barbara Curbow, «Self-concept and Cancer in Adults: Theoretical and Methodological Issues», p. 122**

diferentes períodos de tempo. Relativamente à mulher submetida a mastectomia o autoconceito poderá sofrer alterações desde a realização da mastectomia até um, dois, três ou mais anos depois. As mulheres, que realizaram mastectomia em 1996, apresentam a média do autoconceito físico (129,7, N = 41) mais baixa; as de 1997 apresentam média mais alta (131,4, N = 65) que as do grupo anterior e as de 1998 apresentam a média mais alta dos três grupos (131,9, N = 59). O grupo de 1996 apresenta as médias mais baixas no factor facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos (6,7) e no factor insatisfação ou satisfação sexual (8,9). O grupo de 1997 apresenta a média mais baixa (26,4) no factor vitalidade física. O grupo de 1998 tem a média mais baixa (19,1) no factor boa ou má impressão física.

No autoconceito social, as médias são semelhantes nos três anos (74,3; 73,9 e 74). As médias dos factores do autoconceito social mantêm-se também sem grandes alterações ao longo dos três anos.

Os resultados do teste H de Kruskal-Wallis (autoconceito físico – 1.009>0,05 e autoconceito social – 0,427>0,05) revelaram que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social seja influenciado pelo tempo decorrido entre a mastectomia e os anos subsequentes.

Estes resultados parecem estar em consonância com o que foi verificado no trabalho de Fries (1996), que também realizou um estudo com mulheres que tinham realizado a mastectomia de 1 a 25 anos atrás, tendo concluído que a variável «tempo de remoção da mama» não exerceu influência significativa nas respostas ao questionário.

As associações estabelecidas entre o autoconceito físico e os seus factores atingiram um nível estatístico altamente significativo ($p<0,001$). Os resultados obtidos parecem querer indicar que um autoconceito físico negativo está associado a uma má impressão física causada nos outros[148] e a uma resposta não verbal sendo o

---

[148] Alguns estudos demonstraram que a atracção física está positivamente relacionada com o autoconceito (Adam, 1977; Lerner & Karabenick, 1974; Simmons & Rosenberg, 1975). Geralmente as pessoas com sentido positivo das suas características físicas tendem ater auto-estima alta.

inverso igualmente verdadeiro. Enquanto que o autoconceito físico positivo está associado à facilidade no contacto dos olhos; uma boa vitalidade física e a satisfação sexual, sendo o inverso igualmente verdadeiro. Obteve-se, também, uma associação positiva e altamente significativa (0,220 p<0,001) entre a boa impressão física e a satisfação sexual. Também se comprovou que a má vitalidade física está associada a insatisfação sexual, sendo o inverso igualmente verdadeiro (0,305 p<0,001).

A nota global do autoconceito, associada à nota global dos factores, obteve valores que atingiram um nível estatístico de uma correlação positiva e altamente significativa para valores de p <0,001. Os resultados parecem querer indicar que o autoconceito social positivo está associado a comportamentos de aceitação social, de auto-eficácia, de maturidade psicológica e de actividade. Na opinião de Esteban (1995), o autoconceito determina o nível de aspirações do indivíduo, as suas expectativas e o sentido de competência em múltiplas áreas da vida. As pessoas, que se avaliam como incapazes, tendem a relacionar-se com os outros e a enfrentar os problemas da vida com dificuldades, enquanto que os que se aceitam a si mesmos, com os seus êxitos e fracassos, estão preparados para se adaptarem. Segundo, Fitts (1972),[149] quanto melhor é o autoconceito, melhor é o desempenho do indivíduo, desde que esteja em pé de igualdade, em termos de aptidões, com outros que lhe sirvam de comparação.

Observou-se também que a aceitação/rejeição social está positivamente associada à auto-eficácia (0,285, p<0,001, N = 165). As pessoas que se percebem aceites pelos outros, muito provavelmente, sentem-se mais qualificadas socialmente (Fitts, 1965).[150]

Também se comprovou que as mulheres com autoconceito físico negativo tendem a ter aspectos do autoconceito social e emocional negativos, sendo o inverso igualmente verdadeiro (0,529, p < 0,001, N = 165).

---

[149] ***Apud*, Adriano Vaz Serra, «Autoconceito, Solidão e Comportamentos de Lidar com Estados de Tensão», p. 157**

[150] ***Apud*, Thomas J. Berndt, «Social Self-Concept», p. 171**

4.1.2 – Mulheres com diagnóstico de cancro da mama aguardando mastectomia

Os resultados obtidos, neste estudo, respondem aos objectivos e hipóteses explicitados no quadro de referência.

Na população de 74 mulheres, o grupo etário dos 50 aos 59 anos é o que apresenta mais casos com 25,7%. Na população de Vila Nova de Gaia (N = 39), mantém-se o mesmo grupo etário com 16,2%. A média de idades assume o valor de 54,3. Nos Açores, a maior percentagem (14,86%) corresponde ao grupo etário dos 70 aos 79 anos e a média de idades é de 62,44. O grupo de mulheres com cancro da mama na Região Autónoma dos Açores distancia-se do que é habitual ver-se nos outros estudos. Normalmente, o grupo de maior incidência é o dos 50 aos 59 anos, apesar de que nalguns estudos a média de idades não ser assim tão diferente da que se obteve na população dos Açores. Por exemplo, no estudo de Jahkola (1998), a média de idades foi de 61,8. No estudo de Silva (1998), a maior frequência correspondia aos grupos dos 40 aos 49 e dos 60 aos 69 anos.

Relativamente ao estado civil, tal como no primeiro estudo, predominam as mulheres casadas, quer no grupo dos Açores (24,3%, N = 35) quer no de Vila Nova de Gaia (32,4%, N = 39). Como no primeiro estudo, predominam as mulheres com instrução primária e as domésticas nas duas regiões

Os níveis de autoconceito físico, no total da população em estudo (N = 74), indicam que 60,82% das mulheres com cancro da mama internadas nos serviços de cirurgia para serem submetidas a mastectomia, têm pontuações inferiores à média do grupo (130,17).

Com os resultados obtidos no autoconceito físico e nalguns dos seus factores, entende-se que as mulheres se percepcionam de forma negativa e são em número superior às do primeiro estudo. De facto, o autoconceito físico e os factores «boa ou má impressão física» e «boa ou má vitalidade física» são os aspectos mais comprometidos. Pode-se admitir que as mulheres, deste segundo estudo, estão numa situação diferente das do primeiro. O recente diagnóstico de cancro desencadeia uma série de reacções, de incertezas e de receios perante a mutilação. Segundo Molbo (1990) e Redfield (1995), qualquer mulher que é hospitalizada para ser submetida a

mastectomia fica ansiosa, tem medo, muitas vezes, fica quase em pânico. A maior parte dos receios estão relacionados com a aceitação sexual, o isolamento social, o desfiguramento, a recorrência e a morte. O medo da morte também está presente no pensamento destas mulheres. Provavelmente, algumas mulheres, ao passarem pelo impacto do diagnóstico e perspectiva de perda da mama, desenvolvem o processo de luto ou de um luto não realizado que leva à melancolia, um estado patológico que pode durar anos (Freud, 1916). Pode-se especular e admitir que estes aspectos resultem em alterações do autoconceito.

No presente estudo, 58,1% das participantes apresentaram pontuações superiores à média (9,8) no factor insatisfação/satisfação sexual, o que parece indicar que a maior percentagem se percepciona de forma positiva. Estes resultados estão em desacordo com os obtidos, no primeiro estudo, e em consonância com o que foi verificado no estudo de Heromin (1996). Este comparou mulheres com mastectomia com outras sem cancro da mama e verificou que não havia diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos relativamente ao comportamento sexual. Todavia, Front (1999) concluiu que as mulheres mastectomizadas eram as menos satisfeitas com a função sexual.

Como já foi referido, em capítulo anterior, o autoconceito social e emocional refere-se às percepções sobre a forma como os outros as amam e admiram (Cooley, 1922).[151] Quanto a esta variável, 50% das participantes têm pontuações superiores à média (74,91). Estes resultados não são muito dispares dos do estudo anterior (49,7%> 74,06, N = 74). No entanto, a tendência é ligeiramente mais positiva neste.

No factor aceitação/rejeição social, 52,7% das mulheres têm percepção de serem aceites socialmente porque as pontuações obtidas pelas participantes são superiores à média (17,86). Estes resultados contrariam os do estudo anterior, cujos resultados tendem a ser no sentido das mulheres terem sentimentos de rejeição (52,13 % < 18,15, N = 165). A situação nos dois grupos é diferente. Pode-se admitir que estas diferenças revelam que, no primeiro estudo, as mulheres passaram por um período de tempo mais ou menos longo, que lhes permitiu perceber os sentimentos de rejeição ou aceitação das pessoas mais significativas. Neste estudo, as mulheres

[151] ***Apud*, Thomas J. Berndt, «Social Self-Concept», p. 171**

ainda não tinham sido submetidas a mastectomia, portanto, não tinham passado pelas mesmas experiências das outras e provavelmente tinham outras preocupações, resultando na ausência de sentimentos de rejeição.

Observou-se o mesmo relativamente à auto-eficácia. Na verdade 55,4% das participantes têm pontuações superiores à média (21,6). No primeiro estudo, observa-se o contrário, em que 52,1% têm pontuações inferiores à média (17,4). Pensa-se que estes resultados estão também relacionados com os aspectos mencionados relativamente ao factor aceitação/rejeição social.

Relativamente à maturidade psicológica, o estudo revelou que 43,24% têm pontuações inferiores à média do grupo (15,68; N = 74). Estes resultados contrariam os do primeiro estudo, no qual 54,5% apresentaram pontuações inferiores à média (15,2; N = 165). A maturidade psicológica, que está relacionada com a capacidade do indivíduo para mudar, evoluir e ser flexível, poderá não sofrer grandes alterações relacionadas com experiências diferentes na vida da mulher. Pois se esta for flexível e tiver capacidades de adaptação provavelmente consegue superar as dificuldades que encontrar.

Relativamente ao factor impulsividade/actividade, o presente estudo revelou que 54,05% das participantes apresentaram pontuações inferiores à média (11,6, N = 74), ao contrário dos valores apresentados no estudo anterior, no qual 57,6% das mulheres apresentaram pontuações superiores à média apesar desta ser igual (11,6, N = 165). O último factor é o mais comprometido do autoconceito social e emocional.

Comparando as médias do autoconceito físico e social nas duas regiões (Açores e Vila Nova de Gaia), concluiu-se que no total do autoconceito físico a média (132,40; N = 35) das pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores é mais alta do que a das mulheres de Vila Nova de Gaia (128,17; N = 39). Nos Açores, 51,4% das mulheres têm pontuações superiores à média, enquanto que em Vila Nova de Gaia apenas 35,9% apresentam pontuações superiores à média. Deduz-se que as mulheres de Vila Nova de Gaia têm o autoconceito físico mais baixo do que as mulheres dos Açores. No entanto, estes resultados contrariam os do primeiro estudo, no qual, as mulheres dos Açores têm a média das pontuações, mais baixa do que as de Vila Nova de Gaia (130,9, N = 104 e 131,36, N = 61).

Em relação ao autoconceito físico e respectivos factores, verifica-se que as médias mais elevadas correspondem às pontuações obtidas pelas mulheres dos Açores, exceptuando o factor «boa ou má impressão física», cuja média é superior em Vila Nova de Gaia.

A média do autoconceito social é semelhante, com 74,25 para as mulheres dos Açores (N = 35) e 75,51 como para as mulheres de Vila Nova de Gaia (N = 39). Esta última média é ligeiramente superior à dos Açores, o que contraria os resultados apresentados no primeiro estudo.

As médias dos factores do autoconceito social e emocional são idênticas nas duas regiões, notando-se a maior diferença no factor 2, relativo à auto-eficácia, cuja média mais elevada (22,8) é relativa às pontuações obtidas pelas mulheres de Vila Nova de Gaia, enquanto que na Região Autónoma dos Açores a média é de 20,5.

Todavia, os resultados apresentados indicam que não há evidência estatística de que tanto o autoconceito físico como o social apresentem diferenças significativas entre as mulheres dos Açores e de Vila Nova de Gaia (0,201 para o autoconceito físico e 0,645 para o autoconceito social e p >0,50). Este resultado confirma o do estudo anterior.

Relativamente à relação do autoconceito físico e social, com o grupo etário, os resultados do teste H de Kruskal-Wallis (autoconceito físico = 4,256 e autoconceito social = 9,878 para p>0,05) revelaram que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social das mulheres com cancro da mama para serem submetidas a mastectomia seja influenciado pelo grupo etário em que se encontram, tal como no primeiro estudo.

As associações estabelecidas entre o autoconceito físico e os seus factores atingiram todas um nível altamente significativo (p < 0,001; N = 74). As correlações mais elevadas referem-se ao autoconceito físico negativo com a má vitalidade física (0,604).

Neste estudo, a má impressão física parece não estar associada à insatisfação sexual, pois que o resultado obtido foi de 0,087>0,001, que não é estatisticamente significativo. No que respeita à vitalidade física, parece também não estar associada à insatisfação sexual, pois que o resultado obtido não é estatisticamente significativo (0,069>0,001). Estes resultados contrariam os do anterior estudo.

Quanto ao autoconceito social, as correlações mais elevadas referem-se à associação do autoconceito social positivo com a aceitação social (0,783), seguida da

correlação autoconceito social com maturidade psicológica (0,758) e autoconceito social negativo com auto-eficácia negativa (0,703).

Os resultados apresentados parecem querer indicar que um autoconceito social negativo está associado a comportamentos de rejeição social e de auto-eficácia negativa, assim como o autoconceito social positivo a comportamentos de aceitação social e de maturidade psicológica.

Admite-se, também, que as mulheres com a percepção de se sentirem aceites socialmente tendem a ser auto-eficazes, sendo o inverso igualmente verdadeiro (factor1 x factor 2 = 0,422, altamente significativo para $p < 0,001$).

Depreende-se que as mulheres, com autoconceito físico negativo, tendem a ter aspectos do autoconceito social e emocional negativos, pois que a associação é positiva e altamente significativa (0,494; $p<0,001$).

Os resultados obtidos nas associações do autoconceito social são concordantes com os do primeiro estudo.

4.1.3 – Variabilidade do autoconceito ao longo do tempo

O objectivo do presente estudo consiste em avaliar os níveis de autoconceito físico e social das mulheres açorianas portadoras de cancro da mama, seis meses e um ano após a realização da mastectomia.

Um ano depois da mastectomia, a percentagem mais elevada (30%), corresponde ao grupo etário dos 40 aos 49 anos, apesar de ter falecido uma das participantes. O grupo etário com maior número de perdas foi o dos 70 aos 79 anos, pois que passou de 31,4% (antes da mastectomia) para 25% (um ano depois). Faleceu uma das participantes e 4 já não ofereciam condições de saúde física e mental para responderem às escalas um ano depois da mastectomia. A média de idades aos seis meses (62,10; N = 29) é idêntica à média de idades antes da mastectomia (62,44; N = 35). A média de idades um ano depois da mastectomia baixou para 59,95% (N = 20).

Apesar do número de casos de mulheres casadas ter sofrido uma redução de 8 elementos, a percentagem mantém-se a mais elevada nos três momentos do estudo (51,4%, N = 35; 51,7%, N = 29 e 50%, N = 20).

O autoconceito físico, seis meses depois da mastectomia, apresenta níveis ligeiramente superiores aos anteriores (antes da mastectomia). A média e o desvio padrão são ligeiramente superiores (média = 132, dp = 16,58). A percentagem (55%) de mulheres com pontuações superiores à média é também superior em relação ao momento «antes da mastectomia» (50%). No entanto, observou-se que 60% das participantes um ano depois da mastectomia parecem apresentar o autoconceito físico de tendência negativa, pois as pontuações são inferiores à média (131,65, dp = 19,59). Estes resultados estão em consonância com os do primeiro estudo.

Quanto à boa ou má impressão física, seis meses depois 60% das participantes parecem ter a percepção de causar má impressão física nos outros. Um ano depois da mastectomia verifica-se situação idêntica com 55% das mulheres a apresentarem pontuações inferiores à média (20,20).

Relativamente ao factor 2, cerca de 60% das participantes parecem ter facilidade no contacto dos olhos antes da mastectomia e um ano depois, mas seis meses depois da mastectomia 60% parece ter dificuldade no contacto dos olhos.

Quanto à vitalidade física, as participantes apresentaram pontuações superiores à média de 60% antes da mastectomia, de 50% aos seis meses, subindo para 60% um ano depois da mastectomia. Pelos resultados, deduz-se que as mulheres apresentaram uma boa vitalidade física ao longo do tempo, embora se verifique que o período dos seis meses é o mais vulnerável. O comportamento não verbal teve uma evolução idêntica à vitalidade física.

Relativamente à sexualidade, esta mantém-se com pontuações abaixo da média nos períodos «antes da mastectomia» e «seis meses depois». Um ano depois 55% das mulheres apresentam pontuações superiores à média. Algumas das participantes passam por uma fase de insatisfação sexual, mas um ano depois percepcionam-se como satisfeitas com a função sexual.

No autoconceito social, as participantes mantêm-se com pontuações superiores à média (55%; 50% e 60%), em todos os momentos do estudo, sendo a maior percentagem relativa ao momento «um ano depois da mastectomia».

Metade da população (50%) apresenta sentimentos de rejeição e a outra metade sentimentos de aceitação social nos três momentos do estudo.

Antes da mastectomia, 55% das mulheres têm a percepção de serem auto-eficazes. Mas, aos seis meses, o número reduz-se para 50% e um ano depois da mastectomia, passa para 60%.

Relativamente à maturidade psicológica, 60% das mulheres têm pontuações superiores à média (15,8), antes da mastectomia. Seis meses e um ano depois apenas 45% têm pontuações superiores à média.

Quanto ao factor impulsividade/actividade, 55% das mulheres têm pontuações superiores à média (11,8 e 12,6) antes e seis meses depois da mastectomia. Porém, um ano após a intervenção cirúrgica, a mesma percentagem tem pontuações inferiores à média (12,5).

Pelos resultados apresentados, deduz-se que o período dos seis meses parece ser o mais vulnerável, dado que as mulheres com mastectomia parecem ter a percepção de causarem má impressão física nos outros, dificuldade no contacto dos olhos, má vitalidade física (metade da população), insatisfação sexual. Metade da população tem autoconceito social e emocional, auto-eficácia e maturidade psicológica negativos. Um ano depois da mastectomia, apenas o autoconceito físico, a impressão física, a maturidade psicológica e a impulsividade/actividade apresentam resultados de tendência negativa.

Admite-se que seis meses depois da mastectomia, a mulher ainda não se adaptou bem à situação pode estar em tratamentos e ainda não se sentir completamente restabelecida. A fadiga pode estar também presente, muitas vezes agravada pelo desequilíbrio biopsicológico, sendo provocada pela convivência com problemas decorrentes de uma doença ameaçadora e, muitas vezes, pela incompreensão dos familiares. Por sua vez, o tempo é uma variável importante a considerar na recuperação, uma vez que favorece a exploração de opções, selecção de meios facilitadores, tomada de decisões em favor da qualidade de vida e da manutenção da dignidade e autenticidade.

Apesar de algumas diferenças de autoconceito nos três momentos do estudo, os resultados do teste de Friedman revelam que não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social variem ao longo do tempo, isto é, entre o primeiro, o segundo e o terceiro momentos do estudo (autoconceito físico = 1'696, autoconceito social = 1,443, $p > 0,05$).

Supôs-se a existência duma correlação positiva ou negativa entre as pontuações obtidas no autoconceito físico e o autoconceito social. Pelos resultados obtidos, depreende-se que as pontuações obtidas atingem um valor altamente

significativo para uma amostra de 20 participantes. A correlação mais elevada refere-se à associação do autoconceito físico com o social, seis meses depois da mastectomia (0,794 p <0,001).

Alguns autores realizaram trabalhos de investigação, cujos resultados são de alguma forma concordantes com os do presente estudo. Schain (1994) estudou mulheres mastectomizadas aos seis meses, a um ano e dois anos depois da mastectomia. Aos seis meses, as mulheres apresentavam significativamente menos controlo nos acontecimentos das suas vidas e mais problemas com as relações sexuais do que as doentes tratadas com cirurgia conservadora. No estudo de Saltzberg (1996-1998), os resultados sugerem que a mulher se ajusta bem às consequências do cancro da mama, e que um ano depois da mastectomia, não há grandes dificuldades relativamente à imagem corporal e à função sexual. Na opinião de Margolis (1990), as mulheres que realizaram mastectomia sentiam-se menos atractivas e tinham menos prazer nas relações sexuais, um ano depois da mastectomia.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

5.2 – CONCLUSÕES

Após a discussão dos resultados, apresentam-se as conclusões dos diferentes estudos, de acordo com os objectivos e hipóteses explicitados.

- No grupo de mulheres mastectomizadas, durante os anos 1996, 1997 e 1998, predominam as seguintes características:
  - . o grupo etário dos 50 aos 59 anos no total da população e nos Açores e o grupo dos 60 aos 69 em Vila Nova de Gaia;
  - . as mulheres casadas (Açores e Vila Nova de Gaia);
  - . a instrução primária (idem);
  - . as domésticas (idem);

- No grupo de mulheres com diagnóstico de cancro da mama e internadas nos serviços de cirurgia para serem submetidas a mastectomia e que foram estudadas durante o ano 2000, as características dominantes só divergem do estudo anterior, relativamente ao grupo etário dominante nos Açores, que é o dos 70 aos 79 anos. Um ano depois da mastectomia, o grupo etário dominante é o dos 40 aos 49 anos.

- A mastectomia parece constituir uma mutilação física para as mulheres, de tal modo que os resultados contidos no primeiro estudo revelam uma tendência, nas mulheres mastectomizadas, para terem um autoconceito físico pobre. Embora esta seja uma tendência do grupo, há também um grupo significativo com um bom autoconceito.

- Parece que o diagnóstico de cancro da mama e a perspectiva de realização de mastectomia tem mais impacto na mulher do que a situação de mastectomizada. Os resultados, que se obtiveram no segundo estudo, envolvendo o grupo de mulheres com diagnóstico de cancro e perspectiva de mastectomia, indicam níveis de

autoconceito físico mais baixos do que os do primeiro estudo, relativo ao grupo de mulheres já sujeitas a mastectomia.

- O grupo de mulheres do primeiro estudo avaliou-se na aparência como causando boa impressão física nos outros, ao invés do grupo do segundo estudo, no qual a maior percentagem se percepciona como causando má impressão física nos outros.

- No âmbito da dimensão «facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos», observou-se que 52,1% das mulheres mastectomizadas (primeiro estudo) se percepcionam como tendo «facilidade no contacto dos olhos», assim como as do segundo estudo (66,2%).

- Na dimensão «vitalidade física», 54,5% das mulheres mastectomizadas obtiveram pontuações superiores à média do grupo, o que indica a percepção de uma «boa vitalidade física», ao invés das mulheres do segundo estudo que se percepcionam como tendo má vitalidade física.

- No primeiro estudo as mulheres mastectomizadas apresentam comportamento não verbal negativo, pois que a maioria obteve pontuações inferiores à média do grupo (52%). No segundo estudo as mulheres apresentam comportamento não verbal, uma vez que as respostas são de tendência positiva (62,2%).

- A mutilação provocada pela mastectomia pode alterar a função sexual da mulher, pois a maioria (52,7%) parece percepcionar-se como sexualmente insatisfeitas. No segundo estudo as respostas das mulheres estão em discordância com as do primeiro estudo, isto é, percepcionam-se como sexualmente satisfeitas (58;1).

- No primeiro estudo a média obtida no «autoconceito físico» e na dimensão «boa ou má impressão física» é mais baixa nos Açores do que em Vila Nova de Gaia.

- Os resultados obtidos na dimensão «facilidade ou dificuldade no contacto dos olhos», apresentaram a mesma média nas duas regiões. Nas dimensões «vitalidade física, comportamento não verbal e sexualidade» as médias mais elevadas correspondem às mulheres dos Açores.

- Ao avaliarem-se os aspectos do autoconceito social e emocional, verificou-se que metade das mulheres parecem percepcionar-se de forma negativa e de forma positiva, como aconteceu com o autoconceito físico. No segundo estudo do mesmo modo, metade das participantes parecem ter o autoconceito social e emocional positivo.

- Um número significativo (52,1%) de mulheres parece ter a percepção de serem rejeitadas pela sociedade, pois que obtiveram pontuações inferiores à média do grupo. No segundo estudo, os resultados divergem, pois a maior percentagem refere-se às que parecem apresentar sentimentos de aceitação.

- No primeiro estudo as mulheres percepcionam-se como pouco eficazes, ao invés das mulheres do segundo estudo.

- Na dimensão maturidade psicológica, a maior percentagem (54,5%) refere-se às mulheres que apresentaram pontuações inferiores à média do grupo, no primeiro estudo, ao invés do segundo estudo (56,7% > Média).

- Na dimensão impulsividade/actividade, a percentagem mais elevada (57,6%) corresponde às mulheres que responderam positivamente no primeiro estudo, ao invés das mulheres do segundo estudo, cujas respostas são de tendência negativa (54,1%).

- As médias do autoconceito social e emocional e dos respectivos factores mantêm-se sem grandes alterações nas duas regiões.

- Apesar de algumas ligeiras diferenças, não houve nenhuma diferença estatística significativa entre as mulheres da Região Autónoma dos Açores e as de Vila Nova de Gaia, relativamente ao autoconceito físico e social, no estudo de 1996, 1997 e 1998, e também no estudo de 2000. Também não houve diferença significativa entre as mulheres dos diferentes grupos etários (primeiro e segundo estudos) e das que realizaram a mastectomia em anos diferentes (primeiro estudo).

- Quanto à associação que se estabeleceu entre a nota global do autoconceito físico e social e as respectivas dimensões e entre algumas delas, concluiu-se:

. o autoconceito físico negativo parece estar associado à má impressão física e ao comportamento não verbal, enquanto que o autoconceito físico positivo está associado à facilidade no contacto dos olhos, à boa vitalidade física e à satisfação sexual, quer no primeiro quer no segundo estudo;

. por sua vez, no primeiro estudo, a boa impressão física parece estar associada à satisfação sexual e a má vitalidade física à insatisfação sexual. No segundo, a associação não se comprovou;

. o autoconceito social positivo parece associado a comportamentos de aceitação social, de auto-eficácia, de maturidade psicológica e de actividade Observou-se, também, que a aceitação social está positivamente associada á auto-eficácia, facto que se verificou, tanto no primeiro, como no segundo estudos;

. as mulheres, com autoconceito físico negativo, tendem a ter aspectos do autoconceito social e emocional negativos e vice-versa (primeiro, segundo e terceiro estudos). No terceiro estudo, a associação mais forte corresponde ao período dos seis meses.

- No terceiro estudo, relativo só às mulheres açorianas observou-se que seis meses depois da realização da mastectomia os níveis do autoconceito físico eram ligeiramente mais elevados do que antes desta, mas, um ano depois da mastectomia, o nível do autoconceito baixou para pontuações inferiores à média.

- No autoconceito social, as mulheres mantêm-se com pontuações superiores à média em todos os momentos do estudo.

- Nas dimensões do autoconceito físico e social, observou-se que o período dos seis meses parece o mais vulnerável, pois as mulheres com mastectomia parecem ter a percepção de causarem má impressão física nos outros, dificuldade no contacto dos olhos, má vitalidade física, insatisfação sexual e metade da população apresenta autoconceito social e emocional de tendência negativa. Cerca de 50% das mulheres têm sentimentos de auto-eficácia e maturidade psicológica negativos. Um ano depois da mastectomia apenas o autoconceito físico, a impressão física, a maturidade psicológica e a impulsividade/actividade apresentam resultados de tendência negativa.

- Não há evidência estatística que permita concluir que o autoconceito físico e social variem ao longo do tempo, isto é, antes da mastectomia, aos seis meses e um ano depois.

- Neste terceiro estudo, o grupo etário com média mais elevada no autoconceito físico e social é o dos 50 aos 59 anos. Um ano depois da mastectomia, as médias mais altas correspondem aos grupos etários dos 40 aos 49 anos e dos 60 aos 69 anos, tanto para o autoconceito físico como para o social.

5.2 – LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

As limitações dos estudos são incluídas no presente relatório pela sequência correspondente aos estudos realizados. Em primeiro lugar, destacam-se algumas dificuldades/limitações sentidas no primeiro estudo (1996,1997 e 1998). Em segundo lugar, as limitações relativas ao estudo realizado durante o ano 2000 e, finalmente, as limitações relativas ao estudo do ano 2000/2001.

Estudo de 1996, 1997 e 1998

Durante a elaboração do presente estudo, surgiram algumas dificuldades e limitações que convém admitir para justificar algumas estratégias adoptadas.

Inicialmente houve dificuldades na aquisição de bibliografia sobre autoconceito e sobre estudos realizados na mesma área temática. Apesar da distância física, imposta pela insularidade, conseguiu-se através de contactos telefónicos, com bibliotecas, editoras, por correio electrónico e contactos com colegas de outras instituições, obter alguma bibliografia, a maior parte proveniente do estrangeiro.

Outras limitações ocorreram na fase de colheita de dados. A primeira está relacionada com o número de participantes. A população inicial era de 351 mulheres, mas só participaram no estudo 165. Nos Açores eram 163, tendo participado 104 e em Vila Nova de Gaia eram 188, tendo participado apenas 61. Das que não participaram no estudo, 21,7% «não atenderam» os entrevistadores; 10,8% recusaram participar no estudo (Vila Nova de Gaia) e algumas estavam ausentes no estrangeiro. Os óbitos ocorridos no período de tempo compreendido entre a selecção da população e a aplicação do instrumento de medida motivaram a perda de 8,3% do total da população, correspondendo a 24 mulheres nos Açores e 5 em Vila Nova de Gaia. Sabe-se que é frequente ocorrer esta situação nos estudos. Burns (1997) refere que «subject mortality occurs, to some extent, in all studies».[152] Houve ainda que

[152] **A mortalidade dos sujeitos ocorre, com alguma frequência, em todos os estudos.**

ICBAS

proceder à eliminação das doentes incapazes de responderem às escalas. Assim, foram eliminadas doentes debilitadas, em coma, confusas e desorientadas.

Para a realização da colheita de dados, recorreu-se à colaboração de enfermeiros, como forma de ultrapassar os problemas decorrentes da insularidade. Na Região Autónoma dos Açores, participaram enfermeiros de todos os Centros de Saúde das diferentes ilhas, o que poderá ter introduzido algum viés no estudo, apesar de todos os profissionais colaboradores terem sido instruídos sobre a forma de colher os dados.

Verificou-se, também, em todos os grupos estudados, uma grande dificuldade no preenchimento da escala. A maior parte das mulheres nunca havia respondido a um instrumento de medida da natureza do que se lhes apresentou. Ficou claro que as mulheres, com habilitações, a partir do 8º ano de escolaridade, tiveram maior facilidade no seu preenchimento, parecendo pois que as habilitações literárias condicionam a capacidade de resposta. Todavia, já se havia previsto este problema, pelo que se estabeleceu no plano de colheita de dados, a intervenção dos enfermeiros no respectivo preenchimento, nos casos em que isso fosse indispensável, no entanto, poderá ser um motivo de introdução de viés no estudo.

De salientar que FLASKERUD (1988), citado por Burns (1997), também relata dificuldades na aplicação das escalas de Likert, nalguns grupos culturais, destacando os hispânicos e vietnamitas, não compreendendo as razões destas dificuldades.

Surgiram dificuldades nas respostas às questões de ordem sexual, sobretudo, nas mulheres com actividade sexual reduzida ou nula. As respostas foram dadas, mas ficou a dúvida da sua autenticidade.

As dificuldades anteriores tiveram como consequência que o tempo previsto inicialmente para o preenchimento das escalas (30 minutos) fosse ultrapassado na maioria das situações.

BURNS (1997), refere este tipo de dificuldades, afirmando que «data collection frequently requires more time than was anticipated, and collecting data is often more difficult than was expected»[153] .

2º Estudo – 2000

Tal como no estudo anterior, várias foram as participantes eliminadas do estudo por incapacidade de responder às escalas e um questionário foi eliminado por estar preenchido de forma incorrecta.

Por sua vez, a colheita de dados, na Região Autónoma dos Açores, foi realizada por enfermeiros dos serviços de cirurgia, nos três Hospitais Centrais da Região, mas em Vila Nova de Gaia, foi realizada pelas secretárias de piso. Apesar dos colaboradores envolvidos na colheita de dados serem em menor número do que no estudo anterior, pensa-se que o facto dos dados serem colhidos por pessoas de diferentes formações pode produzir viés, embora todos tenham sido preparados, da mesma forma, pelo investigador.

As restantes limitações relacionadas com a colheita de dados são idênticas às do estudo anterior.

3º estudo – 2000/2001

Este estudo apresenta várias limitações. A primeira está relacionada com o tamanho da amostra. Como durante o período de um ano faleceram algumas das participantes e outras foram eliminadas por incapacidade para responderem às escalas, estudou-se a evolução do autoconceito apenas nas 20 mulheres, que chegaram ao fim do estudo.

Uma segunda limitação está relacionada com a colheita de dados. Esta foi novamente realizada por vários enfermeiros dos centros de saúde, mas desta vez em

---

[153] A colheita de dados frequentemente, requer mais tempo do que era previsto, e colher dados é mais difícil do que se esperava

meios diferentes. Na Ilha Terceira, no Serviço de Oncologia Médica e nas restantes ilhas nos domicílios, o que pode introduzir viés no estudo.

5.3 – GENERALIZAÇÃO DOS RESULTADOS

A generalização dos resultados dos diferentes estudos deve estar limitada aos grupos de mulheres que participaram no estudo, uma vez que a amostra é pequena relativamente ao número de casos identificados. Além disso, as recusas, os «não atendimentos», as eliminações por incapacidade e óbitos podem ter influenciado os resultados. Também o facto da escala ser de auto-administração e a maior parte ter sido aplicada com a ajuda de entrevistadores tendem a reduzir a generalização do estudo. Apontam-se as mesmas razões relativamente ao segundo estudo, adicionadas ao facto da amostra ser mais pequena e ser relativa apenas a um determinado período de tempo (ano 2000).

O terceiro estudo é limitado, devido à pequena amostra, pois que, com os óbitos, recusas e incapacidades, apenas 57,1% das mulheres em estudo chegaram ao fim deste. Pensa-se que não se deve generalizar a partir da população em estudo. Qualquer grupo é diferente do outro. Segundo Alexandre Dumas, «Todas as generalizações são perigosas».[154] A posição conservadora, representada por Kerlinger (1986), recomenda precaução ao considerar-se a extensão da generalização. A generalização deve ser baseada na evidência acumulada de muitos estudos.

5.4 – IMPLICAÇÕES

No âmbito deste sub-capítulo, pretende-se salientar algumas recomendações inerentes às implicações deste estudo para os cuidados de saúde, quer no desenvolvimento de estratégias de atendimento/suporte da mulher com diagnóstico de cancro da mama aguardando a mastectomia e com autoconceito físico e social

[154] ***Apud*, Estelle M. Phillips e D. S. Pugh, *Como Preparar um Mestrado ou Doutoramento*, p. 64**

negativos, quer para o acompanhamento desta no período de reabilitação da mastectomia, que poderá ser mais ou menos longo.

O período de reabilitação da mulher mastectomizada corresponde ao percurso que esta faz ininterruptamente desde o momento de definição do diagnóstico. Teoricamente este período deve iniciar-se no pré-operatório, aquando dos exames auxiliares de diagnóstico e enquanto aguarda a mastectomia.

Os resultados dos diferentes estudos revelaram que, na sua maioria, as mulheres percepcionaram-se como tendo um autoconceito físico pobre e metade um autoconceito social de tendência negativa. No contexto destes resultados, a proposta de recomendações poderá abranger duas áreas de actuação.

a) Nos serviços de cirurgia das instituições hospitalares, compreendendo:

- avaliação do autoconceito físico e social com aplicação de instrumentos de medida adequados, como por exemplo, o Inventário de Autoconceito Físico e o Inventário Clínico de Autoconceito de Vaz Serra;
- para além do planeamento e execução dos cuidados específicos da mastectomia (descritos no capítulo II), introduzir e pôr em prática medidas de suporte físico, psicológico e social às mulheres que apresentem aspectos do autoconceito físico e social negativos (má impressão e má vitalidade física, comportamento não verbal, dificuldade no contacto dos olhos, insatisfação sexual, sentimentos de rejeição social, auto-eficácia e maturidade psicológica negativas e sentimentos de impulsividade);
- desenvolvimento do modelo de enfermagem centrado na família, porque este modelo defende que o comportamento não ocorre isoladamente, isto é, os comportamentos são apreciados no contexto familiar (cf. quadro de referência);
- encaminhamento das mulheres mastectomizadas para os centros de saúde ou outros serviços de apoio;

b) Nos centros de saúde ou outros serviços de apoio às mulheres com mastectomia, compreendendo:

- apoio médico e de enfermagem ligado às condições físicas e funcionais relacionadas com as condições das mastectomizadas;

- apoio em termos de saúde mental, proporcionado por médicos e enfermeiros de saúde mental e psicólogos para as mulheres com o autoconceito negativo;
- suporte social, que é de extrema importância para as mulheres com mastectomia e o autoconceito negativo. Segundo Silva (1998), os membros da família ocupam um grande espaço na rede de suporte visto que a família na nossa sociedade ainda é vista como o núcleo básico e primário na vida das pessoas. A mesma autora, também, faz referência à importância do tipo de relacionamento conjugal existente, à importância da participação do marido nas diferentes etapas do processo de tratamento e às vantagens de retomarem a vida conjugal após a cirurgia;
- desenvolvimento de programas de orientação para a integração dos cônjuges no tratamento, desde a fase de detecção do nódulo, até e durante a fase de reabilitação;
- incentivar o suporte proporcionado por amigos e pessoas do meio social mais próximo;
- se a mulher não tiver actividade profissional, orientá-la nesse sentido;
- ensinar técnicas de «coping» e de redução do «stress», como meditação, pensamentos positivos, técnicas de relaxamento, porque podem permitir a reestruturação do autoconceito negativo. Cook (1995) sugere a introdução de terapias alternativas e de terapia cognitiva, onde a doente é encorajada a mudar a sua visão sobre o cancro e a redefinição de atitudes, percepção e pensamento de que o tratamento será bem sucedido;
- finalmente reavaliar periodicamente o autoconceito físico e social no sentido de verificar se as estratégias desenvolvidas estão a ser eficazes.

5.5 – RECOMENDAÇÕES

Os estudos realizados foram um óptimo meio de aprendizagem quer em termos de investigação, quer em termos dos conceitos de mastectomia e de autoconceito. Neles podem-se encontrar pontos de reflexão e de motivação para o desenvolvimento de estudos no futuro, pelo que se sugerem as seguintes recomendações:

- Os resultados relacionados com as alterações do autoconceito e de algumas das suas dimensões são aspectos a considerar pelos investigadores do cancro da mama. No entanto, os efeitos do cancro da mama ou da mastectomia deverão ser individualizados. As comparações entre as mulheres devem ser realizadas com a introdução de mais variáveis de caracterização, para além das que foram definidas neste trabalho. Será importante introduzir o rendimento, a história da doença, tipos de tratamento adjuvante, estadio da doença e prognóstico;
- Sugere-se também a realização de estudos comparativos, estudando grupos diferentes dentro do mesmo estudo (mastectomia *versus* tumorectomia) ou comparando com grupos de mulheres sem cancro da mama;
- As mulheres com diagnóstico de cancro da mama a aguardar cirurgia, apresentaram os níveis de autoconceito mais baixos do que o grupo que participou no estudo relativo aos anos 1996/1998. Seria interessante continuar a estudar o autoconceito físico e social junto das mulheres internadas para serem submetidas a mastectomia, quer na Região Autónoma dos Açores, quer em Vila Nova de Gaia ou noutras regiões do país.
- O período dos seis meses, após a mastectomia, parece ser o mais vulnerável em termos do autoconceito físico e social e respectivas dimensões. Considerando este aspecto, propõe-se a realização de estudos longitudinais para ajudarem a confirmar estes resultados.

Acredita-se que a continuação de estudos nesta área são um potencial significativo para o desenvolvimento do corpo de conhecimento científico e também para o desenvolvimento de estratégias de tratamento e para os cuidados de enfermagem. No entanto, pensa-se que o mais importante da investigação sobre o autoconceito da mulher com cancro da mama /mastectomia, reside na possibilidade desta poder vir a contribuir para uma adaptação autoconceptual positiva, nas diferentes dimensões estudadas.

CAPÍTULO 6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELOFF, Martin D. *et al.* - «Breast», in *Clinical Oncology.* 1ª ed., Churchill Livingstone, New York, 1995, 1617 – 87.

ALCÂNTARA, José António - *Como Educar a Auto-estima*, 1ª ed., Plátano Edições Técnicas, Lisboa, 1997.

AMADO, João *et al.* - «Câncer Incidence in Five Continents, in:Parkin, D.M.*et al*, World Health Organization – International Agency for Research on Cancer and International Association of Cancer Registries, IARC, *Scientif Publications*, 1992, 120: 702 - 705.

ANELLI, Agnaldo *et al.* - «Câncer da Mama», in *Oncologia – Bases Clinicas do Tratamento,* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan AS, 1996, 182-191.

BERNDT, Thomas J.e BURGY, Leah - «Social Self-Concept», in: *Handbook of Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Considerations,* John Wiley & Sons, New York, 1996, 171-209.

BLAND, Kirby I. e COPELAND, Edward M. - «A Mama», in *Princípios de Cirurgia,* Vol. I, Mc Graw-Hill, Divisão de Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 1996, 480-521.

BRUGES, M. L.B. M.P. - «A Importância do Estudo do Autoconceito no Doente com Diagnóstico de Cancro», *Enfermagem Oncológica,* Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, (5), Nº19, 2001, 20-25

BRUGES, M.L.B.M.P. - «A Pessoa e a Experiência do Corpo Doente», *Enfermagem Oncológica,* Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, 6, 22, 2002, 26-29.

BRUNDAGE, Dorothy e BROADWELL, Debra C. - «Alteração da Imagem Corporal», in *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica,* Vol.I, 2ª ED., traduzido por Helena dos Santos Azevedo, Lusodidáctica, Lisboa, 1995, 415-426.

BURNS, Nancy e GROVE, Susan - *The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique & Utilization,* 3ªed., W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1997, 828.

BYRNE, Barbara M. - «Academic Self-Concept: its Structure, Measurement, and Relation to Academic Achievement» in: *Handbook of Self-Concept – Developmental Social and Clinical Considerations,* John Wiley & Sons, New York, 1996, 642.

CARPENITO, Lynda Juall - *Manual de Diagnósticos de Enfermagem,* 6ª ed., Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, 812.

CEIA, Carlos - *Normas para Apresentação de Trabalhos Científicos,* 2ª ed., Editorial Presença, Lisboa, 1997.

CLAPIS, Maria José - «Qualidade de Vida de Mulheres com Câncro da Mama: Uma Perspectiva de Género», Tese apresentada para obtenção de grau de doutor na Universidade de S. Paulo, *Informativo Latino-Americano,* 22 de Julho de 1997, 7.

COOK, Neal - «Self-Concept and Cancer: Understanding the Nursing Role», *Bristhis Journal of Nursing,* London, 1999.

CRAIN R. Michelle Crain, «The Influence of the Age, Race and Gender on Child and Adolescent Multidimensional Self-Concept» in: *Handbook of Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Consideration*, John Wiley & Sons, New York, 1996, 38-90.

CRANE, Rebecca, «Cancro da Mama», in *Enfermagem em Oncologia*, 3ª edi., traduzido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Lusociência, Lisboa, 2000, 89 – 118.

CURBOW, Barbara *et al.* - «Self-Concept and Cancer in Adults: Theoretical and Methodological Issues», *Soc. Sci. Med.*, 31, Nº 2, 1990, 115-128.

DESCARTES, Renato - *Discurso do Método e Tratado das Paixões da Alma*, 4ª ed., traduzido pelo Professor Newton de Macedo, Livraria Sá da Costa Editora, Lisboa, 1961.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - «Risco de Morrer em Portugal», 1995, DSEPS; Divisão de Epidemiologia e Bioestatística, Lisboa, 1997, 232.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - «Risco de Morrer em Portugal», 1999, www.dgsaude.pt.

DOENGES, Marilynn E. e MOORHOUSE, Mary Frances - *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem – Um texto Interactivo*, traduzido por Leonor Abecasis e Maria Adelaide Madeira, Lusodidacta, Lisboa, 1994, 252.

ESCUDIER, Denise R. - «Vivre comme avant», *Soins gynécologie, obstétrique, Puériculture, Pédiatrie*, 135/136, 1992, 46.

ESTEBAN, Bartolome Llor *et al.* - *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*, 1ª ed., McGraw – Interamericana de Espanã, Madrid, 1995.

FORTIN, M. F. *et al.* - *Processo de Investigação – da Concepção á Realização,* traduzido por Nídia Salgueiro, Lusociência, Lisboa, 1999.

FREUD, Sigmund - «Luto e Melancolia» (1917 [1915]), traduzido sob a direcção de Jayme Salomão, Edi. *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, XIV (1914 -1916), Imago Editora, Rio de Janeiro, 1996, 245-65.

FRIES, A. e G.Reinhard, - «Effects of Mastectomy on Dimensions of Psychological and Psychosocial Experience and Behavior of Affected Women», *Rehabilitation*, Universitaet Würzburg, 1996, 35:1, 54-64.

FRONT, Cynthia-Jill - «Body Image, Sexual Functioning and Mood Disturbances Among Three Early Breast Cancer Treatment Groups», Dissertation Abstracts International; Section B, *The Sciences and Engineering*, 1999, Vol. 60 (5-B):2338.

HAMACHEK, Don E. - *Encontros com o Self,* 1ª ed., Editora Interamericana, Rio de Janeiro, 1979.

HARTER, Susan - «Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-Concept», in: *Handbook of Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Consideration,* John Wiley & Sons, New York, 1996, 38-90.

HART, S. *et al.*,-«Quality of Live Among Mastectomy Pacients Using External Breast Prostheses», *Department of Psychology*, University of Southern California, Los Angeles, 1997, 83:2, 581-6.

HATTIE, John - *Self-Concept,* The University of Western Australia, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, 1992

HENNEY, Jane E. e DerVITTA, Vincent J. - «Câncer da mama», in *Medicina Interna,* Vol. 2, 11ª ed., traduzido por Nephtali Segal Grinbaum, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1988, 1447 – 1454.

HEROMIN-WALKER, Maryann - «Perceptions of Sexuality in Women Who Have Had Mastectomies *versus* Women Who Have not Had Breast Cancer», *Dissertation-Abstracts-International*:- Secção B: The Sciences and Engineering, 1996, 56 (11-B): 6034.

HOOD, Gail Harhness e DINCHER, Judith R. - *Fundamentos e Prática de Enfermagem – Atendimento Completo ao Paciente,* 8ª ed., traduzido por Regina Garcez, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995, 769.

HOPWOOD, Penelope *et al.,* - «Clinical Follow-up after Bilateral Risk Reducing ("prophylactic") Mastectomie: Mental Health and Body Image Outcomes», *Psycho-Oncology,* 2000, 9 (6): 462-472 (Psyclit)

JAHKOLA, Tiina - «Self-perceptions of women after Early Breast Cancer Surgery», Helsinki Universty Central Hospital, *European Journal of Surgical Oncology,* 1998, 24:9-14

JAMES, William - «Principles of Psychology» (1890), in: *Classics in the History of Psychology,* internet resource developed by Professor Christopher D. Green of York University, Toronto, 1999.

JAMES, William - *Précis de Psychologie,* 9ª ed., traduzido por E. Baudin e G. Bertier, Marcel Rivière Éditeur, Paris, 1932.

JOHNSON, Judi e KLEIN, Linda - «Enhancing Sexuality and Self-Esteem after a Breast Cancer Diagnosis»: in, *I can Cope: Staying Healthy with Cancer,* 2end ed. Minnetonka Chronimed Publishing, 1994.

KENDLER, Howard H. - *Introdução á Psicologia,* II, 6ª ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1985.

KERLINGER, Fred N. - *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais – Um Tratamento Conceitual,* Editora Pedagógica e Universitária, S. Paulo, 1978.

LEVIN, Jack - *Estatística Aplicada a Ciências Humanas,* 2ª ed., Editora Harbra, 1987.

LEWIS, Brian J. - «Câncer da Mama», in *Cecil-Tratado de Medicina Interna,* Vol. II, 19ª ed., traduzido por Amaury José da Cruz Júnior *et al.,* Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1993, 1409-1414

LONG, Barbara C. - «La paciente com Patología Mamaria», in *Tratado de Enfermería Medicoquirúrgica,* Vol. II, 1ª ed. e Editado por Barbara C. Long e Wilma J. Phipps, Interamericana, McGraw-Hill, Madrid, 1988, 1150-1167

MAHAK, Cindy T. - «Guia para Treino Interactivo», *Vencer e Viver Internacional,* Liga Portuguesa Contra o Cancro, Núcleo Regional do Sul, 1992.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria - *Técnicas de Pesquisa,* Editora Atlas, S. Paulo, 1982.

MARGOLIS, Gerald *et al.* - «Psychological effects of Breast-Conserving Cancer Treatment and Mastectomy», *American Psychiatric Press,* Inc., 1999, Vol. 31 (1): 33-39.

MARSH, Herbert W. e HATTIE, John - «Theoretical Perspectives on Structure of Self-Concept», in: *Handbook of Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Consideration,* John Wiley & Sons, New York, 1996, 38-90.

MENKE, Carlos Henrique e BIAZUZ, Jorge Villanova - «Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama», in *Oncologia Clínica – Princípios e Prática,* Ed. por Gilberto Schwartsmann, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1991, 289-308.

MOCK, V. - «Body Image in Women Treated for Breast Cancer», *Nursing-Research*, 42 (3), 153 -7.

MOLBO, Doris e Y. Carol - «Intervenções em Pessoas com Problemas da Mama» in *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*, Vol. IV, 1ª ed., traduzido por Ana Rabaça *et al.*, Lusodidacta, Lisboa, 1990, 165-188.

MOYER, A, - «Psychosocial Outcomes of Breast-Conserving Surgery *versus* Mastectomy: a Meta-Analytic Review», *Health Psychol*; Center for Social and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco, 1997, 16:3, 284-98

MULLER, Geneviève, «Le sein: symbolique et cancer», *Soins*, 135/136, 1992, p.38-40.

MUNSTEDT, K. e MILCH, W.; REIMER, C. - «Breast Forms after Mastectomy – Patient's Issues», *Support-Care-Cancer*, 1995, 38-40

NELSON, J.P. - «Perceived Health, Self-Esteem, Health Habits and Perceived Benefits and Barriers to Exercise in Women who have and who have not Experienced Stage I of Breast Cancer», *Oncology-Nursing-Forum*, 1991, 18 (7):1191-7

NOVICK, Natalie *et al.* - «Competence Self-Concept», in: *Handbook of Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Consideration*, John Wiley & Sons, New York, 1996, 210-258.

OLIVEIRA, Carlos, «Cancro da Mama: um Flagelo», Faculdade de Medicina de Coimbra, (http//saude.sapo.pt/gRBE/3616.html).

PEREIRA, Alexandre – SPSS- Guia Prático de Utilização, Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia, 2ª ed., Edições Sílabo, Lisboa, 1999

PHILLIPS, Estelle e PUGH, D. S. - *Como Preparar um Mestrado ou Doutoramento*, traduzido por Cristina Pinhão e Paula Moutinho, Lyon – Multimédia Edições, Mem-Martins, 1998.

PINDER, Karen L., «Cognitive Responses and Psychiatric Disorder in Women with Operable Breast Cancer», *Psycho-oncology*, New York, Vol. 3, 1994, 129-137.

PINHEIRO, P, S., *et al, Câncer in (Cancro em) Portugal,* IARC, Technical Publication, nº 38, Lyon, 2002, pp. 30, 43, 44 e 94

POCINHO, Fernando *et al.* - «Queixas dolorosas em grávidas e sua dependência do autoconceito social, emocional e físico e estratégias de "coping"», *Psiquiatria Clínica*, 15, (2), Coimbra, 1994, 89-96.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette - *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud,* 3ª ed., Interamericana McGraw-Hill, México, 1991, 563.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUOT, Luc Van. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* 1ª ed., Gravida-Publicações, 1992, 275.

READY, L. L. *et al.* - «Body Image, Self-Concept and Self-Esteem in Women who had a Mastectomy and either wore an External Breast Prosthesis or had Breast Reconstruction and Women who had not Experienced Mastectomy», *Health-Care-Women-Int,* 1994, 15 (5), 361-75.

REDFIELD, Carol e MOLBO, Doris M. - «Intervenções em Pessoas com Problemas da Mama», in *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Cínica,* Vol. II, 2ª ed., traduzido por Helena dos Santos Azevedo, Lusodidacta, Lisboa, 1995, 1711- 1740.

REIS, Elizabeth *et al.* - *Estatística Aplicada*, II, 3ª ed., Edições Sílabo, Lisboa, 1999, 322.

RIBEIRO, Lair - *Auto-estima – Aprendendo a Gostar mais de Você,* 19ª ed., Editora Objectiva, Rio de Janeiro, 1994.

ROPER, N. *et al.* - *Modelo de Enfermagem.* 3ª ed., traduzido por Isabel Reis, Editora McGraw-Hill, Alfragide, 1995, 454 p.

SALTER, Mave - *Altération de l'Image Corporelle,* InterEdition, Paris, 1992, 287.

SALTZBERG, Elayne-Amy - «The Impact of Breast Cancer on Women's Body Image and Sexual Functioning», *Dissertation, Abstracts – International:* Section B: The Sciences and Engineering, 1997, 57 (8-B):5343 (Psyclit).

SCHAIN, W. S. *et al.* - «Mastectomy *versus* Conservative Surgery and Radiation Terapy. Psychosocial Consequences», *Cancer,* 1994, 15, 73 (4): 121-8.

SCHOVER, W. S. et al. - «Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer», *J-Natl-Cnacer-Inst*-Monogr., 1994 (16): 177-82

SEIGLEY, Loretta A. - «Self-Esteem and Health Behavior: Theoretic and Empirical Linsk», *Nurs Outlook,* 1999, 74-7.

SILVA, Raimunda Magalhães e MAMEDE, Marli Villela - «Conviver com a Mastectomia», Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

SORENSEN E LUCKMANN, *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica,* 1ª edição em português, Lusodidacta, Lisboa, 1998.

STEIN, Risa J. - «Physical Self-Concept», in: *Handbook os Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Considerations,* John Wiley & Sons, New York, 1996, 374-94.

TAIT, Ann - «Conviver com a Mastectomia». *Nursing – Revista Técnica de Enfermagem.* Lisboa, 5:56, 1992, 33-35.

VAZ SERRA, Adriano, «O Inventário Clínico de Autoconceito», *Psiquiatria Clínica,* 7 (2), 1986, 67-84.

VAZ SERRA, Adriano - «A Importância do Autoconceito», *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), Coimbra, 1986, 57-66.

VAZ SERRA, Adriano «Construção de uma Escala de Autoconceito Físico», Comunicação apresentada no dia 22 de Abril de 1988, em Coimbra, no *Congresso Nacional de Psiquiatria.*

VAZ SERRA *et al.* - «Autoconceito e Ansiedade Social», *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), Coimbra, 1986, 103-8.

VAZ SERRA *et al.* - «Autoconceito, Solidão e Comportamentos de Lidar com Estados de Tensão», *Psiquiatria Clínica*, 10 (3), 1989, 157-64.

VAZQUEZ, C. e SANCHO, M. - «Cirurgía actual», in *Tratamiento del Cáncer de mama,* Editiones Doyma, Barcelona, 1991, 31-43.

YILMAZER, N. *et al.* - «A Comparison of Body Image, Self-Esteem and Social Support in Total Mastectomy and Breast Conserving Therapy in Turkesh Women», *Support-Care-cancer*, 1994, 2(4):238-41

oferta
404

3 Fev 04

BIBLIOTECA
DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
"ABEL SALAZAR"