

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**CURSO DE PSICOLOGIA**

**GISELE SILVA SÁ**

**ESTIMA CORPORAL E HABILIDADES SOCIAIS EM  
MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.**

**São Luís – MA**

**2017**

**GISELE SILVA SÁ**

**ESTIMA CORPORAL E HABILIDADES SOCIAIS EM MULHERES EM  
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Psicologia como requisito para obtenção do grau de Formação de Psicólogo na Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

**São Luís – MA**

**2017**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

1. Câncer de mama. 2. Habilidades sociais. 3. Imagem corporal. 4. Psicooncologia. I. Carozzo, Nádia Prazeres Pinheiro. II. Título. Sá, Gisele Silva. Estima corporal e habilidades sociais em mulheres em tratamento de câncer de mama / Gisele Silva Sá. - 2017. 61 p.

Orientador(a): Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo.  
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2017.

1. Câncer de mama. 2. Habilidades sociais. 3. Imagem corporal. 4. Psicooncologia. I. Carozzo, Nádia Prazeres Pinheiro. II. Título.

GISELE SILVA SÁ

ESTIMA CORPORAL E HABILIDADES SOCIAIS EM MULHERES EM  
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.

Monografia apresentada à Coordenação do  
Curso de Psicologia como requisito para  
obtenção do grau de Formação de Psicólogo  
na Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: 18 / 07 / 2017

BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Ma. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo (Orientadora)  
Mestre em Psicologia da Saúde  
Universidade Federal do Maranhão



---

Prof. Dra. Catarina Malcher Teixeira (Examinadora)  
Doutora em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão



---

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá (Examinador)  
Doutor em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão

À Deus e a minha família, por serem meu exemplo de amor, motivação e alegria.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre iluminar os meus passos, conduzindo assim a minha vida; me dando forças e saúde para superar as dificuldades.

À minha família, que sempre esteve muito presente na minha vida, me ajudando a superar os momentos de maiores dificuldades; e compreendendo os meus momentos de ausência de convívios familiares, por estar engajada em atividades acadêmicas. Agradeço imensamente todas as palavras de conforto, que me ajudam muito ao longo da minha vida acadêmica, e que me fizeram não desistir diante as dificuldades.

Agradeço em especial a minha mãe, Arineth, pelas orações a mim dedicadas, pedindo que Deus sempre intercedesse na minha vida.

Ao meu pai, Justino, que não mediu esforços para me apoiar ao longo da minha caminhada.

Ao meu irmão, Arynerton, que sempre demonstrou muita empolgação por tudo o que eu fazia ou estudava, me dando muito apoio e motivação, para sempre sair em busca de algo novo.

Agradeço minha avó Augusta (*in memoriam*), que com seu imenso amor marcou toda a minha vida. Sendo a minha fonte de inspiração para a escolha do tema da monografia.

Às minhas amigas Nathalia, Aline, Emily e Luana, que compreenderam minha ausência ao longo desses cinco anos, em prol de atividades acadêmicas. E por me ensinarem ao longo de uma década, que eu sempre poderei contar com vocês. Obrigada por tornarem minha vida mais leve e divertida.

Aos meus amigos da turma 2012.1, que fomentaram construtivas discussões acerca dos temas psicológicos, me fazendo expandir meu horizonte de perspectivas sobre diversos temas.

Às minhas amigas Carla, Jaqueline e Emanuele; e ao meu amigo Yuri, por se serem pessoas que me acolheram academicamente e pessoalmente ao longo desses cinco anos de graduação. Agradeço a todos por estarem do meu lado nos melhores e nos piores momentos desses cinco anos.

Agradeço a minha orientadora, Nádia Pinheiro Carozzo, pelo apoio e dedicação para a elaboração deste trabalho, o acolhimento nos momentos de dificuldades, e as palavras de conforto que tanto me motivavam a sempre buscar mais. Obrigada por tornar tão prazerosa a escrita dessa monografia.

Agradeço a todos os professores do curso de Psicologia da UFMA, que me ajudaram a trilhar meus passos ao longo da graduação, obrigada por me apresentarem esse universo lindo da psicologia, obrigada por me mostrarem que nem tudo são flores, mas que podemos sim fazer a diferença no meio de tantas adversidades, através de uma conduta pautada na ética e no respeito pelo próximo.

E a todos que direta ou indiretamente ajudaram a trilhar meu caminho pela graduação em psicologia; meu muito obrigada!

Woo, even the worst times were the best times  
The best times ever, woo  
Even the bad days were the good days  
I'll always remember, woo  
[...]  
Are part of me forever  
(Paloma Faith)



## RESUMO

O câncer de mama se origina de alterações genéticas que desencadeiam a multiplicação, de forma desordenada, de células mamárias. Se por um lado o tratamento para essa patologia pode desencadear insatisfação corporal, por outro, um elaborado repertório de habilidades sociais parece favorecer o enfrentamento a estressores por ele desencadeado. Este trabalho teve como objetivo correlacionar o repertório de habilidades sociais e a satisfação corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que estejam se submetendo a alguma forma de tratamento na cidade de São Luis - MA. Para isso, foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva, correlacional e de corte transversal, na qual participaram 70 mulheres, em tratamento no Hospital Aldenora Bello e no Hospital de Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, instituições públicas da capital maranhense. A participação foi voluntária e anônima, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes responderam a três instrumentos: Protocolo de caracterização individual (PCI), Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e a Escala de Estima Corporal (BES). Os dados foram analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os resultados indicam neutralidade da amostra no que se refere a sua imagem corporal; um repertório de habilidades sociais bem elaborado, acima da média; e uma correlação significativa, fraca e positiva ( $\alpha = 0,238$ ;  $p < 0,05$ ), entre o Fator 01 do IHS, Enfrentamento e auto-afirmação com risco, e o Fator 4 da BES, Sexualidade. Esta investigação buscou conhecer o repertório de mulheres em situação de adoecimento que pode afetar o recebimento do diagnóstico e o tratamento; suprimindo também lacunas científicas de produções que relacionem Habilidades Sociais e a satisfação corporal em mulheres com o câncer de mama.

Palavras chaves: Psicooncologia, Habilidades sociais, Imagem corporal, Câncer de mama.

## SUMMARY

Breast cancer originates from genetic alterations that cause the disordered multiplication of mammary cells. If on the one hand, the treatment for this pathology can trigger body dissatisfaction, on the other hand, an elaborate repertoire of social skills seems to favor the coping strategies to face the stressors involved. This research aimed to correlate the repertoire of social skills and body satisfaction of women diagnosed with breast cancer who are undergoing treatment in the city of São Luis - MA. A descriptive, correlational and cross-sectional study was carried out with 70 women in treatment at the Aldenora Bello Hospital and at the Cancer Hospital of Maranhão, Dr. Tarquínio Lopes Filho, public institutions in the capital of Maranhão. The participation was voluntary and anonymous, after signing the Term of Free and Informed Consent. Participants answered to three instruments: Individual Characterization Protocol (ICP), Social Skills Inventory (IHS) and Body Estimate Scale (BES). The data were analyzed in the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The results indicate neutrality of the sample with respect to its body image; a well-crafted, above-average repertoire of social skills; and a significant, weak and positive correlation ( $\alpha = 0.238$ ,  $p < 0.05$ ), between IHS Factor 01, Confrontation and self-affirmation with risk, and BES Factor 4, Sexuality. This research sought to know the repertoire of women in a situation of illness that can affect the receipt of diagnosis and treatment; also supplying scientific gaps in scientific production that relate social skills and body satisfaction in women with breast cancer.

Key words: Psycho-oncology, Social skills, Body image, Breast cancer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 – Atividades Laborais.....	33
Gráfico 02 – Caracterização da estima corporal segundo escores da BES.....	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Média e Desvio padrão dos itens da Escala de Estima Corporal.....	40
Tabela 02 - Média e Desvio padrão dos itens do Inventário de Habilidades Sociais.	41
Tabela 03 – Correlação entre as variáveis.....	43

## LISTA DE SIGLAS

BES	Escala de Estima Corporal
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DP	Desvio Padrão
HS	Habilidades Sociais
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
INCA	Instituto Nacional do Câncer
M	Média
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCI	Protocolo de Caracterização Individual
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE SÍMBOLOS

% - Por cento

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO CÂNCER DE MAMA.....	19
2.2 CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	20
2.3 SATISFAÇÃO CORPORAL EM PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA.....	23
2.4 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS.....	25
2.5 EVIDÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER.....	27
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
OBJETIVO GERAL .....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>31</b>
4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA .....	31
4.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	31
4.3 PARTICIPANTES .....	31
4.4 LOCAIS .....	33
4.4.1 Hospital Aldenora Bello .....	33
4.4.2 Hospital Tarquínio Lopes Filho.....	34
4.5 INSTRUMENTOS .....	35
4.5.1 Protocolo de caracterização individual (PCI) .....	35
4.5.2 Inventário de Habilidades Sociais (IHS).....	35
4.5.3. Escala de Estima Corporal (BES) .....	36
4.6 PROCEDIMENTOS.....	37
4.6.1 Procedimento de Coleta de dados.....	37

4.6.2 Procedimento de Análise de dados.....	37
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
5.1 SOBRE A ESTIMA CORPORAL.....	39
5.2 SOBRE O REPERTÓRIO DE HABILIDADES SOCIAIS .....	41
5.3 SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O REPERTÓRIO DE HS E A ESTIMA CORPORAL..	43
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>56</b>
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
APÊNDICE B: Protocolo de Caracterização Individual.....	59
<b>ANEXOS .....</b>	<b>60</b>
ANEXO 01: Escala de Estima Corporal (BES).....	61



## 1 INTRODUÇÃO

A incidência do câncer no Brasil e no mundo é ascendente. A estimativa mundial para 2030 é de 27 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes pela doença, dados que demonstram ser um problema de saúde pública mundial e de caráter emergencial (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2015). Historicamente, o câncer esteve associado a uma sentença de morte, o que pode influenciar na forma como o paciente recebe o diagnóstico e se propõe a realizar um tratamento. Somando-se o significado histórico da doença e os efeitos dos tratamentos utilizados no câncer de mama - tais como emagrecimento (em um primeiro momento), queda de cabelo e até a retirada da mama - tem-se duas variáveis que participam na percepção de si e nas interações sociais nesse momento (INCA, 2015).

Se por um lado, a situação de adoecimento pode influenciar negativamente na satisfação que a mulher terá com seu corpo, gerando sentimentos de baixa autoestima, inferioridade e medo da rejeição do parceiro; por outro, há variáveis que podem interferir de forma positiva no enfrentamento ao tratamento, como por exemplo, a possibilidade de uma forma de tratamento menos invasiva, o apoio familiar e a interação e suporte social (SILVA, 2008). No que se refere à satisfação corporal da mulher em situação de adoecimento, devemos levar em consideração o seu repertório de habilidades sociais, pois ele pode influenciar diretamente na percepção que ela tem do seu corpo, e na forma como ela lida com as mudanças advindas do tratamento. Isso porque pacientes que possuem um bom repertório de habilidades sociais, dispõem de diferentes ferramentas para lidar com situações adversas que surgem em decorrência do tratamento, tais como, melhor habilidade em expressar suas opiniões e sentimentos, e conseguem lidar de forma mais habilidosa e saudável com o stress (KAPPAUN; FERREIRA, 2008; GRUN, 2006, 2008).

O presente trabalho busca aprofundar-se em questões relacionadas à mulher em tratamento para o câncer de mama. Nesse sentido, avaliamos a percepção da mulher sobre sua imagem corporal, seu repertório de habilidades sociais e a correlação entre essas duas variáveis. Para isso, utilizamos um Protocolo de Caracterização Individual (PCI), que caracteriza a amostra; o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) que avalia o repertório de habilidades sociais da amostra;

e a Escala de Estima Corporal (BES), que avalia a satisfação da mulher com sua imagem.

Ao se conhecer a percepção que as mulheres têm da sua imagem corporal e o seu repertório de habilidades sociais, bem como a relação entre ambos, é possível utilizar-se tais dados para somar estratégias de intervenção psicológica ao tratamento médico.

Neste trabalho monográfico, o leitor encontrará um Marco Teórico, com informações sobre como eram tratadas as mulheres acometidas pelo câncer na antiguidade, dados atuais do câncer de mama no Brasil e mais especificamente no Maranhão, definições do câncer, tipos de câncer e tipos de tratamento de combate ao câncer de mama. Ademais, os conceitos de habilidades sociais e competência social, aspectos teóricos sobre a satisfação corporal da mulher com o corpo doente, e a descrição de pesquisas que relacionam habilidades sociais e câncer. Em seguida, são explicitados os aspectos metodológicos, éticos e discutidos os resultados que foram encontrados com a pesquisa. Finalizando-se com as considerações finais, limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO CÂNCER DE MAMA.

O câncer, por muitos anos, foi considerado sinônimo de desgraça, ou uma pena de morte, o que contribuía para uma visão de ser a doença uma “imagem de vergonha” (SANT’ ANNA, 2000, p.43). Vergonha que, nos tempos antigos, estava ligada ao fato de o sujeito ter sido acometido por uma doença que culturalmente estava associada à uma vida de pecados, ou a falta de higiene; e que posteriormente o levaria ao apodrecimento de sua carne. Conseqüentemente, por muito tempo, não havia formas de enfrentar esse “mal”, cabendo ao doente o dever de lidar sozinho com a doença. No caso do câncer de mama, a vergonha perpassa também pelo estigma social que é o comprometimento ou perda de uma mama, considerada como um dos símbolos de feminilidade (SANT’ANNA, 2000).

Desde Galeno (130 d.C – 200 d.C) até o século XX, cresceu-se uma civilização aterrorizada diante de uma doença que não tinha cura e que levava à putrefação dos órgãos. Diante disso, surgem novas formas de lidar com esse corpo humano, trazendo uma redefinição do que seria a morte e a vida, contribuindo para uma nova forma de enfrentamento da doença, seja por parte do doente, ou por parte dos familiares, os quais passaram a se fazer presentes durante os tratamentos. Em contrapartida, o câncer também foi visto durante o início da década de 90 como a doença redentora, que teria sido causada por uma vida de vícios e de atitudes anti-higiênicas, mas que agora, as pessoas acometidas com este mal tinham a possibilidade de uma redenção, o que levava a uma santificação ou purificação das pessoas que possuíssem tal doença, de forma que se outras pessoas pudessem tocá-las, também estariam elas, purificadas (SANT’ANNA, 2000).

Já no Brasil, observa-se que o início de uma tentativa de controle do câncer, se dá com o combate aos possíveis agentes condicionantes, que seriam condutas qualificadas como potencialmente predisponentes para a instauração da doença, como por exemplo, moradia em locais insalubres e o uso do tabaco; posteriormente começa-se a considerar a possibilidade de causas tanto externas quanto internas dentre os possíveis causadores da doença. Em 1872, foi feita, pelo médico

oftalmologista Hilário de Gouveia, a primeira observação documentada de uma transmissibilidade hereditária da doença. O interesse em conhecer mais sobre a doença favorece o aumento de publicações sobre o tema, o qual ia se tornando recorrente dentro de mesas de debates médicos. Em 1919, é criado o primeiro Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que possuía “ações direcionadas ao câncer”. Como forma de fortalecer as discussões sobre o tema, em 1935, entre os dias 24 e 30 de novembro, é realizado no Rio de Janeiro o I Congresso de Câncer, que foi um espaço destinado à discussão sobre a “organização de uma rede de atuação nacional de combate ao câncer” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

Em 1947, é organizado pelo Sistema Nacional de Cancerologia, a Revista Brasileira de Cancerologia, como uma forma de fortalecer a difusão de publicações sobre o tema entre os profissionais de saúde do Brasil. Durante o período inicial de discussões, os debates se voltavam para as formas de afecções mais comuns do câncer no Brasil, como por exemplo, o câncer ginecológico e o câncer de pulmão, e, posteriormente, o câncer de mama, que somente no ano de 2004 começa a receber maior atenção. Ocorrendo, neste mesmo ano, a publicação do documento de Consenso do Câncer de Mama, que teve como objetivo oferecer informações sobre a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama, e apontar possíveis estratégias a serem usadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Quatro anos após a publicação do Consenso é criado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), com o objetivo de fortalecer a difusão de informações sobre a doença e aumentar o número de diagnósticos iniciais da doença, que é o período em que as chances de êxito com o tratamento são maiores. No ano de 2012, observa-se uma mudança no foco das discussões e o que entra em questionamento é a qualidade dos equipamentos de mamografia, devido ao elevado número de exames de qualidade questionáveis (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

## 2.2 CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o câncer é definido como o crescimento desordenado de células do corpo, que podem acometer órgãos e

tecidos. Algumas células, por se dividirem rapidamente e de forma incontrolada, tendem a formar conglomerados, que são denominados de tumores (células cancerígenas). Por o câncer ser uma doença que pode se desenvolver a partir de qualquer célula do corpo, há, atualmente, listados mais de 200 tipos de câncer. Porém, de uma forma generalista, é possível elencar dois tipos de câncer: o carcinoma, que é o que se desenvolve a partir de tecidos epiteliais, dentre eles o câncer de mama; e o sarcoma, que se desenvolve a partir de tecidos conjuntivos (INCA, 2015).

As principais causas que levam ao processo de formação de células cancerígenas são: (1) Causas externas, que correspondem a 80% dos tipos de câncer, dizem respeito ao ambiente no qual a pessoa está inserida, por exemplo, proximidade a indústrias, alimentos disponíveis, água, ar, medicamentos e estilos de vida tabágico, alcoolista e sedentário; (2) Causas internas, que são tipos mais raros, pois decorrem somente de uma causa genética, como alguns cânceres de mama, estômago e intestino, que estão mais associados à herança genética (INCA, 2015).

Mais especificamente, o câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve em consequência de alterações genéticas que desencadeiam a multiplicação de forma desordenada de células mamárias, que se localizam na região do seio. O principal sintoma é a formação de um nódulo indolor na mama, podendo aparecer outros sintomas como: pele da mama avermelhada ou com aspecto de casca de laranja; alteração no mamilo e a criação de pequenos nódulos nas axilas ou pescoço (INCA, 2015).

Classificam-se os cânceres de mama em dois tipos: (1) Câncer de mama não invasivo, *in situ*, que são aqueles que se desenvolvem através de um tumor localizado em um único lugar, e a membrana que reveste esse tumor não se rompe; (2) Câncer de mama invasivo, que ocorre quando a membrana que revestia esse tumor rompe-se, espalhando-se por outras partes do corpo, ou seja, entrando em metástase. Dentro dessa divisão geral, pode-se encontrar quatro subtipos de câncer de mama mais comuns, que são eles: (a) Carcinoma Ductal *In Situ*, que se desenvolve nos ductos da mama, e apesar de ser considerado um pré-câncer e que possui muitas chances de cura, em alguns casos ele pode se tornar invasivo; (b) Carcinoma Lobular *In Situ*, se origina nos lóbulos mamários, e geralmente não entram no processo de metástase; (c) Carcinoma Ductal Invasivo, é o mais comum tipo de câncer, e desenvolve-se no ducto da mama, rompendo esse ducto e

espalhando-se pelos tecidos adiposos, podendo entrar em metástase; (d) Carcinoma Lobular Invasivo, que se desenvolve nos lóbulos mamários, e ao romper-se, se espalha por outras partes do corpo (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

Após o diagnóstico de câncer de mama, procede-se ao planejamento do tratamento do doente. A estrutura desse tratamento é feita levando-se em consideração o tamanho do tumor e a sua localização, que são dados obtidos através de exames como a mamografia. Porém, outros dados também devem ser levados em consideração, como por exemplo, idade da paciente e como ela se sente em relação à preservação da mama. Outro dado importante a ser levado em consideração, são os meios de tratamentos disponíveis, dentre eles pode-se destacar algumas propostas cirúrgicas, como: lumpectomia, que é a retirada do nódulo e dos tecidos adjacentes a ele; quadrantectomia, que é a retirada do quadrante afetado da mama; mastectomia simples, que é a retirada de toda a mama, porém mantêm-se o músculo e os linfonodos; mastectomia radical modificada, onde se retira toda a mama e os linfonodos axilares; mastectomia radical, que se retira toda a mama, os músculos e os linfonodos axilares. Como tratamentos pós intervenção cirúrgica - com algumas exceções para cânceres em estágio inicial de desenvolvimento, nos quais se pode usar esses métodos de tratamento sem uma possível intervenção cirúrgica associada - tem-se: radioterapia, na qual são utilizados feixes de radiações ionizantes, em média 200cGy por dia, no local do tumor, com o intuito de diminuir a possibilidade de recorrência de novas células cancerígenas no local da cirurgia, assim como, destruir as possíveis células remanescente e impedir o seu possível crescimento; a hormonioterapia, que visa inibir o fornecimento de determinados hormônios para as células cancerígenas, necessários para o seu crescimento; e a quimioterapia, que é um método que utiliza a administração de compostos químicos, com o intuito de impedir o desenvolvimento de células cancerígenas (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

A importância de um processo dialogado na definição do tratamento reside na necessidade de explicar para a paciente, a sua patologia, os riscos e benefícios de determinados processos, conscientizando-a ao que será submetida se aceitar o tratamento proposto, o que pode ajudá-la a lidar previamente com a situação. No estudo desenvolvido por Rossi e Santos (2003), é possível ter acesso a relatos de mulheres que se submeteram a um processo de mastectomia, e em alguns casos, elas entraram na sala de cirurgia acreditando que iriam retirar somente um nódulo, e

acordaram sem uma mama, pois não houve diálogo adequado entre a equipe médica e a paciente.

Quando se refere à retirada deste órgão em específico da mulher, carece sensibilidade da equipe médica para perceber que não se trata apenas de um órgão, uma vez que a mama faz referência à sexualidade feminina e a sua imagem corporal. Segundo Almeida (2006) e Silva (2008), a retirada de uma mama implica em avaliações negativas da imagem corporal feminina, o que resulta em um prejuízo de suas relações interpessoais e satisfação sexual. Além da possibilidade de desenvolvimento “de sentimentos de baixa autoestima, de inferioridade e medo de rejeição do parceiro” (SILVA, 2008, p. 236).

### 2.3 SATISFAÇÃO CORPORAL EM PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA

Segundo Secchi, Camargo e Bertoldo (2009), a imagem corporal pode ser definida, como a percepção individual que determinado indivíduo tem do seu próprio corpo, levando em consideração aspectos físicos, sociais e psicológicos. Enfatiza-se a importância de estudar o corpo partindo de uma perspectiva social, pois dentro das representações sociais serão estabelecidas formas de ver e viver com este corpo, através da difusão de comportamentos e pensamentos que instruem a como lidar com este corpo.

Na cultura ocidental, o papel social da mama ultrapassa o cunho endócrino, sendo supervalorizado dentro da estética feminina, e assumindo um importante papel de atratividade sexual, sendo a mama classificada como um símbolo de beleza e erotismo. Por vivermos em uma sociedade que ressalta esse papel da mama, qual seja o de feminilidade e sexualidade, pode-se observar o quão a mama faz parte do constructo de imagem corporal feminina, tanto em termos físicos (tamanho) quanto em termos sociais (feminilidade). Uma mama acometida de doença atinge diretamente a imagem da mulher, que pode passar a adotar um conceito de imagem de “desfiguramento, constrangimento e vergonha” (AMÂNCIO; COSTA, 2007, p 52).

Conforme relatam Amâncio e Costa (2007, p.45): “as mamas são símbolos da feminilidade e são órgãos extremamente importantes, principalmente para a mulher em atividade sexual, na sua auto identificação corporal”. A construção simbólica da mama é algo multidimensional, pois resulta de um processo que envolve aspectos sociais, fisiológicos e psicológicos, afetando diretamente na forma como essa mulher vai perceber todo o seu corpo, expressar suas emoções e se relacionar com os pares, o que influencia na sua qualidade vida (AMÂNCIO; COSTA, 2007).

Nessa perspectiva, o impacto psicológico que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem causar na mulher se relaciona diretamente com a sua imagem corporal. Isso porque os efeitos colaterais causados pelo tratamento interferem diretamente no corpo, que passa a caracterizar-se por magreza excessiva (em um primeiro momento), queda de cabelo, palidez e pele sem brilho (KAPPAUN; FERREIRA, 2008; PRATES; ZANINI; VELOSO, 2012). Tais mudanças significativas podem “despertar sentimentos de desvalorização pessoal, alteração do autoconceito e da auto-estima e, como resultado, a mulher poderá sentir-se incapacitada, temendo tornar-se menos importante para si e para os outros” (AMÂNCIO; COSTA, 2007, p.43). Desencadeando uma avaliação negativa da imagem corporal, afetando a autoestima e a satisfação corporal, favorecendo a emissão de comportamentos de esquiva frente a situações de maior contato social, especialmente relações sexuais (KAPPAUN; FERREIRA, 2008; PRATES; ZANINI; VELOSO, 2012.)

Durante e após um tratamento de câncer de mama, uma parte desse corpo que carregava consigo uma representatividade de cunho psicossocial, pode ser retirada parcial ou totalmente. E a imagem corporal passa por uma reelaboração, onde a mulher precisa assumir uma nova imagem (AMÂNCIO; COSTA, 2007.) Santos e Vieira (2011) apontam a influência que determinadas formas de tratamento, contra o câncer de mama, podem exercer na avaliação da imagem corporal da mulher. Efeitos colaterais vindos da mastectomia, resultando da perda da mama, afetam de forma mais imediata à vida da paciente, pois ocorre à retirada de forma brusca de uma parte do seu corpo, o que gera nessa mulher um maior sentimento de insatisfação com o seu próprio corpo, se comparada com mulheres que passaram imediatamente por uma cirurgia de reconstrução mamária.



## 2.4 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS.

O aumento da quantidade de estudos sobre habilidades sociais (HS) se iniciou com o advento da psicologia clínica e organizacional, através de programas de treinamentos em habilidade sociais, e o que se observa, atualmente, é que tais programas vêm se difundindo para as demais áreas de psicologia (DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, ZILDA A. P., 2006). Zilda Del Prette e Almir Del Prette, autores reconhecidos no Brasil por sua trajetória no estudo e pesquisa das HS, constataram que ao longo da década de 80 houve um aumento significativo em publicações referentes às habilidades sociais, que, por sua vez, abordavam prioritariamente questões referentes ao treino de habilidades sociais. Paralelo a esse maior interesse em aplicar as habilidades sociais no campo prático, surgiu o interesse em estruturar de forma mais coesa o constructo teórico, bem como efetivar uma maior organização do que já vinha sendo estudado no campo das habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003).

Embora usualmente o termo habilidades sociais seja utilizado por certa quantidade de autores, o que se observa é que não existe uma definição única para o termo, e assim emprega-se o seu uso para se referir a diversos contextos e situações. Com isso, em alguns momentos utiliza-o fazendo uma referência a comportamentos pessoais, e em outros, em consequências de tais comportamentos (BOLSONI-SILVA, 2002).

Em seu livro *Psicologia das Habilidades Sociais* (1999, p.46), Zilda A. P. Del Prette e Almir Del Prette listam definições de alguns teóricos sobre o que seria Habilidades Sociais, entre eles destacam-se Ladd e Mize (1983) que as conceituam como a “habilidade para organizar cognições e comportamentos em um curso de ação integrada, dirigida para objetivos sociais ou interpessoais culturalmente aceitáveis”, e a definição de Argyle, Furnahm e Graham 1981 “[...] pode-se definir habilidades sociais como um constructo descritivo, como o conjunto dos desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal, considerando-se a situação em sentido amplo, que inclui variáveis da cultura”.

Com o avanço nos estudos sobre habilidades sociais, novas definições foram sendo elaboradas com o intuito de complementar ou modificar as que

anteriormente tinham sido definidas. Entre essas novas definições há a de Zilda Del Prette e Almir Del Prette, que propuseram uma definição para HS como “diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 31). Os mesmos autores propuseram subclasses de Habilidades Sociais, considerando como critérios de análise, o *conteúdo* e a *funcionalidade*, que passam a listadas em seguida (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

A primeira HS é denominada de automonitoria, que é compreendida como “uma habilidade metacognitiva e efetivo-comportamental pela qual a pessoa observa, descreve e regula seus pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações sociais” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014, p. 62). A segunda é definida como Habilidades Sociais de Comunicação, compreendendo habilidades como: pedir e dar feedbacks, saber emitir um elogio e iniciar, manter e encerrar uma conversa. A terceira compreende o grupo de HS de civilidade, dentro do qual estão inseridos, saber dizer, por favor e obrigado, saber cumprimentar as pessoas ou despedir-se no momento de sua saída. O quarto grupo é o das HS assertivas, que seriam expressas pela capacidade do indivíduo conseguir expressar sua opinião e ouvir a dos demais, sem ferir o posicionamento do outro. O quinto grupo é denominado de HS empáticas, que compreendem a capacidade de se colocar no lugar do outro, percebendo seu posicionamento de uma forma mais amistosa e mostrando-se solícito a uma demanda externa. A sexta, as HS de trabalho, que se expressam pelas habilidades de trabalhar em grupos, exercendo papéis de liderança, expondo suas ideias aos demais, assim como, tomando decisões ou mediando possíveis conflitos. A sétima é denominada de HS de expressão de sentimentos positivo que é a habilidade de construir laços afetivos e expressar seus sentimentos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

Um segundo conceito da área, o de competência social, avalia as HS no que se refere a sua funcionalidade, levando em consideração os seguintes critérios: (1) se o indivíduo conseguiu alcançar os resultados almejados; (2) se conseguiu a aprovação da comunidade verbal; (3) se ele conseguiu manter ou melhorar a qualidade dos seus relacionamentos interpessoais; (4) se ele conseguiu manter ou melhorar a sua autoestima; (5) se houve equilíbrio de reforçadores entre o sujeito e

seu(s) interlocutor(es); e (6) a promoção e o exercício de direitos interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; 2005; 2012).

## 2.5 EVIDÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER.

Percebe-se uma escassez de estudos que tenham analisado o repertório de habilidades sociais de pessoas diagnosticadas com câncer. Dentre as poucas investigações, pode-se citar:

a) *Social competence and behavioral adjustment of children who are long-term survivors of cancer* de autoria de Mulhern, Wasserman, Friedman e Fairclough. No ano de 1989, os autores realizaram um estudo longitudinal com 183 pacientes menores de 15 anos que haviam concluído o tratamento de câncer há mais de 2 anos. Os pais responderam ao questionário Child Behavior Checklist, que avalia competência social e problemas de comportamento, cujos resultados foram relacionados com variáveis sociodemográficas e variáveis médicas, como aparência e status funcional. Os resultados indicaram que mais da metade das crianças apresentaram déficit em competência social.

b) *Social skills and psychological adjustment of child and adolescent cancer survivors* de autoria de Wendy Newby e outros autores. No ano de 2000, utilizando os instrumentos Child Behavior Checklist, Teacher Rating Form, Social Skills Rating Scale-Parent, Social Skills Rating Scale-Teacher e o Family Environment Scale, em uma amostra de 42 crianças e adolescentes, compararam o repertório de habilidades sociais de um Grupo Experimental, composto por sujeitos que estavam em processo de tratamento, ou que já passaram por esse processo, e um Grupo Controle, sujeitos que nunca haviam sido submetidos a qualquer tratamento de câncer. Como resultado, percebe-se déficits do grupo experimental em determinadas classes de HS relacionadas ao ajustamento social no ambiente escolar, notadamente nas habilidades de civilidade e de expressão de sentimentos positivos. O estudo ainda evidencia que, em longo prazo, esse déficit se torna menor e o ajustamento social se torna melhor, naqueles sujeitos que se submetem a processo psicoterapêutico.

c) *Building personal and social competence through cancer-related issues* (2008), de autoria de Owen M. Donavan faz um estudo de caso. Tim, uma criança sobrevivente do câncer que, após o seu retorno às atividades acadêmicas, sentiu dificuldade de inserção no ambiente escolar. Essa dificuldade foi devida, principalmente, à falta de conhecimento das outras crianças sobre a condição de Tim e o déficit de determinadas habilidades sociais dos demais alunos. Com base nisso, foi criado um programa que se utilizava de técnicas de encenação com o objetivo de desenvolver nos alunos, habilidades que facilitassem a comunicação quando o assunto era o câncer. Para isso, disponibilizaram-se para esses alunos algumas informações sobre a patologia; posteriormente, desenvolveram-se situações problemas para estimular a colaboração entre os alunos e para que eles pudessem perceber a importância de um ambiente saudável para a saúde das demais pessoas.

d) *Body weight, social competence, and cognitive functioning in survivors of childhood brain tumors* (SCHULTE et al, 2010). Foi realizada uma pesquisa que relacionou anormalidades do peso (através do cálculo do IMC) de pessoas diagnosticadas com tumor no cérebro e o desenvolvimento de competências sociais de tais indivíduos. O estudo foi desenvolvido em uma amostra de 54 pessoas, com idades entre 8 e 18 anos, e foram utilizados os seguintes instrumentos: Social Skills Rating System, Child Behavior Checklist/Youth Self-Report, Self-Perception Profile, Children's Depression Inventory, Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence. Como resultados, pessoas sobreviventes de um tumor cerebral apresentam, em sua maioria, um peso abaixo da média, e somado a isso, déficit em competência social.

Dentre os estudos brasileiros, pode-se destacar:

e) *Habilidades sociais em portadoras de câncer de estômago*, de 2012, autoria de Taísa Borges Grun. A pesquisa teve como objetivo analisar o repertório de HS em pessoas diagnosticadas com câncer de estômago. Com uma amostra de 30 pessoas e utilizando como instrumentos o IHS, os resultados indicam déficits no repertório.

f) *Stress e habilidades sociais em pacientes com câncer de laringe*. A dissertação de Grun (2008) buscou investigar a relação entre stress e habilidades sociais em pacientes diagnosticados com câncer de laringe. Como método, aplicou-se um questionário de habilidades sociais (construído pela autora) e o Inventário de

Sintomas de Stress para Adultos, em uma amostra de 21 pacientes, com idades de 40 a 70 anos. Os resultados apontaram que os pacientes apresentaram um bom repertório de habilidades sociais; porém não apontaram uma correlação entre stress e HS em pessoas diagnosticadas com câncer de laringe.

### 3 OBJETIVOS

#### OBJETIVO GERAL

- Analisar a estima corporal e o repertório de habilidades sociais de mulheres em tratamento para o câncer de mama.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o repertório de habilidades sociais de mulheres em tratamento de câncer de mama, nos fatores F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – Conversação e desenvoltura social; F4 – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e F5 – Autocontrole da agressividade.
  - Avaliar a satisfação corporal das mulheres.
  - Relacionar o repertório de habilidades sociais com a satisfação corporal de mulheres em tratamento de câncer de mama.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

A pesquisa é do tipo descritiva, correlacional e de corte transversal.

Descritiva, pois a pesquisa tem como objetivo a descrição das características de determinada população; e correlacional, pois se busca verificar a relação entre determinadas variáveis. O estudo se configura transversal porque os dados serão coletados uma única vez (BARKER; PISTRANG; ELLIOT, 1994).

### 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e foi aprovada com o parecer de número 1.938.606.

### 4.3 PARTICIPANTES

Utilizou-se uma amostragem não probabilística por acessibilidade. Como critérios de inclusão, as mulheres deviam: ser maiores de 18 anos e estar submetendo-se a alguma forma de tratamento de combate ao câncer. Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentam prejuízos neurológicos, cognitivos ou psiquiátricos que as impediavam de preencher os instrumentos.

A amostra foi composta por 70 mulheres, com idades entre 31 e 59 anos (Média[M] = 48,14). Cerca de um quarto da amostra, 24,3%, eram naturais do município de São Luís - MA, 4,3% eram naturais de Pinheiro - MA e as demais de distintos municípios maranhenses. Em relação ao local de moradia atual, 44,3% mulheres moram na capital do estado; sendo que, somente 1,4% da amostra mudou-se de cidade em decorrência do tratamento.

Em relação ao estado civil das entrevistadas, 35,7% são casadas, 30% são solteiras, 14,3% são divorciadas, 12,9% vivem em uma união estável e 7,1% são viúvas. Quando questionadas sobre a sua religião, 50% se declararam católicas, 44,3% se declararam evangélicas, 4,3% se declararam espíritas e 1,4% se declararam sem religião. A amostra é composta por 50% concluintes do ensino médio, 18,6% que não completaram o ensino fundamental, 11,4% que concluíram o ensino fundamental, 8,6% que não concluíram o ensino médio, 7,1% que possuem o superior completo, 2,9% são analfabetas e 1,4% que não completaram o ensino superior.

Nota-se que 87,1% (61 mulheres) das mulheres possuíam filhos, enquanto 12,9% (09 mulheres) não possuíam. Sendo que das que tem filhos, 27,1% tem dois, 24,3% três e 20% um filho.

No tocante ao tempo de diagnóstico, encontrou-se uma média de 30,61 meses (Desvio Padrão[DP] = 35,01), sendo que no mínimo são diagnosticadas há 2 meses e no máximo 210 meses. Dentre as formas de intervenção cirúrgica, 47,1% (33 mulheres) se submeteu a quadrantectomia, 37,1% (26 mulheres) a mastectomia total, 10% (07 mulheres) a dissecação axilar e 11,4% (08 mulheres) a reconstrução mamária. Sendo que, 57,1% das mulheres se submeteram apenas a um procedimento cirúrgico, 20% se submeteram a dois procedimentos cirúrgicos ou a nenhuma intervenção cirúrgica e somente 2,9% se submeteram a três procedimentos cirúrgicos; com uma média de 1,06 cirurgia por mulher.

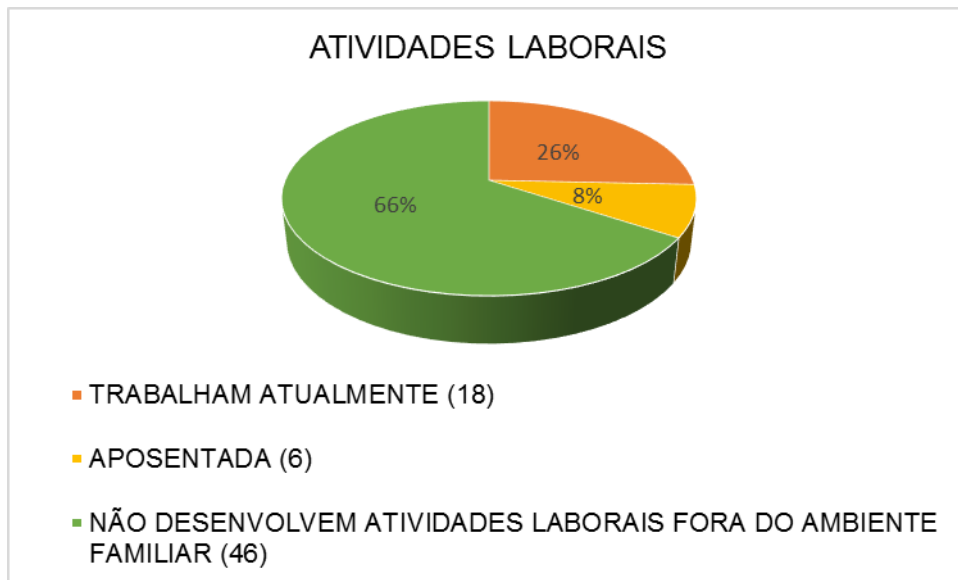
Quando questionadas sobre outras formas de tratamento ao câncer, observou-se a prevalência de três formas de tratamentos não invasivos, a quimioterapia (77,1%), a radioterapia (45,7%) e a hormonioterapia (11,4%). Com uma taxa de 38,6% de mulheres que se submeteram a duas formas de tratamento não invasivas, 35,7% que se submeteram a apenas uma, 18,6% que não se submeteram a nenhuma das três formas mencionadas de tratamento e 7,1% que se submeteram as três formas de tratamento.

No histórico familiar observa-se que 67,1% das entrevistadas possuíam alguém na família com o diagnóstico de câncer, enquanto 32,9% não possuíam outras pessoas na família com tal diagnóstico. Dentre as formas mais encontradas, destacam-se o câncer de mama, com 27,1%, o de útero com 21,4% e o de tireoide, pulmão, intestino e próstata com 5,7% cada.



Pode-se observar através do gráfico abaixo a porcentagem de mulheres da amostra que desenvolvem ou não atividades laborais fora do ambiente familiar. Sendo assim, 46 mulheres (66%) não desenvolvem atividades laborais fora do ambiente familiar, 18 mulheres (26%) desenvolvem algum tipo de atividade laboral fora do ambiente familiar, e 6 mulheres (8%) declararam já estarem aposentadas, devido a suas idades.

Gráfico 01 – Atividades Laborais



Fonte: Dados da pesquisa, 2017

#### 4.4 LOCAIS

A coleta de dados aconteceu nas instituições da capital do Maranhão que oferecem tratamento público para o câncer:

##### 4.4.1 Hospital Aldenora Bello

O histórico do Hospital é incerto, conforme afirma a sua própria página na internet. Acredita-se que a inauguração do hospital tenha ocorrido no ano de 1964, ainda dispondo de recursos precários para o tratamento contra o câncer. Somente depois de árduo empenho do Dr. Antonio Dino e da Sra. Enide Dino, que foi possível criar um pavilhão para abrigar uma bomba de Cobalto, aparelho que ajudaria na realização das radioterapias. Após a morte do Sr. Antônio Dino, em 1976, criou-se a fundação Antonio Jorge Dino, com a intenção de manter o hospital Aldenora Bello, que tinha como missão, cuidar dos pobres e indigentes que não possuíam condições para o custeio do tratamento contra o câncer.

Atualmente, o hospital é conhecido no estado do Maranhão como sendo um centro de alta complexidade em oncologia e por ser uma referência no combate ao câncer, dispondo de “175 leitos de internação, divididos em enfermarias clínica, cirúrgica, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e apartamentos. Além disso, conta com um serviço de radioterapia e braquiterapia, que está sendo ampliado para duplicar sua capacidade de atendimento neste setor” (FUNDAÇÃO ANTONIO DINO, 2016).

#### 4.4.2 Hospital Tarquínio Lopes Filho

Durante o mês de agosto de 2014, o Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho, se tornou o Hospital de Câncer do Maranhão – Dr. Tarquínio Lopes Filho, um centro de referência para o tratamento dessa patologia no estado, sendo financiado com verbas estaduais.

O hospital dispõe atualmente de “123 leitos de internação clínica, cirurgia, centro cirúrgico com cinco salas, uma Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, consultórios, dois leitos de estabilização, sala de medicação, leitos de observação feminina e masculina, salas de classificação de risco e de medicação” (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016). Os pacientes ainda contam com os cuidados de uma equipe multiprofissional, dentre eles, médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais.

## 4.5 INSTRUMENTOS

### 4.5.1 Protocolo de caracterização individual (PCI)

Protocolo criado para esta pesquisa visou obter informações para a caracterização da amostra. Contém perguntas sobre data de nascimento, naturalidade, estado civil, religião, nível educacional, trabalho atual, se possui filhos, data do diagnóstico, tipos de procedimentos e se possui histórico de câncer na família. (APÊNDICE B)

### 4.5.2 Inventário de Habilidades Sociais (IHS)

Para a avaliação do repertório de habilidades sociais, foi utilizado o *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)* (DEL PRETTE; DEL PRETTE; 2001). O IHS-Del-Prette é um instrumento de autorrelato para avaliação de habilidades sociais, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e disponibilizado em forma de uma caixa com materiais impressos (manual, fichas de aplicação e de apuração). O instrumento conta com 38 itens, cada um descrevendo uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para reagir àquela situação. O respondente deve estimar a frequência com que reage/reagiria da forma sugerida em cada item e estimar a frequência de sua resposta em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 0-2 (nunca ou raramente) a 9-10 (sempre ou quase sempre). Em alguns itens há um fraseado “negativo”, ou seja, pontuação mais alta indica déficit de habilidades sociais, devendo-se, nestes, inverter a pontuação para a obtenção do escore. Os itens produzem um ESCORE TOTAL ( $\alpha = 0,75$ ) e escores em cinco fatores: F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco ( $\alpha = 0,96$ ), composto por 11 itens, entre eles, devolver uma mercadoria defeituosa (item 21) e discordar do grupo (item 16); F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo ( $\alpha = 0,86$ ), composto por 07 itens, entre eles,

agradecer elogios (item 03) e elogiar familiares (item 28); F3 – Conversação e desenvoltura social ( $\alpha = 0,81$ ), composto por 07 itens, entre eles, encerrar conversação (item 17) e pedir favores a colegas (item 37); F4 – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas ( $\alpha = 0,75$ ), composto por 4 itens, entre eles, fazer perguntar a desconhecido (item 23) e pedir favores a desconhecidos (item 26) e F5 – Autocontrole da agressividade ( $\alpha = 0,74$ ), composto por 03 itens, que são eles, lidar com críticas dos pais (item 18), lidar com chacotas (item 38) e cumprimentar desconhecidos (item 31).

#### 4.5.3 Escala de Estima Corporal (BES)

A Escala de Estima Corporal foi desenvolvida por Secord e Jourand (1953) e revisada por Franzoi e Shield (1984). A versão da BES brasileira foi validada por Caetano (2011), que em sua tese de doutorado realizou uma tradução e uma adaptação cultural do instrumento, assim como, um estudo da estrutura fatorial, avaliando a confiabilidade dessa escala em uma população feminina de meia idade.

É composta por 33 itens, medidos em uma escala Likert de cinco pontos. O escore total varia de 33 a 165 pontos, interpretados da seguinte forma: de 33 a 59,3, o sujeito apresenta sentimentos negativos fortes em relação a sua estima corporal; de 59,4 a 85,7, sentimentos negativos médios; de 85,8 a 112,1, sentimentos neutros, isto é, nem negativos e nem positivos; de 112,2 a 138,5 - sentimento positivo médio; e de 138,6 a 165 - sentimento positivo forte. Ela é composta de 4 fatores: Fator 1 Características físicas modificáveis a partir do exercício e da alimentação ( $\alpha = 0,90$ ), composto por 14 itens, entre eles, meu peso (item 31) e minha cintura (item 06); Fator 2 Características físicas não modificáveis pelos exercícios e alimentação ( $\alpha = 0,83$ ), composto por 08 itens, entre eles, meu queixo (item 11) e minhas orelhas (item 09); Fator 3 Condição física ( $\alpha = 0,87$ ), composto por 08 itens, entre eles, minha agilidade (item 15) e minha saúde (item 27); e Fator 4 Sexualidade ( $\alpha = 0,80$ ), composto por 03 itens, que são eles, meu desejo sexual (item 24), minhas atividades sexuais (item 28) e meus órgãos sexuais (item 25). Cada fator é pontuado por escores que variam de 1 a 5, classificado em intervalos da seguinte forma: de 1 a 1,8 o respondente apresenta sentimentos negativos fortes; 1,9 a 2,6 sentimentos

negativos médios; 2,7 a 3,4 sentimentos neutros, isto é, nem negativos e nem positivos; 3,5 a 4,2 sentimento positivo médio; e 4,3 a 5,0 sentimento positivo forte (CAETANO, 2011).

## 4.6 PROCEDIMENTOS

### 4.6.1 Procedimento de Coleta de dados.

Entrou-se em contato com a direção do Hospital Aldenora Bello e Hospital Tarquínio Lopes Filho, solicitando a Carta de liberação do local para coleta, que foi anexada na Plataforma Brasil. Diante do aceite e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, mulheres que cumprem os critérios de inclusão foram contatadas pessoalmente no Hospital onde estavam realizando tratamento. A pesquisadora fez uma breve apresentação sua, dos objetivos e método da pesquisa, em seguida foi feito o convite para a participação na pesquisa, sendo garantido o anonimato das participantes. Caso a paciente manifestasse o interesse em participar da pesquisa, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em seguida, foi solicitado que a participante o assinasse. A próxima etapa foi a coleta de dados, sendo aplicados, individualmente, o PCI, o IHS e a BES, nessa ordem.

### 4.6.2 Procedimento de Análise de dados.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 20.0.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva com os dados obtidos através da aplicação do PCI, utilizando-se mínimo, máximo, médias e desvio padrão, com o intuito de caracterizar a amostra. Posteriormente, os dados obtidos com a aplicação do IHS, foram corrigidos conforme estabelece o Manual: foi aferido um escore total e um escore por fator e verificado na tabela correspondente, a sua interpretação. Em seguida, para caracterizar o nível de satisfação corporal das

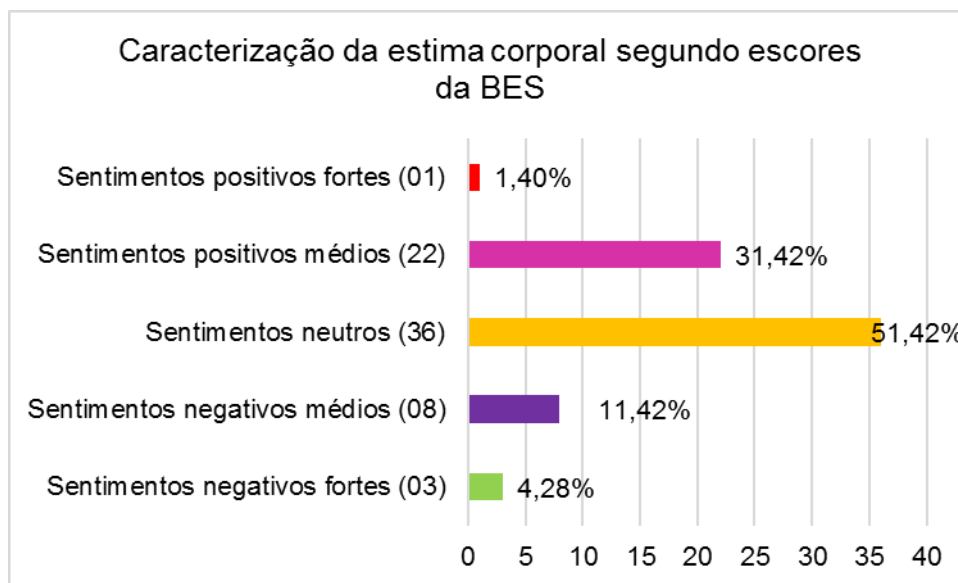
mulheres, foi aferido o escore total e por fator do BES e utilizada a interpretação em intervalo de escore conforme estabelecido na versão validada no Brasil e explicado no item Instrumentos. Por último, foram realizadas análises prévias para preparação de análises de correlação e realizada a análise de correlação ente os escores total e por fator do HS e o escore total e por fator de satisfação corporal.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 SOBRE A ESTIMA CORPORAL

O escore total de estima corporal desta amostra de mulheres em tratamento do câncer de mama obteve  $M = 102,6$  ( $DP = 20,16$ ), que são escores considerados neutros (não tenho sentimentos negativos e nem positivos) de satisfação corporal. No gráfico abaixo, pode-se verificar a classificação da amostra segundo sua estima corporal.

Gráfico 02 – Caracterização da estima corporal segundo escores da BES



FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Fazendo uma análise descritiva de cada item da BES, observa-se que as maiores médias se concentram nos itens 09 (minhas orelhas), 11 (meu queixo) e 32 (minhas mãos), com  $M=3,81$  ( $DP=0,83$ ),  $M=3,74$  ( $DP=0,81$ ) e  $M=3,50$  ( $DP=1,04$ ), respectivamente, que indicam sentimentos positivos médios. Por outro lado, os itens 05 (minha força muscular), 24 (meu desejo sexual), 26 (a aparência da minha barriga), 28 (minhas atividades sexuais) e 31 (meu peso), obtiveram as menores médias:  $M=2,50$  ( $DP=1,03$ );  $M=2,24$  ( $DP=1,32$ );  $M=2,46$  ( $DP=1,21$ ),  $M=2,16$  ( $DP=1,30$ ) e  $M=2,60$  ( $DP=1,18$ ), respectivamente, que indicam sentimentos negativos medianos. (Ver Tabela 1)

Tabela 1. Média e Desvio padrão dos itens da Escala de Estima Corporal

<b>Item da BES</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Meu apetite	3,46	1,34
Minha resistência física	2,79	1,12
Meus reflexos	3,44	0,97
Meus lábios	3,37	1,06
Minha força muscular	2,50	1,03
Minha cintura	2,84	1,23
Meu nível de energia	3,04	1,22
Minhas coxas	3,24	1,13
Minhas orelhas	3,81	0,83
Meus bíceps	2,99	1,12
Meu queixo	3,74	0,81
O formato do meu corpo	3,03	1,16
Minha coordenação motora	3,30	1,10
Meu bumbum	3,43	1,01
Minha agilidade	3,17	1,11
A largura dos meus ombros	3,20	0,97
Meus braços	3,24	0,92
Meus seios	3,04	1,08
A aparência dos meus olhos	3,27	1,04
Minhas maçãs do rosto e bochecha	3,46	0,87
Meu quadril	3,19	0,96
Minhas pernas	3,19	1,10
Meu físico/aparência	3,10	1,00
Meu desejo sexual	2,24	1,32
Meus órgãos sexuais	3,44	0,97
A aparência da minha barriga	2,46	1,21
Minha saúde	2,86	1,13
Minhas atividades sexuais	2,16	1,30
Minha condição física	2,76	1,09
Meu rosto	3,50	0,98



Meu peso	2,60	1,18
Minhas mãos	3,50	1,04
Minha pele	3,29	1,14

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Quando analisado o escore por fator, observa-se que o maior escore se encontra no Fator 02: Características físicas não modificáveis ( $M = 3,49$ ;  $DP = 0,69$ ); em contrapartida, o fator que obteve menor escore foi o Fator 04: Sexualidade, que apresentou escores considerados negativos médios com uma média de  $M = 2,61$  ( $DP=0,97$ ). Os demais fatores apresentaram escores neutros, a saber, Fator 01 Características físicas modificáveis a partir do exercício e da alimentação ( $M=3,07$ ;  $DP=0,68$ ) e Fator 03 Condição física ( $M=2,98$ ;  $DP=0,75$ ).

## 5.2 SOBRE O REPERTÓRIO DE HABILIDADES SOCIAIS

O escore total bruto do repertório de Habilidades Sociais das participantes neste estudo, alcançou a média de 97,75 ( $DP= 16,39$ ), o que classifica a amostra como apresentando um bom repertório de habilidades sociais, acima da mediana. Pela Tabela abaixo, pode ser verificado a média e desvio padrão obtida em cada item.

Tabela 2. Média e Desvio padrão dos itens do Inventário de Habilidades Sociais

Item	Média	Desvio Padrão
Manter conversa com desconhecidos	2,24	1,66
Pedir mudança de conduta	2,61	1,56
Agradecer elogios	3,80	0,84
Interromper a fala do outro	2,34	1,78
Cobrar dívida de amigo	2,19	1,87
Elogiar outrem	3,73	0,88
Apresentar-se a outra pessoa	1,03	1,53
Participar de conversação	2,97	1,57
Falar a público desconhecido	1,37	1,71

Expressar sentimento positivo	3,36	1,18
Discordar de autoridade	1,36	1,64
Abordar parar relação sexual	,27	0,93
Reagir a elogio	3,23	1,33
Falar a público conhecido	2,84	1,57
Lidar com críticas injustas	2,84	1,69
Discordar do grupo	2,79	1,63
Encerrar conversa	2,66	1,69
Lidar com críticas dos pais	3,26	1,42
Abordar autoridade	1,60	1,76
Declarar sentimento amoroso	1,76	1,87
Devolver mercadoria defeituosa	3,59	1,11
Recusar pedidos abusivos	1,73	1,67
Fazer pergunta a desconhecido	1,10	1,50
Encerrar conversa ao telefone	2,40	1,76
Lidar com críticas justas	3,46	1,01
Pedir favores a desconhecidos	2,61	1,81
Expressar desagrado a amigos	2,19	1,80
Elogiar familiares	3,86	0,70
Fazer pergunta a conhecidos	3,71	0,91
Defender outrem em grupo	3,27	1,20
Cumprimentar desconhecidos	3,74	0,75
Pedir ajuda a amigos	1,63	1,81
Negociar uso de preservativo	3,40	1,29
Recusar pedido abusivo	2,01	1,46
Expressar sentimento positivo	3,39	1,25
Manter conversa	2,10	1,68
Pedir favores a colegas	3,53	1,13
Lidar com chacotas	1,80	1,62

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando os cinco fatores do IHS, observa-se que Fator 01 Enfrentamento e auto-afirmação com risco (resultado médio  $T=9,40$ ), Fator 02 Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo ( $T=10,34$ ) e Fator 03 Conversação e desenvoltura social ( $T=6,76$ ), indicam uma amostra com um bom repertório de habilidades sociais, acima da mediana. Por outro lado, o Fator 04 Auto-exposição a desconhecidos e situações novas ( $T=2,89$ ) e o Fator 05 Autocontrole da agressividade ( $T=0,62$ ), sinalizam um bom repertório de HS, abaixo da mediana.

### 5.3 SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O REPERTÓRIO DE HS E A ESTIMA CORPORAL

Através da utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov, foi verificada uma distribuição normal das variáveis. Em análise de correlação, obteve-se uma correlação significativa, fraca e positiva ( $\alpha = 0,238$ ;  $p < 0,05$ ), entre o fator 01 do IHS, Enfrentamento e auto-afirmação com risco, e o fator 4 da BES, Sexualidade.

Tabela 3. Correlação entre as variáveis

	SOMA BES	FATOR1 BES	FATOR2 BES	FATOR3 BES	FATOR4 BES	SOMA IHS	FATOR1 IHS	FATOR2 IHS	FATOR3 IHS	FATOR4 IHS	FATOR5 IHS
SOMA EEC	1	0,921**	0,880**	0,797**	0,558**	-,034	-0,039	0,005	0,011	-0,041	0,002
FATOR1 BES	0,921**	1	0,786**	0,592**	0,353**	-0,053	-0,111	-0,012	0,056	-0,082	0,050
FATOR2 BES	0,880**	0,786**	1	0,561**	0,430**	-0,149	-0,147	-0,063	-0,020	-0,103	-0,062
FATOR3 BES	0,797**	0,592**	0,561**	1	0,426**	0,044	0,066	0,072	-0,037	0,002	0,046
FATOR4 BES	0,558**	0,353**	0,430**	0,426**	1	0,132	0,238*	0,042	0,006	0,178	-0,129
SOMA IHS	-0,034	-0,053	-0,149	0,044	0,132	1	0,780**	0,560**	0,733**	0,630**	0,155
FATOR1 IHS	-0,039	-0,111	-0,147	0,066	0,238*	0,780**	1	0,302*	0,357**	0,527**	-0,102
FATOR2 IHS	0,005	-0,012	-0,063	0,072	0,042	0,560**	0,302*	1	0,318**	0,368**	0,034
FATOR3 IHS	0,011	0,056	-0,020	-0,037	0,006	0,733**	0,357**	0,318**	1	0,294**	0,113
FATOR4 IHS	-0,041	-0,082	-0,103	0,002	0,178	0,630**	0,527**	0,368**	0,294*	1	0,105

FATOR5	0,002	0,050	-0,62	0,046	-0,129	0,155	-0,102	0,034	0,113	0,105	1
IHS											

---

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo, percebe-se que a maioria das mulheres não desenvolve atividades laborais durante o período de tratamento. Dado este que corrobora com a pesquisa desenvolvida por Maieski e Sarquis (2007), onde 95% das mulheres não desenvolve atividades laborais durante o tratamento. Essa situação compromete diretamente a renda familiar, afetando socialmente e psicologicamente esta mulher, uma vez que o trabalho é visto como uma fonte de realização pessoal.

[...] o trabalho se coloca como uma necessidade existencial, cujos rendimentos servem para a satisfação de necessidades humanas (alimentação, moradia, educação, lazer, bem-estar social, arte e prestígio), tornando-se, portanto, um elemento crítico contribuidor para o autoconceito e identidade pessoais. Assim, o trabalho possui um forte caráter estruturante nos níveis pessoal e social (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995)

Posto isso, também a imagem corporal pode ser afetada pelo não trabalho, pois ela perpassa pelas representações que o sujeito faz de si e dos outros, não só fisicamente, como socialmente (SANTOS; VIEIRA, 2011). Sendo essa imagem, resultado de uma construção dinâmica e intercambiável e que envolve “aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afeta emoções, pensamentos e o modo de as pessoas se relacionarem com as outras” (SANTOS; VIERA, 2011 p. 03).

Nessa perspectiva, a amostra desta pesquisa possui escores classificados como neutros, ou seja, não possui sentimentos negativos e nem positivos em relação a sua imagem corporal. Esse dado diverge daquele encontrado no estudo de Negrine e Rodrigues (2000), onde a amostra apresentou escore baixo de auto estima, concluindo-se que “A perda de uma parte do corpo como a mama acarreta sérios distúrbios de autoimagem e, conseqüentemente, uma baixa autoestima” (p.256). Acredita-se que uma particularidade desta amostra desta pesquisa possa ter colaborado para o resultado encontrado, pois ao longo da coleta de dados observou-se um forte discurso religioso presente na fala das mulheres, ao se referirem a perda da mama. Relatos como: ser uma dádiva divina a manutenção da vida, por isso, não seria “correto” reclamar pela perda do órgão ou dos efeitos colaterais advindos dos tratamentos. Reforça esse relato, o dado de que 98,6% das mulheres são religiosas (católicas, evangélicas ou espíritas).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade seria definida como uma energia propulsora que nos motivaria a sair em busca do contato, amor, ternura e intimidade; e a forma como experienciamos este momento, influencia em como nos sentimos e o que pensamos. Isso porque, a sexualidade “é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2006). É da sexualidade que trata o Fator 4 da BES, pontuado com os menores escores pelas mulheres. O que corrobora com o resultado do estudo de Ramos e Patrão (2005), que encontraram após a avaliação da imagem corporal em uma população diagnosticada com câncer de mama, que a mesma possui resultados menores de imagem corporal relacionados ao funcionamento sexual. Ademais, efeitos do tratamento podem desencadear: diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispaurenia e anorgasmia, o que compromete a atividade sexual feminina.

Ainda em relação à estima corporal, observou-se que além da sexualidade, outros três itens foram avaliados como geradores de sentimentos negativos médios (itens 05, 26, 31), que se referem à força muscular, a aparência da barriga e o peso. Sobre à força muscular, pode-se justificar a partir de critérios médicos inerentes ao próprio tratamento: após a dissecação dos linfonodos axilares, os movimentos dos membros superiores podem ficar comprometidos, pelo aparecimento do linfedema de braço (SANTOS; VIEIRA, 2011), o que causa um maior desconforto nas mulheres em relação a execução de tarefas que exigem maior esforço muscular dos membros superiores. Ademais, a baixa atribuição de valores aos itens “aparência da barriga” e “meu peso”, pode estar relacionada ao ganho de peso (em um segundo momento) advindo dos efeitos colaterais da quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Por outro lado, os itens 09 (minhas orelhas), 11 (meu queixo) e 32 (minhas mãos) foram pontuados como tenho sentimentos positivos médios. Segundo Santos e Viera (2001), os principais efeitos colaterais advindos dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia) para o câncer de mama, são “náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispaurenia e anorgasmia” (p. 2512), efeitos estes que não influenciam diretamente na anatomia e no desenvolvimento das funções das

orelhas, queixo e das mãos, salvo exceções, que podemos ouvir no relato das participantes, que perceberam suas mãos e pele em geral mais ressecadas, porém tal dado não foi significativo para influenciar na média da amostra.

Como se trata de um grupo de mulheres em tratamento para o câncer de mama, ressalta-se o item 18 (meus seios) da BES, que obteve, dentre as mulheres que se submeteram à mastectomia, média de 2,96 (DP=0,51), que indica neutralidade (não tenho sentimentos positivos ou negativos em relação à mama). Dado divergente do teorizado por Almeida (2006), que afirma que a retirada da mama causa impactos negativos na imagem corporal desta mulher, uma vez que este órgão é carregado de uma representação simbólica (feminilidade, maternidade e sexualidade). Ao mesmo tempo, a construção simbólica que a mulher faz de sua mama interfere diretamente na forma como essa mulher significará a perda deste órgão.

Há quatro formas diferentes de significar a mama: a “mama medicalizada”, que se refere a uma parte do seu corpo doente, e a sua retirada se torna sinônimo de alívio; “mama funcional”, que se relaciona a maternidade, órgão importante na construção do relacionamento com os filhos; “mama gênero”, que é uma representação da sua feminilidade e atratividade sexual; e “mama sexualidade”, que se refere a sensações táteis e visuais exercidas por este órgão (LANGELLIER; SULLIVAN, 1998). Pode-se supor que neste estudo, as mulheres significam a mama como medicalizada, o que explica os escores totais de estima corporal, bem como os sentimentos neutros acerca de sua mama.

As mulheres entrevistadas apresentaram um bom repertório de habilidades sociais, acima da mediana. Dado este que corrobora com dados da pesquisa de Grun (2006), onde portadores de câncer no estômago apresentaram um bom repertório de habilidades sociais, porém abaixo da mediana; e com estudo de mesma autoria onde portadores de câncer de laringe também apresentaram bom repertório de habilidades sociais (GRUN, 2008). Porém, a autora faz ressalvas quanto ao resultado da sua pesquisa, ressalvas estas que também podem se aplicar a esta pesquisa: o instrumento utilizado para mensurar as habilidades sociais, é um instrumento de auto relato, que no contexto das três pesquisas, teve que ser lido às pacientes e respondido em voz alta, seja devido ao nível de escolarização dos participantes ou devido a questões ambientais, o que pode ter influenciado nos resultados. Há a possibilidade de que os entrevistados tenham respondido o que

achavam ser a resposta esperada pela pesquisadora, e não o que condiz com a real situação. Não obstante, ter um bom repertório de HS pode favorecer-lhes a expressar seus sentimentos, a lidar de forma mais efetiva com questões indesejadas, a se relacionar com o outro e a elaborar estratégias de enfrentamento mais saudáveis.

Quando analisados por fatores, o repertório continua sendo caracterizado como um bom repertório. Dados estes que não corroboram com o estudo de Grun (2006), no qual os participantes apresentaram a necessidade de treinamento de habilidades sociais no Fator 05 – Autocontrole da agressividade.

Devido ao escasso número de estudos que correlacionam estima corporal e habilidades sociais em pacientes em tratamento para o câncer, não foi possível realizar uma análise comparativa com outros achados. Neste estudo, quanto mais as mulheres respondem no sentido de enfrentamento e autoafirmação com risco, maior a estima corporal em relação aos aspectos da sua sexualidade. Um possível raciocínio é de que quando a mulher possui boa desenvoltura para expor-se a situações de risco, defender seus direitos, autoafirmar-se em seus desejos e vontades, elas têm uma menor dificuldade em exteriorizar seus sentimentos, suas frustrações, suas dúvidas e os seus desejos, notadamente os sexuais por outra pessoa. Em consequência, se encontra mais satisfeita com a sua vida sexual.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a estima corporal, o repertório de habilidades sociais e a relação entre essas duas variáveis em uma amostra de mulheres em tratamento para o câncer de mama. Para isso, seguiu-se uma estratégia quantitativa, com desenho descritivo e correlacional, com a utilização de três instrumentos: Protocolo de Caracterização Individual, Inventário de Habilidades Sociais e Escala de Estima Corporal.

Os resultados indicam (a) um bom repertório de habilidades sociais, (b) uma neutralidade na avaliação da estima corporal como um todo, (c) sentimentos negativos médios em relação à sexualidade, ao desejo sexual, às atividades sexuais, à força muscular, à aparência da barriga e ao peso e (d) uma correlação positiva e significativa entre o Fator 01 do IHS e o Fator 4 da BES indicado que quanto maior a habilidade de enfrentamento e autoafirmação com risco, maior a satisfação com a sexualidade.

Enquanto limitações do estudo, destacam-se: 1) a coleta de dados ter sido realizada, sobretudo, em corredores e leitos dos hospitais. Locais onde ocorre um intenso fluxo de pessoas. Ademais, foi necessária a leitura dos itens quer devido a dificuldades na leitura e na compressão dos itens, quer devido a problemas visuais ou de ruídos. Esse contexto pode haver comprometido os dados obtidos, pois responder verbalmente à pesquisadora ou o medo de que fossem ouvidas, pode fazer com que elas respondessem sob o controle do que imaginam que espera-se ouvir. E 2) outra limitação foi a dificuldade em discutir com outros dados, porém resulta da escassez de publicações que tenham como objeto de estudo a percepção da imagem corporal e as habilidades sociais das mulheres diagnosticadas com câncer.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para o desenvolvimento do tema, principalmente entre a população maranhense, visto que, não há estudos locais que façam a relação dessas variáveis. Considera-se relevante o trabalho em questão, pois além de aprofundar em aspectos pessoais e interpessoais das mulheres; pode contribuir para eu sejam oferecidos novas intervenções com sujeitos em tratamento.

Para futuras investigações, sugere-se o uso de um instrumento específico de sexualidade ou atividades sexuais, que parece ser o aspecto social mais comprometido nas mulheres com câncer de mama; assim como, um estudo mais minucioso da relação entre estresse e autoestima, por ser uma variável que se fez presente no discurso das participantes. Sugere-se, também, o desenvolvimento de pesquisas com participantes acometidos de outros tipos de câncer, pois durante a pesquisa houveram relatos de pacientes que se sentem com lacunas de informações sobre sua patologia e carentes de atenção e cuidado.

## 8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582006000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007)>. Acesso em 01 de Agosto de 2016.

AMÂNCIO, Virgínia Macêdo; COSTA, Naíza Santana e Santana. Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 41-53, jan/abr, 2007. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3911/2880>>. Acesso em 30 de agosto de 2016.

BARKER, C.; PISTRANG, N.; ELLIOT, R. **Research methods in clinical and counselling psychology**. New York: Wiley, 1994.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt; PINHO, Ana Paula Moreno; COSTA, Clériston Alves. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.06, p. 20-29, nov/dez, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n6/a04v35n6.pdf>>. Acesso em 19 de junho de 2017.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. **Habilidades Sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento** (2002). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/3311>>. Acesso em 29 de julho de 2016.

CABALLO, Vicente E. **Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales**. In:\_\_\_\_\_. Terapia y modificación de conducta. Madri: Siglo Veintiuno, 1991. p. 403-443.

CAETANO, Aletha Silva. **Tradução, adaptação cultural e estrutura fatorial do body shape questionnaire, body esteem scale e body appreciation scale para mulheres brasileiras de meia-idade** (2011). Disponível em: <[file:///C:/Users/DELL/Downloads/CaetanoAlethaSilva\\_D%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/CaetanoAlethaSilva_D%20(1).pdf)>. Acesso em 01 de agosto de 2016.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. **Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático** (2006). Disponível em <<http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/03/habilidades-sociais-conceitos-e-campo-teorico-pratico.pdf>>. Acesso em 17 de Julho de 2016.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. **Estudos de psicologia**. Natal, vol. 8, nº 3, set/dez 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300008)>. Acesso em 11 de julho de 2016.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A.P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. 11. ed – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

Del Prette, Z. A. P., e Del Prette, A. (2001). **Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)**: Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DEL PRETTE, Zilda. A. P; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

DONOVAN, Owen M. Building Personal and Social Competence Through Cancer-Related Issues. **Journal of School Health**, 2008.

FERNANDES, Ana Fátima de Carvalho. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar um projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRUN, Taísa Borges. Habilidades Sociais em portadores de câncer de estômago. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, p. 151-158, abril-junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n2/v23n2a05.pdf>>. Acesso em 13 de julho de 2016.

GRUN, Taísa Borges. **Stress e habilidades sociais em pacientes com câncer de laringe** (2008). Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/237/1/Taisa%20Borges%20Grun.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2016.

**História do câncer: Linha do tempo.** Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/linhadotempo/>>. Acesso em 04 de junho de 2016.

**Hospital do câncer comemora um ano de funcionamento.** Governo do Maranhão. Disponível em: <<http://www.ma.gov.br/hospital-de-cancer-do-maranhao-comemora-um-ano-de-funcionamento/>>. Acesso em 12 de agosto de 2016.

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015.

KAPPAUN, Nádia Roberta Chaves. FERREIRA, Maria Elisa Caputo. A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p.243-248, out/dez 2008. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/166/176>>. Acesso em 20 de Agosto de 2016.

LANGELLIER, Kristin M; SULLIVAN, Claire F. (1998) Breast talk in breast cancer narratives. **Qualitative Health Research**, vol. 8, p.76-94. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104973239800800106>>. Acesso em 27 de junho de 2017.

MAIESKI, Valéria Moro; SARQUIS, Leila Maria Mansano. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enferm.** Jul/Set 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10031/6890>>. Acesso em 09 de junho de 2017.

MULHERN, Raymond K.; WASSERMAN, Abby L.; FRIEDMAN, Alice G.; FAIRCLOUGH, Diane. Social Competence and Behavioral Adjustment of Children Who Are Long-Term Survivors of Cancer. **Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics**, 1989.

NEWBY, Wendy Levin; BROWN, Ronald T.; PAWLETKO, Teresa M.; GOLD, Stuart H.; WHITT, J. Kenneth. Social Skills And Psychological Adjustment Of Child And Adolescent Cancer Survivors. **Psycho-oncology**, 2000.

O Hospital. **Fundação Antonio Dino.** Disponível em: <<http://fundacaoantiodino.org.br/o-hospital/>>. Acesso em 12 de agosto de 2016.

PRATES, Ana Carolina Lagos. ZANINI, Daniela Sacramento. VELOSO, Marcia de Faria. Investimento corporal e o funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan/jun 2012. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100015) >. Acesso em 20 de Agosto de 2016.

RAMOS, Ana Sofia; PATRÃO, Ivone. **Análise Psicológica**, p. 295-304, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a07.pdf>>. Acesso em 09 de junho de 2017.

ROSSI, Leandra. SANTOS, Manoel Antônio dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400006)>. Acesso em 01 de Agosto de 2016.

SANT'ANNA, DENISE BERNUZZI. (2000). A mulher e câncer na história. Org. Maria da Glória G. Gimenes; Maria Helena Fávero. **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno. p. 43-70.

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>>. Acesso em 24 de setembro de 2016.

SCHULTE, Fiona; BARTELS, Ute; BOUFFET, Eric; JANZEN, Laura; HAMILTON, Jill; BARRERA, Maru. Body weight, social competence, and cognitive functioning in survivors of childhood brain tumors. **Pediatr blood cancer**, v.55, p. 532-539, 2010.

SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brígido Vizeu; BERTOLDO, Raquel Bohn. Percepções da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 229-236, abr/jun, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf> >. Acesso em 30 de agosto de 2016.

SILVA, Lucia Cecilia da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr/jun 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005)>. Acesso em 13 de julho de 2016.

Tipos de câncer de mama. **Instituto Oncoguia** (2016). Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-mama/1382/34/>>. Acesso em 13 de julho de 2016.

World Health Organisation (2006). **Sexual and reproductive health**. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)>. Acesso em 09 de junho de 2017.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Maranhão – UFMA  
 Centro de Ciências Humanas – CCH  
 Departamento de Psicologia - DEPSI  
 Campus Universitário do Bacanga, Av. dos Portugueses s/n

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo convidado(a) a participar intitula-se IMAGEM CORPORAL E HABILIDADES SOCIAIS EM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA. O trabalho tem como objetivo geral: Relacionar o repertório de habilidades sociais com a satisfação corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que estejam se submetendo a alguma forma de tratamento. O mesmo é desenvolvido pela aluna concluinte do Curso de Psicologia da UFMA Gisele Silva Sá sob a orientação da professora Ma. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo, docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Com a assinatura deste documento, você concorda em participar no estudo e declara estar ciente do seguinte:

1. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas<sup>1</sup> com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (CEP/UFMA);
2. A minha participação na pesquisa consiste em respostas a 03 questionários sobre 1º Protocolo de Caracterização Individual, 2º Inventário de Habilidades Sociais, 3º Escala de Estima Corporal. Caso sinta-me desconfortável ou incomodado(a), por qualquer motivo, será possível interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;
3. Não haverá nenhum custo para participar desta pesquisa e também qualquer remuneração ou gratificação por parte da pesquisadora ou qualquer pessoa envolvida na pesquisa;
4. Está assegurado meu anonimato e as pesquisadoras ficarão à disposição para eventuais esclarecimentos;

---

<sup>1</sup> O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência [cepufma@ufma.br](mailto:cepufma@ufma.br) Fone: 3272-8708.

5. Os riscos em participar deste estudo incluem possíveis desconfortos ou pensamentos aversivos, que caso ocorram, o estudo será interrompido;
6. O benefício que esse trabalho poderá trazer não é direto nem imediato. Os resultados alcançados poderão contribuir para desenvolvimento de programas de intervenção, o que beneficiará a mulher em situação de adoecimento, facilitando a criação de uma rede de apoio mais efetiva ao longo do tratamento, alcançando melhoria de qualidade de vida.
7. Receberei uma cópia deste termo.

Considerando estes elementos, autorizo a divulgação dos dados coletados referentes à minha participação, de modo que eu não possa ser identificado.

São Luis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Aluna-pesquisadora<sup>2</sup>

---

Assinatura do participante

---

<sup>2</sup> Contato da aluna: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CCH, Sala do Departamento de Psicologia. E-mail pessoal para correspondência [giselesilvasa@gmail.com](mailto:giselesilvasa@gmail.com). Fone: (98) 982167215

### APÊNDICE B: Protocolo de Caracterização Individual.

DATA DE NASCIMENTO:	
NATURALIDADE:	
CIDADE EM QUE RESIDE ATUALMENE:	
Caso a pessoa resida em uma cidade diferente da que ela nasceu, perguntar se foi em decorrência do tratamento, ou não.  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> União estável	
RELIGIÃO	
<input type="checkbox"/> Cristão/católico <input type="checkbox"/> Cristão/evangélico <input type="checkbox"/> Sem religião <input type="checkbox"/> Outra _____	
ESCOLARIDADE	
<input type="checkbox"/> ALFB. <input type="checkbox"/> E.F.I <input type="checkbox"/> E.F.C <input type="checkbox"/> E.M.I <input type="checkbox"/> E.M.C <input type="checkbox"/> SUP.INC. <input type="checkbox"/> SUP. COMP.	
TRABALHO ATUAL:	
FILHOS:  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUANTOS:
DATA DO DIAGNÓSTICO:	
TIPO DE CIRURGIA	
PROCEDIMENTOS:	
CASOS DE CÂNCER DA FAMILIA  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL TIPO:

**ANEXOS**

## ANEXO 01: Escala de Estima Corporal (BES)

### **BODY ESTEEM SCALE (BES) – VERSÃO PARA COLETA DE DADOS**

Nesta página, está listada uma série de partes do corpo e suas funções. Por favor, leia cada um dos itens e indique como você se sente em relação a esta parte ou função de seu próprio corpo. Use a seguinte escala:

		Tenho sentimento negativo forte	Tenho sentimento negativo médio	Não tenho sentimentos positivo nem negativo: sou neutro.	Tenho sentimento positivo médio	Tenho sentimento positivo forte
01	Meu apetite					
02	Minha resistência física					
03	Meus reflexos					
04	Meus lábios					
05	Minha força muscular					
06	Minha cintura					
07	Meu nível de energia					
08	Minhas coxas					
09	Minhas orelhas					
10	Meus bíceps					
11	Meu queixo					
12	O formato do meu corpo					
13	Minha coordenação motora					

14	Meu bumbum					
15	Minha agilidade					
16	A largura dos meus ombros					
17	Meus braços					
18	Meus seios					
19	A aparência dos meus olhos					
20	Minhas maçãs do rosto e bochecha					
21	Meu quadril					
22	Minhas pernas					
23	Meu físico/aparência					
24	Meu desejo sexual					
25	Meus órgãos sexuais					
26	A aparência da minha barriga					
27	Minha saúde					
28	Minhas atividades sexuais					
29	Minha condição física					
30	Meu rosto					
31	Meu peso					
32	Minhas mãos					
33	Minha pele					