

Rute Salvado Teixeira

**A Relação entre o Estigma Internalizado
e a Autoestima Sexual em Mulheres com
Mastectomizadas**

Dissertação de Mestrado



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Faro

2019

A Relação entre o Estigma Internalizado e a Autoestima Sexual em Mulheres com Mastectomizadas

Dissertação de Mestrado

Trabalho realizado sob a orientação de Prof. Dr. Jean-Christophe Giger

Rute Salvado Teixeira a44852

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faro

2019

A Relação entre o Estigma Internalizado e a Autoestima Sexual em Mulheres Mastectomizadas

Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**A Relação entre o Estigma Internalizado e a Autoestima Sexual em Mulheres
Mastectomizadas**

Dissertação apresentada à
Universidade do Algarve, para
a obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica
e da Saúde.

Prof. Dr. Jean Christophe Giger

Orientador

Faro

2019

A Relação entre o Estigma Internalizado e a Autoestima Sexual e Mulheres Mastectomizadas

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Rute Salvado Teixeira

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito de autor e editor.

Copyright © Rute Teixeira

*“Temos, todos que vivemos,
Uma vida que é vivida
E outra vida que é pensada,
E a única vida que temos
É essa que é dividida
Entre a verdadeira e a errada”*

Fernando Pessoa, *in*
“Cancioneiro”

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, quero agradecer à pessoa mais importante da minha vida, aquela que sempre me apoiou, que aparou as minhas quedas e aplaudiu todos os meus sucessos. À minha mãe, amiga e companheira de vida. Sem ela nada disto seria possível e, agradeço-lhe todos os dias pela mulher de armas que é e por tudo aquilo que construiu na sua vida. Amo-te MÃE.

À minha irmã, a minha outra metade, que me apoia e atura incondicionalmente em todas as alturas da minha vida, mesmo estando a milhares de quilómetros de distância. Agradeço-lhe por ser a pessoa que é, por ser a minha melhor amiga, alma gémea e a melhor parte de mim.

Ao meu amigo, companheiro e namorado, Tiago por ter estado presente nesta grande caminhada, e por, apesar do mau feitio, das noites de estudo em que me fazia companhia e de todas as outras coisas, ainda querer fazer parte desta longa jornada, acreditando em mim, muitas vezes quando eu nem própria acredito, muito obrigada.

Aos meus avós e ao meu padrasto por aturarem o meu mau feito nas alturas de maior stress e pelo carinho demonstrado a cada etapa concluída.

Ao meu Orientador, Professor Doutor Jean-Christophe Giger pela forma como me orientou, pelo entusiasmo e motivação. Pela disponibilidade sempre manifestada, apesar do seu horário demasiado preenchido, o seu apoio e confiança.

Aos meus amigos, pelo carinho, paciência, apoio e motivação que me proporcionaram nesta altura da minha vida.

Por fim, um enorme OBRIGADO a todos aqueles que me ajudaram e me acompanharam nesta jornada, aos que me esqueci e principalmente àqueles que me esqueceram. Fizeram-me crescer e tornar numa pessoa mais forte.

ÍNDICE

RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
Estigma internalizado	11
Cancro da mama e Mastectomia	14
Autoestima Sexual	18
METODOLOGIA	20
Amostra	20
Instrumentos	22
RESULTADOS	29
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
Anexo 1	50
Anexo 2	51

RESUMO

A literatura científica revela que o cancro da mama e a mastectomia estão associados uma percepção de estigma negativo, que se refere ao conjunto de crenças e representações individuais e sociais negativas que emergem da ideia de sofrimento, morte, perda da feminilidade e da sexualidade subjacentes a esta experiência.

Deste modo, o objetivo deste estudo é fazer uma ligação entre o estigma internalizado e a autoestima sexual, em mulheres com cancro da mama, fazendo a distinção entre as mulheres que não realizaram mastectomia e as mulheres que se submeteram à cirurgia.

A amostra neste estudo, realizado através da aplicação de um questionário online, é constituída por 166 mulheres, entre os 18 e os 73 anos de idade, sendo que 121 das mulheres têm cancro da mama e 71 mulheres não realizaram mastectomia, enquanto que 51 submeteram-se ao processo cirúrgico.

O presente trabalho enquadra-se no 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde lecionado pela Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Palavras- Chave: Estigma Internalizado; Autoestima Sexual; Cancro da mama; Mastectomia

ABSTRACT

The scientific literature shows that breast cancer and mastectomy are associated with a negative stigma that refers to the set of beliefs and individual and social negative representations emerging from the idea of suffering, death, loss of femininity and sexuality underlying this experience.

Thus, the aim of this study is to make a link between internalized stigma and sexual self-esteem in women with breast cancer, distinguishing between women who underwent mastectomy and women who have the surgery. The sample in this study, carried through the application of an online questionnaire, consists of 166 women between 18 and 73 years old with breast cancer, 71 didn't underwent the mastectomy and 51 underwent the surgical process.

This work is part of the 2nd year of the Masters in Clinical and Health Psychology taught by the Algarve University - Faculty of Humanities and Social Sciences.

Palavras- Chave: Internalized Stigma; Sexual self-esteem; Breast Cancer; Mastectomy

INTRODUÇÃO

O diagnóstico do cancro da mama tem sempre um grande impacto na vida das mulheres, bem como para a sua família rede social, quer devido *às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem (Silva, 2008)*. Dentro dos tratamentos disponíveis para o cancro da mama, a mastectomia é um dos mais procurados e utilizados pelas pacientes que sofrem desta doença. Dado que se trata da remoção total da mama, esta intervenção cirúrgica pode originar consequências psicológicas na vida das mulheres, tais como a alteração da sua autoimagem corporal e da autoestima geral e da autoestima sexual visto que a mama é um órgão que simboliza e representa a feminilidade, a sexualidade da mulher e a maternidade.

Segundo os autores Link & Phelan (2001) e Corrigan & Watson (2002) (citados em Siqueira e Cardoso, 2011 e Ferreira, et al, 2014), o processo de estigmatização engloba a discriminação e a desvalorização através de estereótipos negativos atribuídos a um indivíduo, tendo por base as suas características pessoais, físicas ou psicológicas que não são aceites pela sociedade pelo facto de não serem “normais”. Este processo de estigmatização pode trazer consequências negativas para a vida de uma pessoa, tais como a internalização do estigma, em que o indivíduo se consciencializa e internaliza as suas características, quer físicas, quer pessoais que o tornam diferente, começando a concordar com o estigma que lhe está associado, levando a que comece a utilizar os estereótipos negativos em si próprio, afetando, conseqüentemente a sua autoestima.

A hipótese apresentada neste estudo é de que existe ligação entre a internalização do estigma associado ao cancro da mama e à mastectomia e a existência de alterações da autoestima sexual, que causa um impacto significativo na saúde geral das mulheres.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estigma internalizado

O conceito de estigma internalizado tem vindo a ser alvo de diversos estudos, numa tentativa de compreender o seu significado e as suas consequências para os indivíduos, principalmente na sua autoestima. No entanto, a definição do seu conceito é bastante semelhante e consistente ao longo dos estudos existentes que têm por base esta temática.

Inicialmente, Goffman, (1963), definiu o conceito de estigma como um atributo que liga um indivíduo a um estereótipo indesejável. Deste modo, trata-se de *um processo que resulta da interação social, que é caracterizado por categorias, tais como a rotulação, o status social, “desviante” e “normal”* (Goffman, 1963), sendo este último o termo utilizado pelo autor para definir os indivíduos que estigmatizam.

Segundo Goffman (1963), conforme citado por de Siqueira e Cardoso (2011), a pessoa estigmatizada possui duas identidades: a real e a virtual. A identidade real é o conjunto de categorias e atributos que uma pessoa prova ter; e a identidade virtual é o conjunto de categorias e atributos que as pessoas têm para com o estranho que aparece a sua volta, portanto, são exigências e imputações de caráter, feitas pelos normais, quanto ao que o estranho deveria ser. Deste modo, uma dada característica pode ser um estigma, especialmente quando há uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

Para os autores Ainlay, Coleman & Becker (1986), e assumindo uma perspetiva cultural, o estigma *é uma construção social, onde os atributos particulares que desqualificam as pessoas variam de acordo com os períodos históricos e a cultura, não lhes propiciando uma aceitação plena social.*

No entanto, outros autores procuraram definir o conceito de estigma à luz de uma perspetiva psicológica, tais como Link & Phelan (2001), que afirmam que o estigma existe quando os elementos de rotulação, estereótipos, separação, perda de status e discriminação co-ocorrem numa situação de poder que permite que esses processos

ocorram. Deste modo, Link & Phelan (2001) assumem que o poder é o fator principal da constituição do estigma, permitindo assim a um determinado grupo estigmatizar outros e, conseqüentemente, criar os elementos constituintes do estigma, (citado em Siqueira e Cardoso, 2011).

Numa perspectiva mais recente e psicossocial, os autores Corrigan & Watson (2002) afirmam que *o processo de estigmatização se refere à desvalorização de um indivíduo com base em características físicas ou pessoais que ele possui, consideradas socialmente inaceitáveis, associadas a reações negativas, julgamentos morais e discriminação* (citado em Ferreira, et al, 2014).

De acordo com Corrigan e Watson (2002), citado em Ferreira, et al (2014) (existem dois tipos de estigma: o estigma público e o autoestigma. O estigma público é a percepção de um grupo ou da sociedade de que um indivíduo é socialmente inaceitável, devido a características físicas ou pessoais muitas vezes associadas a reações negativas e, conseqüentemente, à desvalorização do indivíduo. Já o estigma internalizado ocorre à medida que o indivíduo em condição estigmatizante torna-se consciente dos estereótipos negativos sobre seu transtorno, concorda com eles e os aplica a si próprio (Corrigan & Watson, 2002).

A principal consequência da estigmatização, sendo esta a mais destacada na literatura, é a internalização do estigma, que *ocorre à medida que o indivíduo se torna consciente da sua condição (...) e então passa a concordar com esta, aplicando os estereótipos negativos a si próprio* (Corrigan, 1998; Corrigan & Watson, 2002, citado em Flaviane et al, 2013).

Este processo de estigmatização pode trazer consequências negativas para a vida da pessoa, tais como a internalização do estigma, em que o indivíduo consciencializa-se das suas características físicas e pessoais que o tornam diferente e que são consideradas inaceitáveis pela sociedade e começa a concordar com estigma que lhe está associado, levando a que comece a utilizar os estereótipos negativos em si próprio.

Segundo Soares, et al (2011), os autores Corrigan e Watson (2002) assumem que o estigma internalizado constitui consequências diretas do estigma público, devendo o indivíduo, primeiramente, se conscientizar desse estigma, concordar com ele e aplicá-lo

a si mesmo, e, como consequência desse processo, ocorreria um decréscimo da autoestima e autoeficácia.

A internalização do estigma consiste assim num processo subjetivo que ocorre quando membros de um subgrupo estigmatizado concordam com os preconceitos associados à sua condição e aplicam essas atitudes e crenças negativas a si mesmo (Corrigan & Watson., 2002).

O conceito de estigma internalizado é comum em diversas revisões teóricas, no sentido em que a maioria dos artigos definem a internalização do estigma como sendo *um constructo de impacto negativo sobre o indivíduo estigmatizado* (citado em Soares et al, 2011).

Segundo diversos autores citados em Ferreira, et al, 2014, ao internalizar o estigma, o individuo *tende a antecipar rejeição, desvalorização e discriminação dos outros e, então, passa a desenvolver estratégias para prevenir essas experiências, entre elas, a evitação de interações sociais (...)*.

Deste modo, o estigma internalizado traz consequências negativas para a vida do individuo, uma vez que *leva a menor satisfação com domínios importantes da vida, incluindo o trabalho, casa, espiritualidade e relacionamentos interpessoais*. (Corrigan et al, 2011 citado em Ferreira et al, 2014). Segundo estes autores, estes fatores negativos da internalização do estigma podem assim contribuir para uma baixa autoestima e uma baixa autoeficácia.

Os autores de Soares et al, 2011 verificaram que a literatura revela uma relação negativa entre o estigma internalizado e a autoestima, *em que indivíduos com maiores níveis de estigma internalizado apresentavam menores níveis de autoestima*.

Deste modo, a diminuição da autoestima é uma das principais consequências negativas na internalização do estigma, uma vez que o individuo é negativamente avaliado pela sociedade, passando a aceitar essa falsa realidade, o que leva a que a sua autoestima seja negativamente afetada, prejudicando as relações sociais e conduzindo ao isolamento social.

Ainda, o estigma internalizado tem vindo a ser estudado à luz da saúde, principalmente o estigma que está associado a algumas doenças e condições e saúde, tais

como doenças do foro psicológico, HIV, deficiências motoras, bem como o cancro (Van Brakel, 2006 citado em Wang et al, 2017).

Segundo Wang, et al (2017) os estudos mais recentes têm-se focado no conceito de estigma de saúde percecionado (PHS – Perceived Health Stigma), que é referido como *um processo social ou experiencia pessoal caracterizada pela perceção de exclusão, rejeição, culpa ou desvalorização, que resulta da experiencia ou antecipação de um julgamento social adverso sobre um grupo ou pessoa*, julgamento esse que está associado com alguma doença ou condição de saúde.

No seu artigo, estes autores referem que o estigma relacionado com o cancro tem vindo a ser mais estudado, uma vez que esta doença está associada a perceções mais negativas do que outras condições de saúde graves.

Deste modo, e indo de encontro com o objetivo deste trabalho, o estigma internalizado relacionado com a saúde é bastante evidente em pacientes com cancro da mama, que devido à doença em si (associada ao medo da morte), quer devido às alterações corporais inerentes ao tratamento (alopecia, cicatrizes, assimetria do peito), podendo também levar a um sentimento de vergonha do seu próprio corpo e, conseqüentemente, ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes (Wang et al, 2017).

Cancro da mama e Mastectomia

O cancro da mama é uma das causas de morte mais frequentes nas mulheres entre os 35 e os 75 anos (Rebelo et al, 2007), sendo que uma em cada onze mulheres é diagnosticada com a doença. Em Portugal, o cancro da mama é também o tipo de neoplasia mais frequente, estimando-se que em 2002 tenham surgido cerca de 4300 novos casos e cerca de 1500 óbitos (Ferlay, Bray, Pisani & Parkin, 2004 citado em Moreira et al, 2008).

O cancro de mama, sendo um dos tumores que aparece mais frequentemente nas mulheres, (Ramos, & Patrão, 2005) pode ter repercussões na vida das mulheres, que a nível físico, bem como a nível psicológico, social e familiar.

O diagnóstico de cancro da mama é visto como um período crítico, uma vez que *a doente vê a sua vida e o seu corpo ameaçados, podendo, conseqüentemente, experienciar níveis mais elevados de depressão e /ou ansiedade* (Moreira et al, 2008), dado ser das doenças mais temidas pelas mulheres, devido à sua gravidade e evolução imprevisível, uma vez que o seu prognóstico é geralmente incerto e os tratamentos são agressivos, expondo a mulher a alterações na sua imagem corporal (Ramos & Patrão, 2005)

O primeiro impacto emocional da doença ocorre com as experiências de perda e a percepção de que a morte está próxima (Hernandez, 2003; Parker et al., 2003 citado em Rebelo et al,2007). Segundo estes autores, a pessoa inicia um percurso de sofrimento íntimo, incluindo emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza, evoluindo, normalmente, para a consciencialização da perda como um facto irreversível, até à sua aceitação.

No estudo de Rebelo, et al, 2007, são ainda descritas as reacções emocionais provocadas pela doença oncológica, previamente expostas por Holland e Rowland (1989): morte (*death*); dependência (*dependency*); desfiguração (*disfiguration*), incapacidade (*disability*); separação/rotura (*disruption*) e desconforto (*discomfort*).

Esta doença é alvo de crenças e representações individuais e sociais, estando conotados sentimentos negativos que se associam ao sofrimento e à morte. Deste modo, o diagnóstico do cancro da mama tem sempre um grande impacto na vida das mulheres, bem como para a sua família, quer devido às *mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem* (Silva, 2008).

Segundo Ramos & Patrão (2005), existem diversos tratamentos disponíveis para o cancro da mama, tais como a quimioterapia e a radioterapia. No entanto, muitas mulheres necessitam de recorrer aos tratamentos cirúrgicos. Pode ser efetuada uma cirurgia conservadora da mama (tumorectomia) ou uma mastectomia. A tumorectomia consiste na remoção do tumor e de uma pequena porção de tecido saudável circundante e, se necessário, dos gânglios linfáticos da axila do lado afetado (Manuila et al.,2001). No entanto, a mastectomia radical, que consiste na remoção total da mama, é um dos tratamentos a que a maioria das mulheres com cancro é submetida, e os seus resultados

poderão comprometê-las física, emocional e socialmente, Segundo o artigo destes autores, *a mutilação dela decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal.*

Segundo Krynski (1986) e Tarricone (1992), citados em Ferreira & Mamede (2003) a mama é percebida na cultura ocidental como sendo um atributo físico e psicológico importante para a mulher, uma vez que se revela importante na determinação da feminilidade e sexualidade da mulher. Além disso, a mama desempenha também um papel de grande importância no simbolismo da maternidade e da vida, sendo o órgão que permite a produção de leite e a alimentação dos progenitores da mulher.

Deste modo, a mutilação deste órgão que representa a maternidade e percepção de feminilidade, pode afetar a autoimagem da mulher, bem como a sua autoestima e, conseqüentemente interferir no seu comportamento social e sexual (Monteiro-Grillo, et al, 2005).

Conforme Monteiro-Grillo, et al (2005) as mulheres que se submeteram à cirurgia expressam um impacto psicossocial significativo na percepção da sua imagem corporal, revelando uma maior insatisfação com o seu corpo.

Segundo Maluf, et al, (2005), existem diversos estudos que discutem os aspectos psicológicos inerentes ao cancro da mama e à mastectomia, entre estes a depressão causada pela cirurgia. Holland & Rowland (1989) (citados por Ferreira & Mamede, 2003), *ao fazerem a comparação das reações psicológicas de mulheres que enfrentavam uma mastectomia com as das que tinham sido submetidas a tumorectomia, verificaram que as primeiras sofriam mais depressões e apresentam mais dificuldades em lidar com a sua sexualidade, sentindo-se menos atrativas. As mulheres tumorectomizadas mantinham a sua imagem corporal e a sua identidade feminina, tendo mais facilidade em falar da sua doença, ainda que permanecessem dúvidas quanto à sua identidade sexual e adaptação à doença.*

Ainda, Bertero (2002) (citado em Ferreira & Mamede, 2003), refere que as mudanças físicas, inerentes à desfiguração, vão alterar a autoimagem percebida pelas

mulheres com cancro da mama, tendo repercussões nos seus relacionamentos interpessoais e, em particular, nas suas relações íntimas e sexuais.

Segundo Maluf et al, (2005), por um lado, a mastectomia constitui uma vertente reconfortante para a mulher, uma vez que existe a ideia de que o problema de saúde ficará resolvido, fazendo com que a intervenção cirúrgica traga um sentimento de segurança e alívio à paciente. Por outro lado, a mulher começa a consciencializar-se emocionalmente e cognitivamente da magnitude e do impacto, quer físico, quer psicológico, da mastectomia, o que leva a que se desenvolva *um luto pelo corpo perdido* (Maluf et al, 2005). Isto é, a intervenção cirúrgica leva a consequências psicológicas na vida da mulher, tais como alterações da autoimagem e da autoestima geral e sexual visto que a mama é um órgão representativo da feminilidade e da sexualidade. Prado (2002) (citado por Almeida na sua monografia), refere que *um dos principais fatores que influenciam na imagem corporal da mulher é caracterizado pelos parâmetros que a sociedade impõe para a identificação do corpo perfeito, do corpo feminino. A sociedade valoriza o corpo perfeito como essencial na atração sexual, o que pode ser observado nos meios de comunicação, no qual são utilizados corpos esculturais para vender os mais variados produtos (...)*.

Por outro lado, Maluf et al (2005) define o self psicológico feminino como o “eu feminino, é o ser e sentir-se como mulher e ter um corpo feminino. De modo geral o cancro da mama, bem como a mastectomia gera mudanças na autoestima, raiva, medo da morte, mudanças na autoimagem e sentimentos de perda da feminilidade. (Maluf, et al, 2005).

Deste modo, a alteração estética e da imagem corporal devido à doença e à cirurgia exercem assim consequências a nível do *self* psicológico feminino (Maluf et al, 2005), dado que a mulher mutilada não se sente como mulher, uma vez que lhe foi retirado um órgão que está fortemente ligado à feminilidade, à maternidade e ao corpo ideal feminino percecionado pela sociedade (Almeida, monografia). Além disso, a mulher pode também se sentir estranha, manifestar sentimentos de vergonha e de repulsa pelo próprio corpo, sentir-se sexualmente repulsiva e inapta, passando a evitar contatos sexuais, o que pode ter um grande impacto negativo na Autoestima Sexual.

Autoestima Sexual

Os conceitos de autoestima e comportamento sexual têm sido alvo de diversos estudos ao longo de várias décadas.

No entanto, apesar do foco teórico sobre o desenvolvimento da sexualidade levado a cabo por diversos autores, a maioria das pesquisas empíricas centra-se maioritariamente no comportamento sexual, nas crenças e atitudes, ao invés de se focar no autoconceito sexual, bem como na autoestima sexual. Como alguns pesquisadores apontam, a falta de informação sobre o que a sexualidade significa para os indivíduos, como esta se encaixa com outros aspetos das suas vidas, e como os indivíduos avaliam os seus comportamentos sexuais, incluindo respostas físicas e emocionais, tende a resultar num entendimento incompleto do comportamento sexual (Zeanah e Schwartz, 1996)

Embora o conceito de autoestima seja discutido frequentemente na literatura, a autoestima sexual é um conceito que tem sido mencionado de forma passageira. A autoestima sexual tem sido definida por diversos autores (citado por Mayers, et al, 2006) como *a percepção do self como um ser sexual, variando de sexualmente atrativo a desagradável e sexualmente competente a incompetente. A autoestima sexual pode ser vista como o valor que se coloca em si mesmo como um ser sexual, incluindo identidade sexual e a percepção de aceitação sexual.*

Ainda, os autores Andersen e Cyranowski no estudo apresentado por Mayers, et al (2006), defendem que a autoestima sexual é constituída por diversos componentes: uma inclinação para experimentar emoções românticas, uma abertura comportamental à experiência sexual e o constrangimento ou conservadorismo, sendo este ultimo visto como um aspeto negativo.

Segundo Ménard & Offman (2009) a maioria dos estudos centrados nesta temática focam-se na forma como a autoestima sexual pode ser afetada por uma variedade de fatores.

No seu estudo, Ménard & Offman (2009) afirmam ainda que a autoestima sexual pode negativamente afetada por uma variedade de experiências de vida, que pode contribuir para o aparecimento de sentimentos de culpa, degradação e humilhação. Estes sentimentos poderão assim afetar as escolhas sexuais futuras do indivíduo, bem como as suas atitudes e comportamentos.

Esta ideia pode ser utilizada para explicar o impacto do cancro da mama e da mastectomia na vida das mulheres. Isto é, segundo Wang et al, (2017) as pacientes com cancro da mama sofrem mudanças, não só físicas, como também psicológicas, bem como alterações da sua imagem corporal e, conseqüentemente na sua perceção de sexualidade e autoestima sexual.

Em conclusão, a literatura é muito rica em estudos que englobam as temáticas acima abordadas. Existem diversos estudos acerca das conseqüências psicológicas ligadas ao cancro da mama e à mastectomia, bem como muitos estudos sobre o processo de estigmatização e a internalização do estigma. Relativamente à autoestima sexual, o enfoque teórico recai maioritariamente no comportamento sexual, nas crenças e atitudes, ao invés de se focar na autoestima sexual propriamente dita.

Deste modo, o objetivo deste estudo uma ligação entre a internalização do estigma associado ao cancro da mama e à mastectomia a alterações da autoestima sexual. O cancro da mama e mastectomia são conceitos que são alvo de estigmas sociais por ser uma doença que pode causar alterações corporais e que faz com que a mulher perca a sua identidade como um ser feminino, uma vez que o órgão mutilado está diretamente relacionado com a feminilidade, a sexualidade e a maternidade. (Maluf, et al, 2005; Ferreira, et al, 2014)

Deste modo, por ser um processo que afeta a mulher ao nível da sua identidade feminina e por ser alvo de um estigma social, o objetivo será estudar a maneira que a doença e a cirurgia podem afetar negativamente a forma como a mulher se percebe e, conseqüentemente, a sua autoestima sexual, colocando-se a hipótese de que pode exercer um impacto significativo na sua sexualidade e na vida quotidiana geral.

METODOLOGIA

Amostra

A qualidade e a validade dos resultados de um estudo dependem, em grande parte, da representatividade da amostra. Uma amostra é representativa se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo tal que “*todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra*” (Ghiglione, 1993).

Deste modo, a amostra para este estudo em questão é constituída por 166 mulheres entre os 18 e os 73 anos de idade, ($M_{idade} = 40,06$ anos $DP = 13,17$; 20 valores omissos).

A amostra total é dividida em dois grupos distintos mediante a sua condição de saúde que inclui o grupo de 44 mulheres sem problemas oncológicos ($M_{idade} = 33,00$ anos; $DP = 12,56$; 4 valores omissos) e o grupo de 122 mulheres com cancro da mama ($M_{idade} = 43,23$ $DP = 11,69$; 16 valores omissos), dentro das quais 71 não foram sujeitas a mastectomia ($M_{idade} = 40,26$ anos; $DP = 13,78$; 9 valores omissos) e 51 foram mastectomizadas ($M_{idade} = 46,20$; $DP = 9,36$; 7 valores omissos). (Ver tabela 1).

Tabela 1. Condição de Saúde					
		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulativa
	Cancro mama	71	42,8	42,8	73,5
	S/ problemas oncológicos	44	26,5	26,5	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

Condição_Saude	N	Média	Erro Desvio
Mastectomia	44	46,20	9,362
Cancro mama	62	40,26	13,783
Nada	40	33,00	12,568
Total	146	40,06	13,176

Dentro do grupo das mulheres não mastectomizadas ($n = 71$), 4 afirmam que se encontram no processo de realizar uma mastectomia, 64 afirmam que a mastectomia não faz parte do plano de tratamento e 3 não reponderam. Dentro das 64 mulheres que não

fizeram mastectomia, 61 não estão a pensar fazê-lo, 2 estão a ponderar fazê-lo e uma não respondeu.

Relativamente ao estado civil das mulheres que constituem a amostra do estudo, 38,0% são casadas, 15,7% são divorciadas, 27,7% são casadas e 13,9% vivem em união de facto. Apenas 2,4 % das mulheres são viúvas. (Ver tabela 2)

Tabela 2. Estado civil					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido		4	2,4	2,4	2,4
	Casada	63	38,0	38,0	40,4
	Divorciada	26	15,7	15,7	56,0
	Solteira	46	27,7	27,7	83,7
	União de Facto	23	13,9	13,9	97,6
	Viúva	4	2,4	2,4	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

Como é possível visualizar na tabela 3, a maioria das mulheres da amostra estudada (61,4%) têm habilitações académicas correspondentes ao Ensino Superior (Licenciatura ou Bacharelato, Mestrado, Doutoramento), 23,5 % têm o Ensino Superior ou correspondente (curso profissional, CET), 12,0 % têm o Ensino Básico (9º ano) e apenas 1,2 % tem habilitações correspondentes ao 4º ano de escolaridade (Ensino Primário).

Tabela 3. Habilitações Académicas					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido		3	1,8	1,8	1,8
	Ensino Básico (até 9º ano)	20	12,0	12,0	13,9
	Ensino Primário (4º ano)	2	1,2	1,2	15,1
	Ensino Secundário (12ºano, Curso Profissional, CET)	39	23,5	23,5	38,6
	Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	102	61,4	61,4	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

Instrumentos

Para este estudo foram utilizadas diferentes medidas, de forma a avaliar as várias dimensões do estigma, da autoestima sexual, bem como da saúde geral das mulheres, havendo ainda uma medida de controlo.

Assim, foram utilizadas três medidas dos diferentes tipos de stigmas estudados: (1) O estigma_1 refere-se ao estigma associado ao corpo desde o diagnóstico de cancro da mama, ou seja, um corpo “dominado”, de certa forma, pela doença; (2) o estigma_2, que se refere ao estigma que se encontra associado ao cancro da mama. (3) Por fim, o estigma_3 que está associado à mastectomia.

Medidas dos diferentes tipos de estigma

Estigma do Corpo

Para avaliar o estigma do corpo “dominado” pela doença, foi utilizada uma subescala Body Image after Breast Cancer Questionnaire (Baxter, et al, 2006). Esta escala é constituída por 9 itens, (e.g., “Sinto-me menos feminina desde que soube que tenho

cancro”, “Sinto que parte de mim tem de permanecer escondida”) e foi apresentada de (1) *Discordo Muito* até (7) *Concordo muito*.

Estigma do Cancro da Mama

Para a avaliação do estigma relacionado com o cancro da mama, foram utilizados oito itens inspirados na Cataldo Lung Cancer Stigma Scale (CLCSS; 2011) tendo sido estes adaptados para o cancro da mama (ver Tabela 4). A análise foi feita na base da amostra total (N= 166).

Os oito itens foram submetidos a uma análise fatorial com Eigenvalue de 1 e com rotação Varimax. A análise está feita na base da amostra total (N= 166).

As comunalidades são todas entre .45 e .68 e com média de .74 (ver Tabela A)

KMO= .65 e Bartlett (χ^2 (28) = 480.65, $p < .001$)

	Inicial	Extração
É difícil estar ao pé de uma pessoa com cancro da mama	1.00	0.805
É difícil falar com uma pessoa com cancro da mama	1.00	0.817
Ter cancro da mama significa ter que se preparar mentalmente para a morte	1.00	0.457
O cancro da mama destrói as relações pessoais	1.00	0.625
As pessoas evitam falar com as mulheres que têm cancro da mama	1.00	0.766
As pessoas tendem a distanciar-se fisicamente de uma pessoa com cancro da mama	1.00	0.766
Se uma pessoa tem cancro da mama, a culpa é provavelmente dela	1.00	0.860
Uma pessoa com cancro da mama é responsável pela sua condição	1.00	0.853

Três fatores que representam 74.35% da variância total explicada (ver Tabela 5)

O fator 1, que representa 38.16% da variância total explicada, inclui itens que se focalizam na ideia de que as mulheres que sofrem de cancro da mama tendem a evitar situações sociais pelo facto da própria doença causar desconforto para as pessoas que as rodeiam, por ser uma doença muitas vezes fatal, impedindo-as assim de estabelecerem e manterem as suas relações interpessoais. Este fator foi assim denominado de: Distanciamento

O fator 2, representando 19.10 % da variância total explicada, compreende itens que destacam a ideia de a mulher que sofre de cancro da mama pode-se sentir, de certa forma, culpada pela sua condição de saúde e foi chamado: Responsabilização

Por fim, o fator 3 representa 17.07 % da variância total explicada e abrange os itens que se focam ideia de que a ideia de falar acerca de cancro da mama e o facto de estar perto de uma pessoa com cancro da mama pode causar algum incómodo, sendo assim denominado de: Desconforto.

Tabela 5. Fatores da escala do estigma do cancro da mama			
	Distanciamento	Responsabilização	Desconforto
É difícil estar ao pé de uma pessoa com cancro da mama			.878
É difícil falar com uma pessoa com cancro da mama			.895
Ter cancro da mama significa ter que se preparar mentalmente para a morte	.610		
O cancro da mama destrói as relações pessoais	.776		
As pessoas evitam falar com as mulheres que têm cancro da mama	.871		
As pessoas tendem a distanciar-se fisicamente de uma pessoa com cancro da mama	.873		

Se uma pessoa tem cancro da mama, a culpa é provavelmente dela		.918	
Uma pessoa com cancro da mama é responsável pela sua condição		.909	
Variância explicada (%)	38.16%	19.10 %	17.07 %
Cronbach alfa	.81	.82	.73

Estigma Relacionado com a Mastectomia

A análise foi realizada com base na amostra total (N= 166).

Para avaliar o estigma associado à mastectomia, foi criada uma escala cujos itens foram determinadas através da revisão da literatura. Nesta escala, com a cotação de (0) “*melhor que o costume*” até (3) “*muito pior que o costume*” foram utilizados 8 itens, que representam várias dimensões do estigma:

- “As mulheres que fizeram mastectomia sentem-se menos femininas devido ao seu peito”;
- “As mulheres que fizeram mastectomia sentem que perderam a sua identidade como mulher”;
- “As mulheres que fizeram mastectomia sentem-se menos atraentes fisicamente devido à cirurgia”;
- “As mulheres mastectomizadas têm dificuldade em ter qualquer tipo de intimidade após a cirurgia”;
- “As mulheres mastectomizadas não reconhecem o seu próprio corpo”;
- “As mulheres mastectomizadas evitam olhar para o seu corpo quando estão nuas”;
- “As mulheres que fizeram mastectomia sentem que as outras pessoas olham para o seu peito”;

- “As mulheres mastectomizadas sentem que as outras pessoas conseguem perceber que o seu peito não é “normal””.

A análise dos resultados da análise fatorial exploratória (FE) e do gráfico de escarpa mostrou uma potencial estrutura em 2 dimensões. Foi realizada uma análise de componentes principais (APC) com rotação Varimax com dois fatores.

Os resultados revelaram que as comunalidades são todas entre .68 e .90 e com média de .79 (ver Tabela 6)

KMO= .87 e Bartlett (χ^2 (28) = 1050.34, $p < .001$)

Tabela 6. Comunalidades para cada item da *Escala de estigma da mastectomia*

	Inicial	Extração
EEMF1.As mulheres que fizeram mastectomia sentem-se menos femininas devido ao seu peito	1.00	.681
EEMF2.As mulheres que fizeram mastectomia sentem que perderam a sua identidade como mulher	1.00	.788
EEMS1.As mulheres que fizeram mastectomia sentem-se menos atraentes fisicamente devido à cirurgia	1.00	.756
EEMS2.As mulheres mastectomizadas têm dificuldade em ter qualquer tipo de intimidade após a cirurgia	1.00	.734
EEMD1.As mulheres mastectomizadas não reconhecem o seu próprio corpo	1.00	.809
EEMD2.As mulheres mastectomizadas evitam olhar para o seu corpo quando estão nuas	1.00	.809
EEMO1.As mulheres que fizeram mastectomia sentem que as outras pessoas olham para o seu peito	1.00	.867
EEMO2.As mulheres mastectomizadas sentem que as outras pessoas conseguem perceber que o seu peito não é “normal”	1.00	.903

Notas. N =166

Dois fatores que representam 79.32% da variância total explicada (ver Tabela 7)

O fator 1 representa 67.29% da variância total explicada e abrange itens que se focam na ideia de que o procedimento cirúrgico afeta sexualidade e o conceito de feminilidade das mulheres. Este fator engloba ainda itens que expressam a ideia de que o corpo de uma mulher que se submeteu a uma mastectomia é visto pela mesma como um corpo desfigurado. Deste modo, o fato 1 foi denominado de: Identidade de Género; alfa de Cronbach = .93

Por outro lado, o fator 2, que representa 12.09 % da variância total explicada, inclui os itens destacam a noção de que as mulheres que fizeram mastectomia se sentem observadas pelas outras pessoas pelo facto do seu peito ser diferente, sendo então chamado de : Olhar Social; Alfa de Cronbach = .87

Tabela 7. Fatores da escala de estigma da mastectomia.

	Identidade de género	Olhar Social
As mulheres que fizeram mastectomia sentem-se menos femininas devido ao seu peito.	.730	
As mulheres que fizeram mastectomia sentem que perderam a sua identidade como mulher.	.801	
As mulheres que fizeram mastectomia sentem-se menos atraentes fisicamente devido à cirurgia.	.812	
As mulheres mastectomizadas têm dificuldade em ter qualquer tipo de intimidade após a cirurgia.	.824	
As mulheres mastectomizadas não reconhecem o seu próprio corpo.	.881	
As mulheres mastectomizadas evitam olhar para o seu corpo quando estão nuas.	.854	
As mulheres que fizeram mastectomia sentem que as outras pessoas olham para o seu peito.		.861
As mulheres mastectomizadas sentem que as outras pessoas conseguem perceber que o seu peito não é “normal”.		.920
Variância explicada (%)	67.29 %	12.09 %
α de Cronbach	.93	.87

Notas. N = 166.

Medidas do bem-estar sexual: autoestima sexual e saúde geral

Autoestima sexual

De modo a avaliar a autoestima sexual, foi utilizada a versão portuguesa (Giger, Gomes, Almeida & Piçarra, em curso) da escala de Autoestima Sexual feminina de Zeanah e Schwartz (1996), apresentada de (1) Discordo Muito até (7) Concordo muito. Através desta escala foram avaliadas cinco dimensões da autoestima sexual:

1. **Experiência** (7 itens); e.g., “Eu sinto-me bem com as minhas capacidades de satisfação do (a) meu (minha) parceiro (a)”. (α de Cronbach=.75)
2. **Atração** (7 itens); e.g., “Eu tenho orgulho no meu corpo”. (α de Cronbach=.89)
3. **Controlo** (7i itens); e.g., “Eu sinto-me emocionalmente vulnerável num encontro sexual”. (α de Cronbach=.68)
4. **Adaptação** (7 itens); e.g., “Em geral, acho que as minhas experiências sexuais contribuíram para uma visão mais positiva de mim”. (α de Cronbach=.77)
5. **Moralidade** (7 itens); e.g., “Os meus comportamentos sexuais estão ajustados com os meus valores morais”. (α de Cronbach=.68)

Saúde Geral

Para a avaliação da dimensão da saúde geral, foi utilizada a versão portuguesa (Ribeiro & Antunes, 2003) do Questionário Geral de Saúde de Goldberg e Hillier (1979) com a cotação de (0) “melhor que o costume” até (3) “muito pior que o costume”.

Foram utilizados 28 itens, que avaliam as seguintes sub-escalas:

1. Sintomas Somáticos (7 itens); (α de Cronbach= .74)
2. Ansiedade e Insónia (7itens); (α de Cronbach = .90)
3. Disfunção Social (7 itens); (α de Cronbach = .88)
4. Depressão Grave (7itens); (α de Cronbach = .89)

Medida de controlo

Satisfação conjugal

Esta medida foi avaliada através de três itens: 1) “Sinto-me satisfeita com a minha relação conjugal/amorosa”; 2) A minha relação conjugal/amorosa é eficaz a satisfazer as minhas necessidades de intimidade, companhia, etc; 3) A minha relação conjugal/amorosa é muito forte”, tendo como principal objetivo estudar se a relação conjugal exerce influência sobre a autoestima sexual da mulher, bem como na internalização do estigma.

Esta escala foi apresentada com uma cotação de (1) *Discordo Muito* até (7) *Concordo muito*. (α de Cronbach = .93)

RESULTADOS

Análises Preliminares

Características estatísticas ver Tabela 8.

Os valores omissos (inferior a 5%) foram substituídas pela média.

Tabela 8. Médias e desvio padrão das escalas utilizadas em função da condição de saúde

	Cancro mama com mastectomia		Cancro mama sem mastectomia		Sem Problemas oncológicos	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Estigma	3.23	(1.83)	2.85	(1.315)	2.65	(1.12)
Estigma Cancro Mama	2.13	(1.02)	1.85	(0.83)	1.65	(0.78)
Desconforto	1.88	(1.45)	1.89	(1.36)	1.81	(1.32)
Distanciamento	2.72 ^a	(1.58)	2.13	(1.32)	1.82 ^a	(1.03)
Responsabilização	1.19	(0.63)	1.20	(0.56)	1.17	(0.59)

Estigma mastectomia	3.90	(1.91)	4.15	(1.28)	4.29	(1.38)
Identidade género	3.88	(2.03)	4.09	(1.43)	4.29	(1.43)
Olhar social	3.96	(2.22)	4.40	(1.26)	4.27	(1.6)
Sintomas Somáticos	1.20 ^a	(0.61)	1.08 ^b	(0.56)	0.79 ^{ab}	(0.4)
Ansiedade Insónia	1.43 ^a	(0.73)	1.12	(0.67)	0.94 ^a	(0.7)
Disfunção Social	1.35 ^a	(0.68)	1.14	(0.48)	1.01 ^a	(0.52)
Depressão Grave	0.63	(0.76)	0.43	(0.53)	0.46	(0.54)
Competência /Experiencia Atratividade	4.51	(1.22)	4.74	(1.02)	5.02	(1.21)
Atratividade	4.57	(1.76)	4.77	(1.45)	5.03	(1.40)
Controlo	5.33	(1.37)	5.46	(0.96)	5.37	(1.20)
Adaptação	4.93	(1.42)	5.40	(1.04)	5.66	(1.13)
Moralidade	5.69	(1.29)	5.83	(0.87)	5.98	(0.97)
Satisfação relação conjugal	4.69 ^a	(2.15)	5.14 ^a	(1.98)	6.00	(1.22)

Notas. As médias (em linha) com uma letra comum são significativamente diferente a $p < .05$.

Uma serie de comparações de media em função da condição de saúde (ANOVA) mostraram que:

Em comparação com as mulheres sem problemas oncológicos, as mulheres com mastectomia reportam um nível maior de Distanciamento, Sintomas Somáticos, Ansiedade Insónia, Disfunção Social bem como um nível menor de Satisfação relação conjugal.

As mulheres com cancro mama e sem mastectomia reportam um nível mais alto de Sintomas Somáticos do que as sem problemas oncológicos.

Análises Correlacionais

As tabelas 9 e 10 (ver anexos 1 e 2) apresentam as correlações entre os diferentes tipos de estigmas, a saúde geral, a autoestima sexual e a satisfação conjugal no grupo das mulheres com problemas oncológicos, que realizou ou não mastectomia.

Correlações no grupo das mulheres com problemas oncológicos que não realizou mastectomia

O estigma do corpo

O estigma do corpo está significativamente associado com mais Sintomas Somáticos ($r = .39$), mais Ansiedade/Insónia ($r = .34$), mais Disfunção Social ($r = .30$) e mais Depressão Grave ($r = .30$) bem como uma menor autoestima sexual em termos de Competência/Experiência ($r = -.259$), Atratividade ($r = -.46$), Controlo ($r = -.24$), Adaptação ($r = -.34$).

O estigma do cancro da mama

O estigma do cancro da mama e as suas dimensões estão significativamente associados com dimensões da saúde geral e da autoestima sexual. Mais precisamente, o estigma do cancro da mama (medida escala total) está relacionado com mais Sintomas Somáticos ($r = .26$), maior Ansiedade/Insónia ($r = .29$), maior Disfunção Social ($r = .44$) e mais Depressão Grave ($r = .27$) bem como uma menor Atratividade ($r = -.34$) e Controlo ($r = -.41$).

A dimensão *Interações* está associada com uma maior Disfunção Social ($r = .24$) e com menores perceções de Atratividade ($r = -.28$), Controlo ($r = -.26$) e Moralidade ($r = -.26$).

A dimensão *Evito/Morte* está associada com maiores Sintomas Somáticos ($r = .23$), mais Ansiedade/Insónia ($r = .28$), maior Disfunção Social ($r = .37$) e com menores perceções de Controlo ($r = -.28$).

A dimensão *Responsabilidade* está associada com maiores Sintomas Somáticos ($r = .24$), mais Disfunção Social ($r = .24$) e com menores perceções de Atratividade ($r = -.34$), Controlo ($r = -.38$).

O estigma da mastectomia

O estigma relacionado com a mastectomia e as suas dimensões não se encontram significativamente associados com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual.

Correlações no grupo das mulheres com problemas oncológicos que realizou mastectomia

O estigma do corpo

O estigma do corpo está significativamente associado com maior Ansiedade/Insónia ($r = .44$), maior Disfunção Social ($r = .34$) e mais Depressão Grave ($r = .42$) bem como uma menor autoestima sexual em termos de Competência/Experiência ($r = -.62$), Atratividade ($r = -.75$), Controlo ($r = -.60$), Adaptação ($r = -.62$) e Moralidade ($r = -.58$).

O estigma do cancro da mama

O estigma do cancro da mama e as suas dimensões estão significativamente associados com dimensões da saúde geral e da autoestima sexual. Mais precisamente, estigma do cancro da mama (medida escala total) está relacionado com mais Sintomas Somáticos ($r = .40$), mais Ansiedade/Insónia ($r = .39$), mais Disfunção Social ($r = .64$) e mais Depressão Grave ($r = .58$) bem como uma menor perceção de Controlo ($r = -.35$).

A dimensão *Interações* não se encontra significativamente associada com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual.

A dimensão *Evito/Morte* está associada com maiores Sintomas Somáticos ($r = .50$), mais Ansiedade/Insónia ($r = .53$), mais Disfunção Social ($r = .62$) e com menor percepção de Competência/Experiência ($r = -.28$), Atratividade ($r = -.29$), e Controlo ($r = -.44$).

A dimensão *Responsabilidade* não se encontra se demonstrou significativamente associada com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual.

O estigma da mastectomia

O estigma da mastectomia e as suas dimensões encontram-se significativamente associados com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual. Mais precisamente, o estigma do mastectomia (medida escala total) está associado com uma maior Ansiedade/Insónia ($r = .38$), mais Disfunção Social ($r = .30$) e mais Depressão Grave ($r = .36$) bem como uma menor autoestima sexual em termos de Competência/Experiência ($r = -.47$), Atratividade ($r = -.65$), Controlo ($r = -.51$), Adaptação ($r = -.45$) e Moralidade ($r = -.48$).

A dimensão *Identidade de género* está ligada a mais Ansiedade/Insónia ($r = .33$), mais Depressão Grave ($r = .35$) bem como uma menor autoestima sexual no que diz respeito a Competência/Experiência ($r = -.47$), Atratividade ($r = -.67$), Controlo ($r = -.49$), Adaptação ($r = -.45$) e Moralidade ($r = -.44$).

A dimensão *Olhar Social* está relacionada com mais Ansiedade/Insónia ($r = .40$), mais Disfunção Social ($r = .31$), mais Depressão Grave ($r = .30$) bem como uma menor autoestima sexual em termos de Competência/Experiência ($r = -.32$), Atratividade ($r = -.43$), Controlo ($r = -.42$), Adaptação ($r = -.34$) e Moralidade ($r = -.44$).

Análise de regressões

Foram realizadas análises de regressões para determinar se os diferentes tipos de estigma eram preditores significativos da saúde geral e da autoestima sexual das mulheres com cancro da mama com e sem mastectomia.

A idade e a satisfação com a relação foram consideradas como potenciais fatores de controlo. Contudo as pré-análises revelaram que ambos não eram preditores significativos das dimensões da saúde geral e que a sua inclusão nas análises das dimensões da autoestima proporcionava melhorias significativas na predição. Deste modo, estes fatores não foram incluídos nas análises.

Regressões das medidas dos estigmas nas dimensões da saúde geral

Os resultados relevam que os estigmas relacionados com do corpo, com o cancro da mama e com a mastectomia contribuem para predição das dimensões da saúde geral.

Mais precisamente, o *estigma do corpo* revela ser um preditor significativo das quatro dimensões da saúde geral, ou seja, quando mais as mulheres com cancro da mama (mastectomizadas ou não) tentam esconder o seu corpo, mais reportam níveis elevados de Sintomas Somáticos, Ansiedade/Insónia, Disfunção Social e de Depressão Grave (ver Tabela 11).

Tabela 11. O estigma do corpo como preditor das dimensões da saúde geral.

	B	Erro	Beta	t	p
Sintomas Somáticos	R = .33; R ² = .11; R ² _{ajustado} = .10; F(2,119) = 7.65; p = .001				
(Constante)	.633	.176		3.587	.000
Mastectomia	.075	.103	.064	.73	.467
Estigma do corpo	.129	.035	.324	3.722	.000
Ansiedade/Insónia	R = .43; R ² = .18; R ² _{ajustado} = .17; F(2,119) = 13.66; p < .001				
(Constante)	.353	.206		1.713	.089
Mastectomia	.242	.121	.168	2.011	.047
Estigma do corpo	.184	.04	.378	4.538	.000
Disfunção Social	R = .36; R ² = .13; R ² _{ajustado} = .12; F(2,119) = 9.34; p < .001				
(Constante)	.612	.174		3.522	.001
Mastectomia	.159	.102	.134	1.564	.121
Estigma do corpo	.13	.034	.327	3.804	0.000
Depressão Grave	R = .40; R ² = .16; R ² _{ajustado} = .15; F(2,119) = 11.93; < .001				
(Constante)	-.188	.187		-1.007	.316
Mastectomia	.142	.110	.109	1.296	.197
Estigma do corpo	.166	.037	.380	4.513	.000

Notas. N = 122; Mastectomia: 1 = não realizou; 2 = realizou.

No que concerne o *estigma do cancro da mama*, a dimensão Distanciamento (das mulheres) é um fator preditor significativo dos níveis de Sintomas Somáticos e Disfunção Social, enquanto que a Responsabilização é um fator preditor significativo dos níveis de Ansiedade/Insónia, Disfunção Social, Depressão Grave (ver Tabela 12).

Por fim, o *estigma da mastectomia* e as suas dimensões não predizem significativamente os níveis de saúde geral (ver Tabela 13).

Tabela 12. *O estigma do cancro da mama como preditor das dimensões da saúde geral.*

	B	Erro	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Sintomas Somáticos	R = .38; R ² = .14; R ² _{ajustado} = .11; F(4,117) = 4.93; <i>p</i> = .001				
(Constante)	.683	.191		3,567	.001
Mastectomia	.039	.104	.033	.373	.71
Desconforto	-.001	.037	-.002	-.018	.985
Distanciamento	.144	.037	.359	3.91	.000
Responsabilização	.042	.09	.042	.47	.639
Ansiedade/Insónia	R = .44; R ² = .20; R ² _{ajustado} = .17; F(4,117) = 7.39; <i>p</i> < .001				
(Constante)	.528	.225		2.345	.021
Mastectomia	.194	.122	.134	1.582	.116
Distanciamento	-.021	.044	-.041	-.485	.629
Responsabilização	.198	.043	.405	4.572	.000
Desconforto	.014	.106	.012	.132	.895
Disfunção Social	R = .58; R ² = .33; R ² _{ajustado} = .31; F(4,117) = 14.65; <i>p</i> < .001				
(Constante)	.371	.168		2.203	.030
Mastectomia	.104	.091	.088	1.135	.259
Distanciamento	.068	.033	.162	2.075	.040
Responsabilização	.179	.032	.446	5.514	.000
Desconforto	.133	.079	.134	1.676	.096
Depressão Grave	R = .47; R ² = .22; R ² _{ajustado} = .20; F(4,117) = 8.65; <i>p</i> < .001				
(Constante)	-.261	.199		-1.315	.191
Mastectomia	.107	.108	.082	.993	.323
Distanciamento	.064	.039	.139	1.657	.100
Responsabilização	.166	.038	.377	4.33	.000
Desconforto	.091	.093	.083	.97	.334

Notas. N = 122; Mastectomia: 1 = não realizou; 2 = realizou.

Tabela 13. *O estigma do cancro da mastectomia como preditor nas dimensões da saúde geral no grupo das mulheres mastectomizadas.*

	B	Erro	Beta	t	p
Sintomas Somáticos	R = .25; R ² = .07; R ² _{ajustado} = .03; F(2,48) = 1.96; p = .15				
(Constante)	.854	.196		4.348	.000
Mastectomia	.066	.053	.216	1.236	.222
Identidade género	.023	.049	.083	.473	.638
Ansiedade/Insónia	R = .41; R ² = .17; R ² _{ajustado} = .14; F(2,48) = 19.81; p < .001				
(Constante)	.819	.22		3.715	.001
Identidade género	.049	.06	.135	.819	.417
Olhar social	.107	.055	.322	1.949	.057
Disfunção Social	R = .32; R ² = .10; R ² _{ajustado} = .07; F(2,48) = 2.86; p = .067				
(Constante)	.897	.215		4.181	.000
Identidade género	.043	.058	.126	.734	.467
Olhar social	.072	.053	.234	1.358	.181
Depressão Grave	R = .39; R ² = .13; R ² _{ajustado} = .10; F(2,48) = 3.77; p = .03				
(Constante)	.053	.234		.228	.821
Identidade género	.1	.064	.267	1.579	.121
Olhar social	.048	.058	.139	.821	.416

Notas. N = 51; Mastectomia: 1 = não realizou; 2 = realizou.

Regressões das medidas dos estigmas nas dimensões da autoestima sexual

Os resultados revelam que os estigmas relacionados com corpo, com o cancro da mama e com mastectomia contribuem para a predição das dimensões da autoestima sexual.

O estigma do corpo é um preditor significativo das cinco dimensões da autoestima sexual, ou seja, o facto de as mulheres percecionarem o seu corpo “dominado” pela doença, está associado com perceções mais baixas no que toca à Competência/experiência, Atratividade, Controlo, Adaptação e Moralidade (ver Tabela 14).

Tabela 14. O estigma do corpo como preditor das dimensões da autoestima sexual.

	B	Erro	Beta	t	p
Competencia /Experiencia	R = .47; R ² = .22; R ² _{ajustado} = .21; F(2,119) = ; p < .001				
(Constante)	5.847	.312		18,768	.000
Mastectomia	-.102	.182	-.046	-.561	.576
Estigma do corpo	-.351	.061	-.467	-5,738	.000
Atractividade	R = .63; R ² = .39; R ² _{ajustado} = .38; F(2,119) = 39.50; p < .001				
(Constante)	6.659	.392		16.978	.000
Mastectomia	.058	.23	.018	.253	.801
Estigma do corpo	-.681	.077	-.634	-8.848	.000
Controlo	R = .46; R ² = .22; R ² _{ajustado} = .21; F(2,119) = 16.61; p < .001				
(Constante)	6.486	.324		2.02	.000
Mastectomia	.014	.19	.006	.072	.943
Estigma do corpo	-.364	.064	-.468	-5.728	.000
M_Adaptacao	R = .53; R ² = .28; R ² _{ajustado} = .27; F(2,119) = 24.32; p < .001				
(Constante)	6.929	.332		2.89	.000
Mastectomia	-.31	.194	-.124	-1.597	.113
Estigma do corpo	-.425	.065	-.508	-6.525	.000
Moralidade	R = .42; R ² = .18; R ² _{ajustado} = .16; F(2,119) = 13.11; p < .001				
(Constante)	6.736	.308		21.886	.000
Mastectomia	-.027	.18	-.013	-.151	.880
Estigma do corpo	-.306	.06	-.423	-5.062	.000

Notas. N = 122; Mastectomia: 1 = não realizou; 2 = realizou.

Relativamente ao estigma do cancro da mama, apenas o modelo de regressão para prever o Controlo se revelou significativo. Os resultados revelam que a dimensão Distanciamento é um preditor significativo do Controlo, ou seja, quanto mais as mulheres com cancro da mama (que realizaram ou não mastectomia) pensam que, por exemplo, as pessoas tendem a distanciar-se de uma pessoa com cancro da mama, reportam uma menor percepção de Controlo. (ver Tabela 15).

Tabela 15. O estigma do cancro da mama como preditor das dimensões da autoestima sexual.

	B	Erro	Beta	t	p
Competencia /Experiencia	R = .21; R ² = .04; R ² _{ajustado} = .01; F(4,117) = 1.437; p = .22				
(Constante)	5.29	.381		13.873	.000
Mastectomia	-.156	.207	-.069	-.751	.454
Desconforto	-.009	.074	-.011	-.117	.907
Distanciamento	-.132	.073	-.174	-1.798	.075
Responsabilização	5.29	.381		13.873	.000
Atractividade	R = .27; R ² = .07; R ² _{ajustado} = .04; F(4,117) = 2.38; p = .055				
(Constante)	5.652	0.537		10.527	.000
Mastectomia	-.053	0.292	-0.017	-0.181	0.856
Desconforto	.013	0.104	0.011	0.124	0.901
Distanciamento	-.246	0.103	-0.227	-2.382	0.019
Responsabilização	-.277	0.252	-0.103	-1.098	0.274
Controlo	R = .39; R ² = .15; R ² _{ajustado} = .12; F(4,117) = 5.32; p = .001				
(Constante)	6.3	.372		16.938	.000
Mastectomia	.034	.202	.015	.171	.865
Desconforto	-.036	.072	-.044	-.506	.614
Distanciamento	-.269	.072	-.343	-3.754	.000
Responsabilização	-.197	.175	-.101	-1.128	.262
M_Adaptacao	R = .27; R ² = .07; R ² _{ajustado} = .04; F(4,117) = 2.31; p = .062				
(Constante)	6.115	.418		14.627	.000
Mastectomia	-.369	.227	-.148	-1.623	.107
Desconforto	-.025	.081	-.028	-.305	.761
Distanciamento	-.167	.08	-.198	-2.069	.041
Responsabilização	.048	.197	.023	.243	.808
	6.115	.418		14.627	.000
Moralidade	R = .18; R ² = .03; R ² _{ajustado} = .01; F(4,117) = 1.03; p = .39				
(Constante)	6.306	.369		17.099	.000
Mastectomia	-.083	.2	-.038	-.413	.68
Desconforto	-.016	.072	-.02	-.218	.828
Distanciamento	-.101	.071	-.138	-1.42	.158
Responsabilização	-.121	.173	-.067	-.699	.486

Notas. N = 122; Mastectomia: 1 = não realizou; 2 = realizou.

Por fim, no que diz respeito *ao estigma da mastectomia*, apenas a dimensão Identidade de Género se mostrou como sendo um preditor significativo da Atratividade. Isto é, as mulheres ao realizarem a mastectomia, perdem a sua ideia de feminilidade e sua a identidade como mulher, levando assim a uma perceção de Atratividade menor (ver Tabela 16 e 17).

Tabela 16. O estigma da mastectomia como preditor das dimensões da autoestima sexual.

	B	Erro	Beta	t	p
Competencia /Experiencia	R = .28; R ² = .08; R ² _{ajustado} = .05; F(3,118) = 3.43; p = .019				
(Constante)	5.859	.421		13.915	.000
Mastectomia	-.296	.2	-.132	-1.482	.141
Identidade género	-.094	.07	-.144	-1.341	.183
Olhar social	-.1	.069	-.155	-1.44	.153
Atratividade	R = .44; R ² = .19; R ² _{ajustado} = .17; F(3,118) = 9.44; p < .001				
(Constante)	6.881	.564		12.205	0
Mastectomia	-.304	.267	-.095	-1.139	.257
Identidade género	-.355	.094	-.38	-3.782	.000
Olhar social	-.082	.093	-.089	-.878	.382
Controlo	R = .32; R ² = .10; R ² _{ajustado} = .08; F(3,118) = 4.67; p = .004				
(Constante)	6.695	.43		15.579	.000
Mastectomia	-.2	.204	-.086	-.98	.329
Identidade género	-.127	.072	-.188	-1.775	.079
Olhar social	-.118	.071	-.178	-1.669	.098
M_Adaptacao	R = .31; R ² = .10; R ² _{ajustado} = .07; F(3,118) = 4.57; p = .005				
(Constante)	6.827	.463		14.757	0
Mastectomia	-.533	.219	-.214	-2.431	.017
Identidade género	-.117	.077	-.162	-1.523	.13
Olhar social	-.094	.076	-.131	-1.228	.222
	6.827	.463		14.757	.000
Moralidade	R = .30.; R ² = .09; R ² _{ajustado} = .06; F(3,118) = 3.92 ; p = .01				
(Constante)	6.928	.402		17.224	.000
Mastectomia	-.212	.191	-.098	-1.111	.269
Identidade género	-.084	.067	-.134	-1.253	.213
Olhar social	-.123	.066	-.199	-1.852	.067

Notas. N = 122; Mastectomia: 1 = não realizou; 2 = realizou.

Tabela 17. O estigma da mastectomia com preditor das dimensões da autoestima sexual no grupo das mulheres mastectomizadas.

	B	Erro	Beta	t	p
Competencia /Experiencia	R = .47; R ² = .22; R ² _{ajustado} = .19; F(2,48) = 7.04; p =.002				
(Constante)	5.654	.354		15.954	.000
Identidade género	-.265	.096	-.441	-2.757	.008
Olhar social	-.03	.088	-.054	-.338	.737
Atractividade	R = .67; R ² = .45; R ² _{ajustado} = .42; F(2,48) = 19.81; p < .001				
(Constante)	6.88	.432		15.926	.000
Identidade género	-.565	.117	-.649	-4.817	.000
Olhar social	-.029	.107	-.037	-.275	.785
Controlo	R = .51; R ² = .26; R ² _{ajustado} = .23; F(2,48) = 8.76; p =.001				
(Constante)	6.791	.387		17.557	.000
Identidade género	-.245	.105	-.364	-2.334	.024
Olhar social	-.128	.096	-.207	-1.331	.19
M_Adaptacao	R = .45; R ² = .21; R ² _{ajustado} = .17; F(2,48) = 6.40; p =.003				
(Constante)	6.257	.418		14.953	.000
Identidade género	-.271	.114	-.386	-2.383	.021
Olhar social	-.069	.104	-.107	-.662	.511
Moralidade	R = .49.; R ² = .24; R ² _{ajustado} = .21; F(2,48) = 7.82 ; p =.001				
(Constante)	7.009	.371		18.913	.000
Identidade género	-.172	.101	-.27	-1.706	.095
Olhar social	-.164	.092	-.283	-1.788	.08

Notas. N = 51.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através das correlações das variáveis do estudo, demonstram que os três tipos de estigma internalizado (estigma do corpo “dominado” pela doença, estigma relacionado com o cancro da mama e o estigma da mastectomia) estão correlacionados com o ajustamento psicológico das mulheres, em termos de autoestima sexual e em termos de saúde geral.

As correlações obtidas permitem-nos verificar que os diferentes stigmas estudados exercem diferentes impactos nas diversas medidas associadas, independentemente do facto de as mulheres terem realizado mastectomia ou não. Isto é, relativamente ao grupo das mulheres mastectomizadas, verifica-se que há uma correlação entre os diferentes tipos de estigma (estigma do corpo, estigma do cancro e estigma da mastectomia) com todas as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual.

No entanto, as correlações demonstram que quanto mais internalizado é o estigma do corpo nas mulheres (com cancro), maior será o impacto na sua vida, levando a um aumento significativo dos sintomas somáticos, incluindo elevados níveis de ansiedade e depressão. Consequentemente, estes fatores exercem influência na manutenção de relações interpessoais e na autoestima sexual da mulher.

Estes achados vão, de certa forma, ao encontro com Monteiro-Grillo et al (2005), que afirmam *que as mulheres que se submeteram à cirurgia expressam um impacto psicossocial significativo na percepção da sua imagem corporal, revelando uma maior insatisfação com o seu corpo*. Isto é, quanto mais a mulher se consciencializa e começa a utilizar os estereótipos negativos da maneira que a sociedade vê as características físicas do seu corpo que está “dominado” pelo cancro da mama, tornando-a, de certa forma, diferente, maior será o impacto na sua saúde geral, bem como na sua autoestima sexual.

Neste tipo de estigma, seria de esperar que o grupo das mulheres que não realizaram mastectomia não apresentasse uma correlação com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual de forma tão significativa, uma vez que, embora o corpo esteja danificado interiormente pela doença, muitas vezes pode não se manifestar no exterior (e.g. não houve queda de cabelo durante o ciclo de quimioterapia; a mulher já

terminou os tratamentos, etc). Em contrapartida, as diferenças corporais nas mulheres mastectomizadas são mais visíveis, uma vez que a mutilação da mama, sendo um órgão simbólico da feminilidade e da sexualidade (Krynski (1986) e Tarricone (1992), citado em Ferreira & Mamede (2003)), leva a uma alteração negativa da imagem corporal por parte da mulher e dos outros, representando uma limitação estética e funcional.

No entanto, verificou-se que o estigma relativo ao corpo dominado pelo cancro da mama está correlacionado quer no grupo das mulheres não mastectomizadas, quer no grupo das mulheres mastectomizadas, podendo interferir assim de igual forma no ajustamento psicossocial dos dois grupos.

Relativamente ao estigma internalizado associado ao cancro da mama, os resultados obtidos sugerem também a existência de uma correlação significativa com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual. Quer isto dizer que, quanto mais as mulheres internalizam a maneira como os outros percebem o cancro da mama (considerado pela sociedade como uma doença terminal, que apresenta uma ligação inevitável com a morte), maior será o impacto na sua saúde geral em todas as dimensões e também em algumas dimensões da sua autoestima sexual.

Verifica-se que, quanto maior é a percepção e o estigma da severidade da doença, maior será o impacto no ajustamento psicológico das mulheres de ambos os grupos, o que era esperado, pois quanto mais grave a doença é percebida, mais difícil será o ajustamento psicológico destas mulheres em termos de saúde geral (mais sintomas somáticos, maior ansiedade e disfunção social, depressão mais grave), independentemente do facto de terem realizado a cirurgia ou não (Wang et al, 2017).

Relativamente ao estigma associado à mastectomia, os resultados deste estudo corroboram a existência de uma correlação significativa com as dimensões da saúde geral e da autoestima sexual, apenas em um dos grupos. Verifica-se assim uma diferença das correlações entre o grupo de mulheres. No grupo das mulheres que não realizaram mastectomia, o estigma não aparenta estar correlacionado com as diversas dimensões da saúde geral e da autoestima sexual.

Por outro lado, no grupo de mulheres com mastectomia, verifica-se que o estigma associado à mastectomia apresenta correlações bastante significativas com a maioria das dimensões da saúde geral e da autoestima sexual. Isto é, quanto maior for a internalização do estigma de que as mulheres mastectomizadas têm problemas na sua sexualidade, mais problemas de saúde geral e baixa autoestima sexual as mulheres irão experienciar. O mesmo não acontece no grupo das mulheres mastectomizadas, possivelmente devido ao facto de não terem passado pelo processo de amputação de uma parte do corpo que está diretamente associada à vida sexual da mulher (Monteiro-Grillo et al, 2005).

A internalização do estigma de que existem problemas de sexualidade após o processo cirúrgico leva a que as mulheres aceitem esta ideia de que já não são seres sexuais pois perderam um membro simbólico da sua sexualidade. Deste modo, é possível correlacionar esse resultado com uma maior incidência de depressão grave, ansiedade e consequente disfunção social nestas mulheres, no que toca às dimensões da saúde geral. A aceitação desta ideia está ainda associada a uma diminuição significativa da maioria das dimensões da autoestima sexual, como seria de esperar, tendo em conta a literatura que foi estudada.

Deste modo, verifica-se que, globalmente, com base nas correlações efetuadas, os três estigmas abrangidos neste estudo (estigma do corpo, estigma do cancro e estigma da mastectomia) estão correlacionados com mais problemas de saúde geral e a uma diminuta autoestima sexual.

No que toca às regressões obtidas neste estudo, pode-se concluir que, quando o factor da mastectomatização é controlado (uma vez que não é preditor significativo das dimensões de saúde ou autoestima sexual, a exceção da ansiedade/insónia), o estigma do corpo identifica-se como um preditor significativo das quatro dimensões da saúde geral. Isto leva-nos a inferir que, quanto mais as mulheres com cancro da mama (mastectomizadas ou não) tentam esconder o seu corpo, mais estas reportam níveis elevados de Sintomas Somáticos, Ansiedade/Insónia, Disfunção Social e de Depressão Grave, ou seja, mais problemas de saúde geral apresentam.

Ainda, o estigma do corpo verificou-se como sendo um preditor significativo das cinco dimensões da autoestima sexual. O facto de as mulheres percecionarem o seu corpo

como dominado pela doença, aparenta estar associado com percepções mais baixas de Competência/Experiência, Atratividade, Controlo, Adaptação e Moralidade.

Relativamente ao estigma do cancro da mama, os maiores preditores encontrados neste estudo foram as dimensões Distanciamento e Responsabilização. Isto sugere que, quanto maior for a internalização da ideia de que a mulher é responsável pelo seu estado de saúde e quanto maior for o afastamento social, mais problemas de saúde as mulheres experienciarão. No que concerne à autoestima sexual, apenas a dimensão do distanciamento se revelou como um preditor significativo de Controlo. Isto pode significar que, quanto mais as mulheres com cancro da mama (que realizaram ou não mastectomia) pensam que os outros tendem a distanciar-se de si devido à doença, mais estas reportam uma menor percepção de controlo.

Por outro lado, o estigma da mastectomia não se revela como sendo um preditor das dimensões de Saúde Geral. No entanto aparenta ser preditor da autoestima sexual, mas apenas a dimensão da Identidade de Género se revela preditor da Atratividade. É possível constatar que a internalização do estigma da mastectomia pode levar a que as mulheres percam a sua ideia de feminilidade e sua identidade como mulher, levando assim a uma percepção de Atratividade menor.

CONCLUSÃO

Através da análise global dos resultados obtidos neste estudo, é possível concluir que os três tipos de estigma (estigma associado ao corpo “dominado” pelo cancro; estigma associado ao cancro da mama e estigma associado à mastectomia) estão correlacionados com problemas de saúde generalizada, bem como diminuição da autoestima sexual, o que vai de acordo com a literatura abordada neste estudo.

No entanto, apesar do facto de o estigma da mastectomia estar correlacionado com um aumento significativo da saúde geral e da autoestima sexual, verificou-se que este não é um preditor significativo. Este resultado não vai de encontro com a hipótese inicialmente formulada. Isto pode dever-se à possível influência de um outro fator importante que não foi abordado neste estudo e que poderia ser determinante na confirmação total da hipótese.

Todavia, embora exista literatura acerca da autoestima sexual e da internalização do estigma, esta ainda é um pouco limitada no que toca à sua aplicação na oncologia (bem como na saúde em geral) e às consequências psicosexuais inerentes à condição, talvez por este ser um tema ainda considerado tabu na sociedade atual.

Assim, este trabalho pode ainda potenciar a elaboração de novos estudos que permitam aprofundar as consequências negativas do estigma internalizado na autoestima sexual e na saúde geral das mulheres com cancro da mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, R. (2006). Impacto da Mastectomia na vida da Mulher. *Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde)*, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Baxter, et al. (2006). Reliability and Validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire. *The Breast Journal*, pp. 221-232.

Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-Oncology*, 11, 356-364.

Cataldo, et al. (2011). Measuring Stigma in People with Lung Cancer: Psychometric Testing of the Cataldo Lung Stigma Scale. *Oncol Nurs Forum*, 2011 January 1; 38(1);

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 35-53.

Ferreira, G. et al (2014). Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos de Psicologia (Natal) [online]*, 19(1), 77-86.

Ferreira, M. & Mamede, M. (2003) Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho*; 11(3):299-304.

Flaviane, F. et al (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista psicologia: Teoria e Prática*, 15, 116-129.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363 – 385.

Maluf, M., Mori, L. & Barros, A. (2005). O impacto psicológico do cancer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia 2005*; 51(2): 149-154

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Niculin, M. (2001). Dicionário Médico. Lisboa: Climepsi Editores.

Mayers, K., Heller, D. & Heller, J. (2003) Damaged Sexual Self-Esteem: A Kind of Disability. *Sexuality and Disability*, Vol. 21, No. 4.

Ménard, A Dana; Offman, A.(2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction.*The Canadian Journal of Human Sexuality* 18.1/2 (2009): 35-45.

Monteiro- Grillo, I., Marques-Vidal, P., Jorge, M. (2005). Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. *Clin Transl Oncol.* 2005;7(11):499-503.

Moreira, H. (2008). Qualidade de Vida e Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama: do Diagnostico à Sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 165-184.

Ramos, A. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica* (2005), 3 (XXIII): 295-304.

Ribeiro, J. & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (General Health Questionnaire – GHQ28). *Revista portuguesa psicossomática*, junho, 2003/vol.5, 37-45

Silva, L. (2008). Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos Relacionados ao Feminino. *Psicologia em Estudo*, 13 (2): 231-237

Siqueira, R. & Cardoso, H. (2011). O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, 2, 92-113.

Soares et al.. (2011). A Mensuração do Estigma Internalizado: Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia em Estudo* , 16 (4), 635-645.

Wang Q-X, Bai Y, Lu G-F, et al. Perceived health related stigma among patients with breast cancer. *Chin Nurs Res.* 2017;4:158-161

Zeanah, P & Schwarz, J. (1996). Reliability and Validity of the Sexual Self-Esteem Inventory for Women. *Assessment*, 3 (1), 1-15.

Anexo 1

Tabela 9. Correlações entre os diferentes tipos de estigmas, a saúde geral, a autoestima sexual e a satisfação conjugal no grupo das mulheres com cancro da mama que **não** realizou mastectomia.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Estigma do corpo	-	.42 3**	.36 6**	.26 7*	.37 3**	.38 8**	.33 7**	.40 6**	.39 5**	.32 4**	.30 6**	.30 6**	-	-	-	-	-	-	
2. Estigma Cancro Mama			.54 6**	.88 8**	.35 5**	.32 2**	.28 8*	.35 6**	.26 8*	.29 8*	.44 7**	.27 6*	0.2 17	.25 9*	.466 **	.244*	.348*	0.15 2	
3. Desconforto				0.1 48	0.0 19	.27 8*	.25 0*	.24 6*	0.1 09	0.0 99	.24 1*	0.1 92	-	-	0.0 0.1	.282 * .268*	0.163	.268 *	
4. Distanciamento				0.2 28	0.2 25	0.2 01	.29 2*	.23 5*	.28 3*	.37 9**	0.2 22	0.2 29	-	-	0.0 0.0	0.20 8	.284*	0.131	0.08 8
5. Responsabilização					0.1 79	0.1 65	0.1 47	.24 9*	0.2 18	.24 2*	0.1 91	0.1 32	0.0 64	-	-	.344 **	.389*	0.186	.267 *
6. Estigma da mastectomia						-.97 9**	.65 3**	0.1 69	0.0 69	0.1 14	0.1 08	0.1 08	-	0.0 1	0.15	-	-0.02	0.035	0.04 7
7. Estigma_mastecto_Intimidade							.49 6**	0.1 52	0.0 43	0.0 9	0.0 91	0.0 62	-	0.0 62	0.13	0.005	0.057	0.05 1	
8. Olhar social								0.1 36	0.1 14	0.1 8	0.1 23	0.1 51	-	0.1 16	0.11 5	0.022	0.025	0.05 4	
9. Sintomas Somáticos									-.67 4**	.63 7**	.38 3**	.38 3**	-	0.0 71	.27 4*	.458 **	0.189	.247*	0.20 3
10. Ansiedade_insonia										-.68 7**	.59 3**	-.59 3**	-	0.0 55	.24 2*	.360 **	.295*	-0.23	0.18 6
11. Disfunção Social											-.36 4**	-.36 4**	-	0.0 01	0.2 14	.414 **	0.206	0.144	-0.05 1
12. Depressão_grove													0.0 61	0.2 03	.364 **	0.217	0.132	0.10 9	
13. Satisfação relação conjugal														0.0 34	1	0.146	0.149	0.10 9	
14. Comp_Exp															.465 **	.546*	.685*	.431 **	
15. Atractividade																.525*	.405*	0.22 5	
16. Controlo																	.438*	.498 **	
17. Adaptação																		.583 **	
18. Moralidade																			

Notas. N = 71; ** $p < .01$; * $p < .05$

Anexo 2

Tabela 10. Correlações entre os diferentes tipos de estigmas, a saúde geral, a autoestima sexual e a satisfação conjugal no grupo das mulheres com cancro da mama que realizou mastectomia.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Estigma do corpo	-	0,2 68	0,0 97	,37 1**	0,0 95	,86 3**	,85 2**	,63 5**	0,2 76	,44 6**	,34 5*	,42 9**	,28 2*	,62 4**	,75 7**	,60 3**	,62 1**	,58 0**	
2. Estigma Cancro Mama			,59 4**	,90 7**	,56 6**	,27 9*	0,2 57	0,2 55	,40 4**	,39 9**	,64 8**	,58 9**	0,1 5	0,1 93	0,1 51	,35 5*	0,1 69	0,1 19	
3. Desconforto				0,2 25	,42 8**	0,0 47	0,0 51	0,0 26	0,0 28	0,0 42	,31 0*	0,2 64	0,0 53	0,0 79	0,1 99	0,0 02	0,0 38	0,1 25	
4. Distanciamento					,33 7*	,37 0**	,35 2*	,30 8*	,50 4**	,53 2**	,62 6**	,59 1**	0,2 42	,28 0*	,29 0*	,44 9**	0,2 52	0,2 16	
5. Responsabilização						0,0 6	0,0 15	0,1 65	0,0 19	0,0 02	,34 4*	0,2 46	0,1 15	0,0 21	0,0 2	0,0 45	0,0 96	0,0 21	
6. Estigma da mastectomia							,97 3**	,77 6**	0,2 76	,38 3**	,30 4*	,36 8**	0,2 03	,47 1**	,65 9**	,51 5**	,45 9**	,48 2**	
7. Identidade de género								,61 0**	0,2 67	,33 2*	0,2 69	,35 2*	0,2 43	,47 4**	,67 2**	,49 0**	,45 1**	,44 2**	
8. Olhar social									0,2 15	,40 5**	,31 1*	,30 2*	0,0 36	,32 3*	,43 3**	,42 9**	,34 2*	,44 7**	
9. Sintomas Somáticos										,75 4**	,45 3**	,53 1**	0,0 33	0,0 84	0,1 42	,43 1**	0,0 96	0,0 29	
10. Ansiedade Insónia											,54 3**	,70 4**	0,0 75	0,2 56	,28 5*	,50 6**	0,2 62	0,2 47	
11. Disfunção social												,63 4**	0,1 83	0,2 27	0,2 6	,42 0**	0,1 56	0,1 43	
12. Depressão Grave													0,2 75	,35 5*	,34 1*	,56 3**	0,2 69	,33 0*	
13. Satisfação relação conjugal														,53 8**	,47 2**	,47 2**	,57 6**	,52 7**	
14. Competencia /Experiência															,73 6**	,73 5**	,84 0**	,74 9**	
15. Atractividade																,62 2**	,66 1**	,61 8**	
16. Controlo																	,68 5**	,53 1**	
17. M_Adaptacao																		,73 9**	
18. Moralidade																			-

Notas. N = 51; ** $p < .01$; * $p < .05$