

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados,  
qualidade de vida e auto-estima**

**Larissa de Paula Braganholo**

**Ribeirão Preto  
2007**

**LARISSA DE PAULA BRAGANHOLO**

**A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados,  
qualidade de vida e auto-estima**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título Mestre em Enfermagem em Saúde  
Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.  
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à saúde da  
mulher no ciclo vital

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria de Almeida**

**Ribeirão Preto  
2007**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Braganholo, Larissa de Paula

A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados, qualidade de vida e auto-estima. Ribeirão Preto, 2007. 133 f.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Almeida, Ana Maria de

1. Mastectomia. 2. Mamoplastia. 3. Neoplasias Mamárias.  
4. Reabilitação. 5. Qualidade de Vida.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Larissa de Paula Braganholo

A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados, qualidade de vida e auto-estima

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Dedico este estudo a todas as mulheres que vivenciam o tratamento do câncer de mama e aos profissionais de saúde que se dedicam às questões relacionadas à reconstrução mamária.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus, pela oportunidade de aprofundar-me em questões relacionadas às mulheres com câncer de mama por meio deste estudo.

Agradeço aos meus pais, José Carlos Braganholo e Aparecida Lúcia Braganholo, responsáveis pela minha formação moral e acadêmica. Vocês são meus eternos educadores! Agradeço pelo amor e companheirismo de minhas irmãs, Vanessa, Karla, Tatiana e Marcela – esta, além de todo o apoio, ajudou-me nas correções de português deste trabalho.

Agradeço a meu noivo, Juvêncio Nunes Leonel Hostalacio, pelo incentivo em continuar estudando, e por toda a paciência no decorrer do estudo. Agradeço seu imenso amor e carinho.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Ana Maria de Almeida, pelos ensinamentos e sabedoria, e pela disponibilidade de orientação durante todas as etapas do Mestrado.

Agradeço à Maria Antonieta Spinoso Prado e Rosana Ap. Spadoti Dantas, pelo apoio durante toda a trajetória do trabalho aqui apresentado, e também à Cláudia Benedita dos Santos, que me ajudou na etapa de análise dos dados.

Agradeço ao Dr. Jayme Farina Júnior e à Dra. Maria Cristina C. C. Meirelles, membros da banca de avaliação deste estudo, pela disponibilidade em avaliar este trabalho, pelas contribuições e troca de experiência na temática de reconstrução mamária.

Agradeço às mulheres do REMA, que me ensinaram a olhar a vida com outros olhos e que deram um sentido especial à minha profissão. Obrigada pelos ensinamentos e confiança.

Finalmente, agradeço a todos os profissionais de saúde do REMA e aos funcionários da EERP-USP, pela imensa colaboração no decorrer do presente trabalho. Agradeço também o Apoio da Instituição Financeira CAPES durante o período do Mestrado.



“A Negra”, Tarsila do Amaral, 1923.

“Importa-se olhar, não apenas o corpo, mas olhar nos olhos (...), escutar o que ele sente, dialogar e tocá-lo como um ser humano. Assim, uma singela atitude do cuidador representa, para o ser que sofre, algo de inestimável valor: a empatia”.

Santos e Gonçalves, 2006

## RESUMO

BRAGANHOLO, L. P. *A não-realização de cirurgia reconstrutiva de mama: fatores associados, qualidade de vida e auto-estima*. 2007. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

**Introdução:** A reconstrução mamária visa melhorar a qualidade de vida e auto-estima da mulher após câncer de mama. Atualmente, existe uma baixa procura pela cirurgia, e poucos estudos apontam os fatores relacionados à não-realização do procedimento. **Objetivo:** Descrever os fatores relacionados à não-realização da reconstrução mamária e investigar a qualidade de vida e auto-estima de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. **Métodos:** A amostra constituiu de 53 mulheres submetidas à cirurgia por neoplasia mamária, freqüentando um núcleo de reabilitação durante o período de agosto a dezembro de 2006, e que responderam a um formulário acerca da doença, do tratamento e dos fatores relacionados à não-realização de reconstrução. Foi aplicado o instrumento The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey – MOS-SF36 - e a Escala de Auto-estima de Rosemberg. **Resultados:** A maioria das mulheres tinha idade superior a 50 anos, era casada, raça branca, baixa escolaridade e baixa classe econômica. Houve predomínio da cirurgia de mastectomia, com tempo médio decorrido após a cirurgia de 5,8 anos. A maioria das mulheres realizou radioterapia e quimioterapia e algumas evoluíram com limitação na amplitude de movimento e nas tarefas domésticas, linfedema, dor, entre outras complicações. Em relação à cirurgia reconstrutiva, todas as mulheres já tinham ouvido falar, mas nem todas foram orientadas pela equipe médica sobre essa possibilidade no momento da retirada do tumor. Os profissionais de saúde representaram a fonte de informação mais relatada pelas mulheres a respeito da cirurgia reconstrutiva, e foram também os sujeitos com os quais elas menos discutiram sobre o assunto. A maioria das mulheres conhecia o seu direito de realizar reconstrução pelo Sistema Único de Saúde e relatou que a cirurgia é de longa duração, envolve muitas etapas e pode ocorrer rejeição da prótese. A maior parte das entrevistadas relatou medo em realizar a cirurgia, por sofrimento e complicações após a técnica, e acrescentou que não faria a reconstrução, apesar de achar que estava na idade ideal e usar prótese externa. Houve predomínio de mulheres sem vida sexual ativa e satisfeitas com a auto-imagem. A maioria afirmou ter liberdade em usar qualquer tipo de roupa e relatou que se sente bem ao estar com roupa, com biquíni/maiô e sem roupa. Sobre a rede de suporte, houve mudanças positivas no relacionamento familiar e com o companheiro após a cirurgia por câncer de mama. A avaliação da qualidade de vida através do MOS-SF36 revelou menor escore para o domínio “dor”, “aspectos físicos”, “vitalidade”, “saúde mental” e “capacidade funcional”. O questionário de Auto-estima de Rosemberg obteve valor médio de 34,4 pontos. **Conclusão:** Os dados apontam adaptação das mulheres em face das conseqüências do tratamento de câncer de mama, não priorizando a realização de reconstrução mamária.

**Palavras-chave:** Mastectomia. Mamoplastia. Neoplasias mamárias. Reabilitação. Qualidade de vida.



## ABSTRACT

BRAGANHOLO, L. P. *Not having breast reconstruction: factors involved, quality of life and self-esteem*. 2007. 133f. Dissertation (Master) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

**Introduction:** The goal of breast reconstruction is to improve woman's quality of life and self-esteem after breast cancer. Nowadays, there are fewer women that underwent this surgery, and few studies had investigated the reason why woman do not choose this procedure. **Objective:** Describe the factors involved to not having breast reconstruction and to investigate the woman's quality of life and self-esteem after breast cancer surgery. **Methods:** A sample of 53 women that underwent breast cancer surgery, taking part of a rehabilitation center during the period of august until december 2006, answered a questionnaire that included information about the disease, treatment and questions about why they did not have breast reconstruction. The Medical Outcomes Study 36-item Sort Form Health Survey – MOS-SF36 – and Rosemberg Self-Esteem Scale was administered. **Results:** The majority of the women was 50 years or older, married, white, low educational level and low economic status. Most woman underwent mastectomy and the average time since surgery was 5.8 years. The majority of the women received radiotherapy and chemotherapy and some of them had limitation of the movements and home activities, lymphedema, pain and others complications. About breast reconstruction surgery, all women had heard about it, but not all of them received information from their physicians about this possibility before breast surgery. Health professionals were related to be the more main source of information by woman and this was also the group that they had less discussion with. Most women knew about their right of having breast reconstruction by the public health care system, but claimed that the surgery is long, that multiple surgeries are needed and that the prosthesis can be rejected by their bodies. The majority of the women revealed fear of complications associated with the reconstruction and said that they would have not done the surgery, although they feel they are in a correct age and use external prosthesis. Most women did not have active sexual life and were satisfied with their body image. Most of them expressed freedom to wear any clothing and feel comfortable when fully dressed, with swim cloths or naked. About support groups, there were positive changes in the relationship with family and partner after breast cancer surgery. The MOS-SF36 showed lowest score to “bodily pain”, “role-physical”, “vitality”, “mental health” and “physical functioning”. Rosemberg Self-Esteem Scale received 34.4 average score. **Conclusions:** This study suggests woman's adaptation to the consequences of breast cancer treatment, not giving importance to breast reconstruction.

**Key-words:** Mastectomy. Mammoplasty. Breast Neoplasms. Rehabilitation. Quality of life.

## RESUMEN

BRAGANHOLO, L. P. *Baja procura para realización de cirugía reconstructiva de mama: factores asociados, calidad de vida y autoestima*. 2007. 133f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

**Introducción:** La reconstrucción mamaria tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y autoestima de la mujer después del cáncer de mama. Actualmente, existe una baja procura por la cirugía, y pocos estudios apuntan los factores relacionados con la falta de opción por el procedimiento. **Objetivo:** Describir los factores relacionados con el hecho de no realizar la reconstrucción mamaria e investigar la calidad de vida y autoestima de mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama. **Metodología:** La muestra se constituyó de 53 mujeres sometidas a cirugía por neoplasia mamaria, frecuentando un núcleo de rehabilitación de agosto a diciembre de 2006 y que respondieron un formulario acerca de la enfermedad, tratamiento y factores relacionados con la opción de no realizar la reconstrucción. Fui aplicado el instrumento The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey – MOS-SF36 – y la Escala de Autoestima de Rosemberg. **Resultados:** La mayoría de las mujeres tenía edad superior a los 50 años, casadas, raza blanca, baja escolaridad y baja clase económica. Hubo predominio de la cirugía de mastectomía con tiempo medio decorrido después de la cirugía de 5,8 años. La mayoría de las mujeres realizó radioterapia y algunas evolucionaron con limitación de la amplitud de movimiento y de tareas domésticas, linfedema, dolor, entre otras complicaciones. En relación a la cirugía reconstructiva, todas las mujeres ya habían escuchado hablar, sin embargo no todas fueron orientadas por el equipo médico sobre esa posibilidad en el momento de retirada del tumor. Los profesionales de salud fueron la fuente de información más relatada por las mujeres al respecto de la cirugía reconstructiva, y fueron también, los sujetos con los cuales ellas menos discutieron sobre el asunto. La mayoría de las mujeres conocía su derecho de realizar reconstrucción por el sistema único de salud y relataron que la cirugía es de larga duración, envolviendo muchas etapas, con posibilidad de rechazo de la prótesis. La mayor parte de las entrevistadas relató miedo en realizar la cirugía, por sufrimiento y complicaciones después de la técnica, añadiendo que no realizarían la reconstrucción, a pesar de sentir que están en la edad ideal y usar prótesis externa. Hubo predominio de mujeres sin vida sexual activa y satisfechas con su auto imagen. La mayoría refirió libertad de usar cualquier tipo de ropa y relataron que se sienten bien cuando están con ropa, con biquini/malla y sin ropa. Sobre la red de soporte, hubo mudanzas positivas en el reraconamiento familias y con el compañero después de la cirugía por cáncer de mama. La evaluación de la calidad de vida a través del MOS-SF36 reveló menor puntuación para los dominios: dolor, aspectos físicos, vitalidad, salud mental y capacidad funcional. El cuestionario de Autoestima de Rosemberg obtuvo valor medio de 34,4 puntos. **Conclusión:** Los datos apuntan adaptación de las mujeres con las consecuencias del tratamiento de cáncer de mama. No priorizando la realización de la reconstrucción mamaria.

**Palabras claves:** Mastectomia. Mamoplastia. Neoplasias de la mama. Rehabilitación. Calidad de vida.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das mulheres atendidas no Rema segundo a idade, raça/cor, religião e procedência, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	50
Tabela 2	Distribuição das mulheres atendidas no Rema segundo escolaridade, ocupação e classe econômica, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	51
Tabela 3	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o estado civil e número de filhos durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	52
Tabela 4	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a idade no momento da cirurgia de retirada do câncer de mama, o tipo de cirurgia e a realização de radioterapia e quimioterapia, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	54
Tabela 5	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o tempo decorrido entre a entrevista e a cirurgia de retirada do câncer de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	55
Tabela 6	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo as limitações auto-referidas no momento da entrevista após a cirurgia de retirada do câncer de mama durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	56
Tabela 7	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a fonte pela qual elas tomaram conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	57
Tabela 8	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a pessoa com quem elas conversaram sobre a possibilidade de fazerem uma reconstrução de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	58

Tabela 9	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o conhecimento sobre seu direito de realizar uma cirurgia reconstrutiva de mama pelo SUS e o conhecimento sobre algum serviço que ofereça a cirurgia, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	58
Tabela 10	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	59
Tabela 11	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o relato sobre a sensação de medo relacionado à cirurgia reconstrutiva, sobre o desejo de realizarem a cirurgia e sobre o fato de possuírem problemas de saúde que impedem a realização da cirurgia, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	61
Tabela 12	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo opinião sobre possuírem liberdade em usar qualquer tipo de roupa; haver modificação na maneira de vestir-se; sentirem-se envergonhadas em se vestirem ao lado de pessoas mais próximas; haver modificação na postura, estarem satisfeitas com a auto-imagem e sobre possuírem vida sexual ativa, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	62
Tabela 13	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a opinião de como elas se sentem sem roupa, com roupa e com biquíni ou maiô, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	63
Tabela 14	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a permanência das atividades de lazer após a cirurgia de retirada do câncer de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	64
Tabela 15	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo opinião sobre possíveis mudanças no relacionamento com o parceiro, com a família e com amigos(as) e vizinhos(as) após cirurgia de câncer de mama, e se essas mudanças foram positivas ou negativas, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	65

Tabela 16	Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo posição da família quanto à reconstrução de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.....	66
Tabela 17	Coefficiente de confiabilidade Alfa de Cronbach em cada domínio do MOS-SF36 e em toda a escala. Ribeirão Preto, 2006.....	67
Tabela 18	Valores mínimos, máximos, mediano, médio e desvio padrão em cada domínio do MOS-SF36. Ribeirão Preto, 2006.....	68
Tabela 19	Distribuição das mulheres entrevistadas em relação ao item Saúde Comparada do MOS-SF36. Ribeirão Preto, 2006.....	68
Tabela 20	Valor mínimo, máximo, mediano, médio e desvio padrão de cada resposta da escala de Auto-estima de Rosemberg e da pontuação total. Ribeirão Preto, 2006.....	69

## SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
LISTA DE TABELAS	
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 O câncer de mama como problema de saúde pública.....	17
2.2 Tratamento do câncer de mama.....	18
2.3 Impactos psicológicos do tratamento do câncer de mama.....	22
2.4 Possibilidade de Reconstrução Mamária.....	25
2.5 Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	31
2.5.1 Qualidade de Vida e Câncer de Mama.....	35
2.6 Auto-Estima.....	36
3. OBJETIVO.....	39
3.1. Objetivo Geral.....	39
4. MATERIAL E MÉTODO.....	40
4.1 Tipo de Estudo.....	40
4.2 Local do Estudo.....	40
4.3 População de Estudo.....	41
4.3.1. Critérios de Inclusão:.....	41
4.3.2. Critérios de Exclusão:.....	41
4.4 Tamanho da Amostra.....	42
4.5 Procedimento de Coleta de Dados.....	42
4.5.1 Variáveis do Estudo.....	42
4.6 Comitê de Ética.....	46
4.7 Análise dos Dados.....	47
5. RESULTADOS.....	50
5.1 Caracterização das mulheres estudadas.....	50
5.2 Dados acerca da doença e tratamento.....	54
5.3 Conhecimento e nível de informação acerca da cirurgia reconstrutiva.....	57
5.4 Opinião e tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva.....	61
5.5 Satisfação com o corpo após cirurgia de câncer de mama.....	62

5.6 Rede de Suporte.....	65
5.7 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.....	67
5.8 Avaliação da Auto-estima .....	69
6.1 Caracterização das mulheres estudadas.....	71
6.2 Dados acerca da doença e tratamento.....	73
6.3 Conhecimento e nível de informação acerca da cirurgia reconstrutiva.....	84
6.4 Opinião e tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva.....	93
6.5 Satisfação com o corpo após cirurgia de câncer de mama .....	96
6.6 Rede de suporte .....	101
6.7 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.....	103
6.8 Avaliação da Auto-estima .....	106
7. CONCLUSÕES .....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	109
APÊNDICE .....	122
ANEXO .....	127

## 1. INTRODUÇÃO

Meu interesse pelo estudo do câncer de mama começou na graduação, durante os estágios supervisionados. Realizava atendimentos voltados à melhora da capacidade funcional do ombro e braço das mulheres submetidas à mastectomia, e implementava medidas para aliviar o linfedema por meio de técnicas linfoterápicas, buscando também controlar a ocorrência de aderências, retrações e contraturas do ombro após a radioterapia.

Concluindo a graduação, interessei-me em avançar nos estudos; busquei o Curso de Especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional na Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp), o qual concluí em 2004. Fui bolsista durante a Especialização, e trabalhava no setor de Dermato-Funcional da Clínica-Escola de Fisioterapia. Novamente, tive oportunidade de acompanhar mulheres mastectomizadas, aprendendo técnicas para tratamento do linfedema que incluía a drenagem linfática manual e o enfaixamento compressivo funcional. Nessa época, comecei a observar que as mulheres submetidas ao uso de prótese mamária externa relatavam desconforto e dificuldade de adaptação em relação à mesma. Relatavam, ainda, sobre a dificuldade de se olharem no espelho após a cirurgia, e o quanto estavam sofrendo com a mutilação. Essas experiências despertaram-me para a busca de possibilidades e alternativas que poderiam diminuir o desconforto dessas mulheres após a cirurgia.

Foi então que fiz uma visita, em setembro de 2004, ao Setor de Cirurgia Plástica Reconstructiva de Mama do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, com o objetivo de aprender mais sobre reconstrução de mama. Desde então, acompanho as pacientes voluntariamente durante o pré-operatório, durante a cirurgia (em alguns casos) e no pós-operatório. Disponibilizo orientações sobre como realizar a auto-massagem para prevenção e tratamento do linfedema, bem sobre como cuidar da cicatriz cirúrgica e fazer alongamentos e exercícios para melhora funcional do braço e da área doadora, quando a reconstrução é realizada com tecido autólogo. Além disso, explico a importância dos cuidados com o braço quando há dissecação dos linfonodos axilares homolaterais.

No contato com mulheres que optavam pela cirurgia reconstructiva, pude perceber que poucas mulheres diagnosticadas com câncer de mama optavam por essa modalidade de tratamento e havia baixa procura no Ambulatório, com poucas cirurgias agendadas.

Com o objetivo de aprofundar-me na problemática que envolve a reabilitação de mulheres com câncer de mama e participar de grupos de pesquisa, em fevereiro de 2005 fui ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (Rema), na



---

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, e disponibilizei-me ao estágio voluntário, no qual permaneço até hoje. Lá também pude observar a pequena quantidade de mulheres submetidas à reconstrução mamária, o que me incentivou a pesquisar os motivos pelos quais muitas mulheres não tinham vontade de realizar tal cirurgia.

Conhecer o que as mulheres pensam a respeito da cirurgia reconstrutiva é um fator importante no contexto da reabilitação; suas crenças, experiências anteriores, condições de saúde, informações a respeito da cirurgia, satisfação com o corpo, os aspectos relacionados à auto-estima e à qualidade de vida, rede de suporte, além de sua própria trajetória após o diagnóstico podem ser importantes fatores que influenciam nas suas decisões.

O profissional fisioterapeuta participa ativamente das fases vivenciadas pela mulher após o diagnóstico de câncer de mama, e deve estar apto a disponibilizar informações, esclarecimentos e suporte durante os programas de reabilitação.

O presente estudo reside na necessidade de identificar uma visão global da mulher com câncer de mama sem reconstrução mamária. As mulheres serão investigadas quanto à sua caracterização, dados acerca da doença e tratamento, o conhecimento e opinião sobre a cirurgia reconstrutiva, satisfação com o corpo após a retirada do câncer de mama e rede de suporte. Investigações sobre a qualidade de vida e auto-estima são necessárias para proporcionar uma visão mais abrangente dessas mulheres que optaram pela não realização da reconstrução mamária, através da utilização do questionário de qualidade de vida MOS-SF36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) e do questionário de auto-estima de Rosemberg.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O câncer de mama como problema de saúde pública

As condições socioeconômicas, o confinamento geográfico e étnico, além de diferentes modalidades de acesso individual aos serviços de saúde geram barreiras prejudiciais à descoberta precoce de doenças, em especial das neoplasias (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido à sua alta incidência, morbidade, mortalidade e ao elevado custo no seu tratamento. É a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres (PAULINELLI et al., 2003) e o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo. Tem maior incidência na região Sudeste. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (BRASIL, 2007). Faz-se necessário ressaltar que o câncer de mama é a principal causa de morte por neoplasia maligna entre as mulheres brasileiras (FERREIRA; FRANCO; QUEIROZ, 2002).

Em 2008, o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil, de acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), é de 49.400, com um risco estimado em 51 casos a cada 100 mil mulheres. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61% (BRASIL, 2007).

Sabe-se atualmente que o câncer de mama deixou de ser doença da mulher idosa, e sua importância rompeu as fronteiras dos países desenvolvidos, o que o incluiu como problema a ser abordado em políticas de saúde coletiva (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

Entretanto, enquanto a população envelhecer, a incidência e a prevalência do câncer de mama continuar a crescer, com a mulher vivendo longamente, o impacto cumulativo do câncer de mama e a seqüela do tratamento na vida da mulher continuarão presente (AUGUST; WILKINS; REA, 1994).

Acredita-se que esse aumento na incidência seja decorrente de um maior aprimoramento do diagnóstico do câncer, e das mudanças de estilo de vida e na história reprodutiva das mulheres (PAULINELLI et al., 2003). Moura e Nogueira (2001) enfatizam a

necessidade de disseminar ações de detecção precoce e ampliar o acesso da população às ações primárias de saúde para reverter tal realidade.

Em razão da sua elevada incidência, o câncer de mama tornou-se uma das grandes preocupações, principalmente pelo impacto psicológico e social que representam na saúde da mulher. Viver com uma doença relacionada a estigmas; sofrer os preconceitos que, muitas vezes, surge dos familiares mais próximos ou do próprio companheiro; conviver constantemente com incertezas e com a possibilidade de recorrência do câncer de mama constituem algumas das dificuldades enfrentadas no cotidiano feminino (AZEVEDO; LOPES, 2005). Além disso, sofrimentos de várias dimensões também podem acometer os seus familiares e cuidadores (SILVA; HORTALE, 2006).

## **2.2 Tratamento do câncer de mama**

Por volta do ano 1870, somente 4% das mulheres sobreviviam após um período de três anos subsequentes à cirurgia de câncer de mama. No final do século XIX, com a técnica de Halsted, o número de mulheres que sobreviviam três anos sem metástases aumentou para 46,5% (CANTINELLI et al., 2006). Esta técnica, que perdurou cerca de setenta anos, baseava-se no princípio de que a mutilação da mama era considerada a cura do câncer por assegurar uma sobrevida maior, sem haver a preocupação com as necessidades da mulher como um todo. Finalmente, esta abordagem acabou levando à humanidade uma terrível visão do tratamento de câncer de mama (CÁSSIA et al., 2006; GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Atualmente, o tratamento cirúrgico do câncer de mama alcançou avanços significativos: da cirurgia de mastectomia radical de Halsted, na qual ambos os músculos peitorais são removidos em bloco junto à mama e aos linfonodos axilares, à cirurgia de mastectomia radical modificada de “Patey” (removida a glândula mamária e o músculo peitoral menor com esvaziamento axilar) ou “Madden” (removida a glândula mamária, sendo preservado o músculo peitoral maior e menor com esvaziamento axilar) e esta para a terapia conservadora de mama, que compreende a quadrantectomia (CAMARGO; MARX, 2000; CONTANT et al., 2000) e a tumorectomia com secção dos linfonodos axilares, seguida de radioterapia e tratamento sistêmico (CANTINELLI et al., 2006). No entanto, a terapia conservadora de mama não é recomendada para todas as mulheres; dependendo do tamanho,

localização e características patológicas do tumor, a mastectomia pode ser preferível (CONTANT et al., 2000).

Usualmente, o tratamento é planejado de acordo com o estadiamento da doença (JALES; FALCÃO, 2005). Além disso, sabe-se que a detecção precoce do carcinoma mamário poderá minimizar os efeitos da doença e aumentar a possibilidade de cura, proporcionando melhores alternativas cirúrgicas. Entretanto, na maioria das vezes, o diagnóstico só ocorre em fases avançadas, quando a única alternativa é a cirurgia mutiladora, acompanhada de tratamentos como a quimioterapia, a radioterapia e a terapia hormonal. Todas essas alternativas têm efeitos agressivos e traumatizantes para a vida e saúde da mulher (CAETANO; SOARES, 2005), podendo afetá-la em dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004).

Maluf, Mori e Barros (2005) relatam que muitas mulheres não imaginam que esse tumor é, em geral, uma doença sistêmica e, portanto, a cirurgia não é o tratamento único, sendo necessário também um tratamento sistêmico. Como a cirurgia e a radioterapia encarregam-se do controle locorregional da doença, o tratamento sistêmico é utilizado para diminuir a chance de maior ameaça de recidiva à distância, ou seja, de metástase (CANTINELLI et al., 2006). A quimioterapia também pode ser utilizada no pré-operatório, para diminuir o tamanho do tumor, evitando-se a mastectomia total (COCQUYT et al., 2003).

Embora o tratamento sistêmico associado ao tratamento cirúrgico tenha potencializado a possibilidade de sobrevida, torna-se questionável a qualidade de vida da mulher, pois as drogas e os esquemas terapêuticos utilizados causam alterações no corpo e efeitos colaterais muitas vezes agressivos, tanto no plano físico como no plano psicológico (JESUS; LOPES, 2003; SANTOS; GONÇALVES, 2006).

A necessidade de interrupção das atividades laborais pode também ser outra fonte de ansiedade, uma vez que a mulher se sentirá dependente de outra pessoa, tanto financeiramente como na realização de atividades rotineiras (MELO et al., 2002). O suporte social e familiar na redescoberta do seu novo papel e no enfrentamento das condições e problemas do cotidiano é imprescindível, colaborando para a recuperação e manutenção da saúde das mulheres (BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004).

Além dos efeitos colaterais desgastantes, algumas mulheres ainda enfrentam dificuldades relacionadas ao sistema de saúde em seu município, que nem sempre possui disponíveis os recursos terapêuticos. Dessa forma, para completarem o seu tratamento, algumas mulheres precisam se deslocar para outros municípios, muitas vezes em condições físicas adversas, o que colabora para o aumento do sofrimento, potencializando os efeitos

colaterais do tratamento. Além disso, precisam reorganizar suas rotinas e diminuir algumas atividades, desencadeando mudanças também no seu estilo de vida (CALIRI; ALMEIDA; SILVA, 1998).

Nos estágios iniciais de câncer de mama (estágio I e II), a mastectomia e a cirurgia conservadora são igualmente efetivas em termos de sobrevida. Portanto, é importante que a mulher participe na escolha do procedimento. Algumas optam pelo tratamento conservador, para preservação de sua auto-imagem; outras preferem a mastectomia, para minimizar a chance de recorrência local e a não necessidade de ser submetida à radioterapia (JOHANSEN et al., 2002; MOLENAAR et al., 2001).

Têm-se discutido a importância da educação e do envolvimento da paciente na decisão e escolha do tratamento necessário. O ideal seria que os médicos fornecessem às pacientes informações sobre as opções de tratamento e seus resultados, enquanto a paciente se expresse sobre seus valores e preferências em relação ao tratamento. Esta discussão permite que a decisão seja realizada em conjunto, o que não tem sido um fenômeno comum (MOLENAAR et al., 2001).

Caliri, Almeida e Silva (1998) também observam a pouca participação das mulheres no processo decisório, colaborando para o desconhecimento da doença e seu tratamento, interferindo negativamente na sua recuperação. E, ainda, Rodrigues et al. (1998) relatam que as mulheres passam por momentos de insegurança e revolta, decorrentes da falta de informação sobre o que está ocorrendo em relação à sua doença e seu estado de saúde.

Existe ainda outro grupo de mulheres, aquelas com risco elevado de câncer de mama, seja pela presença de mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2 ou pela presença de história familiar positiva. A mastectomia redutora de risco (MRC), também conhecida como mastectomia profilática, tem sido descrita como uma opção para diminuir o risco de câncer de mama (CHAGAS et al., 2006).

Independentemente de a técnica cirúrgica ser radical ou conservadora, ela vem acompanhada pela dissecação axilar, obedecendo ao tratamento cirúrgico padrão para o câncer de mama. Quando o procedimento é realizado em conjunto com a radioterapia pós-operatória, ou de forma isolada, pode causar morbidade severa no membro superior correspondente ao lado da cirurgia (BATISTON; SANTIAGO, 2005).

Portanto, além de a paciente sentir-se mutilada pela cirurgia, uma complicação relativamente comum decorrente do tratamento do câncer de mama é o linfedema, que causa alterações importantes não só físicas como funcionais (CANTINELLI et al., 2006), capazes de diferenciar a mulher da população em geral (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002). Outros

problemas como dor, parestesias, diminuição da força muscular e redução da amplitude de movimento são frequentemente observadas e relatadas pelas mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, podendo interferir na qualidade de vida das mesmas. Portanto, a extensão da abordagem cirúrgica axilar pode estar relacionada ao desenvolvimento de complicações (BATISTON; SANTIAGO, 2005).

Mais recentemente, a técnica do linfonodo sentinela tem se revelado alternativa segura à dissecação axilar, com elevada acurácia para prever o comprometimento linfonodal e o status axilar, diminuindo morbidade e seqüelas causadas pelos esvaziamentos axilares, sem alterar o tratamento adjuvante. O linfonodo sentinela é o primeiro a receber a drenagem linfática da área tumoral, decorrente da progressão ordenada de células pelo sistema linfático. Portanto, o estudo histopatológico deste linfonodo pode prever a presença de metástases axilares (LEAL et al., 2003; QUADROS; GEBRIM, 2007).

Parece que ainda temos um grande caminho a percorrer para o controle da doença, afinal ela ainda é vista com muito preconceito e muitas vezes é negada pela própria mulher. Soma-se ainda a não valorização dos sinais e sintomas pelos profissionais de saúde e a pouca resolutividade dos serviços. Portanto, a grande chance de cura, que se espera por meio do diagnóstico precoce, ainda é inatingível devido à desinformação e ao preconceito da mulher e dos profissionais de saúde que a atende (CALIRI; ALMEIDA; SILVA, 1998).

Sobre o papel da mulher no controle da doença, Fugita e Gualda (2006) ressaltam que muitos fatores podem influenciar a conduta do indivíduo em relação à saúde, como a importância que atribui aos comportamentos saudáveis e ações preventivas, a responsabilidade que assume perante o tratamento, o conhecimento e a maneira como vivencia a doença e suas expectativas quanto à resolução dos problemas.

Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004) acreditam que a demora em procurar um serviço de saúde tem causas múltiplas, como ansiedade, atitudes fatalistas frente ao corpo e à doença, ou o desconhecimento da urgência necessária para o diagnóstico precoce.

Com o objetivo de favorecer uma melhor adaptação, recuperação física e psíquica, Rodrigues, Silva e Fernandes (2003) ressaltam que a assistência profissional deve ser iniciada no período pré-operatório, a partir da descoberta do nódulo mamário, prolongando-se até o pós-operatório.

Na prática profissional, a alteração da estética e imagem corporal são aspectos a serem considerados, especialmente quando se procura uma assistência também voltada para a dimensão psicossocial. Como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso

---

afeta a sua existência são algumas inquietações dos profissionais que se preocupam em prestar uma assistência integral (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

### **2.3 Impactos psicológicos do tratamento do câncer de mama**

A mulher, ao descobrir-se com câncer de mama, vive a experiência de assumir uma nova identidade. No período do diagnóstico, o tempo de espera do exame, sua análise e a confirmação traduzem sentimentos de ansiedade, angústia, incerteza e desconfiança. Além das preocupações inerentes à presença do nódulo, alguns sentimentos experimentados pela mulher nessa etapa também são oriundos das dificuldades e demora dos atendimentos de saúde, o que a torna muitas vezes dependente ou impotente perante os mesmos (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Após o diagnóstico, a mulher traz consigo a sensação de incerteza do prognóstico e o pânico por sentir-se próxima da morte (AZEVEDO; LOPES, 2005). A incerteza sobre a duração e qualidade de vida no futuro, o medo de recorrência e progressão da doença requer um grande aprendizado sobre o que ela deve fazer para manter algum controle sobre a sua vida. Dessa forma, a mulher, querendo livrar-se da doença, aceita o tratamento com o objetivo de resolver de forma eficaz aquilo que não pode evitar, manifestando, com este ato, a aceitação da doença momentaneamente, vendo a cirurgia como um recurso para alcançar a desejada cura. Dessa forma, a mulher aceita as regras e condições impostas pelo tratamento, acreditando que a remoção cirúrgica do câncer oferece segurança no sentido de não ter que se preocupar com a doença (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Durante todo o processo da doença, a família é considerada uma importante rede de suporte social, oferecendo apoio, palavras de encorajamento, ajuda física e emocional, além de participar nas decisões relacionadas ao tratamento. Os ajustamentos da mulher à nova condição se refletem também na necessidade de desempenhar novas tarefas e papéis devido às limitações impostas pela intervenção cirúrgica, significando uma luta e desejo de não ser dependente. Dessa forma, a vulnerabilidade da mulher vivenciando o câncer de mama faz-se presente e é interpretada como um sofrimento moral (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Sabe-se que as mamas constituem-se em um componente marcante da feminilidade, tendo uma representação na imagem corporal, sexual, sensual, além de cumprirem a

fundamental função de amamentação (RODRIGUES et al., 1998; TYKKA; ASKOSELJAVAARA; HIETANEN, 2001). Outro debate oportuno que se pode vincular é o da função social do corpo da mulher, que quando adocece - especificamente, no caso do câncer de mama - torna-a fragilizada em suas funções de mulher e mãe após a cirurgia (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Em nossa sociedade, em relação à construção da feminilidade, as normas ditadas envolvem a supervalorização do belo, primando pela perfeição, caracterizando as mamas como belas e saudáveis. Qualquer anormalidade estética é encarada com discriminação, desvalorizando a mulher por não se adequar aos padrões sociais e culturais de beleza (JESUS; LOPES, 2003).

A mutilação mamária produz sentimentos que alteram a imagem corporal, repercutindo na auto-estima da mulher (AZEVEDO; LOPES, 2005), tornando a retirada da mama um processo cirúrgico agressivo, acompanhado de conseqüências muitas vezes traumatizantes nas experiências de vida e na saúde da mulher acometida de câncer (RODRIGUES et al., 1998).

Duarte e Andrade (2003) relatam que cirurgias mutiladoras podem afetar a percepção do próprio corpo, implicando mudanças na auto-imagem. Esta pode ser compreendida como a representação mental que temos do próprio corpo, diretamente vinculada à percepção, compondo-se de aspectos fisiológicos, psico-afetivos, cognitivos e relacionais. Portanto, a partir deste ponto de vista, a imagem que fazemos do nosso corpo é construída e (des)construída ao longo de nossa vivência, a partir de experiências com o mundo exterior.

Comumente, as mulheres relatam a sensação de estarem “incompletas”, “não-inteiras”, pensando incessantemente que perderam completamente a feminilidade (JESUS; LOPES, 2003). Elas poderão apresentar uma sensação de autoconsciência em público, ou seja, sensação de que basta alguém olhá-las para detectar prontamente a falta de um seio, mesmo que disfarcem suas formas com roupas largas (TODESCHINI et al., 1994). Um depoimento que demonstra claramente esse fato foi publicado no estudo de Weihermann (2000), no qual a mulher diz: **no começo, eu achava que todo mundo quando me via, dizia: olha lá aquela coitadinha lá, ó, tá sem o seio.... Eu via isso...**

Após a cirurgia de câncer de mama, muitas vezes a mulher é incentivada a usar uma prótese mamária externa, para promover maior semelhança à aparência feminina, com o intuito de disfarçar a assimetria, tornando sua imagem mais próxima da anterior (JESUS; LOPES, 2003). Tal recurso pode colaborar, ainda, para o equilíbrio estático da coluna (CAMARGO; MARX, 2000). No entanto, alguns estudos mostram que essa forma de



restauração da mama não é incorporada à auto-imagem da mulher em relação ao seu corpo. A prótese é muitas vezes vivenciada como um objeto estranho, que lembra a doença, associado a sentimentos de vulnerabilidade (AL-GHAZAL; FALLOWFIELD; BLAMEY, 2000; REABY, 1998). Algumas mulheres relatam que é difícil mantê-la no lugar. Além disso, gera insatisfação durante o seu uso, podendo limitar as opções de vestuário e a prática de atividades físicas (TYKKA; ASKO-SELJAVAARA; HIETANEN, 2001).

A falta de uma mama também pode gerar percepção de assimetria, principalmente se a mama restante possui grande volume (TYKKA; ASKO-SELJAVAARA; HIETANEN, 2001). A mulher, ao perder a mama, pode apresentar modificações no modelo postural. Depoimentos como: **me sinto torta, com dificuldades para andar**, foram relatos de um estudo sobre a compreensão da situação de vida das mulheres pós-mastectomia (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

Além disso, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem afetar significativamente a vida sexual da mulher ou do casal (CANTINELLI et al., 2006). Considerar-se mutilada e expor-se para alguém pode ser uma tarefa difícil (JESUS; LOPES, 2003). É importante ressaltar que, no relacionamento conjugal, o parceiro pode ser fonte de suporte ou de estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal. Geralmente problemas de estresse conjugal ocorrem com mulheres que já apresentavam tais dificuldades antes mesmo do diagnóstico (CONDE et al., 2006).

Além da interferência da mutilação da mama na vida sexual da mulher, o tratamento a que ela é submetida também pode exercer influência neste aspecto. A cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e imunoterapia acarretam debilidade física incluindo fadiga, náusea, anorexia e dor, diminuindo o desejo sexual. A quimioterapia parece exercer maior impacto na função sexual do que o tipo de cirurgia que foi realizado. Os efeitos colaterais incluem fadiga e náusea, que podem diminuir a libido e causar alterações na imagem corporal, juntamente com a queda de cabelo e mudanças no peso corporal (BRUNER; BOYD, 1998). A alopecia também representa, na psique da paciente, diminuição da feminilidade, o estigma do câncer e da morte, o preconceito, a necessidade de autodefesa e uma fase de rejeição (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

Sabe-se também que a doença crônica pode gerar na paciente certa redução ou perda da sua capacidade de autonomia e autocuidado, tornando-o dependente da decisão dos outros para sobreviver, o que pode reforçar seus sentimentos de sofrimento (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006).

Para Cantinelli et al. (2006), os fatores de risco para depressão e ansiedade em mulheres com câncer de mama parecem estar mais relacionados à mulher do que à doença ou seu tratamento. Entre os fatores incluem-se a idade jovem, problemas psicológicos prévios e dificuldades no suporte social. A quimioterapia também pode aumentar o risco de depressão e ansiedade durante, e não após o tratamento.

Para algumas mulheres, de acordo com Duarte e Andrade (2003), as mudanças provocadas pela doença são consideradas positivas, pois ajudam a valorizar ainda mais a vida e potencializam novas maneiras de expressar a própria sexualidade. Caliri, Almeida e Silva (1998) também relatam que as mulheres sentem-se diferentes, com algumas mudanças na sua maneira de ser ou de ver a vida, como demonstra este depoimento: **eu acho que hoje eu estou bem mais calma, mais tranqüila no dia-a-dia. A minha vida mudou. Eu acho que para todo mundo muda, a sua escala de valores muda.**

#### 2.4 Possibilidade de Reconstrução Mamária

Não há, hoje em dia, perante as modernas técnicas cirúrgicas e a grande evolução tecnológica das endopróteses, lugar para a proposta de mastectomia sem a lógica oferta de reconstrução (CARVALHO; CORREIA, 1998). A reconstrução mamária após mastectomia se tornou popular nos últimos anos (MALATA; MCINTOSH; PURUSHOTHAM, 2000). Por muito tempo considerada prejudicial ao tratamento oncológico de mulheres portadoras de câncer de mama, atualmente a reconstrução mamária difunde-se por todo o mundo, e admite-se que não aumenta o risco de recidivas e não retarda o diagnóstico de recidivas locais (VEIGA et al., 2001).

No Brasil, a Lei 9.797, de 6 de maio de 1999, dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer (BRASIL. MS, 1999).

A reconstrução mamária, definida como “mastectomia reversa”, é relatada como o método mais efetivo de restauração do bem-estar psicológico após a mastectomia (WILKINS et al., 2000). Melhora, ainda, o contorno corporal, preservando ou restituindo a integridade pessoal, aumentando o otimismo para a cura, e melhorando assim a qualidade de vida das mulheres (SANTOS et al., 1998). Além disso, também colabora para a identificação sexual da

mulher, sua auto-imagem e auto-estima (CARVALHO; CORREIA, 1998), favorecendo o enfrentamento da doença (FEE-FULKERSON et al., 1996).

A satisfação da paciente após a cirurgia depende de vários fatores. Alguns deles incluem a auto-estima, a imagem corporal e as expectativas em relação à cirurgia, aos resultados e sucesso da técnica cirúrgica. A satisfação com a cirurgia dependerá da relação que a mulher estabelece com a mama, como parte de sua identidade, feminilidade e sexualidade. E, ainda, as atitudes em relação às vestimentas e ao ambiente são fundamentais. Finalmente, a informação do médico e outros profissionais da saúde a respeito da cirurgia também são considerados um importante fator (TYKKA; ASKO-SELJAVAARA; HIETANEN, 2001).

A maioria das mulheres afirma que se sente melhor psíquica, física, sexual e socialmente após uma reconstrução. No entanto, sabe-se que a propriocepção da imagem de si mesma e o esquema corporal não estão necessariamente ligados à realidade corporal da mulher. Isso, por si só, já explica o motivo pelo qual algumas mulheres, que se submeteram somente a uma cirurgia de tumorectomia, possam ter reações tão intensas no plano psíquico quanto aquelas que se submeteram a uma mastectomia radical (CAMARGO; MARX, 2000).

Tarefa do cirurgião oncologista é oferecer à mulher portadora de câncer de mama o melhor tratamento para o melhor prognóstico, como também para uma melhor qualidade de vida. Se de um lado o desejo da mulher é a melhor indicação para que a reconstrução de mama aconteça, é também evidente que as etapas e as técnicas dessa cirurgia sejam determinadas pelo estágio da doença e pelo tipo de intervenção escolhido (POMPEI; BOTTI; ANZA, 1990).

Na reconstrução mamária, a possibilidade de utilização de retalhos musculocutâneos permite a reposição de tecidos em falta, transpondo para o tórax mastectomizado tecidos de outras localizações corporais. A preservação do pedículo vascular de um músculo permite a sua transposição, bem como a pele e o tecido celular em falta, irrigados pelas artérias perfurantes músculos cutâneas (CARVALHO; CORREIA, 1998).

Existem dois momentos em que a cirurgia de reconstrução mamária se torna possível. Ela pode ser feita simultaneamente à mastectomia, isto é, no momento da excisão do tumor, sendo denominada reconstrução mamária imediata, ou pode ser feita após a mastectomia, sendo denominada reconstrução mamária tardia (CAMARGO; MARX, 2000). A reconstrução mamária tardia é realizada frequentemente em mulheres com câncer de mama mais avançado (BRANDBERG; MALM; BLOMQVIST, 2000).

A reconstrução mamária imediata proporciona maiores vantagens em relação ao tempo de recuperação, reduz a morbidade e os gastos, além de oferecer um melhor resultado estético quando comparada à reconstrução mamária tardia (AL-GHAZAL et al., 2000).

Mulheres submetidas à reconstrução mamária tardia possuem alteração de sua imagem corporal no pré-operatório da cirurgia reconstrutiva, quando comparadas a mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata. Para a mulher que será submetida à mastectomia, o que representa maior preocupação é a escolha do momento em que será realizada a reconstrução mamária, e não o método de reconstrução que será aplicado (WILKINS et al., 2000).

O fato de as mulheres terem acesso às fotografias da cirurgia e de terem oportunidade de conhecer pacientes que já passaram pela reconstrução de mama pode ajudar na tomada de decisão. A experiência de desfiguramento causada pela mastectomia não parece estar relacionada ao fato de a mulher sentir-se beneficiada da reconstrução de mama (HARCOURT; RUMSEY, 2001).

Geralmente, na reconstrução mamária imediata ou tardia, a mulher é submetida a três tempos cirúrgicos. No primeiro, existe a reposição do volume perdido devido à mastectomia. No segundo, podem ser necessário uma mamoplastia de redução e mastopexia contralateral para oferecer simetria quando a reconstrução mamária não se assemelha à mama oposta. No terceiro, existe a criação do complexo areolo-mamilar na neomama, para melhorar os resultados estéticos e aumentar a satisfação da paciente (MALATA; MCINTOSH; PURUSHOTHAM, 2000). A necessidade de muitas etapas cirúrgicas acaba desencorajando algumas pacientes a não realizarem cirurgia reconstrutiva (HANDEL et al., 1990).

O retalho com grande dorsal foi um dos primeiros métodos de reconstrução mamária descritos, e foi iniciado próximo ao ano de 1906 pelo cirurgião italiano Tansini. Provavelmente foi o primeiro método de reconstrução utilizando tecido autólogo (CHANG et al., 2002). A reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do reto abdominal – TRAM foi descrita primeiramente por Hartrampf em 1982 (MALATA; MCINTOSH; PURUSHOTHAM, 2000) e este tem se tornado o procedimento de escolha (LEE; CHANG, 1999), sendo o retalho de grande dorsal a segunda opção para as reconstruções com utilização de tecido autólogo (CHANG et al., 2002).

A reconstrução com TRAM oferece a dupla vantagem de raramente necessitar da inclusão de prótese, dada a grande quantidade de tecidos autólogos que fornece, proporcionando ainda à mulher uma abdominoplastia, com a utilização dos tecidos que se

descartam nesse procedimento estético (CARVALHO; CORREIA, 1998; PAREDES et al., 2006).

O músculo reto abdominal pode ser usado uni ou bilateralmente, sendo o pedículo único utilizado em casos em que não há a necessidade de todo o tecido abdominal. O retalho contralateral sofre rotação e é levado através do túnel subcutâneo obtido pelo prolongamento do descolamento do abdômen superior ao tórax e finalmente é posicionado conforme necessidade estética (CAMARGO; MARX, 2000).

A sua desvantagem está relacionada à magnitude deste procedimento. É uma intervenção exigente tecnicamente e pressupõe criteriosa seleção das mulheres, experiência do cirurgião e sentido artístico na adaptação do retalho à forma a que se destina. A reparação da parede abdominal deve também ser meticulosa para evitar o aparecimento de hérnias, em especial se ambos os retos são utilizados (retalho bipediculado), casos em que se recorre à utilização de materiais de prótese (prolipropileno, etc.) para a reconstrução da parede (CARVALHO; CORREIA, 1998).

O retalho bipediculado pode ser recomendado para uma reconstrução mamária bilateral, ou para oferecer uma maior quantidade de suprimento vascular para retalhos com risco aumentado de necrose em reconstruções unilaterais, ou ainda para preencher uma mastectomia radical com defeitos e oferecer um volume grande o suficiente para se assemelhar à mama contralateral (PAREDES et al., 2006; SIMON et al., 2004). No entanto, a técnica bipediculada provoca maior enfraquecimento da parede abdominal.

Já o retalho unipediculado é indicado para pacientes não fumantes e não obesas, sem doenças vasculares ou diabetes mellitus, que necessitam de um volume pequeno a moderado (MALATA; MCINTOSH; PURUSHOTHAM, 2000).

O retalho TRAM, entretanto, possui limitações, possibilitando complicações como hérnias abdominais e necrose de retalho, especialmente em mulheres obesas. Em mulheres com múltiplas incisões prévias no abdômen, ou que sofrem de dor lombar crônica, ou ainda em mulheres jovens que desejam ter filhos, essa técnica é problemática (LEE; CHANG, 1999). Outra consequência desse retalho é o enfraquecimento da parede abdominal (CAMARGO; MARX, 2000), principalmente durante o movimento de sentar-se a partir da posição deitada (SIMON et al., 2004).

O retalho do grande dorsal possui a vantagem de proporcionar excelente irrigação; no entanto, geralmente não proporciona suficiente volume, obrigando à inclusão de prótese (PAREDES et al., 2006) com o risco de desenvolvimento de contratatura capsular (CHANG et al., 2002) e, além disso, pode deixar uma cicatriz dorsal inestética (CARVALHO; CORREIA,

1998). No entanto, oferece a vantagem de um menor tempo operatório em relação ao TRAM, além de uma recuperação mais rápida no pós-operatório (CHANG et al., 2002). Na técnica de grande dorsal, é importante avaliar a presença de atrofia do músculo, que poderia indicar danos nos vasos subescapulares como consequência do tratamento de câncer de mama realizado (PAREDES et al., 2006).

Como citadas anteriormente, certas técnicas de reconstrução de mama com retalhos musculocutâneos necessitam da utilização de prótese de silicone para aprimorar o resultado estético final. Existe também a reconstrução mamária puramente com implantes de silicone, sem a utilização de tecidos autólogos, que possui a vantagem de proporcionar um volume permanente (CONTANT et al., 2000; CHEROTO FILHO et al., 1999), evitando morbidade na área doadora, quando comparados a retalhos musculocutâneos. Além disso, o procedimento com implante de silicone é de menor complexidade e menor tempo cirúrgico, proporcionando rápida recuperação pós-operatória. No entanto, podem existir complicações como contratura capsular, ruptura, vazamento e infecção da prótese (BERRY et al., 1998; CHEROTO FILHO et al., 1999; PAREDES et al., 2006). Atualmente procura-se a inclusão de prótese de silicone de superfície texturizada e revestida com poliuretano, para minimizar a ocorrência de contratura capsular (PAREDES et al., 2006).

Sabe-se que a radioterapia na mama reconstruída com implante geralmente é incompatível, e os resultados em longo prazo podem ser desastrosos (LEAL et al., 2003). Além disso, para que a reconstrução mamária com implante de silicone seja indicada, é muito importante a preservação do músculo peitoral maior na mulher submetida à cirurgia por câncer de mama, visto que a prótese é instalada abaixo deste músculo (PAREDES et al., 2006).

É importante ressaltar que, antes da cirurgia de reconstrução mamária tardia com prótese de silicone, pode ser necessária a utilização prévia de expansores cutâneos, principalmente quando as mamas são de pequeno volume e necessitam de um maior grau de elasticidade tecidual. O expansor consiste de uma bolsa de silicone fino e elástico que permite a injeção de solução salina e, a cada sessão, normalmente semanal, são infundidos cerca de 10 a 20% do seu volume total, sendo que o volume final da expansão deve exceder o volume da prótese definitiva pretendida para que haja acomodação da pele, inclusive simular a ptose natural da mama, além de evitar retrações. Após todos os cuidados citados, o expansor é trocado pela prótese definitiva de acordo com o volume da mama contralateral. A reconstrução do complexo areolo-mamilar pode ser realizada em torno de 2 meses após a inclusão de prótese definitiva (CAMARGO; MARX, 2000; PAREDES et al., 2006).

Algumas desvantagens da técnica com implante de silicone decorrem do resultado estético menos natural e da necessidade de acompanhamento em longo prazo, visto que é necessário trocar a prótese devido à duração ser estimada em aproximadamente 10 anos. Nos casos em que é necessária a inclusão de expansores teciduais, necessita-se de cirurgias adicionais (PAREDES et al., 2006).

A reconstrução parcial da mama com retalhos locais pode ser realizada nos casos de cirurgia conservadora da mama, permitindo a remodelagem da mama, na tentativa de se obter um melhor resultado estético. Essas reconstruções, quando tardias, são sempre muito dificultadas pela presença de cicatrizes disformes e fibrose local, principalmente aquelas proporcionadas pela radioterapia (LEAL et al., 2003).

A eleição da melhor técnica a ser utilizada deve incluir uma decisão compartilhada entre a mulher e o médico responsável (PAREDES et al., 2006).

Apesar do número de cirurgias reconstrutivas estar aumentando, a porcentagem de mulheres que realizam reconstrução após a mastectomia ainda permanece baixa (WANZEL et al., 2002). Entre 1980 a 1990, somente 2% das pacientes portadoras de câncer de mama eram submetidas a procedimento reconstrutivo (POMPEI; BOTTI; ANZA, 1990).

A procura varia de acordo com os países em estudo e as diferentes regiões dentro de cada país. Os registros do National Cancer Institute's Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program revelaram a estatística em quatro áreas metropolitanas (Atlanta, Detroit, San Francisco-Oakland e Seattle-Puget Sound) e cinco estados (Connecticut, Hawaii, Iowa, New México e Utah). O número de casos de câncer de mama diagnosticado no período de 1988 a 1995 foi de 81.479, com uma taxa de reconstrução de mama de 8,1%. De acordo com o estudo, a taxa de reconstrução foi menor na raça negra e entre mulheres mais idosas (POLEDNAK, 2000).

Na Austrália, em 1995, 6% das mulheres tratadas com mastectomia realizaram reconstrução mamária (KENNY et al., 2000).

Até o momento, poucos estudos avaliaram a manutenção desse baixo índice de reconstrução. Entre as razões já identificadas, incluem-se a percepção de que o procedimento levaria a uma maior morbidade e o desconhecimento das mulheres acerca do procedimento (REABY, 1998). A incerteza dos resultados estéticos da reconstrução parece ser, também, um fator que interfere na escolha pelo procedimento (HANDEL et al., 1990).

Algumas mulheres, no entanto, podem presumir incorretamente que a reconstrução mamária, sendo uma "cirurgia plástica", seja excluída de suas possibilidades financeiras. Atualmente, os serviços públicos de saúde oferecem a cirurgia reconstrutiva de mama, e é

importante que os médicos e profissionais da área da saúde divulguem às mulheres tal fato (HANDEL et al., 1990).

Mulheres que possuem desejo de realizar a reconstrução consideram que a cirurgia pode ajudar o restabelecimento da auto-estima, proporcionar liberdade para fazer qualquer coisa e usar qualquer tipo de roupa, incrementar a aparência e beneficiar sua relação com seu parceiro, além de livrarem-se da prótese externa, trazendo de volta a feminilidade e a sensação de “estarem completas” novamente (KEITH et al., 2003).

Em relação à idade, as razões pelas quais as mulheres mais idosas desejam menos a reconstrução após a mastectomia quando comparadas àquelas mais novas ainda não são muito bem esclarecidas. O medo de complicações por submeterem-se a uma cirurgia adicional talvez seja um importante fator na decisão. Somado a isso, a magnitude da cirurgia também poderia desencorajá-las (HANDEL et al., 1990).

Mulheres mais jovens, por sua vez, são um foco especial de atenção, pois reportam grande morbidade psicológica após o diagnóstico de câncer de mama (CANTINELLI et al., 2006). Elas vivenciam maior estresse emocional, ansiedade, dificuldade de adotar uma atitude positiva em face do diagnóstico e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos do tratamento adjuvante. Elas expressam frequentemente preocupações relativas à auto-imagem, sexualidade, menopausa, perda da feminilidade e ao medo de recorrência da doença (CONDE et al., 2006; KENNY et al., 2000).

Entretanto, algumas mulheres podem vivenciar certa dificuldade de aceitação das alterações decorrentes da cirurgia reconstrutiva, as quais não correspondem à imagem corporal esperada, como no seguinte depoimento: **...ele (o marido) me incentivou muito, pra eu não me sentir mutilada - providenciei e fiz, mas não fiquei satisfeita - não gosto de me olhar no espelho...** (AZEVEDO; LOPES, 2005).

## 2.5 Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

A expressão qualidade de vida começou a ser usada após a Segunda Guerra Mundial, e até hoje é considerada um tema atual, sendo amplamente discutido nas últimas décadas (FARQUHAR, 1995), e em várias áreas de conhecimento, desde a sociologia até a área da saúde, causando dificuldades na definição de seu conceito, dadas as diferentes perspectivas de



cada área. Além disso, é uma questão subjetiva, portanto só pode ser compreendida sob perspectivas individuais (HOLMES, 2005).

Oliveira (2002) aponta que, para haver qualidade de vida, é imprescindível que as necessidades básicas do ser humano tenham sido atendidas e sua interação com o meio ambiente seja dirigida para seu desenvolvimento pleno. Holmes (2005) ressalta que a qualidade de vida também se relaciona com a satisfação do indivíduo com a vida e está determinada pelas expectativas pessoais.

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995).

O desenvolvimento de instrumentos que avaliam a qualidade de vida reflete, em parte, um aumento da necessidade de demonstrar a efetividade de programas de tratamento e cuidados na área da saúde, e também a necessidade de estabelecer os efeitos que uma doença e seu tratamento causam na vida de um indivíduo. A partir disso, é possível se obter uma visão mais abrangente e holística do paciente, incorporando também sua perspectiva em relação ao tratamento realizado (HOLMES, 2005).

A saúde, dentro dos aspectos relacionados à qualidade de vida, é considerada o seu principal determinante. Isto ocorreu principalmente após a definição do conceito de “saúde”, pela Organização Mundial de Saúde (1947) como sendo o “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. Portanto, uma análise geral de todos os domínios relacionados à saúde pode indicar a qualidade de vida do indivíduo (HOLMES, 2005).

As avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde medem modificações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar benefícios de programas e intervenções. As expectativas com relação à saúde e à habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar a percepção de saúde do indivíduo, podendo duas pessoas com o mesmo estado de saúde ter percepções de qualidade de vida bem diferentes (TESTA; SIMONSON, 1996). Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

A mensuração da qualidade de vida na área da saúde é importante devido a mudança do panorama das doenças, levando a um perfil de doenças crônicas e a necessidade de prover meios necessários para o enfrentamento de limitações e incapacidades impostas pela doença,

bem como a necessidade em atender o ser humano em sua integralidade, respeitando seus aspectos biopsicosociais, enfatizando relações humanistas (NORDENFELT, 1994).

Os instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida podem ser divididos em dois grupos: genéricos ou específicos. Os genéricos dividem-se em instrumentos globais de avaliação de qualidade de vida (aplicáveis em uma grande variedade de populações, avaliando a qualidade de vida geral) e em instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde. Os instrumentos específicos avaliam a qualidade de vida em portadores de determinadas doenças e/ou grupos etários (FAYERS; MACHIN, 2000).

O MOS-SF36 foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli (1997), seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas. Esse instrumento é um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, e é rápido, de fácil aplicação e compreensão (CICONELLI et al., 1999).

O MOS-SF36 originou-se de um questionário de avaliação de saúde composto de 149 itens, aplicado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde: The Medical Outcomes Study – MOS, baseado na revisão de diversos instrumentos encontrados na literatura (WARE; SHERBOURNE, 1992).

É um questionário multidimensional, formado por 36 itens, divididos em 11 questões, abrangendo 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Estabelece também uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Embora esse item não seja usado para pontuar nenhum dos 8 domínios citados, ele possui grande implicação terapêutica para o conhecimento e avaliação da evolução da doença (WARE; SHERBOURNE, 1992; WILKINS et al., 2000).

O significado das pontuações altas ou baixas referentes aos 8 domínios que compõem o MOS-SF36 podem ser visualizadas no Quadro 1 (WARE; SHERBOURNE, 1992).

<b>Domínio</b>	<b>Pontuação baixa</b>	<b>Pontuação alta</b>
Capacidade funcional	Limitações na realização de atividades diárias, como tomar banho ou vestir-se.	Capacidade de realização de todos os tipos de atividades, até as mais vigorosas, sem presença de limitações.
Aspectos físicos	Problemas no trabalho ou outras atividades de rotina como resultado da saúde física do indivíduo.	Ausência de problemas no trabalho ou em atividades de rotina como resultado da saúde física nas últimas 4 semanas.
Dor	Dor severa e extremamente limitante.	Ausência de dor ou limitações impostas pela dor, nas últimas 4 semanas.
Aspectos sociais	Interferência de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do indivíduo.	Ausência de problemas físicos e emocionais no desempenho de atividades sociais nas últimas 4 semanas.
Saúde mental	Sentimentos de nervosismo e depressão todo o tempo.	Sentimentos de felicidade, paz e tranquilidade todo o tempo, durante as últimas 4 semanas.
Aspectos emocionais	Problemas no trabalho ou atividades de rotina como resultado de problemas emocionais.	Ausência de problemas no trabalho ou atividades de rotina como resultado de problemas emocionais nas últimas 4 semanas.
Vitalidade	Sentimentos de cansaço e fadiga o tempo todo.	Sentimentos de muita energia nas últimas 4 semanas.
Estado geral de saúde	Sentimento de pobre saúde pessoal, com tendência a piorar.	O indivíduo acredita que sua saúde é excelente.

Quadro 1. Significado das pontuações altas e baixas referentes aos 8 domínios que compõem o MOS-SF-36.

Para a avaliação dos resultados do questionário MOS-SF36, o escore final de cada domínio será transformado em uma escala de 0 a 100 (*Raw Scale*), no qual 0 significa um pior estado de saúde e 100 significa um melhor estado de saúde. A análise é realizada para cada domínio separadamente, pois não existe um único valor que resuma toda a avaliação (CICONELLI, 1997).

---

A confiabilidade (grau de precisão e coerência do instrumento em medir o que se propõe a medir) pode ser testada realizando a análise da consistência interna dos itens de cada domínio, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. Ele mede a intercorrelação dos itens e proporciona uma estimativa do erro da medida. Pode variar de 0 a 1, e quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade da medida para determinada amostra estudada (PEREIRA, 1999).

### 2.5.1 Qualidade de Vida e Câncer de Mama

Avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento precoces de câncer de mama têm aumentado a sobrevida das pacientes e, conseqüentemente, maior ênfase tem sido dada à qualidade de vida dessa população (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005; SERVAES; VERHAGEN; BLEIJENBER, 2002).

O estresse associado a uma doença fatal e aos efeitos colaterais aversivos do seu tratamento justifica a importância em mensurar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, colaborando para a percepção das necessidades funcionais, psicológicas e sociais dessas mulheres. Desta forma, a qualidade de vida se torna tão importante quanto a duração da sobrevida (AVELAR et al., 2006).

O câncer de mama e seu tratamento, como já descrito, podem provocar na mulher alterações na sua auto-imagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais. Essas alterações podem ser quantificadas por meio de uma escala de qualidade de vida (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Sabe-se que os efeitos colaterais do tratamento adjuvante de câncer de mama podem afetar a qualidade de vida por meses ou anos após os tratamentos realizados. A fadiga é altamente prevalente e é um sintoma debilitante e crônico, associada a fatores físicos, psicológicos, sociais, cognitivos e comportamentais. A depressão, a incapacidade física, a necessidade de dormir e descansar durante o dia pode desencadear certas limitações sociais e diminuição da auto-estima, contribuindo para reduzir a qualidade de vida (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005; SERVAES; VERHAGEN; BLEIJENBER, 2002). Portanto, a qualidade de vida deve ser considerada durante todas as fases do tratamento de um paciente com câncer (AVELAR et al., 2006).

Silva e Hortale (2006) destacam que, além da dor, outros sintomas podem acometer o indivíduo com câncer, como: anorexia, depressão, ansiedade, fraqueza, etc. Todos podem diminuir, de alguma forma, a qualidade de vida, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde.

Dentre os instrumentos específicos que avaliam a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, destacam-se o European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23) e o Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) (CONDE et al., 2006). No entanto, de acordo com Makluf, Dias e Barra (2006), até o momento, não existe nenhuma escala para avaliação da qualidade de vida específica para câncer de mama, adaptada culturalmente para a população brasileira.

Revisando a literatura, o estudo de Veloso (2001) utilizou o EORTC QLQ-BR23 e QLQ-C30 em mulheres brasileiras submetidas a tratamento de câncer de mama, após autorização do Grupo EORTC Quality of Life. O estudo de Verde (2007) utilizou o FACT-B para avaliar o impacto da quimioterapia na qualidade de vida das mulheres brasileiras após neoplasia mamária.

Vários autores utilizaram o instrumento MOS-SF36 para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama (BRANDBERG; MALM; BLOMQVIST, 2000; COCQUYT et al., 2003; JANNI et al., 2001; PUSIC et al., 1999; WILKINS et al., 2000), visto ser um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, abordando a dimensão física e mental da saúde.

## **2.6 Auto-Estima**

O conceito de auto-estima tem sido bastante estudado e considerado como um importante indicador da saúde mental (ANDRADE; ANGERAMI, 2001).

A auto-estima pode ser definida como a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, de si próprio. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si mesmo e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, significativo, bem-sucedido, importante e valioso. Portanto, a auto-estima é um juízo de valor que se expressa

mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo (COOPERSMITH, 1967; ROSENBERG, 1965).

Auto-estima é também considerada uma necessidade básica para a sobrevivência humana. Sendo satisfatória, ela torna o indivíduo mais confiante, uma vez que aborda seus valores, força interior, capacidade de realização e adequação, enquanto sua insatisfação associa-se à inferioridade e impotência (MASLOW, 1970).

A baixa auto-estima é, portanto, o desenvolvimento de uma percepção negativa sobre seu próprio valor em resposta a uma situação atual. Está relacionada a fatores como: alterações do desenvolvimento, distúrbio na imagem corporal, prejuízo funcional, perda, mudança de papel social, falta de reconhecimento/recompensa, comportamento inconsistente em relação aos valores, falhas e rejeições (NANDA, 2005).

A mastectomia após câncer de mama pode afetar os sentimentos que a mulher tem de si mesma, muitas vezes gerando diminuição na satisfação corporal e no autovalor (CAETANO; SOARES, 2005; RODRIGUES et al., 1998). Após cirurgia por câncer de mama, algumas mulheres sentem-se impossibilitadas de cuidarem de suas famílias, passando a viver em uma situação de dependência de outros para o cuidado com elas mesmas, o que pode ser, para muitas, motivo suficiente para gerar sentimentos de impotência em suas vidas (FERREIRA; MAMEDE, 2003). Além disso, a auto-estima pode ser influenciada pela alteração da imagem corporal, observada comumente em mulheres após cirurgia por câncer de mama.

A escala de auto-estima elaborada por Rosenberg (1965) é um instrumento que avalia a auto-estima pessoal. É uma escala unidimensional do tipo likert (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente), traduzida para a língua portuguesa, adaptada ao contexto cultural brasileiro e validada por Dini (2001), sendo composta de dez itens.

De acordo com Dini, Quaresma e Ferreira (2004), do total de dez itens que compõem a escala, cinco avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo os quais são apresentados a seguir: de uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a); eu sinto que tenho um tanto (um número) de boas qualidades; eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas, desde que me ensinadas; eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas; eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação à mim mesmo. Os cinco itens restantes avaliam sentimentos negativos: às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros); não sinto satisfação nas coisas que realizei, eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar; às vezes, eu

---

realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas); não me dou o devido valor, gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a); quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

De acordo com Vargas, Dantas e Gois (2005), o escore varia de 10 a 40 (intervalo de 30), com altos valores indicando elevada auto-estima, da mesma forma como foi proposto por Rosemberg (1965), que descreve o intervalo de resultados possíveis entre 0 a 30, com altos valores indicando elevada auto-estima. Dini, Quaresma e Ferreira (2004) também descrevem o intervalo possível de 0 a 30, no entanto, com baixos valores indicando elevada auto-estima, pois a pontuação na escala é invertida, diferentemente da escala de Rosemberg (1965). A inversão da escala não altera o significado ou leitura final da auto-estima.

Vários estudos avaliaram a auto-estima em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama através da escala de Rosemberg (AL-GHAZAL et al., 2000; AL-GHAZAL; FALLOWFIELD; BLAMEY, 2000; TYKKA; ASKO-SELJAVAARA; HIETANEN, 2001). No Brasil, até o presente momento, apenas o trabalho de Oliveira et al. (2006) utilizou a escala em mulheres após neoplasia mamária.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1. Objetivo Geral**

O estudo tem o objetivo de descrever os fatores associados à não-realização da reconstrução mamária e avaliar a qualidade de vida e auto-estima em mulheres submetidas à cirurgia por câncer mamário.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Dentre os objetivos específicos, destacam-se:

1. Identificar dados acerca da doença, bem como o tratamento realizado e suas repercussões em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama;
2. Identificar os fatores associados à não realização da cirurgia reconstrutiva de mama entre mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama;
3. Avaliar a qualidade de vida e auto-estima das mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama;



## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo apresentado é descritivo, exploratório e transversal. Os estudos transversais fornecem informações descritivas sobre as variáveis e seus padrões de distribuição; além disso, têm a vantagem de não gerar os problemas típicos de estudos de acompanhamento, com tempo prolongado, custos e abandonos (HULLEY et al., 2003).

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no Rema, situado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP).

O grupo Rema oferece atendimento às segundas, quartas e sextas-feiras, das 8:00 às 12:00 horas, e tem como objetivo a assistência integral na reabilitação da mulher com câncer de mama. Para isso contam com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiras, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

O grupo Rema possui um espaço amplo, com boas condições para realização das atividades oferecidas. As mulheres que o freqüentam realizam exercícios corporais em conjunto com outras mulheres a fim de favorecer a reabilitação da capacidade funcional do membro superior homolateral à cirurgia. Além dos exercícios físicos, as mulheres participam de um grupo de discussão dirigido pela equipe multiprofissional integrante do Rema. O grupo aborda aspectos relacionados ao enfrentamento da doença e suas implicações nas atividades diárias e/ou profissionais, imagem corporal, auto-estima, qualidade de vida, vida sexual, entre outros. As mulheres que possuem linfedema participam de um tratamento diferenciado, com o uso de técnicas linfoterápicas, em sala específica.

### **4.3 População de Estudo**

A população deste estudo foi constituída por mulheres submetidas a tratamentos diversos de câncer de mama, que freqüentavam o grupo Rema de agosto a dezembro de 2006. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios:

#### **4.3.1. Critérios de Inclusão:**

1. Mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, dentre elas: mastectomia do tipo Halsted, Patey, Madden e quadrantectomia;
2. Mulheres que estavam freqüentando o Rema no período de agosto a dezembro de 2006.

#### **4.3.2. Critérios de Exclusão:**

1. Mulheres com reconstrução mamária após cirurgia de câncer de mama;
2. Mulheres submetidas à nodulectomia como tratamento do câncer de mama;
3. Mulheres sem condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com a pesquisadora.

#### **4.4 Tamanho da Amostra**

A amostra foi determinada pelo número de mulheres que freqüentaram o grupo Rema no período de agosto a dezembro de 2006, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na Universidade de São Paulo, e que obedeceram aos critérios de inclusão, totalizando 53 mulheres. Não houve nenhuma recusa entre as mulheres abordadas para a participação da pesquisa.

#### **4.5 Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta de dados teve início a partir de agosto de 2006, com término em dezembro de 2006. A coleta foi realizada pela pesquisadora, diretamente com a paciente, por meio de entrevista em sala reservada. Para a coleta de dados foram utilizados:

- Questionário elaborado com base na literatura, formulado pela pesquisadora, conforme descrito no apêndice A.
- Questionário de qualidade de vida MOS-SF36, apresentado no anexo A;
- Escala de Auto-estima de Rosenberg, apresentado no anexo B.

##### **4.5.1 Variáveis do Estudo**

Foram selecionadas para este estudo as variáveis capazes de caracterizar a mulher submetida à cirurgia por câncer mamário, a doença e o tratamento realizado, como também o conhecimento e nível de informação sobre a cirurgia reconstrutiva, orientação e tomada de decisão acerca do procedimento, satisfação com o corpo, rede de suporte, qualidade de vida e auto-estima.

---

4.5.1.1) Caracterização das mulheres estudadas:

- Data de nascimento;
- Procedência;
- Raça/cor;
- Religião;
- Escolaridade do chefe da família, de acordo com ABEP<sup>1</sup>;
- Itens de conforto, classificado de acordo com o critério ABEP<sup>1</sup>;
- Escolaridade da entrevistada;
- Ocupação;
- Contribuição para renda familiar;
- Estado civil;
- Número de filhos.

4.5.1.2) Dados acerca da doença e tratamento:

- Data da cirurgia para a retirada do câncer de mama;
- Idade no momento da cirurgia;
- Tipo de cirurgia realizada;
- Lateralidade da cirurgia;
- Realização de radioterapia;
- Realização de quimioterapia;
- Limitações atuais após a cirurgia de câncer de mama;
- Recorrência do câncer de mama após a cirurgia;
- Presença de metástase à distância.

4.5.1.3) Conhecimento e nível de informação acerca da cirurgia:

---

<sup>1</sup> ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (anexo C)

- Se já ouviu falar em cirurgia reconstrutiva;
- Como ficou sabendo da cirurgia reconstrutiva;
- Com quem já discutiu sobre a cirurgia reconstrutiva;
- Se houve orientação dada pelo médico antes da cirurgia de tratamento do câncer de mama sobre a possibilidade de reconstrução;
- Questões (11) sobre o conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva;
- Conhecimento sobre o número de cirurgias necessárias para finalização da nova mama, e se considera que são muitas etapas cirúrgicas;
- Se conhece alguém que fez a cirurgia reconstrutiva;
- Se sabe que possui o direito de realizar cirurgia reconstrutiva pelo SUS;
- Se conhece algum serviço que ofereça a cirurgia reconstrutiva.

#### 4.5.1.4) Opinião e tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva

- Medo de realizar a cirurgia;
- Limitações físicas ou problemas de saúde que impedem a cirurgia;
- O entendimento da idade ideal para realizar a reconstrução;
- Se elas fariam a cirurgia reconstrutiva, se possível.

#### 4.5.1.5) Satisfação com o corpo após cirurgia de câncer de mama

- Modificação na postura após a cirurgia;
- Satisfação com a auto-imagem;
- Modificação da maneira de vestir-se após a cirurgia de câncer de mama;
- Utilização de prótese artificial;
- Liberdade de usar qualquer tipo de roupa;
- Envergonhada de vestir-se na frente de alguém;
- Presença de vida sexual ativa;
- Como se sente em diferentes situações: sem roupa, com roupa, com biquíni;
- Realiza as atividades de lazer que fazia antes da cirurgia de retirada do câncer de mama.

#### 4.5.1.6) Rede de suporte

- A posição da família sobre a reconstrução;
- Modificação na relação com seu parceiro após a cirurgia;
- Mudança no relacionamento familiar após a cirurgia de retirada do câncer;
- Mudança no relacionamento social após a cirurgia de retirada do câncer.

#### 4.5.1.7) Questionário MOS-SF36

O MOS-SF36 considera os eventos ocorridos nas últimas quatro semanas, envolvendo oito domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. Desses oito domínios, existem duas grandes dimensões relativas à saúde física e à saúde mental:

- 1) Capacidade funcional
- 2) Aspectos físicos
- 3) Dor no corpo
- 4) Estado geral de saúde
- 5) Vitalidade
- 6) Aspectos sociais
- 7) Aspectos emocionais
- 8) Saúde mental

Observa-se assim, que os três primeiros domínios do MOS-SF36 compõem a dimensão física da saúde, enquanto os últimos três domínios constituem a dimensão da saúde mental. Os domínios “estado geral de saúde” e “vitalidade” integram ambas as dimensões (FERREIRA, 2005).

A escolha do MOS-SF36 para este estudo fundamentou-se na necessidade de utilização de um instrumento de avaliação genérica de saúde traduzido e validado para a população brasileira, bem-desenhado, de domínio público, utilizado previamente em mulheres com câncer de mama.

#### 4.5.1.8) Escala de Auto-estima de Rosenberg

A escala de Rosenberg, usada em vários estudos sobre auto-estima após câncer de mama, é uma escala unidimensional, traduzida e adaptada no Brasil por Dini (2001), composta de dez itens, dos quais:

- cinco itens avaliam sentimentos negativos;
- cinco itens avaliam sentimentos positivos.

A auto-estima é avaliada pela soma dos 10 itens respondidos em um escala tipo likert de 4 pontos: (1) concordo plenamente, (2) concordo, (3) discordo e (4) discordo plenamente. Os cinco itens que expressam sentimentos positivos têm valores invertidos, que somados aos outros cinco totalizam um valor único para a escala. O intervalo possível de valores varia de 10 a 40, com altos valores indicando elevada auto-estima (VARGAS; DANTAS; GOIS, 2005).

#### **4.6 Comitê de Ética**

A realização da pesquisa foi autorizada pela Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas, onde a coleta de dados ocorreu.

Em seguida, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição em que foi realizado o estudo, sob o processo nº 0695/2006 (Anexo D). Tal procedimento visa à preservação dos sujeitos da pesquisa, assegurando à sociedade que a pesquisa vem sendo desenvolvida de forma correta, dentro de princípios éticos minimamente consensuais (OLIVEIRA, 1999).

Cada mulher foi abordada pela pesquisadora sobre a natureza e os objetivos do estudo, solicitando sua participação mediante assinatura do consentimento informado. Uma cópia ficou com a pesquisadora e a outra com a paciente (apêndice B).

#### 4.7 Análise dos Dados

Os dados coletados foram armazenados utilizando-se o programa Excel, com aplicação da técnica de dupla digitação com vistas à verificação de possíveis erros de transcrição, auxiliado por um dicionário elaborado pela pesquisadora, no qual cada código correspondia à descrição de uma variável.

Em seguida, a consolidação dos dados foi feita com o auxílio do programa Epi-Info 3.3.2 de 2005. Foram realizadas análises de frequência relativa e absoluta para as respostas das questões sobre a caracterização das mulheres estudadas; dados acerca da doença; conhecimento acerca da cirurgia reconstrutiva, opinião e tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama.

Para classificação econômica das mulheres estudadas, foi utilizado o “critério de classificação econômica Brasil - CCEB”, fornecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, que estima o poder de compra dos indivíduos, abandonando a classificação da população em classes sociais. Este critério foi adotado na pesquisa com o objetivo de substituir o questionamento sobre a renda mensal das mulheres. A classificação da ABEP envolve o questionamento acerca da posse de alguns itens de consumo (10) e a sua quantidade. Cada qual recebe uma pontuação, e estes no final são somados à pontuação dada ao grau de instrução do chefe da família. O valor da soma é enquadrado na pontuação das classes econômicas A1, A2, B1, B2, C, D e E. Finalmente, a renda média familiar é fornecida após a classificação através das classes econômicas (anexo C).

A análise da qualidade de vida e auto-estima foi realizada como segue abaixo.





**Exemplo de cálculo a partir da Raw Scale:**

$$\text{Ex: Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Variação}}$$

$$\begin{aligned} \text{Ex.: Capacidade funcional} &= 21 \\ \text{Valor mais baixo} &= 10 \\ \text{Variação} &= 20 \end{aligned}$$

$$\text{Valor do item: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

Obs: a questão 2 não entra no cálculo dos domínios.

	<b>Concordo plenamente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo plenamente</b>
<b>Questão 1 (R*)</b>	4	3	2	1
<b>Questão 2</b>	1	2	3	4
<b>Questão 3 (R*)</b>	4	3	2	1
<b>Questão 4 (R*)</b>	4	3	2	1
<b>Questão 5</b>	1	2	3	4
<b>Questão 6</b>	1	2	3	4
<b>Questão 7 (R*)</b>	4	3	2	1
<b>Questão 8</b>	1	2	3	4
<b>Questão 9</b>	1	2	3	4
<b>Questão 10 (R*)</b>	4	3	2	1

Quadro 4: Pontuação da Escala de Auto-estima de Rosenberg. R\*: questão com pontuação reversa.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Caracterização das mulheres estudadas

Tabela 1 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema segundo a idade, raça/cor, religião e procedência, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP.

Variáveis	Categorias	No	%
<b>Idade</b>	40   50	08	15,1
	50   60	20	37,7
	60   70	18	34,0
	70   80	06	11,3
	80   90	01	01,9
<b>Raça/cor</b>	branca	40	75,5
	não-branca	13	24,5
<b>Religião</b>	católica	38	71,7
	evangélica	10	18,9
	outras	05	09,5
<b>Procedência</b>	Ribeirão Preto	32	60,4
	Estado de SP	21	39,6
<b>Total</b>		53	100,0

Na tabela 1, pode-se visualizar o perfil das mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama do presente estudo. Observa-se que a faixa etária predominante correspondeu 50 a 59 anos (37,7%), seguida pela faixa etária de 60 a 69 anos (34,0%). A média da idade das mulheres entrevistadas foi de 59,6 anos, com desvio padrão de 8,9. A variação de idade no momento da entrevista no presente estudo foi de 40,2 a 80,3 anos.

Ainda de acordo com a tabela 1, as mulheres eram predominantemente da raça branca (75,5%) e de religião católica (71,7%). Em relação à procedência, nenhuma mulher atendida no Rema vivia fora do Estado de São Paulo, sendo a maioria (60,4%) da cidade de Ribeirão Preto, enquanto a minoria das mulheres (39,6%) vivia em outras cidades no estado, utilizando o serviço de saúde local para seu tratamento.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema segundo escolaridade, ocupação e classe econômica, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>	Analfabeta – Fundamental I ciclo incompleto	14	26,4
	Fundamental I ciclo completo – Fundamental II ciclo incompleto	18	34,0
	Fundamental II ciclo completo - Ensino médio incompleto	06	11,3
	Ensino médio completo - Superior incompleto	08	15,1
	Superior completo	07	13,2
	<b>Ocupação</b>	Empregada	16
	Não empregada	18	34,0
	Aposentada	19	35,8
<b>Classe econômica</b>	A2	05	09,4
	B1	06	11,3
	B2	15	28,3
	C	15	28,3
	D	12	22,6
<b>Total</b>		53	100,0

Na tabela 2, em relação à escolaridade, observou-se que a maioria das mulheres possuía ensino fundamental I ciclo completo/ ensino fundamental II ciclo incompleto (34,0%), seguida por analfabeta / ensino fundamental I ciclo incompleto (26,4%). Utilizou-se

a nomenclatura antiga sobre escolaridade no questionário aplicado nas mulheres para não causar dificuldades de entendimento no momento da entrevista. No entanto, a nomenclatura sobre escolaridade foi atualizada na apresentação dos resultados seguindo a denominação recomendada pelo Ministério da Educação.

Ainda na tabela 2, considerou-se como empregada a mulher que relatou ter um emprego, estando ou não em atividade; não empregada aquelas que relataram serem estudantes, estarem desempregadas ou as que desempenhavam tarefas no lar. Considerou-se aposentada a mulher que recebia aposentadoria ou pensão. De acordo com os dados deste estudo, a categoria predominante correspondeu à categoria aposentada (35,8%), seguida pela categoria não empregada (34,0%) e empregada (30,2%).

Quando questionadas se contribuíam para a renda familiar, 62,3% das mulheres disseram que “sim”. Em relação à classe econômica (tabela 2), a maioria foi classificada entre as classes B2 (28,3%) e classe C (28,3%), seguida pela classe D (22,6%), classe B1 (11,3%) e classe A2 (9,4%).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo estado civil e número de filhos durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>	casada / união estável	37	69,8
	Solteira	07	13,2
	separada / divorciada	03	05,7
	Viúva	06	11,3
<b>Nº de filhos</b>	0	07	13,2
	1 ou 2	26	49,0
	3 ou 4	13	24,5
	5 ou mais	07	13,3
<b>Total</b>		53	100,0

De acordo com a tabela 3, a maioria das mulheres (69,8%) era casada ou vivia em união estável. Em seguida, notou-se uma maior quantidade de mulheres solteiras (13,2%) e viúvas (11,3%).

As mulheres entrevistadas que possuíam 1 ou 2 filhos(as) representaram 49,0% do total. Em seguida, observou-se maior quantidade de mulheres com 3 ou 4 filhos(as) (24,5%). Foi calculada a média do número de filhos(as) das mulheres estudadas, resultando em 2,4, com desvio padrão de 1,7.

## 5.2 Dados acerca da doença e tratamento

Tabela 4 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a idade no momento da cirurgia de retirada do câncer de mama, o tipo de cirurgia e a realização de radioterapia e quimioterapia, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

Variáveis	Categorias	No	%
<b>Idade na cirurgia</b>	30   40	02	03,8
	40   50	16	30,2
	50   60	23	43,4
	60   70	10	18,9
	70   80	02	03,8
<b>Tipo de cirurgia</b>	Mastectomia radical	04	07,5
	Mastectomia radical modificada	27	50,9
	Quadrantectomia	22	41,5
<b>Radioterapia</b>	Sim	41	77,4
	Não	12	22,6
<b>Quimioterapia</b>	Sim	42	79,2
	Não	11	20,8
<b>Total</b>		53	100,0

A tabela 4 apresenta os dados sobre o tratamento de câncer de mama realizado pelas mulheres entrevistadas. No momento da cirurgia, 43,4% das mulheres tinham entre 50 a 59 anos e 30,2% tinham entre 40 a 49 anos. A média de idade das mulheres no momento da cirurgia foi de 53,8 anos, com desvio padrão de 8,0.

O tipo de cirurgia realizada por 50,9% das mulheres foi a mastectomia radical modificada, que compreende as cirurgias do tipo Patey ou Madden, seguida pela quadrantectomia (41,5%), conforme descrito na tabela 4. Dentre as mulheres estudadas,

47,2% tiveram a mama esquerda e a direita afetadas na mesma proporção. Somente 5,7% das mulheres relataram incidência bilateral.

Em relação aos tratamentos complementares à cirurgia, 77,4% das mulheres realizaram radioterapia, e 79,2% realizaram quimioterapia (tabela 4).

A maioria das mulheres entrevistadas (94,3%) negou a recorrência do câncer de mama. Nas mulheres que relataram recorrência do câncer de mama (5,7%), todas apresentaram na mama contralateral. A maioria das mulheres (96,2%) negou a presença de metástases à distância.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o tempo decorrido entre a entrevista e a cirurgia de retirada do câncer de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Tempo após cirurgia</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
0   1 ano	12	22,6
1   5 anos	21	39,6
5   10 anos	10	18,9
10   15 anos	02	03,8
15 anos ou mais	08	15,1
Total	53	100,0

A tabela 5 apresenta o tempo decorrido entre a entrevista e a cirurgia de retirada do câncer de mama nas mulheres estudadas. 39,6% das mulheres entrevistadas tinham de 1 a 4 anos de cirurgia, seguida por 22,6% das mulheres com menos de 1 ano de cirurgia, e 18,9% das mulheres com 5 a 9 anos de cirurgia.

A média do tempo decorrido após a cirurgia de câncer de mama no presente estudo foi de 5,81 anos.



Tabela 6 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo as limitações auto-referidas no momento da entrevista após a cirurgia de retirada do câncer de mama durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Limitações</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diminuição da ADM	12	22,6
Linfedema	14	26,4
Limitações nas tarefas	23	43,4
Dor	06	11,3
Outras	06	11,3

A tabela 6 apresenta as limitações auto-referidas pelas mulheres no momento da entrevista, decorrente do tratamento de câncer de mama realizado. Dentre as mulheres entrevistadas, 22,6% relataram ocorrência de diminuição de amplitude de movimento (ADM) e 26,4% relataram ocorrência de linfedema. Ocorreu limitação no desempenho de tarefas domésticas em 43,4%, e dor em 11,3%. Outras limitações, como diminuição de força, aderência tecidual e dormência na face posterior do braço ocorreram em 11,3%.

### 5.3 Conhecimento e nível de informação acerca da cirurgia reconstrutiva

Todas as mulheres entrevistadas (100%) relataram ter ouvido falar sobre a cirurgia reconstrutiva de mama. Entretanto, 49,1% delas relataram que, ao serem submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, não foram orientadas pela equipe médica sobre a possibilidade de realizarem reconstrução mamária.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a fonte pela qual elas tomaram conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Fonte de informação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Profissionais da saúde	28	52,8
Televisão	03	05,7
Amigas e/ou pacientes	21	39,6
Outros	04	07,5

A tabela 7 apresenta as fontes de informação por meio das quais as mulheres tomaram conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva. Observou-se que o total correspondeu a um n maior que o número de sujeitos, pois algumas mulheres responderam mais de uma fonte de informação. Os profissionais da área de saúde foram apontados como a fonte de informação mais relatada entre as mulheres entrevistadas (52,8%). Em seguida, as amigas e/ou pacientes representaram a segunda fonte de informação mais relatada (39,6%), seguida por outras fontes como: família e curso profissionalizante (7,5%) e televisão (5,7%).

Foi também questionado às mulheres se elas conheciam alguém que já fizera a cirurgia reconstrutiva. A maioria das mulheres (88,7%) relatou que sim. Destas, 58,7% relataram que consideravam o resultado da cirurgia “bom”, 32,6% relataram que o resultado era “ótimo”, e apenas 8,7% relataram que o resultado era “ruim”.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a pessoa com quem elas conversaram sobre a possibilidade de fazerem uma reconstrução de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Com quem já conversou</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Marido/parceiro	11	20,8
Amigos (as)	07	13,2
Ninguém	24	45,3
Família	19	35,8
Profissionais da saúde	07	13,2

A tabela 8 apresenta dados a respeito da pessoa com quem as mulheres entrevistadas conversaram a respeito da possibilidade de realizarem uma cirurgia reconstrutiva. Observou-se, novamente, que o total correspondeu a um n maior que o número de sujeitos porque algumas mulheres responderam mais de uma opção. As mulheres que nunca conversaram sobre a possibilidade de fazerem a cirurgia corresponderam a 45,3% do total. Em seguida, a família foi o item de maior ocorrência (35,8%), seguido pelo marido/parceiro (20,8%).

Tabela 9 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o conhecimento sobre seu direito de realizar uma cirurgia reconstrutiva de mama pelo SUS e o conhecimento sobre algum serviço que ofereça a cirurgia, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Conhecimento sobre seu direito</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sabe do direito de realizar a cirurgia pelo SUS	40	75,5	13	24,5
Conhece algum serviço que ofereça a cirurgia	43	81,1	10	18,9

Foi questionado se as mulheres entrevistadas sabiam sobre o direito de realizarem cirurgia reconstrutiva de mama pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e se elas conheciam algum serviço (hospital) que oferecia a cirurgia. Na tabela 9, pode-se visualizar que 75,5% das mulheres sabiam sobre o direito de realizar uma cirurgia reconstrutiva, e 81,1% das mulheres entrevistadas conheciam algum serviço que oferecia a cirurgia.

Tabela 10 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

Conhecimento sobre a cirurgia	Sim		Não		Não sei	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quem fuma pode ter complicações após a cirurgia	38	71,7	04	07,5	11	20,8
Pode usar prótese de silicone ou tecido do próprio corpo	40	75,5	06	11,3	07	13,2
Pode ser feita no mesmo momento da cirurgia de retirada do câncer ou depois	43	81,1	03	05,7	07	13,2
A cirurgia é de longa duração.	27	50,9	04	07,5	22	41,5
Após a cirurgia, pode acontecer rejeição da prótese	47	88,7	--	--	06	11,3
A cirurgia oferece volume e simetria entre as mamas	31	58,5	14	26,4	08	15,1
A cirurgia deixa cicatrizes na nova mama	27	50,9	03	05,7	23	43,4
Pode acontecer infecção onde foi realizada a cirurgia	52	98,1	--	--	01	01,9
A cicatriz pode ficar com quelóide	42	79,2	01	01,9	10	18,9
A reconstrução pode fazer o câncer voltar	06	11,3	38	71,7	09	17,0
A reconstrução pode mascarar a recorrência do câncer	24	45,5	13	24,5	16	30,2

De acordo com a tabela 10, observa-se que 71,7% das mulheres relataram ter consciência de que o fumo pode causar complicações após a cirurgia, 75,5% afirmaram que pode ser usado prótese de silicone ou tecido do próprio corpo na cirurgia reconstrutiva, 81,1% relataram que a cirurgia pode ser feita no mesmo momento da cirurgia de retirada do câncer de mama ou depois, 88,7% disseram que após a cirurgia, pode acontecer rejeição da prótese, 98,1% das mulheres relataram que pode acontecer infecção onde foi realizada a cirurgia, 79,2% disseram que a cicatriz pode ficar com quelóide, 58,5% relataram que a cirurgia reconstrutiva oferece volume e simetria entre as mamas, 50,9% achavam que a cirurgia é de longa duração, 50,9% disseram que a cirurgia deixa cicatrizes na nova mama. A maioria das

mulheres (71,7%) afirmou que a cirurgia não é capaz de fazer o câncer de mama voltar e 45,3% admitiram que a cirurgia reconstrutiva pode mascarar a detecção de uma recorrência de câncer de mama.

Ainda sobre o conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva, foi questionado às mulheres o número de etapas necessárias para finalizar a mama reconstruída. A maioria das mulheres (62,3%) disse serem necessárias de 2 a 3 cirurgias, enquanto 26,4% das mulheres relataram que não sabiam sobre o número de etapas cirúrgicas necessárias, e 11,3% delas disseram que é necessária apenas 1 cirurgia para finalizar a mama reconstruída.

Para as mulheres que relataram serem necessárias de 2 a 3 cirurgias, foi também questionado se elas consideram muitas etapas, e a maioria (63,6%) responderam “sim”, enquanto 36,4% responderam não.

#### 5.4 Opinião e tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva

Tabela 11 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo o relato sobre a sensação de medo relacionado à cirurgia reconstrutiva, sobre o desejo de realizarem a cirurgia e sobre o fato de possuírem problemas de saúde que impedem a realização da cirurgia, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

Opinião e tomada de decisão	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Medo de realizar cirurgia reconstrutiva	40	75,5	13	24,5
Se possível, faria uma cirurgia reconstrutiva	13	24,5	40	75,5
Problemas de saúde que impedem a cirurgia*	18	34,0	33	62,3

\*2 mulheres não responderam à questão

Na tabela 11, pode-se visualizar as opiniões das mulheres entrevistadas a respeito da reconstrução de mama. De todas as mulheres entrevistadas, 75,5% relataram possuir medo de fazer uma cirurgia reconstrutiva. Dentre os motivos, 60,0% das mulheres relataram que possuem medo de sofrimento e complicações após a reconstrução; 15% relataram que possuem medo de realizar a cirurgia porque possuem algum problema de saúde importante; 17,5% relataram que possuem medo de anestesia geral e 7,5% relataram outros motivos, compreendendo idade avançada, medo de recidiva e medo de hospital.

Ainda em relação ao medo de submeter-se à cirurgia, a idade média das mulheres que relataram possuir medo foi de 60,1 anos, e das que não possuem medo foi de 58 anos.

Quando questionadas se fariam uma cirurgia reconstrutiva, 75,5% das mulheres entrevistadas relataram que “não”, enquanto 24,5% relataram que “sim”, conforme demonstrado na tabela 11. A idade média das mulheres que fariam cirurgia reconstrutiva foi de 59,1 anos e das que não fariam, 59,7 anos.

As mulheres entrevistadas foram questionadas sobre a existência de algum problema de saúde importante que poderia impedir a realização de uma cirurgia reconstrutiva. De acordo com a tabela 11, 62,3% das mulheres entrevistadas relataram não possuírem problemas de saúde, enquanto 34% afirmaram ter algum tipo de problema, sendo a hipertensão arterial e diabetes os mais relatados. Apenas 3,7% das mulheres não souberam relatar se tinham problemas de saúde que poderiam impedir a realização da cirurgia.

Em relação à idade ideal para realizarem a reconstrução, 49,1% das mulheres acreditaram estar muito velhas para fazerem a cirurgia, enquanto 50,9% das mulheres relataram não estarem na idade ideal. A idade média das mulheres que responderam estar na idade ideal para realizarem a cirurgia foi de 55,4 anos, e das que responderam estar muito velhas para realizarem a cirurgia foi de 63,9 anos.

### 5.5 Satisfação com o corpo após cirurgia de câncer de mama

Tabela 12 – Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a opinião sobre possuírem liberdade em usar qualquer tipo de roupa; haver modificação na maneira de vestir-se; sentirem-se envergonhadas em se vestirem ao lado de pessoas mais próximas; haver modificação na postura, estarem satisfeitas com a auto-imagem e sobre possuírem vida sexual ativa, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

Satisfação com o corpo	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Liberdade em usar qualquer tipo de roupa	27	50,9	26	49,1
Modificação na maneira de vestir-se	24	45,3	29	54,7
Envergonhada em se vestir	14	26,4	39	73,6
Alteração na postura	19	35,8	32	60,4
Prótese mamária externa	31	58,5	22	41,5
Satisfação com auto-imagem	34	64,2	19	35,8
Vida sexual ativa	21	39,6	32	60,4

Na tabela 12, observa-se que 50,9% das mulheres entrevistadas afirmaram ter liberdade em usar qualquer tipo de roupa, enquanto 49,1% não possuem. Em relação à maneira de se vestirem antes e após a cirurgia de câncer de mama, 54,7% das mulheres estudadas relataram que não modificaram o modo de se vestirem, enquanto 45,3% relataram que houve modificação na forma de se vestirem.

A maioria das mulheres (73,6%) relatou que não se sente envergonhada quando se veste ao lado de pessoas mais próximas. Sobre a postura das mulheres entrevistadas após cirurgia de retirada do câncer de mama, a maioria (60,4%) das mulheres relatou que não houve alterações, 35,8% relataram que houve modificação na postura e 3,8% responderam que não sabem. Dentre as mulheres que relataram haver alteração na postura após a cirurgia, 94,7% disseram que houve piora, principalmente nos ombros, descrevendo-os como se estivessem desalinhados (tabela 12).

De todas as mulheres estudadas, 58,5% relataram fazer uso de prótese mamária externa (tabela 12).

Quando questionadas acerca da sexualidade, 60,4% das mulheres entrevistadas relataram não possuírem vida sexual ativa, enquanto 39,6% afirmaram tê-la. Foi calculada a média da idade das mulheres que não possuem vida sexual (61,1 anos) e das que possuem vida sexual ativa (57,2 anos). A maioria das mulheres (64,2%) relatou que se sente satisfeita com sua auto-imagem (tabela 12).

Tabela 13 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a opinião de como elas se sentem sem roupa, com roupa e com biquíni ou maiô, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

Vestimenta	Sinto-me bem		Não me sinto bem	
	No	%	No	%
Sem roupa	33	62,3	20	37,7
Com roupa	49	92,5	04	07,5
Com biquíni ou maiô	27	87,1	04	12,9

A tabela 13 descreve como as mulheres se sentiam nas seguintes situações: sem roupa, com roupa, com biquíni/maiô. Quase a totalidade das mulheres (92,5%) referiu que se sentia bem com roupa, entretanto 62,3% afirmaram que sentia bem quando estava sem roupa.

A questão sobre biquíni ou maiô não foi respondida por todas as mulheres entrevistadas, pois algumas relataram não fazerem uso. Dentre as mulheres que utilizavam biquíni ou maiô, 87,1% se sentiam bem (tabela 13).



Tabela 14 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a permanência das atividades de lazer após a cirurgia de retirada do câncer de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Lazer</b>		<b>No</b>	<b>%</b>
Realiza as atividades de lazer que fazia antes da cirurgia	Sim	22	41,5
	Não	31	58,5

A tabela 14 apresenta dados sobre o lazer das mulheres entrevistadas. A maioria das mulheres (58,5%) relatou que deixaram de realizar as atividades de lazer que faziam antes da cirurgia de retirada do câncer de mama, aumentando ou diminuindo essas atividades, enquanto 41,5% relataram que continuavam realizando suas atividades de lazer normalmente.

Dentre as mulheres que relataram não estarem realizando suas atividades de lazer, 41,9% afirmaram que reduziram essas atividades devido ao isolamento e negação da auto-imagem por vergonha do corpo, de acordo com os relatos.

Outras mulheres (22,6%) relataram que diminuíram o lazer devido à preocupação com auto-cuidados e presença de limitações após a cirurgia, como: metástase, cuidados com a exposição ao sol por causa da cirurgia, aumento do peso com o tratamento, fadiga, incapacidade funcional com o membro superior e linfedema.

As mulheres que relataram aumento do lazer por valorização da vida corresponderam a 29%. Essas mulheres afirmaram que, após o câncer de mama sentiam-se mais tranquilas e desligadas, passaram a pensar mais nelas, procurando realizar as suas vontades. O tratamento no Rema foi relatado pelas mulheres como um fator que possibilitou maior convívio social, aumentando o lazer.

As mulheres que afirmaram terem aumentado os momentos de lazer por outros motivos corresponderam a 6,5%. Dentre os motivos relatados, uma mulher afirmou que não trabalhava mais, outra relatou melhora na situação financeira devido à aposentadoria.

## 5.6 Rede de Suporte

Tabela 15 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a opinião sobre possíveis mudanças no relacionamento com o parceiro, com a família e com amigos(as) e vizinhos(as) após cirurgia de câncer de mama, e se essas mudanças foram positivas ou negativas, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

Rede de Suporte	Mudança no relacionamento				De que forma*			
	Sim		Não		Positiva		Negativa	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Marido/parceiro	26	60,5	17	39,5	24	92,3	02	07,7
Família	37	69,8	16	30,2	31	83,8	06	16,2
Amigos(as)/vizinhos(as)	22	41,5	31	58,5	17	77,3	05	22,7

\*questão feita apenas para as mulheres que responderam “sim” na questão sobre mudança no relacionamento

A tabela 15 apresenta alguns dados sobre a rede de suporte proporcionada às mulheres entrevistadas. 60,5% relataram que houve mudança no relacionamento com o marido/parceiro após a cirurgia de retirada do câncer de mama. Destas, 92,3% relataram que a mudança foi positiva.

Sobre o relacionamento familiar, 69,8% das mulheres entrevistadas relataram que houve mudança, e destas, 83,8% apontaram como positiva, conforme demonstrado na tabela 15.

Sobre o relacionamento social em relação a amigos(as) e vizinhos(as), 41,5% das mulheres entrevistadas notaram que houve mudanças, enquanto 58,5% relataram que não houve. Dentre as mulheres que notaram mudanças no relacionamento social, para 77,3% a mudança foi positiva (tabela 15).

Tabela 16 - Distribuição das mulheres atendidas no Rema, segundo a posição da família quanto à reconstrução de mama, durante o período de agosto a dezembro de 2006. Ribeirão Preto – SP

<b>Posição da família</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
A favor da reconstrução	19	35,8
Contra a reconstrução	18	34,0
Não sei	16	30,2

A tabela 16 apresenta dados acerca da posição da família em relação à cirurgia reconstrutiva. Nota-se que 35,8% das mulheres relataram que suas famílias eram a favor da reconstrução, 34% relataram que as famílias eram contra a cirurgia reconstrutiva e 30,2% não sabiam qual a posição de suas famílias.

Ao serem questionadas sobre os motivos pelos quais suas famílias eram contra a cirurgia, duas mulheres não souberam responder. Para as 16 mulheres restantes, 75% disseram que suas famílias alegavam possíveis sofrimentos e complicações com a cirurgia, 12,5% apontaram o motivo da idade avançada, 6,3% relataram que era o medo de hospital e 6,3% apontaram a desvalorização da reparação estética.

### 5.7 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde

A fim de avaliar a confiabilidade do MOS-SF36 para a amostra estudada, foi aplicado o coeficiente Alfa de Cronbach em cada um dos oito domínios e em toda a escala. Os resultados da avaliação da consistência interna do MOS-SF36 estão descritos na Tabela 18.

Tabela 17 – Coeficiente de confiabilidade Alfa de Cronbach em cada domínio do MOS-SF36 e em toda a escala. Ribeirão Preto, 2006.

<b>Domínios do MOS-SF36</b>	<b>Coeficiente Alfa de Cronbach</b>
Capacidade Funcional (CF)	0,84
Aspectos Físicos (AF)	0,96
Dor	0,84
Estado Geral de Saúde (EGS)	0,64
Vitalidade (VIT)	0,76
Aspectos Sociais (AS)	0,90
Aspectos Emocionais (AE)	0,95
Saúde Mental (SM)	0,79
MOS-SF-36 Geral	0,92

O valor de Alfa de Cronbach pode variar de 0 a 1, sendo melhores os níveis de consistência interna quanto mais próximos do valor 1. O valor indicativo de boa consistência interna adotado para este estudo foi de 0,7.

Na Tabela 17, pode-se visualizar que quase a totalidade dos oito domínios do MOS-SF36 apresentou um ótimo nível de consistência interna. O domínio que apresentou menor coeficiente de Alfa de Cronbach foi o “estado geral de saúde” (0,64). O valor Alpha de Cronbach de toda a escala foi de 0,92.

Tabela 18 – Valores mínimos, máximos, mediano, médio e desvio padrão em cada domínio do MOS-SF36. Ribeirão Preto, 2006.

<b>Domínios</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Mediano</b>	<b>Valor Médio</b>	<b>Desvio - padrão</b>
Capacidade Física	20,00	100,00	75,00	69,90	22,77
Aspectos Físicos	0,0	100,00	100,00	59,43	47,08
Dor	0,0	100,00	52,00	54,43	25,22
Estado Geral Saúde	15,00	097,00	80,00	74,81	18,81
Vitalidade	5,00	100,00	65,00	62,17	20,90
Aspectos Sociais	0,0	100,00	87,50	71,00	35,50
Aspectos Emocionais	0,0	100,00	100,00	72,32	43,23
Saúde Mental	12,0	100,00	72,00	64,30	21,73

O escore final do questionário MOS-SF36 para cada domínio foi transformado em uma escala que varia de 0 a 100 (*Raw Scale*), na qual 0 significa um pior estado de saúde e 100 significa um melhor estado de saúde. A análise é realizada em cada domínio separadamente, pois não há uma pontuação total que resuma toda a avaliação (CICONELLI, 1997).

De acordo com a Tabela 18, podemos visualizar que os menores escores médios foram atribuídos aos seguintes domínios: “dor” (54,43), “aspectos físicos” (59,43), “vitalidade” (62,17), “saúde mental” (64,30) e “capacidade funcional” (69,90). Já os maiores escores médios foram atribuídos aos seguintes domínios: “estado geral de saúde” (74,81), “aspectos emocionais” (72,32) e “aspectos sociais” (71,00).

Tabela 19 – Distribuição das mulheres entrevistadas em relação ao item Saúde Comparada do MOS-SF36. Ribeirão Preto, 2006.

<b>Saúde comparada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito melhor	06	11,3
Um pouco melhor	09	17,0
Quase a mesma coisa	23	43,4
Um pouco pior	12	22,6
Muito pior	03	05,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

A tabela 19 demonstra que as mulheres entrevistadas, ao compararem sua saúde atual com a de um ano atrás, relataram que, para a maioria delas (43,4%), a sua saúde estava “quase a mesma coisa”. Em seguida, para 22,6% das mulheres, a saúde foi avaliada como “um pouco pior agora”; 17% relataram que a saúde estava “um pouco melhor agora”, enquanto 11,3% avaliaram a saúde como “muito melhor agora”. Apenas 5,6% das mulheres avaliaram sua saúde como “muito pior agora” quando comparada a um ano atrás.

### 5.8 Avaliação da Auto-estima

A confiabilidade da escala de Auto-estima de Rosemberg para a amostra pesquisada, medida através da consistência interna dos seus itens, obteve valor de 0,67.

Tabela 20 – Valor mínimo, máximo, mediano, médio e desvio padrão de cada resposta da escala de Auto-estima de Rosemberg e da pontuação total. Ribeirão Preto, 2006.

	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Mediano</b>	<b>Médio</b>	<b>Desvio- padrão</b>
Questão 1	1	4	4	3,32	0,87
Questão 2	1	4	4	3,49	0,87
Questão 3	2	4	4	3,64	0,52
Questão 4	1	4	4	3,56	0,74
Questão 5	1	4	4	3,66	0,70
Questão 6	1	4	4	3,13	1,00
Questão 7	2	4	4	3,81	0,44
Questão 8	1	4	3	2,55	1,26
Questão 9	1	4	4	3,57	0,79
Questão 10	2	4	4	3,68	0,51
Pontuação total	22	40	34	34,41	4,05

A tabela 20 apresenta o valor mínimo, máximo, mediano, médio e o desvio padrão para cada resposta da escala de Auto-estima de Rosemberg e para a pontuação total. A pontuação máxima da escala corresponde a 40 pontos. A média da pontuação total da escala de Auto-estima de Rosemberg foi de 34,41 com desvio padrão de 4,05. A pontuação total variou nos seus valores mínimos e máximos entre 22 a 40 pontos.

A média mais baixa (2,55) correspondeu à questão 8: *“eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma (dar-me mais valor)”*, em seguida, a média mais baixa (3,13) foi atribuída à questão 6: *“as vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)”*.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização das mulheres estudadas

Este estudo foi realizado com objetivo de investigar a não-realização de reconstrução mamária por mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama.

Alguns autores apontam a idade como um dos fatores que influenciam a tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva. Estudos apontam maior procura por essa modalidade cirúrgica entre mulheres mais jovens (REABY, 1998).

Sabe-se que mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama geralmente possuem idade mais avançada, pois esse tumor é mais prevalente em mulheres idosas. A amostra do presente estudo refletiu essa tendência, pois 84,9% tinham idade superior a 50 anos no momento da entrevista, com média de 59,6 anos e desvio padrão de 8,9. A variação de idade no momento da entrevista foi de 40,2 a 80,3 anos.

Outros estudos também observaram a prevalência de mulheres com idade acima de 50 anos no momento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama (ACEVEDO et al., 2006; BATISTON; SANTIAGO, 2005).

Apenas 15,1% das mulheres do presente estudo eram mais jovens, com faixa etária entre 40 a 49 anos.

Crippa et al. (2003) relatam que mulheres mais jovens podem ter um pior prognóstico clínico, pois o câncer de mama tende a ser mais agressivo, com tamanho médio maior por atraso no diagnóstico, apresentando mais frequentemente invasão vascular, permeação linfática e metástases para linfonodos regionais, necessitando muitas vezes técnicas cirúrgicas mais radicais para o seu tratamento. Kenny et al. (2000) observam o impacto negativo do tratamento cirúrgico sobre a imagem corporal dessas mulheres, pois elas frequentemente atribuem maior importância às mamas para sua sexualidade e feminilidade. Lindop e Cannon (2001) constatam maior necessidade de suporte também em mulheres mais jovens durante o tratamento de câncer de mama.

No estudo de Johansen et al. (2002), mulheres mais jovens submetidas a tratamento conservador mostraram-se mais insatisfeitas com os resultados estéticos quando comparadas com mulheres mais idosas que receberam o mesmo procedimento. A insatisfação das



mulheres jovens com a cirurgia pode ser reflexo da importância que atribuem à mama para imagem corporal.

De acordo com o exposto acima, sugere-se que a idade avançada pode exercer influência sobre a não realização de reconstrução de mama nas mulheres estudadas, visto que a maioria delas possui idade acima de 50 anos, e podem não atribuir o mesmo significado e importância ao procedimento como as mulheres mais jovens.

A maioria das mulheres do presente estudo (69,8%) era casada ou vivia em união estável, com média de 2,4 filhos(as) e desvio padrão de 1,7. Houve predominância da raça branca (75,5%) e religião católica (71,7%). De modo geral, elas apresentaram um baixo índice de escolaridade: 71,7% tinham até o ensino médio incompleto e apenas 28,3% tinham ensino médio completo ou superior.

Mulheres casadas possuem maior necessidade de suporte e informações a respeito da reconstrução mamária, conforme aponta o estudo de Lindop e Cannon (2001), possivelmente por temer algum tipo de rejeição do seu parceiro.

No estudo de Pusic et al. (1999) com 267 mulheres tratadas com câncer de mama, o grupo com reconstrução mamária era composto por mulheres mais jovens e caucasianas, com níveis educacionais mais elevados em relação a mulheres com cirurgia conservadora e mastectomia.

A maioria (60,4%) das mulheres estudadas relatou residir na cidade de Ribeirão Preto, enquanto a minoria das mulheres (39,6%) reside em outras cidades no estado de São Paulo, utilizando o serviço de saúde local para seu tratamento. A necessidade de as mulheres se deslocarem para completar seu tratamento é apontada por Caliri, Almeida e Silva (1998) como uma dificuldade a mais, visto que muitas estão sem condições físicas, aumentando o sofrimento e potencializando os efeitos colaterais do tratamento.

A distância em relação aos grandes centros ou hospitais que oferecem a reconstrução mamária pode ser uma barreira física para a realização da cirurgia, visto a necessidade de acompanhamento médico durante longo período de pós-operatório e a necessidade de várias etapas cirúrgicas para a finalização do procedimento.

Em relação à ocupação, o trabalho doméstico tem sido considerado já há muito tempo, uma característica predominantemente feminina. A mulher cuida dos filhos, do marido e do lar, sendo responsável pela saúde de toda a família. O trabalho profissional, por sua vez, proporciona às mulheres novas experiências e maior oportunidade de socialização. A superposição de responsabilidades em relação à família, casa e ao trabalho é um grande

gerador de estresse, podendo provocar doenças mentais e sentimentos de baixa auto-estima (ARAÚJO et al., 2006).

De acordo com Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004), a mulher submetida a tratamento do câncer de mama pode ter seus papéis na família e sociedade fragilizados. A mutilação mamária fere a própria essência da feminilidade, afetando o papel de mãe, esposa, dona de casa e avó após a cirurgia. Ocorrem mudanças no desenvolvimento de tarefas cotidianas e no estilo de vida dessas mulheres, que impossibilitam o desempenho de papéis realizados anteriormente à mastectomia, gerando conflitos. A incapacidade motora do braço afetado pela mastectomia também colabora para este quadro.

No presente estudo, nas categorias relacionadas à ocupação, 69,8% das mulheres não exerciam atividades fora do lar (aposentadas + não-empregadas) e 30,2% estavam empregadas.

Cocquyt et al. (2003) relataram em seu estudo que a falta de habilidade para trabalhar foi maior entre as mulheres submetidas a tratamento conservador de mama em relação às mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata, tendo em vista a necessidade mais freqüente de radioterapia nas mulheres submetidas à cirurgia conservadora.

Acresce-se, ainda, o fato de a cirurgia reconstrutiva envolver várias etapas, gerando certo prejuízo nas atividades diárias e profissionais devido ao tempo necessário para a recuperação da mulher no pós-operatório.

## **6.2 Dados acerca da doença e tratamento**

Alguns estudos apontam que mulheres mais jovens no momento da cirurgia de retirada do câncer de mama geralmente optam pela realização de cirurgia reconstrutiva, o que não ocorreu com as mulheres deste estudo. A idade média das mulheres no momento da cirurgia reconstrutiva, de acordo com vários estudos, varia entre 42 a 49,5 anos (AL-GHAZAL et al., 2000; COCQUYT et al., 2003; HANDEL et al., 1990; LEAL et al., 2003; REABY, 1998). No presente estudo, apenas 34% das mulheres tinha idade igual ou abaixo de 49 anos no momento da cirurgia, correspondendo à faixa etária na qual a cirurgia reconstrutiva tem sido realizada com maior freqüência.

No momento da cirurgia, 22,7% das mulheres estudadas tinham idade igual ou acima de 60 anos e 43,4% tinham entre 50 a 59 anos. A média de idade das mulheres no momento da cirurgia foi de 53,8 anos, com desvio padrão de 8,0. Conforme alguns estudos, as mulheres mais velhas que não optam por cirurgia reconstrutiva depois da retirada do câncer de mama possuem idade média entre 56 a 63 anos no momento da retirada do tumor (COCQUYT et al., 2003; HANDEL et al., 1990; REABY, 1998).

Sobre o tratamento cirúrgico, Molenaar et al. (2001) e Kenny et al. (2000) explicam que no estágio I e II do câncer de mama, o tratamento conservador e a mastectomia são igualmente efetivos em termos de sobrevida. Portanto, a mulher deve participar da escolha do tratamento a ser realizado. No entanto, esta não é uma realidade comum, como demonstrado no estudo de McPhail e Wilson (2000), no qual somente 19,7% das mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama relataram que foram convidadas a participar da escolha do tratamento cirúrgico.

Para colaborar na escolha do procedimento, Molenaar et al. (2001) destacam os efeitos positivos do uso de um CDROM adicional com imagens, vídeos, textos médicos e depoimentos de pacientes que enfrentaram o tratamento de câncer de mama.

Nem sempre a participação no processo de decisão é apontada pelas mulheres como uma realidade. Arantes (2002) investigou 9 mulheres portadoras de câncer de mama no período que contempla desde o diagnóstico até a escolha do tratamento e constatou que a mulher é colocada como objeto de contemplação e como sujeito de obediência à decisão médica. As mulheres anunciaram a existência de relações estruturais rígidas e verticais na relação médico-paciente, não havendo lugar para o diálogo. Revelaram que a autonomia para escolher seu tratamento e a informação mínima necessária sobre benefícios, riscos, vantagens, efeitos colaterais e etapas do tratamento foram negligenciadas e estão longe de serem alcançadas por causa das relações de poder. Possivelmente, as mulheres também vivenciam essas dificuldades durante a escolha da reconstrução mamária, pois o contexto é o mesmo.

Para muitas mulheres, há o desejo notável em extirpar o foco causador da doença - no caso, as mamas. O medo e a preocupação com a recidiva e, portanto, com a metástase levam as mulheres a aceitarem, de forma adaptativa, o processo cirúrgico da mastectomia. Na cirurgia conservadora, o medo da recorrência pode ser maior, já que uma pequena porção da mama é retirada (AL-GHAZAL; FALLOWFIELD; BLAMEY, 2000; BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004). Lindop e Cannon (2001) avaliaram mulheres que realizaram cirurgia conservadora e mastectomia e concluíram que o grupo com cirurgia conservadora obteve maior necessidade de suporte. Os autores questionam se as mulheres que realizaram

mastectomia possuem uma sensação maior de cura e se as mulheres que realizaram cirurgia conservadora são mais ansiosas em relação ao potencial de recorrência, justificando maior necessidade de suporte.

De acordo com o exposto acima, as mulheres deste estudo que realizaram mastectomia (58,5%) podem ter priorizado a cura da doença, desvalorizando a reparação da imagem corporal por meio da cirurgia de reconstrução mamária.

Sabe-se que a mutilação mamária pode gerar alteração da simetria corporal e sentimento de deformidade (ROJAS-MAY, 2006). Alguns estudos, como o de Kenny et al. (2000) e Haes et al. (2003), demonstraram que mulheres submetidas à mastectomia possuem maior alteração da imagem corporal quando comparadas àquelas que realizaram cirurgia conservadora.

Alguns estudos ressaltam alta ocorrência de reconstrução mamária após cirurgia de mastectomia. No estudo de Acevedo et al. (2006), das 490 mulheres que realizaram o tratamento cirúrgico, 118 (24%) submeteram-se à mastectomia total, e destas, 66 mulheres (54%) realizaram reconstrução mamária. Nota-se uma alta quantidade de mulheres submetidas à reconstrução mamária após mastectomia.

Outros estudos divulgam a baixa quantidade de mulheres que realizam a reconstrução mamária após mastectomia. Bergmann, Mattos e Koifman (2004) estudaram 394 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama e 69% foram submetidas à mastectomia radical modificada. Destas, apenas 7% realizaram a reconstrução mamária imediata ou tardia.

A cirurgia conservadora (quadrantectomia) foi realizada por 41,5% das mulheres neste estudo. Sabe-se que um dos objetivos principais do tratamento cirúrgico conservador é minimizar os efeitos psicológicos agressivos da retirada total da mama. No entanto, a realização de radioterapia após a cirurgia conservadora pode provocar importante alteração no resultado estético final, devido à diminuição do volume da mama e fibrose, gerando assimetrias e distorções na altura do complexo areolo-mamilar, entre outras complicações. Cocquyt et al. (2003) e McPhail e Wilson (2000) descrevem relatos de mudanças na densidade, no tamanho, na forma, cor, textura e sensibilidade da mama irradiada, prejudicando o resultado estético final da mama operada. Portanto, a reconstrução mamária deve ser uma possibilidade também para as cirurgias conservadoras, e não apenas para as mastectomias radicais.

É preciso considerar que a radioterapia pode dificultar a realização de reconstrução mamária tardia com implante de silicone precedido por expansores cutâneos, devido à

diminuição da elasticidade da pele, provocando perda da capacidade de expansão tecidual para colocação da prótese definitiva. Para as mulheres que realizaram radioterapia, o retalho músculo-cutâneo pode ser uma opção mais segura, visto que existe a interposição de nova pele no local, juntamente com o músculo.

A necessidade de reconstrução mamária após tratamento conservador é demonstrado no estudo de Johansen et al. (2002), no qual entrevistaram 266 mulheres submetidas à cirurgia conservadora de mama e detectaram que 6% delas realizaram reconstrução mamária para correção de assimetrias e retrações após a radioterapia. Outras mulheres (15%) também relataram desejo de realizar reconstrução de mama. Os autores observaram alta quantidade de reações indesejáveis advindas da pele após a radioterapia, talvez porque o tempo médio decorrido entre o tratamento conservador e a entrevista foi longo - de 6,6 anos - colaborando para o agravamento de complicações tardias na pele inerente ao procedimento de radioterapia.

Outros estudos, como o de Cocquyt et al. (2003) compararam resultados estéticos entre mulheres com cirurgia conservadora e mulheres com reconstrução mamária imediata. A avaliação foi realizada por 6 indivíduos: cirurgião plástico, ginecologista, oncologista, enfermeira, psicólogo e uma leiga, através da análise de fotografias dos resultados cirúrgicos. Ao grupo tratado com cirurgia conservadora, o resultado estético atribuído foi o pior em todos os itens avaliados, exceto no item “cicatrices”, devido à cicatriz adicional no abdômen do grupo de mulheres reconstruídas com retalho do músculo reto abdominal. Os indivíduos foram orientados a atribuir notas de 0 a 10, e a pontuação média final foi de 7,5 para o grupo com reconstrução imediata e 6,0 para o grupo com cirurgia conservadora.

O estudo de Harcourt et al. (2003) investigou os efeitos psicológicos de diferentes técnicas cirúrgicas em mulheres submetidas à mastectomia, reconstrução mamária imediata e reconstrução mamária tardia. Curiosamente, as mulheres com mastectomia, ou seja, sem reconstrução mamária, demonstraram um nível maior de satisfação (cognitiva, emocional, social, física, e também em qualidade de vida, perspectivas futuras e auto-imagem) em relação às outras mulheres que realizaram reconstrução imediata ou tardia, talvez porque sua prioridade pode ter sido somente a remoção do câncer, de acordo com os autores. A baixa satisfação nos grupos com reconstrução pode ter sido pela complexidade da cirurgia e pelo número de cirurgias necessárias para a finalização estética da mama, segundo os autores. Os pesquisadores alertam que os profissionais de saúde deveriam tomar cuidado ao dizerem que a reconstrução de mama confere necessariamente grandes benefícios psicológicos comparados somente à mastectomia.

Os gastos do tratamento de câncer de mama também devem ser investigados, pois podem influenciar a definição de protocolos institucionais na abordagem do câncer de mama. Kenny et al. (2000) pesquisaram os custos do tratamento de câncer de mama na Austrália e concluíram que o tratamento conservador com radioterapia e quimioterapia envolve maiores gastos do que a técnica de mastectomia. No entanto, quando se associa a esses os gastos da cirurgia reconstrutiva nas mulheres mastectomizadas, o gasto eleva-se mais do que o total do tratamento conservador. Al-Ghazal, Fallowfield e Blamey (2000) relatam que o tratamento conservador e a reconstrução de mama demandam muito da paciente e geram maior gasto.

A maioria das mulheres (62,3%) entrevistadas contribuía para a renda familiar no momento da entrevista (empregadas + aposentadas). De acordo com o exposto acima, o custo pode ser um fator que interfere na opção pela cirurgia reconstrutiva, visto a necessidade de gastos adicionais no período de pós-operatório, juntamente com o tempo de afastamento de serviço, nas mulheres empregadas, que poderia prejudicar a renda familiar.

No presente estudo, 77,4% das mulheres realizaram radioterapia e 79,2%, quimioterapia. Sabe-se que as terapias complementares têm permitido prolongar a vida das mulheres após câncer de mama (ACEVEDO et al., 2006), no entanto, muitas mulheres não estão preparadas e informadas para o tratamento e os efeitos colaterais associados (BRUNER; BODY, 1998; MELO et al., 2002).

Arantes (2002) ressalta que o tratamento impõe sérias ameaças à integridade do organismo e de suas funções, afasta a mulher de seus familiares e amigos por longos e freqüentes períodos de internação, além de, pela própria concepção cultural do câncer, acarretar o isolamento e abandono social.

No estudo de Pusic et al. (1999), 92,1% das mulheres que realizaram quimioterapia relataram que esta foi a etapa mais difícil do tratamento. Esse dado sugere que a quimioterapia pode se apresentar como o fator mais importante relacionado à morbidade do tratamento de câncer de mama.

Sobre a terapia sistêmica e sua influência no resultado estético da cirurgia, Johansen et al. (2002) contribuem afirmando que mulheres submetidas a tratamento conservador que realizaram tratamento adjuvante sistêmico obtiveram pior resultado estético quando comparadas a mulheres com a mesma técnica cirúrgica que não realizaram tratamento sistêmico.

A maioria das mulheres entrevistadas negou a recorrência do câncer de mama (94,3%) e a presença de metástase à distância (96,2%). Acevedo et al. (2006) apontam que, em seu estudo com 490 mulheres operadas de câncer de mama, a recorrência ocorreu em 2% das

mulheres, fato observado somente no tratamento conservador, no período médio de 63 meses de seguimento.

A recorrência do câncer de mama e metástase à distância constitui-se um fator adicional de stress, pois a necessidade de um novo tratamento pode gerar mais implicações físicas e psicológicas para a saúde da mulher, podendo minimizar a vontade e/ou possibilidade de realizar reconstrução mamária. Rojas-May (2006) descreve que a recidiva do câncer de mama pode ter um impacto mais intenso do que o diagnóstico inicial. Estados de ansiedade, angústia extrema e depressão são muito comuns.

Fugita e Gualda (2006) observam que as mulheres sentem medo diante da possibilidade de recorrência da doença, principalmente aquelas que ainda mantêm o comportamento que consideram a causa do seu câncer de mama, como vida agitada, preocupações e nervosismo, longo período na busca pelo tratamento e aquelas que pertencem ao grupo de risco.

Santos e Gonçalves (2006) descrevem o significado de um novo ciclo de quimioterapia em mulheres com câncer de mama metastático, e concluem, por meio da análise dos depoimentos, que a quimioterapia é vista pelas mulheres como a chance de vida por mais algum tempo e, ainda, para outras como a chance de cura. Entretanto, aumentam-se o sentimento de angústia, o sofrimento e o medo da morte, que, somados à ocorrência dos efeitos colaterais debilitantes, implicam modificações nas atividades de vida diária e alterações no corpo da mulher.

O tratamento quimioterápico, com todos os seus efeitos colaterais associados costuma gerar medo nas mulheres, pelo fato de afetar a imagem corporal. A queda de cabelos aumenta ainda mais esse impacto, representando a perda da identidade, que pode ficar ainda mais comprometida quando há o aumento de peso (COSTA; VARELLA; GIGLO, 2002; JESUS; LOPES, 2003; MELO et al., 2002). A fadiga é altamente prevalente e é um sintoma debilitante e crônico, gerando inabilidade física, observado durante o tratamento ou após meses e até anos do mesmo. Os pacientes descrevem que se sentem “cansados, extenuados, esgotados, fartos, pesados ou lentos” (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005).

Pouco se sabe a respeito das necessidades individuais da mulher com câncer de mama no decorrer dos diferentes estágios da doença e do respectivo tratamento (LINDOP; CANNON, 2001). A cirurgia de reconstrução mamária, quando não é realizada imediatamente à retirada do câncer de mama, pode sofrer influência das etapas do tratamento a que a mulher estiver submetida.

O primeiro ano após a cirurgia de câncer de mama pode ser considerado o período em que a mulher está realizando a terapia adjuvante e se adaptando frente às mudanças na vida social e familiar. De acordo com Rojas-May (2006), após o diagnóstico, a mulher vive um processo psicológico adaptativo, visto como um mecanismo de reconstituição psíquica fundamental, que lhe permite estruturar uma resposta aos desafios orgânicos, cognitivos, sociais e emocionais necessárias ao enfrentamento da doença.

O tempo médio decorrido após a cirurgia de retirada do câncer de mama foi de 5,81 anos no presente estudo. As mulheres que realizaram a cirurgia há menos de 1 ano corresponderam a 22,6% das entrevistadas, e apesar de ser um percentual expressivo, neste período, a prioridade das mulheres pode não estar voltada à estética, e sim à cura da doença.

De acordo com Prado et al. (2004), o período que corresponde ao primeiro ano de pós-operatório é de grande importância para o enfrentamento das dificuldades decorrentes do procedimento cirúrgico, pois é durante esse tempo que as mulheres encontram maior dificuldade para alcançar toda a amplitude de movimento do braço do lado operado como também para incorporar procedimentos de autocuidado e prevenção de linfedema.

Ferreira e Mamede (2003) observaram que, no período pós-operatório imediato, a incisão cirúrgica e a presença de drenos denunciam a necessidade de cuidados. A preocupação com a vestimenta ou disfarces e com o braço homolateral à cirurgia também ocorrem nos primeiros meses. O corpo mutilado que dói, restringe e constrange necessita ser cuidado e velado pelas mulheres.

Lindop e Cannon (2001) avaliaram 483 mulheres que realizaram tratamento por câncer de mama e verificaram que o grupo com até 1 ano decorrido após o diagnóstico referiram maiores necessidades de suporte em relação ao grupo com 1 a 5 anos de cirurgia. Os autores consideram que, no primeiro ano, a mulher experimenta o impacto do diagnóstico, vivencia os sintomas iniciais e apresenta ansiedade em relação ao tratamento.

Alguns estudos identificam o tempo médio decorrido entre a cirurgia de retirada do câncer de mama e a realização de reconstrução mamária tardia. Brandberg, Malm e Blomqvist (2000) avaliaram 75 mulheres e o tempo médio decorrido entre a mastectomia até a reconstrução mamária tardia foi de 1,6 anos, enquanto no estudo de Al-Ghazal et al. (2000), o tempo médio foi de 1 ano entre a mastectomia e a reconstrução mamária tardia.

O período posterior à cirurgia para 39,6% das mulheres do presente estudo variou de 1 a 4 anos, e esse pode ser o tempo no qual a mulher procura reorganizar sua vida e restabelecer-se perante seus papéis, podendo prevalecer uma maior preocupação com as seqüelas físicas durante o período. Os danos na auto-imagem poderiam gerar uma busca por



alternativas capazes de diminuir o desconforto estético causado pela cirurgia, no entanto, isto não foi observado entre as mulheres estudadas, que parece não terem priorizado a realização da reconstrução mamária.

Algumas mulheres (37,8%) encontravam-se no período acima de 5 anos de cirurgia, possivelmente apresentando maior aceitação perante as seqüelas do tratamento a que foram submetidas. Ferreira e Mamede (2003) ressaltam que, decorrido um tempo maior de pós-operatório, as mulheres buscam se conformar com o corpo e com a realidade.

Sobre as limitações físicas conseqüentes do tratamento de câncer de mama realizado, o estudo de Batiston e Santiago (2005) aponta que o desenvolvimento de complicações foram observadas tanto em mulheres submetidas à cirurgia radical como à conservadora. Os autores sugerem que a extensão da abordagem cirúrgica axilar pode estar relacionada ao desenvolvimento de complicações. De acordo com Quadros e Gebrim (2007), essas complicações após linfodectomia axilar incluem dor, parestesia, limitação de movimentos do braço e linfedema, com sensível comprometimento da qualidade de vida das pacientes.

As complicações e limitações apresentadas após o tratamento de câncer de mama podem influenciar na opção pela cirurgia reconstrutiva de mama, visto que a maior preocupação com a resolução de aspectos relacionados à saúde pode superar a expectativa de uma reconstrução.

Alguns estudos avaliam a ocorrência de limitações por meio da mensuração destas com auxílio de instrumentos específicos. Outros identificam essas limitações auto-referidas pelas pacientes. Os resultados desses estudos podem diferir em razão dos métodos utilizados, visto que os instrumentos de mensuração têm maior precisão para identificar graus leves de limitações, geralmente não identificados quando se estuda sintomas auto-referidos.

No estudo de Batiston e Santiago (2005), a incidência de linfedema nas mulheres após cirurgia de câncer de mama foi de 29,4%. O estudo analisou as anotações de fisioterapeutas nos prontuários de um Serviço de Oncologia, sem especificar a forma utilizada na mensuração. O estudo de Freitas Júnior et al. (2001) com 109 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada encontrou incidência de 14% de linfedema, mensurado através de perimetria, considerando a ocorrência de linfedema quando pelo menos uma das diferenças entre os membros superiores fosse maior que 2,0 cm. Os autores relatam que o fator peso e a idade acima de 45 anos influíram positivamente na incidência de linfedema.

Bergmann, Mattos e Koifman (2004) investigaram a prevalência do linfedema em 394 mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama, no tempo médio de 59 meses após a cirurgia. A prevalência do linfedema variou entre 11,9% a 30,7%, dependendo dos métodos

utilizados no diagnóstico clínico e do ponto de corte empregado. Os métodos objetivos adotados no estudo compreenderam a volumetria (padrão ouro de 200 ml) e a perimetria (ponto de corte de 2,5 cm). Os métodos subjetivos foram relatos de inchaço e de sintomas de edema, além de anotações em prontuário.

Panobianco e Mamede (2002) realizaram a perimetria em 17 mulheres submetidas à cirurgia unilateral por câncer de mama, nos três meses pós-cirurgia, estabelecendo como diferença o valor igual ou maior a 1 cm entre os membros. O linfedema com diferença superior a 1 cm acometeu 11 mulheres (64,7%). Destas, 9 (52,9%) tinham grau leve (diferença inferior a 3 cm) e 2 (11,8%) tinham grau moderado (diferença entre 3 e 5 cm). Os autores relatam que o linfedema foi precedido ou aumentado com a ocorrência de complicações no pós-operatório.

No presente estudo, 26,4% das mulheres relatou presença de linfedema no momento da entrevista, e este valor encontra-se em concordância com a literatura pesquisada.

A ocorrência de linfedema gera mudanças no esquema corporal, danos estéticos, frustrações por fracassos em múltiplos tratamentos prévios, ansiedade, prejuízo funcional do membro afetado, crises depressivas associadas à perda do papel familiar e laboral, a complexos de indiferença e à falta de confiança no médico (CIUCCI et al., 2004; PANOBIANCO; MAMEDE, 2002). Entre 26,4% das mulheres com linfedema do presente estudo, possivelmente a reconstrução mamária pode não representar uma prioridade na escala de valores.

Batiston e Santiago (2005) encontraram limitação da ADM em 61,9% das mulheres, enquanto em nosso estudo essa complicação se deu apenas em 22,6% das entrevistadas. Essa diferença pode ser dada pelas diferentes formas de avaliação. No estudo de Batiston e Santiago (2005), as anotações registradas nos prontuários correspondiam às avaliações de fisioterapeutas, possivelmente utilizando instrumentos objetivos, capazes de detectar pequenas alterações. O presente estudo considerou a percepção das mulheres acerca da sua ADM, que possivelmente requer maior alteração (diminuição) para ser percebida pela mulher como ruim, e também considerou o fato de as mulheres frequentarem o Grupo Rema, com acesso aos programas de reabilitação que utilizam o exercício físico como prevenção e tratamento de problemas de ordem física após cirurgia por câncer de mama.

McPhail e Wilson (2000) investigaram mulheres submetidas à cirurgia conservadora de mama, e 49,2% relataram problemas relacionados ao braço homolateral à cirurgia.

Baraúna et al. (2004) avaliaram a amplitude de movimento do ombro em 29 mulheres submetidas à mastectomia radical há mais de 6 meses, utilizando a biofotogrametria

computadorizada. Os autores encontraram diferença significativa apenas no movimento de flexão de ombro no lado operado (média de 154,5°) e contralateral (média de 169,9°). Os autores consideram que a retirada do músculo peitoral maior e menor na mastectomia radical pode ser o responsável, juntamente com a dissecação do conteúdo axilar, pela limitação no movimento de flexão do ombro.

A dor e o medo ao realizar cinesioterapia no pós-operatório imediato, assim como o trauma cirúrgico e a imobilização, podem contribuir para a instalação de limitação na ADM, bem como o encaminhamento tardio à reabilitação física (AMARAL et al., 2005; BATISTON; SANTIAGO, 2005).

Para restauração da inabilidade física após a cirurgia por câncer de mama, o exercício físico é, talvez, a mais importante ferramenta. Muitas mulheres que realizam o tratamento cirúrgico podem não ter acesso aos programas de reabilitação física no pós-operatório, talvez pela ausência de profissionais qualificados ou disponíveis nos serviços. Além disso, são poucos os programas de reabilitação disponíveis, e muitas vezes eles existem apenas em centros especializados. E, infelizmente, algumas razões - como dificuldade de locomoção por motivos financeiros ou até mesmo de ordem operacional - inviabilizam o acesso de mulheres aos programas de reabilitação física (AMARAL et al., 2005).

No estudo de Prado et al. (2004), mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama relataram benefícios como melhora na disposição, energia e bem-estar com a prática de exercícios físicos. Também relataram que o exercício é benéfico para as articulações do braço e ombro, assim como para o fortalecimento dos músculos, prevenindo o linfedema e colaborando na saúde mental. A presença de um profissional em grupos especializados para reabilitação, o suporte de familiar, o uso de música concomitante aos exercícios e o reforço das orientações por meio de um manual foram considerados estratégias que facilitam ou motivam a adesão à prática da atividade física. Os autores investigaram também as barreiras relacionadas a essa prática, já que se trata de um hábito de difícil incorporação, e apontaram a falta de vontade como a barreira mais mencionada pelas mulheres.

Melchior (2007) submeteu um grupo de mulheres à ginástica postural global – *Isostretching*, na recuperação dos movimentos do braço homolateral à cirurgia de câncer de mama. A ADM de flexão e abdução das mulheres foi avaliada antes e após o tratamento, utilizando o instrumento flexímetro. A pesquisadora incluiu no estudo mulheres que apresentavam amplitude menor ou igual a 160 graus, considerando essa faixa de amplitude indicadora de disfunção e restrição de movimentos do ombro. A média da ADM do ombro antes do tratamento para o movimento de flexão foi de 150,7 graus e a de abdução foi de

119,3 graus. Após 12 sessões de tratamento, houve melhora significativa dos movimentos de flexão (ganho médio de 12,6 graus) e abdução (ganho de 31,2 graus) do ombro homolateral à cirurgia. As mulheres relataram melhora nos movimentos do corpo, nas posições para dormir, na sensação de liberdade, na disposição para as atividades de vida diária e na recuperação da auto-estima.

Para as mulheres que desejam realizar a cirurgia reconstrutiva, a ADM do ombro homolateral à cirurgia de câncer de mama deve possibilitar o adequado posicionamento em flexão e abdução durante o procedimento de reconstrução.

Amaral et al. (2005) defendem que, na impossibilidade de acesso a programas específicos de reabilitação funcional do ombro após câncer de mama, a mulher pode realizar exercícios domiciliares com ajuda de um manual para restaurar sua independência funcional, através de protocolos padronizados e orientação adequada. Entretanto, é necessário motivar as mulheres a realizarem os exercícios, pois uma das grandes dificuldades é a adesão ao tratamento quando não há acompanhamento diário por um profissional.

Das mulheres entrevistadas, 43,4% relataram limitação no desempenho de tarefas domésticas. Ferreira e Mamede (2003) também observaram em seu estudo qualitativo sobre a representação do corpo após mastectomia, queixas de dor e limitações nas tarefas diárias, todas elas auto-referidas pelas mulheres.

Batiston e Santiago (2005) encontraram em prontuário, o registro da presença de dor em 29,4% das mulheres estudadas, enquanto no nosso estudo houve 11,3% de queixas de dor. Ambos os relatos foram auto-referidos pelas mulheres, já que representam variáveis subjetivas.

No presente estudo, 11,3% das mulheres relatou outras limitações como diminuição de força, aderência tecidual e dormência atrás do braço. Batiston e Santiago (2005) encontraram incidência de 3,1% de aderência cicatricial e 2,5% de alterações sensitivas nos prontuários de mulheres mastectomizadas.

Pimentel, Santos e Gobbi (2007) avaliaram a sensibilidade cutânea no dermatomo correspondente ao nervo intercostobraquial (face medial superior do braço) em dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: com (n=43) e sem (n=34) preservação do nervo intercostobraquial durante a dissecação axilar. Os autores concluíram que houve menor sintomatologia dolorosa no pós-operatório do grupo com preservação do nervo intercostobraquial associado à maior preservação da integridade da sensibilidade cutânea na porção do dermatomo correspondente, diminuindo a morbidade após a cirurgia.

Batiston e Santiago (2005) relatam, ainda, que muitas mulheres são encaminhadas tardiamente para o tratamento, já apresentando complicações instaladas. A alta frequência de complicações no estudo dos autores estava associada ao momento do início do programa de reabilitação, e estas poderiam ser evitadas mediante intervenção precoce do fisioterapeuta.

As limitações físicas encontradas no presente estudo, citadas anteriormente, retratam as seqüelas advindas do tratamento de câncer de mama e as possíveis dificuldades presentes na vida da mulher, gerando preocupações e prioridades relacionadas à cura das complicações. Conforme dito anteriormente, a busca pela reconstrução mamária pode ser limitada quando existem complicações físicas decorrentes do tratamento de câncer de mama, diminuindo o número de mulheres que optam por esse procedimento.

### **6.3 Conhecimento e nível de informação acerca da cirurgia reconstrutiva**

No presente estudo, todas as mulheres entrevistadas (100%) relataram que já ouviram falar de cirurgia reconstrutiva. Este é um dado importante, pois permite compreender que existe certa informação e divulgação sobre o assunto.

Um dos fatores que podem contribuir para este fato é que todas as mulheres estudadas participam de um núcleo de reabilitação no qual a educação em saúde é constantemente realizada e as mulheres possuem contato com outras em igual situação. Mulheres com reconstrução de mama também freqüentam o Rema, fornecendo importantes contribuições acerca da cirurgia reconstrutiva por meio dos relatos de experiência.

Os grupos de apoio são considerados elementos relevantes e necessários para o processo de recuperação da mulher, possibilitando o compartilhar de experiências a respeito da convivência com a enfermidade e a procura coletiva de meios de resolução para os seus problemas (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2003). A educação em saúde praticada pelos Grupos de apoio dedica-se às informações específicas sobre o câncer de mama, tratamento e prognóstico. O profissional contempla os temas levantados pelas mulheres, respondendo de maneira adequada e proporcionando ao grupo aprendizado com as discussões (GOMES et al., 2003).

No estudo de Keith et al. (2003), foram entrevistadas 125 mulheres com câncer de mama, e apenas 57% das mulheres já tinham ouvido falar de reconstrução, diferentemente do estudo de Cássia et al. (2006), que estudaram 78 mulheres submetidas à mastectomia e

observaram que todas as pacientes receberam informações sobre o procedimento de reconstrução mamária.

No momento do diagnóstico e quando as possibilidades terapêuticas são discutidas, espera-se que a equipe médica oriente a mulher sobre a possibilidade de reconstrução de mama. No presente estudo, quase a metade das mulheres (49,1%) relatou que não foi orientada pela equipe médica sobre a possibilidade de realizar uma reconstrução quando submetida à cirurgia para retirada do câncer de mama.

Entendemos que talvez um dos motivos da não-orientação pelo médico seja o fato de algumas mulheres (41,5%) deste estudo terem realizado tratamento conservador (quadrantectomia). No entanto, sabe-se que podem existir importantes alterações estéticas na mama operada quando a mulher realiza cirurgia conservadora e radioterapia, como citado anteriormente. Outros motivos da não-orientação sobre a reconstrução de mama pelos médicos oncologistas podem estar relacionados à idéia de que a reconstrução de mama dificulta a detecção de recorrência local do câncer, ou então à presença de alguma doença que contra-indique a técnica, e ao fato de o procedimento ser compreendido como “estético”, desvalorizando-o entre mulheres com idade mais avançada.

No estudo de Reaby (1998), 70% das mulheres mastectomizadas receberam informações do cirurgião antes da cirurgia de mastectomia sobre a possibilidade de reconstrução e 27% não receberam informação sobre reconstrução antes da mastectomia, nem mesmo após.

Al-Ghazal, Fallowfield e Blamey (2000) relatam que a oferta de reconstrução de mama deveria ser mandatória em pacientes submetidas à mastectomia. Os autores enfatizam que parece absurdo, em pleno século XXI algumas mulheres serem submetidas à mastectomia sem a oferta automática de reconstrução.

Duarte e Andrade (2003) relatam que o médico é o principal referencial da paciente, tanto em relação aos aspectos objetivos que compreendem o tratamento da doença (escolha do procedimento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia e outros), quanto aos aspectos subjetivos (expectativas, insegurança, medos, angustias, depressão e outros). Portanto, entendemos que a divulgação da reconstrução mamária deve fazer parte da rotina dos médicos que lidam com câncer de mama, pois a falta de orientação pode ser responsável pela baixa quantidade de mulheres que realizam a reconstrução mamária para colaborar no enfrentamento da doença.

Deadman et al. (2001) também enfatizam a necessidade de envolver a mulher no processo decisório do tratamento, quando possível, oferecendo oportunidade de escolher seu tratamento predileto, favorecendo sentimentos de que seus desejos são levados em

consideração, otimizando o bem-estar psicológico. Apesar disso, algumas mulheres preferem deixar ao médico a tarefa de tomada de decisão sobre o tratamento. O fato de algumas mulheres optarem pela escolha do tratamento pode acarretar sentimento de maior responsabilidade. Em alguns casos, quando a mulher enfrenta a recorrência do câncer de mama, algumas se perguntam se erraram na tomada de decisão sobre o tratamento a que foram submetidas.

Arantes (2002) afirma que o paciente tem o direito de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; de ser informado sobre sua invasibilidade, sobre a duração dos tratamentos, os benefícios, os prováveis desconfortos, os inconvenientes e os possíveis riscos físicos, psicológicos, econômicos e sociais pelos quais possa vir a passar.

Como todas as entrevistadas relataram já terem ouvido falar de reconstrução de mama, o estudo procurou estabelecer quais foram as fontes de informação das mulheres sobre a cirurgia. Os profissionais da área da saúde foram a fonte de informação mais relatada (52,8%) por meio dos quais as mulheres tomaram conhecimento sobre a cirurgia reconstrutiva.

Para Bergamasco e Ângelo (2001), os profissionais da área da saúde são considerados elementos importantes durante o enfrentamento da doença, informando sobre a doença e sua evolução. Ressalta, ainda, que é necessário ir ao encontro das necessidades informativas e educativas da mulher para facilitar o enfrentamento efetivo da doença.

Se a reconstrução mamária deve ser oferecida para todas as mulheres mastectomizadas, os profissionais de saúde necessitam oferecer suporte e ajudar na tomada de decisão, providenciando informações necessárias. Este estudo nos permite compreender quais aspectos relacionados à reconstrução mamária em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama necessitam de maior atenção por parte dos profissionais, procurando maior entendimento dos fatores que permeiam a decisão, para colaborar no aconselhamento durante a prática clínica. Percebemos que muitos profissionais não estão preparados para oferecer suporte e esclarecer dúvidas sobre o procedimento às mulheres, por desconhecimento da técnica e dos fatores envolvidos.

Em seguida, as amigas e/ou outras pacientes representaram a segunda fonte de informação mais relatada (39,6%), além de outras fontes como: família e curso profissionalizante (7,5%) e televisão (5,7%). Caliri, Almeida e Silva (1998) relatam que as mulheres procuram adquirir informações para atender as demandas criadas pela doença e seu tratamento, procurando conhecimentos em revistas, livros, filmes, profissionais e, mais comumente, no contato com outras mulheres que passaram pela mesma situação.

Rodrigues et al. (1998) destacam a importância de mulheres com câncer de mama compartilharem experiências e trocarem informações, abrindo possibilidades de reflexão e tomadas de decisão.

Tykkka, Asko-Seljavaara e Hietanen (2001), entrevistaram 137 mulheres submetidas à reconstrução mamária e verificaram que o médico foi a fonte de informação a respeito da cirurgia mais relatada, seguida por jornal/televisão, amigos/parentes, enfermeira e associações de câncer.

A maioria das mulheres do presente estudo (88,7%) relatou que conhecia alguém que havia realizado a cirurgia reconstrutiva. O hospital e o núcleo de reabilitação foram os locais mais relatados onde o contato das entrevistadas com as mulheres reconstruídas aconteceu. Destas, 58,7% relataram que consideram o resultado da cirurgia “bom”, 32,6% “ótimo” e apenas 8,7% “ruim”. De modo geral, entende-se que as mulheres percebem o resultado da reconstrução mamária como satisfatório, no entanto, essa percepção não foi suficiente para que as mulheres do presente estudo optassem pela cirurgia.

Tykkka, Asko-Seljavaara e Hietanen (2001) pesquisaram mulheres submetidas à reconstrução mamária, as quais relataram que, antes da cirurgia, queriam ter visto fotografias e conversado com algumas mulheres que realizaram a reconstrução. Muitas relataram que gostariam de ter sido informada sobre a possibilidade de reconstrução bem mais cedo.

Apesar de todas as mulheres já terem ouvido falar sobre cirurgia reconstrutiva através de alguma fonte de informação, 45,3% delas nunca conversaram com alguém sobre a possibilidade de fazerem a cirurgia. Esse fato pode sugerir falta de interesse sobre o assunto, tendo em vista a não-preocupação da mulher com questões relacionadas ao procedimento. No estudo de Keith et al. (2003), das 125 mulheres entrevistadas com câncer de mama, 33% nunca haviam discutido sobre reconstrução de mama com alguém.

Para algumas mulheres neste estudo, os familiares (35,8%) e o marido/parceiro (20,8%) foram os interlocutores com os quais elas realizaram as discussões sobre a reconstrução de mama. Estes elementos da rede de suporte possibilitam à mulher a retomada de sua maneira de pensar, de falar, de elaborar e tomar decisões conscientes para viver a nova realidade. A participação da família, marido e filhos, como também de amigos e grupos de apoio são de grande importância para satisfação das necessidades de suporte emocional (RODRIGUES et al., 1998).

Os amigos (13,2%) e profissionais da saúde (13,2%) foram os sujeitos com os quais as mulheres menos discutiram sobre a reconstrução. Alertamos sobre a necessidade de preparo



dos profissionais de saúde para lidar com essa temática, bem como oferecer maior disponibilidade para conversar sobre o assunto.

Apesar da maioria das mulheres estudadas serem de classe econômica mais baixa, podendo considerar a reconstrução mamária como uma cirurgia plástica excluída de suas possibilidades financeiras, parece que este não foi o caso do presente estudo. A maioria das mulheres (75,5%) tinha o conhecimento da Lei 9.797 de 6 de maio de 1999 sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de saúde SUS, após cirurgia de mutilação por câncer de mama. Além disso, 81,1% das mulheres relataram que conhecem algum serviço (hospital) que oferece a cirurgia.

Algumas questões sobre a cirurgia reconstrutiva foram indagadas às mulheres deste estudo, com o objetivo de identificar o nível de informação acerca da cirurgia, bem como os fatores que influenciam positivamente ou negativamente na recuperação.

A primeira questão refere-se ao tabagismo. Sabe-se que a nicotina exerce efeitos deletérios sobre a cicatrização, proporcionando maior risco de deiscência de feridas e necrose, pois ocorre um decréscimo na pressão de oxigênio tecidual, colaborando para a menor deposição de colágeno nas feridas (MEDEIROS et al., 2003). Concordante com esse efeito deletério, 71,7% das mulheres relataram que quem fuma pode ter complicações após a cirurgia reconstrutiva.

Em relação ao tipo de material utilizado para reconstruir a neomama, a maioria das mulheres (75,5%) afirmou que, para a reconstrução, pode-se usar prótese de silicone ou tecido do próprio corpo, ou seja, os retalhos músculos-cutâneos.

Sobre o momento em que a cirurgia reconstrutiva pode ser realizada, 81,1% das mulheres relataram que a cirurgia pode ser feita no mesmo momento da cirurgia de retirada do câncer de mama ou depois, sendo denominada reconstrução mamária imediata e tardia, respectivamente.

Em relação às vantagens e desvantagens da reconstrução mamária imediata e tardia, Al-Ghazal et al. (2000) utilizaram questionários validados para avaliar a ansiedade, depressão e imagem corporal de 121 mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata e tardia com um tempo médio decorrido após a cirurgia reconstrutiva de 61,2 meses. Os autores constataram que o grupo com reconstrução mamária tardia obteve menor escore relacionado à imagem corporal, à menor satisfação com o resultado estético, a maiores prejuízos em questões ligadas à atração sexual e obtiveram maior ansiedade e depressão quando comparadas ao grupo com reconstrução imediata. Os autores acreditam que a reconstrução

imediate gera menor grau de estresse pelo fato de as mulheres não experimentarem diminuição na autoconsciência, o que geralmente ocorre após a perda da mama.

A reconstrução mamária imediata ocorre com maior frequência do que a reconstrução mamária tardia. No estudo de Acevedo et al. (2006), 66 mulheres foram submetidas à reconstrução mamária e 45 delas receberam a técnica de reconstrução imediata à mastectomia. Pusic et al. (1999) avaliaram 102 mulheres submetidas à reconstrução mamária e 69 tiveram reconstrução imediata. No estudo de Paredes et al. (2006), 41 mulheres foram submetidas à reconstrução mamária e destas, 61% realizaram a reconstrução imediata. Os autores acreditam que a reconstrução mamária imediata proporciona melhores resultados estéticos quando é possível realizar uma mastectomia com preservação de pele, no entanto, é necessário considerar os aspectos oncológicos e as condições físicas de cada paciente.

Ainda se desconhece os motivos da existência de baixa quantidade de mulheres submetidas à reconstrução mamária tardia. As mulheres do presente estudo não realizaram reconstrução imediata, talvez porque quase metade delas (49,1%) não foi orientada pelos médicos no momento da cirurgia de retirada do câncer de mama. O estudo buscou compreender, também, as razões pelas quais as mulheres não optaram pela reconstrução mamária tardia.

Entre as mulheres estudadas, 50,9% delas acreditam que a cirurgia é de longa duração, enquanto 41,5% não souberam responder. Wilking et al. (2000) esclarecem que, comparando com a técnica de implantes, a reconstrução mamária com tecidos autólogos é um procedimento mais desafiador tecnicamente, exigindo, portanto, maior tempo cirúrgico, longas hospitalizações e maior tempo de recuperação no pós-operatório. A compreensão de algumas mulheres do presente estudo acerca do fato de a reconstrução mamária envolver longo tempo cirúrgico pode gerar a impressão de grandes riscos inerentes ao procedimento.

A possibilidade de complicações na mama reconstruída após a cirurgia esteve presente, sendo que para a maioria das mulheres (88,7%), a rejeição da prótese é possível. As entrevistadas, por meio de contato com mulheres que realizaram reconstrução, também observam experiências negativas relacionadas à técnica. Algumas possuem medo da prótese, por ser um material estranho, contribuindo para a percepção de que o corpo pode rejeitá-la.

Harcourt e Rumsey (2001) defendem que é importante discutir com as mulheres a possibilidade de complicações relacionadas à reconstrução mamária. No estudo de Tykka, Asko-Seljavaara e Hietanen (2001), as mulheres submetidas à cirurgia reconstrutiva esperavam maior informação sobre as possíveis complicações, o estresse e as seqüelas envolvidas no procedimento, o tempo necessário para recuperação, informações a respeito da

técnica cirúrgica, os resultados estéticos e funcionais. As mulheres queriam mais informações também a respeito da função do abdômen após a cirurgia com retalho do músculo reto abdominal. Elas também gostariam de ter tido a oportunidade de conversar com outras mulheres que realizaram a reconstrução.

O resultado estético da neomama e mama contra-lateral após a cirurgia reconstrutiva, na opinião de 58,5% das mulheres, é simétrico em volume e altura. Algumas mulheres (26,4%) relataram que há certa diferença no tamanho e na altura da mama reconstruída e contralateral após a cirurgia. Esta opinião talvez exista devido ao fato de as mulheres entrevistadas conhecerem pacientes que realizaram apenas a primeira etapa da cirurgia reconstrutiva, na qual ainda não foi realizado a simetrização.

De acordo com Cocquyt et al. (2003), as dificuldades de qualquer cirurgia reconstrutiva residem na necessidade estética de construir uma nova mama que se assemelhe na cor, tamanho, forma e simetria à mama original. A preservação do sulco inframamário, músculo peitoral maior e certa quantidade de pele favorecem o formato da mama reconstruída. Em seguida, para aperfeiçoar os resultados estéticos, realiza-se mastopexia ou mastoplastia de redução/aumento contralateral para proporcionar simetria entre as mamas.

Sobre os resultados estéticos referentes à cicatriz, 50,9% disseram que a cirurgia deixa cicatrizes na nova mama e 79,2% disseram que a cicatriz pode ficar com quelóide.

Quase a totalidade das mulheres (98,1%) concordou com a idéia de que pode acontecer infecção onde foi realizada a cirurgia. Porchat, Santos e Bravo Neto (2004) ressaltam que a infecção da ferida operatória é uma das complicações mais temidas, pois pode colocar em risco não só o resultado das cirurgias como a vida das pacientes.

A maioria das mulheres (71,7%) afirmou, ainda, que a cirurgia reconstrutiva não é capaz de fazer o câncer de mama voltar. No entanto, quase a metade das mulheres (45,3%) admitiu que a reconstrução pode mascarar a detecção de uma recorrência local de câncer de mama. É, portanto, necessária uma ação educativa às mulheres tratadas por câncer de mama, visto o desconhecimento da segurança acerca do procedimento de reconstrução mamária.

Outros estudos também encontraram mulheres com as mesmas crenças a respeito da cirurgia reconstrutiva. No estudo de Keith et al. (2003), das 125 mulheres entrevistadas com câncer de mama, 63% das que expressaram a preferência por reconstrução e 68% das que não queriam a reconstrução afirmaram que a cirurgia reconstrutiva de mama poderia mascarar a recorrência do câncer. E ainda, 39% das mulheres do grupo que desejava a reconstrução e 58% das mulheres do grupo que não desejavam reconstrução tinham medo de a cirurgia reconstrutiva causar o retorno do câncer.

Louveira et al. (2006) alerta que a recorrência do câncer de mama após a reconstrução mamária pode ocorrer em 4 a 11% das mulheres, principalmente nos primeiros cinco anos após a cirurgia. Inicialmente acreditava-se que a recorrência loco-regional do câncer na reconstrução seria uma manifestação sistêmica ou metastática da doença. Porém, tem-se demonstrado a presença de pequena quantidade de tecido mamário residual após a mastectomia (em torno de 5%), o que torna possível a permanência de células tumorais na mama com potencial para promover a recidiva da doença.

Paredes et al. (2006) afirmam que a reconstrução mamária não retarda o diagnóstico nem mesmo aumenta as possibilidades de recorrência local ou a distância, portanto, não modifica os resultados oncológicos, nem mesmo a sobrevida global da paciente.

Talvez o fato de alguns médicos que lidam com mulheres com câncer de mama não indicarem a cirurgia reconstrutiva resida em preocupações como as descritas por Wanzel et al. (2002), que investigaram o que os médicos (generalistas, oncologistas, cirurgiões gerais e cirurgiões plásticos) pensam sobre a reconstrução mamária. Os autores concluíram que muitos – exceto os cirurgiões plásticos - consideram que a necessidade de reconstrução é de menor importância nas mulheres acima de 49 anos, assumindo que a idade avançada é uma contra-indicação para a cirurgia. Além disso, a pesquisa mostrou que existe uma grande crença dos mesmos médicos a respeito de que a reconstrução mamária retardaria o diagnóstico de uma recorrência local do câncer de mama e que poderia interferir insatisfatoriamente no tratamento oncológico adjuvante, fato que não se apóia nos estudos da literatura. A pesquisa de Spyrou et al. (1998), também verificou essa mesma crença presente em seu estudo com médicos, enquanto August, Wilkins e Rea (1994) enfatizaram a necessidade de intervenções educativas aos médicos que atuam na área.

Ainda no estudo de Wanzel et al. (2002), os médicos deveriam se colocar no lugar das mulheres com câncer de mama e responder se eles fariam uma reconstrução mamária após mastectomia. Os resultados demonstraram que 50% dos oncologistas, 45,3% dos cirurgiões gerais, 58,6% dos médicos generalistas e 62,1% dos cirurgiões plásticos disseram que fariam uma reconstrução mamária. Esse estudo nos permite refletir que a baixa adesão dos médicos à reconstrução mamária pode contribuir para a baixa oferta na divulgação e/ou orientação desta técnica às mulheres com câncer de mama.

Algumas mulheres não imaginam que, após todo o tratamento realizado para cura do câncer de mama, a reconstrução mamária envolve de 2 a 3 procedimentos cirúrgicos. A maioria das mulheres (62,3%) disse que são necessárias de 2 a 3 cirurgias, enquanto 26,4%

das mulheres relataram que não sabiam o número de etapas cirúrgicas necessárias, e 11,3% delas disseram que é necessária apenas 1 cirurgia para finalizar a mama reconstruída.

Em alguns casos, a segunda e terceira etapas da reconstrução mamária podem ser feitas na mesma cirurgia. Realiza-se a mamoplastia contra-lateral para deixá-la com o mesmo volume e na mesma altura que a neomama e cria-se o complexo areolo-mamilar na mama reconstruída. Em outros casos, realizam-se separadamente todas as etapas.

A necessidade de muitos procedimentos cirúrgicos pode desencorajar algumas mulheres a realizar a reconstrução. Para as mulheres que relataram serem necessárias de 2 a 3 cirurgias, foi também questionado se elas consideram que são muitas etapas, e a maioria (63,6%) afirmou que “sim”, enquanto 36,4% das mulheres entrevistadas afirmaram que “não”.

Nem todas as mulheres que realizam a reconstrução mamária finalizam o procedimento de simetrização das mamas e a criação do complexo areolo-mamilar, permanecendo com alteração de volume e altura entre as mamas. Os motivos da realização apenas da primeira cirurgia podem envolver: 1) a vontade em ter de volta apenas o volume perdido no momento da retirada do câncer de mama, para maior liberdade nas vestimentas e a não necessidade de utilizar a prótese mamária externa após a cirurgia; 2) o fato de envolver desgaste físico e psicológico com nova abordagem cirúrgica. No estudo de Cocquyt et al. (2003), de 21 mulheres que realizaram a reconstrução mamária imediata, apenas 4 realizaram a etapa de simetrização contralateral, no tempo médio de 49 meses após a cirurgia.

As mulheres que preferem apenas ter o volume recuperado após a retirada do câncer de mama permanecem com o resultado da reconstrução mamária inacabado. Conseqüentemente, mulheres que optaram pela não realização da cirurgia reconstrutiva podem julgar o resultado estético da reconstrução mamária como insatisfatório, por terem contato com mulheres que realizaram apenas a primeira etapa, gerando certo descontentamento quando pedem para visualizar a cirurgia.

#### 6.4 Opinião e tomada de decisão acerca da cirurgia reconstrutiva

De todas as mulheres entrevistadas, 75,5% relataram possuir medo de fazer uma cirurgia reconstrutiva. Este estudo procurou compreender os medos das mulheres em relação à reconstrução, e a maioria (60,0%) relatou medo de sofrimento e complicações após a cirurgia.

Algumas complicações como infecção, deiscência, necrose parcial do retalho, hematoma, seroma, liponecrose, epidermólise e contratura capsular podem ocorrer após a cirurgia na mama reconstruída. Além disso, quando é utilizado o músculo reto abdominal para a reconstrução da mama, podem coexistir fraqueza da parede abdominal, hérnias de parede, necrose umbilical, hematomas e seromas na área doadora (LEAL et al., 2003; LOUVEIRA et al., 2006).

Poucas complicações após a reconstrução mamária são descritas na literatura por Paredes et al. (2006), que analisaram 41 mulheres submetidas à reconstrução mamária e constataram um baixo índice de complicações, descritas como deiscência leve da parede abdominal, seroma abdominal e hematoma axilar. Cocquyt et al. (2003) investigaram 21 mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata e constataram complicações em apenas 3 mulheres, relatadas como liponecrose, necrose parcial da cicatriz abdominal e seroma.

Alderman et al. (2002) avaliaram 326 mulheres, no período de 2 anos após a cirurgia reconstrutiva, submetidas a técnicas diferentes: implante de silicone, TRAM pediculado e TRAM livre. Os autores observaram que 54,6% das mulheres não tiveram nenhuma complicação, enquanto 29,1% tiveram 1 complicação e 16,3% tiveram de 2 a 4 complicações no pós-operatório. As complicações foram descritas como dor nas costas, hérnias abdominais, linfedema, contratura capsular, deiscência, necrose gordurosa, necrose do retalho, trombose, infecção, seroma e hematoma. Os fatores relacionados à alta taxa de complicações após a cirurgia reconstrutiva foram o índice de massa corpórea elevado e a realização da técnica de reconstrução mamária imediata em vez da tardia.

Ainda sobre as mulheres que relataram sentir medo de realizarem a reconstrução, 15% disseram que é devido a problema de saúde importante, 17,5% relataram medo de anestesia geral e 7,5% relataram outros motivos, como idade avançada, medo de recidiva e medo de hospital. A idade média das mulheres que relataram possuir medo foi de 60,1 anos, e a das mulheres que não possuem medo foi de 58,0 anos.

Sobre a existência de algum problema de saúde importante que poderia impedir a realização de cirurgia reconstrutiva, 62,3% das mulheres entrevistadas relataram que não possuem problemas de saúde, enquanto 34% disseram que sim, sendo a hipertensão arterial e diabetes os problemas de saúde mais relatados. Apenas 3,7% das mulheres desconheciam se tinham problemas de saúde que poderiam prejudicar a cirurgia.

As possíveis complicações no pós-operatório de reconstrução de mama estão relacionadas aos fatores de risco que influenciam a segurança vascular dos retalhos, como obesidade, tabagismo, hipertensão, diabetes e depressão (LEAL et al., 2003; LOUVEIRA et al., 2006). Esses fatores devem ser avaliados em mulheres que desejam a reconstrução mamária, visto que podem colaborar para o surgimento de complicações no pós-operatório.

Das 125 mulheres com câncer de mama entrevistadas por Keith et al. (2003), 46,6% disseram que, se possível, elas fariam a cirurgia reconstrutiva de mama. Cássia et al. (2006) entrevistaram 78 mulheres submetidas à mastectomia e constataram que 62% das entrevistadas desejavam realizar cirurgia reconstrutiva de mama, enquanto 38% não manifestaram esse desejo. O grupo que desejava realizar a reconstrução era significativamente mais jovem, com idade média de 50,3 anos. Já o grupo que não manifestou o desejo de realizar a cirurgia tinha idade média de 60,1 anos. As razões apontadas pelas mulheres que não desejavam realizar a cirurgia reconstrutiva foram: falta de oportunidade, falta de vontade associada ao receio de ser submetida a novo procedimento cirúrgico e falta de condições clínicas.

No presente estudo, quando as mulheres foram questionadas se fariam uma cirurgia reconstrutiva, a maioria (75,5%) relatou que “não”, enquanto apenas 24,5% relataram que “sim”. A idade média das mulheres que fariam cirurgia reconstrutiva neste estudo foi de 59,1 anos e as mulheres que não fariam foi de 59,7 anos. A idade parece não ter sido um fator preditivo para a vontade em realizar a cirurgia de reconstrução mamária no presente estudo.

De acordo com Leal et al. (2003), a reconstrução é uma proposta que faz parte do manejo das pacientes portadoras de câncer de mama, e a motivação e vontade da paciente são as principais indicações para que ela aconteça.

Duarte e Andrade (2003), em seu estudo, relataram que a maioria das mulheres entende a reconstrução mamária como uma possibilidade de recuperação da feminilidade e sensualidade após a mastectomia.

Reaby (1998) buscou identificar o motivo pelo qual as 64 mulheres mastectomizadas de seu estudo não queriam fazer a reconstrução de mama. As mulheres deveriam escolher apenas um motivo. Os motivos mais relatados foram: medo de complicação após a cirurgia

reconstrutiva e idade avançada. Outros motivos relatados, em ordem decrescente, foram: falta de orientação sobre a possibilidade de reconstrução, não querer cirurgias adicionais, a falta de naturalidade da mama reconstruída, cirurgia não necessária ao bem-estar físico e emocional, técnica muito dolorosa, vontade/prioridade de livrar-se do câncer de mama e custo elevado da cirurgia.

Em relação à idade ideal para realizarem a reconstrução, 49,1% das mulheres do presente estudo entendem que estão muito velhas para fazerem a cirurgia, enquanto 50,9% das mulheres relataram que estão na idade ideal. A média da idade das mulheres que responderam estarem na idade ideal de realizar a cirurgia foi de 55,4 anos, e a média das mulheres que relataram estarem muito velhas para realizar a cirurgia foi de 63,9 anos. Nota-se uma diferença importante de idade nos dois grupos; as mulheres mais jovens entendem que estão na idade ideal para realizar a cirurgia, contrapondo às de idade mais avançada, que se consideram idosas para a reconstrução. No entanto, observa-se que mesmo aquelas mulheres mais jovens que consideram estar na idade ideal não optaram pela reconstrução, independente da idade.

Pesquisadores como August, Wilkins e Rea (1994) estudaram a reconstrução mamária em mulheres idosas, concluindo que a cirurgia pode ser realizada seguramente em mulheres acima de 60 anos. As taxas de complicações na idade avançada, independentemente do tipo de reconstrução, são comparáveis às mulheres mais jovens. Portanto, a idade avançada não é um fator preditivo de complicações após a reconstrução mamária, não sendo uma razão válida para contra-indicar a cirurgia. Esses fatos enfatizam a importância do papel do cirurgião em discutir a reconstrução mamária com mulheres idosas de maneira otimista, para que elas considerem a reconstrução como uma opção (AUGUST; WILKINS; REA, 1994; REABY, 1998).

Já o estudo de Paredes et al. (2006) afirma que a idade avançada aumenta as probabilidades de alteração da microcirculação, e também aumenta outras enfermidades associadas. Em geral, os autores não indicam reconstrução mamária com tecido autólogo em mulheres acima de 60 anos.



### 6.5 Satisfação com o corpo após cirurgia de câncer de mama

De todas as mulheres estudadas, 58,5% relataram fazer uso de prótese mamária externa. Nota-se, com essa estratégia, a preocupação das mulheres estudadas com disfarces, buscando soluções que julgam mais adequadas para melhora de sua imagem corporal (FERREIRA; MEMEDE, 2003).

As mulheres que relataram não fazer uso de prótese externa, que correspondem a 41,5%, foram, todas elas, submetidas à quadrantectomia. Muitas mulheres com cirurgia conservadora não usam a prótese externa e sentem-se confortáveis em relação ao volume das mamas, o que poderia justificar a não-realização de reconstrução mamária. Entretanto, nem sempre isso ocorre, conforme demonstra o estudo de McPhail e Wilson (2000), no qual 4,9% das mulheres submetidas à cirurgia conservadora relataram fazer uso de prótese externa.

Al-Ghazal, Fallowfield e Blamey (2000) defendem a idéia de que embora a prótese mamária externa ajude a disfarçar a ausência da mama para o mundo externo, ela nunca é incorporada como parte integral e natural da mulher, afetando, portanto, sua imagem corporal e nem sempre colabora no enfrentamento da deformidade.

Um dos motivos da procura pela cirurgia reconstrutiva é a insatisfação e desconforto com o uso da prótese externa, bem como a necessidade de modificar hábitos de vestimenta, conforme demonstra o estudo de Tykka, Asko-Seljavaara e Hietanen (2001).

Johansen et al. (2002) estudaram 266 mulheres submetidas à cirurgia conservadora e radioterapia, e 21% delas relataram que foi necessário modificar hábitos de vestimenta devido a mudanças na pele e retrações na mama operada.

Sobre a vestimenta antes e após a cirurgia de câncer de mama no presente estudo, 45,3% das mulheres modificaram sua forma de vestir após a cirurgia de câncer de mama e, ainda, 49,1% relataram não ter liberdade em usar qualquer tipo de roupa. Esse dado aponta que quase a metade das mulheres possui problemas com a vestimenta, o que poderia desencadear uma procura pela cirurgia reconstrutiva. No entanto, não foi o que ocorreu com as mulheres deste estudo, já que poucas fariam a cirurgia, conforme visto anteriormente.

No estudo de Duarte e Andrade (2003), para algumas mulheres, a roupa desempenhou um importante papel, uma vez que ela procurava ocultar a cicatriz e a mutilação pós-cirúrgica, como segue o relato: **vai botar uma roupa e fica um buraco aqui: não pode usar uma blusa decotada...**

Panobianco e Mamede (2002) observaram que algumas mulheres modificam a vestimenta por motivos que não correspondem à mutilação mamária, e sim, ao linfedema.

No estudo de Duarte e Andrade (2003), algumas mulheres relataram que, quando trocavam de roupa, ficavam de costas para o espelho, pois não suportavam observar o seu corpo, e, ainda, durante a relação sexual, usavam camiseta para esconder a parte operada ou um sutiã com prótese, apesar do desconforto. Ferreira, Franco e Queiroz (2002), acrescentam que muitas mulheres referem como preocupação após a cirurgia, a vergonha de seu companheiro. No presente estudo, 73,6% das mulheres relataram que não se sentem envergonhadas ao vestirem-se na presença de pessoas mais próximas.

A postura pode ser alterada após a cirurgia por câncer de mama, colaborando para modificações no esquema corporal. A maioria das mulheres (60,4%) relatou que não percebeu alterações na postura, 35,8% relataram perceber modificações e 3,8% não souberam relatar. Para as mulheres que perceberam modificações na postura, 94,7% relataram que houve piora, principalmente nos ombros, como se estivessem desalinhados. A mutilação mamária provoca mudanças na postura da mulher, gerando elevação e rotação interna do ombro contralateral à cirurgia, com abdução escapular e contratura da musculatura cervical (JALES; FALCÃO, 2005).

Quando questionadas acerca da sexualidade, 60,4% das mulheres entrevistadas relataram que não possuem vida sexual ativa e 39,6% possuem. A média da idade das mulheres que não possuem vida sexual foi de 61,1 anos, e das que possuem vida sexual ativa foi de 57,2 anos.

A retirada de uma parte do corpo da mulher, em especial a mama, órgão de fundamental importância na formação da identidade feminina, deixa-a abalada nos aspectos sociais e sexuais, com reflexos no relacionamento marital (CAETANO; SOARES, 2005; FUGITA; GUALDA, 2006).

A reconstrução mamária é citada por alguns autores como capaz de oferecer benefícios para a vida sexual das mulheres após cirurgia de câncer de mama (CAMARGO; MARX, 2000; CARVALHO; CORREIA, 1998), e como a maioria das entrevistadas não possui vida sexual ativa, esse pode ser um fator que também contribuiu para a não-realização do procedimento.

Duarte e Andrade (2003) relatam que cirurgias mutiladoras podem afetar a percepção do próprio corpo, implicando mudanças na auto-imagem. Esta pode ser compreendida como a representação mental que o indivíduo tem do próprio corpo, diretamente vinculada à percepção, compondo-se de aspectos fisiológicos, psico-afetivos, cognitivos e relacionais. A

partir desse ponto de vista, a imagem que se faz do próprio corpo é construída e (des)construída ao longo de nossa vivência, a partir de experiências com o mundo exterior. Outra definição de imagem corporal é apresentada por Arantes (2002), que a conceitua como uma imagem mental do *self* físico, que inclui a aparência, condições de saúde, habilidades e sexualidade, além de incluir aquilo que a pessoa acredita que é e como ela sente sobre si mesma, também influenciado através do processo de interação com os outros.

Esse processo dinâmico pode explicar o fato de a maioria das mulheres do presente estudo (64,2%) sentirem-se satisfeitas com sua auto-imagem. No entanto, algumas mulheres apontaram contradições, como o não exercício da sexualidade e a alteração no vestuário.

Outras mulheres acreditam que a imagem corporal não é importante na idade avançada, e a mutilação não é incorporada como problema. Fato apontado no estudo de Caetano e Soares (2005), que, questionando sobre pensamentos e comportamentos relacionados à auto-imagem e auto-estima após cirurgia por câncer de mama, obtiveram como discurso: **para mim não mudou nada no meu corpo. Velha não precisa mais ter peito não. Não serve para nada.**

Lindop e Cannon (2001) estudaram 483 mulheres que realizaram tratamento de câncer de mama e 97,5% relataram que é, no mínimo, “importante”, para elas, ter uma boa aparência. No mesmo estudo, mulheres mais jovens (46-53 anos) expressaram maiores necessidades de suporte em relação a mulheres acima de 54 anos. Um dos aspectos mais importantes ao grupo jovem foram questões ligadas à imagem corporal e feminilidade; as mulheres expressavam grande necessidade de ajustamento à nova aparência e a necessidade de serem aceitas pelos parceiros/maridos. Uma possível explicação dos autores é que mulheres mais velhas geralmente se encontram em relacionamentos longos e estáveis, sendo menos afetadas pelas consequências do câncer de mama.

Compreendendo que a aparência física é um dos componentes que integra a imagem corporal, a reconstrução mamária poderia colaborar na auto-imagem das mulheres entrevistadas que relataram insatisfação com a mesma (35,8%), e esta poderia ser restaurada e exercer influência sobre outros aspectos, como a sexualidade, aspectos sociais e emocionais, entre outros.

Reaby (1998) enfatiza que as mulheres precisam compreender que a cirurgia reconstrutiva de mama não deve ser vista como um tratamento estético para satisfazer a vaidade, e sim uma forma de restaurar uma parte do corpo que foi perdida no momento da mastectomia, melhorando a percepção de si mesma.

Muitos estudos investigaram a imagem corporal comparando mulheres com câncer de mama, com e sem reconstrução mamária. No estudo de Al-Ghazal, Fallowfield e Blamey (2000), foi utilizada uma escala de imagem corporal (Body Image Scale) em três grupos de mulheres: com cirurgia conservadora de mama, mastectomia e reconstrução mamária. Foi observada melhor imagem corporal no grupo tratado com cirurgia conservadora, e a pior imagem corporal foi do grupo de mulheres mastectomizadas. Além disso, a satisfação com o resultado estético nas mulheres tratadas com cirurgia conservadora foi superior àquelas tratadas com reconstrução mamária. Embora o tratamento conservador algumas vezes cause maior dificuldade, visto que requer ser complementado com radioterapia e gera maiores gastos do que a mastectomia, a imagem corporal, satisfação com resultado estético e a morbidade psicossocial foram avaliados como melhores no grupo conservador.

Pusic et al. (1999) encontraram menor nível de imagem corporal nas mulheres submetidas à mastectomia. Os autores não encontraram diferenças significativas entre as pacientes submetidas à cirurgia conservadora e à reconstrução mamária, em aspectos relacionados ao conforto com a aparência.

Janni et al. (2001) analisaram 76 mulheres submetidas à mastectomia e 76 submetidas à cirurgia conservadora, no período médio de 3,8 anos após a cirurgia. As mulheres mastectomizadas demonstraram menor satisfação com o resultado estético da cirurgia, maior estresse emocional e mudança crítica na aparência física.

Comparando a imagem corporal de mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata e tardia, Wilkins et al. (2000) encontraram baixos índices de imagem corporal no pré-operatório de 89 mulheres submetidas à reconstrução mamária tardia, quando comparadas a 161 mulheres submetidas à reconstrução imediata. No pós-operatório de 1 ano, houve melhora significativa na imagem corporal do grupo com reconstrução mamária tardia. Em relação à técnica realizada, mulheres submetidas à reconstrução mamária com tecido autólogo obtiveram melhores pontuações de imagem corporal no pós-operatório quando comparadas às mulheres que realizaram a técnica de implante de silicone.

A imagem corporal sofre influência de outros aspectos relacionados ao tratamento de câncer de mama. No estudo realizado por Duarte e Andrade (2003), para algumas mulheres, a grande preocupação não era com a perda da mama, que dizem ser mais fácil esconder, e sim com a queda de cabelos, pois representa um sinal mais visível da doença. Além disso, também encontravam dificuldade de se tocarem após a cirurgia.

No presente estudo, 92,5% das mulheres relataram que sentem bem em relação à cirurgia quando estão com roupa. Portanto, para 58,5% das mulheres que relataram fazer uso

de prótese externa, a prótese possivelmente colabora nas vestimentas. No entanto, ao estar “sem roupa”, a maioria das mulheres (62,3%) alegou não se sentir bem. Esse dado contrasta com o resultado obtido na questão sobre auto-imagem, visto que apenas 35,8% das entrevistadas relataram estar insatisfeitas com a mesma. Nem todas as mulheres relataram fazerem uso de “biquíni/maiô”; no entanto, das que fazem uso, 87,1% se sentem bem.

Esses dados são concordantes com aqueles encontrados por Pusic et al. (1999), resultantes da análise de 267 mulheres, e que relataram não haver diferença significativa entre os grupos com mastectomia, reconstrução mamária e cirurgia conservadora de mama quando questionaram sobre o conforto da aparência “com roupa”. Apenas o grupo de mulheres mastectomizadas obteve menor conforto na situação “sem roupa”.

Essa dificuldade em se adaptar diante da nova imagem corporal gerou tanto aumento como diminuição das atividades de lazer para a maioria das mulheres (58,5%) do presente estudo, o que evidencia duas posições opostas de enfrentamento da doença.

Os fatores que influenciaram a redução das atividades de lazer compreendem o isolamento e a negação da auto-imagem (41,9%), preocupações com auto-cuidado e a presença de limitações (22,6%) após o câncer de mama. Já os fatores que aumentaram as atividades de lazer estão relacionados à valorização da vida (29%), entre outros (6,5%). Apenas 41,5% das entrevistadas relataram que continuam realizando suas atividades de lazer normalmente.

Sabe-se que as atividades de lazer colaboram na proteção da saúde mental e está associada positivamente a uma melhora da adaptação e integração social, por permitir o encontro entre as pessoas. Funciona, ainda, como amortecedor do estresse, enquanto a sua ausência é tida como empobrecedora da qualidade de vida (PONDÉ; CAROSO, 2003).

A reconstrução mamária poderia gerar um impacto positivo para aquelas mulheres que relataram não estar realizando suas atividades de lazer devido ao isolamento e negação da auto-imagem, colaborando no bem-estar psicológico e social.

Os fatores relacionados à preocupação com auto-cuidado e à presença de limitações após a cirurgia corresponderam à metástase, ao aumento do peso com o tratamento, à fadiga, à incapacidade funcional com o membro superior, ao linfedema e à recomendação de evitar o sol por causa da cirurgia.

Após cirurgia com dissecação dos linfonodos axilares, a mulher é orientada a não realizar movimentos bruscos com o membro superior, a evitar infecções nesse membro, a não permitir colocação de agulhas, etc. (CANTINELLI et al., 2006). Além disso, no período do pós-operatório imediato, a própria incisão e a presença de drenos denunciam a necessidade de

cuidados pelas mulheres (FERREIRA; MAMEDE, 2003). Esses cuidados podem gerar, em algumas mulheres, preocupação excessiva, resultando em diminuição do lazer, como foi demonstrado no presente estudo. Bergmann et al. (2006) ressaltam que esses cuidados devem ser repassados de forma criteriosa para que não haja um sentimento de incapacidade e impotência física.

A orientação de Bergmann et al. (2006) é pertinente, e deve ser refletida nos serviços de reabilitação, visto que o excesso de auto-cuidado pode ter influenciado as mulheres estudadas a priorizarem a saúde em detrimento do lazer.

As mulheres entrevistadas que apresentaram comportamento positivo no enfrentamento da doença, afirmaram que, após o câncer de mama, sentem-se mais tranquilas e desligadas, passaram a pensar mais nelas, procurando realizar as suas vontades. O tratamento no Rema foi relatado pelas mulheres como um fator que possibilitou maior convívio social, aumentando o lazer. A melhora na situação financeira devido à aposentadoria e o fato de não trabalhar mais corresponderam a outros fatores que proporcionaram o aumento do lazer.

Sales et al. (2001) avaliaram as atividades de lazer de 50 mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama e observaram que para mais da metade das mulheres (52%), o tratamento não as modificou. Os motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram suas atividades de lazer foram dor, exames frequentes, preocupação, não se sentirem bem ou mesmo a idade avançada.

## **6.6 Rede de suporte**

Em relação à rede de suporte, 60,5% das mulheres entrevistadas relataram que houve mudança no relacionamento com o marido/parceiro após a cirurgia de retirada do câncer de mama. Destas, 92,3% relataram que a mudança foi positiva. Este dado aponta que a maioria das mulheres estudadas recebeu apoio do marido/parceiro durante o enfrentamento da doença.

No estudo de Rodrigues et al. (1998), a maioria das mulheres, em seus depoimentos, relatou ter recebido considerável suporte emocional proveniente do marido após o diagnóstico de câncer de mama.

Considerando o relacionamento familiar, 69,8% das mulheres entrevistadas relataram que houve mudança, e destas, 83,8% apontaram como positiva. Para Ferreira, Franco e

Queiroz (2002), uma das formas de as mulheres enfrentarem a doença é poder contar com uma rede de apoio — principalmente a família, considerada por Rodrigues et al. (1998) como fonte de elementos satisfatórios para continuidade do tratamento e readaptação física, social e mental da mulher com câncer.

Caliri, Almeida e Silva (1998) relatam que, para enfrentar a difícil experiência do câncer, as mulheres esperam que a família e os amigos mais próximos dêem o suporte físico e emocional que precisam.

Sobre a posição da família em relação à cirurgia reconstrutiva, 35,8% das mulheres relataram que sua família é a favor da reconstrução; 34% relataram que a família é contra a cirurgia reconstrutiva e 30,2% não sabiam qual a posição dos familiares. As mulheres entrevistadas que relataram ter conversado com a família sobre a reconstrução correspondeu a 35,8%, conforme demonstrado anteriormente. Esse dado sugere que muitas mulheres podem não ter discutido com a família sobre o assunto, apesar de já terem ouvido sua opinião.

Dentre as mulheres cujas famílias são contrárias à cirurgia reconstrutiva, 2 delas não souberam responder o motivo, enquanto para as 16 restantes, 75% disseram que o motivo principal é o fato de a cirurgia levar a um maior sofrimento e complicações; 12,5% atribuem à mulher uma idade avançada; 6,3% possuem medo de hospital e 6,3% das famílias desvalorizam a estética.

Para Duarte e Andrade (2003), o diagnóstico do câncer é visto como uma ameaça para a mulher e sua família em todas as esferas de sua vida. A dinâmica familiar acaba sendo alterada por ocasião da doença, e vários medos começam a fazer parte do cotidiano.

Bergamasco e Ângelo (2001) relataram que a família é considerada pela mulher como uma importante fonte de ajuda física e emocional, colaborando efetivamente nas decisões e questões relacionadas ao tratamento. Portanto, possivelmente, as mulheres do presente estudo cujas famílias são contrárias à cirurgia reconstrutiva (34,0%) refletem sobre a opinião de seus familiares, o que pode contribuir para a não realização do procedimento.

Sobre o relacionamento social em relação a amigos(as) e vizinhos(as), 41,5% das mulheres entrevistadas notaram que houve mudanças, enquanto para 58,5%, não houve. Entre aquelas que notaram mudanças no relacionamento social, para 77,3% a mudança foi positiva.

As relações sociais podem se modificar pela presença do câncer. Isso pode ocorrer tanto para o paciente quanto para seus familiares e amigos. Questões como perda do poder aquisitivo, isolamento social, tensão familiar, manutenção dos laços de amizade, capacidade de manter o emprego ou os estudos são comuns e desafiam os indivíduos que convivem com o câncer (SILVA; HORTALE, 2006).

Sales et al. (2001) avaliaram 50 mulheres submetidas à mastectomia e quadrantectomia. Os autores observaram que o relacionamento familiar e social não mudou para 60% das mulheres, após o diagnóstico e tratamento. As demais (40%) relataram mudança tanto positiva quanto negativa. A “atenção das pessoas” foi a mudança positiva relatada com maior frequência. Já as mudanças negativas estão relacionadas tanto a “dificuldades da paciente” (depressão, isolamento, vergonha, diminuição do prazer sexual) como ao “comportamento das outras pessoas” (distanciamento, curiosidade, discriminação). Quanto às fontes de apoio, quase a totalidade das mulheres estudadas (96%) revelou que teve apoio de alguns ou de todos os membros da família, principalmente dos filhos, para o enfrentamento da doença e tratamento.

### **6.7 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde**

No presente estudo, observamos que a consistência interna da escala de qualidade de vida MOS-SF36 na população estudada foi elevada (Alpha de Cronbach geral = 0,92).

Analisando separadamente cada domínio que compõe o MOS-SF36, quase todos apresentaram um ótimo nível de consistência interna. O domínio que apresentou menor coeficiente de Alfa de Cronbach foi o “estado geral de saúde” (0,64), estando abaixo do valor adotado por este estudo (0,7).

No presente estudo, alguns domínios que integram a dimensão física da saúde receberam escore baixo: “dor” (54,43); “aspectos físicos” (59,43) e “capacidade funcional” (69,90). Esses dados sugerem a presença de seqüelas físicas decorrentes do tratamento de câncer de mama, como a presença de dor, limitação e dificuldade durante as atividades diárias, bem como a redução das mesmas. Novamente, sugere-se que os problemas de ordem física observados nas mulheres deste estudo podem ter gerado prioridade para sua resolução, colaborando para a não-realização de reconstrução mamária.

Alguns domínios que integram a saúde mental obtiveram elevado escore: “aspectos sociais” (71,00) e “aspectos emocionais” (72,32), revelando pouca influência de problemas emocionais nas atividades diárias e sociais relacionadas à família, a vizinhos, amigos ou a outros grupos. Apenas o domínio “saúde mental”, que também integra a dimensão da saúde



mental, recebeu escore baixo (64,30), demonstrando que muitas mulheres estavam nervosas, deprimidas, desanimadas e abatidas, além de demonstrar pouca tranquilidade e felicidade.

Os domínios que compõem igualmente a dimensão física e mental da saúde comportaram-se diferentemente: o domínio “vitalidade” obteve escore baixo (62,17), demonstrando prejuízos no sentir-se cheia de forças e com muita energia, e a tendência de sentir-se esgotada e cansada; o domínio “estado geral de saúde” obteve maior escore (74,81), revelando que são mulheres que se consideram saudáveis e com saúde excelente, não adoecem facilmente e acreditam que a sua saúde vai melhorar. Esse dado aponta otimismo e sensação de bem-estar geral com a saúde; no entanto, acrescenta-se o fato de o domínio “estado geral de saúde” ter apresentado o menor coeficiente de Alfa de Cronbach (0,64) do presente estudo.

Na questão sobre “saúde comparada”, a maioria das mulheres (43,4%) relatou que a sua saúde está “quase a mesma coisa” quando comparada à saúde de um ano atrás. Possivelmente esse resultado ocorreu porque o período médio decorrido após a cirurgia e a entrevista foi de 5,81 anos. Em seguida, para 22,6% das mulheres, a saúde foi avaliada como “um pouco pior agora”, e para 5,6%, “muito pior agora” quando comparada à saúde de um ano atrás. Esse fato pode colaborar para a não-opção das mulheres realizarem a reconstrução da mama. 17% relataram que a saúde está “um pouco melhor agora”, enquanto 11,3% avaliaram a saúde como “muito melhor agora”.

Vários estudos avaliaram a qualidade de vida em mulheres após câncer de mama. Cocquyt et al. (2003) avaliaram a qualidade de vida entre dois grupos de 21 mulheres submetidas a tratamento conservador de mama (tempo médio de 36 meses após cirurgia) e à reconstrução mamária imediata (tempo médio de 49 meses após cirurgia), por meio da aplicação do questionário MOS-SF36. Os autores não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos nos oito domínios que compõem a avaliação.

Wilkins et al. (2000) avaliaram apenas quatro domínios que compõem a qualidade de vida, por meio do questionário MOS-SF36: “aspectos emocionais”, “vitalidade”, “saúde mental” e “aspectos sociais”. A avaliação foi realizada no pré-operatório de 89 mulheres submetidas à reconstrução mamária tardia e no pré-operatório de 161 mulheres submetidas à reconstrução imediata. O grupo de mulheres com reconstrução mamária imediata obteve menor pontuação no pré-operatório nos quatro domínios avaliados, possivelmente pelo impacto psicológico negativo do diagnóstico de câncer de mama. As mulheres do grupo de reconstrução tardia obtiveram melhor pontuação no pré-operatório nos quatro domínios citados, possivelmente porque elas já completaram o tratamento de câncer e tiveram meses ou

anos de experiência no enfrentamento do câncer de mama. Em seguida, os autores aplicaram o questionário de qualidade de vida, novamente após um ano de cirurgia reconstrutiva, nos dois grupos. Os resultados demonstraram aumento significativo da qualidade de vida nos quatro domínios avaliados no grupo com reconstrução mamária imediata. O grupo com reconstrução mamária tardia também obteve significativo aumento da qualidade de vida nos domínios “aspectos emocionais”, “vitalidade” (principalmente nas mulheres submetidas à técnica de implante em vez de tecido autólogo, possivelmente pela menor morbidade no pós-operatório) e “saúde mental”, sem nenhum ganho no domínio “aspectos sociais”.

Pusic et al. (1999), aplicaram o questionário MOS-SF36 em 267 mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. Nas mulheres mais jovens, o grupo de mastectomizadas obteve pior qualidade de vida, exceto nos domínios “aspectos físicos” e “vitalidade”. Entre as mulheres mais velhas, o grupo com cirurgia conservadora obteve pior qualidade de vida, em todos os domínios. Os autores explicam que, para mulheres jovens, a imagem corporal pode ser um importante componente relacionado à qualidade de vida, e a mastectomia nessas mulheres pode gerar maiores problemas. Em mulheres mais velhas, a imagem corporal pode ser um fator não muito importante. Além disso, mulheres mais velhas podem não tolerar tão bem a radioterapia, considerando a cirurgia conservadora associada à radioterapia mais difícil e desagradável. Não houve diferença significativa entre o grupo com mastectomia e cirurgia conservadora; já o grupo com reconstrução de mama obteve resultados diferentes, pois apresentou melhor qualidade de vida, comparado aos dois grupos.

Brandberg, Malm e Blomqvist (2000) avaliaram a qualidade de vida por meio do MOS-SF36 no pré e pós-operatório (6 e 12 meses) de 75 mulheres submetidas à reconstrução mamária tardia. Houve melhora significativa dos domínios “aspectos sociais” e “saúde mental” após a cirurgia reconstrutiva.

De acordo com os trabalhos apresentados, a qualidade de vida das mulheres com reconstrução mamária foi igual ou maior do que a dos grupos com cirurgia radical ou conservadora de mama, portanto, o procedimento não ofereceu prejuízos à qualidade de vida. A idade também exerceu influência sobre a qualidade de vida, visto que mulheres mais jovens reportaram pior qualidade de vida quando submetidas à cirurgia radical. Portanto, as mulheres jovens com abordagem radical poderiam se beneficiar do procedimento de reconstrução mamária.

### 6.8 Avaliação da Auto-estima

A confiabilidade da escala de Auto-estima de Rosemberg para a amostra pesquisada, medida através da consistência interna dos seus itens, obteve valor de 0,67; portanto, foi abaixo do valor adotado para este estudo (0,7).

Dini, Quaresma e Ferreira (2004) definem auto-estima como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria. Refere-se ao quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma.

No presente estudo, a média da pontuação total da escala de Auto-estima de Rosemberg apresentou-se relativamente alta (34,41), com desvio padrão de 4,05. A pontuação total variou nos seus valores mínimos e máximos, entre 22 a 40 pontos. A elevada pontuação da auto-estima reflete que as mulheres buscaram alternativas positivas durante o enfrentamento das condições impostas pelo câncer de mama e seu tratamento.

A média mais baixa correspondeu à questão 8 (média de 2,55): *“eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma (dar-me mais valor)”*. Em seguida, a média mais baixa foi atribuída à questão 6 (média de 3,13) : *“as vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)”*, demonstrando novamente as conseqüências que o tratamento de câncer de mama impõem na retomada dos papéis os quais as mulheres exerciam antes da cirurgia.

Al-Ghazal, Fallowfield e Blamey (2000) utilizaram a Escala de Auto-estima de Rosemberg em 577 mulheres, subdivididas em três grupos de procedimentos cirúrgicos para tratamento do câncer de mama: cirurgia conservadora (44%), mastectomia (35%) e reconstrução mamária (21%). Foi verificada melhor auto-estima no grupo de mulheres tratadas com cirurgia conservadora, e a pior auto-estima corresponde ao grupo de mastectomizadas.

Al-Ghazal et al. (2000) avaliaram a auto-estima por meio da Escala de Rosemberg no pós-operatório de 121 mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata e tardia. O grupo com reconstrução mamária imediata obteve maior auto-estima.

Oliveira et al. (2006) compararam a auto-estima entre mulheres mastectomizadas, com cirurgia conservadora e sem neoplasia de mama. Os autores encontraram baixa auto-estima nas mulheres que se submeteram à cirurgia (radical ou conservadora), concluindo que a perda da mama ou parte dela significa mutilação, o que implica perda da auto-estima.

## 7. CONCLUSÕES

O presente estudo buscou descrever aspectos relacionados à não-realização de reconstrução mamária em mulheres submetidas a tratamento por câncer de mama. O estudo não estabeleceu relações entre as variáveis, uma vez que se trata de uma abordagem descritiva e exploratória. Foi realizada a caracterização sócio-demográfica das mulheres, e também foram investigados dados acerca da doença e do tratamento realizado, além de questões relacionadas ao conhecimento e orientação sobre cirurgia reconstrutiva de mama, à satisfação com o corpo, à rede e suporte e à qualidade de vida e auto-estima da mulher.

A amostra estudada foi composta predominantemente por mulheres com idade superior a 50 anos no momento da entrevista, bem como no momento da retirada do tumor, com tempo médio decorrido após a cirurgia de 5,81 anos. Houve predomínio da cirurgia de mastectomia, acompanhada da utilização de prótese mamária externa.

Os dados indicam que a maioria das mulheres possuía conhecimento da cirurgia reconstrutiva, possivelmente por participar de um núcleo de reabilitação específico de câncer de mama, ainda que elas não tivessem sido orientadas pelo médico sobre a possibilidade de reconstrução no momento da retirada do tumor. Os dados também apontam que a maior parte das mulheres possuía baixo nível de escolaridade.

A maioria das mulheres entrevistadas teve contato com outras pacientes submetidas à reconstrução mamária e, ao serem questionadas acerca dos resultados dessa técnica, grande parte delas considerou-os “satisfatórios”. No entanto, quando questionadas acerca da possibilidade de realizarem a cirurgia, essas mulheres responderam “não”, apesar de sentirem-se na idade ideal.

A maioria relatou, ainda, que a cirurgia é de longa duração, envolve muitas etapas e que existe a possibilidade de complicações na mama reconstruída. O medo de fazer uma cirurgia reconstrutiva foi relatado pela maioria das entrevistadas, principalmente por sofrimento e complicações após a técnica.

Na satisfação com o corpo, a maioria das mulheres afirmou ter liberdade em usar qualquer tipo de roupa e estar satisfeita com a imagem corporal. No entanto, grande parte das pacientes relatou não possuir vida sexual ativa, apesar de ter notado mudanças positivas no relacionamento com o marido/parceiro após o câncer de mama.

Sobre o lazer, houve tanto aumento quanto diminuição das atividades para grande parte das mulheres, predominando, no que concerne à redução das atividades, causas como o

isolamento e negação da auto-imagem ou preocupações com auto-cuidado e presença de limitações.

As seqüelas físicas do tratamento de câncer de mama foram observadas durante a aplicação do MOS-SF36, e interferiram na qualidade de vida da amostra estudada. Houve menor escore nos domínios relacionados principalmente à dimensão física da saúde: “dor”, “aspectos físicos”, “capacidade funcional”, o que pode demonstrar possível prioridade à saúde física em detrimento da reconstrução mamária. Outros domínios, como “vitalidade” e “saúde mental”, também receberam escore baixo, revelando sentimento de fadiga e cansaço, pouca energia, bem como nervosismo, depressão, abatimento e desânimo.

A média da pontuação total da escala de Auto-estima de Rosemberg apresentou-se relativamente alta, significando adaptação e ajustamento positivo em face das novas condições impostas pelo tratamento de câncer de mama.

Diante do conjunto de resultados aqui apresentados, novos estudos podem ser elaborados a fim de esclarecer quais são os fatores decisivos responsáveis pela opção de não-realização da cirurgia reconstrutiva de mama, possibilitando práticas mais específicas e direcionadas dos profissionais que lidam com essa temática. Sabe-se que grande parte desses profissionais não está devidamente preparada para fornecer informações às mulheres, deixando de contribuir de forma eficaz para a tomada de decisão com relação à cirurgia reconstrutiva.

Deve-se investigar também se, de fato, a cirurgia reconstrutiva garante grandes benefícios à qualidade de vida e auto-estima da mulher após o câncer de mama, visto que muitas mulheres do presente estudo demonstraram adaptação positiva à doença e ao seu tratamento, mesmo sem ter realizado a técnica de reconstrução mamária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: <[www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2007.

ACEVEDO, J. C. B.; ROSSAT, C. A.; GUTIÉRREZ, J. C.; REYES, J. M. V. Câncer de mama: Experiencia Del Centro Integral de La Mama de Clínica Las Condes 1996-2005. *Rev. Med. Clin. Condes*, v. 17(4), p. 248-255, 2006.

ALDERMAN, A. K.; WILKINS, E. G.; KIM, H. M.; LOWERY, J. C. Complications in postmastectomy breast reconstruction: two-year results of the Michigan Breast Reconstruction outcome study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 109(7), p. 2265-2274, jun. 2002.

AL-GHAZAL, S. K.; FALLOWFIELD, L.; BLAMEY, R. W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, v. 36, p. 1938-1943, 2000.

AL-GHAZAL, S. K.; SULLY, L.; FALLOWFIELD, L.; BLAMEY, R. W. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, v. 26, p. 17-19, 2000.

AMARAL, M. T. P.; TEIXEIRA, L. C.; DERCHAIN, S. F. M.; NOGUEIRA, M. D.; PINTO E SILVA, M. P.; GONÇALVES, A. V. Orientação domiciliar: proposta de reabilitação física para mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 14(5), p. 405-413, set./out. 2005.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9(6), p.37-41, 2001.

ARANTES, S. L. *A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado*. 2002. 184f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ARAÚJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G.; SANTANA, C. C.; ARAÚJO, E. M.; PINHO, P. S. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14(2), p. 260-269, abr./jun. 2006.

AUGUST, D. A.; WILKINS, E.; REA, T. Breast reconstruction in older women. *Surgery*, v. 115(6), p. 663-668, jun. 1994.

AVELAR, A. M. A.; DERCHAIN, S. F. M.; CAMARGO, C. P. P.; LOURENÇO, L. S.; SARIAN, L. O. Z.; YOSHIDA, A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 15(1), p. 11-20, jan/fev. 2006.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Merleau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 13, p. 188-193, 2005.

BARAÚNA, M. A.; CANTO, R. S. T.; SCHULZ, E.; SILVA, R. A. V.; SILVA, C. D. C.; VERAS, M. T. S.; FREITAS, V. R.; SILVA, V. C. C.; BARAÚNA, K. M. P.; BARAÚNA, P. M. P. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 50(1), p. 27-31, 2004.

BARBOSA, R. C. M.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. *Acta Paul. Enf.*, v. 17(1), p. 18-24, jan./mar. 2004.

BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, v. 12(3), p. 30-35, 2005.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47(3), p. 277-282, 2001.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 50(4), p. 311-320, 2004.

BERGMANN, A.; RIBEIRO, M. J. P.; PEDROSA, E.; NOGUEIRA, E. A.; OLIVEIRA, A. C. G. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do câncer III / INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 52(1), p. 97-109, 2006.

BERRY, M. G.; AL-MUFTI, R. A. M.; JENKINSON, A. D.; DENTON, S.; SULLIVAN, M.; VAUS, A.; CARPENTER, R. An audit of outcome including patient satisfaction with immediate breast reconstruction performed by breast surgeons. *Ann R. Coll. Surg. Engl.*, v. 80, p. 173-177, 1998.

BRANDBERG, Y.; MALM, M.; BLOMQUIST, L. A prospective and randomized study, "SVEA", comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 105(1), p. 66-73, jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2008. Incidência de câncer no Brasil. Instituto Brasileiro de câncer. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5)>. Acesso em: 12 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a Cirurgia Plástica Reparadora da mama pela rede do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/cancer.html>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

BRUNER, D. W.; BOYD, C. P. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing*, v. 21(6), p. 438-447, 1998.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 13, p. 210-216, 2005.

CALIRI, M. H. L.; ALMEIDA, A. M.; SILVA, C. A. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 44(3), p. 239-247, 1998.

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca, 2000. 188p.

CANTINELLI, F. S.; CAMACHO, R. S.; SMALETZ, O.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; RENNO JÚNIOR, J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiq. Clin.*, v. 33(3), p. 124-133, 2006.

CARVALHO, F. R.; CORREIA, C. M. Reconstrução Mamária pós-mastectomia: dez anos de experiência no Hospital de Santarém. *Acta Médica Portuguesa*, Santarém, v. 11, p. 153-161, 1998.

CÁSSIA, S.; ARCHANGELO, V.; SABINO NETO, M.; VEIGA, D. F.; OLIVEIRA, A. C. S.; ELY, P. B.; ARCHANGELO JÚNIOR, I.; JULIANO, Y.; FERREIRA, L. M. Impacto de fatores clínico-epidemiológicos sobre a opção de reconstrução mamária após mastectomia. *Rev. Bras. Mastol.*, v. 3, p. 113-116, 2006.



CHAGAS, C. R.; TONELLOTO, F.; CARNEIRO, S. M.; SILVA, A. A.; NAJJAR, L. Mastectomia redutora de risco. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 2, p. 51-57, 2006.

CHANG, D. W.; YOUSSEF, A.; CHA, S.; REECE, G. P. Autologous Breast Reconstruction with the extended latissimus dorsi flap. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Texas, v. 110(3), p. 751-759, sept. 2002.

CHEROTO FILHO, A.; CRISTANTE, A. F.; BAUTZER, C. R. D.; PINTO, C. G.; GOLDEMBERG, D. C. Distúrbios autoimunes associados aos implantes mamários de silicone. *Rev. Med.*, São Paulo, v. 78(7), p. 536-554, nov./dez. 1999.

CICCONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. Reumatolog.*, v. 39(3), p. 143-150, mai./jun. 1999.

CICCONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey (SF-36)".* 1997. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CIUCCI, J. L.; KRAPP, J. C.; SORACCCO, J. E.; AYGUAVELLA, J.; MARCOVECCHIO, L. D.; SALVIA, C.; GEREZ, S.; FELICIA, C.; BELCZAK, C. E. Q.; ISOLA, M. C.; LAMUEDRA, I.; ROSALES, S. Clínica e evolução na abordagem terapêutica interdisciplinar em 640 pacientes com linfedema durante 20 anos. *J. Vasc. Br.*, v. 3(1), p. 72-76, 2004.

COCQUYT, V. F.; BLONDEEL, P. N.; DEPYPERE, H. T.; SIJPE, K. A. V.; DAEMS, K. K.; MONSTREY, S. J.; BELLE, J. P. V. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing reconstruction compared to breast conservative treatment. *The British Association of Plastic Surgeons*, v. 56, p. 462-470, 2003.

CONDE, D. M.; PINTO-NETO, A. M.; FREITAS JÚNIOR, R. F.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 28(3), p. 195-204, 2006.

CONTANT, C. M. E.; WERSCH, A. M. E. A.; WIGGERS, T.; WAI, R. T. J. W.; GEEL, A. N. Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient Education and Counseling*, v. 40, p. 201-208, 2000.

COOPERSMITH, S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman, 1967.

COSTA, L. J. M.; VARELLA, P. C. S.; GIGLO, A. Weight changes during chemotherapy for breast cancer. *Revista Paulista de Medicina*, v. 120(4), p. 113-117, 2002.

COSTA, V. T.; ALVES, P. C.; LUNARDI, V. L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre o ser cuidado. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14(1), p. 27-31, jan./mar. 2006.

CRIPPA, C. G.; HALLAL, A. L. C.; DELLAGIUSTINA, A. R.; TRAEBERT, E. E.; GONDIN, G.; PEREIRA, C. Perfil clínico e epidemiológico de câncer de mama em mulheres jovens. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 32(3), p. 50-58, 2003.

DEADMAN, J. M.; LEINSTER, S. J.; OWENS, R. G.; DEWEY, M. E.; SLADE, P. D. Taking responsibility for cancer treatment. *Social Science & Medicine*, v. 53, p. 669-677, 2001.

DINI, G. M. *Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosemberg*. 2001. 114p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosemberg. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.*, São Paulo, v. 19(1), p. 41-52, jan./abr. 2004.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, v. 8(1), p. 155-163, 2003.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc. Sci. Med.*, v. 41(10), p. 1439-1446, 1995.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley, 2000.

FEE-FULKERSON, K.; CONAWAY, M. R.; WINER, E. P.; FULKERSON, C. C.; RIMER, B. K.; GEORGIADE, G. Factors contributing to patient satisfaction with breast reconstruction using silicone gel implants. *Pastic and Reonstrutive Surgery*, v. 97(7), p. 1420-1426, jun. 1996.

FERREIRA, M. *Antropometria e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres idosas*. 2005. 227f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERREIRA, M. L. S. M.; FRANCO, C. B.; QUEIROZ, F. C. Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, v. 11(1), p. 47-54, jan./abr. 2002.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11(3), p. 299-304, maio/jun. 2003.

FREITAS JÚNIOR, R.; RIBEIRO, L. F. J.; TAIA, L.; KAJITA, D.; FERNANDES, M. V.; QUEIROZ, G. S. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 23(4), p. 205-208, 2001.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 40(4), p. 501-506, 2006.

GOMES, F. A.; PANOBIANCO, M. S.; FERREIRA, C. B.; KEBBE, L. M.; MEIRELLES, M. C. C. C. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 11, p. 292-295, 2003.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18(1), p. 197-204, jan./fev. 2002.

HAES, J. C. J. M.; CURRAN, D.; AARONSON N. K.; FENTIMAN, I. S. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *European Journal of Cancer*, v. 39, p. 945-951, 2003.

HANDEL, N.; SILVERSTEIN, M. J.; WAISMAN, E.; WAISMAN, J. R. Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plastic and Reconstitutive Surgery*, v. 86(6), p. 1118-1122, dec. 1990.

HARCOURT, D.; RUMSEY, N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, v. 35(4), p. 477-487, 2001.

HARCOURT, D. M.; RUMSEY, N. J.; AMBLER, N. R.; CAWTHORN, S. J.; REID, C. D.; MADDOX, P. R.; KENEALY, J. M.; RAINSBURY, R. M.; UMPLEBY, H. C. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plastic and Reconstitutive Surgery*, v. 111(3), p. 1060-1068, mar. 2003.

HOLMES, S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. *International J. Nurs. Stud.*, v. 42(4), p. 493-501, 2005.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2003. 376p.

ISHIKAWA, N. M.; DERCHAIN, S. F. M.; THULER, L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51(4), p. 313-318, 2005.

JALES, W. L.; FALCÃO, K. P. M. Recuperação clínica das mastectomizadas através da fisioterapia. *Revista FisioBrasil*, n. 72, p. 16-20, jul/ago. 2005.

JANNI, W.; RJOSK, D.; DIMPFL, T.; HAERTL, K.; STROBL, B.; HEPP, F.; HANKE, A.; BERGAUER, F.; SOMMER, H. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer – long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann. Surg. Oncol.*, v. 8(6), p. 542-548, 2001.

JESUS, L. L. C.; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 11, p. 208-211, 2003.

JOHANSEN, J.; OVERGAARD, J.; ROSE, C.; ENGELHOLM, S. A.; GADEBERG, C. C.; KJAER, M.; KAMBY, C.; JUUL-CHRISTENSEN, J.; BLICHERT-TOFT, M.; OVERGAARD, M. Cosmetic outcome and breast morbidity in breast-conserving treatment. *Acta Oncologica*, v. 41, p. 369-380, 2002.

KEITH, D. J.; WALKER, M. B.; WALKER, L. G.; HEYS, S. D.; SARKAR, T. K.; HUTCHEON, A. W.; EREMIN, O. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears, and hopes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 111(3), p. 1051-1059, mar. 2003.

KENNY, P.; KING, L. M.; SHIELL, A.; SEYMOUR, J.; HALL, J.; LANGLANDS, A.; BOYAGES, J. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *The breast*, v. 9, p. 37-44, 2000.

LEAL, P. R.; CAMMAROTA, M. C.; PALMA, L.; SBALCHIERO, J.; CARMO, P. A. O.; ANLICOARA, R. Reconstrução imediata de mama: avaliação das pacientes operadas no Instituto Nacional de Câncer no período de junho de 2001 a junho de 2002. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 13(4), p. 149-158, 2003.

LEE, J. W.; CHANG, T. Extended latissimus dorsi musculocutaneous flap for breast reconstruction: experience in Oriental patients. *British Journal of Plastic Surgery*, v. 52, p. 365-372, 1999.

LINDOP, E.; CANNON, S. Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, v. 34(6), p. 760-771, 2001.

LOUVEIRA, M. H.; KEMP, C.; VILAR, V. S.; MARTINELLI, S. E.; SPADONI, C. G. B.; GRACINO, A.; SZEJNFELD, J. Contribuição da mamografia e da ultra-sonografia na avaliação da mama reconstruída com retalho miocutâneo. *Radiol. Bras.*, v. 39(1), p. 63-67, 2006.

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

MALATA, C. M.; MCINTOSH, S. A.; PURUSHOTHAM, A. D. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *British Journal of Surgery*, v. 87, p. 1455-1472, 2000.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51(2), p. 149-154, 2005.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, v. 28(4), p. 214-219, 2006.

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. 2. ed., New York: Harper & How, 1970.

MCPHAIL, G.; WILSON, S. Women's experience of breast conserving treatment for breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, v. 9, p. 144-150, 2000.

MEDEIROS, A. C.; LIMA, F. P.; DANTAS FILHO, A. M.; MELO, N. M. C.; AZEVÊDO, I. M. A nicotina atua como fator deletério na reparação da parede abdominal. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 18(1), p. 19-23, 2003.

MELCHIOR, F. O. *Efeitos da ginástica postural global – Isostretching, na recuperação dos movimentos do braço homolateral à cirurgia de câncer de mama*. 2007. 82p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MELO, E. M.; ARAUJO, T. L.; OLIVEIRA, T. C.; ALMEIDA, D. T. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48(1), p. 21-28, 2002.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necesario. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 5(1), p. 7-18, 2000.

MOLENAAR, S.; SPRANGERS, M. A. G.; RUTGERS, E. J.; LUITEN, E. J. T.; MULDER, J.; BOSSUYT, P. M. M.; EVERDINGEN, J. J. E.; OOSTERVELD, P.; HAES, H. C. J. M. Decision support for patients with early-stage breast cancer: effects of an interactive breast cancer CDROM on treatment decision, satisfaction, and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, v. 19(6), p. 1676-1687, mar. 2001.

MOURA, E. R. F.; NOGUEIRA, R. A. Atuação de enfermeiras nas ações de controle do câncer de mama em oito unidades de saúde do Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 1(3), p. 269-274, set./dez. 2001.

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação*. Porto Alegre: Artmed, 2005. 300p.

NORDENFELT, L. ed. *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1994. p. 1-15. 283p.

OLIVEIRA, A. C. S.; SABINO NETO, M. S.; VEIGA, D. F.; ARCHANGELO, S. C. V.; ANDRADE, C. H. V.; NOVO, N. F.; FERREIRA, L. M. Mastectomia: impacto na auto-estima das pacientes. *Rev. Bras. Mastol.*, v.(4), p. 156-160, 2006.

OLIVEIRA, M. L. C. Comitês de Ética: pesquisa em seres humanos no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 52(2), p.189-194, abr./jun. 1999.

OLIVEIRA, S. C. Conceitos e generalizações sobre qualidade de vida. *Rev. Cent. Ci. Saúde*, v. 15(1), p. 1-7, 2002.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10(4), p. 544-551, jul./ago. 2002.

PAREDES, H. F.; ALIAGA, N. M.; TREBILCOCK, J. J. G.; PARRA, C. G. Reconstrucción mamaria: análisis crítico, indicaciones y resultados em CLC. *Rev. Med. Clin. Condes*, v. 17(4), p. 237-243, 2006.

PAULINELLI, R. R.; FREITAS JÚNIOR, R.; CURADO, M. P.; SOUZA, A. A. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 3(1), p. 17-24, jan./mar. 2003.

PEREIRA, J. C. *Análise de dados qualitativos*: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 1999. 166p.

PIMENTEL, M. D.; SANTOS, L. C.; GOBBI, H. Avaliação clínica da dor e sensibilidade cutânea de pacientes submetidas à dissecação axilar com preservação do nervo intercostobraquial para tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 20(6), p. 291-296, 2007.

POLEDNAK, A. P. Geographic variation in postmastectomy breast reconstruction rates. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 106(2), p. 298-301, aug. 2000.

POMPEI, S.; BOTTI, C.; ANZA, M. Reconstrução mamária imediata e critérios oncológicos: nossas atuais orientações. *Revista Paulista de Medicina*, v. 108(1), p. 21-25, jan./fev. 1990.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 12(2), p. 163-172, abr./jun. 2003.

PORCHAT, C. A.; SANTOS, E. G.; BRAVO NETO, G. P. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinada à outras cirurgias do abdome. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 31(6), p. 368-372, nov./dez., 2004.

PRADO, M. A. S.; MAMEDE, M. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 12(3), p. 494-502, 2004.

PUSIC, A.; THOMPSON, T.; KERRIGAN, C.; SARGEANT, R.; SLEZAK, S.; CHANG, B.; HELZLSOUER, K.; MANSON, P. Surgical options for early-stage breast cancer: factors associated with patient choice and postoperative quality of life. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 104(5), p. 1325-1333, oct. 1999.

QUADROS, L. G. A.; GEBRIM, L. H. A pesquisa do linfonodo sentinela para o câncer de mama na prática clínica do ginecologista brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 29(3), p. 158-164, 2007.

REABY, L. L. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, v. 101(7), p. 1810-1818, jun. 1998.

RODRIGUES, D. F.; MELO, E. M.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. *Rev. Bras. Cancerologia*, v. 44(3), p. 231-238, 1998.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: grupo de apoio. *R. Enferm. UERJ*, v. 11, p. 64-69, 2003.

ROJAS-MAY, G. Estrategias de intervención psicológica em pacientes com câncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*, v. 17(4), p. 194-197, 2006.

ROSENBERG, M. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press, 1965. 326p.

SALES, C. A. C. C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A. C. Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47(3), p. 263-272, 2001.

SANTOS, G. C.; GONÇALVES, L. L. C. Mulheres Mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. *R. Enferm. UERJ*, v. 14(2), p. 239-244, abr./jun. 2006.

SANTOS, M. J. F. A microcirurgia em reconstrução mamária – o retalho livre miocutâneo do recto anterior do abdômen. *Acta Médica Portuguesa*, Coimbra, v. 11, p. 253-257, 1998.

SERVAES, P.; VERHAGEN, S.; BLEIJENBER, G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *Eur. J. Cancer*, v. 38, p. 27-43, 2002.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22(10), p. 2055-2066, out. 2006.



SIMON, A. M.; BOUWENSE, C. L.; McMILLAN, S.; LAMB, S.; HAMMOND, D. C. Comparison of Unipedicled and bipedicled TRAM flap breast reconstructions: assessment of physical function and patient satisfaction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 113(1), p. 136-140, jan. 2004.

SPYROU, G. E.; TITLEY, O. G.; CERQUEIRO, J.; FATAH, M. F. A survey of general surgeons' attitudes towards breast reconstruction after mastectomy. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, v. 80, p. 178, 1998.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assesment of quality of life outcomes. *N. Engl. J. Méd.*, v. 334(13), p.835-839, 1996.

TODESCHINI, D.; FABRIS JÚNIOR, S.; BORTOLUZZI, G. P.; PACHECO, S. S. Aspectos psicossociais do câncer de mama. *Acta Médica Porto Alegre*, p. 339-347, 1994.

TYKKA, E.; ASKO-SELJAVAARA, S.; HIETANEN, H. Patient's satisfaction with breast reconstruction and reduction mammoplasty. *Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.*, v. 35, p. 399-405, 2001.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 39(1), p. 20-27, 2005.

VEIGA, D. F.; VEIGA FILHO, J.; BRUNO, P. A.; SABINO NETO, M.; GARCIA, E. B.; FERREIRA, L. M. Reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal desepidermizado. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 11(3), p. 113-116, 2001.

VELOSO, M. M. X. *Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama*. 2001. 71p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, 2001.

VERDE, S. M. M. L. *Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas conseqüências na qualidade de vida*. 2007. 138p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WANZEL, K. R.; BROWN, M. H.; ANASTAKIS, D. J.; REGEHR, G. Reconstructive breast surgery: referring physician knowledge and learning needs. *Pastic and Reconstructive Surgery*, v. 110(6), p. 1441-1450, nov. 2002.

---

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Med Care*, v. 30, p. 473-483, 1992.

WEIHERMANN, A. M. C. Usando um referencial cultural para cuidar mulheres que tiveram câncer de mama. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 9(2), p. 673-682, mai./ago. 2000.

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life assessment - position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, v. 41(10), p. 1403-1409, 1995.

WILKINS, E. G.; CEDERNA, P. S.; LOWERY, J. C.; DAVIS, J. A.; KIM, H. M.; ROTH, R. S.; GOLDFARB, S.; IZENBERG, P. H.; HOUIN, H. P.; SHAHEEN, K. W. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one year postoperative results from the Michigan breast reconstruction outcome study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 106(5), p. 1014-1025, oct. 2000.

## APÊNDICE

## Apêndice A

**I- Identificação**

Nº de ordem: \_\_\_\_\_

1. Data de nascimento? (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 2. Procedência

 Ribeirão Preto     Estado de São Paulo

## 3. Raça/cor:

 Branca                       Não-Branca

## 4. Qual a sua religião?

 Católica                       Evangélica                       Outras

## 5. Grau de instrução do chefe da família:

- Analfabeta / Primário incompleto  
 Primário completo / Ginásial incompleto  
 Ginásial completo / Colegial incompleto  
 Colegial completo / Superior incompleto  
 Superior completo

## 6. Grau de instrução da entrevistada:

- Analfabeta / Primário incompleto  
 Primário completo / Ginásial incompleto  
 Ginásial completo / Colegial incompleto  
 Colegial completo / Superior incompleto  
 Superior completo

## 7. Qual a sua ocupação?

 Empregada                       Não-empregada                       Aposentada

## 8. Contribui para a renda familiar?

 Sim                                       Não

## 9. Qual o seu estado civil?

 Casada/ união estável                       Solteira                       Separada/divorciada                       Viúva

10. Número de filhos: \_\_\_\_\_

## 11. Quantos itens você tem em casa?

- |                                |                                    |                            |                            |                            |                                 |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| a. Televisores (em cores)      | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| b. Rádio                       | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| c. Banheiro                    | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| d. Automóvel                   | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| e. Empregada fixa (mensalista) | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| f. Aspirador de pó             | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| g. Máquina de lavar roupas     | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| h. Vídeo-cassete e/ou DVD      | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| g. Geladeira                   | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| h. Freezer                     | <input type="checkbox"/> não tenho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |

**II- Histórico do câncer de mama**

**1. Data da cirurgia para retirada do câncer:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Tipo de cirurgia realizada para retirada do câncer:**

Mastectomia radical       Mastectomia radical modificada       Quadrantectomia

**3. Lateralidade:**

Direita       Esquerda       Bilateral

**4. Realizou Radioterapia?**

Sim       Não

**5. Realizou Quimioterapia?**

Sim       Não

**6. Limitações atuais após a cirurgia de retirada do câncer de mama**

Diminuição da amplitude de movimento no braço homolateral à cirurgia

Linfedema

Limitações no desempenho das tarefas domésticas

Dor

Outras (citar): \_\_\_\_\_

**7. Houve recorrência do câncer de mama após a cirurgia?**

Sim ( homolateral       contralateral)       Não

**8. Apresenta metástase à distância?**

Sim       Não

**III- Questionário sobre os fatores que influenciaram a decisão de realizar reconstrução de mama:**

**1. Você já ouviu falar de cirurgia reconstrutiva de mama?**

Sim       Não

**2. Se já ouviu falar, como ficou sabendo da cirurgia reconstrutiva de mama?**

Profissionais da saúde

Televisão

Amigas / pacientes

Outros (citar): \_\_\_\_\_

**3. Antes de realizar cirurgia para tratamento do câncer de mama, recebeu orientação do médico sobre a possibilidade de realizar cirurgia reconstrutiva?**

Sim       Não

**4. Sobre o seu conhecimento a respeito da cirurgia reconstrutiva de mama, você entende que:**

	Sim	Não	Não sei
1. Quem fuma pode ter complicações após a cirurgia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utiliza prótese de silicone ou tecido do próprio corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pode ser feita no mesmo momento da cirurgia de câncer ou depois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A cirurgia é de longa duração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Após a cirurgia, pode ocorrer rejeição da prótese.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A cirurgia oferece volume e simetria entre as mamas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A cirurgia deixa cicatrizes na nova mama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A cicatriz pode ficar com quelóide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pode acontecer infecção onde foi realizada a cirurgia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A reconstrução pode fazer o câncer de mama voltar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A reconstrução pode mascarar a recorrência do câncer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Você sabe o número de cirurgias necessárias para finalização da mama reconstruída?**

- Apenas 1 cirurgia  
 De 2 a 3 cirurgias (considera que são muitas etapas?  sim  não)  
 Não sei

**7. Tem medo de realizar cirurgia reconstrutiva?**

- Sim (motivo: \_\_\_\_\_)  Não

**7. Você acha que possui limitações físicas (problemas de saúde) que te impedem de realizar a cirurgia reconstrutiva?**

- Sim  Não

**8. Em relação à idade ideal para realizar a reconstrução, você entende que:**

- Estou na idade ideal para realizar a reconstrução  
 Estou muito velha para realizar a reconstrução

**9. Com quem você já discutiu sobre a possibilidade de realizar reconstrução de mama?**

- Marido/parceiro  Amigos  Profissionais de saúde  
 Família  Ninguém

**10. Se fosse possível, no seu caso, você faria uma cirurgia reconstrutiva de mama?**

- Sim  Não

**11. Qual a posição da sua família quanto à reconstrução de mama?**

- Favorável à reconstrução  
 Contrária à reconstrução (motivo: \_\_\_\_\_)  
 Não sei

**12. Conhece alguém que fez cirurgia reconstrutiva?**

- Não  
 Sim (como você considera o resultado?  ótimo  bom  ruim)  
 (isso influenciou sua escolha?  sim  não)

**13. Notou alguma modificação na postura após a cirurgia de câncer de mama?**

- Sim ( melhora  piora)  Não  Não sei

**14. Você está satisfeita com sua auto-imagem?**

- Sim  Não

**15. Modificou a sua maneira de vestir após a cirurgia de retirada do câncer de mama?**

- Sim  Não

**16. Usa prótese artificial?**

- Sim  Não

**17. Possui liberdade em usar qualquer tipo de roupa?**

- Sim  Não

**18. Sente-se envergonhada em se vestir ao lado das pessoas mais próximas?**

- Sim  Não

**19. Possui vida sexual ativa?**

- Sim  Não

**20. Sua relação com seu parceiro modificou após a cirurgia da mama?**

- Sim ( positivamente  negativamente)  Não

**21. Você continua atualmente realizando suas atividades de lazer que fazia antes da cirurgia de retirada do câncer de mama?**

- Sim  Não (motivo \_\_\_\_\_)

**22. Houve mudança no relacionamento familiar após a cirurgia da mama?**

- Sim ( positivamente  negativamente)  Não

**23. Houve mudança no relacionamento social após a cirurgia da mama?**

- Sim ( positivamente  negativamente)  Não

**24. Como se sente nas situações:**

- |                       |                                       |   |
|-----------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Sem roupa          | <input type="checkbox"/> sinto-me bem | <input type="checkbox"/> não me sinto bem |
| 2. Com roupa          | <input type="checkbox"/> sinto-me bem | <input type="checkbox"/> não me sinto bem |
| 3. Com biquíni / maiô | <input type="checkbox"/> sinto-me bem | <input type="checkbox"/> não me sinto bem |

**25. Você sabe que possui o direito de realizar uma cirurgia reconstrutiva de mama, pelo SUS?**

- Sim  Não

**26. Conhece algum serviço que ofereça a cirurgia reconstrutiva?**

- Sim  Não

**Apêndice B****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

**NOME DA PESQUISA: A não-realização de reconstrução mamária: fatores associados, qualidade de vida e auto-estima.**

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Larissa de Paula Braganholo

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Maria de Almeida

Esta pesquisa pretende descrever os motivos que levaram as mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama a não fazerem uma reconstrução mamária. A coleta de dados será por meio de uma entrevista, com duração de aproximadamente 20 minutos, em sala reservada, na qual será aplicado um questionário individual, registrando dados sobre a identificação da mulher, dados relativos ao câncer de mama e dados relacionados aos fatores que influenciaram na decisão de reconstrução de mama. O estudo será realizado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Não haverá manipulação física, dor ou desconforto durante a pesquisa. A participante responderá apenas perguntas estruturadas, em um único encontro.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, você decidirá pela sua participação ou não neste estudo.

Se você concordar em participar, a você é dado o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar justificativas para essa desistência, retirando seu consentimento a qualquer momento. Essa desistência não fará com que você seja prejudicada em nenhum atendimento dentro deste estabelecimento, tendo a garantia de continuidade de seu tratamento durante e após a conclusão dos trabalhos de pesquisa. Você poderá receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa a que será submetida, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando deste estudo. Você não será identificada em momento algum e será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade, pois apenas ficarão registradas as letras iniciais do seu nome. Não haverá nenhum gasto decorrente da pesquisa, pois a entrevista ocorrerá em seu retorno à Instituição.

Os resultados desta pesquisa poderão nos fornecer condições de entender melhor os fatores que influenciam na decisão de realizar cirurgia reconstrutiva de mama após cirurgia de tratamento de câncer de mama, podendo beneficiar mulheres que têm dificuldade em tomar a decisão acerca dessa cirurgia.

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta pesquisa como forma de contribuir com o responsável que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

Larissa de Paula Braganholo CREFITO N° 56998 Rua Rui Barbosa 882 apto 143 Centro  
Ribeirão Preto CEP 14015-120 Telefone para contato: 3602 3448 ou 9102-0408

## ANEXO

## Anexo A- Questionário de Qualidade de Vida SF-36

**Instruções:** questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente .....1
- Muito boa .....2
- Boa .....3
- Ruim .....4
- Muito ruim .....5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

(circule uma)

- Muito melhor agora do que a um ano atrás .....1
- Um pouco melhor agora do que a um ano atrás .....2
- Quase a mesma de um ano atrás .....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás .....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás .....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes.	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e. Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f. Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h. Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i. Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas como o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu <b>a quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d. Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2



5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?  
(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo ?  
(circule uma)

- De forma nenhuma .....1
- Ligeiramente .....2
- Moderadamente .....3
- Bastante .....4
- Extremamente .....5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ?  
(circule uma)

- Nenhuma .....1
- Muito leve .....2
- Leve .....3
- Moderada .....4
- Grave .....5
- Muito grave .....6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo, tanto o trabalho fora de casa quanto o dentro de casa) ?  
(circule uma)

- De maneira alguma .....1
- Um pouco .....2
- Moderadamente .....3
- Bastante .....4
- Extremamente .....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**.

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de forças ?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6

e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

**10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com a as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?**  
(circule uma)

- Todo o tempo .....1
- A maior parte do tempo .....2
- Alguma parte do tempo .....3
- Uma pequena parte do tempo .....4
- Nenhuma parte do tempo .....5

**11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você ?**  
(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivan- te fal- sa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

---

### Anexo B - Escala de Auto-Estima de Rosenberg

**1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

**2) Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

**3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

**4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

**5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

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

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

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

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

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

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

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

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

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

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. concordo plenamente | 2. concordo            |
| 3. discordo            | 4. discordo plenamente |

### Anexo C – Critério de Classificação Econômica Brasil

(Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – APEP)

#### Sistema de pontos:

<u>Posse de itens</u>	<u>Quantidade de Itens</u>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 ou +</b>
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
DVD e/ou videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

<u>Grau de instrução do chefe da família</u>	<b>Pontos</b>
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

<u>Renda média por classes</u>		
<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>	<b>Renda média familiar</b>
A1	30 a 34	R\$ 7.793,00
A2	25 a 29	R\$ 4.648,00
B1	21 a 24	R\$ 2.804,00
B2	17 a 20	R\$ 1.669,00
C	11 a 16	R\$ 927,00
D	6 a 10	R\$ 424,00
E	0 a 5	R\$ 207,00

## Anexo D



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of. CEP-EERP/USP – 144/2006

Ribeirão Preto, 02 de agosto de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 31 de julho de 2006.

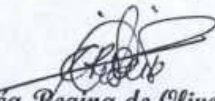
**Protocolo:** n° 0695/2006

**Projeto:** PERFIL DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA COM E SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: FATORES QUE INFLUENCIAM SUA ESCOLHA

**Pesquisadores:** Ana Maria de Almeida (Orientadora)  
Larissa de Paula Braganholo (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

  
*Profª Drª Clea Regina de Oliveira Ribeiro*  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

**Profª. Drª. Ana Maria de Almeida**

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

## Anexo D



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

Of.SAAc-CEP 249/2007/EERP

Ribeirão Preto, 12 de dezembro de 2007

Vimos, por meio deste, comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP tomou ciência da mudança do título da dissertação de mestrado **Perfil de mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama com e sem reconstrução mamária: fatores que influenciam sua escolha** para **A não-realização de reconstrução mamária: fatores associados, qualidade de vidas e auto-estima.**

Atenciosamente,

  
**Enf<sup>a</sup> Maria Antonieta Spino Prado**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilma. Sra.

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria de Almeida**

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

---

Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
Tel: (16) 3602 33 86 – e-mail: [cep@eerp.usp.br](mailto:cep@eerp.usp.br)