

**ADRIANA CORBOLAN ANDRADE**

***BREAST-Q<sup>®</sup> NA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA  
MAMOPLASTIA REDUTORA***

**Dissertação apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo, para obtenção do Título de  
Mestre em Ciências.**

**SÃO PAULO  
2015**

**ADRIANA CORBOLAN ANDRADE**

***BREAST-Q<sup>®</sup> NA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA  
MAMOPLASTIA REDUTORA***

**Dissertação apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo, para obtenção do Título de  
Mestre em Ciências.**

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dra. DANIELA FRANCESCATO VEIGA**

**COORIENTADORES: Prof<sup>a</sup>. FABIANNE MAGALHÃES GIRARDIN  
PIMENTEL FURTADO**

**Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO**

**SÃO PAULO  
2015**

Andrade, Adriana Corbolan.

***Breast-Q*<sup>®</sup> na Avaliação de Resultados da Mamoplastia Redutora.**/ Adriana Corbolan Andrade. - São Paulo, 2015.

xiv, 105f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo –Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: *Breast-Q*<sup>®</sup> in the assessment of reduction mammoplasty outcomes.

1. Mama. 2. Mamoplastia. 3. Satisfação do paciente. 4. Avaliação de resultados da assistência ao paciente. 5. Qualidade de vida.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIRURGIA TRANSACIONAL**

**COORDENADOR: Prof. Dr. Miguel Sabino Neto**

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Aroldo e Inez, por terem primado pela minha  
educação.*

*Ao meu querido marido Choiti, meu grande amor, companheiro e  
incentivador, e principalmente por acreditar em mim em todos  
esses anos e também nos momentos em que muitos não  
acreditavam.*

*Às colegas Betina Zimmermann, Carolina Ortega, Iara Esteves,  
Izabella Aguiar, Karina Fontes, Lilian Baldan, Vanessa Lacerda,  
Vanessa Suzuki, Verônica Chomiski pela agradável convivência,  
troca de experiências e companheirismo.*

*Á toda equipe e pacientes do ambulatório de Mama da Unifesp.*

## **AGRADECIMENTOS**

**À PROFESSORA DOUTORA LYDIA MASAKO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo por lutar pela gente, uma grande líder que traz à nossa Universidade o crescimento científico.

Ao **PROFESSOR DOUTOR MIGUEL SABINO NETO**, PROFESSOR ADJUNTO LIVRE-DOCENTE E COORDENADOR do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por toda a orientação nesse estudo.

**À PROFESSORA DOUTORA DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, PROFESSORA ORIENTADORA do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo, sempre muito paciente, dedicada, competente, uma professora da qual eu não poderia ter escolhido melhor para ser a minha grande Mestre.

**À PROFESSORA FABIANNE MAGALHÃES GIRARDIN PIMENTEL FURTADO**, professora do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais, uma grande pesquisadora e sempre disposta a ajudar.

Aos **PROFESSORES DOUTORES YARA JULIANO E NEIL FERREIRA NOVO**, PROFESSORES TITULARES da Disciplina de Bioestatística da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), pela disponibilidade e alegria em nos orientar.

À **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE DOS REIOS SILVA E SILVANA APARECIDA COSTA DE ASSIS**, secretárias do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo, por sempre estarem dispostas a nos ajudar.

Às pacientes que foram selecionadas para este estudo pela paciência e boa vontade no preenchimento dos questionários.

“Todos os nossos sonhos podem se realizar, se tivermos a  
coragem de perseguí-los”.

Walt Disney



# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA .....	iv
AGRADECIMENTOS .....	v
LISTA DE TABELAS .....	ix
LISTA DE FIGURAS .....	x
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xi
RESUMO .....	xiii
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>3. LITERATURA .....</b>	<b>7</b>
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>24</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>NORMAS ADOTADAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
<b>FONTES CONSULTADAS .....</b>	<b>90</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> - Estatística descritiva da idade das pacientes dos grupos Controle e Mamoplastia e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.....	29
<b>TABELA 2-</b> Estatística descritiva do Índice de Massa Corpórea (IMC) das pacientes dos grupos Controle e Mamoplastia e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.....	30
<b>TABELA 3-</b> Distribuição das pacientes dos grupos Controle e Mamoplastia segundo a cor da pele e comparação entre os grupos (Teste do Qui-quadrado).....	30
<b>TABELA 4</b> – Valores do Índice de Sacchini para as mamas direita e esquerda das pacientes do grupo Controle e comparação entre as mamas pelo Teste de Mann-Whitney.....	31
<b>TABELA 5-</b> Peso de tecido ressecado das mamas direita e esquerda das pacientes do Grupo Mamoplastia e comparação entre as mamas pelo Teste de Mann-Whitney.....	31
<b>TABELA 6</b> – Estatística descritiva dos escores do <i>BREAST-Q</i> <sup>®</sup> atribuídos pelas pacientes do Grupo Controle.....	37
<b>TABELA 7</b> – Estatística descritiva dos escores do <i>BREAST-Q</i> <sup>®</sup> atribuídos pelas pacientes do Grupo Mamoplastia.....	38
<b>TABELA 8</b> – Medianas dos escores do <i>BREAST-Q</i> <sup>®</sup> para os grupos Controle e Mamoplastia e comparação entre os grupos (Teste de Mann-Whitney).....	39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Cálculo do índice de Sacchini.....	26
<b>Figura 2:</b> Paciente com hipertrofia mamária bilateral de 1º grau.....	27
<b>Figura 3:</b> Paciente com hipertrofia mamária bilateral de 2º grau.....	27
<b>Figura 4:</b> Paciente com hipertrofia mamária bilateral de 3º grau.....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS

**cm** – centímetro

**g** – grama

**kg** – quilograma

**m<sup>2</sup>** – metro quadrado

*et al.* – e colaboradores

**ASAPS** - *American Society of Plastic Surgeons*

**BDI** – *Beck Depression Inventory*

**BRASSQ** – *Breast Reduction Assessed Severity Scale Questionnaire*

**BRAVO** - *Breast Reduction Assessment of Value and Outcomes*

**BRS** – *Breast Related Symptoms Questionnaire*

**DAS-59** – *Derriford Appearance Scale*

**EQ-5D** – *European Quality of Life-5 Dimensions*

*EuroQOL* – *EuroQOL Utility scale*

**FBAS** - *Finish Breast Associated Symptom Questionnaire*

**FPQ** - *Finish Pain Questionnaire*

**FQAD** – *Freiburg Questionnaire on Aesthetic Dermatology and Cosmetic Surgery*

**FSFI** - *Female Sexual Function Index*

**GC** – *Grupo Controle*

**GM** – Grupo Mamoplastia

**HAQ-20** – *Health Assessment Questionnaire*

**HM** – Hipertrofia mamária

**IMC** – *Índice de Massa Corpórea*

**ISASP** - *Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery*

**MBSRQ** - *Multidimensional Body Self Relations Questionary*

**MR** – Mamoplastia redutora

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PRO** – *Patient Reported Outcomes*

**PROM** - *Patient Reported Outcomes Measures*

**RBDI** - *Raitasalo's Modification of the Beck's Depression Inventory*

**RSE** – *Rosenberg Self-Esteem Scale*

**SCS** – *Self-Consciousness Scale*

**SF-36** – *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health*

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo

**VAS** – *Visual Analog Scale*

**15D** - *Quality of Life Questionnaire Index*

## RESUMO

**Introdução:** A hipertrofia mamária é uma condição frequente em mulheres de todo o mundo, e estudos prévios demonstraram a efetividade da mamoplastia redutora em melhorar diferentes aspectos da qualidade de vida dessas pacientes. **Objetivo:** Avaliar os resultados da mamoplastia redutora por meio do instrumento *BREAST-Q*<sup>®</sup>. **Métodos:** Foram selecionadas 100 mulheres, sendo 50 portadoras de hipertrofia mamária (grupo controle), e 50 que haviam sido submetidas à mamoplastia redutora há no mínimo seis meses (grupo mamoplastia). Para avaliação da satisfação das pacientes com os resultados da cirurgia foi aplicada a versão brasileira do questionário *BREAST-Q*<sup>®</sup>, módulo redução/mastopexia pré e pós-operatório, nos grupos controle e mamoplastia, respectivamente. Os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística. **Resultados:** O Grupo mamoplastia apresentou escores superiores ao Grupo controle nas subescalas satisfação com as mamas, bem estar psicossocial, bem estar sexual e bem estar físico ( $p = 0,0001$ ).

**Conclusão:** A mamoplastia redutora melhora de maneira significativa a satisfação das pacientes com as mamas, influenciando no bem estar psicossocial, o bem estar sexual e o bem estar físico.

## **1. INTRODUÇÃO**

O conceito de hipertrofia mamária ultrapassa a simples caracterização do tamanho das mamas. A hipertrofia mamária pode ser definida como um aumento da glândula mamária além dos limites fisiológicos, com exceção dos aumentos causados por ferimentos, hemorragias, inflamação e gravidez (ARAUJO *et al.*, 2007; FREIRE *et al.*, 2007).

Vários sintomas podem ser atribuídos à hipertrofia mamária, sendo comuns dores na região cervical, ombros e região dorsal do tronco, dificuldades e desconforto ao se vestir, dificuldades durante o sono, marcas nos ombros e na região inframamária e lesões de pele, entre outros (FREIRE *et al.*, 2007).

Pacientes que buscam a redução das mamas o fazem com a esperança de obter uma melhor qualidade de vida, com menos embaraço social e sexual e maior facilidade na realização de atividades físicas e também de encontrar roupas adequadas. Mulheres com hipertrofia mamária podem sofrer de baixa autoestima, e buscam na cirurgia uma forma de aliviar o desconforto físico e emocional (SABINO *et al.*, 2008). A hipertrofia mamaria é uma condição frequente entre mulheres de todo o mundo, e seu tratamento é primariamente cirúrgico. A mamoplastia redutora é muito efetiva na melhoria de problemas funcionais, estéticos e psicológicos, e diversos estudos demonstraram a efetividade da mamoplastia redutora na melhora da qualidade de vida das pacientes (FREIRE *et al.*, 2004; CUNNINGHAM *et al.*, 2005; BIKHCHANDANI, VARMA, HENDERSON., 2007; GRAVANTE *et al.*, 2008; OKORO *et al.*, 2008; SABINO *et al.*, 2008; HENRY, CRAWFORD, PUCKETT, 2009; SETALA *et al.*, 2009). Assim, a demanda por este tipo de cirurgia é



alta; a mamoplastia redutora é um dos procedimentos mais realizados em cirurgia plástica (MATARASSO, WALLACH, RANKIN, 1998; OKORO *et al.*, 2008; STEVENS *et al.*, 2008; SETALA *et al.*, 2009)

Apesar disso, os benefícios deste procedimento para as pacientes raramente tem sido quantificados de forma objetiva e padronizada (SABINO *et al.*, 2008).

O *BREAST-Q*<sup>®</sup> foi desenvolvido para avaliação de resultados em cirurgia mamária. Seu processo de validação envolveu cerca de 3.000 mulheres por um período de cinco anos. O *BREAST-Q*<sup>®</sup> relata o desfecho clínico psicométrico, avaliado pela paciente, com um sistema de pontuação. É composto por escalas múltiplas e independentes (PUSIC, KLASSEN, CANO, 2012).

Existem atualmente quatro módulos do *BREAST-Q*<sup>®</sup> validados para uso no Brasil: redução de mamas, aumento de mamas, mastectomia e reconstrução mamária, cada um com versão pré-operatória e versão pós-operatória e também um outro módulo, tratamento conservador que está em processo de validação, assim como a nova subescala Expectativas. Cada um dos módulos inclui um núcleo de escalas independentes, que avaliam seis domínios: bem estar físico, bem estar psicossocial, bem estar sexual, satisfação com as mamas, satisfação com o resultado geral e satisfação com o atendimento. Cada escala pode ser utilizada de forma independente (CANO *et al.*, 2012; CANO *et al.*, 2013)

O *BREAST-Q*<sup>®</sup> avalia de forma objetiva os resultados de várias estratégias de tratamento. Isso é parte de um esforço global para avaliação de resultados em cirurgia plástica, buscando ir além do subjetivo, em direção à área de medicina baseada em evidências. O objetivo desse

esforço é identificar os melhores procedimentos para um determinado paciente, proporcionando a maior satisfação do paciente com o menor número de complicações (HAMMOND, 2012)

Na Cirurgia Plástica é importante o desenvolvimento de questionários confiáveis e válidos para orientar a pesquisa clínica. Pois a Cirurgia Plástica depende da avaliação da qualidade de vida para avaliar a efetividade dos tratamentos (CHUNG, 2009).

Os objetivos dos procedimentos em cirurgia plástica concentram-se em uma boa avaliação do resultado estético final e em um pós-operatório livre de complicações. No entanto, para a paciente com hipertrofia mamária a mamoplastia redutora tem um significado muito mais amplo, envolvendo vários aspectos da sua vida. O objetivo para a paciente é um resultado satisfatório tanto do ponto de vista estético quanto do funcional, que diminua o impacto social, físico e emocional que a hipertrofia mamária pode ter em sua vida (FREIRE *et al.*, 2007).

O Brasil ficou em primeiro lugar no *ranking* de procedimentos em cirurgia plástica em 2013, com 1.491.721 cirurgias realizadas. A mamoplastia redutora especificamente foi a oitava cirurgia mais realizada por cirurgiões plásticos no mundo em 2013, totalizando 641.189 procedimentos, segundo a *ISASP - Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery*. Por isso, a importância de avaliar os resultados de satisfação de pacientes submetidas à mamoplastia redutora ([www.isaps.org/pt/](http://www.isaps.org/pt/)).

## **2. OBJETIVO**

## **2. OBJETIVO**

Avaliar os resultados da mamoplastia redutora por meio do instrumento *BREAST-Q*<sup>®</sup>.

### **3. LITERATURA**

SCHNUR *et al.* (1997) estudaram retrospectivamente os resultados da mamoplastia redutora realizada em 363 pacientes, no *Mayo Clinic*. Destas, 328 (90,4%) responderam. Dentre as que responderam, 94,2% acreditavam que o procedimento teve muito sucesso, 1,5% acreditavam que não teve muito sucesso, 97,3% afirmaram que fariam o procedimento novamente e 97% acreditavam que houve melhora na qualidade de vida.

GODWIN, WOOD, O'NEILL (1998) avaliaram a diferença de opinião entre pacientes e cirurgiões plásticos sobre o resultado estético da mamoplastia redutora. No total, 34 mulheres com pós-operatório de um ano de mamoplastia redutora compareceram ao ambulatório para avaliação e opinaram sobre o resultado estético das mamas por meio de um questionário padronizado. As pacientes foram fotografadas e essas fotos foram avaliadas por quatro cirurgiões plásticos, que responderam ao mesmo questionário. As pacientes avaliaram os resultados estéticos de forma significativamente melhor do que os cirurgiões. As cicatrizes foram a principal causa de insatisfação, tanto entre as pacientes quanto entre os cirurgiões. O resultado estético da mamoplastia redutora foi aceitável para as pacientes, embora a avaliação dos cirurgiões tenha indicado que havia espaço para melhorias como o formato das mamas e da papila mamária.

BROWN, HILL, KHAN (2000) fizeram um estudo retrospectivo com 74 pacientes que realizaram mamoplastia redutora no período de um ano. Essas pacientes foram convidadas a responder um questionário que indicava a gravidade dos sintomas e os problemas gerais no pré e pós-

operatório da mamoplastia redutora. Dessas, 66 responderam ao questionário (89%). O peso médio de tecido ressecado das mamas foi de 897g (160 a 2355g). Houve complicações em 33% dos casos, relatadas como pequenas, incluindo retardos na cicatrização, infecção e necrose parcial da aréola. Houve uma elevação da autoestima no pós-operatório e as pacientes consideraram ter recebido explicação adequada sobre o procedimento no pré-operatório. A satisfação geral foi elevada (92%), e as pacientes passariam novamente pelo procedimento ou recomendariam a uma amiga.

JONES & BAIN (2001) fizeram uma revisão sobre resultados da mamoplastia redutora. A pesquisa abrangeu o período de 1966 a 1997, e foi realizada na base *Medline*. Não encontraram ensaios clínicos que possibilitassem a realização de uma metanálise. Foram selecionadas 17 publicações sobre avaliação de qualidade de vida após mamoplastia redutora. Os resultados dos estudos demonstraram uma melhora consistente nos sintomas físicos, assim como um elevado grau de satisfação das pacientes (78 a 95% ficaram muito ou moderadamente satisfeitas). Algumas demonstraram melhora na imagem corporal e no bem estar psicológico.

KERRIGAN *et al.* (2002) avaliaram critérios existentes para definir a indicação médica da mamoplastia redutora. Por meio de avisos durante o encontro anual da *ASAPS (American Society of Plastic Surgeons)*, o comitê *BRAVO (Breast Reduction Assessment of Value and Outcomes)* convidou

os cirurgiões plásticos americanos a participarem do estudo. As pacientes que se apresentavam no consultório do cirurgião plástico para uma consulta sobre mamoplastia redutora eram convidadas a participar do estudo respondendo questionários específicos para gravidade dos sintomas da mama (*SF-36*, *EuroQOL*, *McGill Pain Questionnaire*, *MBSRQ*). Participaram desse estudo 350 mulheres. Concluíram que a indicação médica para a mamoplastia redutora era melhor definida por auto-relato do que por critérios existentes.

FREIRE *et al.* (2004) avaliaram, em estudo prospectivo, o impacto da Cirurgia Plástica sobre a qualidade de vida de 44 pacientes com hipertrofia mamária. Utilizaram o *SF-36*, aplicado no pré-operatório e pós-operatório de três e seis meses. Houve melhora significativa em sete dos oito aspectos do *SF-36* e somente o estado geral de saúde permaneceu inalterado.

BLOMQVIST & BRANDBERG (2004) avaliaram prospectivamente o estado de saúde e a qualidade de vida de 49 mulheres submetidas à mamoplastia redutora no *Stockholm Soder Hospital*. Aplicaram o *SF-36* no pré-operatório e no pós-operatório de um ano e três anos. Trinta e nove pacientes concluíram o período de avaliação. Observaram que, a mamoplastia redutora foi efetiva em melhorar a dor e a qualidade de vida e que, esses efeitos eram de longa duração.



CEROVAC *et al.* (2005) avaliaram retrospectivamente a saúde e a satisfação com a função sexual no pós-operatório da mamoplastia redutora de 90 pacientes do *Royal Free and University College London Hospital*. Utilizaram quatro questionários: *Semistructured Questionnaire*, *General Health Questionnaire*, *Hospital Anxiety and Depression Score*, *Female Sexual Function Index* (FSFI). Das 80 mulheres que responderam aos questionários (89%), 76% ficaram satisfeitas com os resultados, 28% relataram melhora na satisfação sexual no pós-operatório, 19% relataram piora e 53% não relataram nenhuma diferença. Quando comparadas ao grupo satisfeito, as mulheres infelizes com o resultado da cirurgia foram as mais propensas a sofrer de ansiedade e depressão no pós-operatório. A sensibilidade, a simetria, o tamanho das mamas e as cicatrizes não afetaram a satisfação no pós-operatório. Observaram associação entre a cirurgia e a satisfação sexual. Concluíram que, a morbidade psiquiátrica no pós-operatório era um fator de risco para a satisfação da paciente e do bom resultado no pós-operatório e, por isso, estudos prospectivos seriam necessários para identificar as pacientes propensas a ficarem insatisfeitas com a cirurgia.

HERMANS *et al.* (2005) compararam, em estudo transversal realizado no *University Hospital of Maastricht*, a qualidade de vida de 71 mulheres com hipertrofia mamária e de 94 que já haviam realizado mamoplastia redutora bilateral. Usaram os questionários *SF-36*, *EQ-SD*, *RSE*, *SCS*, *DAS-59*, *VAS*. Mais de 50% das pacientes relataram dor no pré-operatório. As queixas foram reduzidas de forma significativa após a cirurgia e o *SF-36*

demonstrou maior qualidade de vida entre as pacientes que haviam sido submetidas à mamoplastia. Estas pacientes apresentaram também maior autoestima, aumento da consciência corporal, pessoal e pública. O *DAS-59* mostrou que a insegurança, dor, vergonha e repugnância foram maiores no grupo não operado.

O'BLENES *et al.* (2006) fizeram uma avaliação prospectiva de 57 pacientes submetidas a mamoplastia redutora, em relação à integridade física e mental, estado de saúde, autoestima e sintomas específicos da hipertrofia mamária. As pacientes responderam a três questionários: *SF-36*, *Rosenberg Self-Esteem Scale*, *Symptom Inventory and Demographic Questionnaire*. Os questionários foram preenchidos no pré e pós-operatório de seis e 21,5 meses. Comparado com o pré-operatório, as pacientes tiveram uma melhora significativa tanto com seis quanto com 21,5 meses de pós-operatório. O procedimento foi particularmente efetivo na melhora da qualidade de vida e no bem estar das pacientes. Concluíram que, a mamoplastia redutora era um método efetivo para a redução ou alívio tanto dos sintomas físicos quanto dos psicológicos associados à hipertrofia mamária.

FREIRE *et al.* (2007) avaliaram, em um ensaio clínico aleatório, dor e capacidade funcional em 100 mulheres com hipertrofia mamária. As mulheres foram aleatoriamente distribuídas em dois grupos; 50 foram submetidas a mamoplastia redutora, e 50 foram acompanhadas por seis meses. Utilizaram uma escala de dor analógica (0= sem dor, 10 = dor

insuportável) e, para avaliar a capacidade funcional, foi utilizado o *HAQ-20*. Os instrumentos foram aplicados no início do estudo e após seis meses de pós-operatório no grupo mamoplastia. O grupo mamoplastia teve melhora significativa, no sexto mês de pós-operatório nos seguintes aspectos: vestir-se, levantar-se, caminhar, manutenção da higiene pessoal, alcançar e agarrar objetos. A intensidade da dor na lombar diminuiu de 5,7 para 1,3, nos ombros de 6,1 para 1,1 e no pescoço de 5,2 para 0,9. Concluíram que a mamoplastia redutora melhorou a capacidade funcional e aliviou as dores na região lombar, de ombro e pescoço.

SABINO NETO *et al.* (2007) realizaram um estudo prospectivo para avaliar o impacto do tratamento cirúrgico da assimetria mamária na autoestima e qualidade de vida de 35 mulheres, utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg e o SF-36. Ambos os questionários foram aplicados no pré e pós-operatório de três e seis meses. Houve melhora progressiva em todas as dimensões do *SF-36*, com significância para quatro domínios (aspectos emocionais, dor, vitalidade e saúde mental) e para a autoestima.

SPECTOR, SINGH, KARP (2008) estudaram prospectivamente a associação entre o peso ressecado das mamas e eventual melhora dos sintomas da hipertrofia mamária e da qualidade de vida. Participaram desse estudo 188 pacientes, avaliadas no pós-operatório, entre três e 12 meses, e classificadas em grupos: peso ressecado até 1000g (n=66), 1001 a 1500g (n=55), 1501 a 2000g (n=30) e acima de 2000g (n=37). A mamoplastia

reduzora resultou em melhora significativa em todos os domínios da qualidade de vida. Não houve diferença significativa entre o pré e pós-operatório relacionada aos sintomas em todos os quatro grupos, com exceção da dor lombar, dor nos ombros e dor no sulco causado pela alça do sutiã. Concluíram que não houve associação significativa entre o peso ressecado e a melhora dos sintomas ou da qualidade de vida.

STEVENS *et al.* (2008) realizaram uma análise retrospectiva dos resultados da mamoplastia reduzora em um período de 11 anos (de 1995 a 2006). Foram realizadas 884 mamoplastias redutoras de 444 pacientes. A taxa de complicações foi de 14%.

EGGERT, SCHUSS, EDSANDER (2009) avaliaram prospectivamente resultados clínicos, qualidade de vida e resultados estéticos da mamoplastia reduzora. Aplicaram, no pré e pós-operatório de seis meses, o *SF-36* e um questionário específico para avaliação da satisfação e da sensibilidade. Observaram um aumento significativo na qualidade de vida após seis meses da cirurgia. No geral, as pacientes ficaram mais satisfeitas com o resultado estético do que o cirurgião plástico, sendo que essa satisfação foi de 89%. Concluíram que as pacientes ficaram satisfeitas com os resultados, tiveram uma taxa de complicação esperada e um aumento na qualidade de vida.

KLASSEN *et al.* (2009) realizaram um estudo qualitativo e entrevistaram 48 pacientes de quatro cirurgiões plásticos de Vancouver, Canadá, que se submeteram à cirurgia de mama, com o objetivo de construir um instrumento de avaliação de satisfação e da qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia de mama. Foram entrevistadas 15 pacientes submetidas à mamoplastia redutora, 15 à mamoplastia de aumento e 21 pacientes submetidas a reconstrução mamária. As entrevistas revelaram que as cirurgias das mamas geraram impactos nas mulheres em seis áreas principais: satisfação com as mamas, satisfação com o resultado geral, bem estar psicossocial, bem estar sexual, bem estar físico e satisfação com o processo de cuidados.

PUSIC *et al.* (2009) descreveram como foi o desenvolvimento do instrumento denominado *BREAST-Q*<sup>®</sup>. Inicialmente foi realizada uma revisão sistemática da literatura, depois verificaram a importância de instrumentos *PRO* (*patient reported outcomes*), desenvolveram o instrumento *BREAST-Q*<sup>®</sup>, desenvolveram um mapa conceitual, geraram um artigo, fizeram uma escala preliminar, realizaram um pré-teste, fidelizaram o teste e desenvolveram a escala final, realizaram entrevistas cognitivas, determinaram o escore das escalas, testaram a confiança da consistência interna, fizeram um teste reteste da confiança, testaram a responsividade e fizeram a validação linguística.

SINGH, PINELL, LOSKEN (2010) fizeram um estudo retrospectivo para avaliar se a mamoplastia redutora estimulou a perda de peso, o controle da

glicemia e melhora da autoconfiança no pós-operatório da mamoplastia redutora. Participaram desse estudo 41 mulheres, submetidas a cirurgia no Hospital Universitário de *Emory* em *Atlanta-Georgia EUA* entre 2002 e 2008. As pacientes foram distribuídas em dois grupos: grupo A (relataram que a mamoplastia redutora foi um motivador para a perda de peso) e grupo B (consideraram que a mamoplastia redutora não foi um motivador para a perda de peso). A glicemia melhorou em 100% das pacientes do grupo A e em 50% do grupo B. A atividade sexual foi melhor no grupo A (85%) do que no grupo B (40%). O grupo A teve um aumento significativo nos exercícios e no grupo B não houve nenhum aumento. Concluíram que a mamoplastia redutora realizada em pacientes motivadas pode ser um estímulo para a perda de peso no pós-operatório, com melhora do controle da glicemia e aumento da autoconfiança.

RECOVERY *et al.* (2011) realizaram uma revisão sistemática dos instrumentos *PROM (patient reported outcomes measures)* desenvolvidos para pacientes submetidas a cirurgia de contorno corporal. A pesquisa foi feita em vários bancos de dados, a partir do início de cada banco até Agosto de 2010. Após análise detalhada, concluíram que os questionários *FQAD* para lipoaspiração, *DAS-59* para cirurgia em geral e o *BRS* para mamoplastia redutora eram limitados tanto pela gama de conteúdos quanto pelas propriedades psicométricas. Os questionários *BRASSQ* e o *BREAST-Q<sup>®</sup>*, ambos para cirurgia mamária, tinham fortes propriedades psicométricas, porém o *BREAST-Q<sup>®</sup>* era o único que abrangia questões de pós-operatório específicas, como cicatrizes.

SAARINIEMI, LUUKKAALA, KUOKKANEM (2011) avaliaram se o volume das mamas, as características da paciente e os fatores psicossociais individuais teriam efeito sobre o resultado da mamoplastia redutora. Foram analisadas 29 mulheres no pré e pós-operatório de seis meses. Aplicaram os questionários *SF-36* e o *15D (Quality of Life Questionnaire Index)*, para qualidade de vida, o *FBAS (Finish Breast Associated Symptom Questionnaire)*, específico para mama, o *FPQ (Finish Pain Questionnaire)* para dor e o *RBDI (Raitasalo's Modification of the Beck's Depression Inventory)*, para avaliar alterações no humor. Foram encontradas várias associações entre fatores psicossociais e resultado da cirurgia. Pacientes ansiosas no pré-operatório tiveram melhora na qualidade de vida, com aumento nos escores do *SF-36* e *15D*, melhora da depressão e piora no componente mental, quando comparadas com as não ansiosas. Pacientes com baixa autoestima no pré-operatório tiveram melhora na qualidade de vida e piora na saúde mental. Pacientes que tinham um trabalho fisicamente exigente no pós-operatório tiveram melhora nos escores do *SF-36* e melhora na saúde mental quando comparadas com as que tinham trabalho fisicamente menos exigente. Concluíram que os resultados da mamoplastia redutora eram afetados mais por fatores psicossociais do que por mudanças nas dimensões da mama.

CANO *et al.* (2012) realizaram um estudo randomizado com 817 mulheres, para demonstrar a validade do instrumento *BREAST-Q*<sup>®</sup>. Os autores avaliaram as subescalas do *BREAST-Q*<sup>®</sup> usando o método de medição de

*Rash* e o método psicométrico tradicional. A validade foi sustentada por três achados da análise de *Rash*: o número de respostas aos itens foi apropriado, cada subescala capturou uma ampla gama de questões e a confiabilidade da escala foi apropriada. Assim, este estudo demonstrou que o *BREAST-Q*<sup>®</sup> era uma ferramenta útil para estudar o impacto e a eficácia da cirurgia mamária, a partir da perspectiva da paciente.

CARTY *et al.* (2012) aplicaram o *BREAST-Q*<sup>®</sup> em pacientes que realizaram mamoplastia redutora no *Brigham and Women's Hospital*, em Boston nos Estados Unidos, entre 1995 e 2007, para analisar a relação da satisfação no pós-operatório com a experiência do cirurgião. Constataram que a suposta maior eficiência operatória, decorrente da experiência do cirurgião, não garantiu a satisfação da paciente. As pacientes que evoluíram com necrose apresentaram escores significantes mais baixo no pós-operatório, e as pacientes acima dos 40 anos demonstraram escores significantes mais altos do que as pacientes mais jovens.

GONZALES *et al.* (2012) utilizaram o *BREAST-Q*<sup>®</sup> para avaliar se houve melhora na qualidade de vida de 600 pacientes submetidas a mamoplastia redutora e se o volume das mamas influenciou nesse resultado. Destas, 178 (29,6%) responderam. A média de peso ressecado foi de 1.220g, e o IMC médio foi 28,3Kg/m<sup>2</sup>. As pacientes concordaram que a mamoplastia redutora teve um resultado satisfatório. As escalas das respostas, que variavam entre um e três, tiveram uma média de 2,8. Mais de 95% das pacientes pesquisadas ficaram satisfeitas com a cirurgia e a fariam



novamente. O IMC e o tamanho da mama não tiveram influência sobre esse resultado.

SABINO NETO *et al.* (2012) avaliaram prospectivamente a autoestima de pacientes submetidas a cirurgias não oncológicas das mamas. Utilizaram a versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg para avaliar a autoestima de três grupos de pacientes: grupo hipertrofia mamária (n=50), grupo hipomastia (n=40) e grupo assimetria mamária (n=35). As pacientes com hipertrofia e assimetria mamária responderam ao questionário no pré e pós-operatório de três e seis meses, e as pacientes com hipomastia responderam no pré e pós-operatório de dois e quatro meses. As pacientes com hipomastia apresentaram maior autoestima quando comparadas com as pacientes com assimetria mamária. Esse estudo demonstrou que o tratamento cirúrgico teve um impacto positivo sobre a autoestima, em todos os grupos.

SINGH & LOSKEN (2012) realizaram uma revisão sistemática que abrangeu o período de 1977 a 2010, com foco em resultados funcionais, físicos e psicológicos após a mamoplastia redutora. Incluíram apenas estudos que usaram questionários validados. Concluíram que as mulheres que realizaram a mamoplastia redutora apresentaram melhora da dor músculo-esquelética, dor de cabeça, melhora do sono e da respiração. Os benefícios psicológicos foram vários, como melhora da autoestima, da função sexual, da qualidade de vida, aumento da realização de atividades

físicas, e diminuição da ansiedade, da depressão e dos transtornos alimentares.

BERALDO *et al.* (2013) fizeram um ensaio clínico randomizado com 60 pacientes portadoras de hipertrofia mamária para avaliar a função sexual e a depressão antes e após a mamoplastia redutora. As pacientes foram alocadas aleatoriamente em dois grupos, 30 mulheres acompanhadas por seis meses (grupo controle) e 30 submetidas ao tratamento cirúrgico (grupo mamoplastia redutora). As pacientes do grupo controle foram avaliadas inicialmente e após três e seis meses, e as do grupo mamoplastia redutora foram avaliadas no pré e pós-operatório de três e seis meses. Foram utilizados os questionários *FSFI* (*Female Sexual Function Index*), que avalia a função sexual em seis domínios, e o *BDI* (*Beck Depression Inventory*) que avalia a depressão. Vinte e sete pacientes do grupo controle e 29 do grupo mamoplastia redutora completaram o estudo. Na avaliação inicial não houve diferença para o *FSFI* e *BDI* entre os grupos. Após três meses, o grupo mamoplastia apresentou melhores resultados para desejo, excitação e lubrificação. Após seis meses o grupo mamoplastia redutora teve melhor pontuação para desejo, orgasmo e satisfação. Em ambas as avaliações pós-operatórias a prevalência da disfunção sexual foi menor no grupo mamoplastia redutora. Em relação ao *BDI*, o grupo mamoplastia redutora teve melhor resultado com seis meses de pós-operatório. Concluíram que a mamoplastia redutora teve um impacto positivo na função sexual e nos níveis de depressão dessas pacientes.

CHUNG & PUSIC (2013) relataram o desenvolvimento de instrumentos *PRO* (*patient reported outcomes*), como o *BREAST-Q*<sup>®</sup>, que foi desenvolvido a partir de novos métodos psicométricos, tais como o *Rash*. Concluíram que o *BREAST-Q*<sup>®</sup> tem o potencial de quantificar de forma confiável os resultados do ponto de vista do paciente para informar o avanço técnico e o atendimento clínico. Mencionaram que muitos países estão começando a exigir dados *PRO* antes da aprovação de novos produtos médicos.

LEMAINE & MCCARTHY (2013) relataram que nos Estados Unidos, nos últimos anos, tem havido grande ênfase na melhora da qualidade no atendimento, por meio da avaliação de resultados clínicos. A avaliação do resultado estético após uma cirurgia de mama é por natureza um processo altamente subjetivo. Assim, os instrumentos *PRO* (*patient reported outcomes*) foram projetados para medir a satisfação e a qualidade de vida, permitindo às pacientes relatarem suas opiniões, sentimentos e experiências, que são inevitavelmente fenômenos pessoais. Mencionaram que o *BREAST-Q*<sup>®</sup> era válido tanto para pesquisa clínica quanto para avaliação individual. Assim, poderia ser utilizado em atendimento clínico de rotina.

CORIDDI, *et al.* (2013) relataram que o *BREAST-Q*<sup>®</sup> era o único questionário que avaliava redução de mama e que atendia às normas federais internacionais para o desenvolvimento do questionário. O questionário foi aplicado, entre 2008 e 2009, em 72 pacientes, distribuídas

em dois grupos: 38 foram avaliadas no pré-operatório e 38 no pós-operatório de seis meses. Constataram que a satisfação com as mamas aumentou significativamente com a cirurgia de redução de mamas (mesmo com pequenas reduções) e a mesma não esteve correlacionada com a experiência do cirurgião plástico. A insatisfação, observada entre uma minoria, esteve correlacionada com dois fatores: idade abaixo dos 40 anos e necrose no pós-operatório.

RESENDE, *et al.* (2013) realizaram um estudo randomizado com 60 mulheres portadoras de hipertrofia mamária para avaliar o impacto da mamoplastia redutora sobre a função sexual. Essas mulheres foram distribuídas em dois grupos com 30 pacientes cada. O grupo controle foi avaliado no início do estudo e depois de seis meses. O grupo mamoplastia foi avaliado no pré e pós-operatório de seis meses. Utilizaram o questionário de função sexual feminina (*Sexual Quotient – Female Version*). Houve melhora significativa no grupo mamoplastia quando comparado ao grupo controle. Concluíram que a mamoplastia redutora teve um impacto positivo na função sexual das pacientes com hipertrofia mamária.

ARAÚJO , *et al.* (2014) realizaram um ensaio clínico aleatório com 60 pacientes com hipertrofia mamária (30 no grupo controle e 30 no grupo mamoplastia), acompanhadas por seis meses. Foram registrados os custos diretos e aplicado o SF-36 no pré-operatório e após três e seis meses. Utilizaram o instrumento SF-6D para obtenção da medida de utilidade

(anos de vida ajustado pela qualidade). Concluíram que a mamoplastia redutora realizada no sistema nacional de saúde brasileira oferece uma relação custo utilidade equivalente a R\$ 391,47 por um ano de vida com qualidade.

GODWIN *et al.* (2014) relataram que, em 1996, foi publicado um estudo que avaliou a diferença de opinião entre pacientes e cirurgiões plásticos sobre o resultado estético da mamoplastia redutora; este estudo concluiu que na opinião das pacientes o resultado era melhor do que na opinião dos cirurgiões. Quinze anos depois, a mesma equipe de cirurgiões plásticos foi reunida para repetir essa avaliação, e os resultados demonstraram uma tendência para o aumento da satisfação com os resultados da mamoplastia, tanto por parte das pacientes como dos cirurgiões.

## **4. MÉTODOS**

#### 4.1- Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo primário, transversal, comparativo, observacional, analítico.

Na condução deste projeto foram observadas e seguidas as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o protocolo CEP 165302/12 (Anexo 1).

#### 4.2- Casuística

Foram selecionadas, nos ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (HSP), da UNIFESP-EPM, entre 2012 e 2014, 50 mulheres portadoras de hipertrofia mamária, definida pelos critérios de Sacchini *et al.* (SACCHINI *et al.*, 1991) e de Franco & Rebello (FRANCO & REBELLO, 1997) e 50 mulheres previamente submetidas à mamoplastia redutora.

SACCHINI *et al.* (1991) propuseram a classificação das mamas por critérios objetivos, através de medições anatômicas, da média entre duas distâncias: a distância entre a papila mamária e o sulco inframamário e a distância entre a papila mamária e a margem lateral do esterno. Assim, cada mama pode ser considerada como pequena (média  $\leq 9$ cm), normal ( $9 \text{ cm} < \text{média} < 11 \text{ cm}$ ) ou grande (média  $\geq 11 \text{ cm}$ ). A figura 1 apresenta as medidas tomadas para cálculo do índice de Sacchini.

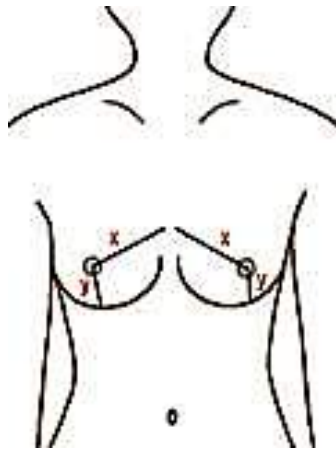


Figura 1: Cálculo do índice de Sacchini

Medidas lineares realizadas a partir da papila mamária:

X = distância da papila mamária até o sulco inframamário, em cm;

Y = distância da papila mamária até a margem lateral do esterno, em cm;

$$\frac{X+Y}{2} \left\{ \begin{array}{l} < 9 \text{ mama hipotrófica} \\ 9 - 11 \text{ mama hipertrófica} \\ > 11 \text{ gigantomastia} \end{array} \right.$$

FRANCO & REBELLO (1997) classificaram as hipertrofias mamárias, de forma subjetiva, de acordo com a sintomatologia, em três graus: 1º grau, incluindo as pacientes que apresentavam desproporção entre o tamanho da mama e o biótipo corporal, sem sintomas; 2º grau, pacientes com dores nas costas, cansaço ao final do dia, presença de marcas nos ombros por compressão da alça do sutiã; 3º grau, casos extremos, com grandes volumes mamários, apresentando alterações orgânicas mais



acentuadas, podendo ocorrer sobrecarga circulatória, dispneia e alterações do esqueleto, principalmente da coluna vertebral. As figuras 2 a 4 ilustram a classificação de Franco & Rebello.



Figura 2: Paciente com hipertrofia mamária bilateral de 1º grau



Figura 3: Paciente com hipertrofia mamária bilateral de 2º grau



Figura 4: Paciente com hipertrofia mamária bilateral de 3º grau

As pacientes foram assim distribuídas:

- Grupo controle (n=50): pacientes com hipertrofia mamária;
- Grupo mamoplastia (n=50): pacientes submetidas à mamoplastia redutora há no mínimo seis meses e no máximo um ano.

Para a seleção das pacientes foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

#### 4.2.1- Critérios de Inclusão

- Gênero feminino;
- Idade entre 18 e 45 anos;
- Sem restrição quanto à etnia, escolaridade ou classe social;
- Índice de massa corpórea (IMC) entre 19 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>;
- Portadoras de hipertrofia mamária, definida pelos critérios de SACCHINI *et al.* (1991) e FRANCO & REBELLO (1997) (grupo controle);

- Pacientes submetidas à mamoplastia redutora pela equipe no Setor de Cirurgia Plástica das Mamas da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM há no mínimo seis meses e no máximo um ano (grupo mamoplastia).

#### 4.2.2- Critérios de não inclusão

- Procedimento cirúrgico reparador ou estético prévio nas mamas;
- Gestação ou parto há menos de um ano;
- Vigência de investigação ou diagnóstico de patologias mamárias;
- Analfabetas.

#### 4.2.3- Caracterização da casuística

As tabelas 1 a 4 apresentam as principais características da casuística, e os dados individuais são apresentados nos apêndices.

**TABELA 1 - Estatística descritiva da idade das pacientes dos grupos Controle e Mamoplastia e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.**

	<u>Controle (anos)</u>	<u>Mamoplastia (anos)</u>
Variação	18 - 45	18 - 45
Mediana	29	34
Média	31	33
Desvio Padrão	8	8
<hr/>		
Controle x Mamoplastia (Mann-Whitney)	$\rho = 0,284$	

**TABELA 2- Estatística descritiva do Índice de Massa Corpórea (IMC) das pacientes dos grupos Controle e Mamoplastia e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.**

	<u>Controle (kg/m<sup>2</sup>)</u>	<u>Mamoplastia (kg/m<sup>2</sup>)</u>
Variação	18 - 30	19 - 30
Mediana	25	27
Média	26	27
Desvio Padrão	3	2
Controle x Mamoplastia		
(Mann-Whitney)	$\rho = 0,050$	

**TABELA 3- Distribuição das pacientes dos grupos Controle e Mamoplastia segundo a cor da pele e comparação entre os grupos (Teste do Qui-quadrado).**

	n (%)	
	<u>Branca</u>	<u>Não Branca</u>
Controle	35 (70)	15 (30)
Mamoplastia	23 (46)	27 (54)
Controle x Mamoplastia		
(Qui-quadrado)	$\rho = 0,288$	

**TABELA 4 – Valores do Índice de Sacchini para as mamas direita e esquerda das pacientes do grupo Controle e comparação entre as mamas pelo Teste de Mann-Whitney.**

	<u>Mama Direita</u>	<u>Mama Esquerda</u>
Variação	9 - 21	9 - 22
Mediana	15	15
Média	15	15
Desvio Padrão	3	3
Controle x Mamoplastia		
(Mann-Whitney)	$\rho = 0,780$	

O peso total médio de tecido mamário ressecado das mamas direita e esquerda foi de 1181 gramas e a mediana foi de 994 gramas. A Tabela 5 mostra o peso de tecido mamário ressecado para as mamas direita e esquerda separadamente.

**TABELA 5- Peso de tecido ressecado das mamas direita e esquerda das pacientes do Grupo Mamoplastia e comparação entre as mamas pelo Teste de Mann-Whitney.**

	<u>Mama direita</u> (g)	<u>Mama Esquerda</u> (g)
Variação	109 - 1800	171 - 1950
Mediana	501	494
Média	577	605
Desvio Padrão	364	362
Controle x Mamoplastia (Mann-Whitney)		
	$\rho = 0,634$	

#### 4.3- Procedimentos de coleta de dados

As mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade foram esclarecidas sobre o estudo e foram incluídas as que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (apêndice 1).

Em seguida foi preenchido um protocolo para coleta de dados sócio demográficos e clínicos (apêndice 2). Na sequência, o *BREAST-Q*<sup>®</sup> foi auto aplicado (anexos 1 e 2).

##### 4.3.1- Instrumento *BREAST-Q*<sup>®</sup>

O *BREAST-Q*<sup>®</sup> foi desenvolvido em 2009, em um projeto envolvendo pesquisadores dos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, para avaliar o impacto e a eficácia das cirurgias mamárias a partir da perspectiva da paciente (PUSIC *et al.*, 2009). Ele tem cinco módulos, relativos a procedimentos cirúrgicos específicos (mamoplastia de aumento, mamoplastia redutora, mastectomia, reconstrução mamária e tratamento conservador). Atualmente, os quatro primeiros módulos estão disponíveis para uso no Brasil; o último está em processo de tradução e validação, assim como também uma nova subescala, Expectativas. Para cada módulo há uma versão para o pré e outra para o pós-operatório. O instrumento foi testado em campo com 1.950 mulheres em cinco centros nos Estados Unidos e Canadá, e cada módulo é composto por subescalas independentes:

- Bem estar físico
- Bem estar psicossocial
- Bem estar sexual

- Satisfação com as mamas
- Satisfação com a papila mamária (exclusivo do módulo mamoplastia redutora - versão pós-operatório)
- Satisfação com o resultado geral (versão pós-operatório)
- Satisfação com o processo de atendimento que é composto por 4 subescalas independentes: satisfação com as informações do cirurgião plástico, cirurgião, satisfação com a equipe médica, satisfação com a equipe ambulatorial (versão pós-operatório)
- Expectativas (versão pré-operatória, ainda não disponível para uso no Brasil)

A pontuação pode variar de 0 a 5 em cada subescala, e cada subescala pode ser utilizada de forma independente. Neste estudo foram utilizadas quatro subescalas para comparar os dois grupos: satisfação com as mamas, bem estar psicossocial, bem estar sexual, bem estar físico. As subescalas Satisfação com o resultado geral, Satisfação com o processo de atendimento e Satisfação com a papila mamária foram aplicadas ao grupo Mamoplastia.

Nas subescalas Satisfação com as mamas, Satisfação com as informações do cirurgião plástico e Satisfação com a papila mamária, a nota que cada item pode receber varia de um a quatro: muito insatisfeita (nota = 1), um pouco insatisfeita (nota = 2), um pouco satisfeita (nota = 3), muito satisfeita (nota = 4).

Nas subescalas Bem estar psicossocial, Bem estar sexual e Bem estar físico, a nota que cada item pode receber varia de um a cinco: em nenhum

momento (nota = 1), em poucos momentos (nota = 2), por algum tempo (nota = 3), a maioria do tempo (nota = 4), todo o tempo (nota = 5).

Na subescala Satisfação com o resultado geral, a nota que cada item pode receber varia de um a três: não concordo (nota = 1), concordo um pouco (nota = 2), concordo completamente (nota = 3).

Nas subescalas Cirurgião plástico, Satisfação com a equipe médica e Satisfação com a equipe ambulatorial, a nota que cada item pode receber varia de um a quatro: discordo completamente (nota = 1), discordo um pouco (nota = 2), concordo um pouco (nota = 3), concordo completamente (nota = 4).

As respostas ao item de cada subescala são transformadas, por meio do *software* de pontuação *Q-Score*<sup>®</sup> para fornecer um escore total que varia de zero a 100. Quanto maior a pontuação, maior é a satisfação, ou melhor é a qualidade de vida (PUSIC *et al.*, 2009).

#### 4.4- Procedimentos

Todas as participantes preencheram o protocolo para coleta de dados e responderam ao questionário (Grupo controle *BREAST-Q*<sup>®</sup> pré-operatório e Grupo mamoplastia *BREAST-Q*<sup>®</sup> pós-operatório). As pacientes do grupo controle responderam ao questionário por ocasião de sua consulta de avaliação cirúrgica pré-operatória no ambulatório. As pacientes do grupo mamoplastia redutora responderam ao questionário entre seis meses e um ano de pós-operatório, por ocasião de um retorno ambulatorial.

##### 4.4.1 – Avaliação grupo controle



Após a assinatura do TCLE, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Coleta de dados sociodemográficos e clínicos (Apêndices);
- Mensuração e classificação da hipertrofia mamária (Apêndices);
- Aplicação do questionário *BREAST-Q*<sup>®</sup> pré-operatório.

#### 4.4.2 – Avaliação grupo mamoplastia redutora

Após a assinatura do TCLE, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Coleta de dados sociodemográficos e clínicos (Apêndices);
- Aplicação do questionário *BREAST-Q*<sup>®</sup> pós-operatório.

Todas as pacientes do Grupo mamoplastia apresentavam cicatriz em “T” invertido, com cicatriz periareolar, vertical até o sulco inframamário e horizontal acompanhando o sulco inframamário.

Dada a natureza das variáveis, foram utilizados testes não paramétricos para a análise estatística. Em todos os testes o nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%. Para a análise estatística foi utilizado o *software* BioEstat 5.0 (Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Belém, PA, Brasil).

## **5. RESULTADOS**

A coleta de dados teve duração de 23 meses, sendo concluída em novembro de 2014. Foram selecionadas 100 pacientes, sendo 50 para o grupo controle e 50 para o grupo mamoplastia e todas aceitaram participar do estudo.

A tabela 6 apresenta a estatística descritiva dos resultados obtidos para as quatro subescalas do *BREAST-Q*<sup>®</sup> aplicadas ao grupo Controle, e a tabela 7 apresenta a estatística descritiva dos resultados obtidos para as 10 subescalas totais aplicadas ao grupo Mamoplastia.

**TABELA 6 – Estatística descritiva dos escores do *BREAST-Q*<sup>®</sup> atribuídos pelas pacientes do Grupo Controle.**

	Variação	Mediana	Média±DP
<b>SM</b>	0 – 50	23	21±14
<b>BEPS</b>	0 – 71	33	31±17
<b>BES</b>	0 – 78	29	29±19
<b>BEF</b>	0 – 83	48	45±19

SM, Satisfação com as mamas; BEPS, Bem estar psicossocial; BES, Bem estar sexual; BEF, Bem estar físico.

**TABELA 7 – Estatística descritiva dos escores do *BREAST-Q*<sup>®</sup> atribuídos pelas pacientes do Grupo Mamoplastia.**

	Varição	Mediana	Média±DP
<b>SM</b>	30 – 100	70	71±16
<b>BEPS</b>	0 – 100	92	84±23
<b>BES</b>	21 – 100	88	82±21
<b>BEF</b>	48 – 100	79	79±12
<b>SR</b>	37 - 100	87	86±17
<b>SICP</b>	38 – 100	79	77±16
<b>CIRURGIÃO</b>	0 – 100	100	83±25
<b>SPM</b>	53 – 100	100	94±11
<b>SEM</b>	69-100	100	97±07
<b>SEA</b>	45-100	100	94±15

SM, Satisfação com as mamas; BEPS, Bem estar psicosocial; BES, Bem estar sexual; BEF, Bem estar físico; SR, Satisfação com os resultados; SICP, Satisfação com as informações do Cirurgião Plástico; Cirurgião; SPM, Satisfação com a papila mamária; SEM, Satisfação com a Equipe Médica; SEA, Satisfação com a Equipe Ambulatorial.

A tabela 8 apresenta a comparação entre os grupos Controle e Mamoplastia quanto aos escores obtidos para as quatro subescalas do *BREAST-Q*<sup>®</sup> aplicadas aos dois grupos.

**TABELA 8 – Medianas dos escores do *BREAST-Q*<sup>®</sup> para os grupos Controle e Mamoplastia e comparação entre os grupos (Teste de Mann-Whitney)**

	<b>SM</b>	<b>BEPS</b>	<b>BES</b>	<b>BEF</b>
Controle	23	33	29	48
Mamoplastia	70	92	88	79
<b>Controle x Mamoplastia</b>				
(Mann-Whitney)	$\rho=0,0001$	$\rho=0,0001$	$\rho=0,0001$	$\rho=0,0001$

SM, Satisfação com as mamas; BEPS, Bem estar psicossocial; BES, Bem estar sexual; BEF, Bem estar físico.

## **6. DISCUSSÃO**

Há mais de 2500 anos, Hipócrates dizia que o médico deve confiar em evidência real ao invés de conclusões resultantes unicamente do raciocínio. Desde os primórdios da medicina há a necessidade de uma medicina baseada em evidências que permita ao médico determinar e aplicar a melhor estratégia de tratamento. O uso de evidências na prática médica e a avaliação de resultados dos cuidados médicos são tão antigos quanto a própria medicina (KOWALSKI *et al.*, 2013).

A percepção dos resultados do cirurgião é diferente da percepção da paciente. O cirurgião plástico pode estar contente com o resultado, mas a paciente pode não ter semelhante satisfação. Os resultados medidos a partir do ponto de vista da paciente são altamente relevantes porque a maior parte dos procedimentos realizados em cirurgia plástica visa melhorar a aparência física, imagem corporal, função psicossocial e qualidade de vida. A cirurgia plástica é um campo em que os resultados não são avaliados somente pela morbidade e mortalidade, mas principalmente pela satisfação do paciente (MALAY & CHUNG, 2013).

Aplicar uma avaliação padrão do resultado estético, principalmente de pós-operatório de cirurgias das mamas, não é uma tarefa simples. A literatura incluiu inúmeros métodos, como a classificação por meio de escalas subjetivas, medições físicas, medições fotográficas, imagem dimensional (VEIGA *et al.*, 2002; VEIGA *et al.*, 2010; VEIGA *et al.*, 2011; DUTRA *et al.*, 2012 ). Mas até então não havia consenso sobre uma ferramenta adequada para a medição de resultados. Por isso a atenção voltou-se para os resultados relatados pelas pacientes, com o uso de ferramentas de medição que avaliam aspectos estéticos, funcionais e emocionais relacionados à cirurgia mamária (CARTY *et al.*, 2012).

No entanto, uma das principais críticas à utilização dessas ferramentas é que muitas vezes são falhas em termos de confiabilidade e especificidade (CANO, KLASSEN, PUSIC, 2009). Também não se pode garantir a validade, ou seja, a capacidade de medir o que se destina a ser medido, pois, segundo LEMAINÉ & MCCARTHY (2013), a avaliação do resultado estético após cirurgia de mama é por natureza um processo altamente subjetivo.

Na ausência de questionários específicos para cirurgia plástica, têm sido usado instrumentos genéricos, como o *SF-36*. Embora o *SF-36* seja confiável, ele não é sensível o suficiente para medir as mudanças como resultados de intervenções cirúrgicas (CANO, KLASSEN, PUSIC, 2009; MALAY & CHUNG, 2013).

Hoje a atenção é cada vez maior em entender a percepção da paciente sobre o resultado cirúrgico e o impacto que a Cirurgia Plástica tem na qualidade de vida da paciente. Para isso foram desenvolvidos os instrumentos denominados *PRO - Patient Reported Outcomes*, termo que se aplica especificamente a um questionário usado em um ambiente clínico ou de pesquisa em que as respostas são coletadas diretamente das pacientes. Essas medidas podem fornecer informações importantes para decisões de política de saúde (PUSIC *et al.*, 2011).

Os cirurgiões plásticos ainda não adotaram a prática de aplicar questionários *PRO* rotineiramente, porém eles reconhecem que a satisfação da paciente e a sua qualidade de vida são aspectos fundamentais para determinar o sucesso ou fracasso dessas cirurgias (RECOVERY *et al.* 2011).



REAVERY *et al.* (2011) realizaram uma revisão sistemática para avaliar e identificar as medidas de resultados obtidas de questionários *PRO* desenvolvidos para pacientes submetidas à cirurgia de contorno corporal. Foram localizados os seguintes questionários: *FQAD* (lipoaspiração), *DAS-59/24* (mamoplastia redutora), *BRASSQ* (mamoplastia redutora), *BRS* (mamoplastia redutora, sintomas), *BREAST-Q*<sup>®</sup> (cirurgia de mamas). Após análise detalhada, concluíram que o *FQAD*, o *DAS-59* e o *BRS* são limitados tanto pela gama de conteúdos quanto pelas propriedades psicométricas, sendo que o *BREAST-Q*<sup>®</sup> é o único que, na inclusão de itens, abrange questões de pós-operatório específicas, tais como cicatrizes. O *BRASSQ* e o *BREAST-Q*<sup>®</sup> demonstram bom desempenho psicométrico. A principal diferença entre os dois é que o *BREAST-Q*<sup>®</sup> inclui itens relacionados às questões de pós-operatório específicas.

A medicina baseada em evidências permite que o paciente tenha a capacidade de tomar uma decisão informada, pois não cabe ao médico impor um tratamento específico para um paciente. Segundo PUSIC *et al.* (2009), as pacientes estão se tornando cada vez mais envolvidas em seus próprios cuidados médicos e estão exigindo dados cientificamente embasados para ajudá-las a entender melhor os resultados esperados. Ao aconselhar suas pacientes, os cirurgiões que utilizarem o *BREAST-Q*<sup>®</sup> em sua prática clínica serão capazes de fornecer provas tangíveis da satisfação das pacientes. Isso pode melhorar a comunicação com as pacientes, permitindo que o médico seja mais eficaz no tratamento, por ter uma melhor compreensão das percepções específicas das pacientes (KOWALSKI, CHUNG, 2013).

Muitos países estão começando a exigir dados *PRO* antes que novos produtos médicos sejam aprovados. Como a cirurgia plástica é uma especialidade diretamente relacionada à qualidade de vida, a aplicação de instrumentos *PRO* é particularmente pertinente para medir alterações funcionais e psicológicas após um tratamento. Os avanços das técnicas cirúrgicas também requerem dados de qualidade de vida. Órgãos reguladores, como o *FDA (food and drug administration)*, estão exigindo dados que só podem ser fornecidos por questionários *PRO* antes de liberar novos produtos ou insumos (CHUNG & PUSIC, 2013). A psicometria veio também devido ao aumento da demanda dos clínicos em demonstrar a evidência da efetividade (CANO, KLASSEN, PUSIC, 2009).

Os questionários *PRO* funcionam como um padrão para futuros ensaios clínicos (CANO *et al.*, 2012). Qualidade de vida é um significativo indicador de resultado, que avalia o sucesso da Cirurgia Plástica (MALAY & CHUNG, 2013). Quantificar, entender e medir a melhora na atividade física, a diminuição de queixas médicas crônicas caras e a melhora na qualidade de vida global relatada pelas pacientes são parte do futuro da pesquisa e prática do cirurgião plástico (CANO, KLASSEN, PUSIC, 2009; CORIDDI *et al.*, 2013).

Entre as vantagens do *BREAST-Q®* está a contribuição para a medicina baseada em evidências, como desenvolvimento de um dispositivo de pesquisa, defesa e satisfação da paciente. Como os resultados mais importantes em Cirurgia Plástica são a satisfação e a qualidade de vida, os questionários *PRO* são essenciais para avaliar os benefícios dessas técnicas cirúrgicas (PUSIC *et al.*, 2009).

Existe uma série de razões da demanda dos dados fornecidos pelas pacientes e seus relatos com relação à medida de resultados. A defesa da paciente é um deles. Na América do Norte e na Europa é cada vez mais difícil para as pacientes obterem acesso a determinados procedimentos, como a mamoplastia redutora. Os advogados dessas pacientes necessitam de dados científicos para mostrar que a cirurgia afeta positivamente a qualidade de vida. No final, um instrumento *PRO* clinicamente significativo e cientificamente sólido, que mede qualidade de vida, pode fornecer aos cirurgiões plásticos e a outros profissionais da saúde uma ferramenta importante para apoiar a distribuição de recursos, melhorar a prática clínica e a defesa da paciente (CANO, KLASSEN, PUSIC, 2009).

Por se tratar de um instrumento novo, com poucas publicações, na literatura não foram encontrados estudos com o *BREAST-Q*<sup>®</sup> que pudessem ser referência para o cálculo da casuística no período de elaboração do presente estudo. Os estudos que avaliaram qualidade de vida relacionada à mamoplastia redutora não utilizaram os mesmos questionários e não houve padronização em relação ao tamanho da amostra (ARAUJO *et al.*, 2014; BERALDO *et al.*, 2013; BLOMQUIST & BRANDBERG, 2004; BROW, HILL, KHAN, 2000; CANO *et al.*, 2014; CEROVAC *et al.*, 2005; CORIDDI *et al.*, 2013; FREIRE *et al.*, 2007; GODWIN, WOOD, O'NEILL, 1998; GONZALES *et al.*, 2012; ; KLASSEN *et al.*, 2009; O'BLENES *et al.*, 2006; RESENDE *et al.*, 2013; SAARINIEMI, LUUKKAALA, KUOKKANEM, 2001; SABINO NETO *et al.*, 2007; SABINO NETO *et al.*, 2012; SINGH, PINELL, LOSKEN, 2010; SPECTOR, SINGH, KARP, 2008). Assim, o tamanho da casuística foi estimado com base em estudos de outros desfechos em mamoplastia

reduzida, e se mostrou suficiente para a obtenção de resultados significativos.

A seleção das pacientes foi realizada de forma consecutiva, à medida que elas compareciam ao ambulatório. Foram selecionadas mulheres entre 18 e 45 anos de idade. Optou-se por 18 anos para que fossem incluídas apenas pacientes adultas e que pudessem participar do estudo espontaneamente e com seu próprio consentimento. Já a idade limite até 45 anos teve como objetivo não incluir pacientes em período perimenopausa, uma vez que as pacientes apresentam alterações hormonais que são características desse período e que podem levar a alterações na função sexual, interferindo dessa maneira nos resultados do estudo.

A média de idade do grupo controle foi de 31 anos e no grupo mamoplastia foi de 33 anos. Esse dado se aproxima dos achados da literatura. CHADBOURNE *et al.* (2001), em uma revisão da literatura, selecionaram 29 estudos, totalizando 4.173 pacientes, e observaram que a média de idade das pacientes era de 36 anos em estudos observacionais e 35 em estudos experimentais.

O IMC apresentou média de 26 kg/m<sup>2</sup> no Grupo Controle e 27 kg/m<sup>2</sup> no Grupo Mamoplastia. Esses dados estão um pouco abaixo da média observada na literatura. CHADBOURNE *et al.* (2001) observaram, em uma revisão, que a média do IMC das pacientes dos estudos observacionais era de 28 kg/m<sup>2</sup> e nos estudos experimentais era de 30 kg/m<sup>2</sup>.

O IMC em pacientes com hipertrofia mamária costuma ser maior do que o IMC em pacientes sem hipertrofia. O IMC tende a ser mais alto quanto maior for a hipertrofia (FERNANDES *et al.*, 2007). As pacientes com IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup> não foram incluídas nesse estudo por

apresentarem mudanças no centro de gravidade, alterando as articulações ósseas, causando desconforto e dor, o que poderia ser um fator de confusão nos resultados (FREIRE *et al.*, 2007).

A variação de tecido ressecado para a Mama Direita foi de 109-1800g com média de 577g e para a Mama Esquerda foi de 171-1950g com média de 605g. As pacientes com hipertrofia mamária apresentam melhora dos sintomas na mesma proporção, independentemente se o volume do tecido ressecado foi amplo ou se foi em menor quantidade (COLLINS *et al.*, 2002; TOMA *et al.*, 2007; SPECTOR, SINGH, KARP, 2008).

Nesse estudo foram utilizados dois métodos para classificação da hipertrofia das mamas, um subjetivo (FRANCO & REBELLO, 1997) e outro objetivo (SACCHINI *et al.*, 1991) para que se somassem critérios objetivos e sintomáticos.

A escolha do sexto mês de pós-operatório para avaliar as pacientes do grupo mamoplastia foi por se tratar de um período distante da fase de recuperação cirúrgica. Após seis meses já se estabilizou a euforia e a superestimação dos resultados obtidos na cirurgia (BLOMQVIST & BRANDBERG, 2004; FREIRE *et al.*, 2004; SABINO NETO *et al.*, 2008; SPECTOR, SINGH, KARP, 2008). E a escolha do tempo limite de avaliação de pós-operatório de um ano se deve pela paciente ainda se lembrar dos detalhes do seu pós-operatório.

Nesse estudo, os resultados relatados pela paciente demonstraram que a mamoplastia redutora trouxe uma melhora significativa na satisfação com as mamas, no bem estar psicossocial, no bem estar sexual e no bem estar físico, independentemente do peso ressecado. Além disso, a satisfação com os resultados esteve relacionada com a satisfação com as mamas, bem

estar psicossocial, bem estar sexual, bem estar físico, satisfação com o cirurgião plástico, satisfação com a papila mamária, satisfação com a equipe médica e satisfação com a equipe ambulatorial. Através de um instrumento de pesquisa validado, ficou confirmado que, após uma mamoplastia redutora, as pacientes ficam satisfeitas com o resultado e tem sua qualidade de vida melhorada. Entretanto, futuros estudos são necessários para detectar qual técnica cirúrgica de mamoplastia redutora causa maior satisfação nas pacientes portadoras de hipertrofia mamária e nesse caso, o *BREAST-Q*<sup>®</sup> pode ser muito eficaz na comparação entre técnicas.

## **7. CONCLUSÃO**

## 7. CONCLUSÃO

As pacientes submetidas a mamoplastia redutora ficaram satisfeitas com os resultados e tiveram um aumento significativo da qualidade de vida quando comparadas a pacientes portadoras de hipertrofia mamária, conforme o instrumento *BREAST-Q*<sup>®</sup>.



## **8. REFERÊNCIAS**

- Araújo CDM, Gomes HC, Veiga DF, Hochman B, Fernandes PM, Novo NF, Ferreria LM. Influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional das mulheres. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47(2):91-6.
- Araújo CDM, Veiga DF, Hochman BS, Abla LEF, Oliveira ACS, Novo NF, Veiga-Filho J, Ferreira LM. Cost-utility of reduction mammoplasty assessed for the brazilian public health system. *Aesthet Surg. J.* 2014;34(8):1198-204.
- Beraldo-Cardoso FN, Veiga DF, Sabino-Neto M, Veiga-Filho J, Novo NF, Ferreira LM. Sexual function and depression outcomes in breast hypertrophy patients undergoing reduction mammoplasty: A randomized clinical trial. *Plastic Reconstr. Surg.* 2013;131(5):169.
- Bikhchandani J, Varma SK, Henderson HP. Is it justified to refuse breast reduction to smokers? *J Plast Reconstr Aesth Surg.* 2007;60:1050-4.
- Blomqvist L, Brandberg Y. Three-year follow-up on clinical symptoms and health-related quality of life after reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 2004;114(1):49-54.
- Brown AP, Hill C, Khan K. Outcome of reduction mammoplasty – patients’s perspective. *Br. J. Plast. Surg.* 2000;53(7):584-7.
- Cano SJ, Klassen A, Pusic AL. The science behind quality-of-life measurement: A prime for plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(3):98-106.
- Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Cordeiro PG, Pusic AL. The *BREAST-Q*<sup>®</sup>: Further validation in independent clinical samples. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129(2):293-302.
- Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Pusic AL. A closer look at the *BREAST-Q*<sup>®</sup>. *Clin Plast Surg.* 2013;40(2):287-296.
- Cano SJ, Klassen AF, Scott A, Alderman A, Pusic AL. Interpreting clinical differences in *BREAST-Q*<sup>®</sup> scores: minimal important difference. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(1):173e-175e.

Carty MJ, Duclos A, Gu X, Elele N, Orgill D. Patient satisfaction and surgeon experience: a follow-up to the reduction mammoplasty learning curve study. *Eplasty*. 2012;(12):207-218.

Cerovac S, Ali FS, Blizard R, Lloyd G, Butle PE. Psychosexual function in woman who have undergone reduction mammoplasty. *Plas Reconstr Surg*. 2005;116(5):1306-13.

Chadbourne EB, Zhand S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, Schnur PL, Schneider-Redden PR. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc*. 2001;76(5):503-10.

Chung KC. Development of a new Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The *BREAST-Q*<sup>®</sup>. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):354-355.

Chung KC, Pusic AL. Patient reported outcomes instruments. *Clin Plast Surg*. 2013;40(2):xi-xii.

Collins D, Kerigan C, Kim M, Lowery J, Striplin D, Cunningham B, Wilkins E. The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg*. 2002;109(5):1556-66.

Coriddi M, Nadeau M, Taghizadeh M, Taylor A. Analysis of satisfaction and well-being following breast reduction using a validated survey instrument: The *BREAST-Q*<sup>®</sup>. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132(2):285-90.

Cunningham BL, Gear AJL, Kerrigan CL, Collins ED. Analysis of breast reduction complications derived from the BRAVO study. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(6):1597-604.

Dutra AK, Neto MS, Garcia EB, Veiga DF, Netto NM, Curado JH, Ferreira LM. Patients' satisfactions with immediate breast reconstruction with a latissimus dorsi musculocutaneous flap. *J Plast Surg Hand Surg*. 2012;46(5):349-53.

Eggert E, Schuss R, Edsander-Nord A. Clinical outcomes, quality of life, patients' satisfaction, and aesthetic results, after reduction

- mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2009;43(4):201-6.
- Fernandes PM, Sabino Neto M, Veiga DF, Abla LEF, Mundi CDA, Juliano Y, Ferreira LM. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(4):227-30.
- Franco T & Rebello C. *Cirurgia Estética*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu;1997. Capítulo 8, Mamoplastias;203-71.
- Freire M, Sabino-Neto M, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2004;38(6):335-9.
- Freire M, Neto MS, Garcia EB, Rodrigues M, Quaresma, Ferreira LM. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(4):1149-56.
- Godwin Y, Wood SH, O'Neill TJ. A comparison of the patient and surgeon opinion on the long-term aesthetic outcomes of reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg*. 1998;51(6):444-9.
- Godwin Y, Barron EJ, Edmunds MC, Meyer M, Bardsley A, Logan AM, O'Neill TJ, Wood SH. A comparison of the patient and surgeon opinion on the long-term aesthetic outcome of reduction mammoplasty: Have we improved over 15 years? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014;64(7):932-8.
- Gonzalez MA, Glickman T, Aladegbami B, Simpson RL. Quality of life after breast reduction surgery: A 10 year retrospective analysis using the breast q questionnaire: Does breast size matter? *Ann Plast Surg*. 2012;69(4):361-3.
- Gravante G, Araco A, Sorge R, Caruso R, Nicoli F, Araco F, et al. Postoperative wound infections after breast reductions: the role of smoking and the amount of tissue removed. *Aesth Plast Surg*. 2008; 32:25-31.
- Hammond DC. Discussion: the *BREAST-Q*<sup>®</sup> further validation in independent clinical samples. *Partnes in Plastic Surgery*. 2012;129(2):303-4.

Henry SL, Crawford JL, Puckett CL. Risk factors and complications in reduction mammoplasty: novel associations and preoperative assessment. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(4):1040-6.

Hermans BJE, Boeckx WD, Lorenzi F, Hulst RRWJ. Quality of life after breast reduction. *Ann Plast Surg.* 2005;55(3):227-31.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) – 2015. [www.isaps.org/pt/](http://www.isaps.org/pt/).

Jones SA, Bain JR. Review of data describing outcomes that are used to assess changes in quality of life after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(1):62-7.

Kerrigan C, Collins D, Kim HM, Schnur PL, Wilkins E, Cunningham B, Lowery J. Reduction mammoplasty: Defining medical necessity. *Med Decis Making.* 2002;22(3):208-17.

Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in woman who undergo breast surgery: A qualitative study. *BWC Womens Health.* 2009;9(11):1-8.

Kowalski E, Chung KC. The outcomes movement and evidence-based medicine in plastic surgery. *Clin Plastic Surg.* 2013;40(2):241-7.

Lemaine V, McCarthy C. Measuring outcomes in Breast Surgery. *Clin Plastic Surg.* 2013;40(2):331-9.

Malay S, Chung KC. How use outcomes questionnaires: pearls and pitfalls. *Clin Plastic Surg.* 2013;40(2):261-9.

Matarasso A, Wallach SG, Rankin M. Reevaluating the need for routine drainage in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102:1917-21.

O'Blenes CAE, Delbridge CL, Miller BJ, Pantelis A, Morris SF. Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty. Long-term follow-up. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(2):351-8.

Okoro SA, Barone C, Bohnenblust M, Wang HT. Breast reduction trend among plastic surgeons: a national survey. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(5):1312-19.

- Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-report outcome measure for breast-surgery: The *BREAST-Q*<sup>®</sup>. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):345-53.
- Pusic LA, Reavey PL, Klassen AF, Scott A, McCarthy C, Cano SJ. Measuring patient outcomes in breast augmentation: introducing the *BREAST-Q*<sup>®</sup> augmentation module. *Clin Plast Surg*. 2009;36(1):23-32.
- Pusic, AL, Lemaine V, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Patient-Reported outcomes measures in plastic surgery: Use and interpretation in evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(3):1361-67.
- Pusic AL, Klassen AF, Cano SJ. Use of the *BREAST-Q*<sup>®</sup> in clinical outcomes research. *Plastic and Reconstruction Surgery*. 2012;129(1):166-7.
- Reavey PL, Klassen AF, Cano SJ, McCarthy C, Scott A, Rubin P, Shermak M, Pusic AL. Measuring quality of life and patient satisfaction after body contouring: A systematic review of patient-reported outcomes measures. *Aesthet Surg J*. 2011;31(7):807-13.
- Resende VCL, Sabino-Neto M, Veiga DF, Rocha MJA, Ferreira LM. Sexuality in patients submitted to reduction mammoplasty. *Journal of woman's health*. 2013;22(3):18-9.
- Saariniemi K, Luukkaala T, Kuokkanen H. The outcome of reduction mammoplasty is affected more by psychosocial factors than by changes in breast dimensions. *Scand J Surg*. 2011;100(2):105-9.
- Sabino Neto M, Silva ALAL, Garcia EB, Freire M, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem after breast asymmetry surgery. *Aesthet Surg J*. 2007;27(6):616-21.
- Sabino Neto M, Demattê MF, Freire MAMS, Garcia EB, Quaresma M, Ferreira LM. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesthet Surg J*. 2008;28(4):417-20.
- Sabino Neto M, Abla LEF, Lemos AL, Garcia EB, Enout MJR, Cabral NC, Ferreira LM. The impact of surgical treatment on the self-esteem of patients with breast hypertrophy, hypomastia or breast asymmetry. *Aesthet Plast Surg*. 2012;36(1):223-5.

Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M, Agresti R, Veronesi P, Greco M. quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Euro J Cancer*. 1991;27(11):1395-400

Schnur PL, Schnur DP, Petty PM, Hanson TJ, Weaver AL. Reduction mammoplasty: An outcome study. *Plast Reconstr Surg*. 1997;100(4):875-83.

Setala L, Papp A, Joukainen S, Martikainen R, Berg L, Mustonen P, et al. Obesity and complications in breast reduction surgery: are restrictions justified? *J Plast Reconstr Aesth Surg*. 2009;62(2):195-9.

Siegel S E, Castellan JR N J., *Estatística não paramétrica para ciência do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre:Artmed; 2006; 448p.

Singh KA, Pinell XA, Losken A. Is reduction mammoplasty a stimulus for weight loss and improved quality of life? *Ann Plast Surg*. 2010;64(5):585-7.

Singh KA, Losken A. Additional benefits of reduction mammoplasty: A systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(3):562-70.

Spector JA, Singh SP, Karp NS. Outcomes after breast reduction. Does size really matter? *Ann Plast Surg*. 2008;60(5):505-9.

Stevens WG, Gear AJL, Stoker DA, Hirsch EM, Cohen R, Spring M, Vath SD, Schantz SA, Heck RT. . Outpatient reduction mammoplasty: an eleven-year experience. *Aesthet Surg J*. 2008;28(2):171-9.

Thoma A, Sprague S, Veltri K, Duku E, Furlong W. A Prospective study of patients undergoing breast reduction surgery: Helth-related quality of life and clinical outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(1):13-26.

Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo-Junior I, Mendes DA, Andrade VO, Caetano LV, Campos FS, Juliano Y, Ferreira LM. Evaluations of aesthetic outcomes of oncoplastic surgery by surgeons

of different gender and specialty: a prospective controlled study. *Breast*. 2011;20(5):407-12.

Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I JR, Balbino PF, Caetano LV, Novo NF, Ferreira LM. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(3):811-7.

Veiga DF, Neto MS, Garcia EB, Filho JV, Juliano Y, Ferreira LM, Rocha JL. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfactions with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2002;48(5):515-20.





Sociedade Brasileira de Anatomia. Terminologia anatômica internacional. São Paulo: Manole; 2001. 248p.

Consulta ao DeCS – Descritores em Ciência da Saúde. Disponível em: <http://decs.bsv.br/> - terminologia em saúde.

Goldenberg, S. Orientação Normativa para Elaboração e Difusão de Trabalhos Científicos. São Paulo; 2001. Disponível em <http://www.metodologia.org>.

Ferreira LM, Goldenberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, Blanes L, Bretos JLG. Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses. São Paulo: LMP; 2007. 84p.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Breast hypertrophy is a common condition in women worldwide, and previous studies have shown the effectiveness of breast reduction to improve different aspects of quality of life of these patients.

**Objective:** To evaluate the results of breast reduction through *BREAST-Q*<sup>®</sup>

instrument. **Methods:** A total of 100 women were selected, 50 with breast

hypertrophy (control group), and 50 who had undergone breast reduction

for at least six months (mammoplasty group). For evaluation of patient

satisfaction with the results was applied to Brazilian version of the

*BREAST-Q*<sup>®</sup> survey, module reduction/mastopexy pre and postoperatively,

in the control and mammoplasty respectively. The data were tabulated and

analyzed statistically. **Results:** The mammoplasty group presented higher

scores in the control group subscales satisfaction with breasts, psychosocial

well-being, sexual well-being and physical well-being ( $p = 0.0001$ ).

**Conclusion:** Breast reduction improves significantly patients' satisfaction

regarding the breasts, the psychosocial well-being, the sexual well-being

and physical well being.

## **APÊNDICES**

## Apêndice 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. **Responsável:** Adriana Corbolan Andrade

---

2. **Título do trabalho:** "BREAST-Q® NA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA MAMOPLASTIA REDUTORA"

---

Eu compreendo que fui convidada para participar como voluntária nesta pesquisa.

Serão convidadas a participar desta pesquisa mulheres que fizeram redução das mamas há no mínimo seis meses. Pacientes que tem as mamas grandes, mas que ainda não fizeram a cirurgia para redução, também serão convidadas a participar, como grupo controle. O objetivo deste estudo é avaliar a satisfação de pacientes com a mamoplastia redutora. Para isso, será aplicado o questionário BREAST-Q®, um instrumento próprio para avaliação de cirurgias das mamas que já foi validado para uso no Brasil.

Sua participação neste estudo não é remunerada, assim também como os pesquisadores não terão qualquer benefício financeiro com ele.

Você não terá benefício direto com a realização desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Adriana Corbolan Andrade, você pode contatá-la no telefone: (11) 97173-6202. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP): (011) 5571-1062/ Fax: 5539-7162.

As pacientes serão informadas sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

3. **Riscos para a paciente:** Sua participação neste estudo não acarreta riscos à sua saúde, e você tem assegurado seu direito à privacidade.

---

4. **Direito de privacidade:** Você tem garantida a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

---

5. **Declaração de danos:** Caso ocorra algum dano à sua pessoa, ainda que improvável, resultante diretamente de sua participação nesta pesquisa, o pesquisador e a Instituição serão os responsáveis. Você terá também, gratuitamente, todo o tratamento para recuperar algum dano causado pela pesquisa.

---

**6. Recusa ou retirada:** Eu compreendo que minha participação é voluntária e eu posso recusar e retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso prejudique meu cuidado atual ou futuro nesta Instituição.

Eu confirmo que a pesquisadora me explicou os objetivos desta pesquisa e os procedimentos a que serei submetida (responder aos questionários) e que li e compreendi este formulário de consentimento. Portanto, concordo em participar desta pesquisa, e uma cópia deste termo ficará em meu poder.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Paciente ou Responsável**

---

**Pesquisador**

## Apêndice 2

### Protocolo para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

#### Ficha clínica de avaliação

Nº protocolo: \_\_\_\_\_

Grupo: ( ) Hipertrofia Mamária ( ) Mamoplastia

Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

#### História Patológica Progressiva:

( ) HAS ( ) DM ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Cirurgias prévias \_\_\_\_\_

( ) Uso medicação? Quais? \_\_\_\_\_

#### História Fisiológica:

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DUP \_\_\_\_\_

Menopausa: ( ) sim ( ) não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Faz RH? \_\_\_\_\_

#### História Social:

( ) Tabagismo Há \_\_\_\_\_ anos. \_\_\_\_\_ Cig. /dia Parou há \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Filhos (nº): \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior

( ) Completo ( ) Incompleto

Profissão: \_\_\_\_\_

#### Dados clínicos:

##### GRUPO CONTROLE:

Classificação das mamas:

- Índice de Sacchini:

	DIREITA	ESQUERDA
distância papila-sulco		
distância papila-esterno		
média de cada mama		
média das duas mamas		

- Franco & Rebello: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau



GRUPO MAMOPLASTIA:

Data da cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Técnica: \_\_\_\_\_

Peso ressecado: D = \_\_\_\_\_ E = \_\_\_\_\_

Exame Anatomopatológico: D = \_\_\_\_\_ E = \_\_\_\_\_

Complicações Precoces (<30 dias): \_\_\_\_\_

Complicações Tardias (>30 dias): \_\_\_\_\_

## Apêndice 3

Pontuação do questionário *BREAST-Q*® pré-operatório através do Q-Score:

1. SM	2. BEPS	3. BES	4. BEF
0	43	61	42
29	71	78	50
34	34	35	45
18	44	40	74
23	32	29	23
29	40	38	36
31	24	26	42
23	35	21	29
0	0	0	29
26	37	32	53
26	24	20	50
0	0	0	15
0	34	30	50
23	34	30	50
48	43	35	56
29	40	38	50
0	0	0	0
18	12	26	39
0	0	32	33
18	24	15	15
0	0	0	0
34	17	0	36
0	0	0	6
12	24	29	50
12	24	26	61
38	44	43	45
18	38	19	83
12	28	46	45
35	71	67	56
23	40	52	48
12	28	26	42
23	28	26	58
0	12	0	63
36	46	32	58
12	17	0	66
50	34	29	45
18	40	43	48
26	43	40	39
26	34	32	71
26	39	26	71
18	35	15	79
34	43	49	58
45	53	56	58
39	69	67	48
12	12	15	45
18	26	26	23
26	30	29	58
26	28	32	58
23	26	26	42
0	30	35	29

## Apêndice 4

Pontuação do questionário *BREAST-Q*® pós-operatório através do Q-Score:

1. SM	2. SR	3. BEPS	4. BES	5. BEF	6. SICP	7. SPM	8. CIRURGIÃO	9. SEM	10. SEA
67	70	55	73	83	90	100	85	91	100
100	100	100	100	48	90	100	100	100	100
79	100	100	100	92	100	100	100	100	100
100	100	100	100	92	79	100	100	100	100
75	87	92	100	63	79	100	100	100	100
61	100	100	78	69	72	87	91	100	100
59	87	74	56	74	56	87	77	100	49
59	87	37	26	61	72	60	100	100	100
63	70	83	100	92	83	100	100	100	100
75	87	92	100	83	75	87	100	100	100
75	100	100	84	83	100	68	100	91	100
100	100	100	100	83	100	100	100	100	100
53	77	80	61	77	59	0	81	74	58
65	70	65	84	66	79	77	100	100	100
100	100	100	91	92	79	100	100	100	100
30	56	0	29	61	56	41	85	100	100
61	48	53	49	92	67	77	91	100	100
79	100	100	67	63	100	100	100	100	100
70	77	65	84	66	90	100	91	100	100
84	100	77	56	79	79	100	100	100	100
70	87	77	84	69	75	87	100	91	85
65	100	100	78	92	79	41	100	100	100
35	37	30	21	92	38	46	60	100	100
72	56	57	56	83	53	87	85	69	100
30	37	60	78	71	50	0	53	100	85
70	87	100	73	87	79	87	100	100	75
90	100	100	100	87	65	100	100	100	100
84	100	100	100	83	100	77	100	91	100
79	87	92	100	100	72	100	100	100	100
57	70	100	84	79	100	68	100	100	100
70	100	41	61	56	50	100	100	100	100
84	87	100	100	77	75	100	100	100	100
56	70	100	91	83	100	60	100	100	100
79	100	100	100	77	79	100	81	100	100
57	87	77	84	74	79	60	100	100	49
65	87	80	67	74	58	100	81	84	100
61	77	100	100	87	75	60	100	100	100
79	77	83	100	92	72	100	81	91	100
70	87	100	100	79	100	100	100	100	100
100	100	100	100	92	72	100	100	100	100
70	87	92	100	92	100	100	100	84	45
79	100	80	100	77	100	100	100	100	100
79	70	100	78	71	56	100	100	91	64
90	100	100	100	100	100	100	100	100	100
67	87	87	100	79	72	46	85	100	100
79	100	87	91	87	79	100	100	100	100
75	100	100	78	83	79	87	100	84	100
63	100	100	100	69	72	100	100	100	100
46	87	60	52	66	69	87	85	100	100
70	100	100	100	66	58	87	85	100	100

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

## BREAST-Q®

## Módulo redução / Mastopexia (pré-operatório 1.0)

Após ler cada pergunta, circule o número da resposta que melhor descreve sua situação. Se você não tiver certeza sobre a resposta de uma questão, escolha a resposta mais próxima de como você se sente. Por favor, responda a todas as questões.

1. Pensando em suas mamas, nas últimas duas semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você está com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. A aparência das suas mamas quando vestida?	1	2	3	4
b. Como o tamanho das suas mamas combina com o restante do seu corpo?	1	2	3	4
c. O tamanho das suas mamas?	1	2	3	4
d. A forma das suas mamas quando está usando sutiã?	1	2	3	4
e. O quanto iguais em tamanho suas mamas são, uma com a outra?	1	2	3	4
f. O quanto confortavelmente seu sutiã se ajusta?	1	2	3	4
g. A forma das suas mamas quando <u>não</u> está usando sutiã?	1	2	3	4

## Anexos 72

<b>h. Sua aparência no espelho <u>vestida</u>?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i. Como suas mamas se posicionam em seu torax?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j. O quanto normais suas mamas aparentam?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>k. Sua aparência no espelho <u>despida</u>?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

2. Pensando em suas mamas , nas últimas duas semanas, com que frequência você se sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Por algum tempo	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Confiante em um encontro social?	1	2	3	4	5
b. Valorizada como outras mulheres?	1	2	3	4	5
c. Bem com você mesma?	1	2	3	4	5
d. Autoconfiante?	1	2	3	4	5
e. Confiante em suas roupas?	1	2	3	4	5
f. Aceitando seu corpo?	1	2	3	4	5
g. Que sua aparência combina com quem você é por dentro?	1	2	3	4	5
h. Confiante com relação ao seu corpo?	1	2	3	4	5
i. Atraente?	1	2	3	4	5

3 Pensando em sua sexualidade, com que frequência você geralmente se sente:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Por algum tempo	A maioria do tempo	Todo o tempo	Não Aplicável
a. Confortável / relaxada durante atividade sexual?	1	2	3	4	5	N/A
b. Sexualmente confiante?	1	2	3	4	5	N/A
c. Satisfeita com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
d. Sexualmente atraente em suas roupas?	1	2	3	4	5	N/A
e. Sexy quando <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.



4. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você teve:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Por algum tempo	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dores de cabeça?	1	2	3	4	5
b. Dor na região das mamas?	1	2	3	4	5
c. Falta de energia?	1	2	3	4	5
d. Dificuldade em fazer atividades físicas intensas (por exemplo, corrida ou ginástica)?	1	2	3	4	5
e. Sentiu-se fisicamente sem equilíbrio?	1	2	3	4	5
f. Dores nos ombros?	1	2	3	4	5
g. Dificuldades em dormir por causa de desconforto na região das mamas?	1	2	3	4	5
h. Dores no pescoço?	1	2	3	4	5
i. Sulcos ou marcas doloridas nos ombros por causa das alças do seu sutiã?	1	2	3	4	5
j. Sentiu-se fisicamente desconfortável?	1	2	3	4	5
k. Vermelhidão debaixo de suas mamas?	1	2	3	4	5

## Anexos 76

<b>i. Dores nas costas?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>m. Dores nos braços?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>n. Dor, dormência ou ardência nas mãos por causa do tamanho das suas mamas?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.

BREAST-Q<sup>®</sup>™ © Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e University of British Columbia, 2006, Todos os direitos reservados

## ANEXO 2

## BREAST-Q®

## Módulo redução / Mastopexia (pós-operatório 1.0)

As perguntas seguintes são sobre as suas mamas ou à sua cirurgia das mamas. Depois de ler cada pergunta, circule o número da resposta que melhor descreve sua situação. Se você não tiver certeza sobre a resposta de uma questão, escolha aquela mais próxima de como você se sente. Por favor, responda a todas as questões.

1. Pensando em suas mamas, nas últimas duas semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
g. A aparência das suas mamas vestida?	1	2	3	4
h. Como o tamanho das suas mamas combinam com o restante do seu corpo?	1	2	3	4
i. O tamanho das suas mamas?	1	2	3	4
j. A forma das suas mamas quando está usando sutiã?	1	2	3	4
k. O quanto iguais em tamanho suas mamas são, uma com a outra?	1	2	3	4
l. O quanto confortavelmente seu sutiã se ajusta?	1	2	3	4

## Anexos 78

g.	A forma das suas mamas quando <u>não</u> está usando sutiã?	1	2	3	4
h.	Sua aparência ao se olhar no espelho <u>vestida</u> ?	1	2	3	4
i.	Como suas mamas se posicionam em seu torax?	1	2	3	4
j.	O quanto normais suas mamas se parecem?	1	2	3	4
k.	A localização das suas cicatrizes?	1	2	3	4
l.	A aparência de suas cicatrizes?	1	2	3	4
m.	Sua aparência ao se olhar no espelho <u>despida</u> ?	1	2	3	4

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

## Anexos 79

2. Gostaríamos de saber como você se sente sobre o resultado da sua cirurgia de mama. Por favor, indique o quanto você concorda com ou discorda de cada afirmação:

	Não Concordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Passar pela cirurgia foi a melhor decisão para mim.	1	2	3
b. Eu encorajaria outras mulheres na minha situação a fazer a cirurgia de redução de mamas.	1	2	3
c. Eu faria novamente.	1	2	3
d. De modo geral, a cirurgia foi uma experiência positiva.	1	2	3
e. Passar pela cirurgia mudou minha vida para melhor.	1	2	3
f. Não me arrependo de ter feito a cirurgia.	1	2	3
g. O resultado foi exatamente o que eu esperava.	1	2	3
h. Aconteceu exatamente como eu havia planejado.	1	2	3

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

3. Pensando em suas mamas, nas últimas duas semanas, com que frequência você se sentiu:

		Em nenhum momento	Em poucos momentos	Por algum tempo	A maioria do tempo	Todo o tempo
j.	Confiante em um encontro social?	1	2	3	4	5
k.	Valorizada como outras mulheres?	1	2	3	4	5
l.	Bem com você mesma?	1	2	3	4	5
m.	Auto-confiante?	1	2	3	4	5
n.	Confiante em suas roupas?	1	2	3	4	5
o.	Aceitando seu corpo?	1	2	3	4	5
p.	Que sua aparência combina com quem você é por dentro?	1	2	3	4	5
q.	Confiante com relação ao seu corpo?	1	2	3	4	5
r.	Atraente?	1	2	3	4	5

## Anexos 81

4. Pensando em sua sexualidade, desde sua redução de mamas, com que frequência você geralmente se sente:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Por algum tempo	A maioria do tempo	Todo o tempo	Não Aplicável
f. Confortável / relaxada durante atividade sexual?	1	2	3	4	5	N/A
g. Sexualmente confiante?	1	2	3	4	5	N/A
h. Satisfeita com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
i. Sexualmente atraente em suas roupas?	1	2	3	4	5	N/A
j. Sexy quando <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

5. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você teve:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Por algum tempo	A maioria do tempo	Todo o tempo
o. Dores de cabeça?	1	2	3	4	5
p. Dor na região das mamas?	1	2	3	4	5
q. Falta de energia?	1	2	3	4	5

## Anexos 82

r.	Dificuldade em fazer atividades físicas intensas (por exemplo, corrida ou ginástica)?					
s.	Sentiu-se fisicamente sem equilíbrio?	1	2	3	4	5
t.	Dores nos ombros?	1	2	3	4	5
u.	Dificuldades em dormir por causa de desconforto na região das mamas?	1	2	3	4	5
v.	Dores no pescoço?	1	2	3	4	5
w.	Sulcos ou marcas doloridas em seus ombros por causa das alças de seu sutiã?	1	2	3	4	5
x.	Sentiu-se fisicamente desconfortável?	1	2	3	4	5
y.	Vermelhidão debaixo de suas mamas?	1	2	3	4	5
z.	Dores nas costas?	1	2	3	4	5
aa.	Dores nos braços?	1	2	3	4	5
bb.	Dor, dormência ou ardência nas mãos por causa do tamanho das suas mamas?	1	2	3	4	5

**Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**



6. O quanto satisfeita ou insatisfeita você estava sobre as informações que obteve de seu cirurgião plástico a respeito de:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Como seria feita a cirurgia?	1	2	3	4
b. Possíveis complicações?	1	2	3	4
c. Tempo de cicatrização e recuperação?	1	2	3	4
d. Como escolher o tamanho de mama que combinaria com o que você queria?	1	2	3	4
e. A possibilidade de perda de sensação em seus mamilos?	1	2	3	4
f. Que tamanho você poderia esperar que seriam seus seios após a cirurgia?	1	2	3	4
g. A possibilidade de perda de circulação do sangue na região dos mamilos?	1	2	3	4
h. Como cuidar das suas incisões após a cirurgia?	1	2	3	4
i. O que você poderia esperar da aparência das suas mamas após a cirurgia?	1	2	3	4
j. Como seria a aparência das cicatrizes?	1	2	3	4

k.	Como a cirurgia poderia afetar futuros exames de pesquisa de câncer de mama (por exemplo: mamografia, autoexame)?	1	2	3	4
l.	Opções para ajudá-la com a cicatrização?	1	2	3	4
m.	Como a cirurgia poderia afetar a amamentação? (apenas responda se for seu caso)	1	2	3	4

7. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você esteve sobre:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita	
a.	O quanto altos ou baixos estão seus mamilos em suas mamas?	1	2	3	4
b.	Como seus mamilos estão alinhados entre si?	1	2	3	4
c.	O formato de seus mamilos e auréolas?	1	2	3	4
d.	A aparência de seus mamilos e auréolas?	1	2	3	4
e.	O quanto você consegue ter de sensibilidade em seus mamilos?	1	2	3	4

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

8. Estas perguntas são sobre seu cirurgião plástico. Você sentiu que ele/ela:

	Discordo completamente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo completamente
a. Foi competente?	1	2	3	4
b. lhe passou confiança?	1	2	3	4
c. Envolveu você no processo de decisão?	1	2	3	4
d. Te tranquilizava?	1	2	3	4
e. Respondeu a todas as suas perguntas?	1	2	3	4
f. Fez você se sentir confortável?	1	2	3	4
g. Foi detalhista?	1	2	3	4
h. Foi fácil de conversar?	1	2	3	4
i. Entendeu o que você queria?	1	2	3	4
j. Foi sensível?	1	2	3	4

k.	Ouviu suas preocupações?	1	2	3	4
l.	Estava disponível quando você ficou preocupada com algo?	1	2	3	4

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

9. Estas perguntas referem-se aos membros da equipe médica além do cirurgião (por exemplo: enfermeiras, outros médicos que cuidaram de você no dia em que foi operada). Você percebeu que eles:

		Discordo completamente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo completamente
a.	Eram profissionais?	1	2	3	4
b.	Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c.	Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d.	Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e.	Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f.	Eram detalhistas?	1	2	3	4
g.	Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

10. Estas perguntas são a respeito dos profissionais do ambulatório ou consultório (por exemplo: secretárias, enfermeiras do ambulatório ou da clínica). Você sentiu que eles:

	Discordo completamente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo completamente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e. Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f. Eram detalhistas?	1	2	3	4
g. Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.

## ANEXO 3

### Autorização do uso do questionário na versão em português:

28/03/2015

Gmail - RE: 29015: Breast-Q



Adriana Corbolan Andrade <acorbolan@gmail.com>

---

#### RE: 29015: Breast-Q

Iliana PETKOVA <ipetkova@mapigroup.com>

30 de agosto de 2012 11:03

Para: "acorbolan@gmail.com" <acorbolan@gmail.com>

Cc: "danifeiga@uol.com.br" <danifeiga@uol.com.br>, "PusicA@mskcc.org" <PusicA@mskcc.org>

Dear Adriana,

Thank you for your message and your interest in the Breast-Q questionnaire.

As Dr Pusic has already informed you, we have the Breast-Q available in Portuguese for Brazil. You can use this version in your study; we only ask you to agree to not publish your study findings until after Sept 2013.

In order to obtain the permission to use Breast-Q in your study, you will need to fill out, sign and then send to my attention by post our User Agreement. Please find the User Agreement on our website : <http://www.mapl-trust.org/services/questionnairelicensing/catalog-questionnaires/111-breast-q>.

To speed up the process, you can send me a copy of the User Agreement by e-mail or fax.

I hope this information is helpful, and if you have any further questions, please don't hesitate to get in touch with me directly.

Best regards,

Iliana

**Iliana PETKOVA**

PRO Information Support

**MAPI Research Trust**

27 rue de la Villette | 69003 Lyon | France

Tel.: +33 (0)4 72 13 65 75 | Fax: +33 (0)4 72 13 55 73

E-mail: [ipetkova@mapigroup.com](mailto:ipetkova@mapigroup.com)

Please visit our websites [www.mapl-store.com](http://www.mapl-store.com) | [www.mapl-trust.org](http://www.mapl-trust.org) | [www.proqolid.org](http://www.proqolid.org) | [www.mapigroup.com](http://www.mapigroup.com)

If you would like to learn more about MAPI services, please join us at:

- ISPE: 28<sup>th</sup> International Conference on Pharmacoepidemiology & Therapeutic Management, 23 – 26 August in Barcelona, Spain
- ISPOR: 5<sup>th</sup> Asia-Pacific Conference, 2 – 4 September in Taipei, Taiwan
- CBI: 15th Annual Registries and Post-Approval Studies Congress, 19 – 21 September in Chicago, IL
- REMS: New Laws and Recent Changes to the FDA, 25 September in Philadelphia, PA
- DIA: Principles and Practical Approaches to Global Risk Management, 9 – 10 October in Silver Spring, MD
- Hot-topic Conference: The New EU Pharmacovigilance Legislation: Impact, Implementation and Current Concerns, 15 October in London, UK

## ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Breast-Q na avaliação de resultados da mamoplastia redutora.

**Pesquisador:** Adriana Corbolan Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10000812.0.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 165.302

**Data da Relatoria:** 07/12/2012

#### **Apresentação do Projeto:**

conforme parecer CEP 152.283 de 23/11/2012

#### **Objetivo da Pesquisa:**

conforme parecer CEP 152.283 de 23/11/2012

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

conforme parecer CEP 152.283 de 23/11/2012

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

conforme parecer CEP 152.283 de 23/11/2012

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

conforme parecer CEP 152.283 de 23/11/2012

#### **Recomendações:**

não se aplica

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências listadas: apresentar o instrumento utilizado na coleta de dados e apresentar o orçamento do estudo, considerando que não há pesquisa com custo zero, foram devidamente esclarecidas.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

## **FONTES CONSULTADAS**



Siegel S, Castellan JR, N.J Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Artmed, 2 ed Porto Alegre; 2006. 448p.