

SILVANIA DE CÁSSIA VIEIRA ARCHANGELO

**FUNÇÃO SEXUAL, IMAGEM CORPORAL E
DEPRESSÃO EM PACIENTES SUBMETIDAS
À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.**

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

POUSO ALEGRE

2010

SILVANIA DE CÁSSIA VIEIRA ARCHANGELO

**FUNÇÃO SEXUAL, IMAGEM CORPORAL E
DEPRESSÃO EM PACIENTES SUBMETIDAS
À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.**

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

ORIENTADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO
CO-ORIENTADOR: Prof^ª. DANIELA FRANCESCATO VEIGA
Prof. ELVIO BUENO GARCIA

POUSO ALEGRE

2010

Archangelo, Silvania de Cássia Vieira.

Função sexual , depressão e imagem corporal em pacientes submetidas à reconstrução mamária./

Silvania de Cássia Vieira Archangelo -- Pouso Alegre, 2010.

xii .114p

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo e Universidade do Vale do Sapucaí – Pouso Alegre, MG. Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Sexuality, depression and body image after breast reconstruction.

1. Neoplasias mamárias.
2. Reconstrução mamária.
3. Sexualidade
4. Depressão.
5. Imagem corporal.
6. Questionários.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Francisca e Homero**, por antes de todos acreditarem em mim.

À minha irmã **Luciana**, minha melhor amiga.

Ao meu irmão “**Fabinho**”, exemplo de bom coração.

Ao meu querido marido **Ivanildo**, meu grande incentivador, apesar das constantes ausências.

Aos meus filhos queridos, **Rafael e Mateus**, por encher a minha vida de alegria.

À **Dra. Leda**, sempre grande incentivadora.

Às colegas **Mauricéia e Flávia** pela agradável convivência e troca de experiências.

Aos colegas do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas “**Samuel Libânio**”, amigos e parceiros mesmo nas horas ruins.

Aos meus colegas do **DINTER** pelo companheirismo neste período importante de nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À **PROF^a. DRA. LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Coordenadora Acadêmica do Doutorado Interinstitucional (DINTER), pelo pioneirismo, coragem e liderança para “abraçar” esta idéia, proporcionando à nossa Universidade oportunidade única de crescimento científico.

Ao **PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO**, Professor Livre Docente e Coordenador do Programa de Pós-graduação de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pelas preciosas orientações e “mudanças de planos” na execução deste estudo.

À **PROF^a. DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, Professora Colaboradora da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Coordenadora Operacional do Doutorado Interinstitucional (DINTER), sempre pronta para ajudar-nos, com carinho e extrema competência sem a qual este programa com certeza não se manteria.

Ao **PROF. ELVIO BUENO GARCIA**, Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Prof. Orientador do Programa de Pós-Graduação de Cirurgia Plástica da Universidade de São Paulo, responsável pelo Setor de Cirurgia Pós-bariátrica disposição de auxiliar neste projeto.

Ao **PROF. DR. FÉLIX OCARIZ BASANO**, Magnífico Reitor da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), exemplo de vida a ser seguido, pela amizade e apoio constantes.

Aos **PROFS. YARA JULIANO E NEIL FERREIRA NOVO**,
Professores Adjuntos da Disciplina de Bioestatística da Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP), pelas orientações imprescindíveis,
disponibilidade e alegria com que nos recebem a cada horário agendado.

Às alunas de Graduação do Curso de Medicina da UNIVÁS, **TALITA
MALTA CUNHA E ANA CAROLINA CAMPOS NORONHA**, pela preciosa
ajuda junto às pacientes.

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

“Sonhe como se fosse viver para sempre, viva como se fosse morrer amanhã”.

James Dean

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|-----|
| DEDICATÓRIA..... | iv |
| AGRADECIMENTOS..... | v |
| LISTAS..... | vii |
| RESUMO..... | x |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. OBJETIVO..... | 8 |
| 3. LITERATURA..... | 10 |
| 4. MÉTODOS..... | 22 |
| 5. RESULTADOS..... | 30 |
| 6. DISCUSSÃO..... | 51 |
| 7. CONCLUSÃO..... | 76 |
| 8. REFERÊNCIAS..... | 78 |
| FONTES CONSULTADAS..... | 91 |
| NORMAS ADOTADAS..... | 93 |
| SUMMARY..... | 95 |
| APÊNDICES..... | 97 |
| ANEXOS..... | 177 |

LISTAS DE ABREVIATURAS

INCA – Instituto Nacional do Câncer

SF-36 – *Medical Outcomes Study 20-item Short-form Health Survey*

QT- quimioterapia

OMS- Organização Mundial de Saúde

WHOQOL- *World Health Organization Quality of Life Assessment*

SF-12- *Medical Outcomes Study 12-item Short-form Health Survey*

EORTC QLQ-C30- *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*

CARES- *Cancer rehabilitation evaluation system*

BDDE - *Body Dysmorphic Disorder Examination*

BDI – Inventário de Depressão de Beck

FSFI – *Female Sexual Function Index*

CES-D - *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale*

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Comparação das idades (anos) das pacientes..... | 39 |
| Tabela 2 – Comparação entre os grupos em relação à escolaridade..... | 40 |
| Tabela 3 – Comparação entre os grupos em relação a presença de parceiro fixo | 40 |
| Tabela 4 – Distribuição da casuística em relação ao IMC | 40 |
| Tabela 5 – Comparação entre os grupos em relação à Quimioterapia (QT)..... | 41 |
| Tabela 6 – Escores medianos dos domínios do <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI)..... | 43 |
| Tabela 7 - Escores medianos do Inventário de Depressão de Beck(BDI) e <i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> (BDDE)..... | 43 |
| Tabela 8 - Prevalência de disfunção sexual(escores do FSFI ≤ 26)..... | 43 |
| Tabela 9 – Correlação entre Disfunção Sexual e presença de parceiro fixo..... | 44 |
| Tabela 10 - Correlação entre Disfunção Sexual e ausência de parceiro fixo..... | 44 |
| Tabela 11 – Correlação entre Disfunção Sexual e escolaridade < 8 anos..... | 44 |
| Tabela 12 - Correlação entre Disfunção Sexual e escolaridade ≥ 8 anos..... | 44 |
| Tabela 13 - Correlação entre Disfunção Sexual e idade de 18-47 Anos..... | 45 |
| Tabela 14 - Correlação entre Disfunção Sexual e idade de 48- 65 Anos | 45 |

Tabela 15 – Comparação dos escores totais medianos do FSFI entre
pacientes de 18- 47 anos45

Tabela 16 – Comparação dos escores totais medianos do FSFI entre
pacientes de 48- 65 anos.....45

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o segundo mais freqüente no mundo, o mais prevalente nas mulheres e o que mais causa mortes. Seu tratamento evoluiu nas últimas décadas, mas tem impacto sobre a qualidade de vida global e de aspectos específicos da qualidade de vida, como depressão e imagem corporal, que podem ser minimizados por um procedimento de reconstrução da mama retirada cirurgicamente. **Objetivo:** Avaliar a função sexual, depressão e imagem corporal após reconstrução mamária. **Métodos:** Para avaliar a função sexual, foi utilizado o questionário específico de função sexual, o *The Female Sexual Function Index* (FSFI), aplicado a 90 mulheres divididas em três grupos: controle (n=30), mastectomia (n=30) e reconstrução mamária (n=30). Utilizou-se ainda o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), para avaliar depressão e imagem corporal, respectivamente. **Resultados:** Foi observada diferença significativa entre os grupos quanto aos escores medianos do FSFI ($p= 0,007$), quanto aos escores do BDI ($p= 0,02$) e do BDDE ($p= 0,01$). Observou-se correlação de diminuição da função sexual com idade, ausência de parceiro fixo e escolaridade alta. Pacientes jovens do grupo mastectomia também apresentaram escores significativamente do BDI e BDDE mais elevados. **Conclusão:** A função sexual, depressão e imagem corporal foram melhores no grupo de pacientes submetidas à reconstrução mamária.

1- INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais causa mortes entre as mulheres no Brasil. Para o ano de 2010 são previstos cerca de 49240 casos novos no Brasil, 51 em cada 100 mil mulheres, sendo o segundo câncer mais incidente no mundo e o mais comum na população feminina, respondendo por 22% dos novos casos de câncer (INCA 2010).

A mastectomia, tratamento cirúrgico ainda muito indicado é considerada um dos mais devastadores tipos de tratamento do câncer, sob o ponto de vista psicológico, afetando a auto-estima, a feminilidade e a imagem corporal das pacientes (MAGUIRE *et al.*, 1978; BRANDBERG *et al.*, 1999; HARCOUT *et al.*, 2004; SKRZYPULEC *et al.*, 2009). Quando uma mulher é submetida à mastectomia, o “corpo perfeito” sofre um “corte” em sua harmonia, tornando-se “imperfeito”, causando problemas diversos referentes à sexualidade, à estrutura psicológica, ao auto-conceito e à auto-imagem (LIM *et al.*, 1995).

A realização de um procedimento de reconstrução mamária tem impacto positivo sobre todos os aspectos da qualidade de vida, mas principalmente sobre a imagem corporal, especialmente entre as mulheres mais jovens que atribuem maior importância à imagem corporal que as mais velhas (VEIGA *et al.*, 2004; DEAN, CHETTY, FORREST, 1983; PECOR, 2004; ARCHANGELO *et al.*, 2006). O procedimento de reconstrução pode melhorar a auto-estima das pacientes sem aumentar o risco de recidivas e tampouco retardar o diagnóstico de recidivas locais (MORROW, 2001).

A sexualidade humana representa mais que uma mera função biológica reprodutiva; é uma experiência fundamental que engloba prazer

identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, sócio-culturais, emocionais e cognitivas (PHILLIPS, 2000). A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos dias atuais. Para a mulher, a disfunção sexual pode ter impacto negativo sobre a qualidade de vida devido a efeitos danosos sobre a autoestima e relacionamentos interpessoais com freqüente desgaste emocional (LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999).

Inúmeros instrumentos têm sido desenvolvidos para facilitar a coleta e a avaliação da história sexual (ROSEN *et al.*, 2000). O *Female Sexual Function Index* (FSFI) tem apresentado validade estatística aceitável na literatura, com segurança discriminativa entre mulheres com e sem distúrbios sexuais. É uma escala breve, formada por 19 questões, que englobam os seis domínios da resposta sexual (MESTON, 2003), tendo sido aplicado, com sucesso, na avaliação da função sexual em diferentes populações (WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005; TER KUILE, BRAUER, LAAN, 2006; SPEER *et al.*, 2005).

Os efeitos do câncer de mama e de seu tratamento sobre a sexualidade não são usualmente incluídos no conceito de cura das pacientes, embora o impacto psicológico, incluindo a função sexual, dos tratamentos cirúrgicos da doença já tenha sido estudado em estudos anteriores (PELUSI, 2006; SHEPPARD & ELY, 2008), porém muitas vezes através de questões não validadas formuladas pelo próprio pesquisador (SHEPPARD & ELY, 2008).

Outro sintoma importante a ser observado na mulher portadora de câncer de mama é a depressão, que é provavelmente pouco diagnosticada e sub-tratada (REICH, LESUR, PERDRIZET-CHEVALLIER, 2007; ELLIS *et al.*, 2009). É traduzida pelo fato da paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Não conseguindo negar a doença, vê se

obrigada a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se diante dos acontecimentos. Pode surgir no início da doença ou após a cirurgia e outros tratamentos, em que a cada momento “se vê obrigada a novas adaptações” (MORAES, 1994). Estas mulheres apresentam vários fatores de risco para depressão, principalmente por alteração da imagem corporal e sexualidade.

A imagem corporal pode ser compreendida como a representação mental que a pessoa tem do próprio corpo, estando diretamente vinculada à percepção, compondo-se de aspectos fisiológicos, psico-afetivos, sócio-culturais, cognitivos e relacionais. Essa imagem é construída ao longo de toda vivência, a partir de experiências com o mundo exterior (DUARTE & ANDRADE, 2002). A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal (ARÁN *et al.*, 1996).

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida existentes usualmente não englobam a avaliação da imagem corporal, sendo esta avaliação quase sempre feita através de questões elaboradas pelos pesquisadores, incluindo satisfação com a cicatriz e integridade corporal (CARVER *et al.*, 1998; WIMBERLY *et al.*, 2005).

Nos dias atuais o diagnóstico de câncer de mama não é uma sentença de morte, mas sim de uma doença crônica, com 50% de sobrevida por pelo menos quinze anos (JENAL *et al.*, 2008). É necessário saber como será a vida destas mulheres após o tratamento. Como a função sexual é nos dias atuais aceita como parte integrante e importante da qualidade de vida da mulher, a avaliação desta, e de aspectos relacionados como depressão e imagem corporal, é necessária no seguimento da mulher portadora de câncer de mama e deve ser incluída na avaliação da efetividade de diferentes tipos de tratamento.

2 – OBJETIVO

Avaliar função sexual, depressão e imagem corporal de
pacientes portadoras de câncer de mama após reconstrução
mamária

3.1 – Sobre Qualidade de vida, Câncer de Mama e Reconstrução mamária:

MAGUIRE *et al.* (1978) realizaram um estudo prospectivo com 75 pacientes um ano após a realização da mastectomia, em relação à morbidade psiquiátrica, comparadas com 50 mulheres com doença benigna das mamas. Os resultados confirmaram a existência de uma alta morbidade psiquiátrica no primeiro ano após a cirurgia, possivelmente pela possibilidade de perda da feminilidade, auto-estima e saúde.

HARTRAMPF *et al.* (1982) realizaram disseções em cadáveres para estudar a anatomia vascular e introduziram um novo procedimento para reconstrução mamária após mastectomia: um retalho ilhado, composto de uma elipse de pele e subcutâneo, baseado em um dos músculos reto do abdome e na artéria epigástrica superior: o retalho do músculo reto do abdome (TRAM) Relataram um caso e descreveram a experiência em 16 casos.

DEAN, CHETTY, FORREST (1983) realizaram o primeiro estudo prospectivo e aleatório para avaliar a qualidade de vida em 64 pacientes mastectomizadas, divididas em dois grupos: com ou sem reconstrução mamária imediata. Utilizaram um instrumento validado, o GHQ (*General Health Questionnaire*), aplicado no pré e pós-operatório de três e seis meses. As alterações psicológicas observadas foram maiores no grupo sem reconstrução no 3º mês pós-operatório e menores nos dois grupos após 12 meses da cirurgia.

ROWLAND *et al.* (2000) realizaram um estudo transversal com 1957 pacientes tratadas de câncer de mama, um a cinco anos após o diagnóstico, com

o objetivo de avaliar a qualidade de vida, imagem corporal, função sexual e capacidade funcional. Encontraram mulheres mais jovens no grupo com reconstrução. Concluíram que após o primeiro ano, a qualidade de vida da paciente está mais fortemente associada com sua idade ou tratamento adjuvante do que com o tipo de cirurgia.

VEIGA *et al.* (2002) realizaram um estudo prospectivo em que avaliaram os resultados estéticos e a satisfação de 20 pacientes submetidas à reconstrução tardia da mama com TRAM, a partir de notas atribuídas pelas próprias pacientes e por dois cirurgiões plásticos, no 3º, 6º e 12º mês pós-operatórios. Observaram uma satisfação maior com os resultados por parte das pacientes.

GANZ *et al.* (2002) avaliaram prospectivamente a qualidade de vida de pacientes sobreviventes de câncer de mama utilizando vários instrumentos, dentre eles, o *Medical Outcomes Study 20-item Short-form Health Survey (SF-20)* e uma escala de depressão. Avaliaram 763 pacientes e evidenciaram que o impacto do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama foi consistentemente maior, no sentido positivo e negativo, na qualidade de vida de mulheres com idade inferior a 60 anos. Na segunda avaliação (em média 6,3 anos após o diagnóstico), observou-se declínio significativo nos domínios "estado geral de saúde", "dor", "aspectos físicos" e "capacidade funcional", ao passo que o domínio "saúde mental" apresentou melhora significativa. Estas alterações são sugestivas do processo de envelhecimento.

KEITH *et al.* (2003) realizaram um estudo transversal com 125 mulheres tratadas de câncer de mama, utilizando o *The Breast Reconstruction*

Questionnaire, a escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar e o *Eysenck Personality Questionnaire*. As pacientes que tinham maior desejo de reconstruir a mama foram as mais jovens e mais deprimidas. O tempo preferido para se realizar a reconstrução mamaria foi de três meses. Sessenta e três por cento das pacientes tinham medo de recorrência, mas com benefício na autoestima e aparência.

HARCOURT *et al.* (2003) realizaram um estudo prospectivo multicêntrico para avaliar as implicações psicológicas da decisão da mulher portadora de câncer de mama, de submeter-se ou não a um procedimento de reconstrução. Avaliaram 103 mulheres, em relação à ansiedade, depressão, imagem corporal e qualidade de vida antes da cirurgia, seis e 12 meses após. Os resultados indicam que as mulheres mantêm a consciência da alteração da imagem corporal após um ano da cirurgia independente de ter ou não sido submetidas à reconstrução mamária.

CASSO, BUIST, TAPLIN (2004) realizaram um estudo observacional para avaliar a qualidade de vida de 216 pacientes com idade entre 40 e 49 anos, tratadas de câncer de mama, utilizando o SF-36 e o *Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form* (CARES- SF). Os resultados enfatizaram que mulheres jovens têm qualidade de vida elevada apesar das conseqüências do tratamento adjuvante.

ENGEL *et al.* (2004) realizaram um estudo prospectivo de cinco anos, comparando qualidade de vida entre pacientes tratadas com cirurgia conservadora ou mastectomia. Observaram que pacientes submetidas à mastectomia apresentavam menores escores nos aspectos imagem corporal e

função sexual, enquanto que mulheres jovens apresentavam piora nos aspectos emocional, social e expectativa de saúde futura. Observaram que mesmo nas mulheres mais velhas a cirurgia conservadora teve menor impacto negativo no aspecto imagem corporal.

VEIGA et al. (2004) avaliaram prospectivamente o impacto da reconstrução mamária tardia com retalho TRAM na qualidade de vida de 25 pacientes mastectomizadas. Encontraram impacto positivo em todos os domínios do SF-36, exceto em “vitalidade“ que, embora tenha apresentado melhora esta não foi significativa.

ARNDT et al. (2004) realizaram um estudo observacional para avaliar a qualidade de vida de 387 pacientes sobreviventes de câncer de mama um ano após o diagnóstico, utilizando o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLC30), comparando-as com dados da população geral. Observaram que os dois grupos apresentavam escores semelhantes, mas algumas diferenças foram detectadas no grupo de pacientes com câncer de mama, predominantemente nas mulheres jovens.

NANO et al. (2005) realizaram um estudo transversal para comparar os efeitos dos diferentes tipos de tratamento cirúrgico para câncer de mama, sobre a qualidade de vida, satisfação e resultados estéticos. Entrevistaram 78 pacientes mastectomizadas, 109 pacientes submetidas a tratamento conservador e 123 submetidas à reconstrução mamária e encontraram resultados semelhantes entre as pacientes dos três grupos, mas com superioridade em relação à imagem

corporal nos grupos tratamento conservador e reconstrução. Em relação à satisfação o grupo de reconstrução foi superior, mas quanto aos resultados cosméticos os dois grupos foram similares.

BRESSER *et al.* (2006) realizaram um estudo transversal utilizando um questionário auto-aplicado em 114 mulheres geneticamente predispostas ao câncer submetidas à mastectomia profilática com reconstrução mamária com implantes de próteses de silicone. Concluíram que embora outros estudos tenham demonstrado que reconstrução mamaria após mastectomia profilática diminui a ansiedade em relação ao câncer em um curto intervalo de tempo, o impacto na qualidade de vida em longo prazo e, especialmente a qualidade do relacionamento sexual não deve ser subestimado.

AVIS, IP, FOLEY (2006) realizaram um estudo longitudinal para avaliar as propriedades psicométricas de uma medida desenvolvida para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde para sobreviventes em longo prazo de câncer de mama, a *The Quality of Life in Adult Survivors Scale (QLACS)* ; avaliaram 94 pacientes tratadas de câncer de mama oito anos antes, utilizando a escala duas semanas e também um ano após a cirurgia.

ARCHANGELO *et al.*(2006) realizaram um estudo transversal com 78 pacientes submetidas à mastectomia há pelo menos um ano para avaliar a influência de fatores clinico-epidemiológicos sobre o desejo de submeter-se ou não à reconstrução mamária. Observaram diferença significativa entre o desejo de reconstrução ou não. Observaram diferença estatística em relação à idade, realização de radioterapia e tabagismo. Os motivos mais frequentemente

relatados para não submeter-se à reconstrução mamária foram medo de um novo procedimento cirúrgico.

OZHUMI *et al.*(2007) realizaram um revisão de estudos que avaliaram a qualidade de vida após tratamento cirúrgico para câncer de mama (mastectomia, tratamento cirúrgico conservador, esvaziamento axilar e biopsia de linfonodo sentinela). Discutiram as dificuldades para se realizar estudos aleatórios quanto se compara procedimentos cirúrgicos, pela impossibilidade de se realizar estudos duplos - cegos, pelas diferenças técnicas entre os cirurgiões e pelas diferenças culturais.

AHN *et al.* (2007) realizaram um estudo transversal em que administraram o EORTC- QLQC30, o *McGill Quality of Life Questionnaire*, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o *Brief Fatigue Inventory* em 1.933 pacientes tratadas de câncer de mama, livres da doença e com pelo menos um ano de tratamento. Encontraram diferença significativa nos aspectos cognitivo e funcional, fadiga, insônia e dificuldades financeiras, quando comparadas com mulheres saudáveis. Aspectos sociodemográficos como idade, tempo de cirurgia e comorbidades associaram-se com aspectos da qualidade de vida como fadiga e depressão.

DIAN *et al.* (2007) avaliaram em estudo transversal a qualidade de vida de 144 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama. Utilizaram o *Medical Outcomes Study 20-item Short-form Health Survey* (SF-20) em 60 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico conservador e em 77 pacientes submetidas à mastectomia com reconstrução imediata ou tardia.

Encontraram melhores resultados no domínio “capacidade funcional” no grupo de pacientes tratadas com cirurgia conservadora. Em relação às outras escalas não encontraram diferença significativa, mas com tendência para melhores resultados no domínio “aspectos emocionais” no grupo das pacientes submetidas à reconstrução.

PERRY, KOWALSKI, CHANG (2007) realizaram uma revisão sistemática entre os anos de 1995 e 2005, incluindo 20 artigos mais relevantes sobre qualidade de vida após o tratamento de câncer de mama. Concluíram que, devido à complexidade e natureza diversa da população estudada nenhum instrumento é compreensível e sensível o bastante para retratar as mudanças em todos os aspectos da cura.

PARKER *et al.* (2007) realizaram um estudo prospectivo para avaliar os efeitos, a curto e longo prazo, dos tratamentos cirúrgicos para câncer de mama (mastectomia, mastectomia com reconstrução e tratamento conservador), sobre aspectos psicossociais e qualidade de vida. Avaliaram 258 pacientes antes da cirurgia e depois 1,6, 12 e 24 meses após a cirurgia em relação à função sexual, depressão, ansiedade, imagem corporal e qualidade de vida. Concluíram que, a longo prazo e de forma geral o ajuste psicossocial das pacientes é semelhante nos três tipos de tratamento.

GRANDA-CAMERON *et al.* (2008) fizeram uma revisão sobre os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer. Descreveram os instrumentos existentes, vantagens e aplicabilidade destes nos programas de cuidados com o paciente portador de câncer.

WARM *et al.* (2008) aplicaram um questionário para a avaliação de qualidade de vida, o SF-12, uma versão do SF-36, para comparar três tipos de pacientes tratadas cirurgicamente de câncer de mama: cirurgia conservadora, mastectomia com ou sem reconstrução mamária, e não encontraram diferença entre eles.

REAVEY & MCCARTHY (2008) publicaram uma revisão sobre o estado atual da reconstrução mamária. Encontraram evidências do efeito positivo sobre aspectos psicológicos e da segurança oncológica do método.

MONTAZERI *et al.* (2008) realizaram um estudo prospectivo utilizando o EORTC QLQ- C30 e sua mensuração suplementar para câncer de mama (QLQ-BR23) para avaliação de qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em três ocasiões: antes do diagnóstico, três meses e um ano após o tratamento. Seus achados sugeriram que, no geral, pacientes tratadas de câncer de mama percebem benefícios de seus tratamentos ao longo do tempo. No entanto pacientes relataram problemas com dor, sintomas no membro superior homolateral ao esvaziamento axilar, imagem corporal e função sexual.

STRÄLTMAN *et al.* (2008) avaliaram retrospectivamente o seguimento em longo prazo de 167 mulheres submetidas a reconstrução mamária imediata com retalhos ou implantes. Concluíram que a reconstrução mamária imediata é oncológica segura. Reconstrução com implantes está associada com maior risco de complicações tardias, com necessidade de nova intervenção cirúrgica.

ATISHA *et al.* (2008) avaliaram em estudo prospectivo a evolução psicossocial e imagem corporal antes e dois anos após a reconstrução mamária. Foram avaliadas 173 pacientes, 116 com reconstrução imediata e 57 tardia. Concluíram que os benefícios da reconstrução mamaria se mantêm dois anos após, e que o tipo de cirurgia tem efeito limitado sobre os aspectos psicossociais.

HOFFMANN & WALLWIENER (2009) realizaram uma revisão dos procedimentos cirúrgicos realizados para tratamento de câncer de mama durante um período de dois anos, com o objetivo de propor uma classificação dos procedimentos em termos de complexidade e demonstrar a sua aplicabilidade.

VONA-DAVIS & ROSE (2009) realizaram um revisão de literatura e de banco de dados epidemiológicos para estabelecer a relação entre aspectos socioeconômicos e câncer de mama em mulheres brancas européias comparadas com mulheres americanas de outras etnias. Encontraram associação entre baixo nível socioeconômico e obesidade e câncer de mama em estágios mais avançados.

HAN *et al.* (2010) avaliaram 112 pacientes quanto à qualidade de vida e satisfação após diferentes tratamentos cirúrgicos para o câncer de mama: cirurgia conservadora, mastectomia e reconstrução mamaria após mastectomia ou após cirurgia conservadora. Utilizaram o QLQ- C30, o QLQ- BR23 e um questionário específico para avaliar satisfação com os resultados estéticos após a cirurgia. Encontraram que pacientes submetidas à cirurgia conservadora apresentavam melhor imagem corporal, maior satisfação com os resultados pós-operatorios e cicatrizes menos visíveis, enquanto que as do grupo de

reconstrução apresentavam maiores dificuldades financeiras e mais perspectivas para o futuro.

FALLBJÖRK *et al.* (2010) estudaram 149 mulheres submetidas a mastectomia com ou sem reconstrução, com o objetivo de comparar potenciais diferenças entre elas, utilizando um questionário intitulado “Vida após mastectomia”, que incluía dados sócio- demográficos, decisão de submeter-se ou não à reconstrução mamaria , imagem corporal e sexualidade. Concluíram que a idade explica as diferenças entre os grupos.

VEIGA *et al.* (2010) avaliaram a qualidade de vida, utilizando o SF-36, de pacientes portadoras de câncer de mama, submetidas a tratamento cirúrgico conservador ou mastectomia radical. Observaram que as pacientes mastectomizadas apresentavam piores resultados, com diferença significativa nos domínios "capacidade funcional" e "dor". Pacientes mastectomizadas mais jovens apresentaram pior qualidade de vida em "capacidade funcional", "dor" e "aspectos sociais"; entre as submetidas à cirurgia conservadora, com mais de 50 anos, resultado pior em "aspectos emocionais". Pacientes mastectomizadas com menor escolaridade apresentaram escores menores em "capacidade funcional", "aspectos físicos" e "dor". Entre as que frequentaram a escola por mais de oito anos, as mastectomizadas pontuaram menos no domínio "dor". Concluíram que pacientes mastectomizadas apresentaram piores resultados no componente físico da qualidade de vida, e este impacto negativo foi mais acentuado entre pacientes mais jovens e com menor escolaridade.

HÄRTL *et al.* (2010) realizaram um estudo prospectivo com 203 mulheres com diagnóstico de câncer de mama para avaliar as alterações na qualidade de vida e imagem corporal duas semanas, 6, 12, 18 e 24 meses após a cirurgia. Evidenciaram melhora da qualidade de vida global e da maioria dos aspectos funcionais durante o período. Concluíram ainda que a idade foi um preditor positivo da capacidade funcional e distúrbios psicológicos iniciais o maior forte preditor negativo da qualidade de vida geral.

HENRY, BAAS, MATHELIN (2010) publicaram uma revisão de literatura em que analisaram as diferentes motivações que justificam a recusa em se submeter a um procedimento de reconstrução após mastectomia.

3.2 - Sobre função sexual e câncer de mama:

MASTERS & JOHNSON (1984) introduziram o conceito de resposta sexual humana baseado em extensas observações laboratoriais. Estruturaram esse modelo em quatro fases distintas e progressivas: excitação, platô, orgasmo e resolução, que facilita a compreensão das alterações anatômicas e fisiológicas que ocorrem durante o funcionamento sexual.

KAPLAN & SADOK (1988) propôs o aspecto do desejo, que é o fator que estimula por completo o ciclo, e as três fases do modelo: desejo, excitação e orgasmo. Estas três fases são as bases para definição de disfunção do Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Classificação de Doenças (DSM – IV) e a reclassificação proposta pelo consenso da Fundação Americana de Doenças Urológicas (American Foundation for Urologic Disease – AFUD).

ROSEN *et al.* (1993) administraram um questionário para avaliação da função sexual, o *Brief Index of Sexual Function for Women*(BISF-W) em 329 mulheres saudáveis. Encontraram que, apesar de problemas como ansiedade e dificuldade para alcançar orgasmo, 68,6% das mulheres avaliadas classificavam seu relacionamento sexual como satisfatório e que mulheres mais velhas e solteiras eram as que mais frequentemente apresentavam problemas sexuais.

LAUMANN, PAIT, ROSEN (1999) realizaram uma análise estatística para estabelecer a incidência de disfunções sexuais na população americana.

ROSEN *et al.* (2000) desenvolveram e validaram o *The Female Sexual Function Index*(FSFI) utilizando-o em 131 mulheres normais e 128 mulheres com distúrbios sexuais, em um estudo multicêntrico. O FSFI é um questionário composto por 19 itens, que avaliam todas as fases da resposta sexual humana e foi desenvolvido para ser auto-aplicado.

MESTON & DEROGATIS (2002) revisaram cinco instrumentos para avaliação de disfunção sexual feminina: o BISF- W, o *The Changes in Sexual Functioning Questionnaire* (CSFQ), o *Derogatis Interview for Sexual Functioning* (DISF/DISF-SR), o FSFI e o *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS) com o objetivo de determinar as propriedades psicométricas destes questionários. Neste estudo, o FSFI foi o único instrumento publicado validado e normatizado em uma amostra de mulheres com diagnóstico de disfunção sexual.

KORNBLITH & LIGIBEL (2003) realizaram uma seleção de estudos para examinar os aspectos psicológicos de pacientes com câncer de mama. Selecionaram os estudos com base nos seguintes critérios, quanto à casuística: idade acima de 18 anos, diagnóstico há pelo menos dois anos e diagnóstico há um ano, livres da doença e casuística de pelo menos 30 pacientes.

ABDO (2004) realizou um estudo populacional para avaliar os hábitos sexuais da população brasileira. Foram avaliados 2835 indivíduos, sendo 53 % mulheres maiores de 18 anos. Encontrou presença de pelo menos um tipo de disfunção sexual em 49% das mulheres; disfunção orgástica (DO) em 29,3%, dispareunia em 21,1% e falta de desejo sexual em 34,6 %.

GRACIA & FREEMAN (2004) revisaram as evidências a respeito dos sintomas agudos da transição menopausal, incluindo sintomas vasomotores, alterações mentais, problemas de sono e mudanças na função sexual. Concluíram que mais que 80% das mulheres apresentam estes sintomas nos últimos anos da vida reprodutiva.

SPEER *et al.* (2005) realizaram um estudo transversal para identificar os fatores determinantes de disfunção sexual em pacientes tratadas de câncer de mama. Para isso avaliaram função sexual, depressão e imagem corporal de 55 mulheres portadoras de câncer de mama utilizando o FSFI, o *Hamilton Depression Inventory* (HDI), o *Body Image Survey* (BIS) e o *Marital Satisfaction Inventory-Revised* (MSI-R). Não encontraram relação entre tipo de tratamento da doença, nível hormonal e função sexual; as pacientes estudadas

tinham função sexual significativamente pior que mulheres saudáveis e a depressão foi o maior determinante de baixo desejo sexual.

van HAUTE (2005) revisou os conceitos de sexualidade de Freud.

FOBAIR *et al.* (2005) avaliaram a frequência de problemas de imagem corporal e sexuais, nos primeiros sete meses após o tratamento de câncer de mama em 546 pacientes com idade até 50 anos. Encontraram que 33% das pacientes apresentavam dois ou mais problemas de imagem corporal, que entre mulheres sexualmente ativas, os maiores problemas de imagem corporal estavam associados à mastectomia e possível reconstrução, quimioterapia e alopecia, preocupação com ganho ou perda de peso, piora da saúde mental, baixa auto-estima e dificuldade de entendimento com o parceiro. Entre 360 mulheres sexualmente ativas, 52% reportaram alterações em duas ou mais áreas da função sexual e 28 % um definitivo ou sério problema nesta área.

WIEGEL, MESTON, ROSEN (2005) realizaram um estudo transversal para validar o FSFI para disfunções sexuais e para desenvolver escores de corte para potencial classificação da disfunção sexual. Avaliaram 307 mulheres com diagnóstico de disfunção sexual e 261 mulheres sem disfunção sexual. Com base na análise de sensibilidade e especificidade encontraram que um escore total do FSFI de 26,55 foi o escore ótimo para diferenciar mulheres com ou sem disfunção sexual.

ABDO (2006) desenvolveu e validou o Quociente Sexual Feminino (QS-F) para avaliar a função sexual feminina, avaliando 30 mulheres portadoras de

disfunção sexual e 30 mulheres não portadoras de tal disfunção. O instrumento é composto por dez questões que avaliam os vários domínios da função sexual da mulher.

BURWELL *et al.* (2006) realizaram um estudo prospectivo com 209 mulheres menores de 50 anos, submetidas a tratamento cirúrgico de câncer mamário. Utilizaram o *Medical Outcomes Study Sexual Functioning Scale* em três momentos: seis semanas e seis e 24 meses após. Encontraram que os problemas sexuais eram significativamente maiores na primeira avaliação e que, embora os problemas tenham diminuído com o tempo, eles permaneceram maiores que os iniciais um ano após a cirurgia. Os maiores problemas sexuais relatados foram menor sentimento de atratividade e dispareunia.

HENTSCHEL *et al.* (2007) traduziram e validaram o FSFI para uso no Brasil, aplicando-o em 215 mulheres (96 inférteis e 119 que não desejavam engravidar). A consistência interna do FSFI, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, foi boa, assim como os critérios de confiabilidade da tradução.

MEYER-BAHLBURG & DOLEZAL (2007) apontaram possíveis problemas estatísticos que podem ocorrer na aplicação do FSFI quando se utiliza os escores para cada domínio e recomendaram algumas soluções.

RUBINO *et al.* (2007) realizaram um estudo comparativo para avaliar os benefícios da reconstrução pós-mastectomia sobre aspectos psicossociais. Avaliaram 30 mulheres saudáveis, 30 mulheres submetidas à mastectomia e 33 à reconstrução mamária, utilizando quatro questionários: *Social adaptation self-evaluation* (SASS), *Quality of life index* (QL-index), *Hamilton rating scale for*

anxiety (HAM-A) e *Hamilton rating scale for depression* (HAM-D) para avaliar adaptação social, relacionamento sexual, qualidade de vida, ansiedade e depressão. Após um ano, o único aspecto a apresentar diferença significativa foi a depressão, que foi maior no grupo mastectomia e por isso concluem que passado de depressão maior pode ser uma contra-indicação para realização de um procedimento de reconstrução.

LEITE *et al.* (2007) realizaram um estudo transversal com 92 gestantes, com o objetivo de traduzir e validar o FSFI para grávidas brasileiras. Com a utilização da metodologia de Guillemin, obtiveram confiabilidade e validade, que permitem a utilização do questionário em futuros estudos de função sexual com grávidas brasileiras.

THIEL *et al.* (2008) realizaram um estudo observacional (tipo coorte transversal) em 100 mulheres com o objetivo de traduzir o FSFI para o Português, adaptar culturalmente e validar para avaliação da função sexual das mulheres brasileiras.

ALDER *et al.* (2008) realizaram um estudo transversal com 29 mulheres com diagnóstico e tratamento de câncer de mama estádios I e II no período pré – menopausa. Utilizaram o FSFI, o BDI, o EORTC e realizaram dosagem sérica de androgênios. Encontraram que os baixos níveis de hormônios sexuais encontrados independem do tipo de quimioterápico utilizado, e 68% de disfunção sexual principalmente no grupo de mulheres submetidas à quimioterapia.

PACAGNELLA *et al.* (2008) realizaram a adaptação transcultural do FSFI. O processo de avaliação de equivalência semântica foi desenvolvido segundo Guillemín *et al.* e foi aplicado em dez pacientes de um ambulatório de Ginecologia, na fase de pré – teste do questionário.

SHEPPARD & ELY (2008) realizaram uma revisão de literatura sobre o efeito do câncer de mama e seus tratamentos sobre a sexualidade. Concluíram que a doença tem um impacto negativo sobre a vida da mulher e seu parceiro principalmente, em relação à imagem corporal e sexualidade.

HUGUET *et al.* (2009) realizaram um estudo de corte transversal com 110 mulheres tratadas há pelo menos um ano por câncer de mama para avaliar a qualidade de vida e aspectos da sexualidade segundo o tipo de cirurgia e características sócio- demográficas. A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário da OMS (Organização Mundial de Saúde) sobre qualidade de vida (WHOQOL-bref), uma versão abreviada do WHOQOL-100, e validado em português e a sexualidade por um questionário específico. Encontraram que melhor nível socioeconômico e de escolaridade, relação marital estável e cirurgia conservadora estão associados a melhores escores de qualidade de vida, inclusive a sexual.

MARKOPOULOS *et al.* (2009) realizaram um estudo retrospectivo para avaliar a satisfação e o impacto psicológico do tratamento cirúrgico do câncer de mama. Foram avaliadas 207 pacientes tratadas há 12 meses com tratamento cirúrgico conservador, mastectomia e reconstrução mamária tardia. Utilizaram um questionário com questões formuladas pelos pesquisadores e outro com

questões específicas para cada tipo de cirurgia. Encontraram que, pacientes submetidas a tratamento cirúrgico conservador estavam mais satisfeitas com sua cirurgia e imagem corporal, seguidas por aquelas tratadas com reconstrução mamária e que, embora o diagnóstico do câncer de mama tenha um impacto negativo sobre aspectos psicológicas de todas as pacientes, aquelas submetidas a reconstrução mamária estavam mais satisfeitas e relataram menos impacto sobre sua auto-estima e vida sexual.

PRADO, MOTA, LIMA (2010) realizaram um estudo transversal com 201 mulheres sexualmente ativas, com idade entre 18 e 45 anos, pertencentes a um serviço público (n=90) e a um serviço privado (n=111). Utilizaram o FSFI para avaliar a sexualidade e não encontraram diferença estatística na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios sexuais entre os grupos, nem associação de disfunção sexual com renda ou escolaridade.

3.3 - Sobre Imagem corporal e câncer de mama:

DE HAES & WELVAART (1985) publicaram os resultados de um estudo de qualidade de vida incluído em um ensaio clínico aleatório comparando mastectomia e cirurgia conservadora, realizadas em média 11 meses antes do estudo. Verificaram diferença entre os procedimentos em relação à imagem corporal e maior medo de recorrência entre mulheres jovens. Concluíram que o tipo de cirurgia não influencia na qualidade de vida global da paciente.

SCHILDER (1994) definiu imagem corporal e a colocou como uma dimensão do autoconceito.

ROSEN & REITER (1996) criaram o questionário *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) para avaliar imagem corporal e diagnosticar o transtorno dismórfico corporal. Composto de 34 itens requer cerca de 10 a 15 minutos para sua aplicação, por entrevista ou auto-aplicado. A pontuação máxima é de 168 pontos, e escores maiores que 66 já denotam alguma insatisfação com a imagem corporal.

NISSEN *et al.* (2001) realizaram estudo prospectivo da qualidade de vida de pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora, mastectomia isolada ou mastectomia com reconstrução, utilizando questionários validados, aplicados após o diagnóstico e até 24 meses após. Concluíram que pacientes submetidas à cirurgia conservadora ou mastectomia com reconstrução apresentam menores problemas com imagem corporal e auto-estima, mas não diferem muito das mulheres submetidas à mastectomia na qualidade de vida geral.

ENGEL *et al.* (2004) realizaram um estudo prospectivo, com seguimento de cinco anos, comparando qualidade de vida entre pacientes tratadas com cirurgia conservadora ou mastectomia. Observaram que pacientes submetidas à mastectomia apresentavam menores escores nos aspectos imagem corporal e função sexual, enquanto que mulheres jovens apresentavam piora nos aspectos emocional, social e expectativa de saúde futura. Observaram que mesmo nas mulheres mais velhas a cirurgia conservadora teve menor impacto no aspecto imagem corporal.

FOBAIR *et al.* (2005) avaliaram em estudo transversal a imagem corporal e problemas sexuais de 549 mulheres com idade entre 22 e 50 anos, casadas, nos primeiros sete meses após o diagnóstico do câncer de mama. Encontraram que a doença apresenta efeitos importantes sobre o corpo das mulheres, especialmente entre as mais jovens, e em consequência problemas com a imagem corporal e função sexual, principalmente entre as tratadas com mastectomia, submetidas à quimioterapia com consequente queda de cabelos, alteração do peso, pior saúde mental, baixa auto-estima, e dificuldade do parceiro em entender como elas se sentem.

FRIERSON, THIEL, ANDERSEN (2006) desenvolveram uma escala para avaliar o impacto do tratamento do câncer de mama sobre a imagem corporal, a *The Breast-Impact of Treatment Scale (BITS)*, comprovando sua aplicabilidade e confiabilidade.

JORGE *et al.* (2008) desenvolveram um estudo transversal com 30 pacientes candidatas a realização de cirurgia plástica para traduzir, adaptar a cultura e validar para uso no Brasil, o BDDE.

QUINTARD & LAKDJA (2008) realizaram um estudo prospectivo aleatório para avaliar os efeitos de tratamentos de beleza em conjunto com o tratamento do câncer de mama, em 100 mulheres portadoras de câncer de mama internadas para serem submetidas ao tratamento cirúrgico. Um grupo de pacientes recebeu tratamentos de beleza durante a internação e outro grupo não (controle). O grupo estudo foi avaliado quanto ao estresse emocional, imagem corporal um dia antes, seis dias e três meses após a cirurgia. Evidenciaram

benefícios dos tratamentos de beleza para as pacientes com câncer de mama, sobre a imagem corporal e auto-estima, em conjunto com o tratamento de rotina.

HORMES *et al.* (2008) desenvolveram uma escala para avaliar imagem corporal em pacientes portadoras de câncer de mama, a *The Body Image and Relationships Scale* (BIRS), constituída por 32 itens, aplicada em 95 mulheres portadoras de câncer de mama. Encontraram boa correlação com métodos tradicionais.

HELMES, O'HEA, MARLAENA (2008) publicaram uma revisão de literatura sobre imagem corporal e ajuste psicossocial de mulheres tratadas de câncer de mama. Discutiram implicações para a prática clínica e fizeram recomendações para futuras investigações. Concluíram que as mulheres são geralmente preocupadas com sua aparência, seu peso e seu corpo. A presença de alterações destes aspectos antes do câncer de mama contribuíram para maiores alterações psicológicas após o tratamento.

ZIMMERMANN, SCOTT, HEINRICHS (2009) desenvolveram um estudo transversal para estudar como a imagem corporal de pacientes com câncer de mama estaria relacionada com aspectos individuais como tipo de cirurgia, tratamento medicamentoso, estágio da doença, idade, sintomas depressivos e por variáveis como satisfação no relacionamento e duração da união. Para isto, avaliaram aspectos da imagem corporal (aceitação e percepção da aceitação do parceiro), de 98 mulheres com diagnóstico de câncer mama e seus parceiros. Seus resultados foram que sintomas depressivos e satisfação com o parceiro foram os preditores da auto-aceitação.

HÄRTL *et al.* (2010) realizaram um estudo prospectivo com 203 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, avaliando-as duas semanas, 6,12,18 e 24 meses após a cirurgia, utilizando o *Quality of life questionnaire* (QLQ-C30), o *Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module*(QLQ- BR23), o *Questionnaire on Stress in Cancer Patients*(QSC-R23), o *Freiburg Personality Inventory* (FPI-R),e o *Life Orientation Test* (LOT). Relataram melhora da qualidade de vida global e da maioria dos sintomas funcionais durante o período de dois anos, enquanto que função cognitiva, imagem corporal e insônia não apresentaram alteração durante o seguimento. Concluíram que a idade é um preditor dos aspectos físicos e em relação à qualidade de vida somente a história pregressa de distúrbios psicológicos.

3.4 - Sobre depressão e câncer de mama:

BECK *et al.* (1961) criaram o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade de depressão.

GORENSTEIN & ANDRADE (1996) traduziram e validaram para o Português do Inventário de Depressão de Beck (BDI), aplicando-o em uma população de estudantes universitários.

OLIVER & SIMMONS (1984) realizaram um estudo com uma população aulta e sugeriram pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI. Concluíram que como não são sugeridos pontos de corte para

as populações normais, o BDI poderia ser utilizado para triagem nessa população, sendo que um escore de 18 a 19 daria uma estimativa de possível depressão .

ELL *et al.* (2005) realizaram um estudo transversal com 472 mulheres maiores de 18 anos tratadas de câncer mamário ou ginecológico. Utilizaram um questionário para avaliação de saúde mental o *Patient Health Questionnaire* (PHQ), que diagnostica e classifica desordem depressiva, que é denominada maior quando o escore for maior ou igual a nove e, para avaliar a ansiedade utilizaram o *Brief Symptom Inventory (BSI)*, onde escores entre 14 e 24 denotam ansiedade clinicamente significativa. Avaliaram ainda dados clinico-demográficos como idade, estado marital, aspectos funcionais como dor usando o *Brief Pain Inventory (BPI) Short Form* , em que escore maior ou igual a 7 indicava dor severa e aspectos funcionais através da *Karnofsky Performance Status Scale (KPSS)* e da *The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale – General (FACT-G)*. Encontraram depressão moderada ou severa em 24% das pacientes e concluíram que existe correlação entre depressão, dor, ansiedade e qualidade de vida.

MOSHER & DANOFF- BURG (2005) publicaram uma revisão de literatura para estudar o efeito da idade nos aspectos psicológicos de portadoras de câncer de mama. Constataram que mulheres mais velhas tem menores índices de ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático que mulheres jovens.

BURGESS et al. (2005) realizaram um estudo de coorte observacional para examinar a prevalência de, e fatores de risco para, depressão e ansiedade em 170 mulheres com câncer de mama inicial utilizando uma versão reduzida de uma entrevista clínica estruturada (SCID), focando em sintomas de depressão e ansiedade. Encontraram que aproximadamente 50% das mulheres tinham depressão e/ou ansiedade no primeiro ano após o diagnóstico, 25% no segundo, terceiro e quarto anos e 15% no quinto ano.

REICH, LESUR, PERDRIZET-CHEVALLIER (2007) realizaram uma revisão de literatura a respeito de depressão e qualidade de vida de pacientes tratadas de câncer de mama. Os autores concluíram que a depressão é pouco diagnosticada e sub-tratada nesta população, que os riscos para a ocorrência do quadro estão mais relacionados com a paciente do que com a doença ou seu tratamento, e que o reconhecimento e tratamento da depressão melhoram a qualidade de vida e pode aumentar a longevidade.

COSTANZO *et al.* (2007) realizaram um estudo prospectivo com 71 mulheres em tratamento de câncer de mama, avaliadas durante o tratamento quimioterápico ou radioterápico e após três semanas e três meses do final do tratamento. Com o objetivo de avaliar qualidade de vida e aspectos psicológicos, depressão e ansiedade destas pacientes utilizaram a *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D), o *The seven-item Primary Care Evaluation of Mental Patient Health Questionnaire* (PRIME- MD PHQ), a *The Impact of Events Scale*(IES), a *The Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS) e o SF-36 para avaliação de qualidade de vida. Encontraram pacientes bem ajustados nos meses seguintes ao tratamento, embora as pacientes mais

jóvens tivessem mais depressão e ansiedade, especialmente aquelas com história prévia de depressão e uso de antidepressivos.

RABIN *et al.* (2009) utilizaram os questionários *Health Organization Quality of Life–Brief Form* (WHOQOL-BREF), BDI, e o WHOQOL-BREF adaptado para uma terceira pessoa para avaliar a qualidade de vida, de 73 pacientes tratadas de câncer de mama, comparadas com a percepção de seus companheiros e para identificar fatores que influenciasses esta percepção. Não encontraram diferença na percepção da qualidade de vida entre as pacientes e seus companheiros.

DEN OUDSTEN *et al.* (2009) realizaram um estudo prospectivo com 223 mulheres com câncer de mama inicial com o objetivo de detectar fatores preditores de depressão. Antes do tratamento as pacientes foram avaliadas pelos questionários sobre personalidade (*The State Trait Anxiety Inventory-trait*), imagem corporal e auto-estima (WOQOL-100), sintomas depressivos (*Center for Epidemiological Studies- Depression Scale*) e fadiga (*Fadiga Assessment Scale*). Após um mês foram reavaliadas a respeito da função sexual, e envolvimento sexual (*The European Organization for Research and Treatment of Quality of Life Questionnaire Breast Cancer module- EORTC*). As avaliações foram realizadas antes do diagnóstico e um, três, seis e 12 meses após o tratamento cirúrgico. Encontraram escores menores de depressão nas pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico conservador. O principal fator de depressão um ano após o tratamento cirúrgico foi a história de depressão e ansiedade antes do diagnóstico.

SKRZYPULEC *et al.* (2009) avaliaram 494 pacientes após tratamento de câncer de mama, distribuídas em um grupo formado por mulheres submetidas a mastectomia radical e o grupo controle por mulheres submetidas a mastectomia parcial. Encontraram que intensidade do *stress* após o trauma foi um importante fator preditor de depressão e ansiedade, com nível de significância estatística no grupo mastectomia.

AGARWAL *et al.* (2010) realizaram um estudo transversal com 283 mulheres africanas tratadas de câncer de mama, para avaliar os fatores de risco associados a depressão. Utilizaram uma escala geriátrica de depressão, a *Geriatric Depression Scale*, além de características sócio-demográficas e informações médicas. Encontraram uma prevalência de depressão de 27,2% e que, os fatores preditores do quadro foram idade, estado marital, proximidade com a família e sintomas relacionados à doença.

4-1- Desenho da pesquisa:

Trata-se de um estudo primário, analítico, observacional e transversal. O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP sob o protocolo CEP 2168/08 (Apêndice 1).

4.2- Casuística:

A casuística foi formada por 30 mulheres não portadoras de câncer de mama (Grupo 1- controle), por 30 mulheres portadoras de câncer de mama submetidas à mastectomia (Grupo 2- mastectomia) e 30 mulheres portadoras de câncer de mama submetidas a algum procedimento de reconstrução mamária após a mastectomia (Grupo 3- reconstrução).

As pacientes foram selecionadas consecutivamente nos ambulatórios de Mastologia, Cirurgia Plástica e Ginecologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio-Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS).

Para a seleção das pacientes foram considerados os seguintes critérios:

4.2.1- Critérios de Inclusão:

- Pacientes do gênero feminino;
 - Idade entre 18 e 65 anos;
 - Que tenham iniciado sua vida sexual;
 - Submetidas à mastectomia por doença maligna da mama há no mínimo um ano (grupo 2);
-

- Submetidas a algum procedimento de reconstrução mamária imediato ou tardio há no mínimo um ano (Grupo 3).

4.2.2- Critérios de Exclusão:

- Mastectomia ou procedimento de reconstrução há menos de um ano;
- Recidiva local ou sistêmica diagnosticada;
- Vigência de tratamento adjuvante;
- Tratamento psiquiátrico prévio e/ ou uso de medicamentos antidepressivos;
- Analfabetas.

4.2.3- Caracterização da casuística:

As principais características sócio-demográficas dos grupos estão mostradas nas Tabelas 1 a 5. Os dados individuais estão nas Tabelas dos Apêndices 4,5 e 6.

Tabela 1 – Comparação entre os grupos em relação à idade, em anos (teste de Mann- Whitney)

| GRUPO | Varição | Media (DP) | Mediana |
|--------------|---------|------------|---------|
| Controle | 33- 62 | 47,0 ± 7,7 | 47,0 |
| Mastectomia | 31 – 63 | 49,7 ± 9,2 | 48,0 |
| Reconstrução | 29 -64 | 46,8 ±8,2 | 47,5 |
| H= 1,40 | | p= 0,49 | |

Tabela 2 – Comparação entre os grupos em relação à escolaridade (Teste do Quiquadrado).

| GRUPO | Escolaridade < 8 anos | Escolaridade ≥ 8 anos |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | n(%) | n (%) |
| Controle | 12,0(40,0) | 18,0 (60,0) |
| Mastectomia | 13,0 (46,4) | 15,0 (53,6) |
| Reconstrução | 6,0 (20) | 24,0 (80,0) |

χ^2 calculado = 4,88 p= 0,08

Tabela 3 – Comparação entre os grupos em relação a presença de parceiro fixo

| GRUPO | Com parceiro | | Sem parceiro | |
|--------------|--------------|------|--------------|------|
| | n | % | N | % |
| Controle | 23 | 76,6 | 7 | 23,3 |
| Mastectomia | 20 | 66,6 | 10 | 33,3 |
| Reconstrução | 17 | 56,6 | 13 | 43,3 |

χ^2 calculado = 2,77 p= 0,24

Tabela 4 – Comparação entre os grupos em relação ao IMC (Teste do Quiquadrado).

| GRUPO | Eutróficas n (%) | Sobrepeso n (%) | Obesas n (%) |
|--|---------------------|--------------------|-----------------|
| Controle | 7,0 (29,1) | 11,0 (45,8) | 6,0 (25) |
| Mastectomia | 8,0 (30,7) | 13,0 (50) | 5,0 (19,3) |
| Reconstrução | 11,0 (40,7) | 13,0 (48,1) | 1,0 (11,2) |
| χ^2 calculado = 0,15 p= 0,92 | | | |

Tabela 5 – Comparação entre os grupos mastectomia e reconstrução em relação à Quimioterapia (QT) (Teste do Quiquadrado)

| GRUPO | COM QT n (%) | SEM QT n (%) |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Mastectomia | 20,0 (66,6) | 10,0 (33,3) |
| Reconstrucao | 22,0 (73,3) | 8,0 (27,7) |
| Total | 42,0 (70%) | 18,0 (30) |
| χ^2 calculado= 0,079 p= 0,778 | | |

4.3 - Procedimentos de coleta de dados:

As pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade foram avaliadas pela pesquisadora, em sala ambulatorial reservada durante as consultas

de rotina nos Ambulatórios de Mastologia, Cirurgia Plástica e Ginecologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

O procedimento de coleta iniciava-se com a leitura da carta de informação (Apêndice 2). Após era preenchido um protocolo para coleta de dados sócio-demográficos e clínicos (Apêndice 3). Os questionários de função sexual, *The Female Sexual Function Index* (FSFI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) foram auto-aplicados enquanto que o questionário para avaliação da imagem corporal, *The Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) foi aplicado por entrevista, respeitando-se a seguinte ordem:

- 1- Protocolo de dados sócio-demográficos e clínicos
- 2- BDDE
- 3- FSFI
- 4- Inventário de Depressão de Beck

4.3.1- Instrumento para avaliação da função sexual:

Para avaliação da função sexual foi utilizada a versão brasileira do *Female Sexual Function Index* (FSFI) (HENTSCHEL *et al.*, 2007) (Anexo I).

O questionário, construído na língua inglesa (ROSEN *et al.*,2000), traduzido e validado para uso no Brasil(HENTSCHEL *et al.*,2007);é constituído por 19 questões sobre a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão há um padrão de resposta, sendo que as opções de resposta recebem pontuação entre 0 e 5, de forma crescente em relação à presença da função questionada, exceto nas questões sobre dor em que a pontuação é definida de forma invertida.

Se o escore de algum domínio for igual a zero, significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, obtido pela soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total (Anexo II).

As questões são reunidas em seis domínios: Desejo (itens 1 e 2); Excitação (itens 3, 4, 5 e 6); Lubrificação (itens 7, 8, 9 e 10); Orgasmo (itens 11, 12 e 13); Satisfação (itens 14, 15 e 16); Desconforto/Dor itens (17, 18 e 19).

Todas as perguntas são de múltipla escolha, e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se assim um escore para a função sexual que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor o escore obtido, pior a função sexual. Mulheres com escores menores ou iguais a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005).

4.3.2 - Instrumento para avaliação da depressão:

Com a finalidade de avaliar a depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck(BDI)(GORESTEIN & ANDRADE, 1996) (Anexo III).

É um questionário composto por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto- depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso,

preocupação somática, diminuição de libido. De acordo com Beck *et al.*, (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da casuística e dos objetivos do estudo. Na edição de 1993, diferentes pontos de corte foram sugeridos para avaliar a intensidade de depressão em pacientes deprimidos: de 0-9, depressão mínima; de 10 a 16 = depressão leve; 17-29, moderada e de 30-63, depressão severa.

4.3.3 - Instrumento para avaliação da imagem corporal:

Na avaliação da imagem corporal foi utilizada a versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) (JORGE *et al.*, 2008). (Anexo IV).

O BDDE é um questionário específico para avaliar imagem corporal, que conste de 34 itens que avaliam o grau de insatisfação. Possui 34 itens a uma determinada parte do corpo, facilitando o diagnóstico de desordens dismórficas da imagem. É um questionário específico para avaliar imagem corporal que consta de 34 questões que avaliam o grau de insatisfação.

Total de pontos. O escore final é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34.

A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos.

Escore maiores que 66 já refletem certo grau de insatisfação com a aparência.

Para a análise estatística dos dados foram utilizados os seguintes testes:

1- Análise de Variância de *Kruskal-Wallis* (SIEGEL & CASTELLAN, 2006), com a finalidade de comparar os grupos controle, mastectomia e reconstrução em relação às idades e escores do BDDE.

2- Teste do Quiquadrado (SIEGEL & CASTELLAN, 2006) com o objetivo de comparar os grupos acima em relação às presenças das variáveis qualitativas estudadas.

3- Teste de Mann-Whitney (SIEGEL & CASTELLAN, 2006) para comparar os grupos com ou sem disfunção sexual em relação aos escores do BDI, peso e escolaridade.

Foi fixado em 0,05 ou 5% ($\alpha \leq 0,05$) o nível para rejeição da hipótese de nulidade.

Utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Pachage for Social Sciences*) versão 18 para a análise estatística.

As tabelas de 6 a 22 apresentam os dados relativos à função sexual, depressão e imagem corporal das pacientes.

Tabela 6 – Escores medianos dos domínios do *Female Sexual Function Index* (FSFI).

| DOMÍNIOS | ESCORES | | | Teste de Kruskal- Wallis | |
|--------------|----------|-------------|--------------|--------------------------|-------|
| | CONTROLE | MASTECTOMIA | RECONSTRUÇÃO | H | P |
| Desejo | 3,0 | 2,2 | 3,3 | 10,0 | 0,006 |
| Excitação | 3,3 | 2,0 | 3,9 | 8,1 | 0,01 |
| Lubrificação | 4,0 | 3,0 | 4,5 | 4,6 | 0,09 |
| Orgasmo | 4,8 | 2,0 | 4,6 | 8,0 | 0,01 |
| Satisfação | 4,8 | 4,0 | 4,8 | 5,0 | 0,08 |
| Dor | 5,6 | 3,2 | 3,4 | 10,8 | 0,004 |
| Escore Total | 23,6 | 15,4 | 21,9 | 9,6 | 0,007 |

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa de disfunção sexual (escores do FSFI \leq 26) e comparação entre os grupos, por meio do teste do Quiquadrado.

| GRUPO | COM DISFUNÇÃO | SEM DISFUNÇÃO |
|--------------|---------------|---------------|
| | n (%) | n(%) |
| Controle | 15,0(50,0) | 15,0 (50,0) |
| Mastectomia | 23 (76,6) | 7,0 (23,4) |
| Reconstrução | 15(50,0) | 15,0 (50,0) |
| Total | 53,0(58,8) | 37,0 (41,1) |

χ^2 calculado= 5,875

p= 0,053

Tabela 11 - Correlação entre disfunção sexual e escolaridade ≥ 8 anos (Teste do Quiquadrado).

| GRUPO | ESCOLARIDADE ≥ 8 ANOS | | TOTAL |
|--------------|----------------------------|---------------|-------|
| | COM DISFUNÇÃO | SEM DISFUNÇÃO | |
| Controle | 11 | 7 | 18 |
| Mastectomia | 13 | 2 | 15 |
| Reconstrução | 11 | 13 | 24 |
| Total | 35 | 22 | 57 |

χ^2 calculado= 6,49 p= 0,03

Tabela 12 - Correlação entre disfunção sexual e idade de 18 a 47 anos (Teste do Quiquadrado).

| GRUPO | IDADE de 18 a 47 ANOS | | TOTAL |
|--------------|-----------------------|---------------|-------|
| | COM DISFUNÇÃO | SEM DISFUNÇÃO | |
| Controle | 7 | 8 | 15 |
| Mastectomia | 9 | 4 | 13 |
| Reconstrução | 6 | 8 | 14 |
| Total | 22 | 20 | 42 |

χ^2 calculado= 2,18 p= 0,33

Tabela 13 - Correlação entre disfunção sexual e idade de 48 a 65 anos (Teste do Quiquadrado).

| GRUPO | IDADE de 48 a 65 ANOS | | TOTAL |
|--------------|-----------------------|---------------|-------|
| | COM DISFUNÇÃO | SEM DISFUNÇÃO | |
| Controle | 8 | 7 | 15 |
| Mastectomia | 14 | 2 | 16 |
| Reconstrução | 9 | 6 | 15 |
| Total | 31 | 15 | 46 |

χ^2 calculado= 4,66 p= 0,09

Tabela 14 – Comparação entre os grupos quanto aos escores totais do FSFI entre pacientes de 18 a 47 anos.

| GRUPO | ESCORES TOTAIS DO FSFI | | Teste de Kruskall- Wallis | |
|--------------|------------------------|---------|---------------------------|------|
| | MEDIA | MEDIANA | H | P |
| Controle | 23,8 | 28,2 | | |
| Mastectomia | 21,1 | 24,8 | 1,5 | 0,46 |
| Reconstrução | 25,5 | 26,9 | | |

Tabela 15 – Comparação entre os grupos quanto aos escores totais do FSFI entre pacientes de 48 a 65 anos.

| GRUPO | ESCORES TOTAIS DO FSFI | | Teste de Kruskall- Wallis | |
|--------------|------------------------|---------|---------------------------|-------|
| | MEDIA | MEDIANA | H | P |
| Controle | 23,4 | 24,9 | | 0,002 |
| Mastectomia | 10,4 | 4,8 | 11,9 | 2<1<3 |
| Reconstrução | 25,58 | 19,6 | | |

Tabela 16- Correlação entre os escores do BDI em pacientes portadoras ou não de disfunção sexual (FSFI \leq 26) (Teste de Mann- Whitney)

| GRUPO | Z | P |
|--------------|------|------|
| Controle | 0,43 | 0,33 |
| Mastectomia | 0,77 | 0,21 |
| Reconstrução | 1,31 | 0,18 |

Tabela 17- Correlação entre os escores do BDDE em pacientes portadoras ou não de disfunção sexual ($FSFI \leq 26$) (Teste de Mann-Whitney).

| GRUPO | Z | P |
|--------------|---|---|
| Controle | | |
| Mastectomia | | |
| Reconstrução | | |

Tabela 18- Escores medianos do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE).

| | ESCORES | | | Teste de Kruskal- Wallis | |
|------|----------|-------------|--------------|--------------------------|---------------|
| | CONTROLE | MASTECTOMIA | RECONSTRUÇÃO | H | P |
| BDI | 5,3 | 11,1 | 3,0 | 7,8 | 0,02 2>1>3 |
| BDDE | 10,0 | 29,5 | 10,0 | 8,2 | 0,01 2>1>3 |

Tabela 19- Comparação entre os grupos, na faixa etária de 18 a 47 anos, quanto aos escores do BDI (Teste de Kruskal- Wallis).

| GRUPO | Escore do BDI | | Teste de Kruskal- Wallis | |
|--------------|---------------|---------|--------------------------|---------------|
| | MEDIA | MEDIANA | H | P |
| Controle | 3,0 | 3,0 | | |
| Mastectomia | 13,0 | 15,0 | 4,4 | 0,03 2>3>1 |
| Reconstrução | 2,0 | 2,0 | | |

Tabela 20- Comparação entre os grupos, na faixa etária de 48 a 65 anos, quanto aos escores do BDI (Teste de Kruskall- Wallis).

| GRUPO | ESCORES DO BDI | | Teste de Kruskall- Wallis | |
|--------------|----------------|---------|---------------------------|------|
| | MEDIA | MEDIANA | H | P |
| Controle | 5,8 | 7,0 | 3,3 | 0,18 |
| Mastectomia | 10,0 | 10,0 | | |
| Reconstrução | 4,8 | 10,0 | | |

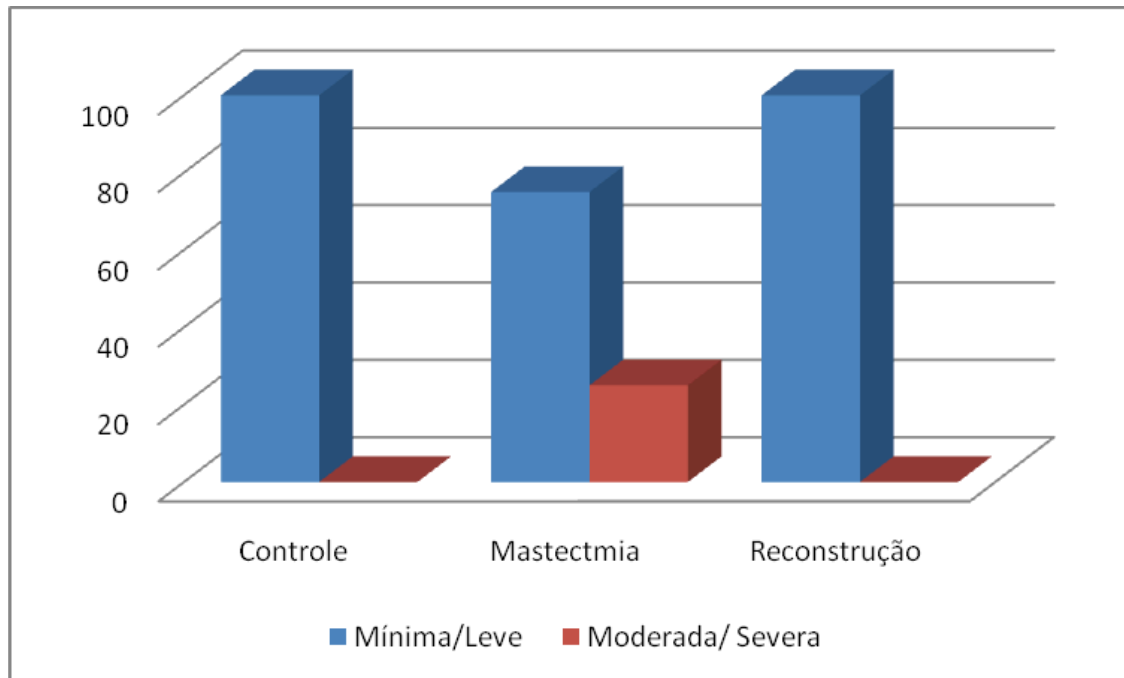
Tabela 21- Comparação entre os grupos, na faixa etária de 18 a 47 anos, quanto aos escores do BDDE (Teste de Kruskall- Wallis).

| GRUPO | ESCORES DO BDDE | | Teste de Kruskall- Wallis | |
|--------------|-----------------|---------|---------------------------|------|
| | MEDIA | MEDIANA | H | P |
| Controle | 10,0 | 10,0 | 2,9 | 0,08 |
| Mastectomia | 27,7 | 33,5 | | |
| Reconstrução | 14,6 | 12,0 | | |

Tabela 22- Comparação entre os grupos, na faixa etária de 48 a 65 anos, quanto aos escores do BDDE (Teste de Kruskall- Wallis).

| GRUPO | Escore do BDDE | | Teste de Kruskall- Wallis | |
|--------------|----------------|---------|---------------------------|------|
| | MEDIA | MEDIANA | H | P |
| Controle | 11,7 | 14,0 | 3,6 | 0,16 |
| Mastectomia | 28,5 | 28,5 | | |
| Reconstrução | 12,5 | 10,5 | | |

Figura 1 – Comparação entre os grupos quanto à prevalência de depressão, categorizada em mínima/leve ou moderada/ severa (teste do Quiquadrado)



6.1- Considerações Gerais

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum na mulher e a que mais causa mortes (INCA 2010). Apresenta uma incidência crescente nas últimas décadas, acometendo aproximadamente 10% das mulheres nos países industrializados (DIAN *et al.*, 2007).

No Brasil, apesar do empenho dos programas de prevenção, grande parte das mulheres portadoras de câncer de mama recebe o diagnóstico da doença em uma fase avançada (INCA 2010). Outras situações, como doença multicêntrica, tamanho reduzido da mama e preferência da própria paciente, constituem contra-indicações para cirurgias conservadoras, sendo a mastectomia indicada para uma parcela substancial das pacientes (HOFFMANN & WALLWIENER, 2009).

O diagnóstico e tratamento do câncer de mama levam a importantes repercussões psicológicas, que contribuem para uma percepção negativa da qualidade de vida (ELL *et al.*, 2005). Alterações físicas, como limitação da mobilidade e linfedema do membro superior, realização de quimioterapia, sintomas vasomotores, ressecamento vaginal e disfunções sexuais também podem comprometer a qualidade de vida dessas mulheres (GANZ *et al.*, 2002; SPEER *et al.*, 2005).

A retirada desse órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa. Além da cirurgia, o tratamento quimioterápico produz efeitos colaterais que são indicadores visíveis da doença, como alopecia ou ganho de peso. A mulher pode, então, se sentir estranha,

manifestar sentimentos de vergonha, embaraço, ter dificuldade de se relacionar com o companheiro, se sentindo sexualmente repulsiva, passando a evitar contatos sexuais. Um medo muito freqüente entre as mulheres mastectomizadas é o de não ser mais atraente sexualmente. Esses conflitos são resolvidos quando a mulher é capaz de se reconhecer e se aceitar em sua nova imagem. Para isso, é fundamental viver um processo de luto para elaborar essa perda (ARÁN *et al.*, 1996).

Os padrões estéticos que definem uma mulher como sensual e atraente mudam ao longo das épocas. As mamas, além de desempenharem um papel fisiológico importante em algumas fases da vida da mulher, culturalmente representam um símbolo, de sua feminilidade, sensualidade e sexualidade. Quando uma mulher é submetida à mastectomia, como tratamento de um carcinoma de mama, o “corpo perfeito” sofre um “corte” em sua harmonia, tornando-se “imperfeito”, causando problemas diversos referentes à sexualidade, à estrutura psicológica, ao auto-conceito e à auto-imagem (SKRZYPULEC *et al.*, 2009).

Com a diminuição das taxas de mortalidade, aumento das taxas de detecção precoce, melhoria dos tratamentos oferecidos e com o aumento crescente da incidência de casos novos de câncer de mama (BOYLE & FERLAY, 2005) observados na última década, há um número maior de mulheres com a doença. Sabe-se que aproximadamente 50 % sobreviverão por, pelo menos, 15 anos após o diagnóstico e deverão ajustar-se às seqüelas cirúrgicas (INCA, 2010).

Tão importante quanto o estudo dos mecanismos de carcinogênese, a detecção precoce e o tratamento adequado do câncer de mama, é a reparação de danos físicos e psíquicos. Desde os primeiros estudos de Karnofski em 1948,

que publicou os primeiros esforços dos médicos para determinar os efeitos do tratamento sobre a qualidade de vida das pacientes e não apenas a quantidade de vida após o tratamento (GRANDA- CAMERON, 2008), a avaliação da qualidade de vida tem sido o foco de práticas clínicas e pesquisas (PERRY, KOWALSKI, CHANG, 2007).

Estudos anteriores mostraram que a qualidade de vida global destas pacientes, desde que livres da doença, é semelhante à de mulheres não portadoras de câncer de mama (DORVAL *et al.*,1998; CONDE *et al.*,2005; GEIGER *et al.*, 2006), mas com diferenças clinicamente significantes nos aspectos cognitivos e funcional, fadiga, insônia e dificuldades financeiras (AHN *et al.*, 2007).

A relação entre tipo de cirurgia, ajuste psicológico e qualidade de vida é controversa na literatura (CONDE *et al.*,2005) . Alguns estudos relatam que pacientes submetidas a tratamento cirúrgico conservador tem melhor imagem corporal (ENGEL *et al.* 2004; WARM *et al.*,2008), enquanto outros descrevem melhor ajuste psicológico nas pacientes tratadas com mastectomia (OSHUMI *et al.*,2007; NANO *et al.*, 2005), apesar dos resultados similares na qualidade de vida global(PARKER *et al.*, 2007).

Reconstruir a mama pode representar a preservação da auto-imagem da mulher, melhor qualidade de vida, e, portanto, um processo de reabilitação menos traumático (PRADO, 2002), com impacto positivo sobre todos os aspectos da qualidade de vida (VEIGA *et al.*, 2004), mas principalmente sobre a imagem corporal (DEAN, CHETTY, FORREST, 1983; ATISHA *et al.*,2008) e especialmente entre as mulheres mais jovens que atribuem maior importância à imagem corporal do que as mais velhas (PECOR, 2003). O procedimento de reconstrução é um procedimento oncológicamente seguro (STRÄLMAN *et al.*

2008), que melhora a auto-estima das pacientes sem aumentar o risco de recidivas e tampouco retardar o diagnóstico de recidivas locais (MORROW, 2001).

4.2 - Considerações sobre os critérios de seleção:

Foram incluídas no estudo mulheres com idade entre 18 e 65 anos utilizando o conceito de adulto, que pelo Código Penal vigente no Brasil inclui indivíduos acima de 18 anos, metodologia também adotada em estudo anterior (KORNBLITH & LIGIBEL, 2003) e, a faixa etária entre 45 e 60 anos que, segundo dados epidemiológicos, representa a faixa etária em que são realizados a maioria dos diagnósticos (INCA 2010).

Nesta casuística a idade das pacientes submetidas à mastectomia variou entre 31 e 63 anos, com média de 49,7 anos, enquanto que no grupo de pacientes submetidas à reconstrução a faixa etária foi de 29 a 64 anos, com média de 46,8 anos. Estes dados coincidem com estudos anteriores que relatam que as mulheres mais jovens e com nível mais alto de escolaridade optam mais frequentemente pela reconstrução mamária (ROWLAND *et al.*, 2000; FALBJÖRK *et al.*, 2010).

Selecionaram-se pacientes que haviam realizado o tratamento cirúrgico há pelo menos um ano, período no qual a paciente submete-se ao tratamento adjuvante, realizando, quando indicado quimioterapia (QT) e/ou radioterapia (RT). Neste período o medo da morte é a questão principal, assim como a busca pelo tratamento adequado (HUGUET, 2009). Outros estudos anteriores também consideraram o tempo de 12 meses após o procedimento como um tempo

adequado para avaliação (ARNDT *et al.*, 2004; AHN *et al.*, 2007; RUBINO *et al.*, 2007; OUDSTEN *et al.* 2009 ; MARKOPOULOS *et al.*, 2009), devido a menor incidência de efeitos colaterais do tratamento sobre o estado psicológico e qualidade de vida.

Para seleção das pacientes, o analfabetismo foi utilizado como critério de exclusão devido à administração dos questionários *Female Sexual Function Index* (FSFI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) pela forma auto-aplicada. A forma auto-aplicada também seria a mais adequada considerando-se o caráter subjetivo da função sexual, com isso os resultados apresentariam maior confiabilidade e validade, e foi utilizada em outros estudos (ROSEN *et al.*, 2000; PACAGNELLA *et al.*,2008).

No presente estudo, utilizou-se como critério de exclusão a história pregressa ou atual de tratamento psiquiátrico e o uso de medicamentos antidepressivos, pela possibilidade de interferirem na avaliação de depressão, e também pelo efeito conhecido de antidepressivos, como os inibidores da recaptação da serotonina, sobre a libido (BERMAN & BASSUK, 2002). Em estudos anteriores, que avaliaram depressão, este cuidado não foi tomado (ELL *et al.*, 2005; RABIN *et al.*,2009).

Segundo a ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária) o uso de antidepressivos cresceu 44% em quatro anos. Este fato aumentou a frequência de exclusões de pacientes na casuística.

O desenho da pesquisa transversal tem a vantagem de proporcionar a possibilidade de avaliar pacientes com tempos diferentes de tratamento, que nesta casuística variou entre um ano e 15 anos, o que seria muito mais difícil em um estudo prospectivo (KEICH *et al.*, 2010) Por outro lado, apenas com a realização de um estudo prospectivo poderíamos avaliar o impacto do

procedimento de reconstrução na qualidade de vida desta paciente (HARCOUT *et al.* 2003).

6.3 - Sobre função sexual e câncer de mama:

A Sexologia, como campo específico de estudo e saber, é recente. Tomou corpo a partir de 1950, com os relatórios pioneiros de Alfred Kinsey e os trabalhos científicos de Masters & Johnson (MASTERS & JOHNSON, 1984).

O conceito de “sexo” ampliou-se para "sexualidade", considerada um elemento presente em todas as etapas do desenvolvimento do ser humano, que começa a se formar na infância, continua sendo construído na adolescência e se manifesta diferentemente nas varias fases da vida. Abrange a relação sexual, o erotismo, o prazer, a orientação sexual e a reprodução; se expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, comportamento e relacionamentos, podendo sofrer influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos (van HAUTE, 2005).

O conceito se legitimou quando a saúde sexual foi considerada parte integrante na definição da saúde reprodutiva, ratificada pela Conferência Internacional para População e Desenvolvimento em 1994. A sexualidade tem relevância legitimada pela Organização Mundial de Saúde, que a reconhece como um dos pilares da qualidade de vida. É garantido ao ser humano o direito à saúde sexual (FAÚNDES, 1996).

O conceito de ciclo de resposta sexual humana foi introduzido por Masters e Johnson em 1984, após extensas observações laboratoriais.

Estruturaram esse modelo em quatro fases distintas e progressivas, que facilita a compreensão das alterações anatômicas e fisiológicas do funcionamento sexual: excitação, platô, orgasmo e resolução (MASTERS & JOHNSON, 1984).

Kaplan e Sadock propuseram um novo modelo com três fases: desejo, excitação e orgasmo, sendo que o desejo é um fator que estimula o ciclo completo (KAPLAN & SADOCK, 1988). Estas três fases são as bases para a definição de disfunção do Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais - DSM IV, que classifica e define as disfunções sexuais (BERMAN & BASSUK, 2002).

Em 2002, Basson descreveu o “Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina”, no qual, nos relacionamentos de longo prazo, a mulher iniciaria a relação quando estimulada pelo parceiro, atingiria graus de excitação motivada pela intimidade, pelo ganho secundário de vínculos. O desejo se desenvolveria posteriormente, sendo uma consequência e não a causa do ato sexual (BASSON, 2002).

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos dias atuais. As dificuldades sexuais são mais comuns entre as mulheres do que em homens (BASSON, 2002). Estudo americano encontrou 43% de mulheres com queixas sexuais entre as sexualmente ativas (LAUMAN, PAIK, ROSEN, 1999), enquanto no Brasil observou-se 49% delas com pelo menos uma disfunção sexual (ABDO *et al.*, 2004), prevalência semelhante ao grupo controle desta casuística em que 50% das mulheres apresentaram escores do *Female Sexual Function Index* (FSFI) iguais ou menores que 26 o que caracteriza disfunção Sexual (WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005).

Para identificar a disfunção sexual, devem ser aplicadas e adaptadas diretrizes apropriadas. Cada instrumento analisa um número de domínios do funcionamento sexual (MESTON & DEROGATIS, 2002).

O FSFI tem apresentado validade estatística aceitável na literatura, com segurança discriminativa entre mulheres com e sem disfunções sexuais. É uma escala breve, formada por 19 questões, agrupada em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (MESTON, 2003), tendo sido aplicado, com sucesso, na avaliação da função sexual em diferentes populações (WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005; VERIT & VERIT, 2007; SPEER *et al.*, 2005).

No Brasil foram encontrados quatro estudos desenvolvidos com o propósito de traduzir, adaptar e validar o FSFI: um aplicado em mulheres inférteis (HENTSCHEL *et al.*, 2007), outro em grávidas(LEITE *et al.*, 2007), outro em mulheres de uma clínica ginecológica (THIEL *et al.*, 2008) e por último em uma casuística de 10 pacientes de uma clínica ginecológica (PACAGNELLA *et al.*, 2008). Em todos os estudos foi seguida a metodologia proposta por Guillemin para validação de questionários. Neste estudo utilizaremos como autor da validação o estudo de HENTSCHEL *et al.*, 2007 por ser o primeiro estudo a ser publicado.

O FSFI não inclui os domínios auto-imagem e qualidade de vida sexual, importantes na avaliação da função sexual da mulher (ROSEN *et al.*, 2000), por isso a utilização de um questionário para avaliação de imagem corporal neste estudo. Também há a limitação em avaliar o indivíduo em período limitado de quatro semanas.

No presente estudo, 76,6% das mulheres submetidas à mastectomia apresentavam disfunção sexual enquanto que entre mulheres submetidas a algum procedimento de reconstrução mamária, a prevalência de disfunção foi de

50%, semelhante ao grupo controle. Esta prevalência é comparável a de estudo anterior, com 68% de disfunção sexual principalmente nas pacientes submetidas à quimioterapia (ALDER *et al.*, 2008).

A etiologia dessas disfunções não está totalmente compreendida, porém há evidências de que as reações psicológicas ao câncer servem de base para as disfunções sexuais em algumas mulheres. Além das reações psicológicas, outras variáveis podem correlacionar-se às disfunções sexuais, destacando-se o antecedente de quimioterapia, secreta vaginal, idade e estado menopausal. O estudo do impacto de cada uma dessas variáveis sobre o funcionamento sexual é difícil, uma vez que a maioria das pacientes é submetida a duas ou mais modalidades terapêuticas (BROECKEL *et al.*, 2002; AVIS, CRAWFORD, MANUEL, 2004).

Quando os grupos foram comparados em relação à função sexual (FSFI), observou-se diferença significativa, com os menores escores medianos encontrados no grupo de pacientes submetidas à mastectomia ($p = 0,007$). Este resultado é semelhante a vários estudos anteriores que também encontraram pior função sexual nas pacientes mastectomizadas (ENGEL *et al.*, 2004; SPEER *et al.*, 2005; BECKJORD & CAMPAS, 2007; ALICIKUS *et al.* 2009), embora em nenhum tenha sido utilizado o FSFI. A diferença foi significativa quando se comparou o escore total e também em quatro dos seis domínios do questionário: desejo, excitação, orgasmo e dor.

O desejo foi provavelmente afetado pelo impacto emocional da doença, imagem corporal ou tratamento medicamentoso. A maior prevalência de depressão, escores do questionário BDI significativamente maiores ($p=0,02$), neste grupo de pacientes pode explicar a diminuição do desejo, assim como

evidenciado por estudos anteriores (HARCOUT *et al.*, 2003; SPEER *et al.*, 2005).

A qualidade do relacionamento parece ser um importante fator determinante da função sexual de mulheres portadoras de câncer de mama, interferindo no processo fisiológico de excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação (SPEER *et al.*, 2005). Na presente casuística houve maior incidência de disfunção sexual ($p=0,04$) nas pacientes portadoras de câncer que não tinham parceiro fixo.

Nesta casuística o grupo de pacientes mastectomizadas tinha idade mediana de 49,7 anos, sendo que 53,3% tinham entre 48 e 65 anos. Segundo dados epidemiológicos a menopausa, nas mulheres brasileiras, ocorre por volta dos 48 anos. No Brasil, sendo a expectativa de vida em torno dos 72,4 anos, um terço da vida das mulheres será vivido no climatério, período de transição entre a vida reprodutiva e menopausa, entre 40 e 65 anos (IBGE).

O climatério por si só não diminui o interesse sexual, o que muda é o tipo de resposta sexual (fase de excitação) que se torna mais lenta e intensa pela deprivação estrogênica; a fase orgástica é mais curta e a dor mais freqüente devido à atrofia genital (MASTERS & JOHNSON, 1984; KAPLAN, 1988). Estudos mostram aumento das disfunções sexuais na transição menopausal (GRACIA & FREEMAN, 2004), semelhantes ao achado deste estudo em que os escores totais medianos do FSFI foram menores nas pacientes entre 48 e 65 anos, inclusive nas mulheres não portadoras de câncer do grupo controle (ADDIS *et al.*, 2006).

Nas pacientes com idade entre 18 e 47 anos os escores totais medianos do FSFI eram mais altos, sem diferença significativa quando os grupos foram

comparados, embora no grupo de pacientes submetida à mastectomia o escore total mediano encontrado tenha sido menor e compatível com disfunção sexual (< 26), mostrando o possível efeito da mastectomia e do impacto da retirada da mama sobre a função sexual e também provável efeito da diminuição da função ovariana resultante da quimioterapia (BURWELL *et al.*, 2006), nesta faixa etária. Este achado de escores piores de função sexual nas pacientes mastectomizadas mais jovens foi também evidenciado em outros estudos (BURWELL *et al.*, 2006; HUGUET *et al.*, 2009; AGARWALL *et al.*, 2010).

Outra provável explicação seria o efeito mais devastador do diagnóstico nestas mulheres jovens (MOSHER *et al.*, 2005), com maior expectativa e planos futuros, inclusive quanto à maternidade, ratificada por maiores escores de depressão nesta faixa etária na presente casuística.

Além do impacto da doença outros aspectos sócio-demográficos podem interferir na função sexual destas mulheres.

Um ponto importante no estudo da função sexual é a presença ou não de um parceiro fixo. Os grupos eram homogêneos em relação a este aspecto ($p=0,24$) e não foi estabelecida nesta casuística uma correlação entre disfunção sexual (escore total do FSFI ≤ 26) e presença de parceiro fixo, mas entre as mulheres sem parceiro fixo observou-se uma correlação significativa ($p=0,04$). Este resultado é compatível com os estudos anteriores, e provavelmente explicado pela importância do apoio de um companheiro na sexualidade da mulher (GANZ *et al.*, 2003; HUGUET *et al.*, 2009).

A escolaridade das pacientes foi outro dado sócio-demográfico avaliado. Considerou-se escolaridade baixa quando havia menos de oito anos de estudo ou alta quando havia oito ou mais anos de estudo. A casuística foi homogênea

também neste aspecto ($p=0,08$), embora o grupo de pacientes submetidas à reconstrução mamária tenha uma escolaridade maior. Este dado já foi relatado em estudos anterior (VEIGA *et al.*, 2010).

Na presente casuística não se observou correlação entre escolaridade baixa e disfunção sexual ($p=0,36$), mas sim entre escolaridade alta e disfunção sexual, ou seja, mulheres com maior escolaridade tiveram maior prevalência de disfunção sexual ($p=0,03$). A explicação para este achado seria um maior nível de estresse ocupacional em mulheres com maior escolaridade (HUGUET *et al.*, 2009). A literatura não é unânime quanto à associação entre nível de escolaridade e disfunção sexual, havendo autores que apontam uma associação positiva entre disfunção sexual e baixo nível de escolaridade (LAUDMANN *et al.*, 1999; PRADO, MOTA, LIMA, 2010) enquanto que para outros o nível educacional alto levaria a comprometimento da função sexual (ABDO *et al.*, 2004; ADDIS *et al.*, 2006).

Dada a importância das mamas para o senso de feminilidade da mulher e pelo seu papel no relacionamento sexual, fica evidente na literatura que estas mulheres têm alterações na qualidade de vida, principalmente na imagem corporal, que se mantêm muitos anos após o procedimento (KORNIBLITH & LIGIBEL, 2003; MARKOPOULOS *et al.*, 2009). A indicação de um procedimento de reconstrução, particularmente o imediato, tem aumentado (RUBINO *et al.*, 2007). Reconstruir a mama pode representar a preservação da auto-imagem da mulher, melhor qualidade de vida, e, portanto, um processo de reabilitação menos traumático, existindo várias técnicas cirúrgicas disponíveis, que são oncollogicamente seguras, não retardando o diagnóstico de recidivas (STRÄLMAN *et al.*, 2008).

Embora múltiplos benefícios tenham sido reportados após a reconstrução (VEIGA *et al.*, 2004; NANO *et al.*, 2005; SHEPPARD & ELY, 2008; FERNÁNDEZ – DELGADO J *et al.*, 2008; MARKOPPULOS *et al.*, 2009) alguns aspectos psicológicos, como função sexual e satisfação são ainda pouco estudados (RUBINO *et al.*, 2007).

Na presente casuística o grupo de pacientes com reconstrução mamária apresentou características sociodemográficas semelhantes às descritas em estudos anteriores: mais jovens e com nível de escolaridade mais alto (HARCOUT *et al.*, 2003; VEIGA *et al.*, 2010). Neste grupo de pacientes, os escores dos domínios do FSFI foram significativamente maiores, ou seja, melhor função sexual do que os das pacientes mastectomizadas e semelhantes aos das pacientes do grupo controle, assim como observado previamente (HARCOUT *et al.*, 2003.). Esta semelhança com mulheres não portadoras de câncer de mama é provavelmente explicada pela restauração da imagem corporal com o procedimento de reconstrução, dado confirmado, nesta casuística pela observação de escores menores do BDDE, melhor imagem corporal neste grupo, semelhantes aos do grupo controle.

Entre as pacientes com reconstrução mamária, a prevalência de disfunção sexual foi idêntica à encontrada no grupo controle (50%), em todas as faixas etárias. Este resultado pode ser considerado semelhante a estudo anterior que evidenciou que a maioria (78,2%) das mulheres submetidas à reconstrução não se sentem menos atraentes sexualmente (FERNÁNDEZ-DELGADO *et al.*, 2008) e outro, em que 81,4% das pacientes submetidas a reconstrução mamária relataram estar satisfeitas com sua vida sexual (RUBINO *et al.*, 2007).

Pesquisas demonstram que, além da satisfação estética, os resultados cirúrgicos da reconstrução diminuem o índice de morbidade psicológica de

forma significativa, quando comparados aos resultados da mastectomia. Assim, atualmente, a reconstrução mamária é um recurso indispensável na reabilitação de pacientes que necessitam realizar a mastectomia, uma vez que auxilia quanto aos aspectos aqui relacionados (RUBINO *et al.*, 2007).

6.4 -Sobre depressão e câncer de mama:

Depressão é a condição mental marcada por sentimentos de tristeza, desespero, perda de energia, e dificuldade em lidar com a vida diária normal” . Outros sintomas da depressão incluem sentimentos de inutilidade e desesperança, perda de prazer nas atividades, mudanças na alimentação ou hábitos de sono e pensamentos de morte ou suicídio (GALLICCHIO *et al.*, 2007).

A depressão é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social (OMS, 2010). Entretanto, pequena parte das pessoas atingidas recebe tratamento apropriado, e, sobre elas, o estigma pesa de forma significativa. A forma como a população identifica os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar o processo de procura de ajuda, a adesão aos tratamentos, bem como a atitude e o comportamento da comunidade em relação aos portadores desse transtorno.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) 5 a 10% da população sofrerá de depressão, com necessidade de tratamento especializado, em alguma fase da vida. Estima-se que 33% das mulheres sofrerão pelo menos um episódio de depressão durante a vida, com prevalência de 9 % no climatério (GALLICCHIO *et al.* 2007).

Segundo a literatura, a depressão é considerada a resposta emocional mais comum do paciente com câncer. Afeta 15 a 25% dos pacientes com câncer.

(NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2010; AMERICAN CANCER SOCIETY), podendo chegar a 50% no primeiro ano após o tratamento da doença (BURGESS *et al.*, 2005).

A depressão, assim como o câncer, tem sido considerada doença que se apresenta como grave problema de saúde pública, estando o câncer em segundo lugar nas estatísticas de causa de morte por doença no mundo (INCA 2010). Nas pacientes com câncer de mama é pouco diagnosticada e subtratada (ELL , 2005; REICH, LESUR, PERDRIZET-CHEVALLIER, 2008), principalmente no primeiro ano de tratamento, quando a incidência pode ser até o dobro da população normal (BURGESS *et al.*, 2005).

O Inventário de Depressão de Beck - BDI é um instrumento que atende ao propósito de avaliar a depressão, mas não foi localizado na literatura nacional nenhum estudo sobre sua validade para amostras brasileiras específicas como a de pacientes com câncer. Foi desenvolvido originariamente por Beck em 1961, e traduzido e validado para o Português (GORENSTEIN & ANDRADE, 1996). Trata-se de uma escala de auto-relato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (BECK & STEER, 1993), composta por 21 itens. É um instrumento idealizado para uso com pacientes psiquiátricos que, porém, tem sido amplamente usado na clínica e em pesquisas com pacientes não psiquiátricos e na população geral. É provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada, tanto em pesquisa como na prática clínica (DUNN *et al.*, 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

No presente estudo adotaram-se os pontos de corte sugeridos na edição de 1993: 0-9, depressão mínima; 10-16, leve; 17-29, moderada; 30-63, severa. Estes pontos de corte mais baixos têm o propósito de detectar o número máximo de pessoas deprimidas, minimizando falsos negativos. Mesmo com o

aumento de falsos positivos, é útil na triagem de possíveis casos de depressão (BECK & STEER, 1993). A utilização de um ponto de corte é uma maneira de identificar pacientes que podem se beneficiar de suporte emocional ou psicológico (HARCOURT *et al.*, 2003).

Categorizou-se os escores e consideramos depressão mínima/ leve quando os escores variavam entre 0 -16 e depressão moderada/severa quando os escores variavam entre 17-63. Baseamos esta divisão em estudo de Oliver e Simmons (1984) que como não são sugeridos pontos de corte para as populações normais, o BDI poderia ser utilizado para triagem nessa população, sendo que um escore acima de 18 a 19 daria uma estimativa de possível depressão (OLIVER & SIMMONS, 1984).

Utilizando esta categorização, identificou-se que no grupo de pacientes mastectomizadas a prevalência de depressão moderada/severa foi de 25%, resultado semelhante a estudo anterior, que encontrou 27,2 % de depressão em portadoras de câncer de mama (AGARWAL *et al.*, 2010). Quando os escores do BDI dos três grupos foram comparados, observou-se diferença significativa, com os maiores escores (mediana 11,1), ou seja, mais sintomas depressivos, no grupo de pacientes submetidas a mastectomia ($p=0,02$). Em outro estudo anterior, os autores utilizaram o BDI em pacientes mastectomizadas e encontraram resultados semelhantes (RABIN *et al.* 2008).

Pacientes submetidas à mastectomia radical possuem um elevado nível de depressão, duas vezes maior que a população normal (DEN OUSTEN *et al.*,2009). De forma semelhante, nesta casuística o escore mediano do BDI foi de 5,3 no grupo controle e 11,1 no grupo mastectomia.

Algumas variáveis parecem ter relação significativa com a depressão. São elas: faixa etária, situação conjugal, migração, antecedentes pessoais, antecedentes familiares de doença mental, uso de quimioterapia, complicações

pós-mastectomia, atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, prática religiosa e percepção de perda. É importante ressaltar que todas as perdas associadas à mastectomia geram sofrimento psicológico importante, levando a comportamento de esquiva e isolamento social.

Uma das causas mais freqüentes da depressão é a alteração física decorrente da cirurgia e suas repercussões na concepção do “eu” das pacientes. Dentre as questões mais freqüentemente abordadas está o medo de não ser mais atraente sexualmente e a sensação de diminuição da feminilidade (ÁRAN *et al.*, 1996). Nesta casuística não foi observada correlação positiva significativa entre disfunção sexual, avaliada pelo FSFI, e depressão, embora tenham sido observados escores mais altos, mais sintomas depressivos, nas pacientes com disfunção sexual especialmente no grupo de mastectomizadas. Este dado sugere a importância da alteração física causada pelo procedimento cirúrgico radical, reforçado pela observação de escores mais elevados do questionário de imagem corporal (BDDE) no grupo mastectomia, o que denota pior imagem corporal.

Quando se comparou separadamente mulheres entre 18 e 47 anos de idade e entre 48 e 63 anos, nos grupos, observou-se diferença significativa na faixa etária mais jovem e com escores significativamente maiores do BDI no grupo de pacientes mastectomizadas ($p=0,04$). Este dado, também observado anteriormente por outros autores (BURWELL *et al.*, 2006; COSTANZO *et al.*, 2007; AGARWAL *et al.*, 2010), mostra que a idade é o maior preditor de depressão nestas pacientes além de história anterior de depressão, excluídas desta casuística.

Nesta casuística os níveis de depressão encontrados nas mulheres não portadoras de câncer e submetidas à reconstrução mamária foram semelhantes,

diferente de estudos anteriores que encontraram níveis de depressão entre as pacientes com reconstrução mais altos do que nas mulheres não portadoras de câncer (RUBINO *et al.*, 2007). A explicação para este fato provavelmente é a exclusão, nesta casuística, de pacientes com história de tratamento psiquiátrico prévio e/ou uso de antidepressivos, o que, em concordância com estudos anteriores, é o maior preditor da permanência de níveis elevados de depressão, mesmo entre as pacientes submetidas à reconstrução mamária (HARCOUT *et al.*, 2003; DEN OUDSTEN *et al.*, 2009). A importância deste aspecto é grande, a ponto de, alguns autores sugerirem a não indicação de reconstrução mamaria imediata em pacientes com depressão maior (RUBINO *et al.*, 2007) e de um maior suporte psicológico para pacientes com antecedentes de depressão.

6.5. Sobre imagem corporal e câncer de mama:

A imagem corporal é a figura de seu corpo que o indivíduo forma em sua mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta a ele. Envolve quatro aspectos: cognitivo, afetivo, racional e componente evolutivos (SCHILDER, 1994; FRIERSON, THIEL, ANDERSEN, 2006).

A mama é um órgão repleto de representatividade para a mulher e a falta dele pode levar a desestruturação emocional, representando não somente mutilação do corpo, mas da condição feminina.

O conceito de imagem corporal tem sido a ferramenta para a compreensão dos conflitos das pacientes com as mudanças corporais conseqüentes ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. Esta mensuração é feita por avaliação da satisfação da paciente (VEIGA *et al.*, 2002), com questões formuladas pelos pesquisadores, e por questionários de qualidade de vida, que usualmente não incluem medidas de imagem corporal (FIERSON, THIEL, ANDERSEN, 2006).

O *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) é um questionário específico de avaliação de qualidade de vida que abrange um único domínio, a imagem corporal (ROSEN & REITER, 1996). Foi desenvolvido com a finalidade de auxiliar no diagnóstico do transtorno dismórfico corporal (TDC), que se caracteriza por uma preocupação excessiva com uma imperfeição física discreta ou inexistente em uma pessoa de aparência normal (ANDERSON, 2003). Foi traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil por Jorge *et al.*, em 2008 (JORGE *et al.*, 2008).

Estudos anteriores demonstraram o impacto da retirada da mama sobre a qualidade de vida das pacientes, e que pacientes submetidas à mastectomia têm escores mais baixos na imagem corporal; elas se sentem menos atraentes, não gostam de sua aparência, se sentem descontentes com sua mama ou cicatriz (ENGEL *et al.*, 2004), mas na maioria dos estudos a qualidade de vida global, das pacientes submetidas a diferentes tratamentos cirúrgicos para o câncer de mama, é semelhante, exceto na imagem corporal, em que se observa um benefício da cirurgia conservadora (KEITH *et al.*, 2003; NANO *et al.*, 2005; DIAN *et al.*, 2007; PARKER *et al.*, 2007; AHN *et al.*, 2007; WARM *et al.*, 2008). Nesta casuística, observou-se diferença significativa entre os escores do questionário de imagem corporal dos três grupos, com escores maiores (pior imagem corporal) entre as pacientes mastectomizadas ($p=0,01$), semelhante aos resultados de estudo anterior (AHN *et al.*, 2007), embora apenas uma paciente do grupo mastectomia tenha apresentado escore do BDDE compatível com insatisfação com a imagem corporal (escore de 67).

Os benefícios de um procedimento de reconstrução mamaria, imediato ou tardio, em restabelecer a imagem corporal e melhorar a qualidade de vida após o tratamento cirúrgico do câncer de mama são largamente estudados (HARCOURT *et al.*, 2003; VEIGA, 2004; MARKOPOULOS *et al.*, 2009;

HENRY, BAAS, MATHELIN, 2010). No presente estudo os escores do BDDE das pacientes submetidas à reconstrução foram semelhantes aos das mulheres do grupo controle, resultado também encontrado anteriormente (AHN *et al.*, 2007).

Estudos mostram que 47% das mulheres saudáveis estão descontentes com sua imagem corporal (ROSEN *et al.*, 1993) e 89 % com o peso corporal (HELMS, O'HEA, MARLAENA, 2008), ou seja, o distúrbio da imagem corporal pode existir antes da doença, dificultando a compreensão dos resultados em um estudo transversal. Na presente casuística a prevalência de mulheres eutróficas no grupo controle foi de 29,2% ou seja, 70 % estavam com peso inadequado.

Embora os resultados desta casuística em relação à imagem corporal tenham sido semelhantes aos encontrados na literatura, observando-se os piores escores no grupo de pacientes submetidas à mastectomia (AHN *et al.*, 2007), com diferença significativa, o questionário utilizado mesmo sendo específico para imagem corporal, não é específico para avaliação de imagem corporal em portadoras de câncer de mama (HORMES *et al.*, 2008).

A realização deste estudo, apesar de não permitir pelo seu desenho avaliar o impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida destas pacientes, permite avaliar a função sexual e aspectos correlacionados a esta, como imagem corporal e depressão no grupo de pacientes já submetidas ao procedimento de reconstrução mamária e a importância de características individuais das pacientes que têm correlação como presença de parceiro, escolaridade e idade.

O câncer de mama é hoje considerado uma doença crônica, com incidência crescente nas últimas décadas. A melhoria nos métodos diagnósticos, e a realização de tratamentos cirúrgicos menos agressivos, proporcionam maiores e melhores condições de sobrevivência para esta paciente. É cada vez mais

necessário e importante avaliar as condições de sobrevivência e a qualidade de vida, com abordagem de todos os aspectos, como sexualidade, imagem corporal e depressão.

A avaliação destes aspectos, de seu impacto na qualidade de vida destas pacientes permite a adoção de medidas de suporte por equipes multidisciplinares, identificação de pacientes de risco e adequação do tratamento proposto com base nestas avaliações.

São perspectivas deste estudo:

- 1) Realização de estudos prospectivos para avaliar o impacto destes aspectos na qualidade de vida das pacientes;
 - 2) Utilização de instrumentos específicos para pacientes com câncer de mama;
 - 3) Adequar o tratamento cirúrgico pelo perfil da paciente.
-

7. CONCLUSÃO

A função sexual, depressão e imagem corporal após reconstrução mamária foram melhores do que as observadas em pacientes mastectomizadas.

-
- Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior. *Int J Impot Res.* 2004; 16; 160-6.
- Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual- versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.* 2006; 63(9):477-82.
- Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel- Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynaecol.* 2006; 107(4): 755-64.
- Agarwal M, Hamilton JB, Moore CE, Crandell JL. Predictors of depression among African American cancer patients. *Cancer Nurs.* 2010; 33(2): 156-163.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. www.anvisa.gov.br.
<http://portal.anvisa.gov.br>.
- Ahn SH, Park BW, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Lee MK, Kim SH, Lee KM, Park SM, Yun YH. Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with general population. *Ann Oncol.* 2007; 18: 173-82.
- Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual Dysfunction after Premenopausal Stage I and II Breast Cancer: Do Androgens Play a Role? *J Sex Med.* 2008; 5:1898–1906.
- Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alaniali, Harmanciogiu O. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori.* 2009; 95: 212-8.
- American Cancer Society. Cancer and depression. Aug 2008. [Accessed May 21, 2009].
http://www.cancer.org/docroot/MBC/content/MBC_4_1X_Cancer_and_Depression.asp?sitearea=MBC.
- Anderson RC. Body dysmorphic disorder: recognition – and treatment. *Plast Surg Nurs.* 2003; 23(3); 125-9.
- Arán, MR; Zahar, S; Delgado, PGG; Souza, CM; Cabral, CPS; Viegas, M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu
-

impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *J bras psiquiatr.* 1996; 45 (11);633-9.

Archangelo SCV, Neto MS, Veiga DF, Oliveira ACS, Ely PB, Archangelo I Jr, Juliano Y, Ferreira LM. Impacto de fatores clínico-epidemiológicos sobre a opção de reconstrução mamária após mastectomia. *Rev Bras Mastol.* 2006; 16; 113-6.

Arndt V, Merx H, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age- specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer.* 2004; 40:673-80.

Atisha D, Alderman Ak, Lowery Jc, Kuhn LE, Davis J, Wilkins EG. Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction: two- year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study. *Ann Surg.* 2008; 247(6): 1019-28.

Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology.* 2004; 13(5):295-308.

Avis NE, Ip E, Foley KL. Evaluation of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale for long-term cancer survivors in a sample of breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes.* 2006; 4: 92.

This article is available from: <http://www.hqlo.com/content/4/1/92>

Basson R. A model of women's sexual arousal. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28: 1-10.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4: 53-63.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988; 8: 77-100.

Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. 1993. San Antonio TX: The Psychological Corporation .

Beckjord E, Campas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2007; 25(2):19-36.

Berman J, Bassuk J. Psychology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol.* 2002; 20(2): 111-8.

Boyle P, Ferlay J. Mortality and survival in breast and colorectal cancer. *Nat Pract Clin Oncol.* 2005;2(9): 424-5.

Brandberg Y, Malm M, Rutqvist LE, Jonsson E, Blonqvist L. A prospective randomized study (named SVEA) of three methods for delayed breast reconstruction: Study design, patient's preoperative problems and expectations. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 1999; 33; 209-216.

Bresser PJC, Seynaeve C, van Gool AR, Brekelmans CT, Meijers-Heijboer H, van Geel AN, Menke-Pluijmers MB, Duivendoorn HJ, Klijn JGM, Tibben A: Satisfaction with prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women. *Plast and Reconstr Surg.* 2006; 117: 1675-1682.

Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat.* 2002; 75(3); 241-8.

Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast: five years observational cohort study. *BMJ.* 2005; 330: 702- 11.

Burwell SR, Case D, Kaelin C, Avis NE. Sexual Problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol.* 2008; 24(18): 2815: 21.

Carver CS, Pozo-Kaderman C, Prince AA, et al. Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med.* 1998; 60;168–174.

Casso D, Buist DSM, Taplin S. Quality of life of 5–10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Qual Life Outcomes.* 2004; 2:25-33.

Conde DM, Pinto- Neto AM, Cabello C, Santos- Sá D, Costa- Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. *Breast J.* 2005; 11(6): 425-32.

-
- Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, Roman SL. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer*.2007; 97(12):1625-31.
- Dean C, Chetty U, Forrest APM. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*; 1983; 1: 459-62.
- De Haes JCJM, Welvaart K. Quality of life after breast cancer surgery. *J Surg Oncol*. 1985; 28(2): 123-5.
- Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van der Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J. Clinical factors are not best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psychooncology*. 2009; 18(11): 1230-7.
- Dian D, Schwenn K, Mylonas I, Janni W, Friese K, Jaenicke F. Quality of life among breast cancer patients undergoing autologous breast reconstruction versus breast conserving therapy. *J Cancer Res clin Oncol*.2007; 133: 247-52.
- Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long –term quality of life after breast cancer: comparasion of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol*. 1998; 16: 487-94.
- Duarte, T.P. & Andrade, A.N. (2002). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Acesso em 15/09/06. Disponível em <http://www.scielo.br/>.
- Dunn G, Sham P, Hand D. Statistics and the Nature of depression. *Psychological Medicine*.1993; 23; 871-89.
- Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Megan DJ, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with Breast or gynecological cancer. *J Clin Oncol*. 2005; 23(13): 3052–60.
- Ellis J, Lin J, Walsh A, Lo C, Shepherd FA, Moore M, Li M, Gagliese L, Zimmermann C, Rodin G. Predictors of referral for specialized psychosocial oncology care in patients with metastatic cancer: the contributions of age, distress and marital status, *J Clin Oncol*. 2009; 27(5): 669-05.
- Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hansjorg S, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast Cancer*. 2004; 10: 223-31.
-

Fallbjörk U, Karlsson S, Salander P, Rasmussen BH. Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncol.* 2010; 49(2): 174-9.

Faúndes A. Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. *Femina.* 1996; 24; 661-70.

Fernández-Delgado J, López- Pedraza MJ, Blasco JA, Andradás- Aragonés E, Sánchez- Mendéz JI, Sordo- Miralles G, Reza MM. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Ann Oncol.* 2008; 19:1430-4.

Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JB. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycooncology.* 2005; 15(6); 579-94.

Frierson GM, Thiel DL, Andersen BL. Body Change stress for women with breast cancer: The Breast- Impact of Treatment Scale. *Ann Behav Med.* 2006; 32(1); 77-81.

Gallicchio L, Schiling C, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of depressive symptoms among women undergoing menopausal transition. *J Psychosom Res.* 2007; 63(3): 263-8.

Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long- term, disease- free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94: 39-49.

Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003; 21(22): 4184-93.

Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Liu IA, Altschuler A, Rolnick SJ, Harris EI, Greene SM, Elmore JG, Emmons KM. Contentment with quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy. *J Clin Oncol.* 2006; 24: 1350-6.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State- Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996; 29(4); 453-7.

- Granda- Cameron S, Viola SR, Lynch MP, Polomano RC. Measuring patient-oriented outcomes in palliative care: functionality and quality of life. *Clin J Oncol Nurs*. 2008; 12(1):65-77.
- Gracia CR, Freeman EW. Acute consequences of the menopausal transition: the rise of common menopausal symptoms. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2004; 33(4): 675-89.
- Gregersen N, Jensen PT, Giraldi AGE. Sexual dysfunction in the peri and postmenopause. *Dan Med Bull*. 2006; 53: 349- 53.
- Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 282(1): 75-82.
- Harcout D, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, Kenealy JM, Rainsbury RM, Umpleby HC. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(3): 1060- 8.
- Hartrampf Jr CR, Scheflan M, Black P. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg*. 1982; 69: 216- 25.
- Härtl K, Engel Jutta, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese Klaus. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*. 2010; 19(2):160-9.
- van Haute P. Infantile sexuality, primary object-love and the anthropological significance of the Oedipus complex: re-reading Freud's 'Female sexuality'. *Int J Psychoanal*. 2005; 86:1661-78.
- Helmes R, O'Hea; Marlaena C. Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med*. 2008; 13(3): 313-25.
- Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Aspectos fisiológicos e disfuncionais da sexualidade feminina. *Rev HCPA*. 2006; 26(2); 61-5.
- Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do *Female Sexual Function Index (FSFI)* para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA*. 2007; 27(1): 10-4.
-

Henry M, Baas C, Mathelin C. Why do women refuse reconstructive breast surgery after mastectomy? *Gynecol Obstet Fertil*. 2010; 38(3): 217-23.

Hoffmann J, Wallwiener D. Classifying breast cancer surgery: a novel, complexity-based system for oncological, oncoplastic and reconstructive procedures, and proof of principle by analysis of 1225 operations in 1166 patients. *BMC Cancer*. 2009, 9: 108-16.

Hormes JL, Lytle LA, Gross CR, Ahmed RL, Troxel AB, Schimtz KH. The Body Image and Relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2008; 26(8); 1269-74.

Hughet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto- Neto AM, Gurgel MSC. Quality of life and sexuality of omen treated for breast câncer. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2009;31(2): 61-7.

Instituto Nacional de Câncer [sítio da Internet]. Estimativa 2010. Incidência de câncer no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>

Jenal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T. Cancer statistics 2008. *Cancer J Clin*. 2008;58(2): 71-96.

Jorge RTB, Neto MS, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J*. 2008; 126(2); 87- 95.

Kaplan HI, Sadock BJ. Human sexuality. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Clinical psychiatry*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH: The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*. 1948: 634-656.

Keith DJ, Walker MB, Walker LG, Heys SD, Sarkar TK, Hutceon AW, Eremin O. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 111(3): 1051-6.

-
- Kenny P, King MT, Shiell A. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *Breast*, 2000, 9, 37-44.
- Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. 2003; 30: 799- 813.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predominance. *JAMA*. 1999; 281 (6); 537- 44.
- Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(8): 396-401.
- Lim J, Hoe AL, Wong CY, Soo KC. Sexuality of women after mastectomy. *Ann Acad Med Singapore*. 1995; 24(5); 201-8.
- Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Küchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *BMJ*. 1978; 1;963-5.
- Markopoulos C, Tsaroucha AK, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impacto f breast câncer surgery on the sel-esteem and sexual life of female patients. *J Int Med Res*. 2009; 37: 182-8.
- Masters WH, Johnson VE. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca; 1984
- Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther*. 2003; 29: 39-46.
- Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2002; 28(1); 155-64.
- Meyer- Bahlburg HFL, Dolezal C. The Female sexual Function Index: a methodological critique and suggestions for improvement. *J Sex Ther*. 2007; 33: 217-24.
- Montazeri A, Vadhaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi nF, Jravandi S. Quality of life in patients with breast câncer before and after diagnosis: na eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008; 8: 330:4.
-

Moraes

Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a national cancer database study. *J Am Coll Surg.* 2001; 192:1-8.

Mosher CE, Danoff- Burg S. A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2005; 23(2-3): 101-14.

Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ J Surg.* 2005; 75:940-7.

National Cancer Institute. Depression (*PDQ*). US National Institutes of Health; Dec2008. [Accessed May 24, 2010.].
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/Patient/page2>.

Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Pharm D, Sladek ML, Robin ML. Quality of life after breast carcinoma surgery. A comparison of three surgical procedures. *Cancer.* 2001; 91(7): 1238:46.

Oliver JM, Simmons ME. Depression as Measured by the DSM- III and Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *J Cons and Clin Psychol.* 1984; 52:892-98 .

Ohsumi O, Shimosuma K, Kuroi, Ono M, Imai H. Quality of Life of Breast Cancer Patients and Types of Surgery for Breast Cancer - Current Status and Unresolved Issues - *Breast Cancer.* 2007;14:66-73.

Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2): 416-26.

Parker PA, Yoursef A, Walker S, Basen- Engquist K, Cohen L, Gritz ER, Wei QX, Robb GL. Short-term and long-term adjustment and quality of life of women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2007;14: 13:3078-89.

Pecor MJ. The impact of breast cancer on body image in ethnically diverse women. *Dissertation Abstracts International Section B.* 2003; 65:1036.

Pelusi J. Sexuality and body image. Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs.*2006; 106(3);32-8.

Perry S, Kowalski TL, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health of Qual Life Outcomes.* 2007; 5: 24-37.

Phillips NA. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician.*2000; 162(1); 127-37.

Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status. *Rev Bras Gynecol Obstet.* 2008; 30(10):504-10.

Quintard B, Lakdja F. Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing procedures for breast cancer. *Psychooncology.* 2008; 17(10): 1032-8.

Ramirez EM, Rosen JC. A comparasion of weight control and weight control plus image therapy for obese men and women. *J Consult Clin Psychol.* 69:440-6,2001.

Rabin EG, Heldet E, Hirakata VN, Bittelbrunn AC, Chacharmovich E, Fleck MPA. Depression and perceptions of quality of life of breast cancer survivors and their male partners. *Oncology Nursing Forum.* 2009;36(3). Disponivel exclusive online.

Reavy P, McCarthy CM. Update on breast reconstruction in breast cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008; 20(1): 61-7.

Reich M, Lesur A, Perdrizet- Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat.* 2008; 110(1); 9-17.

Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder Examination. *Behav Res Ther.*34(9):755-66, 1996.

Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther.*1993; 19(3): 171:88.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostinho R Jr. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26; 191-208.

Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst.* 2000; 92:1422-9.

Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G. Post- mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *J Plast Reconst Aesthetic Surgery.* 2007; 60: 509-28.

Schain SW. Breast Reconstruction- Update of psychosocial and pragmatic concerns. 1991; 68; 1170-5.

Schou I, Ekeberg Ø, Sandvick L, Hjermsstad MH, Ruland CM. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Qual Life Res.* 2005; 14(8): 1813-23.

Sertöz OO, Mete EH, Noyan A, Aper M, Kapkaç M. Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. *Turk Psikiatri Derg.* 2004; 15(4): 264-75.

Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008; 14(2); 176-81.

Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.448p.

Skrzypulec V, Tobor E, Droszol A, Nowosielski K. Biopsichosocial functioning of women after mastectomy. *J Clin Nurs.* 2009;18(4):613-9.

Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, Zakalik D, Decker DA. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J.* 2005; 11(6); 440-7.

Strälman K, Mollerup CL, Kristoffersen US, Elberg JJ. Long-term outcome after mastectomy with immediate breast reconstruction. *Acta Oncologica.* 2008; 47:704-8.

Ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther.* 2006; 32(4): 289-304.

Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(10): 504-10.

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

Veiga DF, Neto MS, Ferreira LM, Garcia EB, Filho JV, Novo NF, Rocha JLBS. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004; 57; 252-7.

Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Veiga Filho J, Juliano T, MS Neto, Ferreira LM. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10(1): 51-7.

Verit FA, Verit A. Validation of the female sexual function index in women with chronic pelvic pain. *J Sex Med.* 2007; 4(6): 1635-41.

Vona- Davis L , Rose DP. The influence of socioeconomic disparities on breast cancer tumor biology and prognosis: a review. *J Womens Health.* 2009; 18(6):883-93.

Warm M, Gatermann C, Kates R, Mallmann P, Paepke S, Harbeck N, Thomas A. Postoperative sense of well-being and quality of life in breast cancer patients do not depend on type of primary surgery. *Onkologie.* 2008; 31: 99-104.

Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31(1);1-20.

World Health Organization : disponível em <http://www.who.int/research/en/dataandstatistics>

Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau J, Harris SD, Antoni MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on

psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consult Clin Psychol.*73:300–311,2005.

Zimmermann T, Scott JL, Heinrichs N. Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycooncology.* 2009; published online 30 nov 2009.

NORMAS ADOTADAS

- ICMJE – International Committee of Medical Journals Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Disponível em: <http://www.icmje.org>.
 - Consulta ao DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. www.bireme.br – terminologia em saúde.
 - Orientação Normativa Para Elaboração e Apresentação de teses. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica Reparadora UNIFESP- 2006.
-

SUMMARY

Introduction: The breast cancer is the gynecological neoplasia that causes more deaths in the woman and its incidence in Brazil, as well as in the developed countries, is increasing. Despite the recent advances in the diagnosis and treatment of the illness, the mastectomy still is indicated in a substantial numbers of patients. **Objective:** To evaluate the sexuality of patients submitted to the breast reconstruction or mastectomy alone for malignant illness of the breast. **Methods:** In order to evaluate the sexuality, a specific questionnaire, the FSFI was used, to interview 60 patients who underwent to the procedure for at least one year and in 30 women without breast cancer. **Results:** The breast reconstruction has a positive impact in the quality of life of the patients. It had statistically significant difference in the sexuality, depression and body image, mainly at younger patients. **Conclusion:** The breast reconstruction has a positive impact on the quality of life of the woman, on the sexuality, depression and body image.

Anexo I- Female Sexual Function Index (FSFI)

1-Nas últimas quatro semanas quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5= Quase sempre ou sempre
- 4= Maior parte do tempo
- 3= Às vezes
- 2= Algumas vezes
- 1= Quase nunca ou nunca

2-Nas últimas quatro semanas, como você classifica o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5= Muito alto
- 4= Alto
- 3= Moderado
- 2= Baixo
- 1= Muito baixo ou nulo

3-Nas últimas quatro semanas, qual a frequência com que você se sentiu excitada sexualmente (ligada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Quase sempre ou sempre
- 4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1= Quase nunca ou nunca

4-Nas últimas quatro semanas, como você classificaria a sua excitação sexual (grau de ligação) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
 - 5= Muito alta
 - 4= Alta
 - 3= Moderada
 - 2= Baixa
 - 1= Nula
-

5-Nas últimas quatro semanas, como estava a sua confiança (segurança) em ficar excitada sexualmente durante a atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Altíssima confiança
- 4= Alta confiança
- 3= Moderada confiança
- 2= Baixa confiança
- 1= Sem confiança

6-Nas últimas quatro semanas com que frequência você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Quase sempre ou sempre
- 4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2=Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1= Quase nunca ou nunca

7-Nas últimas quatro semanas com que frequência você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Quase sempre ou sempre
- 4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1= Quase nunca ou nunca

8-Nas últimas quatro semanas, que grau de dificuldade você teve de ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
 - 1= Extremamente difícil ou impossível
 - 2= Muito difícil
 - 3= Difícil
 - 4= Pouco difícil
 - 5= Não houve dificuldade
-

9-Nas últimas quatro semanas, com que frequência você manteve a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Quase sempre ou sempre
- 4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1= Quase nunca ou nunca

10-Na últimas quatro semanas, que grau de dificuldade você teve em manter a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 1= Extremamente difícil ou impossível
- 2= Muito difícil
- 3= Difícil
- 4= Pouco difícil
- 5= Não houve dificuldade

11-Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Quase sempre ou sempre
- 4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1= Quase nunca ou nunca

12- Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, que grau de dificuldade você teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- 0= Sem atividade sexual
 - 1= Extremamente difícil ou impossível
 - 2= Muito difícil
 - 3= Difícil
 - 4= Pouco difícil
 - 5= Não houve dificuldade
-

13- Nas últimas quatro semanas, que grau de satisfação você teve com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Muito satisfeita
- 4= Moderadamente satisfeita
- 3= Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2= Moderadamente insatisfeita
- 1= Muito insatisfeita

14- Na últimas quatro semanas, que grau de satisfação você teve com a intensidade do seu envolvimento emocional durante a atividade sexual entre você e o parceiro?

- 0= Sem atividade sexual
- 5= Muito satisfeita
- 4= Moderadamente satisfeita
- 3= Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2= Moderadamente insatisfeita
- 1= Muito insatisfeita

15- Na últimas quatro semanas, que grau de satisfação você teve com o seu relacionamento sexual com o seu parceiro?

- 5= Muito satisfeita
- 4= Moderadamente satisfeita
- 3= Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2= Moderadamente insatisfeita
- 1= Muito insatisfeita

16- Na últimas quatro semanas, que grau de satisfação você vem tendo com sua vida sexual em geral?

- 5= Muito satisfeita
 - 4= Moderadamente satisfeita
 - 3= Igualmente satisfeita e insatisfeita
 - 2= Moderadamente insatisfeita
 - 1= Muito insatisfeita
-

17-Nas últimas quatro semanas, com que frequência você teve desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0= Não houve tentativa de coito
- 1= Quase sempre ou sempre
- 2= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 4= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 5= Quase nunca ou nunca

18-Na últimas quatro semanas, com que frequência você teve desconforto ou dor logo após a penetração vaginal?

- 0= Não houve tentativa de coito
- 1= Quase sempre ou sempre
- 2= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 4= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 5= Quase nunca ou nunca

19-Na últimas quatro semanas como você classificaria o seu grau (intensidade) de desconforto ou dor durante ou logo após à penetração vaginal?

- 0= Não houve tentativa de coito
 - 1= Muito alto
 - 2= Alto
 - 3= Moderado
 - 4= Baixo
 - 5= Muito baixo ou nulo
-

Anexo II – Fator Multiplicador para os escores do FSFI

| Domínio | Questões | Variação | Fator | Escore Mínimo | Escore máximo |
|--------------|-----------|--------------|-------|---------------|---------------|
| Desejo | 1,2,3 | 1 -5 | 0,6 | 1,2 | 6 |
| Excitação | 4,5,6, | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Orgasmo | 7,8,9,10 | 0 – 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Lubrificação | 11,12,13 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Satisfação | 14,15,16 | 0 (ou 1) - 5 | 0,4 | 0,8 | 6 |
| Dor | 17, 18,19 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Escore total | | | | 2 | 36 |

Anexo III - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
-

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo IV- VERSÃO BRASILEIRA DO BDDE

Instruções Gerais

Período de tempo. As perguntas que você formulará estarão relacionadas às últimas quatro semanas da vida do entrevistado. Para facilitar a lembrança deste período, comece perguntando ao entrevistado sobre o assunto e sobre o período de tempo e faça com que o ponto de partida seja específico. Uma frase útil para começar seria, “Eu perguntarei sobre as suas últimas quatro semanas, quer dizer, o período de tempo que data do dia ____ ao dia _____”.

Perguntas com um asterisco deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise.

Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta.

É melhor extrair uma explicação detalhada de como a característica se aplica ou não ao entrevistado. Peça ao entrevistado para discutir as respostas dele ou dela. Discuta o significado que ele ou ela deram àquele número. Por exemplo, porque ele (ela) chamou a característica

“extrema” em vez de “moderada”. Compare a avaliação dele (dela) com a sua própria impressão. Você não é obrigado(a) a usar o número do entrevistado como a avaliação final. Não conte para o entrevistado que resposta você selecionou.

Referindo-se ao problema de aparência do entrevistado. Começando com a pergunta 4, você pedirá ao entrevistado para refletir sobre o impacto do problema de aparência que ele ou ela referiu no começo da entrevista. Às vezes um problema único ou muito focal não responde

por si só por toda a angústia de imagem do corpo. Em tais casos, o entrevistado poderia indicar ou isolar preocupações de aparência que de tal forma pareçam desajeitadas ou artificiais. Nestes casos, seria melhor recorrer a uma combinação de dois ou mais problemas de aparência ou a algum outro aspecto geral de aparência que melhor retrata os sentimentos do indivíduo. Por exemplo, referir sentir-se gordo é mais aceitável que descrever que possui coxas, nádegas, e braços gordos. Ou referir preocupações sobre a face em alguém que se queixa de problemas com o formato da boca e manchas na face. Apenas faça estas generalizações caso seja necessário. Caso contrário mantenha-se atento à reclamação inicial do entrevistado.

Entrevista

1. Descrição de problema na aparência física

* “O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?”

Instruções:

O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível.

Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como “isto é feio”, “este _____ é asqueroso”, etc., esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica “feia” ou “asquerosa” em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

2. Defeito físico observável (Se possível, solicitar que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser em casos em que isto seja muito constrangedor para ele(a)).

Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

- 0) nenhum problema de aparência observável.
- 1) problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).
- 2) problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade grave).
- 3) nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. Reclamações de transtorno delirante somático ou similar

Instruções: Informe se a reclamação representa algo estritamente defeituoso.

- 0) problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.
- 1) o problema informado prejudica funções corpóreas
- 2) o problema assusta as pessoas.

4. Percepção da anormalidade do problema de aparência

* “Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica ou a mesma gravidade da característica que você descreveu acima?”

“O quanto esta condição está presente em outras pessoas?”

- 0) todo mundo tem a mesma característica.
- 1)
- 2) muitas pessoas têm a mesma característica.
- 3)
- 4) poucas pessoas têm a mesma característica.
- 5)
- 6) ninguém mais tem a mesma característica

5. Conferindo o problema

“Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho”.

- 0) 0 vezes
 - 1) 1-3 vezes
-

- 2) 4-7 vezes
- 3) 8-11 vezes
- 4) 12-16 vezes
- 5) 17-21 vezes
- 6) 22-28 dias vezes

6. Descontentamento com problema de aparência

* “Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?”

- 0) nenhum incômodo.
- 1)
- 2) incômodo leve.
- 3)
- 4) incômodo médio.
- 5)
- 6) incômodo grande.

7. Descontentamento com a aparência geral

* “Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?”

- 0) nenhum incômodo.
- 1)
- 2) incômodo leve.
- 3)
- 4) incômodo médio.
- 5)
- 6) incômodo grande.

8. Busca de conforto

* “Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?”

Instruções:

Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.

- 0) nunca tentou se confortar
 - 2) 4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana.
 - 3) 8-11 vezes/mês.
 - 4) 12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias.
 - 5) 17-21 vezes/mês.
 - 6) 22-28 vezes/mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.
-

9. Preocupação com o problema de aparência

* “Com que frequência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?”

0) nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.

1) 1-3 vezes/mês.

2) 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.

3) 8-11 vezes.

4) 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.

5) 17-21 vezes.

6) 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10. Preocupação com o problema de aparência em situações públicas

* “Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____ quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?”

0) nenhuma preocupação.

1)

2) leve preocupação.

3)

4) média preocupação.

5)

6) grande preocupação.

11. Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais

* “Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu problema quando estava em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família?”

0) nenhuma preocupação.

1)

2) leve preocupação.

3)

4) média preocupação.

5)

6) grande preocupação.

12. Frequência com que o problema de aparência é notado por outras pessoas

* “Durante o último mês, com que frequência você têm sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?”

- 0) nunca aconteceu.
- 1) 1-3 vezes/mês.
- 2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3) 8-11 vezes/mês.
- 4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5) 17-21 vezes/mês.
- 6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas

* “Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?”

- 0) não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram.
- 1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
- 2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um notou.
- 3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
- 4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um que notou.
- 5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas notaram.
- 6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. Frequência relacionada ao comentário de outros

* “Durante o último mês, com que frequência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a) _____?”

Instruções:

Não inclua os comentários de avaliação que foram aparentemente solicitados pelo entrevistado.

- 0) nunca aconteceu.
- 1) 1 a 3 vezes/mês.
- 2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
- 3) 8-11 vezes/mês.
- 4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5) 17-21 vezes/mês.
- 6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. Angústia relacionada ao comentário de outros

* “Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?”

- 0) não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
- 1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
- 2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
- 3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um comentou.
- 5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. Frequência com que foi tratado diferentemente por outros devido ao problema de aparência

* “Durante o último mês, com que frequência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?”

- 0) nunca aconteceu.
- 1) 1-3 vezes/mês.
- 2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3) 8-11 vezes/mês.
- 4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5) 17-21 vezes/mês.
- 6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. Angústia relacionada ao tratamento diferenciado das outras pessoas devido ao problema de aparência

* “Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a) _____?”

- 0) não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
- 1) ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 2) ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 3) medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 4) medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 5) enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 6) enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. Importância do problema de aparência

* “O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?”

- 0) nenhuma importância.
-

- 1)
- 2) pouca importância.
- 3)
- 4) média importância.
- 5)
- 6) grande importância.

19. Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência

* “Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?”

- 0) nenhuma crítica.
- 1)
- 2) poucas críticas.
- 3)
- 4) algumas críticas.
- 5)
- 6) muitas críticas.

20. Avaliação negativa feita por outras pessoas devido ao problema de aparência

* “Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____?”

- 0) nenhuma crítica.
- 1)
- 2) poucas críticas aconteceram.
- 3)
- 4) algumas críticas aconteceram.
- 5)
- 6) muitas críticas aconteceram.

21. Percepção de atratividade física

* “Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente”?

- 0) Sim, me acharam atraente.
- 1)
- 2) Não, ligeiramente sem atrativos.
- 3)
- 4) Não, mediamente sem atrativos.
- 5)
- 6) Não, sem nenhum atrativo.

22. Grau de convicção do problema de aparência

Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.

* “Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu(a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal?”

Instruções: Determine se a pessoa pode reconhecer a possibilidade de que ele ou ela podem estar exagerando na extensão do defeito e que a preocupação é insensata ou sem sentido.

0) perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.

1) perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação pode ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.

2) perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. Afastamento de situações públicas

* “Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que frequência?”

0) nenhum afastamento de situações públicas.

1)

2) evitou pouco.

3)

4) evitou com média frequência.

5)

6) evitou muito.

24. Afastamento de situações sociais

* “Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que frequência?”

0) nenhum afastamento de situações sociais.

1)

2) evitou pouco

3)

4) evitou com média frequência.

5)

6) evitou muito.

25. Afastamento de contato físico

* “Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar”.

0) nenhum afastamento de contato físico.

1)

2) evitou pouco.

3)

4) evitou com média frequência.

5)

6) evitou muito.

26. Afastamento de atividade física

* “Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?”

0) nenhum afastamento de atividade física.

1)

2) evitou pouco

3)

4) evitou com média frequência.

5)

6) evitou muito.

27. Escondendo o corpo

* “Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____?” Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?”

0) nunca escondeu problema

1) 1-3 vezes/mês

2) 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.

3) 8-11 vezes/mês

4) 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.

5) 17-21 vezes/mês

6) 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. Alterando a postura corporal

* “Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você

caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?”

Instruções:

Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.

- 0) nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.
- 1) 1-3 dias vezes/mês.
- 2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas alterações em cada semana.
- 3) 8-11 vezes/ mês.
- 4) 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.
- 5) 17-21 vezes/mês.
- 6) 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. Inibição do contato físico

* “Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?”
Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?”

Instruções:

Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.

- 0) nunca inibiu o contato físico.
- 1)
- 2) inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
- 3)
- 4) inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
- 5)
- 6) inibiu em todas ou quase todas as vezes em que teve contato físico.

30. Evitando olhar para o corpo

* “Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos”.

Instruções:

Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.

0) nenhuma inibição de olhar para corpo.

1) 1-3 vezes/mês.

2) 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.

3) 8-11 vezes/mês.

4) 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.

5) 17-21 vezes/mês.

6) 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. Evitando que outras pessoas olhem para o seu corpo

* “Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o (a) vejam sem roupas.”

0) nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.

1)

2) evitou pouco.

3)

4) evitou com média frequência.

5)

6) evitou muito.

32. Comparação com outras pessoas

* “Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?”

0) nenhuma comparação com outras pessoas.

1) 1-3 vezes/mês.

2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.

3) 8-11 vezes/mês.

4) 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.

5) 17-21 vezes/mês.

6) 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias

33. Estratégias de embelezamento

* “O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu (a) _____ na tentativa de melhorar sua aparência?”

Instruções:

Determine todos os recursos que a pessoa usou para tentar alterar o problema de aparência. Uma prótese só deve ser considerada se a motivação para usá-la for melhorar a aparência. Considere estratégias usadas **em qualquer momento** (em vez de só nas últimas quatro semanas).

Não considere estratégias empregadas para preocupações de aparência que são completamente sem conexão ao defeito presente ou que já foram completamente resolvidos. Por exemplo, não considere cirurgia estética para problema de nariz se a preocupação atual da pessoa for o quadril. Porém, uma história de lipoescultura para as coxas poderia ser considerada se a reclamação atual for quadris largos/culote.

Marque até três alternativas.

0) nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.

1) redução de peso através de dieta.

2) redução de peso através de exercícios.

3) redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).

4) cirurgia estética para eliminação de gordura (por exemplo, lipoescultura).

5) outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).

6) tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).

7) prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).

8) outro (especifique) _____

34. Problema de aparência não considerado por outra desordem

Instruções: Determine se a reclamação está mais bem relacionada a outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem compulsiva obsessiva). Se as reclamações da aparência forem relacionadas ao tamanho ou forma do corpo, faça um exame separado para sintomas de desordens alimentares. Este questionário não é apropriado se a anorexia ou bulimia estão presentes e se não há outra reclamação diferente de peso.

0) a preocupação é restrita à aparência em vez de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.

1) preocupação melhor considerada por outra desordem

