

**CRISTIANE COSTA FONSECA**

**IMPACTO DA HIPERTROFIA MAMÁRIA E DA  
MAMOPLASTIA REDUTORA NA IMAGEM  
CORPORAL**

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

**SÃO PAULO**

**2017**

**CRISTIANE COSTA FONSECA**

**IMPACTO DA HIPERTROFIA MAMÁRIA E DA  
MAMOPLASTIA REDUTORA NA IMAGEM  
CORPORAL**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção de título de Doutor em Ciências.

ORIENTADORA: Profa. Dra. DANIELA FRANCESCATO VEIGA

COORIENTADORA: Profa. Dra. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

**SÃO PAULO**

**2017**

Fonseca, Cristiane Costa

**Impacto da hipertrofia mamária e da mamoplastia redutora na imagem corporal/** Cristiane Costa Fonseca. -- São Paulo, 2017.  
xv, 162f

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Impact of breast hypertrophy and reduction mammoplasty on body image

1. Imagem corporal. 2. Autoimagem. 3. Mama. 4. Hipertrofia. 5. Mamoplastia



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



**COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO**  
**ORIENTADORA: Profa. Dra. Daniela Francescato Veiga**  
**COORIENTADORA: Profa. Maria José Azevedo de Brito**

2017

## **DEDICATÓRIA**

A **Deus**, pelas oportunidades, sincronicidade e força.

A **José Roberto Fonseca**, meu pai, por sempre me incentivar a seguir a carreira acadêmica muito antes de eu saber que eu gostava.

A **Lazimar da Costa Fonseca**, minha mãe, por acreditar em mim, por seu carinho e orações.

Aos **meus familiares** que torceram e me ajudaram nessa caminhada.

Aos **amigos, professores, alunos e funcionários da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL** que me permitiram perceber o quanto gosto de dar aulas e me incentivaram a investir no doutorado.

## **AGRADECIMENTOS**

**À PROFA. DRA. LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), pela oportunidade e confiança, pelo estímulo à formação científica, pelo exemplo de ética e profissionalismo.

**AO PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO**, Professor Adjunto Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), pela sua atenção, incentivo e confiança.

**À PROFA. DRA. DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, Professora Afiliada Livre-Docente e Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), orientadora desta tese, agradeço a disponibilidade em transmitir seus conhecimentos, confiança e incentivo dispensados, além da competência, prontidão, atenção e dedicação para correções e sugestões tão valiosas nesse trabalho.

**À PROFA. DRA. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO**, Professora Afiliada da Disciplina de Cirurgia Plástica e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), coorientadora deste estudo, pela disponibilidade em transmitir seus conhecimentos com clareza e carinho, pela dedicação dispensada para as explicações, correções e sugestões nesse trabalho, além da força e palavras de apoio para que as apresentações fossem bem sucedidas.

**À DRA. ÂNGELA TAVARES PAES**, Consultora do Departamento de Medicina Preventiva e Disciplina de Bioestatística da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), pela assessoria estatística, orientações e esclarecimentos.

**À SANDRA DA SILVA e MARTA REJANE**, secretárias do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), pela presteza com que comunicaram informações importantes, pela gentileza no atendimento, em todos os momentos necessários.

**AO DR. EDGARD DA SILVA GARCIA**, cirurgião plástico, preceptor da do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Regional de Pouso Alegre (MG) - Samuel Libânio e colega no do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), pela realização das cirurgias, disponibilidade em dividir informações e conhecimento sobre a mamoplastia redutora, pela colaboração com a coleta de dados, pela cordialidade, disponibilidade e toda ajuda prestada que seria impossível listar somente em um parágrafo.

**AO DR. ISAÍAS VIEIRA CABRAL e À DRA. NATHÁLIA LANA LARCHER**, médicos residentes em Cirurgia Plástica no Hospital Regional de Pouso Alegre (MG) - Samuel Libânio pela realização das cirurgias, além da cordialidade e colaboração com a coleta de dados.

**À MONIQUE MAÇAIS DE CARVALHO e REBECCA NEPONUCENA**, acadêmicas de Medicina na Universidade Vale do

Sapucai (UNIVÁS) e alunas de iniciação científica, pelo incentivo, paciência e colaboração com as coletas de dados.

**À ANDREIA CRISTINA FEITOSA DO CARMO**, bibliotecária da UNIFESP e amiga do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM) por todo auxílio e preciosas dicas sobre metodologia e formatação.

**À AMIGA ELAINE CRISTINA FARIA**, colega do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM) pelas conversas de apoio, palavras de incentivo, paciência e amizade.

**À TODOS AMIGOS E PROFESSORES ORIENTADORES** do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), pelas relevantes sugestões que ajudaram na lapidação do trabalho e apresentação.

**ÀS PACIENTES e VOLUNTÁRIAS**, pela disponibilidade e gentileza em responder os questionários e sempre nos impulsionar com suas questões.

**AOS FUNCIONÁRIOS** dos Ambulatórios de Cirurgia Plástica e Planejamento Familiar do Hospital Regional de Pouso Alegre (MG) - Samuel Libânio e funcionários responsáveis pelos arquivos do mesmo Hospital.



"Antes que você possa alcançar o topo de uma árvore e entender os brotos e as flores, você terá de ir fundo nas raízes, porque o segredo está lá. E, quanto mais fundo vão as raízes, mais alto vai a árvore"

*Nietzsche*

# SUMÁRIO

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>DEDICATÓRIA.....</b>        | <b>iv</b>  |
| <b>AGRADECIMENTOS.....</b>     | <b>v</b>   |
| <b>LISTAS.....</b>             | <b>x</b>   |
| <b>RESUMO.....</b>             | <b>xiv</b> |
| <b>ABSTRACT.....</b>           | <b>xv</b>  |
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>      | <b>01</b>  |
| <b>2. OBJETIVO.....</b>        | <b>07</b>  |
| <b>3. LITERATURA.....</b>      | <b>09</b>  |
| <b>4. MÉTODOS.....</b>         | <b>48</b>  |
| <b>5. RESULTADOS.....</b>      | <b>63</b>  |
| <b>6. DISCUSSÃO.....</b>       | <b>71</b>  |
| <b>7. CONCLUSÃO.....</b>       | <b>101</b> |
| <b>8. REFERÊNCIAS.....</b>     | <b>103</b> |
| <b>FONTES CONSULTADAS.....</b> | <b>124</b> |
| <b>NORMAS ADOTADAS.....</b>    | <b>126</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>          | <b>128</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>             | <b>141</b> |

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do IMC para o grupo mamas de volume normal e mamoplastia ..... 55
- Figura 2.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do questionário BDDE para os grupos mamas de volume normal e mamoplastia..... 65
- Figura 3.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do questionário BIS para os grupos mamas de volume normal e mamoplastia ..... 67
- Figura 4.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do questionário BEQ55 para os grupos mamas de volume normal e mamoplastia..... 69

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1.</b> Características físicas e sociodemográficas dos grupos estudados<br>.....  | 52 |
| <b>Tabela 2.</b> Características técnicas das mamas dos grupos estudados.....   | 53 |
| <b>Tabela 3.</b> Comparação do IMC intragrupos e intergrupos antes e após seis meses, em médias ajustadas para as diferenças entre os grupos em relação às idades, estado civil, escolaridade e filhos $\pm$ erro padrão..... | 54 |
| <b>Tabela 4.</b> Comparações intergrupos e intragrupos dos resultados do questionário BDDE antes e após seis meses. Valores em médias $\pm$ erro padrão, ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos.....       | 64 |
| <b>Tabela 5.</b> Comparações intergrupos e intragrupos dos resultados do questionário BIS antes e após seis meses. Valores em médias $\pm$ erro padrão, ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos.....        | 66 |
| <b>Tabela 6.</b> Comparações intergrupos e intragrupos dos resultados do questionário BEQ55 antes e após seis meses. Valores em médias $\pm$ erro padrão, ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos.....      | 68 |
| <b>Tabela 7.</b> Presença de sintomas negativos de imagem corporal nos grupos mamas de volume normal e mamoplastia<br>.....   | 70 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>AOS</b>       | <i>Appearance Orientation Scale</i>  |
| <b>ASPS</b>      | <i>American Society of Plastic Surgeons</i>                                      |
| <b>BCRS</b>      | <i>Breast Chest Rating Scale</i>   |
| <b>BDDE</b>      | <i>Body Dysmorphic Disorder Questionnaire</i>                                    |
| <b>BDDE - SR</b> | <i>Body Dysmorphic Disorder Questionnaire Self Report</i>                        |
| <b>BEQ 55</b>    | <i>Breast Evaluation Questionnaire</i>   |
| <b>BDI-II</b>    | <i>Beck Depression Inventory II</i>  |
| <b>BIS</b>       | <i>Body Investment Scale</i>   |
| <b>BIQ</b>       | <i>Body Image Questionnaire</i>  |
| <b>BIQLI</b>     | <i>Body Image Quality of Life Inventory</i>                                      |
| <b>BREAST-Q</b>  | <i>Breast Questionnaire</i>  |
| <b>BRSQ</b>      | <i>Breast Related Symptoms Questionnaire</i>                                     |
| <b>BSF-6</b>     | <i>Berliner Stimmungsfragebogen</i>  |
| <b>BSS</b>       | <i>Body Satisfaction Scale</i>   |
| <b>BSQ</b>       | <i>Body Shape Questionnaire</i>  |
| <b>BSI</b>       | <i>Brief Symptom Inventory</i>   |
| <b>CAPT</b>      | <i>Color a Person Body Dissatisfaction Test</i>                                  |
| <b>DAS-59</b>    | <i>Derriford Appearance Scale 59</i>   |
| <b>DBPT</b>      | <i>Digital Body Photo Test</i>   |
| <b>EAT-26</b>    | <i>Eating Attitude Test</i>  |
| <b>EDI-2</b>     | <i>Body Image Dissatisfaction Subscale<br/>of the Eating Disorders Inventory</i> |
| <b>EuroQol</b>   | <i>European Quality of Life</i>  |
| <b>EPM</b>       | <i>Escola Paulista de Medicina</i>   |
| <b>EPQ-R</b>     | <i>Eysenk Personality Questionnaire</i>  |
| <b>EQ-5D</b>     | <i>European Quality of Life</i>  |
| <b>EVA</b>       | <i>Escala Visual Analógica para Dor</i>  |
| <b>FANLT</b>     | <i>Functional Assessment of Non-Life Threatening Conditions</i>                  |
| <b>FBAS</b>      | <i>Finnish Breast Associated Symptoms Questionnaire</i>                          |
| <b>FPQ</b>       | <i>Finnish Pain Questionnaire</i>  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>FSFI</b>            | Índice de Função Sexual Feminina                                   |
| <b>GBB-24</b>          | <i>GieBener Beschwerdebogen</i>                                    |
| <b>HADS</b>            | <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>                       |
| <b>HAQ-20</b>          | <i>Stanford Heath Assesement Questionnaire 20</i>                  |
| <b>HUI<sup>®</sup></b> | <i>Health Utilities Index Mark</i>                                 |
| <b>IIP-32</b>          | <i>Inventory of Interpersonal Problems – 32</i>                    |
| <b>IMC</b>             | Índice de massa corporal   |
| <b>ISAPS</b>           | <i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>          |
| <b>LZI-15</b>          | <i>Lebenszufriedenheitsinventar</i>                                |
| <b>MBSRQ</b>           | <i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>          |
| <b>MPQ</b>             | <i>McGill Pain Questionnaire</i>                                   |
| <b>NRS</b>             | Escala numérica para dor   |
| <b>QLQ</b>             | <i>Quality of Life Questionnaire</i>                               |
| <b>QUALY</b>           | Custo por qualidade de cirurgia                                    |
| <b>RSE</b>             | <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>                                 |
| <b>RBDI</b>            | <i>Raitasalo's Modification of the Beck's Depression Inventory</i> |
| <b>SCL</b>             | <i>Hopkings Symptom Checklist</i>                                  |
| <b>SCS</b>             | <i>Self-Consciousness Scale</i>                                    |
| <b>SIBID-S</b>         | <i>Situational Inventory of Body Image Dysphoria</i>               |
| <b>SIQ</b>             | <i>Symptom Interpretation Questionnaire</i>                        |
| <b>SF-36</b>           | <i>The 36-Item Short Form Health Survey</i>                        |
| <b>TSCS</b>            | <i>Tennessee Self Concept Scale</i>                                |
| <b>TDC</b>             | Transtorno Dismórfico Corporal                                     |
| <b>TCI</b>             | <i>Temperament and Character Inventory</i>                         |
| <b>UNIFESP</b>         | Universidade Federal de São Paulo                                  |
| <b>UNIVÁS</b>          | Universidade do Vale do Sapucaí                                    |
| <b>WHOQOL BREAf-26</b> | <i>WHO Quality of Life Assesement</i>                              |
| <b>WPAI-GH</b>         | <i>Work Productivity and Activity Impairment – General Health</i>  |
| <b>WLQ</b>             | <i>Work Limitations Questionnaire</i>                              |

## RESUMO

**Introdução:** A insatisfação com a imagem corporal é o principal motivo da busca pela cirurgia plástica; porém, poucos são os estudos que a associam com a mamoplastia redutora. **Objetivo:** Avaliar o impacto da hipertrofia mamária e da mamoplastia redutora na imagem corporal de mulheres. **Métodos:** Foram avaliadas prospectivamente 103 mulheres com hipertrofia mamária, agendadas para mamoplastia redutora no período de junho de 2013 a junho de 2015, e 103 mulheres com mamas de tamanho normal segundo critério de *Sacchini* e classificação de Franco e Rebello, sem intervenção cirúrgica prévia. Os questionários *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), *Body Investment Scale* (BIS) e *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ55) foram aplicados por entrevista na avaliação inicial e após seis meses. Para a análise estatística foi utilizado o teste ANOVA com medidas repetidas e realizadas comparações intergrupos e intragrupos nos momentos de avaliação. **Resultados:** Na análise intragrupo, o grupo mamoplastia apresentou melhora significativa nos escores dos questionários BDDE, BIS e BEQ55 ( $p \leq 0,001$  para cada questionário) após a cirurgia. O grupo mamas normais não variou os resultados ao longo do tempo ( $p=0,876$ ;  $p=0,442$  e  $p=0,184$  respectivamente). Na comparação intergrupos, após a intervenção, as mulheres que realizaram mamoplastia apresentaram menos sintomas negativos de imagem corporal (BDDE,  $p \leq 0,001$ ) e mostraram-se mais satisfeitas com o corpo e as mamas (BIS,  $p=0,157$ ) do que o grupo mamas de volume normal, além de passarem a investir mais na aparência (BEQ55,  $p \leq 0,001$ ). **Conclusão:** A mamoplastia redutora teve impacto positivo na imagem corporal e melhorou a satisfação com o corpo das mulheres com hipertrofia mamária.

## ABSTRACT

**Introduction:** Body image dissatisfaction is the main component that motivates the seek for plastic surgery; however, there are few studies that associate it with reduction mammoplasty. **Objective:** To evaluate the impact of breast hypertrophy and breast reduction on women's body image. **Methods:** Women with breast hypertrophy scheduled for breast reduction from June 2013 to December 2015 were prospectively evaluated (mammoplasty group), as well as women with normal sized breasts (normal size breast group). The Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), the Body Investment Scale (BIS) and the Breast Evaluation Questionnaire (BEQ55) were applied by interview at baseline and after six months. For the analysis it was applied ANOVA with repeated measures, for intergroup and intragroup comparisons between time points. **Results:** A total of 103 women in each group were enrolled. In the intergroup comparison, after the operation, women who underwent mammoplasty presented less negative body image symptoms (BDDE,  $p \leq 0.001$ ) and were more satisfied with the body and breasts (BIS,  $p = 0.157$ ) than normal volume breasts women, besides to invest more in appearance (BEQ55,  $p \leq 0.001$ ). **Conclusion:** The reduction mammoplasty improved body image of women with breast hypertrophy.



## **1. INTRODUÇÃO**

Os conceitos de beleza sofrem variações de acordo com a época e a cultura. As mamas sempre estiveram em evidência por representarem a condição feminina e serem reconhecidas como símbolo de sexualidade, sensualidade e maternidade. As mamas estão relacionadas ao padrão de beleza feminino e representam um forte atrativo sexual, seu contorno e tamanho estão relacionados com proporcionalidade, ideais estéticos, autoconfiança, satisfação corporal e aceitação social. Assim, estar dentro do padrão de tamanho de mama ideal tem grande importância para a integridade física e psíquica das mulheres (SMITH *et al.*, 2002; POLI NETO & CAPONI, 2007; PRADO, LEICHTWEIS, JOHNER, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

A imagem corporal é a figura do corpo humano formada na mente, sendo o modo pelo qual o corpo se apresenta para a pessoa. Caracteriza-se por uma íntima representação da aparência física, resultado da combinação de processos neurais perceptivos, fatores ambientais, sociais e psicológicos. Como traduz a experiência individual com o mundo, reflete a cultura e sociedade na qual o ser humano se insere. A imagem corporal é ponto de partida para o desenvolvimento da identidade pessoal e sua forma de expressão é através do grau de satisfação e cuidado e com o corpo (TAVARES, 2003; SARWER *et al.*, 2006; PRUZINSKY *et al.*, 2006;; SARWER, CRERAND, MAGEE, 2011; HALLWELL, 2015).

O desejo de alterar o tamanho das mamas é complexo, pois envolve motivações pessoais, preferências individuais, aspectos étnicos e atribuições culturais. Variáveis como ideal coletivo de beleza, autoconfiança, autoestima e imagem corporal têm conduzido mulheres de todas as faixas etárias a buscar a cirurgia plástica tanto para atingir um padrão social determinado, quanto para realizar sua satisfação pessoal (SARWER *et al.*, 1997b; GOLDENBERG, 2005; POLI NETO &

CAPONI, 2007; SARWER, CRERAND, MAGEE, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2015)

Os dados mais recentes publicados pela *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (2016) apontaram o Brasil como o segundo país com maior número de procedimentos de cirurgia plástica realizados, perdendo apenas para os Estados Unidos. A mamoplastia redutora foi a oitava cirurgia mais procurada no mundo, e o Brasil foi campeão mundial no número de mamoplastias redutoras realizadas em 2015. No ano de 2015, foram efetuados um total de 72.600 de procedimentos ultrapassando os Estados Unidos, onde foram executadas 67.080 intervenções desse tipo (ISAPS, 2016).

A hipertrofia mamária é caracterizada por mamas de volume exagerado e desproporcionais ao biotipo da mulher. O desequilíbrio corporal provocado pela hipertrofia, além de causar disfunções físicas, pode também trazer transtornos psicológicos, como a sensação de inadequação, baixa autoestima e imagem corporal negativa (SANCHÉZ *et al.*, 2000; ARAÚJO *et al.*, 2007; POLI NETO & CAPONI, 2007).

Mastalgia, alterações na sensibilidade da mama, dores na coluna, disfunções posturais, dermatites nos sulcos infra mamários, lesões cutâneas no ombro devido ao peso suportado pelas alças do sutiã são sintomas físicos relatados pelas mulheres que apresentam hipertrofia mamária (NETCHER *et al.*, 2000; ARAÚJO *et al.*, 2007; FERNANDES *et al.*, 2007; CUNHA *et al.*, 2009; RESENDE *et al.*, 2013). Essas mulheres se queixam de dificuldades nas atividades habituais, como vestir-se, alcançar objetos, realizar sua higiene pessoal e fazer atividade física (FREIRE *et al.*, 2004; FREIRE *et al.*, 2007). Assim, o excesso de volume mamário, nas últimas décadas, vem sendo apontado como muito mais do que apenas uma alteração estética, mas uma morbidade que necessita de intervenção e

tratamento (SANCHEZ *et al.*, 2000; ARAÚJO *et al.*, 2007; RESENDE *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2014).

Sob o ponto de vista emocional, mulheres com hipertrofia mamária queixam-se de insatisfação com a aparência física, insegurança, vergonha, dificuldade para encontrar roupas adequadas, embaraço nas atividades sociais, problemas com a autoestima e imagem corporal negativa. Elas relatam acreditar que as outras pessoas as observam e comentam sobre o volume exagerado de suas mamas. Além disso, também preferem não praticar exercícios ou envolver-se em atividades sociais devido ao incômodo e desconforto emocional provocados pela condição (SARWER *et al.*, 1998a; GLATT *et al.*, 1999; BORKENHAGEN *et al.*, 2007; MELLO, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2010).

Com os avanços das técnicas cirúrgicas, e resultados cada vez melhores, os profissionais têm indicado a cirurgia plástica não só como meio de transformação da aparência, mas também como forma de aliviar o sofrimento decorrente da insatisfação com a imagem do corpo. Isso só é possível porque a cirurgia plástica é capaz de corrigir alterações da anatomia externa e restaurar a harmonia corpórea (SARWER *et al.*, 1998b; SARWER *et al.*, 2005; DE BRITO *et al.*, 2010; SARWER, CRERAND, MAGEE, 2011).

A mamoplastia redutora é a intervenção que visa a diminuir o tamanho das mamas, recuperando a simetria das dimensões torácicas femininas. Por efetuar uma modificação estrutural, acredita-se que a cirurgia possa auxiliar na transformação da percepção negativa da paciente em relação à sua mama (SMITH & KENT, 2002; ALVES *et al.*, 2009).

Diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, incremento da capacidade funcional e para o trabalho, melhora da sexualidade, autoestima, autoconfiança e qualidade de vida são benefícios emocionais já

comprovados da mamoplastia redutora (SARWER *et al.*, 1998a; GLATT *et al.*, 1999; BORKENHAGEN *et al.*, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2007; FREIRE *et al.*, 2007; FERNANDES *et al.*, 2007; SABINO NETO *et al.*, 2008; SPECTOR *et al.*, 2008; MELLO, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2015; BERALDO *et al.*, 2013; CABRAL *et al.*, 2017).

Um aspecto atual e relevante com que os profissionais de saúde se deparam é a necessidade de oferecer uma assistência que vá além do cuidado físico, mas que também ampare o ser humano em sua totalidade. Assim, surge uma nova dimensão de alta complexidade para o tratamento e pesquisa: estudar não somente a fisiologia do processo patológico, mas entender as repercussões emocionais e sociais que envolvem a doença ou alteração. A importância de se investigar a relação existente entre a aparência real e satisfação corporal decorre do componente subjetivo dessas variáveis e sua interferência direta no bem-estar, satisfação e qualidade de vida da mulher (HOGA, 2004; SEBASTIANI & MAIA, 2005; HALLWELL, 2015).

Embora a insatisfação com a imagem corporal seja o principal componente motivacional para a busca de uma intervenção cirúrgica (SARWER *et al.*, 1998b; FERREIRA, 2000; POLI NETO & CAPONI, 2007; DE BRITO *et al.*, 2010; SANTE & PASIAN, 2011; DE BRITO, NAHAS, FERREIRA, 2012), apesar das inúmeras confirmações sobre os efeitos positivos da mamoplastia redutora (FERREIRA, 2000; BROWN, HILL, KHAN, 2000; WOODMAN & RADZYMINSKI, 2007; VON SOEST *et al.*, 2009; ABLA *et al.*, 2010; ROGLIANI *et al.*, 2009; MELLO, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2010; RESENDE *et al.*, 2013; CABRAL *et al.*, 2017) e da reconhecida necessidade do desenvolvimento da integralidade de atendimento e promoção de satisfação pessoal do paciente (HOGA,

2004; SEBASTIANINI & MAIA, 2005; MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006), ainda são poucos os estudos que investigam as repercussões da hipertrofia mamária e da mamoplastia redutora na imagem corporal (SARWER *et al.*, 1998a; GLATT *et al.*, 1999; BORKENHAGEM *et al.*, 2007; MELLO, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2010; ASPS, 2011a,b).

## **2. OBJETIVO**

## **OBJETIVO**

Avaliar o impacto da hipertrofia mamária e da mamoplastia redutora na imagem corporal de mulheres.



### **3. LITERATURA**

### 3.1. CONCEITOS DE IMAGEM CORPORAL E FORMAS DE AVALIAÇÃO

ROSEN & REITER (1996) criaram o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), questionário semi estruturado de alta especificidade utilizado para avaliar sintomas negativos da imagem corporal. O BDDE foi capaz de fornecer informações preditoras sobre o ajustamento psicológico, estado clínico, medidas de percepção da imagem corporal e autoestima negativa, sendo sensível também a alterações indicativas de transtorno dismórfico corporal (TDC). Além da capacidade para detectar alterações extremas da imagem corporal que caracterizam o TDC, foi eficaz para acessar comportamentos como a preocupação excessiva e avaliação negativa da aparência, auto-consciência e autoavaliação, constrangimento com o corpo, pensamentos repetidos sobre o peso, estratégias de camuflagem, checagem do corpo e problemas com atividade física. A validação foi realizada com um total de 694 pacientes, sendo 75 homens e 184 mulheres clínicos (que apresentavam TDC) e 194 homens e 241 mulheres não clínicos (estudantes universitários). O instrumento apresentou consistência interna, apresentando alfa de Cronbach de 0,81. Os coeficientes de confiabilidade teste-reteste para a pontuação total foram  $r=0,94$  e  $r=0,87$ , com  $p<0,01$ , para população clínica e não clínica respectivamente. A correlação intraclasse para a pontuação total foi 0,99,  $p<0,01$ , indicando uma boa concordância entre os escores na mesma entrevista tendo em conta as diferenças de avaliadores.

ORBACH & MIKULINCER (1998) propuseram a *Body Investment Scale* (BIS). Essa escala foi elaborada na língua inglesa e se referia ao

cuidado corporal e comportamento auto-destrutivo em 24 questões, podendo ser utilizada para estudar uma variedade de atitudes normais e patológicas. Era uma escala destinada a avaliar o investimento emocional do corpo. Para construção da análise fatorial e comparação entre grupos foram realizadas avaliações com suicidas hospitalizados, hospitalizados não suicidas e indivíduos normais. Também foi examinada a relação entre o BIS, autoestima e depressão. O questionário foi composto por quatro fatores internos confiáveis: sentimentos e atitudes a respeito da imagem corporal, conforto ao toque, cuidados com o corpo e proteção do corpo. O alfa de Cronbach desses fatores variou de 0,80 a 0,95. Foram também confirmadas as hipóteses de validade de construto. Os fatores de investimento corporal correlacionaram-se positivamente com a autoestima, repulsa pela vida (correlação positiva) e repulsa pela morte (correlação negativa).

ANDERSON *et al.* (2006) criaram o *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ 55) para avaliação da satisfação com as mamas e resultados em qualidade de vida entre pacientes que realizaram cirurgia de mama. Questionário composto por 55 questões foi validado a partir de um grupo de 1244 mulheres de língua inglesa submetidas à mamoplastia de aumento com um, dois e três anos depois da intervenção. O questionário foi comparado com a *Tennessee Self Concept Scale* (TSCS), revelando baixa correspondência e com o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ), demonstrando alta correlação. Apresentou alfa de Cronbach de 0,70. Assim, o instrumento demonstrou-se adequado para avaliar o conforto, satisfação com atributos de mama e corpo levando em consideração os diferentes tipos de vestimenta.

CRERAND, FRANKLIN, SARWER (2006) realizaram revisão de literatura que investigou aspectos epidemiológicos, características do TDC e sua incidência nos pacientes que buscavam cirurgias estéticas. Os autores descreveram que uma distorção exagerada da imagem corporal caracterizava o TDC. Revelaram que a percepção real do corpo físico, nível de importância dado à aparência, (in)satisfação corporal, afetos ou fatores cognitivos que desencadeavam pensamentos sobre o corpo, comportamentos como checagem e exposição do corpo, bem como a interação social refletiam a imagem que o indivíduo tinha do seu corpo, que estavam alterados no TDC. O estudo relatou que 7% a 15% dos pacientes que procuram cirurgia plástica apresentavam TDC.

CASH (2005) em investigação sobre influências sócio culturais na formação e evolução da imagem corporal. Afirmou que a imagem do corpo era ponto de partida para o desenvolvimento da identidade pessoal e que a imagem corporal era resultado da combinação de processos internos com fatores ambientais, sendo um construto multidimensional. Segundo o autor construtos socioculturais como cobranças em relação à aparência, sensibilidade à opinião dos outros, internalização de ideais impostos pela mídia e cultura estavam associados significativamente a auto avaliação da aparência. Além disso, observaram que o investimento no corpo e a satisfação/insatisfação em relação ao corpo eram formas de expressão da imagem corporal.

SARWER & CASH (2008) em levantamento bibliográfico sobre as formas de expressão comportamental da imagem corporal, revelaram que as atitudes de zelo e cuidado com o corpo, preocupação com a aparência e investimento corporal eram atitudes que refletiam a imagem corporal.

Descreveram que a insatisfação com aparência comprometia o bem estar e convívio social, e esses eram os principais motivos que levavam aos comportamentos negativos em relação ao corpo.

JORGE *et al.* (2008) validaram o BDDE para língua portuguesa, com equivalência cultural, validade e confiabilidade para brasileiros. O alfa de Cronbach foi de 0,892 e apresentou confiabilidade intraobservador ( $r=0,871$ ) e interobservador ( $r=0,91$ ). A validade do construto foi testada por meio da comparação com o BSQ e Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM. O questionário não apresentou correlação com a escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM ( $r=0,22$ ), mas teve moderada correlação com o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) ( $r=0,64$ ). A versão brasileira do questionário apresentou 34 questões, com escore máximo de 168 pontos, representando sentimento muito negativo e insatisfação com a imagem corporal. O questionário tem a capacidade de fornecer também uma medida quantitativa que permite a avaliação da presença e gravidade dos sintomas do TDC. O tempo médio estimado para aplicação foi de 10 minutos.

GOUVEIA *et al.* (2008) validaram a BIS para língua portuguesa do Brasil. A amostra utilizada foi não probabilística composta por 317 mulheres estudantes de escolas do nordeste, de idade entre 15 e 58 anos. Após a análise fatorial a escala brasileira ficou composta por 20 itens, divididos em três fatores (imagem corporal, cuidado corporal e toque corporal). Quanto maior era a pontuação obtida no questionário, maior era o sentimento positivo em relação ao corpo.

ALVES *et al.* (2009) realizaram revisão de literatura que teve por objetivo estabelecer a relação existente entre cultura e imagem corporal. Os autores refletiram sobre a busca incessante pelo padrão físico aceito no meio social e a necessidade de preencher os requisitos exigidos pela cultura à qual se pertencia, principalmente pelo sexo feminino. Comentaram que, ao longo dos anos, houve um crescimento no percentual de mulheres descontentes com sua mama e que essa insatisfação era o principal motivo que as levava a procurarem a cirurgia corretiva. Afirmaram que o crescimento da procura pela cirurgia plástica era resultado não somente da vontade de corrigir deformações ou desvios na aparência corporal, mas também tinha como objetivo restabelecer a mente afetada pelo padrão cultural.

FERREIRA *et al.* (2013) validaram o BEQ 55 para a língua portuguesa do Brasil com 55 questões. Todas as questões foram alteradas na adaptação cultural fim de facilitar o entendimento. A consistência interna do instrumento variou de 0,931 a 0,936, o coeficiente de reprodutibilidade interobservador foi de 0,962 e a reprodutibilidade intraobservador foi de 0,919. O questionário foi comparado ao *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* e somente os domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos emocionais tiveram correlação. O instrumento foi traduzido e adaptado, provou ser válido e reprodutível e foi denominado Questionário de Avaliação das Mamas (BEQ-Brasil).

MENEZES *et al.* (2014) realizaram pesquisa bibliográfica que teve por objetivo apresentar estudos que orientassem cirurgiões sobre as alterações psíquicas presentes em pacientes que buscavam cirurgias

estéticas. Descreveram que a percepção distorcida da imagem corporal no TDC tinha características de ansiedade na avaliação de “falhas” do corpo que não eram percebidas visualmente com comportamentos repetitivos em relação à aparência, pensamentos obsessivos, necessidade de disfarçar a aparência com roupas e cosméticos, além de evitar situações sociais e o contato físico.

HALLWELL (2015) em revisão sobre perspectivas e direções para pesquisas de imagem corporal, afirmou que uma imagem corporal positiva e negativa eram construtos independentes e que comportamentos como insatisfação corporal, vigilância, checagem do corpo e vergonha estavam relacionados à dimensão negativa. Destacou a relevância das relações afetivas e a atividade física para promover uma imagem corporal positiva e assegurou que a imagem corporal estava relacionada com a auto-proteção que, por sua vez, estaria diretamente ligada à saúde.

### **3.2. HIPERTROFIA MAMÁRIA E MAMOPLASTIA REDUTORA**

HOLLYMANN *et al.* (1986) investigaram prospectivamente alterações perceptuais e desconfortos psíquicos de mulheres com hipertrofia mamária. Comparam 11 mulheres que procuraram a mamoplastia e 19 mulheres com mamas de volume normal que não desejavam alteração nas mamas. Avaliaram o perfil psiconeurótico, percepção corporal, ansiedade, feminilidade, depressão, autoconfiança e atividade sexual no pré e pós-operatório de 2, 16 e 36 semanas. O grupo controle foi avaliado em uma única entrevista no primeiro contato. Concluíram que as mulheres com hipertrofia mamária estavam com o índice de massa corporal (IMC) mais elevado que as controles,

superestimavam o tamanho real das mamas e subestimavam o tamanho da cintura. Além disso, apresentavam características psiconeuróticas, eram ansiosas e tendiam a manifestar sintomas para depressão. No entanto, aquelas que realizaram cirurgia passaram a ter mais autoconfiança, sentiram-se mais femininas e atraentes. Esse estudo revelou que não houve mudança nos níveis de ansiedade, depressão ou raiva, porém os autores sugeriram que a cirurgia era um importante componente que promovia alívio do estresse psíquico e melhorava os distúrbios da imagem corporal.

BIRTCHNELL *et al.* (1990) investigaram os fatores motivacionais que levaram as mulheres a buscarem mamoplastia de redução ou aumento. Foram enviados questionários com perguntas abertas para 16 mulheres que desejavam redução mamária e 24 que queriam mamoplastia de aumento. As indagações foram a respeito do perfil sóciodemográfico, razões que as levaram à cirurgia, questões ginecológicas, qualidade do relacionamento íntimo e se recomendariam a intervenção para outras com o mesmo problema. O grupo candidato a mamoplastia redutora revelou que os motivos que as levaram à cirurgia foram o estresse físico, desconforto e alterações posturais. Sob o ponto de vista emocional descreveram que estavam em busca do alívio do embaraço, vergonha e esperavam sentir-se mais femininas, autoconfiantes além de desejarem mais facilidade para encontrar e vestir roupas. Depois da cirurgia, ambos os grupos relataram sensação de maior sensualidade e confiança sexual. Os autores comentaram que, mesmo nas intervenções em que o resultado deixou a desejar aos cirurgiões, ainda assim, as mulheres tinham ficado satisfeitas.

SARWER *et al.* (1998a) pesquisaram imagem e satisfação corporal na mamoplastia redutora e de aumento. A avaliação foi realizada durante a



primeira consulta com o cirurgião plástico por meio de um questionário com informações clínicas e sócio econômicas, pelo MBSRQ e *Body Dysmorphic Disorder Examination-Self Report* (BDDE-SR), aplicados em 30 pacientes que desejavam mamoplastia redutora e 30 que procuravam pela mamoplastia de aumento. Os resultados demonstraram que mulheres com mamas hipertróficas reportavam mais insatisfação com a imagem corporal e descontentamento com a aparência que as pacientes com mamas hipotróficas. Porém, os dois grupos relataram vergonha de expor o corpo em ambientes sociais ou em relações íntimas, que checavam a aparência com frequência, se preocupavam em utilizar roupas como estratégia de camuflagem além de compararem frequentemente a aparência das mamas com as de outras mulheres, com revistas ou televisão. As mulheres com macromastia apresentaram baixo investimento tanto na aparência quanto na saúde e relataram dificuldades para realizar exercícios. Vale notar que, 80% das pacientes candidatas à mamoplastia redutora estavam mais de 10% acima do peso. O estudo não trouxe resultados sobre a imagem corporal depois da cirurgia, sugerindo necessidade de futuras investigações a respeito do tema.

SARWER *et al.* (1998b) investigaram satisfação com a imagem corporal e TDC em 100 mulheres que estavam agendadas para realização de diferentes tipos de cirurgias plásticas, sendo 12 dessas intervenções mamoplastias redutoras. Utilizaram para avaliação o MBSRQ e o BDDE-SR comparando as pacientes que iriam realizar cirurgia com mulheres da população sem intervenção. Demonstraram que as pacientes apresentaram similar grau de (des)contentamento que as mulheres da população geral em relação a aparência como um todo, porém, estavam especificamente muito insatisfeitas com o segmento do corpo que as levou a buscar pela plástica.

Apesar de sete pacientes apresentaram sintomas para TDC, o estudo foi cauteloso em confirmar a indicação da cirurgia para pacientes com TDC ou a melhora dos sintomas após intervenção, sugerindo necessidade de investigações mais específicas sobre a questão. Os pesquisadores recomendaram cuidado com as variáveis idade e nível socioeconômico para futuras seleções do grupo controle.

BRUHLMANN & TSCHOPP (1998) avaliaram retrospectivamente resultados clínicos da mamoplastia redutora realizada em 114 pacientes, que foram questionadas quanto à presença de sintomatologia associada, IMC e volume de tecido ressecado. O tempo médio de seguimento foi de 7,7 anos. Os estudiosos encontraram uma correlação significativa entre a quantidade de tecido ressecado e alívio da dor após a cirurgia; 91% das pacientes relataram melhora das dores no pescoço, ombro, costas e diminuição de marcas nos ombros devido ao peso do sutiã. As pacientes não referiram mais queixas físicas durante o tempo de seguimento. Os autores descreveram que as pacientes apresentavam sobrepeso no pré-operatório e ganharam uma média de 1,2 kg depois da intervenção. Concluíram que uma redução bilateral média de 500 a 600 g de tecido mamário produziu efeitos físicos positivos e de longa duração.

GUTHRIE *et al.* (1998) compararam prospectivamente a ansiedade, depressão, autoestima, problemas interpessoais, atitudes alimentares, satisfação e imagem corporal de 33 pacientes que procuraram a mamoplastia redutora, com 22 mulheres que apresentavam mamas hipertróficas mas não desejavam cirurgia. Os instrumentos utilizados foram *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale)*, *The Inventory of Interpersonal Problems – 32* (IIP-32), SF-

36, *The Eating Attitude Test* (EAT-26), *Body Satisfaction Scale* (BSS) e *The Body Image Questionnaire* (BIQ). As mulheres do grupo mamoplastia relataram dificuldade sexual, principalmente por se sentirem desconfortáveis com o toque do parceiro em suas mamas. Esse mesmo grupo descreveu ansiedade, problemas com a autoconfiança, imagem corporal negativa e baixa autoestima. Disseram apresentar problemas sociais devido à vergonha do tamanho excessivo das mamas, relataram que evitavam piscina ou outras situações de exposição do corpo, como colocar roupa de banho. Além disso, sentiam-se desconfortáveis por terem que encomendar sutiã sob medida, apresentavam dificuldades para desenvolver relações próximas e para serem pessoas assertivas. Pontuaram também piores escores para imagem corporal, demonstrando insegurança e insatisfação com o corpo. De uma forma geral, o grupo que buscava cirurgia apresentou limitação física, social e mental. Os autores concluíram que o desconforto emocional vinha não só do tamanho excessivo das mamas, mas envolvia ainda a forma como as mulheres assimilavam essa condição.

GLATT *et al.* (1999) analisaram retrospectivamente a imagem corporal de pacientes que realizaram mamoplastia redutora. Foram enviados por correio para 110 pacientes que realizaram cirurgia o BDDE-SR e o *The Breast Chest Rating Scale* (BCRS). Dessas pacientes, 58 responderam aos questionários e as entrevistas foram realizadas, em média, cinco anos após a intervenção. As informações sobre IMC, tamanho das mamas, peso ressecado e parâmetros sócio demográficos no pré-operatório foram coletados nos arquivos do hospital. Os resultados do estudo demonstraram que as mulheres operadas, na sua maioria, estavam com sobrepeso, porém apresentaram melhora significativa na satisfação e

imagem corporal, a ponto de até mesmo o sobrepeso deixar de ter influência no grau de satisfação com o corpo. Os resultados do BDDE-SR sugeriram que a percepção da nova mama com o tempo tornava-se completamente incorporada à imagem corporal. Além disso, foi comprovada melhora nas dores e postura, independentemente do peso corporal.

SHAKESPEARE & POSTLE (1999) investigaram a percepção, a respeito da saúde física e psíquica, das pacientes de mamoplastia redutora em um acompanhamento nos dois anos após a cirurgia. Finalizaram o estudo com 60 pacientes que responderam questionários abertos sobre sintomas, saúde, atividade física, percepção da mama, vergonha, imagem corporal, relações interpessoais e consequências cirúrgicas como cicatriz, alteração de sensibilidade mamária e peso corporal depois de três, seis meses e dois anos decorridos da cirurgia. Ao final do estudo também foi aplicado o *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSE). Os resultados demonstraram que 61% das pacientes apresentavam sobrepeso. Depois da intervenção foi relatado alívio da dor e desconforto físico, melhora da habilidade para prática de exercícios, maior satisfação com o corpo e mais autoconfiança. As pacientes comentaram sobre as mudanças positivas nas relações interpessoais, melhora da saúde e qualidade de vida que se manteve ao longo do período de seguimento. Os escores da RSE se elevaram depois de decorridos dois anos, mostrando melhora da autoestima.

FARIA *et al.* (1999) em pesquisa sobre aspectos psicossociais e satisfação com a mamoplastia redutora, contataram 33 pacientes agendadas para a cirurgia. Foram avaliadas a imagem corporal e satisfação com o resultado do procedimento utilizando os seguintes instrumentos: BIQ e

BSS, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e SF-36. Os instrumentos foram aplicados antes e depois de quatro meses da intervenção. Foi observado que as pacientes apresentaram benefícios significantes na imagem corporal tornando-se mais satisfeitas com a forma, tamanho e simetria das mamas, além de um maior contentamento do corpo como um todo. Comprovaram melhora da dor, estado mental, energia, vitalidade, percepção de saúde e redução dos escores de ansiedade e depressão.

NETSCHER *et al.* (2000) investigaram prospectivamente a presença de infecção urinária, peso corporal, tamanho da mama, sintomas físicos e alterações psicossociais em três grupos de mulheres: 31 com hipertrofia mamária que desejavam mamoplastia redutora, 21 que realizaram mamoplastia de aumento e 88 que não desejavam nenhum tipo de intervenção na mama. A verificação de infecção, peso e tamanho mamário foi realizada pela avaliação clínica e sintomas relatados; já os fatores psicossociais pelo *Quality of Life Questionnaire* (QLQ). Observaram que as mulheres com hipertrofia apresentavam sobrepeso ou obesidade, tinham sinais e sintomas físicos significantes, principalmente dor, e estavam mais insatisfeitas com a aparência. No entanto, os autores comprovaram que, apesar de estarem com o peso fora dos padrões ideais, a insatisfação estava relacionada à mama e não ao excesso de peso associado. Confirmaram o alívio dos sintomas da macromastia com a cirurgia sugerindo que o estudo fornecia bases para que a mamoplastia fosse vista com procedimento funcional e não meramente estético.

FERREIRA (2000) em revisão bibliográfica sobre conceitos de cirurgia plástica e avaliação de resultados, ressaltou que com os avanços

das técnicas e resultados cada vez melhores, os profissionais indicavam a cirurgia plástica não só como meio de transformação da aparência externa, mas também como forma de aliviar conflitos emocionais decorrentes do descontentamento com a imagem do corpo. Apontou que o principal objetivo da intervenção devia ser o conforto e satisfação pessoal que nos dias atuais se tornaram critérios importantes utilizados para avaliação da qualidade em cirurgia plástica.

BROWN, HILL, KHAN (2000) avaliaram a experiência subjetiva de pacientes de mamoplastia redutora depois de uma média de um ano e meio da cirurgia. Foi enviado por correio, um questionário semi estruturado elaborado pelos próprios autores, que investigava a gravidade dos sintomas, problemas no pós-operatório e satisfação com a intervenção. Observaram que das 66 pacientes entrevistadas, 78% referiram melhora da autoestima, 94% relataram grande satisfação com o procedimento e 92% disseram estar mais contentes com o corpo. Os autores comprovaram melhora dos sintomas físicos depois da intervenção; foi relatado alívio das dores no corpo, desaparecimento dos sulcos nos ombros deixados pelo sutiã, as pacientes passaram a encontrar roupas que “lhes caíam bem”, resolveram o problema do desconforto com a prática de exercícios e passaram a não ter mais vergonha dos seus parceiros, ou durante os encontros sociais.

KERRIGAN *et al.* (2001) investigaram o impacto da hipertrofia mamária na saúde das mulheres. Para isso, avaliaram a percepção da aparência *com o* MBSRQ, a qualidade de vida através dos questionários *European Quality of Life* (EuroQol) e SF-36 e a presença de sintomas físicos pelo *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) e *Breast Related Symptoms*

*Questionnaire* (BRSQ). Foram entrevistadas 291 pacientes com hipertrofia mamária que realizaram mamoplastia redutora (MR) e 195 controles, sendo 88 mulheres com mamas hipertróficas que não buscavam a intervenção (HM), 96 mulheres com mamas de tamanho normal e 11 que não tiveram seu tamanho de mamas avaliado (MN). O estudo comprovou que o volume mamário excessivo desencadeava dor e outros sintomas físicos. Os autores descreveram que as mulheres do grupo MN avaliaram sua aparência de forma mais positiva que as demais, além de apresentarem melhores escores para sintomas e para um dos questionários de qualidade de vida (EuroQol). O grupo HM apresentou avaliação da qualidade de vida (SF-36) semelhante ao grupo MN e ambos grupos demonstraram avaliação mais positiva para essa variável quando comparados ao grupo MR. O grupo MR apontou sintomas físicos significativamente mais intensos que o grupo HM, sugerindo que a intensidade dos sintomas era mais importante do que o tamanho propriamente dito, considerando-se o impacto na saúde.

COLLINS *et al.* (2002) compararam a eficácia de intervenções não cirúrgicas e mamoplastia redutora sobre os sintomas da macromastia. Avaliaram prospectivamente um grupo de 179 pacientes que realizou intervenção cirúrgica, outro grupo de 96 com hipertrofia mamária e um terceiro grupo de 88 pacientes com mamas de volume normal. Antes da intervenção e após seis a nove meses da cirurgia foi realizada avaliação física, indagado sobre tratamentos não-cirúrgicos anteriores, comorbidades, tamanho do sutiã e as voluntárias responderam aos questionários SF-36, EuroQol, MBSRQ, MPQ e BRSQ. No pré-operatório, 50% do grupo mamoplastia relatou dor relacionada à mama. Apesar de uma série de tratamentos conservadores, incluindo perda de peso, fisioterapia, sutiã especial e medicamentos, as controles não descreveram

nenhum alívio permanente. Ao serem comparadas com as controles com mamas de tamanho normal, as pacientes no pré-operatório tinham significativamente menor pontuação no SF-36 e nos escores dos outros componentes mentais e físicos. Após a cirurgia, o grupo que realizou a mamoplastia apresentou médias mais elevadas para o SF-36 e somente 10% de mulheres ainda reclamavam de dor. Os autores relataram que as mulheres ficaram satisfeitas com a mamoplastia redutora independente do peso corporal ou quantidade de tecido ressecado concluindo que as pacientes com variados graus de hipertrofia e peso corporal se beneficiaram com a cirurgia.

TAYLOR *et al.* (2004) em pesquisa sobre custo efetividade da mamoplastia redutora, comentaram a respeito da necessidade de comprovação dos benefícios para incentivar o amplo financiamento da intervenção no sistema público de saúde. Foi estimado o custo por qualidade da cirurgia (QUALY) de 49 pacientes que realizaram cirurgia. Para caracterizar a população, foram verificados os dados sócio demográficos e clínicos e para estimativa da QUALY foi aplicado o SF-36 antes, depois de seis meses, um e dois anos da intervenção. Os resultados demonstraram melhora persistente e consistente do relato de saúde e das condições de vida das mulheres. Além disso, o custo por qualidade apresentou-se muito favorável quando comparado a outras intervenções paliativas. Esse estudo forneceu uma evidência significativa sobre a efetividade da mamoplastia redutora.

LOSEE *et al.* (2004) em investigação sobre sintomas físicos, bulimia nervosa e macromastia em quatro mulheres, em um seguimento de dez anos após a cirurgia, relacionaram hipertrofia mamária, insatisfação



corporal e transtornos alimentares. Foi utilizado para avaliação uma escala de sintomas físicos e o EAT-26 que avaliou a gravidade do transtorno alimentar, hábitos de alimentação, preocupação com a comida e comportamento bulímico. Os pesquisadores observaram que a cirurgia promovia melhora dos sintomas físicos e isso tendia a se manter ao longo dos anos. A relação entre macromastia e alterações do comportamento alimentar foram confirmadas; todas as pacientes reportaram que a condição precedeu e contribuiu para surgimento da bulimia nervosa. Os autores sugeriram que as mulheres se empenhavam para perda de peso na tentativa de diminuir as mamas, ou engordavam com o intuito de melhorar a desproporcionalidade corporal. No entanto, depois da mamoplastia redutora, as pacientes relataram que passaram a se sentir mais satisfeitas com o corpo e isso refletiu na melhora do comportamento alimentar, que já se modificou logo após a cirurgia e se resolveu ao longo do tempo com a abolição dos episódios de vômito. As pacientes também relataram que, graças à proporcionalidade corporal promovida pela cirurgia, passaram a participar mais de atividades físicas que antes evitavam.

SARWER *et al.* (2005) em investigação sobre o estado psíquico e satisfação depois da cirurgia plástica, afirmaram que a insatisfação com a imagem corporal era o principal fator que motivava a busca por cirurgias cosméticas. Nesse estudo aplicaram os seguintes instrumentos: MBSRQ, BDDE-SR, *Situational Inventory of Body Image Dysphoria – Short Form* (SIBID-S), *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) e RSE em oito tipos diferentes de procedimentos, entre eles a mamoplastia redutora, antes da cirurgia, depois do 3º, 6º e 12º mês. Os resultados demonstraram que a cirurgia mais procurada foi a das mamas e que a imagem corporal melhorou

significativamente, principalmente depois do 3º mês. Segundo os autores, a maior satisfação observada foi não só com a parte operada, mas com o corpo como um todo. Os pacientes passaram a se sentir atraentes e os sentimentos negativos relativos à aparência diminuíram. Não foi observada alteração nos níveis de depressão ou autoestima.

HERMANS *et al.* (2005) em investigação sobre qualidade de vida de mulheres com macromastia depois da mamoplastia redutora, compararam 71 pacientes com hipertrofia mamária que aguardavam por cirurgia, com 94 pacientes depois de dois anos de realizada a intervenção. Para isso, utilizaram: SF-36, *European Quality of Life* - EQ-5D, RSE, *Self-Consciousness Scale* (SCS) e *Derriford Appearance Scale 59* (DAS-59). Como resultado, relataram que as mulheres com hipertrofia mamária apresentavam dor, sentimentos de insegurança, vergonha e sentiam-se menos atraentes. Já aquelas que realizaram a mamoplastia apresentaram melhora de sete dos oito domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 e apresentaram melhora da autoestima, consciência corporal de si mesmas e em relação ao grupo. Além disso, avaliaram suas mamas de uma forma mais positiva quando comparadas àquelas que não tinham realizado a cirurgia. Os escores na escala da autoconsciência demonstraram que, apesar das mulheres operadas possuírem menos consciência sobre si mesmas, apresentaram uma redução na ansiedade social depois da intervenção. Os dados deste estudo evidenciaram que as mulheres que realizaram mamoplastia redutora mostravam melhora significativa na qualidade de vida e que a hipertrofia de mama não era apenas um problema estético.

IWAGUWU *et al.* (2006) buscaram determinar os efeitos da mamoplastia redutora na qualidade de vida e função psicossocial de mulheres com hipertrofia mamária. Selecionaram 73 mulheres na lista de espera para mamoplastia e randomizaram 36 pacientes para realizarem a cirurgia imediatamente (grupo cirurgia) e 37 que aguardariam intervenção fazendo fisioterapia (grupo controle). Foram avaliados o tamanho das mamas, IMC e sintomas depois aplicados os questionários SF-36, *EuroQol*, *Eysenk Personality Questionnaire* (EPQ-R) e *The Functional Assessement of Non-Life Threatening Conditions* (FANLT) no primeiro momento e depois de quatro meses. Os autores referiram elevação dos escores dos questionários após a intervenção. Observaram melhora física, funcional, social e emocional apontadas pelo FANLT e diminuição da dor, ansiedade e depressão avaliadas pelo EuroQol. Além disso, verificou-se que as pacientes que realizaram a mamoplastia se tornaram mais extrovertidas e mais estáveis emocionalmente. O estudo destacou a contribuição da cirurgia para redução do sobrepeso.

O'BLENES *et al.* (2006) realizaram estudo prospectivo que teve por objetivo determinar os benefícios da mamoplastia e o quanto a intervenção facilitava o controle de peso em pacientes com sobrepeso. Foram avaliadas 57 mulheres canadenses antes, depois de seis meses e dois anos da mamoplastia redutora. Após verificação das medidas antropométricas e tamanho da mama foram aplicados o *Symptom Inventory Questionnaire* (SIQ) para avaliação dos sintomas físicos, o RSE para a autoestima e o SF-36 para a avaliação da qualidade de vida. O estudo demonstrou melhora da habilidade das mulheres para correr ou realizar esportes e redução do peso corporal de forma significativa, confirmando a relação direta entre mamoplastia, melhora da função física, exercícios e

perda de peso. O estudo ainda confirmou redução dos sintomas físicos negativos relatados, melhora nos escores da qualidade de vida e autoestima depois de seis meses da cirurgia e manutenção dos benefícios ao longo de dois anos.

FERNANDES *et al.* (2007) investigaram a influência da hipertrofia mamária nas dores da coluna e sua repercussão nas atividades habituais. Avaliaram 50 mulheres com hipertrofia mamária e 50 mulheres com mamas de tamanho normal por meio da Escala Numérica para Intensidade de Dor (NRS) e do questionário de *Rolland Morris* para limitações físicas e funcionais. Afirmaram que o grupo hipertrofia apresentou piores escores de dor e limitação funcional. Os estudiosos referiram diferença significativa no IMC do grupo hipertrofia mamária, que apresentou maior sobrepeso. Após associar a magnitude da macromastia com maior IMC foi descrito que não só o tamanho da mama foi motivo para apresentar sobrepeso, mas que o desconforto físico e emocional provocados pelas mamas limitava a realização de atividade física e conseqüentemente o controle de peso.

SHAH *et al.* (2007) estudaram a incidência de complicações em pacientes obesas que realizaram mamoplastia redutora. Foram avaliados os seguintes parâmetros: IMC, hábitos de fumar, volume mamário ressecado e técnica cirúrgica utilizada em 306 mulheres. Essas pacientes foram divididas em grupos de acordo com o IMC (89 pacientes com  $IMC \leq 25$ ; 136 com IMC entre 25-29,9; 81 com  $IMC \geq 30$ ). Foi avaliado o aparecimento de problemas pós cirúrgicos como hemorragia, cicatrização, alterações respiratórias ou cardíacas, irrigação da papila mamária, infecções ou deiscência de cicatriz. Os resultados demonstraram que as complicações foram mais frequentes nas pacientes fumantes e com maior

volume mamário ressecado. O estudo comprovou a relação entre complicações e peso corporal; quanto maior o peso, maior a incidência de problemas pós operatórios. Entretanto, apesar disso, todos os pacientes independentemente do sobrepeso relataram satisfação com a cirurgia.

BORKENHAGEN *et al.* (2007) realizaram pesquisa prospectiva, sobre a autoimagem, qualidade de vida e cirurgia de redução mamária em 40 pacientes alemães. Para avaliar a autoimagem testaram uma ferramenta fotográfica, *Digital Body Photo Test* (DBPT) e o instrumento *Color a Person Body Dissatisfaction Test* (CAPT) já usado em outras pesquisas. Para a qualidade de vida utilizaram questionários validados para a população alemã: *GieBener Beschwerdebogen* (GBB-24), *Berliner Stimmungsfragebogen* (BSF-6), *Lebenszufriedenheitsinventar* (LZI-15) e *WHO Quality of Life Assessment* (WHOQOL-BREF-26). As fotos e os instrumentos foram coletados antes, depois de três e seis meses da cirurgia. Descreveram que os motivos para a procura da cirurgia foram a busca de proporção corporal mais harmônica, maior aceitação e satisfação com o próprio corpo, alívio das dores, mais conforto para a prática de atividade física, menos inibição no contato sexual, melhora da imagem corporal e mais autoconfiança. Depois da mamoplastia, as pacientes apresentaram diminuição das dores musculares, melhora do bem estar físico, diminuição dos sintomas de depressão, mais satisfação com o corpo e com a vida, passaram a se sentir mais femininas, atraentes, confiantes e menos inibidas em situações sexuais e sociais. Em relação à imagem corporal, o estudo demonstrou que a nova mama estava totalmente integrada e incorporada à imagem corporal depois da cirurgia. Além disso, a reorganização positiva da imagem não só se restringia à região da mama, mas envolvia o corpo

como um todo. Noventa e sete por cento das participantes disseram que fariam a cirurgia novamente.

THOMA *et al.* (2007) em pesquisa prospectiva sobre relatos de qualidade de vida e qualidade ajustada por anos, avaliaram 52 pacientes com uma semana de pré-operatório, um dia antes da cirurgia e depois do 1º, 6º e 12º meses da intervenção. Para isso, utilizaram os questionários: versões dois e três do *Health Utilities Index Mark* (HUI<sup>®</sup>), SF-36, MBSRQ - *Appearance Scales* e BRSQ. Observaram melhoras já no primeiro dia de pós cirúrgico, consolidação desses benefícios depois de seis meses e estabilização depois de um ano da intervenção. Destacaram a presença de sobrepeso nas pacientes avaliadas, porém observaram que esse fato não afetou a melhora da qualidade de vida, concluindo que não devia haver restrições de IMC para a realização da cirurgia. Relataram também mais satisfação com a aparência a partir do 1º mês da cirurgia e manutenção dos escores positivos ao longo de um ano. Assinalaram aumento dos escores de qualidade de vida principalmente depois do 6º mês. Foi estimada, por meio da qualidade de vida ajustada aos anos, um ganho de 5,32 anos com a intervenção.

ARAÚJO *et al.* (2007) investigaram a influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional das mulheres. Esse foi um estudo transversal que comparou através do *Stanford Health Assessment Questionnaire 20* (HAQ-20), traduzido e validado para uso no Brasil, a capacidade funcional de 50 mulheres com hipertrofia mamária (grupo estudo) e 50 mulheres com mamas de tamanho normal (grupo controle). Os resultados demonstraram que as pacientes com macromastia tinham capacidade funcional reduzida e maiores problemas para realização das

suas funções diárias, porém não a ponto de apresentarem dificuldade com a higiene pessoal. A principal queixa foi dor músculo esquelética, principalmente na coluna e dificuldade no alcance de objetos. A pesquisa descreveu que a maioria das mulheres com hipertrofia mamária apresentava IMC mais elevado.

FREIRE *et al.* (2007) realizaram ensaio clínico randomizado com 100 mulheres com hipertrofia mamária divididas em dois grupos: um formado pelas mulheres que se submeteriam imediatamente à mamoplastia redutora e o outro composto pelas voluntárias na lista de espera para cirurgia. As mulheres foram avaliadas por meio da Escala Visual Analógica para Dor (EVA) e pelo HAQ-20, que investigaram a intensidade das dores na coluna e capacidade funcional. Os instrumentos foram aplicados no primeiro contato e depois de seis meses. O grupo que realizou a redução das mamas relatou alívio das dores do pescoço, ombros e costas e melhora significativa na capacidade funcional.

BENDITTE-KLEPETKO *et al.* (2007) em estudo de coorte com 50 mulheres que apresentavam mamas de diversos tamanhos, pesquisaram a influência do volume mamário nos aspectos físicos e psíquicos. Realizaram avaliação postural e funcional pelo exame de ressonância magnética, verificaram a intensidade da dor por meio da EVA e avaliaram sintomas depressivos pelo Back Depression Inventory (BDI). Os autores descreveram que o tamanho da mama estava diretamente relacionado com a presença de sobrepeso, níveis altos de dor, incidência de problemas posturais e sintomas depressivos. Destacaram o impacto da hipertrofia mamária na morbidade física e psíquica das mulheres.

SIGURDSON *et al.* (2007) em estudo qualitativo, investigaram mulheres com hipertrofia mamária em relação aos sintomas, experiências e impacto dessa condição na suas vidas. Os pesquisadores selecionaram 168 mulheres do serviço de cirurgia plástica de um hospital do Canadá que foram randomizadas para participarem ou não da pesquisa. Um total de 21 pacientes foram entrevistadas por meio de questionário aberto, os resultados explorados pela análise de conteúdo e organizados utilizando o programa NVivo. As pacientes com macromastia relataram presença constante de dor, dificuldade para realizar atividades habituais, desconforto para praticar exercícios, alterações respiratórias em atividades intensas e impacto emocional negativo nas relações amorosas e situações sociais. Os autores observaram que sintomas físicos, principalmente a dor, predominavam nas pacientes mais idosas e os sintomas psíquicos eram comuns nas jovens. O estudo sugeriu a necessidade de aprofundar as investigações sobre o impacto da hipertrofia mamária nas diferentes idades e sua repercussão na qualidade de vida.

WOODMANN & RADZYMINSKIS (2007) em exploração fenomenológica sobre a percepção da vida após mamoplastia redutora, realizaram entrevista com questionário aberto em nove pacientes depois de cinco meses a três anos de realizada a mamoplastia. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra, encaminhadas para leitura e validação das participantes e depois, os resultados foram organizados em temas principais pelos pesquisadores. As pacientes entrevistadas relataram que após a intervenção passaram a se sentir mais proporcionais e por isso mais bonitas, sensuais e confiantes, relatando que estavam orgulhosas com o resultado da cirurgia. Descreveram que a sensação de embaraço e desconforto desencadeados pela condição tinha sido resolvida e que,



sentiam-se mais motivadas e com energia. Em relação aos sintomas físicos, relataram diminuição da dor, melhora da postura e menor sensação de fadiga nas atividades, dizendo que passaram a perceber-se mais saudáveis. Os autores concluíram que a mamoplastia além de aliviar os sintomas físicos, promoveu melhora da autoestima, da imagem corporal e qualidade de vida.

BROWN *et al.* (2008) investigaram 141 mulheres em relação aos efeitos da mamoplastia redutora na amamentação, autoexame e prática de exercícios. Os pesquisadores avaliaram por meio de questionário aberto a presença de sintomas físicos, dificuldade para realização do autoexame devido ao excesso de volume, engajamento na prática de exercícios físicos, amamentação (sendo considerada pelo menos duas semanas de aleitamento) e satisfação com a cirurgia. Os resultados revelaram que das 101 mulheres entrevistadas, 50% apresentaram maior facilidade na amamentação, 78% referiram maior facilidade para realizar o autoexame e 97% observaram melhora nos sintomas de dor. Todas as mulheres participantes acharam a prática de exercícios mais fácil e relataram sentirem-se mais aptas para executar atividades rigorosas. Houve unanimidade na descrição da melhora da saúde e qualidade de vida geral.

SPECTOR *et al.* (2008) avaliaram prospectivamente 188 pacientes submetidas à mamoplastia redutora no pré e pós-operatório de três meses e um ano. Analisaram IMC, volume de tecido removido, sintomatologia e qualidade de vida. Os instrumentos utilizados foram um questionário para avaliação de sintomas criado pelos próprios autores, o EuroQol e o SF-36 para avaliação da qualidade de vida. Os resultados revelaram reversão das dores cervicais e lombares, alívio das cefaléias, eliminação da dor irradiada

para as mãos e resolução dos sulcos nos ombros provocados pelo peso da alça do sutiã. Comprovaram benefício importante da cirurgia na qualidade de vida, independentemente da quantidade de tecido removido. Assinalaram que, depois da intervenção, as mulheres sentiam-se mais confortáveis para encontrar sutiã e roupas de tamanho adequado, e não apresentavam mais dificuldades para praticar esportes e corrida. Os resultados sugeriram que mulheres que buscavam a cirurgia sentiam-se incomodadas com a situação independentemente do grau de hipertrofia.

SABINO NETO *et al.* (2008) realizaram estudo sobre o impacto na qualidade de vida, autoestima e capacidade funcional em mulheres com hipertrofia mamária que realizaram mamoplastia redutora. Dividiram aleatoriamente 100 pacientes em dois grupos: um grupo que foi operado imediatamente (50 pacientes – grupo mamoplastia) e outro grupo (50 pacientes – grupo controle) selecionado para cirurgia, porém sem intervenção até que fosse concluída a pesquisa. Foram aplicados antes e depois de seis meses, em ambos os grupos, a Escala de Autoestima de Rosenberg – UNIFESP/EPM, o questionário de *Rolland Morris* para avaliação da capacidade funcional e a EVA para verificação da intensidade da dor. O estudo identificou que 11 pacientes apresentavam alto grau de comprometimento funcional, que afetava a performance das atividades diárias. Os resultados assinalaram melhora significativa da capacidade funcional após a mamoplastia redutora e nenhuma mudança significativa no grupo controle. A mamoplastia trouxe ainda alívio da intensidade das dores na coluna e promoveu melhora da autoestima nas pacientes operadas.

VON SOEST *et al.* (2009) verificaram como as medidas de imagem corporal, autoestima e sintomas psíquicos pontuado em dimensões

como somatização, sintomas obsessivo-compulsivos, sensibilidade interpessoal, ansiedade e depressão se modificavam após a cirurgia plástica. Para isso, foram utilizados os questionários MBSRQ, RSE e *Hopkings Symptom Checklist* (SCL), respondidos antes e depois de seis meses das intervenções. Para maior homogeneidade da amostra os homens foram excluídos da avaliação. Os resultados obtidos com as 52 mamoplastias redutoras, cinco mamoplastias de aumento, 20 ptoses mamárias, 20 lipoaspirações, 22 abdominoplastias, 14 blefaroplastias foram comparados com relatos de mulheres que nunca realizaram intervenções cirúrgicas. A pesquisa demonstrou que a idade ou o tempo decorrido da intervenção não tinha influência direta nas variáveis estudadas. As pacientes apresentaram melhora significativa na autoestima e na avaliação da imagem corporal depois da intervenção, independentemente do tipo de cirurgia. Foram observados benefícios pouco significativos para os outros problemas psicológicos investigados. Os autores ressaltaram a importância do acompanhamento a longo prazo e determinaram realização de novas entrevistas depois de cinco anos.

ROGLIANI *et al.* (2009) mensuraram as modificações nos sintomas físicos, psíquicos e imagem corporal em mulheres que realizaram mamoplastia redutora. A avaliação foi realizada com os instrumentos: *Symptom Interpretation Questionnaire* (SIQ), BDDE-SR e SF-36, aplicados em 116 pacientes de um hospital em Roma após seis meses e um ano da intervenção. Os resultados comprovaram que a mamoplastia redutora trouxe redução importante dos sintomas físicos e psíquicos, além de promover melhora na qualidade de vida geral. Os autores observaram efeitos positivos significativos para a imagem corporal após seis meses da intervenção e manutenção desses benefícios ao longo do tempo. Os autores

ainda especularam que a mamoplastia redutora era muito mais que uma cirurgia estética, sendo uma intervenção reconstrutora que promovia a reversão dos sintomas físicos, a satisfação corporal e o bem estar nas mulheres com hipertrofia mamária.

DE FARIA *et al.* (2009) em estudo prospectivo e exploratório, investigaram desconfortos, complicações e satisfação de 21 pacientes da cidade de Taubaté após mamoplastia redutora. Aplicaram questionário aberto nas pacientes indagando sobre sua idade, perfil sócioeconômico, motivos que as levaram a realizar mamoplastia, orientações que receberam sobre a cirurgia, desconfortos/complicações no pós operatório e satisfação com o resultado. Os resultados obtidos revelaram que o motivo que levou as pacientes a procurarem a cirurgia foi a insatisfação com a aparência. Algumas pacientes relataram que o principal desconforto no pós cirúrgico foi encontrar uma posição agradável para dormir, no entanto, 28,57% delas não apontaram nenhum desconforto. A satisfação das pacientes em relação à intervenção foi ótima; 71,44% disseram ter ficado contentes com a intervenção e satisfeitas com o resultado.

DUCIC, IORIO, AL-AHAR (2010) avaliaram prospectivamente a incidência de dores de cabeça crônicas ou enxaquecas em mulheres com hipertrofia mamária e o impacto da mamoplastia redutora após um ano da intervenção. Afirmaram que, das 84 pacientes avaliadas, 58 apresentavam dores de cabeça crônicas com uma frequência média de 9,8 episódios por mês e 88% do total de mulheres reclamavam de dores nas costas, pescoço e ombros. Após a cirurgia, 49% das pacientes reportaram melhora dos episódios de cefaléia e 20% relataram resolução completa dos episódios de dor nas costas, pescoço e ombros. Os escores médios para os níveis de

dores tanto na cabeça como nas costas, pescoço e ombros após um ano de mamoplastia, reduziram de forma significativa em todo grupo. Dentre as participantes da pesquisa, 90% descrevem melhora do bem estar e percepção da qualidade de vida.

TURHAN-HAKTANIR *et al.* (2010) compararam o temperamento, traços de personalidade e autoestima de 24 mulheres que realizaram mamoplastia redutora com 24 controles com mamas de tamanho normal. As pacientes, de nacionalidade turca, responderam o *The Temperament and Character Inventory* (TCI) e RSE antes e depois de seis meses da cirurgia; já o grupo controle foi avaliado um única vez no contato inicial. Os resultados demonstraram que as mulheres com mamas hipertróficas eram mais inseguras, passivas, sentimentais, menos persistentes, mais estressadas e ansiosas. Além disso, a avaliação mostrou que o grupo com hipertrofia mamária era mais inativo e apresentava baixa autoestima quando comparado aos controles. Em contrapartida, o estudo demonstrou que mulheres com hipertrofia tendiam a desenvolver características sociais adaptativas como empatia, foco e responsabilidade. A intervenção trouxe benefícios; os escores de autoestima subiram significativamente e as pacientes também apresentaram melhora nos níveis de autoconfiança e percepção corporal.

SINGH, PINELL, LOSKEN (2010) em levantamento sobre a opinião das pacientes sobre a mamoplastia redutora, perda de peso, imagem corporal e auto confiança, avaliaram 41 mulheres. Investigaram através de exame clínico e questionário aberto elaborado pelos autores, o IMC, a quantidade de tecido ressecado, presença de fatores de risco, sintomas, sensação após intervenção, perda de peso associada, mudanças

na qualidade de vida, imagem corporal, sexualidade, exercícios e satisfação com o corpo. As pacientes foram distribuídas em dois grupos: aquelas que acreditavam que a cirurgia estimulava a perda de peso (grupo A) e aquelas que não tinham essa crença (grupo B) e suas respostas foram comparadas. Foi verificado que o grupo A de fato apresentou não só maior perda de peso, como também melhor imagem corporal, mais disposição para tentar novas atividades e praticar exercícios, mais confiança no contato sexual, melhora da autoestima e mais interação social. Ao contrário, o grupo B além de apresentar poucos ganhos para variáveis como dor, imagem corporal, atividade física e sexualidade foi observado também ganho de peso e menor satisfação corporal.

MELLO, DOMINGOS, MIYAZAKI (2010) em investigação sobre qualidade de vida e autoestima, utilizaram o SF-36 e a RSE para avaliar 30 pacientes que realizaram mamoplastia redutora. Os questionários foram aplicados antes, depois de um e seis meses da cirurgia. Os autores descreveram que pacientes com mais idade procuravam a cirurgia para alívio da dor, enquanto que as mais jovens tinham como principal motivação atingir um ideal estético. Verificaram que 70% das pacientes estavam acima do peso ( $IMC \geq 25$ ). As pacientes apresentaram melhora nos escores de autoestima e qualidade de vida já no primeiro mês depois da intervenção, mesmo com todo o desconforto pós cirúrgico comum desse período e o sobrepeso apresentado. A melhora se manteve ao longo de seis meses. Ao correlacionar os escores de autoestima e qualidade de vida observou-se que não houve significância estatística entre as evoluções, sugerindo que a melhora da autoestima existia independentemente da presença de sintomas no período pós operatório.

TYKKA *et al.* (2010) realizaram investigação sobre custo utilidade da mamoplastia redutora por meio da medida da qualidade de vida por ano (QUALYS) de 89 pacientes. Para realizar estimativa do QUALY foi administrado o SF-36 antes e após seis meses da cirurgia. Os resultados demonstraram que a intervenção proporcionou não só melhora da qualidade de vida das pacientes, mas também foi eficaz na relação custos e qualidade quando comparada às outras opções cirúrgicas paliativas para alívio dos sintomas de hipertrofia mamária, como descompressão cervical, lombar ou artroplastia.

ASPS (2011a) publicaram um guia de prática clínica da mamoplastia redutora e critérios para cobertura de seguro de saúde. Nesse estudo reconheceram a hipertrofia mamária feminina como uma condição que exige administração terapêutica. Documentaram as possibilidades cirúrgicas e não cirúrgicas de intervenção para mulheres com hipertrofia mamária, apontando a mamoplastia redutora como recurso efetivo para resolução dos sintomas físicos, psíquicos e melhora da qualidade de vida. Demonstraram evidências que mulheres com diferentes graus de hipertrofia e peso corporal se beneficiaram com a cirurgia, e sugeriram, que a pequena quantidade de tecido a ser ressecado ou a presença de sobrepeso não devem ser critérios para contra indicar a intervenção. A associação argumentou que a satisfação pessoal, imagem corporal, bem estar, saúde e qualidade de vida são importantes parâmetros e devem ser considerados para determinar a recomendação.

REARDON & GORGON (2011) realizaram estudo que visou explorar a experiência de 32 mulheres com hipertrofia mamária de diferentes regiões (Canadá, Irlanda e Inglaterra e Estados Unidos) que

desejavam ou que realizaram a mamoplastia redutora. Os grupos foram divididos em 13 pacientes que desejavam a cirurgia e 19 que já a tinham realizado. Foi então aplicada uma entrevista semiestruturada que incluía informações sobre dor, condições de saúde, atividade física, desconfortos, autoconfiança, interações sociais, relações afetivas, imagem corporal e esperanças com a cirurgia. A dor teve destaque como principal incômodo físico com impacto significativo na qualidade de vida. Foi observada alta incidência de alterações posturais, além disso, as mulheres disseram evitar atividade física e exercícios de impacto devido ao tamanho e desconforto das mamas na realização dessas atividades. Em relação à imagem corporal, as mulheres utilizaram palavras negativas e grotescas para descrever essa situação, além de apontarem dificuldade de encontrar roupas, sentimentos de vergonha e tristeza ao experimentar roupas ou dificuldades de exposição do corpo frente ao parceiro, principalmente sem o sutiã. Apesar de algumas relatarem complicações no pós operatório, todas as que realizaram a cirurgia confirmaram redução das dores, melhora da condição geral de saúde, maior sensação de autoconfiança e satisfação. Todas disseram que recomendariam a cirurgia para outras mulheres com o mesmo problema. Entretanto, mesmo após a realização da mamoplastia, algumas pacientes ainda disseram acreditar que suas mamas estavam grandes, por isso os autores sugeriram que a mudança da percepção e ajuste da imagem corporal não era um processo imediato, mas acontecia com o decorrer do tempo com adaptação à nova condição.

PORTO *et al.* (2011) avaliaram a qualidade de vida de 30 mulheres submetidas à mamoplastia redutora. Para isso, aplicaram o SF-36 antes e depois de três e seis meses da operação. Foi observado que as pacientes apresentaram melhora significativa já nos três meses e mantiveram ao longo



dos seis meses após a cirurgia em todos os domínios do questionário de qualidade de vida, independente das diferentes quantidades de volume mamário ressecado. Destacaram a relevância social da intervenção e os benefícios sobre a satisfação, autoconfiança e autoestima.

SAARINIENI, LUUKKAALA, KUOKKANEN (2011) em investigação sobre os efeitos da mamoplastia redutora, avaliaram a qualidade de vida (SF-36), sintomas específicos (*Finnish Breast Associated Symptoms Questionnaire – FBAS*), dor (*Finnish Pain Questionnaire – FPQ*) e alterações de humor (*Raitasalo's Modification of the Beck's Depression Inventory – RBDI*) em 29 pacientes antes da cirurgia e após seis meses. Os autores comprovaram que a mamoplastia redutora trouxe benefícios para os fatores psicossociais independentemente da quantidade de tecido mamário ressecado e promovia melhora do estado mental, da depressão e da qualidade de vida. As pacientes menos ansiosas e com autoestima mais elevada antes da cirurgia apresentaram menores incrementos nos escores de qualidade de vida no pós operatório. Entretanto, as mais ansiosas tiveram melhora significativa e acentuada nos sintomas de depressão. Aquelas com maior demanda física no trabalho demonstraram benefícios mais significativos de qualidade de vida no pós operatório. Os autores também ressaltaram que pacientes com sobrepeso apresentaram menores benefícios na autoestima do que as mulheres com peso normal.

FIRAT *et al.* (2012) verificaram a influência da mamoplastia redutora em transtornos psiquiátricos que se manifestavam na forma de lesões cutâneas, visto que, em alguns casos, alterações da imagem corporal podiam resultar em distúrbios que se somatizavam na pele. Assim, os

autores avaliaram, por meio do registro em imagens fotográficas, 17 pacientes com hipertrofia mamária que apresentavam lesões de causas psíquicas no torso, mamas e ombros. As pacientes foram fotografadas antes da mamoplastia, no primeiro, segundo e terceiro mês depois da cirurgia. Os autores comprovaram melhora das lesões após intervenção, concluindo que a mamoplastia redutora poderia ser efetiva no tratamento dos distúrbios de imagem corporal que resultavam em lesões dermatológicas. Afirmaram que a cirurgia promoveu interação positiva da imagem corporal, mente e pele.

BREITING *et al.* (2012) realizaram estudo prospectivo que avaliou resultados da mamoplastia redutora na perspectiva do paciente, de cirurgiões plásticos da equipe e de outros cirurgiões. As mamas foram fotografadas com critério padronizado depois de seis e 12 meses da intervenção e apresentadas para esses três grupos. Os resultados demonstraram que a opinião sobre a aparência das mamas, preocupação e principalmente satisfação são diferentes entre médicos e pacientes. Observou-se que os profissionais da equipe eram mais detalhistas e críticos que os demais. O estudo também apontou que as mulheres estavam preocupadas com o alívio dos sintomas, aparência geral e condições pós-operatórias; já os cirurgiões estavam mais focados na simetria das mamas e na condição das cicatrizes.

SINGH & LOSKEN (2012) realizaram revisão sistemática de artigos compreendidos entre 1977 e 2010 que comprovavam os efeitos positivos da mamoplastia redutora sobre os aspectos físicos, psíquicos e sociais. Referiram que, além das pesquisas que descreviam as importantes repercussões físicas como resolução das dores de coluna e cabeça, incremento da função pulmonar e reversão de distúrbios alimentares, os

estudos assinalaram também que a redução das mamas teve importante efeito sobre a dimensão emocional diminuindo os níveis de ansiedade e depressão, além de melhorar a autoestima, função sexual e qualidade de vida. Um fator que mereceu destaque nessa revisão foi a relação entre a mamoplastia e o comportamento alimentar. A harmonização corporal obtida com a cirurgia deixou as mulheres mais interessadas em cuidar do corpo e tornou a prática de exercícios mais confortável, fatores que estimularam o controle de peso e aquisição de hábitos mais saudáveis.

NETO *et al.* (2012) compararam o impacto da intervenção cirúrgica na autoestima em 50 mulheres com hipertrofia mamária; 35 pacientes com assimetria mamária e 40 pacientes com hipomastia. Foi aplicada a Escala de Autoestima de Rosenberg – UNIFESP/EPM no terceiro e sexto mês do pós cirúrgico para os grupos hipertrofias e assimetria e no segundo e quarto mês para o grupo hipomastia. Os autores observaram que as pacientes com assimetria tinham autoestima mais baixa no pré cirúrgico, seguidas do grupo com mamas hipertróficas. Porém os resultados demonstraram que todos os grupos melhoraram a autoestima de forma significativa depois das respectivas intervenções, indicando similar benefício entre os grupos. Os autores assinalaram que a autoestima se manteve positiva depois de quatro e seis meses.

GONZALEZ *et al.* (2012) aplicaram o questionário *BREAST-Q* em 178 pacientes para avaliar a influência do IMC, da quantidade de volume ressecado e a qualidade de vida após a mamoplastia redutora. Demonstraram efeitos positivos da mamoplastia na qualidade de vida, afirmando que os benefícios estavam relacionados com a realização da cirurgia independentemente da quantidade de tecido removido.

Comprovaram que o IMC não teve impacto significativo nessa melhora, pois mesmo pacientes com sobrepeso diziam-se mais satisfeitas com o corpo após intervenção. Ressaltaram a necessidade de reavaliação das restrições de financiamento impostas pelas seguradoras.

MAZZOCCHI *et al.* (2012) investigaram benefícios posturais por meio da medida do centro de gravidade depois da mamoplastia redutora. Os autores destacaram a influência das emoções e imagem corporal na postura. Avaliaram com um equipamento denominado estabilômetro a posição do centro de gravidade de 52 pacientes antes da mamoplastia redutora, e depois de um, quatro e 12 meses da intervenção. Demonstraram que após quatro meses as mulheres permanecem em adaptação e ainda apresentam certa instabilidade, porém apontam melhora de postura após a cirurgia.

CORIDDI *et al.* (2013) realizaram investigação prospectiva e aplicaram o *BREAST-Q* para avaliar a melhora da satisfação e qualidade de vida de 49 pacientes antes e após 45 dias da mamoplastia redutora. Demonstraram que as mulheres entrevistadas apresentaram melhora em todas as categorias avaliadas pelo instrumento: depois dos 45 dias estavam mais satisfeitas com a aparência da mama, relatavam maior bem estar psicossocial, mais satisfação física, mais autoconfiança em relação ao parceiro sexual e revelavam melhora na qualidade de vida. Os autores referiram que o IMC médio foi de  $31,8\text{kg/m}^2$ , ou seja, as mulheres apresentavam sobrepeso antes da intervenção.

SILVA *et al.* (2013) avaliaram prospectivamente o impacto da hipertrofia mamária e da mamoplastia redutora na sexualidade feminina de

60 mulheres com hipertrofia mamária. Essas mulheres foram randomizadas em dois grupos: 30 pacientes que seriam operadas (grupo estudo) e outras 30 que esperariam a conclusão da pesquisa para serem operadas (grupo controle). Foi aplicado o Quociente Sexual - versão feminina (QSF), para quantificar o desempenho e satisfação sexual no momento do contato inicial e decorridos seis meses (grupo controle) ou antes da intervenção e depois de seis meses da cirurgia (grupo estudo). Observaram que na primeira avaliação não houve diferença entre os grupos, no entanto, após a intervenção, o grupo estudo apresentou melhora da função sexual. Já o grupo controle não apresentou diferença nos escores nos dois momentos de aplicação.

ARAÚJO *et al.* (2014) realizaram estudo de custo-utilidade da mamoplastia redutora no sistema de saúde brasileiro. Avaliaram prospectivamente 60 mulheres com hipertrofia mamária, 30 das quais foram submetidas à mamoplastia. Para isso, foi utilizada a versão reduzida do questionário de qualidade de vida (SF-6D), antes, após três e seis meses. Os autores assinalaram que a mamoplastia redutora realizada no sistema de saúde brasileiro oferecia uma relação custo-utilidade equivalente a 536,26 reais. Além disso, promoveu melhora na qualidade de vida nos três meses de pós operatório, mantendo esse efeito positivo ao longo dos seis meses.

GARCIA *et al.* (2015) verificaram prospectivamente a sensibilidade do complexo areolar e a função sexual de mulheres após mamoplastia redutora. Para isso, avaliaram três grupos de mulheres: 20 com hipertrofia mamária que iriam realizar mamoplastia redutora, 20 com hipertrofia mamária, mas que não desejavam a cirurgia e 20 mulheres com

mamas de tamanho normal. Todas as voluntárias não tinham passado pela menopausa e eram ativas sexualmente. Para verificação da sensibilidade cutânea, as mamas eram divididas em quadrantes onde eram realizados estímulos sensoriais de temperatura, tato, pressão e vibração. Durante o exame as pacientes tinham seus olhos vendados. A função sexual foi avaliada pelo Índice de Função Sexual Feminina (FSFI). Como resultados, os autores relataram que o grupo mamoplastia, depois da cirurgia, apresentou melhores escores para excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação. Depois da intervenção as mulheres apresentaram redução de sensibilidade mamária, porém essa alteração não influenciou a função sexual.

BERALDO *et al.* (2016) investigaram a repercussão da redução mamária sobre a função sexual e depressão de mulheres que se submeteram à mamoplastia redutora. Avaliaram, prospectivamente, 60 mulheres com hipertrofia mamária randomicamente alocadas em dois grupos: 30 pacientes com hipertrofia mamária que foram submetidas a mamoplastia e 30 mulheres com hipertrofia que iriam aguardar a finalização do estudo para realizar a intervenção. Foi aplicado então, o BDI e o FSFI em dois momentos: antes e após seis meses da cirurgia (grupo mamoplastia) ou na primeira entrevista e depois de decorridos seis meses (grupo controle). Os grupos não apresentaram diferença entre si na primeira entrevista, no entanto, após a intervenção, o grupo mamoplastia demonstrou diminuição da disfunção sexual e melhora nos sintomas para depressão.

CABRAL *et al.* (2017) estudaram a capacidade para o trabalho e a produtividade de mulheres com hipertrofia mamária submetidas à mamoplastia redutora. Para isso avaliaram prospectivamente 60 pacientes,

entre 25 e 60 anos de idade com hipertrofia mamária e mamoplastia redutora agendada, que trabalhavam fora do lar, em emprego formal ou como autônomas. Foram autoaplicadas as versões brasileiras do *Work Productivity and Activity Impairment – General Health* (WPAI-GH) e do *Work Limitations Questionnaire* (WLQ), no pré-operatório e no pós-operatório de seis meses. O estudo demonstrou melhora significativa da capacidade para o trabalho e da produtividade após a cirurgia. Foi relatada diminuição do absenteísmo e do índice de perda de produtividade para todos os indicadores comprovando que a mamoplastia redutora promoveu aumento da capacidade para o trabalho e da produtividade de mulheres com hipertrofia mamária.

PÉREZ-PANZANO *et al.* (2017) avaliaram as consequências da macromastia sintomática sob níveis de ansiedade, depressão e insatisfação com a imagem corporal e a eficácia da cirurgia de redução de mama em restabelecer a saúde mental, tanto a curto quanto a longo prazo. Para isso foram avaliadas 119 pacientes, maiores de 18 anos com macromastia antes da cirurgia, um mês após a operação e um ano mais tarde. Os instrumentos utilizados foram: HADS e *Body Image Dissatisfaction subscale of the Eating Disorders Inventory* (EDI-2). Antes da cirurgia, foram descritos elevados níveis de ansiedade, sofrimento psíquico e insatisfação com a imagem corporal. As mulheres mais jovens foram as psicologicamente mais afetadas. Após um mês de cirurgia, foram relatadas melhoras significativas, com redução nas pontuações de ambos questionários. O estudo concluiu que a mamoplastia redutora trouxe benefícios psíquicos nos sintomas de pacientes com macromastia.

## **4. MÉTODOS**



#### **4.1. DESENHO DA PESQUISA**

Trata-se de um estudo clínico primário, prospectivo, analítico, *quasi* intervencional e em centro único.

#### **4.2. ASPECTOS ÉTICOS**

Para garantir os direitos das participantes e fazer cumprir os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que diz respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, esse projeto foi aprovado pelo comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (CAAE: 30223214. 2.0000.5505, Parecer nº 639.052/2014) e da Universidade do Vale do Sapucaí (CAAE: 15167713.9.0000.5102, Parecer nº 303.366) (Apêndices 1 e 2, respectivamente).

Antes da coleta de dados, todas as voluntárias foram informadas, em uma linguagem clara e concisa, sobre os objetivos do estudo e aspectos éticos que norteiam uma investigação científica, assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo. Todas as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

#### **4.3. AMOSTRAGEM E CASUÍSTICA**

A amostragem para o grupo mamoplastia foi por conveniência; o grupo foi formado por todas as pacientes agendadas para mamoplastia redutora nos ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, hospital universitário localizado no município de Pouso Alegre - MG, no período de junho de 2013 a dezembro de 2015, que preencheram os critérios de elegibilidade.

A casuística estudada foi de 206 mulheres, 103 mulheres compuseram o grupo mamas de volume normal, sem intervenção, e 103 mulheres formaram o grupo que realizou a cirurgia. As mulheres com mamas de volume normal foram selecionadas nos ambulatórios de Ginecologia - Planejamento Familiar do mesmo hospital.

Para a seleção de participantes foram utilizados os critérios de elegibilidade descritos a seguir.

#### **4.3.1. Critérios de inclusão**

Grupo mamoplastia: mulheres entre 18 e 55 anos, com hipertrofia mamária segundo o índice de Sacchini e classificação de Franco & Rebello (SACCHINI *et al.* 1991; FRANCO & REBELLO, 1977), candidatas à mamoplastia redutora, índice de massa corporal (IMC) inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, sem restrição quanto a etnia ou nível sócio econômico e com a operação já agendada;

Grupo mamas de volume normal: mulheres entre 18 e 55 anos, com mamas consideradas de volume normal segundo o índice de Sacchini e classificação de Franco e Rebello (SACCHINI *et al.* 1991; FRANCO & REBELLO, 1977), índice de massa corporal (IMC) inferior a 30 kg/m<sup>2</sup> e que não tivessem realizado nenhum procedimento cirúrgico nas mamas.

#### **4.3.2. Critérios de não inclusão (ambos os grupos)**

Gestação, parto ou amamentação há menos de um ano; menopausa; vigência ou história de tratamento psiquiátrico; doenças agudas ou sistêmicas não controladas; patologias mamárias diagnosticadas ou em investigação; cirurgia prévia nas mamas ou mulheres que se recusassem em participar da pesquisa.

#### **4.3.3. Critérios de exclusão (ambos os grupos)**

Gestação ou diagnóstico de patologia mamária no decorrer do período de seguimento ou retirada do consentimento em qualquer etapa do estudo.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos dois grupos, no início do estudo.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos grupos estudados

|                             | Grupo                                |                        | <i>Valor de p</i>              |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
|                             | Mamas de<br>volume normal<br>(n=103) | Mamoplastia<br>(n=103) |                                |
| <b>IDADE (ANOS)</b>         |                                      |                        | <b><i>T STUDENT</i></b>        |
| média ± DP                  | 32,50 ± 11,35                        | 33,73 ± 11,27          | 0,435                          |
| mínimo – máximo             | 18 – 56                              | 18 – 56                |                                |
| <b>ESCOLARIDADE - n (%)</b> |                                      |                        | <b><i>QUI<br/>QUADRADO</i></b> |
| Fundamental                 | 7 (6,8%)                             | 25 (24,3%)             |                                |
| Médio                       | 46 (44,7%)                           | 52 (50,5%)             | <0,001*                        |
| Superior                    | 29 (28,2%)                           | 18 (17,5%)             |                                |
| Pós-Graduação               | 21 (20,4%)                           | 8 (7,8%)               |                                |
| <b>ESTADO CIVIL - n (%)</b> |                                      |                        | <b><i>QUI<br/>QUADRADO</i></b> |
| Solteira                    | 63 (61,2%)                           | 40 (38,8%)             |                                |
| Casada                      | 35 (34%)                             | 51 (49,5%)             | <0,001*                        |
| Divorciada                  | 4 (3,9%)                             | 8 (7,8%)               |                                |
| Viúva                       | 1 (1%)                               | 4 (3,9%)               |                                |
| <b>FILHOS - n (%)</b>       |                                      |                        | <b><i>QUI<br/>QUADRADO</i></b> |
| Sim                         | 41 (39,8%)                           | 66 (64,1%)             | <0,001*                        |
| Não                         | 62 (60,2%)                           | 37 (35,9%)             |                                |

DP: desvio padrão; \*p≤0,05

A Tabela 2 apresenta as características clínicas das mamas dos grupos estudados.

**Tabela 2.** Características clínicas das mamas

|  | Grupo                          |                     | <i>Valor de p</i>       |
|--|--------------------------------|---------------------|-------------------------|
|  | Mamas de volume normal (n=103) | Mamoplastia (n=103) |                         |
| <b>ÍNDICE SACCHINI (cm)</b>                        |                                |                     | <b><i>T PAREADO</i></b> |
| média ± DP   | 9,95±0,90                      | 14,46±1,77          | <0,001*                 |
| mínimo – máximo                                    | 7,50 - 10,75                   | 11,50 - 19,50       |                         |
| <b>PESO RESSECADO (g)</b>                          |                                |                     |                         |
| média ± DP   | -                              | 732,05±362,01       | -                       |
| mínimo – máximo                                    | -                              | (300 – 2.700)       |                         |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE FRANCO &amp; REBELLO n (%)</b> |                                |                     |                         |
| Grau I   | -                              | -                   |                         |
| Grau II  | -                              | 91 (88,34%)         | -                       |
| Grau III   | -                              | 12 (11,66%)         |                         |

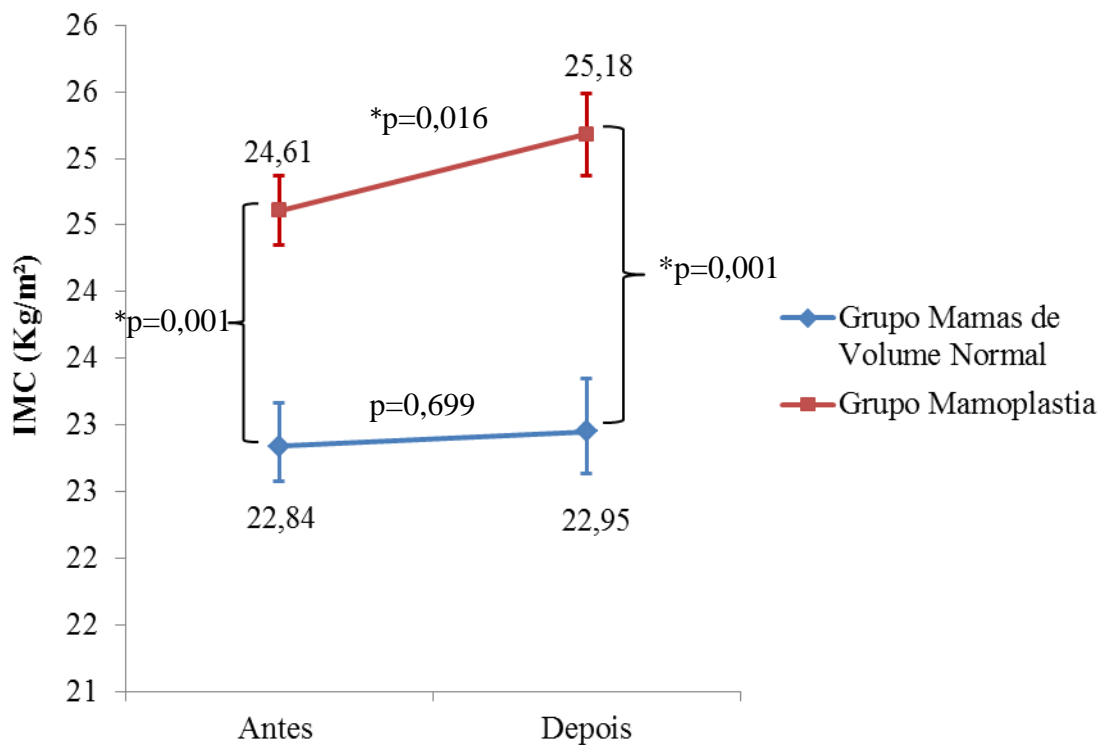
DP: desvio padrão; \*p≤0,05

A tabela 3 e figura 1 apresentam os valores de IMC, variação e comparação dos dois grupos estudados antes e depois da intervenção.

**Tabela 3.** Comparação do IMC intragrupos e intergrupos antes e após seis meses, em médias ajustadas para as diferenças entre os grupos em relação às idades, estado civil, escolaridade e filhos  $\pm$  erro padrão

| Variável /<br>Momento de avaliação | GRUPO                                |                        | Comparações<br>intergrupos<br>(ANOVA) |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
|                                    | Mamas de<br>volume normal<br>(n=103) | Mamoplastia<br>(n=103) |                                       |
| <b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>      |                                      |                        |                                       |
| Antes (M $\pm$ EP)                 | 22,84 $\pm$ 0,33                     | 24,61 $\pm$ 0,26       | p<0,001*                              |
| (mínimo – máximo)                  | (16,90 – 28,12)                      | (20,43 – 28,80)        |                                       |
| Depois (M $\pm$ EP)                | 22,95 $\pm$ 0,40                     | 25,18 $\pm$ 0,31       | p<0,001*                              |
| (mínimo – máximo)                  | (17,24 – 29,72)                      | (20,14 – 34,55)        |                                       |
| Comparações intragrupos<br>(ANOVA) | p=0,699                              | p=0,016*               |                                       |

M = Média; EP=erro padrão; \* p<0,05.



**Figura 1.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do IMC para o grupo mamas de volume normal e mamoplastia

Como os grupos apresentaram diferenças com relação às idades, estado civil, escolaridade, filhos e IMC foi realizado ajuste estatístico das médias para que essas diferenças fossem consideradas.

#### 4.4. PROCEDIMENTOS

##### 4.4.1. Instrumento de caracterização das participantes do estudo (Apêndice 4)

O instrumento de caracterização das participantes do estudo foi composto por questões sobre aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos das participantes. Esse instrumento foi construído especificamente

para este estudo, fundamentado na literatura de referência e por informações da equipe cirúrgica.

#### **4.4.2. Exame físico (Apêndice 5)**

O exame físico foi realizado primeiramente pela aferição do peso e altura seguido do cálculo do IMC e avaliação do volume das mamas. Para mensuração do peso e da altura foi utilizada balança antropométrica com estadiômetro acoplado. Foi calculado o IMC utilizando a fórmula matemática:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura(m)}^2$  (ANJOS, 1992; VANNUCCHI *et al.*, 1996; WHO, 2011).

A avaliação das mamas foi realizada por meio do cálculo do índice de Sacchini e classificação de Franco e Rebello (SACCHINI *et al.*, 1991; FRANCO & REBELLO, 1977).

As medidas para cálculo do índice de Sacchini foram obtidas com fita milimetrada e com a paciente em posição ortostática. Foram obtidas as medidas das distâncias entre a papila mamária e o sulco mamário e entre a papila mamária e a margem lateral do esterno, bilateralmente. A classificação corresponde à mama pequena ou hipomastia quando a média das distâncias é menor que 9cm, mamas médias ou normais quando a média entre as distâncias apresenta valor entre 9 e 11cm e mama grande ou com hipertrofia quando a média das distâncias é maior que 11cm (SACCHINI *et al.*, 1991). Foram selecionadas para o grupo mamoplastia mulheres que apresentassem índice de Sacchini com valores superiores a 11cm e para o grupo mamas com volume normal aquelas com medidas entre 9 e 11 cm.

A classificação de Franco e Rebello é uma classificação subjetiva, que depende da percepção do avaliador, e compreende três graus: Grau I, a desproporção entre o tamanho das mamas e o biotipo das pacientes (caso



presente), são mais relativas que absolutas; Grau II, presença de sintomas como dores dorsais e cervicais, marcas nos ombros devido ao sutiã, dermatites de sulco mamário e cansaço acentuado no final do dia; Grau III, casos extremos, com agravamento dos sintomas descritos, podendo haver até dispnéia (FRANCO & REBELLO, 1977). Foram selecionadas para o grupo mamoplastia mulheres que apresentassem graus II ou III para o grupo mamas com volume normal grau I.

#### **4.4.3. *Body Dysmorphic Disorder Examination* - BDDE (Anexo 1)**

O BDDE consiste de uma entrevista clínica semiestruturada que avalia aspectos negativos da imagem corporal nos 30 dias anteriores à entrevista. Foi adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil por JORGE *et al.* (2008).

É composta por 34 questões, que avaliam os sintomas de insatisfação com o corpo em seis dimensões: preocupação e avaliação negativa da aparência física; excessiva importância atribuída à aparência física, na auto avaliação; vergonha, constrangimento e percepções de auto referência; esquiva de situações ou atividades em público, ou contato físico com os outros; estratégias de camuflagem como utilização de estilos de roupa e acessórios específicos, técnicas de maquiagem para disfarçar ou alteração de postura corporal; comportamentos de checagem do corpo como inspeção de áreas do corpo, preocupação excessiva com a aparência física ou comparação com os outros (ROSEN & REITER, 1996, DE BRITO *et al.*, 2013).

As questões do BDDE geram uma escala de zero a seis, que representam a frequência (número de dias presente) ou a intensidade (baixa ou extrema). O escore final corresponde à soma das respostas para todas as questões, com exceção das de números 1, 2, 3, 22, 33 e 34, que são

resultado da observação clínica do entrevistador. A pontuação máxima das 28 questões do BDDE corresponde a 168 pontos, sendo que o zero indica a ausência de sintomas negativos da imagem corporal, escores superiores a 66 já apontam algum grau de insatisfação com a aparência física e escores maiores significam sintomas mais graves (ROSEN & REITER, 1996; PHILIPS, 2004; JORGE *et al.*, 2008).

O BDDE fornece também uma medida quantitativa que permite a avaliação da presença e gravidade dos sintomas do transtorno dismórfico corporal (TDC). Se o participante apresentar pontuação superior a 4 nas questões 9,10 ou 11, 13, 18, 19, 23, 24, 25 ou 26 e pontuação igual a 0 ou 1 na questão 2 isso indica sintomas para TDC (ROSEN & REITER, 1996 PHILIPS, 2004). Os sintomas são classificados em leves ou moderados e graves (DE BRITO *et al.*,2013).

#### **4.4.4. *Body Investment Scale* - BIS (Anexo 2)**

A *Body Investment Scale* (BIS) avalia o investimento emocional no corpo. Foi adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil por GOUVEIA *et al.* (2008). É composta por 20 itens, distribuídos em três fatores: imagem corporal (itens 5,10,13,16,17,21), cuidado corporal (itens 1,8,12,14,15,18,19,24) e toque corporal (itens 2,6,9,11,20,23).

Para obter o escore final da escala é necessário reverter os escores dos itens 2, 3, 6, 8, 10 e 14 e somar todas as questões. O escore varia de 20 a 100 pontos, sendo que valores elevados indicam sentimentos positivos em relação ao corpo, toque e proteção (ORBACH & MIKULINCER, 1998; GOUVEIA *et al.*, 2008; MOREIRA *et al.*, 2010).

#### **4.4.5. *Breast Evaluation Questionnaire* - BEQ 55 (Anexo 3)**

O *Breast Evaluation Questionnaire* foi desenvolvido para avaliar a satisfação com as mamas, corpo e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidas à cirurgias mamárias. Validado e adaptado culturalmente para utilização no Brasil por FERREIRA *et al.* (2013), é composto por 55 questões. As respostas são apresentadas em cinco graduações sendo que um ponto corresponde a muito insatisfeito ou muito desconfortável e cinco pontos indica muito satisfeito ou muito confortável.

O questionário consiste de três partes: a primeira apresenta questionamentos a respeito da satisfação com o tamanho, forma e firmeza da mama em situações como atividade sexual, social ou profissional. A segunda parte verifica o grau de conforto com a aparência geral, aparência das mamas quando vestida, em trajes de banho ou despida quando sozinha, na presença do parceiro, de homens ou mulheres da sua rede de relacionamentos, ou de profissionais de saúde. A terceira parte avalia o

nível de satisfação com a própria mama em relação ao parceiro e familiares e qual a importância do tamanho das suas mamas tanto para si mesma quanto para as pessoas do seu relacionamento. A pontuação final corresponde à somatória de cada item e varia de 55 a 275 pontos. Quanto maior o escore obtido, maior a satisfação com as mamas (ANDERSON *et al.*, 2006; FERREIRA *et al.*, 2013).

#### **4.4.6. Mamoplastia Redutora**

Todas as pacientes foram operadas pela mesma equipe de cirurgiões, no centro cirúrgico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, sob anestesia geral. A técnica cirúrgica utilizada foi padronizada e convencional, mamoplastia redutora com cicatriz resultante em “T” invertido e retalho com pedículo superomedial para ascensão do complexo areolopapilar.

Na consulta ambulatorial no pré operatório, as pacientes que preenchiam os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar da pesquisa. Após assinatura do TCLE foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, realizada aferição de peso e altura da paciente e medidas e classificação das mamas.

Em seguida foram aplicados, por meio de entrevista, os instrumentos BDDE, BIS e BEQ 55 (Anexos 1, 2 e 3). As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e tranquilo, em uma sala ambulatorial designada para tal fim. Os mesmos instrumentos foram novamente aplicados pela mesma pesquisadora no pós-operatório de seis meses, no retorno ambulatorial das pacientes.

As voluntárias do grupo mamas de tamanho normal foram selecionadas nos ambulatórios de Ginecologia - Controle Familiar do mesmo Hospital e convidadas a participar do estudo. As que concordaram foram submetidas ao exame físico para classificação das mamas e aferição

de peso e altura; aquelas que preencheram os critérios de elegibilidade e assinaram o TCLE foram incluídas. Foram aplicados os mesmos instrumentos, sob as mesmas condições utilizadas para o grupo mamoplastia. Nesse grupo, as entrevistas foram realizadas na consulta ambulatorial das pacientes após essas concordarem em participar do estudo e seis meses após a entrevista inicial, mediante agendamento (GLATT *et al.*, 1999; NETSCHER *et al.*, 2000; MELLO, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2010).

#### **4.4.7. Análise estatística**

Os dados quantitativos do estudo foram descritos em média e desvio padrão; os qualitativos resumidos em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para a comparação entre os grupos quanto ao perfil sociodemográfico foram utilizados os seguintes testes estatísticos: Teste do Qui quadrado para estado civil, escolaridade, renda e filhos; Teste *T de Student* para idade. Para verificação da medida do tamanho das mamas (índice de Sacchini) antes e depois da mamoplastia foi utilizado o teste T Pareado, e utilizado o Teste ANOVA com medidas repetidas para analisar o IMC e os questionários de imagem corporal.

Para o teste ANOVA foram considerados dois fatores: GRUPO (mamas de volume normal e mamoplastia) e TEMPO (inicial e após seis meses) e feitas comparações intragrupos (mamas de volume normal na primeira entrevista *versus* mamas de volume normal na segunda entrevista e mamoplastia no pré e pós-operatório) e intergrupos (mamas de volume normal na primeira entrevista *versus* mamoplastia antes e mamas de volume normal na segunda entrevista *versus* mamoplastia depois). As médias foram ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos com o

objetivo de levar em conta as diferenças sócio demográficas entre os grupos. O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%.

As informações coletadas foram registradas em um banco de dados, utilizando o aplicativo Microsoft Office Excel (2010), e analisadas estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

## **5. RESULTADOS**

Não houve nenhuma perda ou exclusão, todas as participantes completaram o seguimento de seis meses.

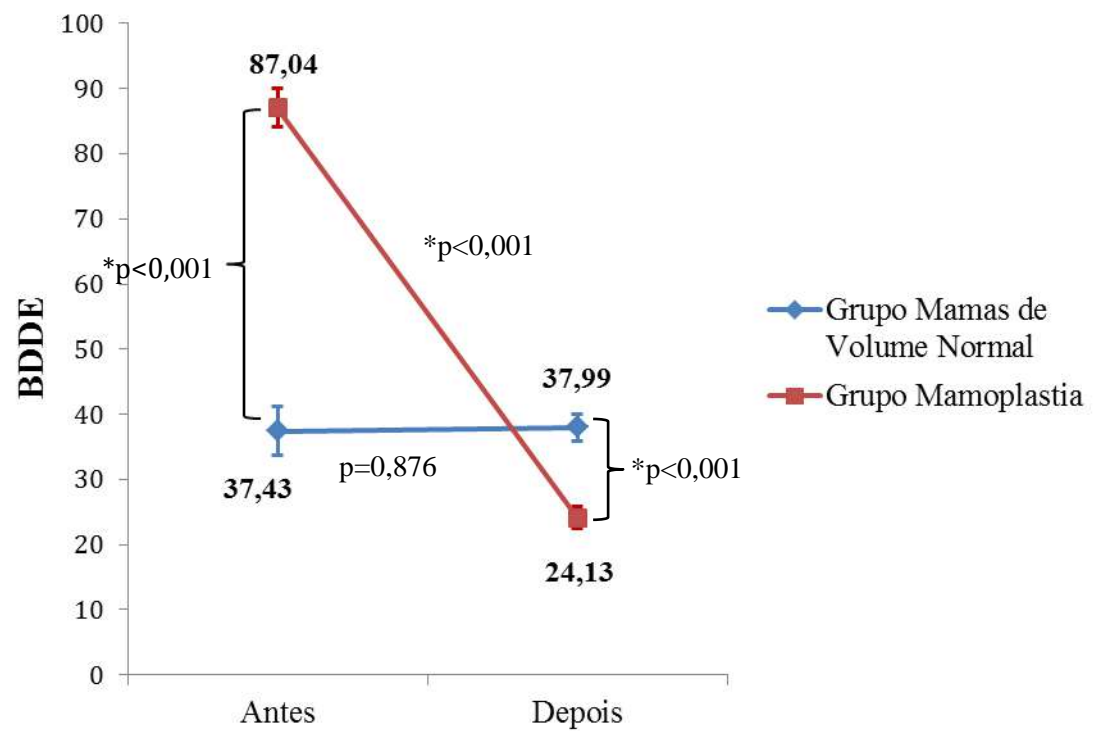
Os resultados obtidos na avaliação da imagem corporal para cada questionário estão apresentados nas tabelas e gráficos a seguir.

**Tabela 4.** Comparações intergrupos e intragrupos dos resultados do questionário BDDE antes e após seis meses. Valores em médias  $\pm$  erro padrão, ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos.

| Variável /<br>momento de avaliação | GRUPO                                |                        | Comparações<br>intergrupos<br>(ANOVA) |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
|                                    | Mamas de volume<br>normal<br>(n=103) | Mamoplastia<br>(n=103) |                                       |
| <b>BDDE</b>                        |                                      |                        |                                       |
| Antes                              | 37,43 $\pm$ 3,77                     | 87,04 $\pm$ 2,92       | p<0,001*                              |
| Depois                             | 37,99 $\pm$ 2,08                     | 24,13 $\pm$ 1,61       | p<0,001*                              |
| Comparações intragrupos<br>(ANOVA) | p=0,876                              | p<0,001*               |                                       |

*p* obtidos da ANOVA com medidas repetidas; \* p<0,05.



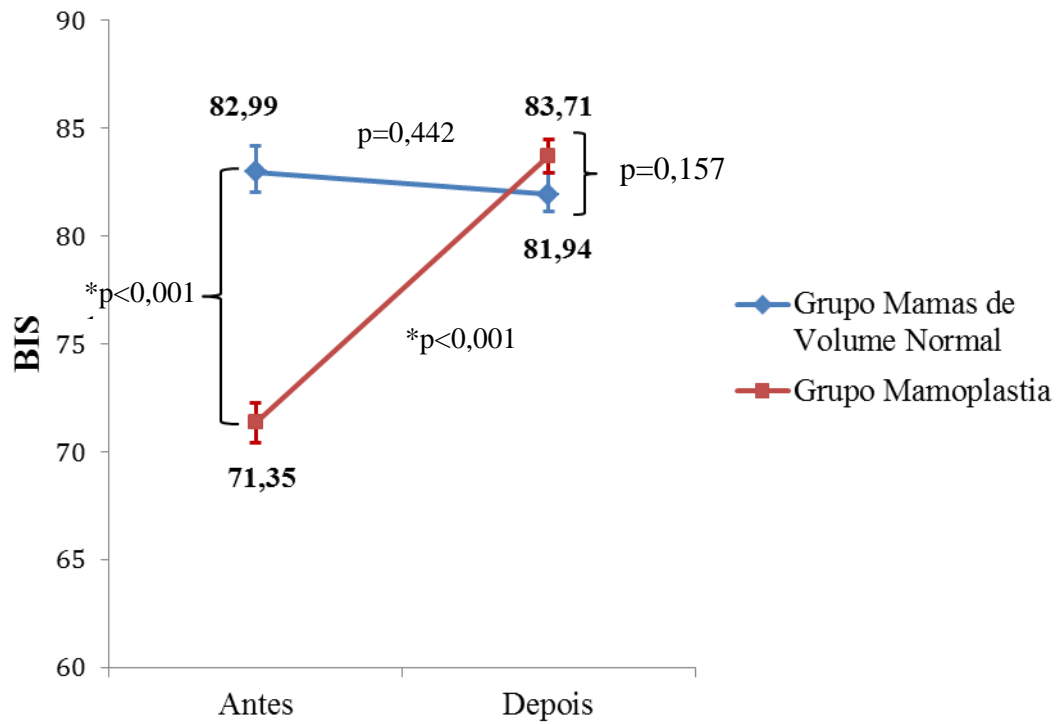


**Figura 2.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do questionário BDDE para os grupos mamas de volume normal e mamoplastia

**Tabela 5.** Comparações intergrupos e intragrupos dos resultados do questionário BIS antes e após seis meses. Valores em médias  $\pm$  erro padrão, ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos.

| Variável /<br>momento de avaliação | GRUPO                                |                        | Comparações<br>intergrupos<br>(ANOVA) |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
|                                    | Mamas de volume<br>normal<br>(n=103) | Mamoplastia<br>(n=103) |                                       |
| <b>BIS</b>                         |                                      |                        |                                       |
| Antes                              | 82,99 $\pm$ 1,21                     | 71,35 $\pm$ 0,94       | p<0,001*                              |
| Depois                             | 81,94 $\pm$ 1,00                     | 83,71 $\pm$ 0,77       | p=0,157                               |
| Comparações intragrupos<br>(ANOVA) | p=0,442                              | p<0,001*               |                                       |

p obtidos da ANOVA com medidas repetidas; \* p<0,05.

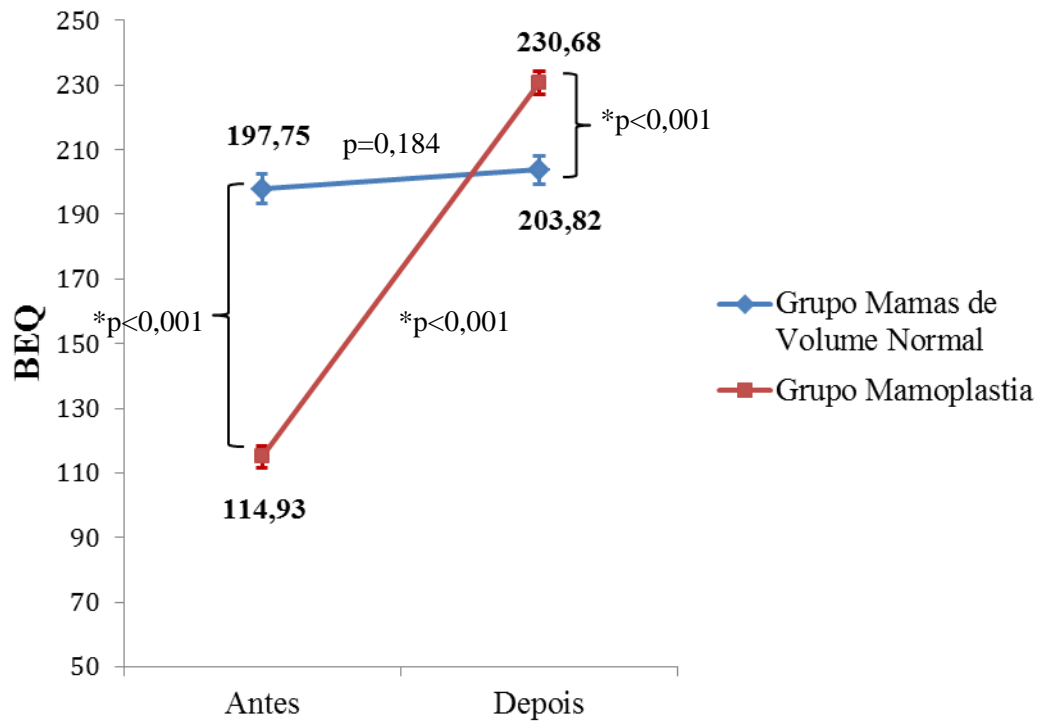


**Figura 3.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do questionário BIS para os grupos mamas de volume normal e mamoplastia

**Tabela 6.** Comparações intergrupos e intragrupos dos resultados do questionário BEQ55 antes e após seis meses. Valores em médias  $\pm$  erro padrão, ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e filhos.

| Variável /<br>momento de avaliação | GRUPO                                |                        | Comparações<br>intergrupos<br>(ANOVA) |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
|                                    | Mamas de volume<br>normal<br>(n=103) | Mamoplastia<br>(n=103) |                                       |
| <b>BEQ</b>                         |                                      |                        |                                       |
| Antes                              | 197,75 $\pm$ 4,57                    | 114,93 $\pm$ 3,53      | p<0,001*                              |
| Depois                             | 203,82 $\pm$ 4,40                    | 230,68 $\pm$ 3,41      | p<0,001*                              |
| Comparações intragrupos<br>(ANOVA) | p=0,184                              | p<0,001*               |                                       |

*p* obtidos da ANOVA com medidas repetidas; \* p<0,05.



**Figura 4.** Gráfico demonstrativo da variação das médias e erro padrão do questionário BEQ55 para os grupos mamas de volume normal e mamoplastia

Os resultados da verificação da presença de sintomas negativos de imagem corporal, segundo o BDDE, bem como a classificação da gravidade dos sintomas (DE BRITO *et al.*, 2013), estão descritos na tabela 7.

**Tabela 7.** Presença de sintomas negativos de imagem corporal nos grupos mamas de volume normal e mamoplastia

| <b>PACIENTES</b><br>n (%) | <b>MAMOPLASTIA</b><br>Pré-operatório | <b>MAMOPLASTIA</b><br>PO 6 meses | <b>MAMAS DE</b><br><b>VOLUME</b><br><b>NORMAL</b><br>1ª entrevista | <b>MAMAS DE</b><br><b>VOLUME</b><br><b>NORMAL</b><br>2ª entrevista |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <b>Sem sintomas</b>       | 56 (54,36)                           | 103 (100)                        | 102 (99,02)  | 102 (99,02)  |
| <b>Leves a moderados</b>  | 37 (35,92)                           | 0                                | 0  | 0  |
| <b>Graves</b>             | 10 (9,70)                            | 0                                | 1 (0,97)   | 1 (0,97)   |

## **6. DISCUSSÃO**

As mamas podem ser vistas funcionalmente, como órgãos produtores de leite, fundamentais para alimentação dos descendentes; ou emocionalmente, como símbolo da condição feminina, expressão de sexualidade e sensualidade. Apesar dos conceitos de beleza sofrerem variações de acordo com a época e a cultura, o desejo de alterar o tamanho das mamas permanece complexo, pois envolve questões subjetivas como desconforto físico, fatores emocionais, atribuições culturais, padrões de beleza, implicações sociais, aspectos étnicos e outras motivações pessoais (SMITH *et al.*, 2002; GOLDENBERG, 2005; PRADO *et al.*, 2010).

A hipertrofia mamária é caracterizada por mamas de volume exagerado e desproporcional ao tamanho da mulher. A desarmonia corporal provocada por essa condição desencadeia sintomas físicos, alterações emocionais e sentimentos de inadequação social (SANCHEZ *et al.*, 2000; FERREIRA, 2000; ARAÚJO *et al.*, 2007; SIGURDSON *et al.*, 2007; CUNHA *et al.*, 2009; SINGH & LOSKEN, 2012). A insatisfação com a forma e tamanho das mamas são os principais fatores que levam as mulheres a procurarem a cirurgia corretiva (ABLA *et al.*, 2010; ASPS, 2011a, 2011b; SINGH & LOSKEN, 2012).

Os resultados da cirurgia plástica vão muito além da modificação externa, mas envolvem mudanças que contribuem para a solução de conflitos emocionais decorrentes do descontentamento com a imagem corporal. Inúmeros estudos já confirmaram os efeitos positivos da mamoplastia redutora na disfunção funcional e nos diferentes aspectos emocionais envolvidos na macromastia (ARAÚJO *et al.*, 2007; ROGLIANI *et al.*, 2009; SINGH & LOSKEN, 2012; CORIDDI *et al.*, 2013; GUIMARÃES *et al.*, 2015; BERALDO *et al.*, 2016).



A ASPS (2011a; 2011b), ao recomendar parâmetros práticos e critérios de cobertura para mamoplastia redutora, argumentaram que se deve investir na intervenção, pois essa proporciona a resolução de problemas físicos e psíquicos relacionados à hipertrofia mamária. Segundo a ASPS, pacientes com hipertrofia mamária reclamam da dificuldade de encontrar roupas adequadas, desconforto para realizar exercícios, além da insatisfação com a imagem corporal devido ao volume excessivo. Apontaram que nas últimas décadas a hipertrofia mamária foi reconhecida como condição médica que requer tratamento e a mamoplastia redutora foi apontada como recurso efetivo para as pacientes que apresentam essa condição. Tanto a ASPS (2011a; 2011b) quanto FERREIRA (2000), KERRIGAN *et al.* (2001) e SPECTOR *et al.* (2008) afirmaram que a quantidade de tecido removido estava mais relacionada à satisfação corporal e qualidade de vida proporcionada do que com a intensidade de alívio dos sintomas. E ainda, os estudos de TAYLOR *et al.* (2004) e GONZALEZ *et al.* (2012) asseguraram que a melhora do bem estar da paciente deve ser critério suficiente para as companhias seguradoras financiarem a intervenção.

Sob o ponto de vista físico, a redução das mamas promove o alívio da dor, permite a correção dos desvios posturais, melhora a função pulmonar, aumenta a capacidade funcional, torna mais fácil a realização das atividades de vida diária e melhora a qualidade de vida geral. A mamoplastia redutora, por proporcionar maior harmonia da dimensão corporal, permite que a mulher tenha mais conforto na prática da atividade física, o que contribui para a redução do peso, fator importante para saúde e bem estar (FERNANDES *et al.*, 2007; FREIRE *et al.*, 2007, BENEDITE-KLEPTEKO *et al.*, 2007; MAZZOCCHI *et al.*, 2012).

Além das limitações funcionais, também foi comprovado que a hipertrofia mamária interfere em aspectos psicológicos e sociais da vida da mulher. Sabe-se que o excesso de volume, desproporcionalidade e a flacidez cutânea provocam insatisfação com o corpo, sentimentos de insegurança, principalmente em contatos íntimos, e sensação de inadequação social (HALLWELL, 2015). Estudos descreveram que a mamoplastia é capaz de trazer maior autoaceitação, mais autoconfiança e melhora da autoestima, fatores que levam à melhora da atividade sexual e alívio dos sintomas de ansiedade e depressão (O'BLANES *et al.*, 2006, SABINO NETO *et al.*, 2008, SINGH & LOSKEN, 2012, GUIMARÃES *et al.* 2015; BERALDO *et al.*, 2016; PÉREZ-PANZANO *et al.*, 2017). Além disso, foi comprovado que a mamoplastia redutora promove aumento da capacidade para o trabalho e da produtividade de mulheres com hipertrofia mamária (CABRAL *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que o conforto e satisfação pessoal promovidos pela cirurgia são aspectos que começaram a ser destacados como critérios importantes para avaliação de qualidade em cirurgia plástica. Tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto o sistema privado passaram a valorizar uma nova perspectiva sobre a qualidade em cirurgia, que visa a opinião do paciente, seu conforto, satisfação e qualidade de vida, fortalecendo justificativas para sua realização (HOGA, 2004; MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2014). A obtenção de evidências que comprovem os benefícios emocionais e sociais que a mamoplastia proporciona fornecem parâmetros efetivos para que os sistemas de saúde a ofereçam de forma mais ampla (TAYLOR *et al.*, 2004; TYKKA *et al.*, 2010, BREITING *et al.*, 2012; ARAÚJO *et al.*, 2014, CABRAL *et al.*, 2017).

Apesar de já descritos os inúmeros benefícios da mamoplastia redutora, ainda são poucas as pesquisas que falam especificamente da relação entre hipertrofia mamária, mamoplastia redutora e imagem corporal. No levantamento de literatura realizado não foram encontrados estudos prospectivos que utilizaram conjuntamente os instrumentos adotados nessa presente pesquisa.

Recomenda-se que a imagem corporal seja investigada com critério, pois é um constructo com características multidimensionais influenciada por diferentes fatores. Partindo desse princípio, foram utilizados nessa investigação três diferentes instrumentos que contemplam as variadas nuances da imagem corporal. Esses instrumentos já estão validados, adaptados culturalmente para população a feminina e para a língua portuguesa do Brasil (MORGADO *et al.*, 2009; THOMPSON, 2004; Sarwer *et al.* 2006; PRUZINSKI *et al.*, 2006; ALVES *et al.*, 2009; SARWER, CRERAND, MAGEE, 2011).

Foram utilizados na pesquisa o *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDE), que mensura aspectos negativos da imagem corporal e é capaz de identificar, através de análise quantitativa, a presença de sintomas para transtorno dismórfico corporal (TDC); a *Body Investment Scale* (BIS), que analisa o investimento emocional no corpo; o *Body Evaluation Questionnaire* (BEQ – 55), que investiga a satisfação com as mamas e com o corpo, e mudanças na qualidade de vida de pacientes que se submetem a cirurgia nas mamas (PHILIPS, 2004; ROSEN & REITER, 1996; JORGE *et al.*, 2008; GOUVEIA *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2013). Apesar desses instrumentos de avaliação já terem sido usados separadamente em outras pesquisas, a metodologia escolhida combinou os três questionários de avaliação com o intuito de investigar as diferentes

expressões que a imagem corporal pode apresentar em uma mesma condição, no caso a hipertrofia mamária e mamoplastia redutora.

SARWER *et al.* (1998a), SARWER *et al.* (1998b), GLATT *et al.* (1999), SARWER *et al.* (2005) e ROGLIANI *et al.* (2009) também utilizaram o BDDE como forma de avaliação em suas pesquisas, porém na versão autoaplicável - *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire Self Report* (BDDE-SR). Vale notar que, apesar de utilizarem o BDDE, todos eles o aplicaram de forma diferente que o presente estudo. GLATT *et al.* (1999) entrevistaram as pacientes somente depois da intervenção por meio da versão autoaplicável do questionário que foi enviada pelo correio. Já SARWER *et al.* (1998a) e SARWER *et al.* (1998b) encaminharam o instrumento autoaplicável por e-mail, sendo que o primeiro comparou a imagem corporal da redução com aumento das mamas, e o segundo comparou presença de insatisfação corporal e sintomas de TDC em diversos tipos de intervenção cosméticas. SARWER *et al.* (2005) e ROGLIANI *et al.* (2009) foram os que tiveram um critério mais parecido ao estabelecido no presente estudo: avaliaram as pacientes na primeira consulta e no retorno de seis meses após a mamoplastia. Entretanto, o primeiro avaliou simultaneamente vários tipos de cirurgias plásticas e ambos utilizaram a versão autoaplicável do BDDE.

A escala BIS, utilizada para avaliação do cuidado corporal nesse estudo, foi somente utilizada em estudo que investigou imagem corporal de mulheres com risco hereditário para câncer de mama submetidas à mastectomia profilática (GOPIE *et al.*, 2013).

Já sobre a versão utilizada para investigação da satisfação com as mamas e corpo (BEQ55), as únicas pesquisas descritas que a utilizaram foram um estudo piloto qualitativo, que investigou comunicação médica

com as pacientes com câncer de mama sobre as questões de imagem corporal (COHEN *et al.*, 2012) e uma dissertação que se encontra em avaliação para publicação, que comparou a satisfação das pacientes com as mamas reconstruídas com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso ou do reto do abdome (AUGUSTINHO, 2015). Ou seja, tanto o BIS quanto o BEQ, ainda não tinham sido utilizados em nenhuma investigação específica sobre imagem corporal na hipertrofia mamária ou mamoplastia redutora.

Neste estudo, o tempo de seguimento foi definido em fase pré operatória, com pelo menos um mês de antecedência do procedimento, e pós operatório de seis meses. Isso é justificado, pois a coleta inicial com o mínimo de um mês antes da data agendada para o procedimento evita que a euforia e ansiedade dos dias próximos à cirurgia influencie a percepção da imagem corporal, e a avaliação após seis meses permite que a paciente se recuperado totalmente da cirurgia e que eventuais complicações já tenham sido resolvidas. Vale notar que apenas duas (1,94%) das 103 pacientes que realizaram mamoplastia apresentaram complicações pós-operatórias. Ambas tiveram pequena deiscência da ferida cirúrgica, que se resolveu com curativos, sem necessidade de nenhum procedimento cirúrgico complementar. Em ambos os casos a complicação estava completamente resolvida por ocasião da avaliação aos seis meses.

Levando em conta essas influências, diversos outros estudos também utilizaram o período de seis meses pós-operatório para realizar a segunda avaliação e sugeriram que, além da cicatrização, esse período é o tempo mínimo para que o recente novo tamanho da mama seja integrado à imagem corporal e a mulher “reconheça” a nova mama como sua (FARIA *et al.*, 1999; SARWER *et al.*, 2005; IWUAGWU *et al.*, 2006; O’BLANES

*et al.*, 2006; TURHAN-HAKTANIR *et al.*, 2010; ROGLIANI *et al.*, 2009; MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI, 2010; PORTO *et al.*, 2011; SAARINIENI LUUKKAALA, KUOKKANEN, 2011; MAZZOCCHI *et al.*, 2012).

FARIA *et al.* (1999), SARWER *et al.* (2005), O'BLANES *et al.* (2006), IWUAGWU, WALKER, STANLEY (2006) e ROGLIANI *et al.* (2009), BERALDO *et al.* (2016) e PÉREZ-PANZANO *et al.* (2017) demonstraram melhora em períodos de seguimento mais reduzidos, como um, três e quatro meses. O acompanhamento pós-operatório mais prolongado foi também sugerido por VON SOEST *et al.* (2009), que propuseram necessidade de avaliações mais prolongadas e fracionadas devido à influência multifatorial da imagem corporal. O'BLANES *et al.* (2006), ROGLIANI *et al.* (2009) e PÉREZ-PANZANO *et al.* (2017) entrevistaram as pacientes após 12 meses.

Uma vez que a imagem corporal pode ser influenciada por variáveis lábeis e estar em constante reconstrução, seria interessante acompanhar sua evolução em períodos mais fracionados de avaliação: em curto prazo a fim de observar evolução e adaptação da imagem corporal com a cirurgia, e a longo prazo para verificar se os benefícios atingidos persistem mesmo decorridos longos períodos quando a nova aparência da mama tenha se tornado integrada (GLATT *et al.*, 1999; BROWN, HILL, KHAN, 2000; CASH, 2006; PRUZINSKI *et al.*, 2006; O'BLANES *et al.*, 2006; THOMA *et al.* 2007; ROGLIANI *et al.*, 2009; SARWER, CRERAND, MAGEE, 2011; PÉREZ-PANZANO *et al.*, 2017). Assim, é intenção dar continuidade ao trabalho, contatando as voluntárias que participaram deste estudo para uma nova entrevista a fim de observar o comportamento da imagem corporal em longo prazo.

Nessa pesquisa a casuística estudada foi por conveniência. Foram avaliadas 103 mulheres com mamas de tamanho normal e 103 com hipertrofia mamária submetidas à mamoplastia redutora. A justificativa para avaliar uma amostra de pacientes que já tinha a cirurgia previamente agendada é que não houve o viés de as pacientes superestimarem alterações da mama na avaliação pré-operatória com o objetivo de conseguir a cirurgia pelo sistema público de saúde, como muitas vezes acontece (GLATT *et al.*, 1999; SARWER *et al.*, 1998a; FARIA *et al.*, 1999; ROGLIANI *et al.*, 2009; DE FARIA *et al.*, 2009; SINGH, PINELL, LOSKEN, 2010; TURHAN-HATANIR *et al.*, 2010).

A escolha de um grupo formado por mulheres com mamas de tamanho normal e sem intervenção cirúrgica teve como objetivo realizar comparação com uma amostra representativa da população feminina que não apresentava alteração no volume mamário, verificando se a imagem corporal e satisfação das mulheres com hipertrofia atingiram um padrão semelhante ao grupo com mamas de tamanho normal depois da intervenção. Em relação ao grupo mamas de tamanho normal, observou-se que as mulheres possuíam escores mais positivos que o grupo mamoplastia nos três questionários de imagem corporal na primeira entrevista e se mantiveram com pontuação semelhante após decorridos seis meses.

HOLLYMANN *et al.* (1986), KERRIGAN *et al.* (2001), COLLINS *et al.* (2002), TURHAN-HAKTANIR *et al.* (2010), GARCIA *et al.* (2015) realizaram o mesmo tipo de comparação entre mulheres que realizaram mamoplastia e mulheres com mamas de volume normal. Os resultados obtidos foram concordantes com os encontrados no presente estudo: o grupo mamas de volume normal apresentou as variáveis psicológicas estudadas dentro da faixa de normalidade. Porém,

diferentemente desse estudo, as entrevistas no grupo mamas de volume normal, em ambas pesquisas foram realizadas em um único momento, não sendo possível observar/comparar a evolução/manutenção do comportamento da imagem corporal ao longo do tempo.

Não houve perdas ou exclusões no grupo mamoplastia ou no grupo mamas de volume normal entre as entrevistas. Todas as pacientes do grupo mamoplastia retornaram para a consulta de controle médico no sexto mês pós operatório, possibilitando a coleta dos dados. As pacientes do grupo mamas de volume normal, como tinham seus dados pessoais de contato registrados nos arquivos do hospital, foi possível localizar todas para a segunda entrevista .

A faixa etária da amostra estudada variou de 18 a 55 anos. Foram excluídas mulheres com mais de 55 que possivelmente estariam em vias, ou já na menopausa, ou mulheres com menos de 18 anos que ainda estavam passando pelo período de transformações da adolescência. Ambas as categorias apresentam características de imagem corporal particulares devido ao estágio de transição que se encontram: adolescentes passam por um período de desenvolvimento e descobertas devido às modificações do corpo e mulheres de meia idade começam a enfrentar o declínio físico e transformações do envelhecimento.

PEDRO *et al.* (2003), em estudo exploratório do tipo inquérito populacional, propuseram conhecer as médias etárias de ocorrência de menopausa natural em mulheres brasileiras. Utilizaram como critério a data da última menstruação seguido de um período de 12 meses de amenorréia e apontaram uma média etária para ocorrência da menopausa de 51,2 anos, com variação mínima e máxima entre 28 e 58 anos.



O climatério é um período em que normalmente a vida familiar e profissional já foi estruturada, coincide com a fase de independência dos filhos, aposentadoria, com as mulheres apresentando os primeiros sinais de declínio físico e funcional. Nessa fase as mulheres têm que se deparar com o encerramento da idade reprodutiva, alterações hormonais e na vida sexual, o corpo não é mais o foco principal para o sucesso social. Tudo isso tem influência na imagem corporal e faz com que esse grupo apresente características específicas para essa variável (LORENZI *et al.*, 2006; PRUIS & JANOWISKY, 2010; MAIA *et al.*, 2011; TIGGEMANN, 2015).

A adolescência é um período de transformações e conflitos que interferem na imagem corporal e faz com que o grupo apresente também características particulares. O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) define como limites cronológicos para a adolescência a faixa etária que vai dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990; EISENTEIN, 2005). Essa fase marca o início das mudanças corporais típicas da puberdade, a personalidade se desenvolve, existe maior integração com o grupo social e influência pelas suas opiniões, esse período também é marcado pelo despertar do desejo de independência financeira e familiar. A menina começa a reconhecer sua forma de mulher, percebe seu poder de atração em relação ao sexo oposto, se depara com o despertar da sexualidade e enfrenta inseguranças por estar assumindo um novo papel social. Na adolescência, as regras ditadas pela cultura e sociedade têm forte influência, a mídia tem poder sobre a personalidade e imagem corporal da menina, ela percebe que para ser aceita socialmente e desejada tem que estar dentro dos padrões determinados. Esses fatores trazem particularidades específicas para a construção e desenvolvimento da imagem corporal (SMOLAK, 2004;

DOHNT & TIGGEMANN, 2006; PRUIS & JANOWISK, 2010; TIGGEMANN, 2015).

Assim, foi definido que o grupo estudado seria formado por mulheres que estão na fase adulta (entre 18 e 55 anos), faixa etária que mesmo sofrendo influência cultural para se encaixar em um padrão corporal ideal, apresentam maior estabilidade da forma corporal e mais segurança emocional. Nessa fase, os conflitos estão mais relacionados a condições específicas como sobrepeso, deformidade ou hipertrofia mamária (CASH, 2005; ALVES *et al.*, 2009; MAIA *et al.*, 2011; TIGGEMANN, 2015).

MELLO, DOMINGUES, MIYASAKI (2010) confirmaram a importância de considerar as diferenças de perfis e interesses entre as faixas etárias, afirmando que pacientes de maior idade procuram a cirurgia principalmente para alívio dos sintomas físicos, enquanto que as de menor idade a procuram com o intuito de atingir um padrão estético. TIGGMANN (2015) afirmou que a idade altera a forma de enxergar a aparência. Descreveu que a aceitação e contentamento com corpo aumentam com os anos justificando que o amadurecimento faz com que as pessoas valorizem mais o corpo, mesmo existindo pontos de insatisfação. Estudos como os de SARWER *et al.* (2003), ROGLIANI *et al.* (2009), SABINO NETO *et al.* (2008), WOODMANN & RADZYMINSKI (2007), ARAÚJO *et al.* (2007), MELLO, DOMINGUES, MIYASAKI (2010), PORTO *et al.* (2011) e SILVA *et al.* (2013) optaram por investigar populações de mulheres adultas pelos mesmos motivos apresentados neste estudo.

Vale notar que a maioria dos trabalhos existentes sobre mamoplastia redutora avaliaram mulheres adultas, e poucos são os estudos que investigaram os efeitos da mamoplastia redutora em adolescentes ou

mulheres idosas. Apesar da maior parte da população das pacientes que buscam essa cirurgia pertencerem à faixa etária entre os 18 e 55 anos e à maior facilidade em comparar um grupo com características emocionais semelhantes, seria interessante contrastar perfis etários diversos a fim de se observar os efeitos da cirurgia na imagem corporal de mulheres nas várias fases da vida. Entrevistar e comparar diversos estratos etários é uma das perspectivas do grupo para pesquisas futuras.

Os perfis de escolaridade, o estado civil e a maternidade das participantes foram diferentes nos dois grupos. Em relação à escolaridade, apesar das mulheres apresentarem predominantemente ensino médio em ambos grupos, o grupo mamas de volume normal teve mais mulheres que tinham concluído o nível superior ou tinham feito pós graduação, enquanto que um maior número de mulheres do grupo mamoplastia tinha ensino fundamental completo. Isso fez com que os grupos fossem diferentes em relação à escolaridade. Em relação ao nível sociodemográfico, as mulheres do grupo mamas de volume normal eram predominantemente solteiras e sem filhos, já as mulheres do grupo mamoplastia eram casadas e tinham filhos.

As variações entre grupos obtidas podem ser explicadas devido aos diferentes perfis de pessoas que procuram os ambulatórios onde foram realizadas as entrevistas, um voltado para correção de alterações corporais e deformidades (ambulatório de cirurgia plástica) e outro para controle e planejamento familiar (ambulatório de controle e planejamento familiar). Também é importante ressaltar que os pesquisadores tiveram dificuldade em controlar o perfil sociodemográfico nos grupos, pois o critério para seleção da amostra foi o tamanho das mamas (volume normal e

hipertrofia) e inexistência de intervenção cirúrgica, não sendo considerados para seleção o nível social ou variáveis demográficas.

A maioria dos trabalhos existentes na literatura apresentaram grupos com características sociodemográficas diferentes das mulheres do grupo mamoplastia deste estudo. As pesquisas de O'BLANES *et al.* (2006), BENEDITE-KLEPTEKO *et al.* (2007) e DE FARIA *et al.* (2009) descrevem um grupo mamoplastia formado por mulheres casadas, mães, com nível superior, empregadas e independentes demonstrando nível superior ao apresentado. A justificativa pode estar associada aos locais onde as coletas de dados foram realizadas. DE FARIA *et al.* (2009) realizaram investigação em uma clínica particular brasileira, O'BLANES *et al.* (2006) e BENEDITE-KLEPTEKO *et al.* (2007) em clínicas do Canadá e Áustria, respectivamente. No primeiro caso, as pacientes tinham nível financeiro e intelectual mais alto, situação relacionada ao fato de possuírem recursos para arcar com os custos cirúrgicos e por isso terem mais acesso a educação. As pacientes dos estudos de O'BLANES *et al.* (2006) e BENEDITE-KLEPTEKO *et al.* (2007) foram voluntárias residentes em países com nível mais elevado de desenvolvimento e economia. As cirurgias realizadas nesta pesquisa foram financiadas pelo sistema público de saúde brasileiro, sistema utilizado pela população com menos escolaridade e recursos financeiros, isso pode explicar o baixo nível sociodemográfico encontrado nas pacientes.

Outra pesquisa corroborou com as diferenças sociodemográficas encontradas: SARWER *et al.* (1998a), ao compararem a imagem corporal no grupo que desejava mamoplastia de aumento com o grupo de mulheres com mamas de tamanho normal, também identificaram perfis sociodemográficos heterogêneos. A solução encontrada foi a mesma

utilizada no presente estudo; realização da análise estatística estratégica para que as diferenças fossem consideradas e obtenção de resultados levando em consideração as variações entre os grupos. Os autores também apontaram essa discrepância entre os grupos avaliados como uma limitação do estudo.

São raros na literatura estudos em adultos que investigaram a influência de variáveis como escolaridade, renda, estado civil e maternidade sobre a imagem corporal; os que existem são pouco claros quanto a essas influências, ou afirmaram que não existe qualquer correlação. Assim, ADAMS *et al.* (2000) O'DEA & CAPUTI (2001), CAFRI *et al.* (2005), ALVARENGA *et al.* (2010) e PEREIRA *et al.* (2011), ao avaliarem a influência do perfil sociodemográfico e econômico, não encontraram diferenças na imagem corporal nos diferentes níveis. FÉLIX *et al.* (2014), em pesquisa sobre benefícios da rinoplastia em pacientes com TDC, avaliaram grupos que apresentaram diferenças significantes em relação à escolaridade e estado civil; porém, quando foi considerada a associação dessas variáveis com os resultados do BDDE observaram que esses fatores não apresentavam correlação com a imagem corporal.

As pesquisas demonstram poucas evidências sobre a correlação entre a escolaridade, renda, estado civil e maternidade com a imagem corporal (ADAMS *et al.*, 2000; O'DEA & CAPUTI, 2001; CAFRI *et al.*, 2005; PEREIRA *et al.*, 2011), além disso, dentre os estudos existentes poucos foram aplicados na população adulta (ALVARENGA *et al.*, 2010; FÉLIX *et al.*, 2014). Assim, a fim de evitar um possível viés, para essa análise foram consideradas as diferenças sociais através de mecanismo estatístico que neutralizou as divergências.

Diante da escassez de pesquisas na literatura que contemplem a interferência, sugere-se que sejam realizados estudos clínicos com esse foco. A proposta para investigações futuras é que os fatores como escolaridade, renda, estado civil e maternidade sejam averiguados como critério para seleção da amostra e que os grupos com mesma características sejam separados para realização da análise.

Em relação ao peso ressecado houve uma variação significativa entre o volume mamário extraído das pacientes, sendo 300 gramas a menor quantidade retirada e 2700 gramas a maior. Estudos apontam que a quantidade de tecido ressecado não é fator principal que tem interferência nas modificações de imagem corporal; os autores demonstraram que independentemente do volume ressecado, as pacientes apresentaram melhora após cirurgia (NECHTER *et al.*, 2000; KERRIGAN *et al.*, 2001; SPECTOR *et al.*, 2008; PORTO *et al.*, 2011; SAARINIENI, LUUKKAALA, KUOKKANEN, 2011). COLLINS *et al.* (2002), THOMA *et al.* (2007), SPECTOR *et al.* (2008), MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI (2010), GONZALEZ *et al.*, (2012) e CORIDDI *et al.* (2012) afirmaram que os sintomas da macromastia se associam a vários fatores e não somente à quantidade de tecido removido.

THOMA *et al.* (2007) e MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI (2010) observaram que tanto os grupos com pequenas como com grandes ressecções apresentaram melhora nos aspectos psíquicos e de qualidade de vida comprovando efeitos benéficos mesmo nas mulheres que removeram pouco volume mamário. Os autores também refletiram sobre os conceitos imprecisos a respeito da normalidade, sugerindo que nem sempre uma mama grande deve ser considerada deformidade, pois a macromastia envolve aspectos muito particulares e subjetivos. A ASPS (2011)

confirmou essa assertiva, relatando que a quantidade de tecido removido não é o principal componente que vai indicar satisfação com a cirurgia, mas que os indicadores de sucesso serão a melhora da imagem corporal, autoestima e qualidade de vida.

Diante desses resultados apontados, é seguro afirmar que a quantidade de tecido ressecado não é o fator preditor de satisfação com a cirurgia, por isso, independentemente das variações de volume removido, a imagem corporal das pacientes pode ser avaliada com os mesmos critérios conforme foi realizado nesse estudo.

Em se tratando do índice de massa corporal (IMC), as pacientes do grupo mamoplastia tinham IMC mais elevado que o grupo mamas de volume normal na primeira avaliação e apresentaram aumento significativo depois da cirurgia, tornando mais acentuada a diferença entre os grupos. O IMC é um fator de influência na imagem corporal e esse foi um viés do estudo (GLATT *et al.*, 1999; NETCHER *et al.*, 2000; FRIEDMANN *et al.*, 2002; LOSEE *et al.*, 2004; IWAGUWU *et al.*, 2006; SHAH *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2007; SINGH *et al.*, 2010; SAARINIENI, LUUKKAALA, KUOKKANEN, 2011).

Pesquisas observaram que muitas pacientes com hipertrofia mamária apresentam alteração no peso corporal, além da própria hipertrofia ser fator para maior peso corporal, as mulheres tentam adotar um contorno corporal mais “arredondado” com o intuito de disfarçar a desproporcionalidade provocada pelo tamanho excessivo das mamas. Além disso, justificaram que o maior tamanho da mama é fator que agrega mais peso ao corpo, e isso limita a realização de atividade física e consequente controle do peso (NETCHER *et al.*, 2000; FRIEDMAN *et al.*, 2012; FERNANDES *et al.*,

2007; THOMA *et al.*, 2007; SINGH & LOSKEN, 2012; GONZALEZ *et al.*, 2012).

O sobrepeso, muitas vezes, pode vir associado a distúrbios de comportamento alimentar. Mulheres com hipertrofia mamária tendem a desenvolver perturbações alimentares, pois, descontentes e ansiosas com sua imagem corporal, se alimentam de forma excessiva para “encobrir as mágoas e frustração” ou engordam propositalmente na tentativa de disfarçar o tamanho com maior contorno corporal. Ainda, foi descrito um outro grupo, não observado neste estudo, que tenta emagrecer como forma de reduzir o tamanho da mama. O comportamento de emagrecimento aparece com menor frequência, mas ambos tornam as mulheres com macromastia mais propensas a desenvolver transtornos alimentares (BLOMQUIST *et al.*, 1996; LOSEE *et al.*, 2004; SINGH & LOSKEN, 2012; FRIEDMAN *et al.*, 2012).

Estudos como os de HOLLYMANN *et al.* (1986), SARWER *et al.* (1998a), NETCHER *et al.* (2000), FERNANDES *et al.* (2007), THOMA *et al.* (2007), MELLO *et al.* (2010), GONZALEZ *et al.* (2012) apresentaram mulheres candidatas à mamoplastia com IMC elevado conforme observado no presente trabalho. Esses mesmos autores relataram benefícios da cirurgia mesmo naquelas com IMC elevado, salientando que como os problemas relacionados à hipertrofia mamária são formados por uma combinação de fatores, não se pode dar excessiva importância ao sobrepeso associado, mas deve-se considerar todos aspectos envolvidos. Há algum tempo os autores já aconselhavam o investimento em pesquisas sobre esse tema e sugeriram reconsideração do critério adotado pelas seguradoras sobre a liberação de reembolso somente para aquelas pacientes que estivessem no peso ideal. Por ser comum encontrar pacientes



com hipertrofia mamária apresentando sobrepeso ou obesidade, essa condição não deve ser tida como critério de exclusão, mas sim levar em consideração todos os benefícios obtidos com a cirurgia (HOLLYMANN *et al.*, 1986; SARWER *et al.*, 1998a; NETCHER *et al.*, 2000; FERNANDES *et al.*, 2007; THOMA *et al.*, 2007; MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI, 2010; GONZALEZ *et al.*, 2012).

Além do sobrepeso prévio, as pacientes do presente trabalho apresentaram aumento de peso significativo após seis meses da intervenção. Estudos de BRUHLMANN & TSCHOPP (1998), SHAKESPARE & POSTLE (1999) e CHEN *et al.* (2011) também descreveram semelhante situação após a cirurgia de mamas.

De forma similar, BENATTI *et al.* (2012) observaram que mulheres submetidas à lipoaspiração apresentaram maior peso corporal e adiposidade visceral após seis meses da intervenção. Os autores investigaram os efeitos da lipoaspiração na distribuição de gordura corporal em mulheres com peso normal, comparando esses efeitos em dois grupos de pacientes, um que realizou um programa de atividade física e outro que se manteve sedentário após a intervenção. Constataram que a intervenção não modifica a expressão histológica e molecular lipídica gênica, e, por isso, a aspiração abrupta da adiposidade abdominal desencadeia diminuição na utilização de energia corporal e acúmulo compensatório de gordura com intuito de manter a taxa metabólica. Isso justificou o ganho de peso e principalmente o acúmulo de gordura visceral observado nas mulheres após a lipoaspiração. Vale notar que o grupo que realizou exercícios tiveram o acúmulo de gordura visceral controlados com a prática de atividade física.

Esse achado pode ser extrapolado para a amostra analisada no presente estudo no qual também foi observado ganho de peso pós mamoplastia redutora: a redução do tamanho das mamas (e conseqüentemente da gordura corporal) provocou diminuição da utilização de energia corporal e acúmulo compensatório de gordura para manter a taxa metabólica basal, resultando no ganho de peso observado após a intervenção.

Como já é determinado, a fim de evitar riscos e prevenir complicações, ou ainda promover melhor resultado estético, os cirurgiões plásticos recomendam emagrecimento antes da cirurgia para pacientes que apresentam sobrepeso ou obesidade (SHAKESPARE & POSTLE, 1999, CHEN *et al.*, 2011). Uma justificativa complementar para o aumento de peso observado é que depois da mamoplastia como as mulheres não tinham mais a necessidade de controlar o peso como critério de segurança cirúrgica, acabaram relaxando com os cuidados alimentares, voltaram aos seus hábitos de vida anteriores e engordaram.

O estudo de PIKE *et al.* (2015), ao investigar mudanças do peso corporal de adolescentes após mamoplastia, associou obesidade com macromastia, já que mais da metade das pacientes avaliadas estavam acima do peso. Os autores apontaram a obesidade como fator de maior risco cirúrgico e destacaram os benefícios da mamoplastia para trazer mais facilidade para realização de exercícios. Os resultados, concordando com o presente trabalho, revelaram que as pacientes obesas ou em sobrepeso não emagreceram após intervenção e que, ainda, parte dessas pacientes, ganharam peso após algum tempo. Os pesquisadores justificaram que as mulheres que estão acima do peso tendem a manter seus hábitos alimentares e o sedentarismo, mesmo com a maior facilidade para prática

de exercícios, e por isso não emagrecem. O estudo sugeriu que a cirurgia é eficaz para o controle de peso somente nas pacientes que estejam realmente empenhadas em adotar medidas saudáveis e, que, para emagrecer, a mamoplastia deve vir acompanhada de um programa multiprofissional de orientações e práticas para controle de medidas. Assim, o aumento do peso apresentado pelas pacientes do presente estudo pode ter sido uma combinação do mecanismo compensatório desencadeado pela retirada de tecido mamário (Benatti *et al.*, 2012) combinado com a manutenção dos hábitos anteriores de alimentação inadequada e sedentarismo. Para que o controle de peso seja eficaz é necessário que seja dada ênfase no acompanhamento multiprofissional de nutricionista, psicólogo e educador físico.

Assim, sugere-se que em estudos futuros seja dada atenção especial à presença de sobrepeso ou obesidade nas mulheres com hipertrofia mamária, estabelecendo critérios menos rígidos para indicação do procedimento e principalmente que sejam desenvolvidas estratégias de aconselhamento sobre nutrição, atividade física e saúde. Planeja-se que, no futuro, a metodologia seja estruturada para que exista consulta nutricional, acompanhamento psicológico e orientações para prática de exercícios em mulheres candidatas à mamoplastia antes e após a cirurgia.

Vale destacar, que mesmo com o ganho de peso apresentado pelas mulheres após a mamoplastia redutora, foi observada a melhora dos escores em todos os questionários de imagem corporal. Os resultados do presente estudo corroboraram com os achados descritos por GLATT *et al.* (1999), NETCHER *et al.* (2000), COLLINS *et al.* (2002) e MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI (2010), os quais apresentaram considerações semelhantes quando afirmaram que a mamoplastia redutora trouxe

benefícios tão significantes para a imagem corporal, que sobrepeso, quando presente, não teve importância para o grau de satisfação com o corpo.

Apesar de já descrito que o principal fator que motiva a busca por cirurgias plásticas é a insatisfação com a imagem corporal (BIRTCHANELL, WHITFIELD, LACEY, 1990; SARWER *et al.*, 2005; BORKENHAGEN *et al.*, 2007; DE FARIA *et al.*, 2009; SAARINIEMI LUUKKAALA, KUOKKANEN, 2011; REARDON & GORGON, 2011), poucas ainda são as pesquisas que investigam diretamente os efeitos da hipertrofia mamária e mamoplastia redutora na imagem corporal. Isso despertou o interesse dos pesquisadores para estruturar o presente trabalho no molde apresentado.

Os efeitos benéficos da mamoplastia redutora sobre os componentes físicos, emocionais, sociais e na qualidade de vida foram intensamente pesquisados. Já foram comprovados os benefícios da mamoplastia redutora sobre os aspectos físicos e funcionais (ARAÚJO *et al.*, 2007; SABINO NETO *et al.*, 2008; MAZZOCCHI *et al.*, 2012), temperamento (IWUAGUWU *et al.*, 2006; VON SOEST *et al.*, 2009; TURHAN-HAKTANIR *et al.*, 2010; SAARINIEMI, LUUKKAALA, KUOKKANEN, 2011; FIRAT, ERBATUR, AYTEKIN, 2012), autoestima (BROWN, HILL, KHAN, 2000; SABINO *et al.*, 2008; MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI, 2010; NETO *et al.*, 2012), autoconfiança (BORKENHAGEN *et al.*, 2007; WOODMAN & RADZYMINSKI, 2007), qualidade de vida (HERMANS *et al.*, 2005; O'BLANES *et al.*, 2006; BORKENHAGEN *et al.*, 2007; IWUAGUWU *et al.*, 2006; MELLO, DOMINGUES, MIYAZAKI, 2010; PORTO *et al.*, 2011; GONZALEZ *et al.*, 2012) e bem estar social (GURTHRIE *et al.*, 1998; BROWN *et al.*, 2000; HERMANS *et*

*al.*, 2005; CORIDDI *et al.*, 2013). Pesquisas mais recentes mostraram também a eficiência da cirurgia para resolução dos sintomas de depressão (BORKENHAGEN *et al.*, 2007; SAARINIEMI, LUUKKAALA, KUOKKANEN, 2011; BERALDO *et al.*, 2016; PÉREZ-PANZANO *et al.*, 2017) e problemas com a satisfação sexual (BIRTCHAMELL *et al.*, 1990; CORIDDI *et al.*, 2013, SILVA *et al.*, 2013, BERALDO *et al.*, 2016; GUIMERÃES *et al.*, 2015). Essas investigações forneceram base para que os efeitos positivos da mamoplastia redutora pudessem ser extrapolados para a imagem corporal.

Conforme já descrito ainda não foram publicadas pesquisas que utilizassem os questionários BIS ou BEQ para avaliação da imagem corporal na hipertrofia mamária e mamoplastia redutora, somente o BDDE foi utilizado em cinco estudos publicados com esse tema. Porém, outras formas de avaliação de avaliação da imagem corporal foram adotadas nos estudos com mamas. As análises publicadas utilizaram principalmente os seguintes questionários: *The Multidimensional Body Self Relation* (MBSRQ), que apareceu em cinco estudos com o tema, *The Body Image Questionnaire*, empregado em três investigações publicadas, *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *The Body Satisfaction Questionnaire*, utilizado em dois trabalhos, o *Eating Disorders Inventory* (EDI-2), *Breast Chest Scale*, *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), esses três últimos descritos em um estudo cada, entrevistas livres em duas pesquisas e fotografias utilizadas em uma investigação no formato *Digital Body Photo Test* e *Color Person Body Dissatisfaction Test*.

Esses estudos prévios que relacionaram mamoplastia redutora e imagem corporal apresentaram resultados positivos semelhantes aos encontrados. Os cinco estudos que adotaram o questionário BDDE, o

utilizaram na versão auto-aplicável (BDDE-SR), ou seja, respondida exclusivamente pela paciente sem auxílio de entrevistador. Dois desses estudos elegeram o BDDE-SR exclusivamente como instrumento (SARWER *et al.*, 1998a; ROGLIANI *et al.*, 2009) e os outros o combinaram com outros questionários ou escala (SARWER *et al.*, 1998b; GLATT *et al.*, 1999; SARWER *et al.*, 2005). Com exceção dos estudos de SARWER *et al.*, (1998a;1998b), que realizaram a entrevista somente antes da cirurgia, os demais propuseram acompanhamentos pós cirúrgicos mais prolongados. ROGLIANI *et al.* (2009) avaliaram as pacientes antes, após seis meses e 12 meses, GLATT *et al.* (1999) entrevistaram as mulheres após um período médio de cinco anos da intervenção e SARWER *et al.* (2005), que apesar de ter utilizado períodos mais fracionados e prolongados para avaliação (antes da cirurgia, depois do 3º, 6º e 12º mês), investigaram oito tipos diferentes de procedimentos de cirurgia plástica e não exclusivamente a mamoplastia.

Em relação aos resultados da avaliação da imagem corporal, a comparação intragrupos demonstrou melhora nos escores dos três questionários no grupo mamoplastia e não se observou diferença entre as avaliações para o grupo mamas de volume normal.

O grupo com mamas de volume normal revelou, na primeira entrevista, maior satisfação com as mamas e corpo, sentimentos mais positivos em relação a imagem corporal, além de maior investimento no cuidado corporal, quando comparadas com o grupo mamoplastia antes da intervenção. No entanto, após a mamoplastia redutora, as mulheres que realizaram cirurgia ficaram tão realizadas com o resultado a ponto de superarem o grupo com mamas de volume normal em relação a satisfação com as mamas, com o corpo e imagem corporal. Em relação ao cuidado e

investimento corporal, as mulheres do grupo mamoplastia após a cirurgia passaram a se cuidar mais e apresentaram resultados semelhantes às mulheres com mamas de volume normal.

Em todos os estudos sobre imagem corporal e mamoplastia que utilizaram o BDDE, foi observado que as mulheres com mamas hipertróficas revelavam imagem corporal negativa, estavam descontentes com a aparência e apresentavam manifestações de vergonha em expor o corpo, checagem constante da aparência, desenvolvimento de estratégias de camuflagem e menor investimento na aparência e saúde, concordando com os achados de SARWER *et al.*, (1998a) e ROGLIANNI *et al.*, (2009). Dentre as pesquisas que avaliaram a imagem corporal pelo BDDE no pós-operatório da mamoplastia, todas revelaram melhora significativa nos escores principalmente depois do terceiro mês. Conforme descrito, as pacientes passaram a se sentir mais atraentes e os sentimentos negativos relativos à aparência e imagem corporal diminuíram. Os autores sugeriram que, com o passar do tempo, a percepção da nova mama torna-se completamente incorporada à imagem corporal, sendo relatados benefícios significativos da mamoplastia tanto a curto quanto em longo prazo (GLATT *et al.*, 1999; SARWER *et al.*, 2005; ROGLIANNI *et al.*, 2009).

Os demais trabalhos já citados, apesar de não utilizarem os mesmos instrumentos, encontraram padrão de comportamento similar aos desta pesquisa. As pacientes apresentavam escores negativos para imagem corporal, insegurança e insatisfação com o corpo, problemas sociais devido à vergonha do tamanho da mama. Além disso, disseram evitar colocar roupa de banho, desconforto por ter que encomendar sutiã sob medida e que tinham dificuldades para desenvolver relações próximas (GUTHRIE *et al.*, 1998; REARDON *et al.*, 2011). Depois da intervenção, todos

descreveram que a cirurgia deixou as mulheres mais satisfeitas com a forma, tamanho e simetria das suas mamas.

Semelhante ao encontrado, depois da mamoplastia, as pacientes passaram a se sentir mais femininas, atraentes, confiantes, menos inibidas nas relações sexuais e sociais. Foi observado que a nova mama foi totalmente integrada à imagem corporal e que a reorganização positiva da imagem não se restringiu somente à região das mamas; as mulheres apresentaram maior satisfação não só com as mamas, porém, com seu corpo como um todo. A grande maioria das participantes afirmou que não só faria a cirurgia novamente, mas a recomendaria para outras mulheres com o mesmo problema (FARIA *et al.*, 1999; BORKENHAGEN *et al.*, 2007; THOMA *et al.*, 2007).

Os trabalhos de FARIA *et al.* (1999), THOMA *et al.* (2007) e BORKENHAGEN *et al.* (2007), propuseram seguimentos mais frequentes e prolongados o que permitiu avaliar com maiores detalhes a adaptação com a nova mama e a evolução da melhora da imagem corporal ao longo do tempo. Esses estudos demonstraram satisfação com a aparência já noticiadas no primeiro dia do pós cirúrgico e consolidação desses benefícios ao longo dos anos, sugerindo que a mudança da percepção e ajuste da imagem corporal é um processo contínuo.

Diante desses resultados, há intenção de futuros estudos com programação de mais momentos de avaliações: tanto mais precoces (entrevistas após três meses da intervenção), quanto período mais prolongado (avaliações após 12 e 24 meses da mamoplastia) (BORKENHAGEN *et al.*, 2007; THOMA *et al.*, 2007; REARDON & GORGON, 2011).



Com o intuito de aprofundar as análises sobre a presença de sintomas muito negativos de imagem corporal, indicativos de dismorfismo corporal, foi realizada verificação específica do questionário BDDE, que permite a avaliação em escores determinados (ROSEN & REITER, 1996; PHILIPS, 2004; DE BRITO *et al.*, 2013). Quase metade (45,6%) das pacientes do grupo mamoplastia no pré-operatório apresentaram sintomas para dismorfismo corporal. No grupo mamas de volume normal uma paciente revelou sintomas graves. Após os seis meses da cirurgia, observou-se que todas as pacientes do grupo mamoplastia apresentaram remissão total e completa de sintomas enquanto que a voluntária do grupo de mamas volume normal, que apresentou sintomas graves, assim se manteve ao longo do tempo. Ao aprofundar a avaliação, foi observado que essa mulher não tinha preocupações relacionadas com o tamanho da mama, mas sim uma visão distorcida em relação ao seu quadril. Provavelmente, esta paciente teria diagnóstico para transtorno dismórfico corporal (TDC), já que a insatisfação corporal era excessiva e o defeito percebido não era observável, provocando sofrimento clinicamente significativo.

Embora a população estudada não possa ser incluída nos critérios diagnósticos para TDC, segundo o DSM-5, na medida em que a deformidade é observável para os outros, foi identificada alta prevalência de sintomas negativos da imagem corporal nas pacientes com hipertrofia mamária que se submeteram à mamoplastia e que preencheriam critérios subclínicos para TDC. Entretanto, seis meses após a cirurgia observou-se a remissão completa dos sintomas em todas as pacientes (extrema preocupação e insatisfação com a imagem corporal associada a sofrimento clinicamente significativo), confirmando o impacto positivo da mamoplastia na população investigada.

A literatura aponta pontos de vista divergentes em relação à indicação da cirurgia plástica para pacientes que apresentam sintomas muito negativos da imagem corporal, que podem ser indício de diagnóstico para TDC. Estudos realizados na população psiquiátrica e baseados em dados retrospectivos, com viés de seleção, questionaram a realização da cirurgia plástica nesses pacientes (SARWER *et al.*, 1998b; CRERAND, FRANKLIN, SARWER, 2006; CONRADO, 2009; MENEZES *et al.*, 2014).

SARWER *et al.* (1998b) observaram que, de 100 mulheres que realizaram cirurgia plástica, sete apresentaram sintomas para TDC. CRERAND, FRANKLIN, SARWER (2006) relataram que metade dos pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia plástica tinham sintomas psiquiátricos. Ambas as pesquisas questionaram a indicação da cirurgia plástica para pacientes com suspeita, ou diagnóstico para TDC. Os autores argumentaram que pacientes com sintomas muito negativos de imagem corporal, ou TDC, normalmente desejam inúmeras intervenções e frequentemente ficam insatisfeitos mesmo com o melhor resultado, já que o problema é na verdade a distorção da imagem e não o aspecto do corpo em si. Por isso, a princípio os estudiosos sugeriram que a intervenção poderia não trazer benefícios para esses pacientes.

MENEZES *et al.* (2014) confirmaram essa hipótese, afirmando que a percepção exagerada do indivíduo com TDC indicava comprometimento da imagem corporal, o que não poderia ser resolvido com uma cirurgia plástica, pois o paciente na maioria das vezes permanecia insatisfeito com a aparência e retornava frequentemente com novas queixas, ou se engajava na procura incessantemente por outros profissionais que pudesse resolver seu problema de aparência física. Os autores ressaltaram a importância dos

profissionais perceberem sintomas do TDC antes de realizar a intervenção e encaminhamento do paciente para tratamento psicológico.

Entretanto, outros estudos prospectivos em população de cirurgia plástica, sugeriram que a cirurgia poderia sim trazer benefícios na diminuição e até mesmo remissão dos sintomas negativos da imagem corporal (VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; FÉLIX *et al.*, 2014; BOWYER *et al.*, 2016), desde que os pacientes apresentassem sintomas leves a moderados (DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2015; BRITO *et al.*, 2016; DE BRITO *et al.*, 2016; VEALE *et al.*, 2014; BOWYER *et al.*, 2016). FÉLIX *et al.* (2014) demonstraram que a rinoplastia teve impacto positivo em pacientes com sintomas leves a moderados para TDC. Após um ano da cirurgia, 80% tiveram remissão completa dos sintomas e 90% revelou satisfação com o resultado cirúrgico. VEALE *et al.* (2014), ao avaliarem mulheres que realizaram labioplastia observaram que nove das 25 mulheres operadas preencheram critérios diagnósticos para transtorno dismórfico corporal antes da operação e oito delas reverteram esse diagnóstico no seguimento de três meses. Sugerindo que a labioplastia promoveu remissão de sintomas para TDC.

Esses resultados positivos descritos corroboraram com o impacto positivo da mamoplastia na remissão dos sintomas para TDC, reforçando as evidências que recomendam a cirurgia plástica para resolução do problema de dismorfia corporal em casos leves e moderados. Novas investigações com enfoque de avaliar mais profundamente mulheres com hipertrofia mamária com TDC e benefícios da mamoplastia redutora devem ser realizados para confirmar essa suposição.

Embora esse estudo tenha trazido importante colaboração em relação aos resultados positivos da mamoplastia redutora sobre a imagem

corporal, a pesquisa apresentou algumas limitações que devem ser ressaltadas. Os grupos estudados apresentaram um vies de seleção, pois tinham perfil sociodemográfico diferente; seria aconselhável que estudos futuros considerassem esses critérios para escolha dos grupos.

A ampla variação de idades também foi um fator limitante. Como já descrito, os anseios são diferentes em cada período da vida. Mesmo que o estudo tenha envolvido uma única faixa etária (mulheres adultas) a variação dentro desse grupo foi grande interferindo na comparação: as perspectivas e anseios de uma jovem de 20 anos são diferentes de uma mulher de 50. Assim, poderia ser interessante, dentro de uma faixa etária, estratificar grupos etários mais próximos para análise.

Mesmo tendo por base estudos prévios que consideraram seis meses como tempo adequado para um bom acompanhamento, o período de seguimento do estudo foi fator limitante. Como a imagem corporal é influenciada por variáveis lábeis e está em constante reconstrução, poderia ser interessante acompanhar sua evolução em períodos mais fracionados e prolongados.

Finalmente, é perspectiva entrevistar grupo formado por mulheres com hipertrofia mamária que não estejam em busca da mamoplastia redutora.

## **7. CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

1. Mulheres com hipertrofia mamária mostraram-se mais insatisfeitas com a imagem corporal e investiram menos no autocuidado quando comparadas às mulheres com mamas de tamanho normal.
2. A mamoplastia redutora teve impacto positivo na imagem corporal e melhorou a satisfação com o corpo.
3. A realização da mamoplastia redutora foi capaz de reverter sintomas de dismorfia corporal em mulheres com hipertrofia mamária.

## **8. REFERÊNCIAS**

Abla LEF, Sabino Neto M, Garcia EB, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following augmentation mammoplasty. *Rev Bras Mastol.* 2010; 20(1):22-6.

Adams K, Sargent RG, Thompson SH, Richter D, Corwin SJ, Rogan TJ. A study of body weight concerns and weight control practices of 4th and 7th grade adolescents. *Ethn Health.* 2000 Feb;5(1):79-94.

Alvarenga MS, Philippi ST, Lourenço BH, Sato PM, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):44-51.

Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A, Leiros V. Cultura e Imagem Corporal. *Motricidade.* 2009; 5(1): 1-20.

American Society of Plastic Surgeons [Internet]. ASPS Recommended Insurance Coverage Criteria for Third-Party Payers. Reduction Mammoplasty. Approved by the Executive Committee of the American Society of Plastic Surgeons, May 2011. a2016. [cited 11 Mai 2017]. Available from: [https://www.plasticsurgery.org/Documents/Health-Policy/Reimbursement/Insurance\\_2011\\_reduction\\_mammaplasty.pdf](https://www.plasticsurgery.org/Documents/Health-Policy/Reimbursement/Insurance_2011_reduction_mammaplasty.pdf)

American Society of Plastic Surgeons [Internet]. Evidence-based Clinical Practice Guideline: Reduction Mammoplasty, Reduction Mammoplasty. Approved by the Executive Committee of the American Society of Plastic Surgeons, May 2011. b2016. [cited 11 Mai 2017]. Available from: <https://d2wirczt3b6wjm.cloudfront.net/Health-Policy/Guidelines/guideline-2011-reduction-mammaplasty.pdf>



Anderson RC, Cunningham B, Tafesse E, Lenderking WR. Validation of the breast evaluation questionnaire for use with breast surgery patients. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Sep;118(3):597-602.

Anjos LA. [Body mass index (body mass/body height-2) as indicator of nutritional status in adults: review of the literature]. *Rev Saude Publica.* 1992 Dec;26(6):431-6. Review. Portuguese.

Araújo CD, Veiga DF, Hochman BS, Abla LE, Oliveira AC, Novo NF, Veiga-Filho J, Ferreira LM. Cost-utility of reduction mammoplasty assessed for the Brazilian public health system. *Aesthet Surg J.* 2014 Nov;34(8):1198-204. doi:10.1177/1090820X14539972. Epub 2014 Jun 27.

Araújo CDM, Gomes HC, Veiga DF, Hochman B, Fernandes PM, Novo NF, Ferreira LM. Influência da Hipertrofia Mamária na Capacidade Funcional das Mulheres. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47(2):91-6.

Augustinho LBZ. Breast Evaluation Questionnaire em reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome. [Dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2015. 76p.

Benatti F, Solis M, Artioli G, Montag E, Painelli V, Saito F, Baptista L, Costa LA, Neves R, Seelaender M, Ferrioli E, Pfrimer K, Lima F, Roschel H, Gualano B, Lancha A. Liposuction Induces a Compensatory Increase of Visceral Fat Which is Effectively Counteracted by Physical Activity: A Randomized Trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012Jan; 97(7):2388-95. doi: 10.1210/Jc.2012-1012

Benditte-Klepetko H, Leisser V, Paternostro-Sluga T, Rakos M, Trattinig S, Helbich T, Schemper M, Deutinger M. Hypertrophy of the breast: a problem of beauty or health? *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 Sep;16(7):1062-9.

Beraldo FN, Veiga DF, Veiga-Filho J, Garcia ES, Vilas-Bôas GS, Juliano Y, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Sexual Function and Depression Outcomes Among Breast Hypertrophy Patients Undergoing Reduction Mammoplasty: A Randomized Controlled Trial. *Ann Plast Surg*. 2016 Apr;76(4):379-82. doi: 10.1097/SAP.0000000000000380.

Birtchnell S, Whitfield P, Lacey JH. Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty. *J Psychosom Res*. 1990;34(5):509-14.

Blomqvist L. Reduction mammoplasty: analysis of patients' weight, resection weights, and late complications. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1996 Sep;30(3):207-10.

Borkenhagen A, Röhrich F, Preiss S, Schneider W, Brähler E. Changes in body image and health-related quality of life following breast reduction surgery in German macromastia patients: a new tool for measuring body image changes. *Ann Plast Surg*. 2007 Apr;58(4):364-70.

Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2016 Dec;19:1-8. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.001

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente e legislação correlata [Recurso eletrônico]: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 12. ed. [citado 2017 Mai 11]. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 241 p. (série legislação; n. 122). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>

Brito MJ, Nahas FX, Cordás TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD, Felix Gde A, Ferreira LM. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty. *Aesthet Surg J*. 2016 Mar;36(3):324-32. doi: 10.1093/asj/sjv213.

Breiting LB, Henriksen TF, Kalialis LV, Gramkow C, Hoyer AP. Prospective Study of Short and Long Term cosmetic Outcome after Reduction Mammoplasty from Three Different Perspectives: The Patient, a Department Surgeon and an Independent Private Practitioner in Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2012 Aug;130(2):273-81. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182589bbf.

Brown AP, Hill C, Khan K. Outcome of reduction mammoplasty--a patients' perspective. *Br J Plast Surg*. 2000 Oct;53(7):584-7.

Brown JR, Holton LH, Chung TL, Slezak S. Breast-feeding, self-exam, and exercise practices before and after reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg*. 2008 Oct;61(4):375-9. doi: 10.1097/SAP.0b013e318160223f.

Brühlmann Y, Tschopp H. Breast reduction improves symptoms of macromastia and has a long-lasting effect. *Ann Plast Surg.* 1998 Sep;41(3):240-5.

Cabral IV, Garcia ED, Sobrinho RN, Pinto NL, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM, Veiga DF. Increased Capacity for Work and Productivity After Breast Reduction. *Aesthet Surg J.* 2017 Jan;37(1):57-62.

Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson K. The influence of Sociocultural Factors on Body Image: A Meta-Analysis. *Clin Psychol.* 2005; 12(4):421-28.

Cash TF. The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clin Psychol.* 2005;12(1):438-42. doi: 10.1093/clipsy.bpi055

Chen CL, Shore AD, Johns R, Clark JM, Manahan M, Makary MA. The impact of obesity on breast surgery complications. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Nov;128(5):395e-402e. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182284c05.

Cohen M, Anderson RC, Jensik K, Xiang Q, Pruszyński J, Walker AP. Communication Between Breast Cancer Patients and Their Physicians About Breast-Related Body Image Issues. *Plast Surg Nurs.* 2012;32(3):101-05.

Collins ED, Kerrigan CL, Kim M, Lowery JC, Striplin DT, Cunningham B, Wilkins EG. The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Apr 15;109(5):1556-66.

Conrado LA. Transtorno Dismórfico Corporal em Dermatologia: Diagnóstico, Epidemiologia e Aspectos Clínicos. *Ann Bras Dermatol*, 2009; 84(6):569-81.

Coriddi M, Koltz PF, Gusenoff JA. Reduction Mammoplasty, Obesity and Massive Weight Loss: Temporal Relationships of Satisfaction with Breast Contour. *Plas Reconstr Surg*. 2011Sep; 128(3):643-50. doi: 10.1097/PRS.0b013e318221da6b.

Coriddi M, Nadeau M, Taghizadeh M, Taylor A. Analysis of satisfaction and well-being following breast reduction using a validated survey instrument: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Aug;132(2):285-90. doi: 10.1097/PRS.0b013e31829587b5.

Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plast Recons Surg*. 2006Dec;118(7):167-180.doi: 10.1097/01.prs.0000242500.28431.24

Cunha MS, Viana AA, Santos LL, Costa TV, Bandeira NG, Meneses JVL. Impacto da Mastoplastia Redutora na Qualidade de Vida de Pacientes Portadoras de Gigantomastia. *Rev Bras Cir Plas*. 2009;24(1):43-6.

de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, Ferreira LM. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):5-10. doi: 10.1097/SAP.0b013e3181bc30f7.

de Brito MJA, Nahas FX, Ortega NRS, Córdas TA, Dini GM, Sabino Neto M, Ferreira LM. Support System for Decision Making in the Identification

of Risk for Body Dysmorphic Disorder: A Fuzzy Model. *Int J Med Inform.* 2013May;8(2):844-53. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2013.04.007.

de Brito MJ, Nahas FX, Cordás TA, Tavares H, Ferreira LM. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2016Feb;137(2):462-71. doi: 10.1097/01.prs.0000475753.33215.8f.

de Brito MJA, Nahas FX, Ferreira LM. Identifying Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients. *Plast Reconstr Surg.* 2012;4(1):1-2.

de Brito MJ, Sabino Neto M, de Oliveira MF, Cordás TA, Duarte LS, Rosella MF, Felix GA, Ferreira LM. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaptation and validation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015 Oct-Dec;37(4):310-6. doi:10.1590/1516-4446-2015-1664.

De Faria AL, Santos TCMM, Nakamiti MCP, Nascimento EFA, Neves P, Gonçalves MS, Pires TA. Discomforts, complications and satisfactions of woman after reduction mammoplasty. *Rev Enf UFPE online.* 2009 Oct/Dec;3(4):913-8. doi: 10.5205/reuol.581-3802-1-RV.0304200916

Dohnt HK, Tiggemann M. Body Image Concerns in Young Girls: The Role of Peers and Media Prior to Adolescence. *J Youth Adolesc.* 2006; 35(2):141–51.

Ducic I, Iorio ML, Al-Attar A. Chronic headaches/migraines: extending indications for breast reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Jan;125(1):44-9. doi:10.1097/PRS.0b013e3181c2a63f.

Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7

Faria FS, Guthrie E, Bradbury E, Brain AN. Psychosocial outcome and patient satisfaction following breast reduction surgery. *Br J Plast Surg*. 1999 Sep;52(6):448-52.

Felix GA, de Brito MJ, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, Ferreira LM. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014 May;67(5):646-54. doi: 10.1016/j.bjps.2014.01.002.

Fernandes PM, Sabino Neto M, Veiga DF, Abla LEF, Mundim CDA, Juliano I, Ferreira LM. Dores na Coluna: Avaliação em Pacientes com Hipertrofia Mamária. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(4):227-30.

Ferreira LF, Sabino Neto M, Silva MMA, Resende VCL, Ferreira LM. Tradução para Língua Portuguesa, Adaptação Cultural e Validação do Breast Evaluation Questionnaire. *Rev Bras Cir Plast*. 2013;28(2):270-5.

Ferreira MC. Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2000;15(1):55-66.

Firat C, Erbatur S, Aytakin AH. The influence of reduction mammoplasty on dermato-psychiatric disorders. *Eurasian J Med*. 2012 Aug;44(2):68-72. doi:10.5152/eajm.2012.17.

Franco T, Rebello C. Mamoplastias. In: Franco T, Rebello C. *Cirurgia Estética*. 1.ed. Rio de Janeiro:Atheneu; 1977. p.203-71.

Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Apr 1;119(4):1149-56; discussion 1157-8.

Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2004;38(6):335-9.

Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res*. 2002 Jan;10(1):33-41.

Garcia ES, Veiga DF, Sabino NetoM, Cardoso FNM, Batista IO, Leme RM, Cabral IV, Novo NF, Ferreira LM. Sensitivity of the Nipple-Areola Complex and Sexual Function Following Reduction Mammoplasty. *Aesth Surg J*. 2015Sep;35(7):193–202. doi: 10.1093/asj/sjv034.

Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1999 Jan;103(1):76-82; discussion 83-5.

Goldenberg, M. Gênero e Corpo na Cultura Brasileira. *Psiqu Clin*. 2005; 17(2): 65-80.

Gonzalez MA, Glickman LT, Aladegbami B, Simpson RL. Quality of life after breast reduction surgery: a 10-year retrospective analysis using the Breast Q questionnaire: does breast size matter? *Ann Plast Surg*. 2012 Oct;69(4):361-3. doi: 10.1097/SAP.0b013e31824a218a.



Gopie JP, Mureau MA, Seynaeve C, Ter Kuile MM, Menke-Pluymers MB, Timman R, Tibben A. Body image issues after bilateral prophylactic mastectomy with breast reconstruction in healthy women at risk for hereditary breast cancer. *Fam Cancer*. 2013 Sep;12(3):479-87. doi: 10.1007/s10689-012-9588-5.

Gouveia VV, Santos CA, Gouveia RSV, Santos WS, Pronk SL. Escala de Investimento Corporal (BIS): Evidências de sua Validade Fatorial e Consistência Interna. *Aval Psicol*. 2008;7(1):57-66.

Guimarães PAMP, Resende VCL, Sabino Neto M, Seito CL, De Brito MJA, Abla LEF, Veiga DF, Ferreira LM. Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesth Plast Surg*. 2015Dec;39(6):993-99. doi: 10.1007/s00266-015-0574-9

Guthrie E, Bradbury E, Davenport P, Souza Faria F. Psychosocial status of women requesting breast reduction surgery as compared with a control group of large-breasted women. *J Psychosom Res*. 1998 Oct;45(4):331-9.

Hallwell E. Future Directions for Positive Body Image Research. *Body Image*. 2015Jun;14(1):177-89. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.003.

Hermans BJ, Boeckx WD, De Lorenzi F, van der Hulst RR. Quality of life after breast reduction. *Ann Plast Surg*. 2005 Sep;55(3):227-31.

Hoga LAK. A Dimensão Subjetiva do Profissional na Humanização da Assistência à Saúde: Uma Reflexão. *Rev esc enferm.USP* 2004Mar;38(1):13-20.

Hollymann JA, Lacey JH, Whitfield PJ, Wilson JSP. Surgery for the psyche: a longitudinal study of women undergoing reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg*. 1986Apr;39(2):222-4.

ISAPS. Procedures performed in 2015[Internet]. New York: International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2016 [citado 2017 Mai 11]. Disponível em: <http://www.isaps.org/news/iasps-global-statistics>

Iwuagwu OC, Walker LG, Stanley PW, Hart NB, Platt AJ, Drew PJ. Randomized clinical trial examining psychosocial and quality of life benefits of bilateral breast reduction surgery. *Br J Surg*. 2006 Mar;93(3):291-4.

Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J*. 2008 Mar 6;126(2):87-95.

Kerrigan CL, Collins ED, Striplin D, Kim HM, Wilkins E, Cunningham B, Lowery J. The health burden of breast hypertrophy. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Nov;108(6):1591-9.

Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha I. Fatores Associados a Qualidade de Vida após a Menopausa. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 312-17.

Losee JE, Jiang S, Long DE, Kreipe RE, Caldwell EH, Serletti JM. Macromastia as an etiologic factor in bulimia nervosa: 10-year follow up after treatment with reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg*. 2004 May;52(5):452-7; discussion 457.

- Maia MFM, Souza BVO, Tolentino FM, Silveira MG, Tolentino TM. Auto percepção da imagem corporal por mulheres jovens adultas e da meia idade praticantes de caminhada. *Rev Bras Ativ Fis Saud.* 2011;16(4):309-14.
- Mazzocchi M, Dessy LA, Di Ronza S, Iodice P, Saggini R, Scuderi N. A study of postural changes after breast reduction. *Aesthetic Plast Surg.* 2012. Dec;36(6):1311-9. doi: 10.1007/s00266-012-9968-0. Epub 2012 Sep 6.
- Mello AA, Domingos NA, Miyazaki MC. Improvement in quality of life and self-esteem after breast reduction surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2010. Feb;34(1):59-64. doi: 10.1007/s00266-009-9409-x.
- Menezes JÁ, Santos AC, Pimenta OS, Favaretto CM, Ruback MC. Dismorfofobia: O Olhar do Outro. *Rev Bras Cir Plast.* 2014;29(3):468-73.
- Morgado FFR, Ferreira MEC, Andrade MRM, Segheto KJ. Análise dos Instrumentos de avaliação da Imagem Corporal. *Fit Perf J.* 2009Mai-Jun;8(3):204-11.
- Moreira H, Silva S, Marques A, Canavarro MC. The Portuguese version of the body image scale (BIS) - psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2010 Apr;14(2):111-8. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.007.
- Mota RA, Martins CGM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol Est.* 2006;11(2):232-30.
- Neto MS, Abla LE, Lemos AL, Garcia ÉB, Enout MJ, Cabral NC, Ferreira LM. The impact of surgical treatment on the self-esteem of patients with

breast hypertrophy, hypomastia, or breast asymmetry. *Aesthetic Plast Surg.* 2012 Feb;36(1):223-5. doi: 10.1007/s00266-011-9785-x.

Netcher DT, Meade RA, Goodman CM, Brehm BJ, Friedman JD, Thornby J. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Jun;105(7):2366-73.

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

O'Dea JA, Caputi P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Educ Res.* 2001 Oct;16(5):521-32.

Orbach I, Mikulincer M. The Body Investment Scale: Construction and Validation of a Body Experience Scale. *Psychol Assess.* 1998;10(1): 415-25.

Pedro AO, Pinto Neto AM, Paiva LH, Osis MJ, Hardy E. [Age at natural menopause among Brazilian women: results from a population-based survey]. *Cad Saude Publica.* 2003 Jan-Feb;19(1):17-25. Portuguese.

Pereira EF, Teixeira CS, Gattiboni BD, Bevilacqua LA, Confortin SC, Silva TR. Adolescent body image perceptions and socioeconomic status: a systematic review. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(3):423-29.

Pérez-Panzano E, Gascón-Catalán A, Sousa-Domínguez R, Carrera-Lasfuentes P, García-Campayo J, Güemes-Sánchez A. Reduction mammoplasty improves levels of anxiety, depression and body image satisfaction in patients with symptomatic macromastia in the short and long term. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017 Jan 11:1-11. doi: 10.1080/0167482X.2016.1270936.

Phillips KA. Body image and body dysmorphic disorder. In: Cash TF, Pruzinsky T, eds. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: The Guilford Press; 2004;36:312–22.

Pike CM, Nuzzi LC, DiVasta AD, Greene AK, Labow BI. Weight Changes After Reduction Mammoplasty in Adolescents. *J Adolesc Health*. 2015 Sep;57(3):277-81. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.06.002.

Poli Neto P, Caponi SNC. A Medicalização da Beleza. *Interface*. 2007; 11(23):569-84.

Porto RR, Chein MBC, Silva FMAM, Lessa LMM, Brito LMO. Impacto da Mamoplastia Redutora na Qualidade de Vida Física e Emocional. *Bol Acad Paul de Psicol*. 2011; 80(1):112-20.

Prado ML, Leichtweis CF, Johner AO. Cirurgia de Mamas: A Experiência de Mulheres que buscam Harmonia em seus Corpos. *Rev Min Enf*. 2010; 14(2):151-58.

Pruis TA, Janowisky JS. Assessment of Body Image in Younger and Old Women. *J Gen Psychol*. 2010;137(3):225-38.

Pruzinsky T, Sarwer DB, Cash TF, Goldwyn RM, Persing JA, Whitaker LA. Multiple perspectives on the psychology of plastic surgery. In: Sarwer *et al.* The Psychology of Reconstructive and Cosmetic Surgery: Clinical, Empirical, and Ethical Perspectives. 1.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2006. p.3-11.

Reardon R, Grogan S. Women's reasons for seeking breast reduction: a qualitative investigation. *J Health Psychol.* 2011 Jan;16(1):31-41. doi: 10.1177/1359105310367531.

Resende VCL, Sabino MN, Veiga DF, Rocha MJA, Ferreira LM. Sexuality in Patients Submitted to Reduction Mammography *J Women Health.* 2013;22(1):18-22.

Reardon R, Grogan S. Women's Reasons for Seeking Breast Reduction: A qualitative Investigation. *J Health Psychol.* 2011 Jan;16(1):31-41. doi: 10.1177/1359105310367531. Epub 2010 Jul 23.

Rogliani M, Gentile P, Labardi L, Donfrancesco A, Cervelli V. Improvement of physical and psychological symptoms after breast reduction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009 Dec;62(12):1647-9. doi: 10.1016/j.bjps.2008.06.067.

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

Saariniemi K, Luukkaala T, Kuokkanen H. The Outcome of Reduction Mammoplasty is Affected More by Psychosocial Factors than by Changes in Breast Dimensions. *Scan J Surg.* 2011;100(1):105-09.

- Sabino Neto M, Demattê MF, Freire M, Garcia EB, Quaresma M, Ferreira LM. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesthet Surg J*. 2008 Jul-Aug;28(4):417-20. doi: 10.1016/j.asj.2008.04.006.
- Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J Cancer*. 1991;27(12):1395 - 400.
- Sánchez GA, Dominguez SR, Payer SJC, Aznar TJ, Pinilla FB, Beltrán JM, Delgado BD, Mentecón LR. Mamoplastia de Reducción. Indicaciones y Consideraciones Técnicas. *Cir Esp*. 2000; 68(1): 30-4.
- Sante AB e Pasian SR. Imagem Corporal e Características de Personalidade de Mulheres Solicitantes de Cirurgia Plástica Estética. *Psicol Reflex e Critic*. 2011;24(3):421-429.
- Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998a Jun;101(7):1956-61; discussion 1962-3.
- Sarwer *et al*. Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Surgery In: Cash TF. *Body image and plastic surgery. Clinical, Empirical, and Ethical Perspectives*. 1ed. Philadelphia:Lippincott, Williams & Wilkins; 2006.p.37-59.
- Sarwer DB, Cash TF. Body Image: Interfacing Behavioral and Medical Sciences. *Aesth Surg J*. 2008;28(3):357-358.

Sarwer DB, Crerand CE, Magee L. In: Cash TF, Smolak L. *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention*. 2 ed. New York: The Guildford Press. 2011. p.394-403.

Sarwer DB, Gibbons LM, Magee L, Baker JL, Casas LA, Glat PM, Gold AH, Jewell ML, Larossa D, Nahai F, Young VL. A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthet Surg J*. 2005 May-Jun;25(3):263-9. doi: 10.1016/j.asj.2005.03.009.

Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Jul;112(1):83-90

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker. Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998b May;101(6):1644-49.

Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção do paciente cirúrgico. *Acta Cir Bras*. 2005;20(1):50-5.

Shah R, Al-Ajam Y, Stott D, Kang N. Obesity in mammoplasty: a study of complications following breast reduction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011 Apr;64(4):508-14. doi: 10.1016/j.bjps.2010.07.001.

Shakespeare V, Postle K. A qualitative study of patients' views on the effects of breast-reduction surgery: a 2-year follow-up survey. *Br J Plast Surg*. 1999 Apr;52(3):198-204.



Sigurdson L, Mykhalovskiy E, Kirkland SA, Pallen A. Symptoms and related severity experienced by women with breast hypertrophy. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Feb;119(2):481-6.

Silva MM, Resende VCL, Veiga DF, De Brito MJA, Sabino Neto M, Ferreira LM. Impacto da Mamoplastia Redutora na Sexualidade Feminina. *Rev Bras Cir Plast*. 2013;28(supl):52.

Singh KA, Losken A. Additional benefits of reduction mammoplasty: a systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2012 Mar;129(3):562-70. doi: 10.1097/PRS.0b013e31824129ee. Review.

Singh KA, Pinell XA, Losken A. Is reduction mammoplasty a stimulus for weight loss and improved quality of life? *Ann Plast Surg*. 2010 May;64(5):585-7. doi:10.1097/SAP.0b013e3181c5a841.

Smith M, Kent K. Breast concerns and lifestyles of women. *Clin Obstet Gynecol*. 2002 Dec;45(4):1129-39. Review.

Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*. 2004 Jan;1(1):15-28.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Datafolha Instituto de Pesquisas. A Cirurgia Plástica no Brasil [Internet]. São Paulo: SBCP, 2009 [citado em 2017 Mai 11]. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2012/11/pesquisa2009.pdf>

- Spector JA, Singh SP, Karp NS. Outcomes after breast reduction: does size really matter? *Ann Plast Surg.* 2008 May;60(5):505-9. doi: 10.1097/SAP.0b013e31816f76b5.
- Tavares MCC. *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento.* Barueri: Manole, 2003.
- Taylor AJ, Tate D, Brandberg Y, Blomqvist L. Cost-effectiveness of reduction mammoplasty. *Int J Technol Assess Health Care.* 2004 Summer;20(3):269-73.
- Thoma A, Sprague S, Veltri K, Duku E, Furlong W. A prospective study of patients undergoing breast reduction surgery: health-related quality of life and clinical outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Jul;120(1):13-26.
- Thompson JK. The (Mis)measurement of Body Image: Ten Strategies to Improve Assessment for Applied and Research Purposes. *Body Image.* 2004Jan; 1(1):7-14.
- Tiggmann M. Consideration of Positive Body Image Across Various Social Identities and Special Populations. *Body Image.* 2014Jun;14(1):168-76. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.002. Epub 2015 Apr 10.age.
- Turhan-Haktanir N, Geçici O, Murat Emül H, Aşık A, Demir Y, Ozbulut O. Temperament and character traits of women admitted for breast reduction and comparison with body perception. *Aesthetic Plast Surg.* 2010 Jun;34(3):359-64. doi: 10.1007/s00266-009-9465-2.

Tykkä E, Räsänen P, Tukiainen E, Asko-Seljavaara S, Heikkilä A, Sintonen H, Roine RP. Cost-utility of breast reduction surgery--a prospective study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010 Jan;63(1):87-92. doi: 10.1016/j.bjps.2008.08.067.

Vannucchi H, Unamuno MRDL, Marchini JS. Avaliação do estado nutricional. *Rev Med Rib Preto*.1996;29: 5-18.

Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003Sep;56(6):546-51.

Veale D, Naismith I, Eshkevari E, Ellison N, Costa A, Robinson D, Abeywickrama L, Kavouni A, Cardozo L. Psychosexual outcome after labiaplasty: a prospective case-comparison study. *Int Urogynecol J*. 2014 Jun;25(6):831-9. doi: 10.1007/s00192-013-2297-2.

von Soest T, Kvalem IL, Roald HE, Skolleborg KC. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009 Oct;62(10):1238-44. doi: 10.1016/j.bjps.2007.12.093.

World Health Organization. *World Health Statistics 2011*. Geneve: WHO, 2011.

Woodman R, Radzysinski S. Women's perception of life following breast reduction: a phenomenological study. *Plast Surg Nurs*. 2007 Apr-Jun;27(2):85-92.

## **FONTES CONSULTADAS**

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

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

U.S. National Library of Medicine - National Institutes of Health. Medical Subject Headings. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>.

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. 1986 p.

Tufano D. Michaelis - Guia Prático da nova ortografia: saiba o que mudou na ortografia brasileira. 1ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 2008. 32p.

**NORMAS ADOTADAS**

BIREME. Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS: descritores em ciências da saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

Consulta ao DeCs – Decritores em Ciência de Saúde. <http://desc.bvs.br/> - terminologia em saúde.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication [Internet]. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct; cited 2010 May 23]. Available from: URL: <http://www.icmje.org>.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): 2012, 24p.

Projetos, dissertações e teses: orientação normativa: guia prático. Ferreira LM, edição, organização e coordenação; Petroianu A, Aloise AC, Hochman B, Brandt CT, Veiga DF, Furtado FMGP, Nahas FX, Campos JHO, Ely PB, Marques RG, coeditores. São Paulo: Red Publicações; 2017, 118p.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMAGEM CORPORAL NA MAMOPLASTIA REDUTORA

**Pesquisador:** Cristiane Costa Fonseca

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 30223214.2.0000.5505

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 639.052

**Data da Relatoria:** 16/04/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

**Introdução:** A hipertrofia mamária é caracterizada por mamas de volume desproporcional ao tamanho da mulher; pode causar disfunção física e ter repercussões psicológicas. O tratamento dessa condição é a mamoplastia redutora. A Imagem corporal é a figura do corpo humano formada na mente. É o modo pelo qual o próprio corpo se apresenta para a pessoa e está relacionada com a satisfação com a forma corporal. A mamoplastia redutora é indicada não só para avaliar sintomas físicos, mas também pode trazer benefícios para autoestima e saúde mental.

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

Avaliar o impacto da mamoplastia redutora na Imagem corporal de pacientes com hipertrofia mamária

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

É importante salientar que a aplicação dos instrumentos elegidos e a medição dos valores antropométricos e de hipertrofia mamária não oferecem nenhum tipo de risco às pacientes que

**Endereço:** Rua Boluete, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP **Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5539-7162

**Fax:** (11)5571-1062

**E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Formulário 036/052

aceitarem participar do presente estudo (PROCEDIMENTOS DA PESQUISA SEM RISCOS)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador: Cristiane Costa Fonseca

Disciplina/Depto: Cirurgia plástica Campus: São Paulo

Obj. Acadêmico: Mestrado

Patrocínio: Ausente

Orientador: Dra. Daniela Francescato Velga

Chefe de Depto: Dr. Miguel Sabino Neto

Trata-se de um ensaio clínico prospectivo, controlado, intervencional e sem randomização.

#### LOCAL E POPULAÇÃO

A população estudada será formada por mulheres com idade entre 21 e 55 anos, o diagnóstico de hipertrofia mamária segundo o índice de Sacchini (1991) e os critérios de Franco & Rebelto (1977), ter indicação cirúrgica para mamoplastia redutora, estar com operação já agendada, apresentarem-se orientadas no tempo, espaço e pessoa e conseguirem expressar-se verbalmente. A amostra será por conveniência, formada por voluntárias atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica no Hospital das Clínicas Samuel Libânio hospital regional de referência localizado no município de Pouso Alegre – MG (Anexo 1). Um grupo de mulheres, selecionadas da população geral, com características sociodemográficas semelhantes e mamas consideradas de tamanho normal pelos mesmos critérios, serão convidadas a compor o grupo controle.

#### VARIÁVEIS DE ESTUDO

##### a) Imagem Corporal

A imagem corporal será investigada por meio dos questionários Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) na versão entrevista (JORGE et al., 2008), pelo Body Investment Scale (BIS) (GOUVEIA et al., 2008) e pelo Breast Evaluation Questionnaire (BEQ55) (FERREIRA, 2009) (VALIDADOS PARA O BRASIL)

##### b) Sociodemográficas

Será aplicado um protocolo para coleta de dados sociodemográficos e clínicos das pacientes

##### c) Medidas Antropométricas

Serão realizadas medidas antropométricas de estatura e peso corporal a fim de ser calculado o

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1082 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 036/052

índice de massa corpórea (WHO, 2008).

d) Mamoplastia redutora

As cirurgias serão realizadas no centro cirúrgico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, sempre pela mesma equipe, sob anestesia geral. Será utilizada técnica convencional com pedículo supero medial para o complexo aureolo-papilar e cicatrizes resultantes em "T" invertido. O tecido mamário ressecado será pesado e enviado para exame anatomopatológico.

#### INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Instrumento de caracterização das participantes do estudo (Anexo 3)

O instrumento de caracterização das participantes do estudo é composto por questões sobre aspectos sociodemográficos e clínicos das participantes. Esse instrumento foi construído pela própria autora desse estudo, fundamentado pela literatura de referência e por informações da equipe cirúrgica.

#### PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A autora identificará, com o cirurgião plástico responsável, as pacientes com mamoplastia redutora agendada que atendem aos critérios de elegibilidade deste estudo. Estas pacientes, por ocasião de seu retorno ambulatorial pré-operatório com o cirurgião plástico, serão convidadas a participar do estudo. As que aceitarem, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), serão incluídas.

Inicialmente a avaliadora aplicará o instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos. Em seguida, serão aplicados, por entrevista, os instrumentos Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), Body Investment Scale (BIS) e Breast Evaluation Questionnaire (BEQ 55). As entrevistas serão realizadas em sala ambulatorial reservada, com ambiente tranquilo.

Os mesmos instrumentos serão novamente aplicados pela autora no pós-operatório de seis meses, quando do retorno ambulatorial das pacientes.

As voluntárias para o grupo controle serão selecionadas nos ambulatórios de Ginecologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e convidadas a participar do estudo. As que concordarem serão submetidas ao exame físico para classificação das mamas e aferição de peso e altura; as que preencherem os critérios de elegibilidade e assinarem o TCLE serão incluídas. A autora aplicará então o instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos e os questionários Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), Body Investment Scale (BIS) e

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04 023-061  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)5538-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: ospunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 039/052

Breast Evaluation Questionnaire (BEQ 55), por meio de entrevistas realizadas em sala ambulatorial. No grupo controle os instrumentos serão aplicados uma única vez.

#### ANÁLISE DE DADOS

As informações coletadas nos questionários serão agrupadas em um banco de dados, utilizando-se o aplicativo Microsoft Office Excel (2007), e analisados estatisticamente utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0. Será empregada a estatística descritiva para descrever e apresentar os dados obtidos nos questionários e escala. Variáveis nominais serão descritas pela análise de frequência e tabela de contingência e as variáveis quantitativas, pelas medidas de tendência central e de dispersão. O teste t student será empregado para verificar a significância dos resultados a partir da associação das variáveis antes e depois da intervenção cirúrgica. A fim de verificar correlação entre o perfil antropométrico e mamoplastia redutora será aplicado o coeficiente de correlação de postos de Spearman. O a primeira questão aberta do questionário BDDE "O que você não tem gostado na sua aparência no último mês" será analisada através da análise do conteúdo das respostas. Essa verificação nos permitirá identificar os aspectos emocionais e cognitivos que envolvem a imagem corporal das portadoras de hipertrofia mamária, além de permitir a investigação dos efeitos da cirurgia.

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

Documentos obrigatórios apresentados (FOLHA DE ROSTO, PROJETO DE PESQUISA E TCLE)

Apresentada carta de autorização do hospital que participará da pesquisa

#### Recomendações:

Quanto ao item "Aspectos legais", corrigir a resol 196 PARA 456/12, UMA VEZ QUE A 196 foi REVOGADA.

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

APROVADO COM RECOMENDAÇÃO ACIMA

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 036/02

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 07 de Maio de 2014

---

Assinador por:

José Osmar Medina Pestana  
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-081

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5559-7182

Fax: (11)5571-1082

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

## APÊNDICE 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMAGEM CORPORAL EM PACIENTES SUBMETIDAS À MAMOPLASTIA REDUTORA

**Pesquisador:** Cristiane Costa Fonseca

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15167713.9.0000.5102

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 303.366

**Data da Relatório:** 09/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

A hipertrofia mamária é caracterizada por mamas de volume desproporcional ao tamanho da mulher, pode causar disfunção física e ter repercussões psicológicas. O tratamento dessa condição é a mamoplastia redutora. A imagem corporal é a figura do corpo humano formada na mente. É o modo pelo qual o próprio corpo se apresenta para a pessoa e está relacionada com a satisfação com a forma corporal. A mamoplastia redutora é indicada não só para avaliar sintomas físicos, mas também pode trazer benefícios para autoestima e saúde mental.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o

impacto da mamoplastia redutora na imagem corporal de pacientes com hipertrofia mamária.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A aplicação dos instrumentos elegeridos e a medição dos valores antropométricos e de hipertrofia mamária não oferecem nenhum tipo de risco às pacientes que aceitarem participar do presente estudo. Porém, existe possibilidade de alguma voluntária apresentar desconforto ou inibição durante a aferição da avaliação do grau de hipertrofia mamária ou verificação das medidas ponderais ou

**Endereço:** Avenida Prefeito Tassio Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.550-000

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (353)449-2199

**Fax:** (353)449-2300

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br



### **APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**1. Responsáveis:** Cristiane Costa Fonseca, Dra. Daniela Francescato Veiga, Dra. Maria José Azevedo Brito

**2. Título do trabalho:** Avaliação do impacto da Hipertrofia Mamária e Mamoplastia Redutora na Imagem corporal de Mulheres

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar o impacto da mamoplastia redutora na imagem corporal de pacientes com hipertrofia mamária. Serão convidadas a participar desta pesquisa mulheres atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica no Hospital das Clínicas Samuel Libânio com diagnóstico de hipertrofia mamária, candidatas à mamoplastia redutora e com procedimento cirúrgico previsto. A pesquisa será desenvolvida no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, hospital regional de referência localizado no município de Pouso Alegre-MG. Além disso, serão convidadas a participar, como controle, mulheres com características sociodemográficas semelhantes e mamas consideradas de tamanho normal pelos mesmos critérios que caracterizaram as mulheres com mamas hipertróficas. Para isso, serão aplicados três questionários, que já foram validados para uso no Brasil. As entrevistas serão realizadas no ambulatório de cirurgia plástica na consulta prévia a cirurgia e no retorno após seis meses do procedimento cirúrgico.

Não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação, assim como os pesquisadores não terão qualquer benefício financeiro com ela. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Além disso, em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.



Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são a pesquisadora Cristiane Costa Fonseca e as Profas. Daniela Francescato Veiga e Maria José Azevedo Brito, você pode contatá-las no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, situado na Rua Comendador José Garcia, 777, Pouso Alegre – MG, telefone: (35) 3429-3200 / (35) 9124-8482. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – e-mail: cepunifesp@unifesp.br

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

**4. Direito de privacidade:** Você tem garantida a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a das outras pacientes. E as pesquisadoras se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

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

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação do impacto da Hipertrofia Mamária e Mamoplastia Redutora na Imagem corporal de Mulheres” Eu discuti com a pesquisadora Cristiane Costa Fonseca sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou

prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura da Paciente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Cristiane Costa Fonseca – Pesquisadora Responsável

**APÊNDICE 4. INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO  
SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA**

**DATA NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **IDADE** \_\_\_\_\_

**DATA APLICAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade:**

- Nunca estudei  fundamental incompleto (fiz até \_\_\_\_ série)  
 fundamental completo  ensino médio incompleto  
 ensino médio completo  ensino superior incompleto  
 ensino superior completo  pós-graduação incompleta  
 pós-graduação completa

**Estado civil:**  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  Outros.

Qual? \_\_\_\_\_

**Profissão/ocupação:**  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**Renda familiar mensal, aproximadamente:**

- 1 salário mínimo  2 à 3 salários mínimos  
 até 5 salários mínimos  entre 5 e 10 salários mínimos  
 mais de 10 salários mínimos  mais de 20 salários mínimos

Quem é responsável por manutenção do lar (financeiramente)? \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS**

**Possui alguma doença crônica:**  Sim  Não Qual (is): \_\_\_\_\_

**Possui algum problema de saúde agudo:**  Sim  Não Qual (is): \_\_\_\_\_

**Realiza algum tipo de tratamento médico?**  Sim  Não

**Que tipo de tratamento:**  Medicamentoso  Outros Quais: \_\_\_\_\_

**Tem filhos?** \_\_\_\_\_ **Quantos:** \_\_\_\_\_

**Data último parto:** \_\_\_\_\_

**Operação prévia de mamas:** \_\_\_\_\_

### APÊNDICE 5 - EXAME FÍSICO

**PESO:** \_\_\_\_\_ kg

**ALTURA:** \_\_\_\_\_ m

**IMC:** \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

#### CLASSIFICAÇÃO DA MAMA:

##### ÍNDICE DE SACCHINI

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

#### CLASSIFICAÇÃO DE FRANCO & REBELLO

( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

**DATA CIRURGIA:** \_\_\_\_\_

#### **PESO RESSECADO:**

Mama D: \_\_\_\_\_ gramas

Mama E: \_\_\_\_\_ gramas

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – VERSÃO BRASILEIRA DO THE *BODY DYSMORPHIC*  
*DISORDER EXAMINATION (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.

### **Pontuação:**

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

**Diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal.** O procedimento seguinte é uma diretriz para usar o questionário de diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal de acordo com os critérios do Manual Estatístico e Diagnóstico de Distúrbios Mentais (DSM-IV).

**Critério A:** Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.

#2 = 0 ou 1

#9 = 4 ou mais alto

#10 ou #11 = 4 ou mais alto

#18 = 4 ou mais alto

#19 = 4 ou mais alto

**Critério B:** A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.

#9 = 4 ou mais alto

#10 ou #11 = 4 ou mais alto

#13 = 4 ou mais alto

todos os três anteriores ou:

#23, 24, 25, ou 26 = 4 ou mais alto

**Critério C:** A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental. #34 = 0

Obs: A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos.

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

### **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.

92 Sao Paulo Med J. 2008;126(2):87-95.

#### **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.

Sao Paulo Med J. 2008;126(2):87-95.

### **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. Sao Paulo Med J. 2008;126(2):87-95.

### 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 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

**ANEXO 2 – VERSÃO BRASILEIRA DA THE *BODY INVESTMENT SCALE*  
(BIS)**

| <b><i>BODY INVESTMENT SCALE</i></b>  |                            |                 |                                  |                 |                            |
|--|----------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| <b>Afirmativa</b>  | <b>Discordo totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Não concordo nem discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo totalmente</b> |
| 1 - Acredito que cuidar do meu corpo vai melhorar meu bem estar                |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 2 - Não gosto quando as pessoas tocam em mim                                   |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 5 - Sinto-me frustrada com minha aparência física                              |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 6 - Gosto do contato físico com outras pessoas                                 |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 8 - Gosto de cuidar do meu corpo   |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 9 - Costumo manter distância da pessoa que estou conversando                   |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 10 - Estou satisfeita com minha aparência                                      |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 11 - Sinto-me desconfortável quando as pessoas se aproximam fisicamente de mim |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 12 - Gosto de tomar banho  |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 13 - Odeio meu corpo   |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 14- Na minha opinião, é muito importante ter cuidado do meu corpo              |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 15 - Quando me machuco procuro cuidar imediatamente do meu ferimento           |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 16 - Sinto-me confortável com meu corpo  |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 17 - Tenho raiva do meu corpo  |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 18 - Olho para ambos os lados para atravessar a rua                            |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 16- Regularmente, uso produtos de cuidado com o corpo                          |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 19 - Gosto de tocar as pessoas que estão próximas a mim                        |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 21 - Gosto da minha aparência apesar das minhas imperfeições                   |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 23 - Ser abraçado por alguém que está próximo a mim me conforta                |                            |                 |                                  |                 |                            |
| 24 - Cuido-me sempre que sinto qualquer sinal de doença                        |                            |                 |                                  |                 |                            |

**ANEXO 3 – VERSÃO BRASILEIRA DO *THE BREAST EVALUATION*  
*QUESTIONNAIRE (BEQ 55)***

**1. Qual é o seu grau de satisfação com cada um dos seguintes itens?**

Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:

- |     |                                 |     |                          |
|-----|---------------------------------|-----|--------------------------|
| 1 = | Muito Insatisfeita              | 4 = | Razoavelmente Satisfeita |
| 2 = | Um Pouco Insatisfeita           | 5 = | Muito Satisfeita         |
| 3 = | Nem Satisfeita Nem Insatisfeita |     |                          |

**Com o tamanho das suas mamas?**

Durante atividades íntimas ou sexuais \_\_\_\_\_

Durante atividades sociais ou de lazer \_\_\_\_\_

Durante atividades profissionais ou de trabalho \_\_\_\_\_

**Com o formato das suas mamas?**

Durante atividades íntimas ou sexuais \_\_\_\_\_

Durante atividades sociais ou de lazer \_\_\_\_\_

Durante atividades profissionais ou de trabalho \_\_\_\_\_

**Com a firmeza das suas mamas?**

Durante atividades íntimas ou sexuais \_\_\_\_\_

Durante atividades sociais ou de lazer \_\_\_\_\_

Durante atividades profissionais ou de trabalho \_\_\_\_\_

- 2. Como você se sente quanto ao conforto ou desconforto em cada um dos seguintes itens, estando sozinha, com seu namorado ou parceiro íntimo, com outras mulheres de seu relacionamento (família ou amigas), com homens em geral, com mulheres menos íntimas (academia ou vestiário) ou com profissionais da saúde (médicos ou enfermeiras)?**

*Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:*

- |     |                                    |     |                           |
|-----|------------------------------------|-----|---------------------------|
| 1 = | Muito Desconfortável               | 4 = | Razoavelmente Confortável |
| 2 = | Um Pouco Desconfortável            | 5 = | Muito Confortável         |
| 3 = | Nem Confortável Nem Desconfortável |     |                           |

**Quanto a sua aparência geral (corpo todo) quando está totalmente vestida?**

- Sozinha \_\_\_\_\_
- Com seu marido ou parceiro \_\_\_\_\_
- Com homens em geral \_\_\_\_\_
- Com mulheres do seu relacionamento \_\_\_\_\_
- Com mulheres menos íntimas \_\_\_\_\_
- Com profissionais da saúde \_\_\_\_\_

**Quanto à sua aparência geral (corpo todo) de maiô ou biquíni?**

- Sozinha \_\_\_\_\_
- Com seu marido ou parceiro \_\_\_\_\_
- Com homens em geral \_\_\_\_\_
- Com mulheres do seu relacionamento \_\_\_\_\_
- Com mulheres menos íntimas \_\_\_\_\_
- Com profissionais da saúde \_\_\_\_\_

**Quanto à sua aparência geral (corpo todo) despida (sem roupas)?**

- Sozinha \_\_\_\_\_
- Com seu marido ou parceiro \_\_\_\_\_
- Com homens em geral \_\_\_\_\_

Com mulheres do seu relacionamento \_\_\_\_\_

Com mulheres menos íntimas \_\_\_\_\_

Com profissionais da saúde \_\_\_\_\_

**Quanto à aparência de suas mamas quando totalmente vestida?**

Sozinha \_\_\_\_\_

Com seu marido ou parceiro \_\_\_\_\_

Com homens em geral \_\_\_\_\_

Com mulheres do seu relacionamento \_\_\_\_\_

Com mulheres menos íntimas \_\_\_\_\_

Com profissionais da saúde \_\_\_\_\_

**Quanto à aparência de suas mamas quando está de maiô ou biquíni?**

Sozinha \_\_\_\_\_

Com seu marido ou parceiro \_\_\_\_\_

Com homens em geral \_\_\_\_\_

Com mulheres do seu relacionamento \_\_\_\_\_

Com mulheres menos íntimas \_\_\_\_\_

Com profissionais da saúde \_\_\_\_\_

**Quanto à aparência de suas mamas quando está despida (sem roupas)?**

Sozinha \_\_\_\_\_

Com seu marido ou parceiro \_\_\_\_\_

Com homens em geral \_\_\_\_\_

Com mulheres do seu relacionamento \_\_\_\_\_

Com mulheres menos íntimas \_\_\_\_\_

Com profissionais da saúde \_\_\_\_\_

**3. Você e as pessoas ligadas a você estão satisfeitas com a aparência (visual) das suas mamas?**

Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:

1 = Muito Insatisfeito(a)

4 = Razoavelmente Satisfeito(a)



2 = Um Pouco Insatisfeito(a)

5 = Muito Satisfeito(a)

3 = Nem Satisfeito(a) Nem  
Insatisfeito(a)

Para você mesma \_\_\_\_\_

Para seu marido ou parceiro sexual \_\_\_\_\_

Para sua mãe ou pai (aquele que você considera mais a opinião) \_\_\_\_\_

Para irmã(s) ou irmão(s) (aquele que você considera mais a opinião) \_\_\_\_\_

Para os amigos (ou aquele(a) que você considera mais a opinião) \_\_\_\_\_

**4. Para você e as pessoas ligadas a você, o tamanho das suas mamas é importante?**

*Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:*

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1 = Totalmente Sem Importância         | 4 = Razoavelmente Importante |
| 2 = Pouco Importante                   | 5 = Muito Importante         |
| 3 = Nem Importante Nem Sem Importância |                              |

Para você mesma \_\_\_\_\_

Para seu marido ou parceiro sexual \_\_\_\_\_

Para sua mãe ou pai (aquele que você considera mais a opinião) \_\_\_\_\_

Para irmã(s) ou irmão(s) (aquele que você considera mais a opinião) \_\_\_\_\_

Para os amigos (ou aquele(a) que você considera mais a opinião) \_\_\_\_\_