

ELISA MAYUMI KOKUBA AIHARA

**SATISFAÇÃO, FUNÇÃO SEXUAL E ATIVIDADE
FÍSICA EM PACIENTES SUBMETIDAS À
MASTOPLASTIA DE AUMENTO.**

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

SÃO PAULO

2018

ELISA MAYUMI KOKUBA AIHARA

**SATISFAÇÃO, FUNÇÃO SEXUAL E ATIVIDADE
FÍSICA EM PACIENTES SUBMETIDAS À
MASTOPLASTIA DE AUMENTO.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

COORIENTADORES: Prof. ELVIO BUENO GARCIA

Prof^ª. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA

SÃO PAULO

2018

Kokuba Aihara, Elisa Mayumi.

Satisfação, função sexual e atividade física em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento. / Elisa Mayumi Kokuba Aihara. -- São Paulo, 2018. XIV, 124 f.

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

Título em inglês: Satisfaction, sexual function and physical activity outcomes in patients undergoing breast augmentation.

1. Mastoplastia 2. Questionários 3. Implante de Mama 4. Sexualidade
5. Satisfação do paciente. 6. Exercício



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSACIONAL



Coordenação: Prof^a. Dr^a. Lydia Masako Ferreira

ORIENTADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

COORIENTADORES: Prof. ELVIO BUENO GARCIA

Prof^a. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA

DEDICATÓRIA

À memória dos meus pais, Ynsou e Nina Kokulsa, pelo amor, pela dedicação à família, pelo caráter e ensinamentos que se fazem presentes em todos os dias da minha vida.

Aos meus irmãos Miriam, Ricardo e Lillian e minha sobrinha Camila pela grande amizade, pelo carinho e apoio.

Ao meu marido Andre Yui Aihava pelo amor, pelo carinho, pela dedicação e paciência.

Aos meus filhos Agnuni e Felipe simplesmente por existirem.

A todos os meus queridos amigos pela amizade e pelos momentos especiais.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. LYDIA MASAKO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, pela oportunidade e pelo exemplo de capacidade de liderança e dedicação à ciência.

Ao Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO, PROFESSOR LIVRE DOCENTE, ADJUNTO E RESPONSÁVEL PELO SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E PROFESSOR ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, pela confiança, pelo apoio, por todos os seus ensinamentos técnicos e profissionais e pelo privilégio de ser orientanda do profissional da área que muito admiro: um verdadeiro exemplo de competência, ética, profissionalismo e equilíbrio.

Ao Prof. ELVIO BUENO GARCIA, PROFESSOR ADJUNTO COLABORADOR E RESPONSÁVEL PELO SETOR DE CIRURGIA PLÁSTICA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E PROFESSOR ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, por coorientar este estudo, pela

confiança, pela sua dedicação, pela motivação e incentivo, pela sua contribuição na minha atividade científica e formação profissional.

Profa MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA, PROFESSORA AFILIADA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E CO-ORIENTADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, pelas valiosas contribuições ao coorientar este estudo e por estar sempre à disposição para transmitir e compartilhar seus conhecimentos científicos, com muita dedicação.

Aos PROFESSORES e PÓS-GRADUANDOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, pelos ensinamentos e por contribuir no processo do meu aprendizado contínuo.

À SANDRA DA SILVA, SECRETÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, pelos auxílios e orientações prestados sempre com muita atenciosidade e competência.

Ao colega cirurgião plástico **PAULO AFONSO MONTEIRO PACHECO GUIMARÃES**, pela colaboração na tese e nos procedimentos cirúrgicos.

Ao aluno **GUILHERME LADEIRA OSÉS**, de graduação do CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, pela colaboração na coleta de dados da tese e pelo interesse na iniciação científica.

Aos **COLEGAS CIRURGIÕES PLÁSTICOS COLABORADORES** do SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Ao estatístico **ODDONE F. M. BRAGHIROLI**, pela orientação e auxílio na análise estatística dos dados deste estudo.

À revisora de língua inglesa **BEATRIZ C. BELLUCCI SANTORO**, pela revisão do texto em inglês e pela amizade.

A todos os **MÉDICOS e RESIDENTES** DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, que fizeram parte direta e indiretamente para a realização deste trabalho, pela agradável convivência, pela competência e colaboração nos procedimentos cirúrgicos e acompanhamento das pacientes.

Aos **FUNCIONÁRIOS** DO CENTRO CIRÚRGICO E DA ENFERMARIA DA CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL SÃO PAULO, pelo convívio,

pela competência e boa vontade com que exercem as suas funções, tornando mais fácil a execução dos procedimentos cirúrgicos.

Às PACIENTES DO AMBULATÓRIO DO SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, que participaram deste estudo e se tornaram verdadeiras colaboradoras indispensáveis deste trabalho, pela assiduidade, pelo carinho, pela agradável convivência e pela confiança que depositaram em mim para a realização dos procedimentos cirúrgicos e do estudo.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
LISTAS	X
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO	07
3. LITERATURA	09
4. MÉTODO	34
5. RESULTADOS	52
6. DISCUSSÃO	60
7. CONCLUSÃO	84
8. REFERÊNCIAS	86
FONTES CONSULTADAS	99
NORMAS ADOTADAS	101
APÊNDICE	103
ANEXOS	111

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Características epidemiológicas e clínicas da casuística	39
Tabela 2 - Complicações recentes (até o 15º dia pós-operatório)	50
Tabela 3 - Complicações tardias (após o 15º dia pós-operatório)	50
Tabela 4 – Respostas para perguntas em T0 e T4 do BEQ com comparação pareada intragrupo	54
Tabela 5 - Variação de respostas para perguntas entre T0 e T4 do BEQ com comparação entre grupo intervenção e controle	55
Tabela 6 - Respostas para perguntas em T0, T2 e T4 do BEQ55 para grupo intervenção	56
Tabela 7 - Respostas para perguntas em T0 e T4 do FSFI com comparação pareada intragrupo	57
Tabela 8 - Variação de respostas para perguntas entre T0 e T4 do FSFI com comparação entre grupo intervenção e controle	57
Tabela 9 - Respostas para perguntas em T0, T2 e T4 do FSFI para grupo intervenção	58
Tabela 10 - Respostas para perguntas em T0 e T4 do IPAQ com comparação pareada intragrupo	58
Tabela 11 - Classificação categórica em T0 e T4 do IPAQ	59
Tabela 12 - Variação de respostas para perguntas entre T0 e T4 do IPAQ com comparação entre grupo intervenção e controle.....	59
Tabela 13 - Respostas para perguntas em T0, T2 e T4 do IPAQ para grupo intervenção	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Paciente com hipomastia	36
Figura 2 - Medidas do índice de Sacchini	37
Figura 3 - Via de acesso e descolamento	47
Figura 4 - Colocação dos implantes	48
Figura 5 - Pós-operatório imediato	48
Figura 6 - Fotos pré e pós-operatório tardio.	49
Figura 7 - Fluxo de pacientes no estudo.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

BEQ	<i>Breast Evaluation Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
cm	Centímetros
EPM	Escola Paulista de Medicina
<i>et al.</i>	<i>et alii</i> (latim), em português: e outros.
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HSP	Hospital São Paulo
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
kg	Quilograma
Kg/m²	Quilograma por metro ao quadrado
m	Metros
m²	Metro ao quadrado
MBSRQ	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>
NHSLs	<i>National Health and Social Life Survey</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QS-F	Quociente Sexual Feminino
QV	Qualidade de vida
TSCS	<i>Tennessee Self Concept Scale</i>
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: A mastoplastia de aumento é o procedimento cirúrgico estético mais popular no mundo. Hipomastia é uma alteração que pode causar constrangimentos e alterar diversos aspectos da qualidade de vida nas mulheres. **Objetivo:** Avaliar a satisfação com as mamas, a função sexual e a atividade física em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento. **Métodos:** Foram avaliadas 78 mulheres, com idade entre 18 e 55 anos, com hipomastia, distribuídas em dois grupos, com 38 pacientes no grupo controle e 40 pacientes no grupo intervenção. As pacientes do grupo controle foram avaliadas no início do estudo e após quatro meses e as pacientes do grupo intervenção foram avaliadas no início do estudo, pelo menos uma semana antes do procedimento cirúrgico e no pós-operatório de dois e quatro meses da mastoplastia de aumento com colocação de implante mamário bilateral. Foram aplicados os questionários *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ), *Female Sexual Function Index* (FSFI) e *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) para avaliar respectivamente a satisfação com as mamas, a função sexual e a atividade física. Os grupos e os momentos de avaliação foram comparados estatisticamente. **Resultados:** Nas avaliações, no período pré-operatório e após quatro meses da intervenção, comparando o grupo controle com o grupo intervenção houve melhora estatisticamente significativa da satisfação ($p < 0,001$) e da função sexual ($p < 0,037$). Não houve alteração na avaliação da atividade física ($p = 0,757$). **Conclusão:** A mastoplastia de aumento com implantes mamários teve impacto positivo na satisfação das pacientes e na função sexual. Não houve mudança nos níveis de atividade física.

ABSTRACT

Introduction: Breast Augmentation continues to be the world's most popular cosmetic procedure. Hypomastia is a condition that may cause physical constraints, besides bringing about changes to several aspects of quality of life for those patients. **Objective:** The aim of this study was to assess satisfaction, physical activity and sexual function of patients with hypomastia undergoing breast augmentation. **Methods:** Seventy eight women, aged between 18 and 55, with hypomastia were selected, quasi-randomly divided into two groups with 38 patients in the control group and 40 patients in the intervention group. The control group patients took part of the assessment at study baseline and after 4 months of eligibility. The study group had been assessed for study eligibility and four months after the breast augmentation. The tools *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ-Brasil), *Female Sexual Function Index* (FSFI), and the *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) were used to evaluate satisfaction, sexual function and physical activities, respectively. Groups and evaluation times were statistically compared. **Results:** Concerning the main demographic data and in connection with the three questionnaires, the groups were homogeneous on baseline. Compared to the group control, the intervention group has presented significant improvement in breast satisfaction ($p < 0,001$) and in sexual function ($p < 0,037$) within four months. However, there was no improvement in physical activities ($p = 0,757$). **Conclusion:** Breast augmentation has had a positive impact on satisfaction and sexual function of the patients. There were no changes in physical activity levels.

1. INTRODUÇÃO

A globalização, a mídia e o entretenimento exercem uma importante influência na sociedade nos dias atuais. Redefinem conceitos e padrões de beleza e de comportamento que transpõem fronteiras culturais, sociais e raciais. Muitas vezes, exploram de forma exagerada a imagem, o corpo e a sexualidade. As mulheres comparam-se com a beleza ideal imposta pela sociedade (SHIPLEY, O'DONNELL, BADER, 1977; BEALE, LISPER, PALM, 1980; VON SOEST *et al.*, 2006). Diante desse contexto, é cada vez maior o número de mulheres insatisfeitas com o seu próprio corpo (DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b) e que buscam melhorar a sua aparência, mobilizando, cada vez mais, a indústria e os tratamentos relacionados à estética.

A *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) divulgou, em 2017, que a demanda por procedimentos cirúrgicos estéticos ao redor do mundo continua aumentando a cada ano. Os cinco países que mais realizam esses procedimentos são os Estados Unidos, Brasil, Japão, Itália e México. A ênfase cultural no desenvolvimento das mamas, o aperfeiçoamento da segurança das técnicas cirúrgicas e dos implantes contribuem para essa crescente demanda (SHIPLEY, O'DONNELL, BADER, 1977; KILMANN, SATTLER, TAYLOR, 1987; CHAO, GARZA, POVOSKI, 2016). A mastoplastia de aumento é um dos procedimentos estéticos mais realizados e o mais popular no mundo todo (ISAPS, 2017).

A representação das mamas para a mulher vai muito além do aspecto anatômico, funcional e fisiológico. As mamas simbolizam a feminilidade, a sensualidade e a maternidade (BAKER, KOLIN, BARTLETT, 1974; LOSKEN, 1990). A integração do corpo e da mente reflete a percepção do indivíduo sobre si mesmo e a sua própria aceitação. O que leva a mulher a procurar o procedimento cirúrgico é essa representação simbólica da mama. Muitas vezes, a insatisfação não está relacionada com o corpo todo, mas

apenas com uma parte específica dele, no caso, as mamas. E muitas mulheres buscam no procedimento uma forma de resgatar a sua feminilidade, de aliviar diferentes graus de depressão, ansiedade, de sensação de inadequação e de comprometimento da autoestima (BAKER *et al.*, 1974; SARWER *et al.*, 1998).

O propósito de qualquer procedimento estético é melhorar a imagem corporal do indivíduo. Nas últimas décadas, com a crescente popularidade da mastoplastia de aumento com implantes mamários, surgiu o interesse no estudo dos aspectos psicológicos desse procedimento (CRERAND, INFIELD, SARWER, 2009).

Todos os procedimentos e intervenções devem avaliar de forma global a influência que os mesmos exercem na vida diária dos pacientes. É imprescindível que profissionais envolvidos na assistência aos pacientes ponderem os benefícios de suas condutas, visando promover, acima de tudo, a saúde no seu conceito mais amplo, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Estender para todas as pessoas os benefícios relacionados ao conhecimento médico e psicológico é essencial para a promover a saúde na sua plenitude.

Atualmente, um dos principais indicadores do sucesso de uma intervenção médica é a satisfação dos pacientes. Uma das formas de se avaliar objetivamente um dado tão pessoal e subjetivo como a satisfação é através de questionários padronizados de avaliação da qualidade de vida.

De um modo geral, os estudos que avaliam os resultados de uma cirurgia estética revelam um elevado grau de satisfação dos pacientes (PARK, CHETTY, WATSON, 1996; VON SOEST *et al.*, 2006; SWANSON, 2013). Entretanto, satisfação do paciente não necessariamente indica uma melhora funcional nos aspectos psicológicos (HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE,

2004; COOK *et al.*, 2006). Esses estudos devem ser mais específicos e voltados para avaliação do real impacto da intervenção cirúrgica para os pacientes, a fim de comprovar a eficácia do tratamento terapêutico de uma cirurgia plástica com abordagem tanto na melhora física como na psicológica (PENAUD & DE MORTILLET, 2013).

Além disso, há evidências que sugerem que mudanças na imagem corporal da mulher, após procedimentos estéticos, apresentam um impacto direto na sexualidade (CEROVAC *et al.*, 2005; PELUSI, 2006; VON SOEST *et al.*, 2006). Segundo a OMS, a sexualidade é um dos pilares da qualidade de vida. Trata-se de uma dimensão relevante da personalidade que é manifestada na aparência da pessoa, nas crenças, nos comportamentos, no relacionamento interpessoal (RANKIN, BORAH, ALVAREZ, 2007) e exerce uma grande importância na saúde mental e na satisfação com o corpo. A função sexual adequada é um fator importante de satisfação e de qualidade de vida; mesmo assim, a disfunção sexual feminina continua altamente prevalente e é considerada um problema de saúde pública capaz de causar alteração na qualidade de vida de um indivíduo (LAUMANN, PAIK & ROSEN, 1999; DUNN, CROFT & HACKETT, 2000; DE BRITO *et al.*, 2010, DE BRITO *et al.*, 2012; BERALDO *et al.*, 2016; FLEURY, JUNQUEIRA & ABDO, 2012; GARCIA *et al.*, 2015; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

A associação entre a prática de atividade física e melhor padrão de saúde tem sido relatada na literatura há muito tempo e tem aumentado na década atual. Esses estudos evidenciaram uma relação inversa entre o nível de atividade física e a diminuição da mortalidade. Com isso, a atividade física regular reduz o risco de mortalidade e morbidade, sendo um importante componente de estilo de vida saudável, principalmente pela evidência de diversos benefícios à saúde (THOMAS & NELSON, 2001).

As mulheres que buscam a mastoplastia de aumento tendem a se preocupar mais com a aparência e com o corpo. THIEL *et al.* (2008) encontraram em seus estudos, dados que corroboram com os já encontrados na literatura, mulheres que praticam atividade física apresentaram melhores escores nos domínios “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental” do MOS SF-36 *Health Survey* e no domínio “satisfação” no FSFI, do que aquelas que são sedentárias. Para algumas mulheres, a cirurgia estética pode ser interpretada como uma forma de se cuidar, similarmente a um hábito alimentar saudável ou à prática regular de esportes (DIDIE & SARWER, 2003). A mudança física decorrente de uma cirurgia plástica é capaz de promover benefícios psicossociais. Durante esse processo de busca de melhoria da imagem corporal, a mastoplastia poderia, também, levar a mulher a cuidar ainda mais de si mesma e do seu corpo, refletindo, desse modo, aumento na atividade física. Há, na literatura científica, inúmeros trabalhos desenvolvidos relacionando a mastoplastia de aumento com a melhora da qualidade de vida, da autoestima. (ALDERMAN, PUSIC, MURPHY, 2016; FLEURY, JUNQUEIRA, ABDO, 2012; NETO *et al.*, 2012).

Porém, muitos ainda apresentam problemas metodológicos, de avaliação através de questionários não padronizados e de uso apropriado de grupos controle e de comparação, limitando os achados dos estudos. (SARWER *et al.*, 1998). Atualmente, há uma tendência em se utilizar questionários específicos, padronizados e validados, em estudos com metodologia adequada na avaliação da qualidade de vida após procedimentos cirúrgicos estéticos e reparadores nas mamas (PUSIC *et al.*, 2007; SABINO NETO *et al.*, 2012; NETO *et al.*, 2013; GUIMARÃES *et al.*, 2015; BERALDO *et al.*, 2016; FONSECA *et al.*, 2018;).

Destacando a importância fundamental da utilização de questionários validados e confiáveis, o *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ) foi elaborado especificamente para a avaliação da satisfação após procedimentos cirúrgicos estéticos e reparadores nas mamas (ANDERSON *et al.*, 2006).

O *Female Sexual Function Index* (FSFI) foi desenvolvido para avaliação da função sexual da mulher em consonância com os novos modelos da resposta sexual feminina, respeitando a natureza multidimensional da função sexual (ROSEN *et al.*, 2000).

O questionário proposto pela OMS para avaliação mundial da atividade física, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), foi validado e utilizado em inúmeros países, inclusive no Brasil (PARDINI *et al.*, 2001). O IPAQ foi desenvolvido em 1997, em estudo multicêntrico internacional, como instrumento de controle para medir múltiplos domínios da atividade física. Os estudos padronizados demonstram a validade e confiabilidade do IPAQ sendo que as propriedades de medidas são similares a outros questionários, podendo ser aplicado em uma ampla variedade de cultura e países.

O IPAQ é considerado breve o suficiente para ser utilizado no acompanhamento da avaliação da atividade física, bastante flexível, podendo ser aplicado através de entrevista por telefone, pessoalmente e ser autoaplicável. Ainda, apresenta a característica de ser facilmente adaptável para diferentes culturas.

O presente estudo baseia-se em instrumentos específicos de avaliação que são amplamente utilizados e difundidos por serem considerados simples, breve, de fácil aplicação e relevantes na pesquisa clínica. Os mesmos foram utilizados para avaliação da satisfação com as mamas, da função sexual e da

atividade física, de modo objetivo e sob o ponto de vista da paciente, considerando assim, o real benefício da intervenção.

2. OBJETIVO

OBJETIVO

Avaliar a satisfação, a função sexual e a atividade física em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento.

3. LITERATURA

3.1 Avaliação das mamas

SHIPLEY, O'DONNELL, BADER (1977) realizaram estudo controlado para avaliar as características da personalidade das mulheres que procuraram a mastoplastia de aumento. Ressaltaram a influência da mídia no aumento da busca por esse procedimento e na insatisfação das mulheres com o seu corpo. Referiram que a maioria dessas mulheres apresentavam uma avaliação negativa apenas de suas mamas e elas não transferiam a insatisfação para o corpo como um todo. Geralmente, essas mulheres apresentavam uma visão positiva de si mesma, queriam se vestir bem e se sentir mais atraentes fisicamente.

BEALE, LISPER, PALM (1980) realizaram uma avaliação psicológica em mulheres que procuravam pela mastoplastia de aumento, comparando um grupo de 65 mulheres (já operadas, que seriam operadas e grupo controle). Relataram que muitas se comparavam com a beleza ideal imposta pela sociedade através da mídia e, além disso, fatores psicológicos individuais e culturais poderiam influenciar na depreciação da feminilidade.

KILMANN, SATTLER, TAYLOR (1987) em estudo retrospectivo, avaliaram, utilizando questionários não validados, 75 mulheres submetidas à mastoplastia de aumento e relataram efeitos positivos significativos na imagem corporal, na atratividade e na atividade sexual.

LOSKEN (1990) analisou os aspectos psicológicos relevantes que deveriam ser considerados das mulheres que se apresentavam para a cirurgia das mamas. Ressaltou a importância das mamas na representação da feminilidade da mulher e a influência no relacionamento conjugal. Salientou

a importância da avaliação psicológica adequada das pacientes que buscavam por procedimentos cirúrgicos nas mamas e que quando bem indicados, estavam relacionados com alto nível de satisfação pelas pacientes sendo descrito como o critério de sucesso de qualquer procedimento cirúrgico estético.

SACCHINI *et al.* (1991) desenvolveram um método de medição de assimetria das mamas para avaliar 148 pacientes submetidas a 2 tipos diferentes de tratamento conservador para câncer de mama, tumorectomia e quadrantectomia. A análise quantitativa da mama operada foi feita por computador. Para a mama não operada, utilizou-se a média entre duas distâncias para classificar o tamanho das mamas individualmente: entre a papila mamária e o sulco inframamário e entre a papila mamária e a margem lateral do esterno. Através do método utilizado em seu estudo, definiram o tamanho da mama em pequena, média ou grande, de maneira objetiva. Além disso, avaliaram os resultados estéticos do procedimento cirúrgico através de questionário de autoavaliação da paciente e de três observadores. Concluíram que a quantidade de ressecção de mama era um fator determinante do resultado estético da mama operada.

PARKER (1993) publicou artigo abordando o tema implantes mamários e a beleza feminina no contexto de restrição pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o uso estético de implantes mamários de silicone. Ressaltou a importância e os benefícios que a mastoplastia de aumento poderia representar para algumas mulheres.

PARK, CHETTY, WATSON (1996) avaliaram a satisfação das mulheres submetidas à colocação de implantes mamários por razões estéticas ou

reparadoras através de estudo retrospectivo, utilizando questionários não padronizados. Mais de 80% das mulheres ficaram satisfeitas com a cirurgia mesmo após 10 anos da realização do procedimento cirúrgico.

RANKIN *et al.* (1998) realizaram avaliação objetiva da qualidade de vida em cirurgia estética, utilizando questionários validados e de medidas psicométricas confiáveis. Avaliaram, através de questionários genéricos e específico de depressão, 105 pacientes, em estudo prospectivo, nos períodos pré e pós-operatórios de 1 mês e 6 meses. Observaram melhora significativa da qualidade de vida já na avaliação de um mês após o procedimento.

SARWER *et al.* (1998) utilizaram questionários validados de imagem corporal, em avaliação pré-operatória, comparando grupos de mulheres que procuravam a cirurgia de mastoplastia de aumento e redutora. Pacientes do grupo mastoplastia redutora apresentaram a mesma idade que a do grupo mastoplastia de aumento e índice de massa corpórea (IMC) maior. Além disso, as pacientes de mastoplastia redutora apresentavam maior insatisfação com o corpo todo, pior avaliação com relação às atividades físicas, à aparência e à saúde. Essas pacientes apresentavam insatisfação com a imagem corporal como um todo e as pacientes do grupo mastoplastia de aumento apresentavam insatisfação com uma parte específica do corpo, as mamas.

SARWER *et al.* (2003) em estudo prospectivo, avaliaram 30 pacientes que buscavam pela mastoplastia de aumento e 30 mulheres que não desejavam o procedimento formaram o grupo controle. Realizaram a avaliação da imagem corporal e autoestima através de instrumentos de medidas psicométricas, validados. Referiram que pacientes que procuram pela

mastoplastia de aumento investiam mais na aparência, cuidavam-se melhor e apresentavam uma maior preocupação com a saúde e com exercícios físicos. Ressaltaram a importância de futuros estudos prospectivos através de medidas psicométricas para avaliação da mastoplastia de aumento relacionando complicações cirúrgicas pós-operatórias e resultados de avaliação psicológica.

von SOEST *et al.* (2006) estudaram os fatores psicológicos esperados para a predição da motivação das pacientes que desejavam se submeter aos procedimentos cirúrgicos estéticos. Avaliaram, através de questionários, 909 mulheres com diferentes motivações com relação aos procedimentos cirúrgicos estéticos e 195 pacientes que seriam submetidas aos mesmos. Enfatizaram que variáveis individuais, como a imagem corporal e a autoestima, e também fatores sociais influenciavam, cada vez mais, na motivação para se submeter a uma cirurgia estética.

ANDERSON *et al.* (2006) desenvolveram o *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ), instrumento padronizado para avaliação específica do estado e mudanças nas mamas. Referiram a necessidade de elaborar um questionário específico para avaliação da satisfação com as mamas em procedimentos estéticos, devido ao aumento crescente na procura pela mastoplastia de aumento. Avaliaram a satisfação com as mamas e resultados em qualidade de vida. O questionário composto por 55 questões foi validado em um grupo de 1244 mulheres, na língua inglesa, com idade média de 31 anos, que foram submetidas à mastoplastia de aumento, com avaliação feita nos períodos de pré-operatório e 1, 2 e 3 anos após a 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. Assim, o instrumento demonstrou-se de fácil utilização e interpretação, adequado, válido e confiável para avaliar a qualidade de vida, o conforto das mulheres e a satisfação com os atributos das mamas nos diferentes fatores avaliados.

McGRATH (2007) revisou a literatura existente que abordava a influência psicológica da mastoplastia de aumento e o cuidado com que as pacientes deveriam ser abordadas e esclarecidas com relação ao procedimento para que elas tivessem expectativas realísticas sobre os resultados que envolviam mudanças físicas e psicológicas. O autor ressaltou a importância crescente e a evolução dos estudos baseados em evidências na avaliação da psicodinâmica da experiência em cirurgia estética. Referiu também a necessidade de estudos relacionando avaliações das respostas psicológicas e complicações pós-operatórias.

HÖLMICH *et al.* (2007) avaliaram o pós-operatório tardio de mulheres submetidas à mastoplastia de aumento, na Dinamarca, e relacionaram complicações e satisfação das pacientes. A maioria das mulheres relataram satisfação com a cirurgia mesmo nos casos em que os médicos avaliaram e relataram resultados como poucos satisfatórios ou insatisfatórios devido às contraturas. As pacientes, provavelmente, devido aos benefícios nos aspectos psicológicos do procedimento, fizeram uma avaliação mais positiva que a dos médicos.

PUSIC *et al.* (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura para identificar os instrumentos de avaliação das pacientes, que foram desenvolvidos e validados para uso em procedimentos cirúrgicos estéticos e de reconstrução da mama. O critério utilizado para a avaliação do

instrumento no estudo foi a aderência às normas internacionais para validação e desenvolvimento de instrumento de avaliação da saúde da *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust for health-related outcome measures*. Os autores descreveram a necessidade em se desenvolver um instrumento de avaliação do paciente específico para procedimentos cirúrgicos da mama pois os existentes apresentavam limitações no seu desenvolvimento e de validação, e mesmo o *Breast-Related Symptoms Questionnaire* apresentou limitações significativas na avaliação específica das mamas.

GOETZ et al. (2008) realizaram revisões da literatura em estudos que abordavam o corpo e as representações sociais através da mídia. O corpo está relacionado com diferentes categorias e com a preservação da saúde, da funcionalidade, do bem-estar, da imagem e do cuidado com a aparência. A mídia estipula padrões de beleza que são absorvidos pela sociedade. O modelo corporal e a beleza se impõem como condição essencial para a felicidade. Muitas vezes, o conhecimento científico é disseminado em versões simplificadas ou distorcidas e degradado da verdade original de quem o difunde. A mídia possui papel fundamental, pois ao popularizar conhecimentos produzidos pela ciência, atua na produção e veiculação das representações sociais. Autores preconizam a realização de uma revisão crítica do que é difundido e imposto pela mídia.

KLASSEN et al. (2009) referiram a importância das avaliações dos resultados, em intervenções cirúrgicas nas mamas, baseados no relato das pacientes para a pesquisa e para se avaliar o impacto na qualidade de vida e na satisfação. Estabeleceram os conceitos estruturais principais que envolvem a avaliação de pacientes submetidas aos procedimentos cirúrgicos

nas mamas, para ser utilizado como uma referência para o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação.

PUSIC et al. (2009) desenvolveram o questionário *BREAST-Q*[®], instrumento de medida para avaliação dos resultados relatados pelo paciente, específicos para procedimentos cirúrgicos nas mamas. O questionário foi devidamente validado e desenvolvido seguindo, estritamente, as recomendações da *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes* e da FDA. Apresenta seis itens capazes de aferir os resultados das cirurgias estética e reparadora das mamas, medidas de satisfação e de qualidade de vida. Os itens avaliados pelo questionário foram: satisfação com as mamas, satisfação com os resultados, bem-estar psicológico, bem-estar sexual, bem-estar físico e satisfação com os cuidados médicos no tratamento. O *BREAST-Q*[®] foi desenvolvido para facilitar a compreensão da perspectiva da paciente a respeito da cirurgia, o que poderia facilitar as comparações de diferentes técnicas cirúrgicas e serviria como referência para comparações entre estudos e populações.

SOLVI et al. (2010) descreveram detalhadamente a experiência de 14 pacientes que seriam submetidas à mastoplastia de aumento, prospectivamente, com relação à motivação. Descreveram os fatores motivacionais como sendo insatisfação com a aparência, busca pela imagem ideal, autoestima, comentários, vestimenta e sexualidade. Todas buscavam a feminilidade. Descreveram fatores determinantes decisivos que levaram as pacientes a serem submetidas ao procedimento cirúrgico, como a mídia, os médicos, os fatores econômicos, pessoas próximas que fizeram a cirurgia e parceiro. O entendimento dos fatores motivacionais e o processo psicológico

auxilia o cirurgião plástico tanto a melhorar o seu atendimento quanto na abordagem às pacientes.

McCARTHY *et al.* (2012) realizaram estudo prospectivo, longitudinal de qualidade vida e mastoplastia de aumento utilizando o módulo do BREAST-Q aumento, com comparação da responsividade individual e do grupo das mulheres selecionadas. Avaliaram 41 pacientes, no período pré-operatório e após dois meses ou mais. Reafirmaram a importância da mastoplastia de aumento com impacto positivo na qualidade de vida da mulher, com melhora na satisfação com as mamas, no bem-estar psicossocial e no funcionamento sexual. Salientaram a importância do instrumento psicométrico de avaliação, específico para o procedimento estético cirúrgico nas mamas. Referiram como limitações do estudo, avaliação curta, de dois meses do período pós-operatório e a relação das complicações com a satisfação com as mamas.

SABINO NETO *et al.* (2012) estudaram o impacto da cirurgia de mama na autoestima das pacientes com hipomastia, assimetria e hipertrofia mamária. Avaliaram, prospectivamente, 125 pacientes, sendo 35 pacientes com assimetria mamária, 50 pacientes com hipertrofia mamária e 40 pacientes com hipomastia. Todas as pacientes responderam à escala de autoestima Rosenberg-EPM. As pacientes dos grupos hipertrofia mamária e assimetria responderam ao questionário antes da cirurgia, após três e seis meses da cirurgia e as pacientes com hipomastia responderam ao questionário antes da cirurgia e após dois e quatro meses do procedimento. Concluíram que a intervenção cirúrgica nas mamas dos três grupos de pacientes estudadas, melhorou a autoestima das mesmas de modo proporcionalmente similar.

FERREIRA *et al.* (2013) traduziram, adaptaram e validaram o *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ) para uso no Brasil. A adaptação cultural foi feita em pacientes de pós-operatório de reconstrução mamária do ambulatório de reconstrução mamária. O BEQ foi traduzido e adaptado com sucesso e com metodologia internacionalmente aceita. O mesmo mostrou-se válido e reprodutível. A versão brasileira do questionário foi denominada Questionário de Avaliação das Mamas (BEQ – Brasil).

SWANSON (2013) utilizou questionário não-validado para avaliar o impacto da mastoplastia de aumento, em 225 paciente, sob a perspectiva da paciente, em estudo prospectivo, através de entrevistas a partir do primeiro mês de pós-operatório. Concluíram que 98,1% das mulheres relataram alto nível de satisfação com o procedimento, melhora da autoestima em 91,1% e da qualidade de vida em 64.3%.

PENAUD & DE MORTILLET (2013) consideraram a incidência crescente da mastoplastia de aumento, na França, e realizaram um estudo prospectivo, multicêntrico, em 108 pacientes. Avaliaram as pacientes no período pré-operatório e seis meses após a cirurgia, através de questionários validados de autoestima, imagem corporal, depressão e sexualidade. Encontraram melhora em todos os itens analisados, exceto a sexualidade que permaneceu inalterada após o procedimento de mastoplastia de aumento.

ALDERMAN *et al.* (2014) estudaram prospectivamente 611 pacientes e avaliaram a satisfação e a qualidade de vida após a mastoplastia de aumento. Utilizaram o BREAST-Q. As avaliações foram realizadas nos períodos pré-operatório e seis semanas e seis meses de pós-operatório. As pacientes

apresentaram melhoras significativas no seu bem-estar psicossocial, sexual e referiram satisfação com as mamas após o procedimento.

CHAO, GARZA, POVOSKI (2016) realizaram estudo sobre implantes mamários de silicone e relataram que os implantes atuais foram desenvolvidos para otimizar os resultados estéticos e minimizar as complicações como a contratura capsular e a ruptura. Um dos avanços mais significativos tem sido o uso de silicone altamente coesivo. De um modo geral, os implantes mamários de silicone estão associados com um alto grau de satisfação das pacientes e baixa taxa de complicação.

ALDERMAN, PUSIC, MURPHY (2016) descreveram os resultados obtidos após a avaliação de 17.899 pacientes que foram submetidas à mastoplastia de aumento e completaram o BREAST-Q, no pré-operatório e nos períodos de um e quatro anos após a cirurgia. Houve uma melhora importante na satisfação das pacientes com as mamas, no bem-estar psicossocial, após um ano e essa melhora foi mantida mesmo após quatro anos do procedimento. O estudo assinalou a melhora da qualidade de vida das pacientes submetidas à mastoplastia de aumento.

DIAZ (2017) revisou o atendimento para pacientes de mastoplastia de aumento. Em seu estudo retrospectivo, avaliou a satisfação de 494 pacientes após mastoplastia de aumento, através do questionário BREAST-Q. Todas apresentavam seguimento mínimo de um ano quando responderam ao questionário. O autor referiu a importância da implementação de cuidados como orientações e esclarecimentos durante a consulta, seleção de implantes considerando a opinião da paciente, sistematização dos passos cirúrgicos para melhoria da prática, dos resultados e diminuição das complicações que

seriam fatores que poderiam contribuir para a satisfação das pacientes após a mastoplastia de aumento.

3.2 Avaliação da função sexual

BAKER, KOLIN, BARTLETT (1974) referiram que a crescente demanda pela mastoplastia de aumento propiciou estudos sobre os aspectos psicossociais das mamas, da imagem corporal e a resposta ao procedimento cirúrgico. Realizaram estudos com avaliações em pacientes submetidas ao procedimento, em um estudo prospectivo e em outro retrospectivo, através de entrevista e utilização de questionários padronizados de testes psicológicos. Em relatos de pacientes, observaram que a maior motivação para a realização do procedimento foi a satisfação de suas necessidades pessoais, para se sentirem adequadas e restaurarem seus sentimentos de feminilidade. Muitas mulheres relataram melhora na função sexual e em todas as outras áreas de suas vidas, como o resgate de sua feminilidade devido a problemas na relação conjugal.

LAUMANN, PAIK, ROSEN (1999) realizaram a análise dos dados de um importante estudo de prevalência e predição da disfunção sexual, o *National Health and Social Life Survey* (NHSLs), nos Estados Unidos. Baseado em uma amostra representativa da população com a faixa etária entre 18 a 59 anos. Apontaram que os problemas sexuais acometiam amplamente a sociedade e eram influenciados por fatores psicossociais, condição social, econômica e problemas relacionados à saúde. Ainda, relacionaram uma forte associação entre disfunção sexual e piora na qualidade de vida, reconhecendo a disfunção sexual feminina como sendo um problema de saúde pública.

BASSON *et al.* (2000) relataram que a disfunção sexual feminina era altamente prevalente, afetando 40% das mulheres nos EUA e, ainda assim, não seria bem definida ou compreendida. Avaliaram e revisaram as definições e classificações existentes da disfunção sexual feminina e através de um consenso de especialistas na Conferência Internacional da Disfunção Sexual Feminina. Recomendaram o uso do novo diagnóstico e classificação da disfunção sexual feminina baseada na fisiopatologia psicológica, fisiológica e critérios de desconforto pessoal para diagnóstico para a maioria das categorias da disfunção sexual feminina, incluindo causas psicogênicas e orgânicas do ciclo de resposta sexual feminina como o desejo, excitação, orgasmo e transtornos relacionados à dor sexual.

ROSEN *et al.* (2000) devido às estimativas de que 43% das mulheres queixavam-se de, pelo menos, um problema sexual e à limitação dos dados epidemiológicos sobre a disfunção sexual feminina, desenvolveram um breve questionário, de fácil aplicação, confiável e de validade psicométrica para avaliação das diferentes dimensões da função sexual em mulheres, o *Female Sexual Function Index* (FSFI). O questionário teria utilidade para ajudar a padronizar o diagnóstico e direcionar o tratamento, em ensaios clínicos ou em estudos epidemiológicos.

DUNN, CROFT, HACKETT (2000) apresentaram um estudo de investigação epidemiológica de satisfação sexual e seus componentes relacionados em 1768 indivíduos da população geral, adultos com idade entre 18 a 75 anos, na Inglaterra. Para a avaliação, os autores desenvolveram um questionário abordando a satisfação e os problemas sexuais. No estudo

apresentado, 34% dos homens e 41 % das mulheres que responderam aos questionários, relataram apresentar algum tipo de problema sexual. Entre os mais comuns, foram disfunção erétil e ejaculação precoce nos homens e lubrificação vaginal e orgasmo nas mulheres. Por outro lado, quando questionados sobre a satisfação sexual, 25% da população estudada referiram estar insatisfeitos com a vida sexual. Verificou-se uma correlação entre insatisfação e problemas sexuais uma vez que 70% dos indivíduos que referiram apresentar algum tipo de problema sexual, relataram alta ou extrema insatisfação sexual. Os autores reforçaram a importância do impacto do tratamento de problemas sexuais com a satisfação sexual na sociedade para ambos os parceiros em um relacionamento.

MESTON & DEROGATIS (2002) relataram a rápida evolução dos avanços no diagnóstico e tratamento da disfunção sexual feminina nos últimos anos. Revisaram cinco instrumentos de avaliação de disfunção sexual com o propósito de destacar as propriedades psicométricas dos questionários de cada instrumento e auxiliar os pesquisadores a selecionar um instrumento de medida eficiente para disfunção sexual feminina que melhor atendesse às necessidades de seus estudos.

TIEFER, HALL, TAVRIS (2002) devido à complexidade dos fatores relacionados à função sexual, propuseram uma nova classificação para os problemas sexuais das mulheres, priorizando apropriadamente questões pessoais dentro do contexto cultural e fatores relacionados. Assim, a insatisfação e o descontentamento na resposta sexual poderiam se originar de inúmeras áreas da vida. Consideraram como fonte de problemas sexuais, fatores econômicos, socioculturais e políticos; fatores de relacionamentos e parceiros; fatores psicológicos e de saúde.

ABDO *et al.* (2002) realizaram uma pesquisa com amostra de 2835 indivíduos com o objetivo de apresentar os principais hábitos e disfunções sexuais da população brasileira. A queixa sexual masculina mais comum foi a disfunção erétil (46,2%), seguida da ejaculação precoce (15,8%). Já na população feminina, as principais disfunções sexuais foram ausência de orgasmo (29,3%) e falta de desejo sexual (34,6%). De acordo com o que foi descrito na literatura, quanto maior a idade, maior a prevalência de disfunção sexual e havia uma relação com estado civil, idade e escolaridade. Os autores referiram que em seu Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS), as mulheres mostraram-se mais inibidas para falar sobre sexo, o que poderia trazer implicações em âmbito de pesquisa, prevenção e tratamento e considerando que em caso de entrevista através de questionários, as mulheres teriam maior dificuldade em respondê-los. Esse fato sugeriu também que há uma subnotificação da disfunção sexual.

DIDIE & SARWER (2003) compararam, em seu estudo, dois grupos de pacientes que apresentavam características físicas semelhantes com hipomastia. Um grupo de mulheres que buscava pelo procedimento cirúrgico de mastoplastia de aumento e outro grupo que não buscava pelo procedimento. As mulheres foram avaliadas através de diversos questionários padronizados com o objetivo de estudar as motivações para se submeterem ao procedimento de mastoplastia de aumento. O fator principal foi a insatisfação com as mamas. Observaram que mulheres que buscavam o procedimento apresentavam uma função sexual mais positiva e que se cuidavam melhor com relação à atividade física e à aparência.

BASSON *et al.* (2004) atualizaram as recomendações e as diretrizes para a disfunção sexual. Recomendaram uma avaliação abrangente da história médica, sexual e psicossocial, além do exame físico, para o diagnóstico e tratamento adequado. Salientaram a importância de estudos e pesquisas relacionados à disfunção sexual feminina e à abordagem multidisciplinar.

STOFMAN *et al.* (2006) avaliaram, no pós-operatório, os efeitos dos procedimentos cirúrgicos estéticos na vida psicossocial de 70 pacientes. Oitenta por cento das mulheres submetidas à mastoplastia de aumento referiram melhora na satisfação sexual e mais de 95% referiram melhora na imagem corporal. Sob o ponto de vista psicossocial, as mulheres referiram maior influência na satisfação sexual pessoal e do parceiro e na capacidade de atingir o orgasmo. Além disso, relataram aumento na frequência da relação sexual e extensão dos benefícios além das dimensões do sentimento de bem-estar. A mudança após uma cirurgia plástica bem-sucedida não foi apenas física, mas sim psicológica. Dessa forma, os autores referiram-na como uma cirurgia psicossocial.

ABDO (2006) desenvolveu e validou no Brasil, o Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F), um instrumento de autoavaliação de fácil manuseio e com linguagem acessível que levava em conta os vários domínios da função sexual da mulher. Validado em estudo com 30 mulheres que apresentavam disfunção sexual e outras 30 que não apresentavam disfunção sexual, o questionário apresentava 10 questões que abordavam os 5 domínios da função sexual feminina: desejo e interesse, preliminares, excitação e sintonia, conforto e orgasmo.

FIGUEROA-HAAS (2007) realizou estudo prospectivo, não randomizado para avaliação dos efeitos da mastoplastia de aumento na autoestima e na sexualidade. Utilizou os questionários FSFI e a Escala de autoestima de Rosenberg, nos períodos pré-operatório e entre 1 e 2 meses após a cirurgia, em 114 participantes, porém, foram avaliadas apenas 84 pacientes pois 6 responderam de modo incompleto, 14 não fizeram o seguimento da avaliação, 9 desistiram de participar e 1 não foi qualificada para o estudo. A autora referiu essa perda de dados como fatores limitantes do estudo. Observou, em seu estudo, uma melhora significativa em todos os domínios da função sexual e da autoestima das pacientes submetidas à mastoplastia de aumento.

MEYER-BAHLBURG & DOLEZAL (2007) assinalaram que, devido às excelentes qualidades psicométricas do FSFI, houve uma rápida aceitação do instrumento como forma de avaliação da função sexual. O mesmo mostrou-se de grande utilidade para diversas condições médicas e tratamentos. Porém, com algumas limitações e ressalvas. Os autores recomendaram algumas adaptações no questionário para adequar o procedimento de avaliação dos escores e melhorar ainda mais o FSFI como instrumento de avaliação da função sexual.

THIEL *et al.* (2008) realizaram o processo de tradução para o português, adaptação cultural e validação do FSFI. O FSFI foi desenvolvido para a avaliação da função sexual feminina. O FSFI cumpriu todos os requisitos propostos para o protocolo de validação internacional e mostrou-se instrumento de fácil compreensão e aplicação, que variou de 10 a 20 minutos. A proposta do instrumento é clara, seus componentes são específicos e permitem definir a população estudada. A consistência interna do FSFI, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach padronizado, foi satisfatória, com

índice geral de 0,95 e maior que 0,80 para cada domínio. Foram encontrados valores de 0,88 (domínio “desejo”) a 0,97 (domínio “lubrificação”), que confirmam as discussões existentes sobre a divergência entre aspectos subjetivos e objetivos da resposta sexual feminina. Conforme a nova proposta circular da resposta sexual feminina, a mulher pode iniciar seu ciclo com excitação e lubrificação, que são respostas objetivas, e somente depois ter desejo, que é subjetivo. A confiabilidade, medida pelo teste-reteste, mostrou que o FSFI validado é confiável porque o coeficiente foi 1. O processo de adaptação cultural não alterou a versão em português do FSFI comparado ao original, as suas propriedades e a capacidade de avaliação foram mantidas e versão adaptada é válida para avaliação da resposta sexual das mulheres brasileiras.

PACAGNELLA *et al.* (2008) realizaram estudo de comparação de duas versões do FSFI e identificaram problemas e dificuldades no entendimento do questionário. Realizaram a adaptação transcultural do FSFI. Esse foi o escolhido por ser breve, desenvolvido para ser autoaplicável, ser utilizado mundialmente e por ser sensível para avaliar as intervenções com capacidade para prever melhora no tratamento em cada domínio da resposta sexual. Os autores relataram uma breve introdução sobre o delineamento da sexualidade atual na literatura científica e referiram a complexidade da avaliação da função sexual feminina e a importância do desenvolvimento de instrumentos para estudos sobre o tema com capacidade de avaliação subjetiva.

FLEURY & ABDO (2012) reafirmaram o conceito atual da função sexual que valorizava o aspecto responsivo do desejo feminino, desencadeado por estímulo e contexto sexual adequados. Concluíram, em seus estudos, que o diagnóstico de disfunção sexual deveria considerar a história médica, sendo

que o problema estava associado à suscetibilidade individual, psicossocial, sexual, contexto atual, passado e do início da dificuldade, resposta sexual atual e participação do parceiro. Recomendaram o tratamento das disfunções sexuais femininas através de abordagem multidisciplinar, terapias de acordo com as necessidades de cada paciente, visto que apenas o tratamento medicamentoso era insuficiente.

SABINO NETO *et al.* (2013) realizaram estudo transversal comparativo avaliando a função sexual, através do questionário FSFI, em 17 mulheres submetidas à mastectomia apenas e em outras 19 mulheres submetidas à mastectomia com reconstrução mamária. Observaram uma melhora da função sexual em pacientes submetidas à mastectomia com reconstrução mamária.

RESENDE *et al.* (2013) Avaliaram o impacto da mastoplastia redutora na função sexual das pacientes com hipertrofia mamária. Realizaram estudo randomizado, controlado, prospectivo com 60 mulheres com hipertrofia mamária distribuídas em 2 grupos, 30 mulheres que foram submetidas à mastoplastia redutora e avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de 6 meses e 30 mulheres que não foram submetidas ao procedimento e avaliadas no período inicial e 6 meses após. O questionário utilizado para avaliação da função sexual foi o QS-F. Observaram melhora significativa da função sexual nas mulheres operadas e concluíram que a mastoplastia redutora provocou um impacto positivo na função sexual de pacientes com hipertrofia mamária.

GARCIA *et al.* (2015) realizaram estudo comparativo avaliando a sensibilidade do complexo areolo-papilar correlacionando com a avaliação da função sexual em pacientes submetidas à mastoplastia redutora. E

concluíram que a redução das mamas com pedículo superomedial reduziu a sensibilidade do complexo areolo-papilar mas não interferiu na função sexual.

GUIMARÃES *et al.* (2015) estudaram o impacto da cirurgia estética das mamas na sexualidade da mulher. Compararam 45 mulheres com hipomastia e 30 mulheres com hipertrofia mamária. As pacientes foram avaliadas no período pré-operatório e 6 meses após a intervenção cirúrgica, através do QS-F. Ambos os grupos apresentaram melhora significativa no escore total do QS-F após o procedimento cirúrgico. Não houve melhora nos domínios desejo e conforto em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento e nem do domínio conforto em pacientes submetidas à mastoplastia redutora.

BERALDO *et al.* (2016) através de um estudo controlado randomizado, avaliaram a função sexual e a depressão em 60 mulheres com hipertrofia mamária, através dos questionários FSFI e Beck *Depression Inventory*, respectivamente. Das 60 mulheres com hipertrofia mamária, 30 foram submetidas à mastoplastia redutora e foram avaliadas nos períodos pré-operatório, 3 e 6 meses pós-operatório. Outras 30 mulheres formaram o grupo controle, que não foram submetidas ao procedimento cirúrgico e foram avaliadas no primeiro atendimento e após 3 e 6 meses. Os autores confirmaram o impacto positivo da mastoplastia redutora na função sexual após três e seis meses e na depressão após seis meses.

3.3 Avaliação da atividade física

SCULLY et al. (1998) relataram a crescente relação entre exercício físico e saúde psicológica. Em termos de saúde física, havia uma exaltação correlacionando as vantagens dos exercícios físicos. Porém, a correlação com a saúde psicológica apresentava uma relação mais complexa. Apontaram inúmeras pesquisas que evidenciavam o impacto positivo dos exercícios físicos na depressão, ansiedade, níveis de estresse e estados de humor, autoestima, síndrome pré-menstrual e imagem corporal. Consideraram a viabilidade de prescrever exercícios físicos como forma de tratamento da saúde psicológica do indivíduo. Porém, ainda havia inúmeras questões a serem pontuadas e exploradas relacionando exercícios físicos e os benefícios psicológicos como orientação, adesão, tipos de exercícios e seguimento.

PARDINI et al. (2001) realizaram como parte de um estudo multicêntrico internacional, a validação, no Brasil, do questionário de avaliação de atividade física, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de disponibilizar um instrumento mundial que determinasse o nível de atividade física populacional. O IPAQ foi desenvolvido em várias versões (em forma curta e longa, referindo-se ao recordatório da última semana ou de uma semana usual, de formato autoaplicável ou entrevista via telefone). A versão brasileira foi validada em versão longa, de forma autoaplicável e referindo-se a uma semana usual (versão 6). Em estudo piloto, avaliou-se 43 indivíduos (21 mulheres e 22 homens) e os dados obtidos foram comparados aos dados de gasto energético durante a mesma semana, colhidos por meio de um recordatório de atividade física diária (RGE) e um sensor de movimentos (o *Computer Science & Applications* – CSA). Concluíram que a versão brasileira do IPAQ era reprodutível e que apresentava associação

significativa com o registro de gasto energético, porém, uma baixa correlação com o sensor de movimentos. Os autores destacaram a importância do estudo pois a atividade física podia ser considerada como uma aliada importante na saúde pública, em virtude da economia direta que se poderia alcançar com o combate ao sedentarismo.

MATSUDO *et al.* (2001) realizaram estudo de validação e reprodutibilidade, no Brasil, do questionário IPAQ, como complementação do estudo piloto. Utilizaram o questionário em adultos, constituído por 257 homens e mulheres que responderam à versão da última semana (formas longa e curta), no início do estudo e após 7 dias. Concluíram que as formas de IPAQ foram aceitáveis e apresentaram resultados similares a outros instrumentos para medir nível de atividade física, sendo esse questionário, validado e amplamente utilizado em diversos países e culturas.

CRAIG *et al.* (2003) referiram que devido ao fato de a inatividade física ser um problema mundial, o IPAQ foi desenvolvido, entre 1998-1999, em versão longa e curta, como um instrumento padronizado e de utilização internacional para avaliação da atividade e inatividade física, tendo sido validado em centros de estudos em diferentes países. O IPAQ pode ser utilizado por entrevista ou ser autoaplicável, avaliando a semana usual de atividade física. Utilizou-se métodos padronizados de tradução e adaptação cultural dos questionários.

ABU-OMAR, RÜTTEN, LEHTINEN (2004) apresentaram dados sobre atividade física em 15 estados membros da União Europeia. Investigaram, em nível descritivo, a relação entre atividade física e saúde mental. Os dados foram obtidos através de entrevista em um total de 16.230 indivíduos de 15 anos ou mais. A saúde mental foi avaliada através do *Mental Health Inventory* (MHI-5) e pela *Energy and Vitality Scale* (EVI-scale). A atividade física foi avaliada através da versão curta do IPAQ. Os resultados indicaram uma relação positiva do nível de atividade física e saúde mental para subgrupos de população. Os autores concluíram que os resultados obtidos deveriam ser estímulo para promover a atividade física na União Europeia.

HAGSTRÖMER, OJA, SJÖSTRÖM (2006) estudaram as características de validação da versão longa do IPAQ, auto aplicado, em 46 voluntários, nos últimos 7 dias. Utilizaram o monitor de atividade física, diário recordatório de atividade física e exercício aeróbico para a validade de construto. Concluíram que, no estudo proposto, o IPAQ apresenta propriedades de validade aceitáveis para avaliar diferentes domínios, intensidade da atividade física, em adultos saudáveis.

BAUMAN *et al.* (2009) relataram sobre a primeira década de experiência do IPAQ, uso e pontos relevantes que deveriam ser considerados. Os autores referiram que o IPAQ apresenta importantes limitações. Foi desenvolvido para ser utilizado em população adulta de 18 a 69 anos e frequentemente era inapropriado para adolescentes ou pessoas mais idosas. A versão curta do IPAQ é capaz de avaliar a atividade física total e não pode avaliar mudanças

em um domínio específico. Além disso, segundo os autores, apresentava uma tendência em superestimar a atividade física.

AMARAL, FORTES, FERREIRA (2011) avaliaram o Transtorno Dismórfico Corporal, através de entrevista e aplicação do questionário *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), em dez mulheres que haviam sido submetidas à cirurgia plástica estética. Na abordagem da entrevista, avaliaram a aparência, o corpo e a atividade física. Com relação à aparência, seis mulheres ainda se apresentavam insatisfeitas com alguma parte do corpo e com relação à atividade física, a sua prática não era vista pelas mulheres como uma forma de modificação corporal, e sim como uma forma de manutenção do corpo após a cirurgia, sendo que, muitas pacientes evitavam o exercício por falta de motivação e pela exposição do próprio corpo. Além disso, a cirurgia plástica tinha um efeito mais imediato e direto.

GONÇALVES, CAMPANA, TAVARES (2012) analisaram a evolução da pesquisa sobre a imagem corporal e a atividade física, utilizando dez estudos criteriosamente selecionados. A atividade física exerce influência na imagem corporal. Havia inúmeros estudos sobre o exercício no tratamento da saúde mental e na promoção do bem-estar. As indicações mínimas para obtenção das respostas relativas ao desenvolvimento da imagem corporal eram de 2 sessões de treino por semana, durante 12 semanas e deveriam respeitar os limites, as necessidades e as possibilidades individuais.

SABINO NETO *et al.* (2012) estudaram a atividade física, através do IPAQ, em 18 mulheres mastectomizadas sem reconstrução mamária e 18 mulheres mastectomizadas que foram submetidas à reconstrução mamária. Concluíram que o nível de atividade física entre as mulheres submetidas à reconstrução mamária foi melhor que entre as mulheres mastectomizadas sem reconstrução mamária.

RESENDE (2013) avaliou em estudo prospectivo controlado randomizado, 60 mulheres com hipertrofia mamária que buscavam pelo procedimento de mastoplastia redutora e dividiram em dois grupos. Um grupo de mulheres que foram submetidas ao procedimento e o grupo controle. Avaliou a satisfação com as mamas, a função sexual e a atividade física. Houve melhora da satisfação e da função sexual mas não houve mudança nos níveis de atividade física após a mastoplastia redutora.

4. MÉTODO

4.1 Desenho de pesquisa

Trata-se de um estudo clínico, primário, intervencional, longitudinal, prospectivo, analítico e controlado, realizado em centro único.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), via Plataforma Brasil.

CAAE: 14743613.7.0000.5505 (Apêndice 1)

Número do parecer: 1.032.234

Todas as participantes selecionadas foram informadas e esclarecidas sobre o estudo. As que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

4.2 Casuística

Foram selecionadas consecutivamente, no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (HSP), da UNIFESP/EPM, um total de 80 mulheres com hipomastia (figura 1) e que desejavam ser submetidas à mastoplastia de aumento.



Figura 1 - Paciente com hipomastia

O critério utilizado para a classificação de hipomastia foi através do índice de Sacchini (SACCHINI *et al.*, 1991). Trata-se de uma avaliação que utiliza dados objetivos e é obtido por meio da média entre duas distâncias: “x” - a distância entre a papila mamária e o sulco inframamário, e “y” - a distância entre a papila mamária e a margem lateral do esterno (figura 2). De acordo com a classificação utilizada, considera-se a média das duas distâncias, acima descritas x e y:

- Mama pequena (hipomastia) : resultante menor que 9 centímetros.
- Mama normal: resultante entre 9 e 11 centímetros.
- Mama grande: resultante maior que 11 centímetros.

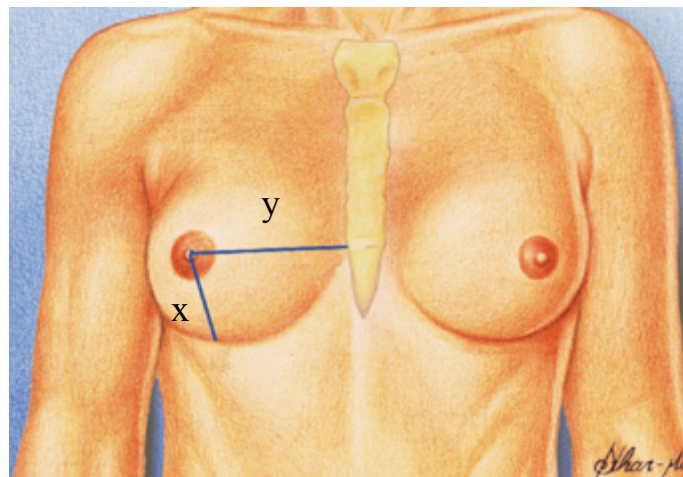


Figura 2 - Medidas do índice de Sacchini

As pacientes foram selecionadas, conforme segue:

- Critérios de inclusão:
 - Gênero feminino;
 - Idade entre 18 e 55 anos;
 - Mamas pequenas, conforme critério do índice de Sacchini;
 - Desejo de se submeter ao procedimento proposto;
 - Escolaridade mínima de ensino fundamental completo.

- Critérios de não inclusão:
 - Gestação, parto ou lactação há menos de um ano;
 - Presença de doenças sistêmicas ou uso crônico de medicamentos;
 - Tabagismo;
 - Deformidades torácicas;
 - Cirurgias prévias nas mamas.

- Critérios de exclusão:
 - Gestação;
 - Preenchimento inadequado dos questionários;
 - Desistência na participação do estudo em andamento.

As pacientes selecionadas foram distribuídas em dois grupos:

- Grupo intervenção: as 40 primeiras pacientes selecionadas e que foram submetidas à mastoplastia de aumento com a inclusão de implantes mamários bilateralmente.
- Grupo controle: as 40 pacientes consecutivas e que não foram submetidas à intervenção cirúrgica nos momentos das avaliações.

4.2.1 Caracterização da casuística:

Todas as participantes do estudo tiveram uma avaliação específica da hipomastia para a indicação cirúrgica e conduta definida pela equipe de

cirurgia plástica do Setor de Reconstrução Mamária da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP/EPM.

A tabela apresenta as principais características da casuística.

Tabela 1 - Características epidemiológicas e clínicas da casuística

Característica	Geral (n = 78)	Controle (n = 38)	Intervenção (n = 40)	Valor p
Idade (anos)	26,7 ± 6,3	27,9 ± 6,2	25,5 ± 3,3	0,102
Gestações	0,6 ± 0,9	0,7 ± 1,0	0,4 ± 0,8	0,080
Escolaridade				0,859
Ensino fundamental	3 (3,8)	0 (0)	3 (7,5)	
Ensino médio	27 (34,6)	15 (39,5)	12 (30,0)	
Ensino superior	48 (61,5)	23 (60,5)	25 (62,5)	
IMC (kg/m²)	21,3 ± 2,0	21,2 ± 2,0	21,4 ± 2,0	0,653

Todos os dados são apresentados como N (%), exceto se especificado.

IMC: Índice de massa corpórea.

4.3 Procedimentos

Elaborou-se um protocolo para a coleta dos dados sócio- demográficos e clínicos de anamnese com a história clínica e o exame físico de cada participante (apêndice 3). Os dados individuais são apresentados no apêndice 4.

As pacientes dos grupos intervenção (GI) e controle (GC) responderam aos questionários de avaliação da qualidade de vida específicos, autoaplicável, para a avaliação da satisfação com as mamas, da função sexual e da atividade física. O preenchimento dos questionários pelas pacientes foi realizado sem a identificação nominal das mesmas, em uma sala com privacidade, no ambulatório de atendimento da equipe do Setor de

Reconstrução Mamária da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP/EPM, no Hospital São Paulo. O pesquisador ficou à disposição para esclarecimentos em caso de dúvidas no preenchimento dos mesmos.

As pacientes do grupo controle responderam aos questionários no momento em que concordaram em participar do estudo e quatro meses após esse momento. As pacientes do grupo intervenção responderam aos questionários com pelo menos sete dias de antecedência do procedimento cirúrgico (T0) e, posteriormente, com dois (T2) e quatro meses (T4) de pós operatório, nos retornos de avaliação.

4.3.1 *Breast Evaluation Questionnaire - Brasil (BEQ)*

O BEQ- Brasil (anexo 1) foi desenvolvido para avaliar a satisfação com as mamas, com o corpo e com a mudança na qualidade de vida de pacientes submetidas à cirurgia de mamas. O instrumento original foi validado em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento (Anderson *et al.*, 2006). Foi traduzido para o português, adaptado para a cultura brasileira e validado por FERREIRA *et al.* (2013). Trata-se de um questionário específico para a avaliação das mamas. Ele é composto por 55 questões. Os itens são agrupados em 11 subitens, que por sua vez são apresentados em quatro aspectos avaliados nesse questionário, que são a satisfação da paciente com suas mamas com relação ao tamanho, formato, firmeza e sua relação com a aparência geral (vestindo roupas, maiô e despidas) e aparência das mamas (vestindo roupas, maiôs e despidas). Além disso, avaliam também a importância da aparência das mamas para si mesma e para as outras pessoas. As respostas são apresentadas em cinco graduações, as notas que cada item pode receber variam de um a cinco, onde pode escolher entre muito insatisfeita (nota = 1), um pouco insatisfeita (nota = 2), nem satisfeita

nem insatisfeita (nota = 3), razoavelmente satisfeita (nota = 4) e muito satisfeita (nota = 5). A pontuação do questionário foi realizada através da somatória dos escores obtidos em cada questão que compunha cada um dos onze subitens, das quatro perguntas, descritos abaixo:

- Primeira pergunta:
 - satisfação com tamanho (três itens: escore varia entre 3 e 15 pontos)
 - satisfação com formato (três itens: escore varia entre 3 e 15 pontos)
 - satisfação com firmeza (três itens: escore varia entre 3 e 15 pontos)

- Segunda pergunta:
 - conforto com aparência geral vestida (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos)
 - conforto com aparência geral de maiô (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos)
 - conforto com aparência geral despida (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos)

- Terceira pergunta: satisfação com a aparência das mamas (cinco itens: escore varia entre 5 e 25 pontos)

- Quarta pergunta: importância do tamanho das mamas (cinco itens: escore varia entre 5 e 25 pontos).

Como o número de itens que compõe cada subitem varia, variando o escore total que cada um poderia receber, a análise foi feita após padronização em porcentagem. Subtraiu-se do escore bruto de cada subitem, o valor mínimo que poderia atingir. Este resultado foi dividido pela variação possível deste subitem, multiplicado por 100. O escore total do questionário foi obtido com a soma das notas de cada questão. Quanto maior a pontuação, maior o grau de satisfação (ANDERSON *et al.*, 2006; FERREIRA *et al.*, 2013)

4.3.2 Female Sexual Function Index (FSFI)

Para avaliar a função sexual das pacientes foi utilizada a versão brasileira do FSFI (anexo 2). São apresentadas 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas 4 semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As questões são reunidas em seis domínios: desejo (itens 1 e 2); excitação (itens, 3, 4, 5 e 6); lubrificação (itens 7, 8, 9 e 10); orgasmo (itens 11, 12 e 13); satisfação (itens 14, 15 e 16) e desconforto/dor (itens 17, 18 e 19). Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de zero a cinco. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se assim um escore para a função sexual que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor o escore obtido, pior a função sexual.

As opções de resposta recebem pontuação entre zero e cinco, de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida, pela entrevistada, relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, resultado das somas dos escores de cada

domínio multiplicado por um fator (anexo 3) que torna homogênea a influência de cada domínio no escore total. Assim, para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. No desenvolvimento do instrumento original, os autores propuseram essa forma de homogeneizar a influência de cada domínio no escore total, baseando-se em um algoritmo computacional simples (PACAGNELLA et al., 2008).

4.3.3 *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*

O IPAQ (anexo 4), versão longa, é autoaplicável, referente a uma semana normal da paciente. É composto de 19 questões sobre atividade física diária. As pacientes respondem a perguntas sobre sua semana habitual e quanto tempo elas gastam realizando atividades físicas. Avalia a intensidade com abordagem dos domínios relacionados ao lazer, às atividades domésticas, ocupacionais e ao transporte resultando na avaliação total da atividade física.

O valor atribuído a cada uma das atividades é feito em unidades MET (*metabolic equivalent of task*), em que um MET é considerado a taxa metabólica obtida em repouso, equivalente a $4.184 \text{ kJ.kg}^{-1}.\text{h}^{-1}$ (Ainsworth et al., 2000). Cada tipo de atividade física tem um valor equivalente de MET sendo considerados 3,3 MET para atividade leve (caminhada), 4,0 MET para atividade moderada, 6,0 MET para atividade de andar de bicicleta e 8,0 MET para atividade vigorosa.

Há, na literatura, dois tipos de classificação do nível de atividade física do IPAQ:

1. Muito ativo: aquele que cumpriu as recomendações de:
 - a. vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão
 - b. vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

2. Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de:
 - a. vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou
 - b. Moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
 - c. qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

3. Irregularmente ativo: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:
 - a. Irregularmente ativo A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:
 - Frequência: 5 dias /semana ou
 - Duração: 150 min / semana
 - b. Irregularmente ativo B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

4. Sedentário: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

O IPAQ também pode ser classificado de acordo com os níveis de categorias de atividade física, conforme segue:

Baixa:

- Sem atividade física referida
- Alguma atividade física, mas insuficiente para pertencer à categoria moderada ou vigorosa.

Moderada (qualquer um dos critérios abaixo):

- Três ou mais dias realizando atividade vigorosa, ao menos, 20 minutos por dia;
- Cinco ou mais dias de atividade de moderada intensidade e/ou caminhada por, pelo menos, 30 minutos por dia;
- Cinco ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividade de moderada ou vigorosa intensidade, atingindo o mínimo de 600 MET- min/semana.

Alta (qualquer um dos critérios abaixo):

- Atividade vigorosa ao menos três dias da semana, acumulando pelo menos 1.500 MET-min/semana;
- Sete ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividade moderada ou vigorosa, acumulando ao menos 3.000 MET-min/semana.

4.3.4 Procedimento cirúrgico

Os procedimentos cirúrgicos foram realizados pela equipe de cirurgia plástica da Disciplina de Cirurgia de Plástica da UNIFESP/EPM, no centro cirúrgico do Hospital São Paulo. O procedimento realizado foi a mastoplastia de aumento com inclusão de implante mamário bilateralmente.

Avaliação pré-operatória

As pacientes do grupo intervenção foram submetidas à uma avaliação pré-operatória e pré-anestésica de rotina, com coleta de exames laboratoriais e de imagem para a complementação da avaliação, quando necessário. Após a liberação clínica para o procedimento cirúrgico, o mesmo foi agendado.

Anestesia

Todas as pacientes foram operadas sob efeito de anestesia geral balanceada, por meio de intubação oro-traqueal, mantidas em respiração controlada conforme os padrões estabelecidos pela Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva Cirúrgica da UNIFESP/EPM. Utilizou-se antibiótico (cefalosporina de primeira geração), durante a indução anestésica.

Técnica cirúrgica

Com a paciente em posição ortostática, realizou-se a marcação identificando-se os sulcos inframamários e intermamário. A marcação foi realizada na linha média do esterno desde a incisura jugular até a porção mais distal do processo xifoide do esterno. Demarcou-se o local da incisão, abaixo do sulco inframamário, com aproximadamente quatro centímetros de extensão.

Com a paciente em posição de decúbito dorsal horizontal, realizou-se a antissepsia com gluconato de clorexidine alcoólico 0,5% e foram colocados

campos cirúrgicos estéreis. A incisão da pele foi realizada com lâmina de bisturi 15, na região previamente demarcada. A dissecação foi realizada com eletrocautério, interessando os planos do tecido subcutâneo. Realizou-se, com auxílio de afastador com fibra óptica para mamas, fonte de luz e eletrocautério a dissecação retroglandular, no plano suprafascial, para confecção do local em que o implante foi colocado (figura 3).



Figura 3 - Via de acesso e descolamento

Hemostasia de toda a região do descolamento. Para a colocação dos implantes mamários, realizou-se a troca por luvas novas com a lavagem das mesmas com SF0,9%. Colocou-se os implantes mamários de gel silicone, da marca Eurosilicone®, *Global Consolidated Aesthetics Limited*, fabricada na França, todos redondos, texturizados, com perfil e volume previamente determinado conforme melhor indicação para cada paciente (figura 4). Com a paciente em posição sentada, verificou-se o posicionamento dos implantes e a simetria das mamas.



Figura 4 - Colocação dos implantes

Realizou-se o fechamento por planos através de sutura do tecido subcutâneo com pontos simples, com fio Mononylon® 3-0; sutura subdérmica com pontos simples, invertidos, com fio Mononylon® 4-0, incolor; sutura contínua com fio Mononylon® 4-0, incolor, em plano intradérmico (figura 5). Foram realizados curativos com fita microporosa estéril, gaze e colocação de sutiã compressivo.



Figura 5 - Pós-operatório imediato

Pós-operatório:

- repouso relativo, com dorso fletido a 45°;
- liberação da dieta no pós-operatório imediato, quando paciente bem acordada;
- orientações gerais e específicas do pós-operatório;

- uso de sutiã compressivo para pós-operatório e limitação das atividades físicas por um mês;
- retornos e avaliações ambulatoriais no 5^o, 10^o, 16^o, 21^o, 28^o, 60^o, 120 dias pós-operatório (figura 6).



Figura 6 - Fotos pré e pós-operatório tardio.

Perfil alto, volume= 260 ml

A duração média das cirurgias foi de uma hora e trinta minutos. As pacientes permaneceram internadas por aproximadamente 18 a 24 horas após o término da cirurgia. Todas as pacientes utilizaram cefalosporina de primeira geração, por via oral, 500 mg de 6 em 6 horas durante 7 dias, anti-inflamatório não esteróides por 3 dias, e analgésicos quando necessários.

Não houve intercorrências transoperatórias nem no período pós-operatório imediato (no mesmo dia da cirurgia). As complicações recentes e tardias estão relacionadas a seguir:

Tabela 2 - Complicações recentes (até o 15º dia pós-operatório)

Complicações precoces	Casuística (n=40)
Hematoma	0
Infecção	0
Deiscência de ferida	1 (2,5%)
Galactorréia	1 (2,5%)
Total	2 (5%)

Tabela 3 - Complicações tardias (após o 15º dia pós-operatório)

Complicações tardias	Casuística (n=40)
Quelóide	0
Cicatriz hipertrófica	2 (5%)
Simastia	1 (2,5%)
Estrias nas mamas	8 (20%)
Total	11 (27.5%)

Para a análise descritiva, as variáveis quantitativas foram representadas por suas médias e desvios-padrão quando suas distribuições eram normais e por medianas e intervalos interquartis quando não normais. A definição de normalidade foi feita através de análise gráfica e teste de Shapiro-Wilk, seguida de investigação de *outliers*. As variáveis categóricas foram representadas através de frequências e porcentagens.

Todas as análises apresentadas foram submetidas a análise de sensibilidade em virtude das medidas para lidar com dados perdidos, não

havendo alteração marcante nos valores obtidos e sem qualquer alteração em conclusões sobre valores significativos nas análises inferenciais.

Os grupos foram comparados tomando como variável dependente os 3 escores e seus domínios, sendo utilizada portanto uma análise não-pareada através de teste T, quando comparados grupo intervenção *vs* controle. Para investigação do efeito do tratamento dentro de cada grupo, foi feita análise pareada comparando T0 *vs* T4 para ambos e, no caso do grupo intervenção, foi feita também uma ANOVA de medidas repetidas para avaliar a evolução em T0, T2 e T4, com comparações de subgrupos ajustadas para comparações múltiplas por técnica de Bonferroni. Resultados foram considerados significantes quando obtidos valores $p < 0,05$. As análises foram conduzidas com o *software* IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS ®, Chicago, IL, EUA) 20.0.

5. RESULTADOS

No decorrer do estudo, houve a exclusão de duas pacientes, ambas do grupo controle. Uma por ter engravidado e a outra por ter sido operada em outro serviço. Portanto, foram consideradas 38 pacientes no estudo do grupo controle (figura 7).

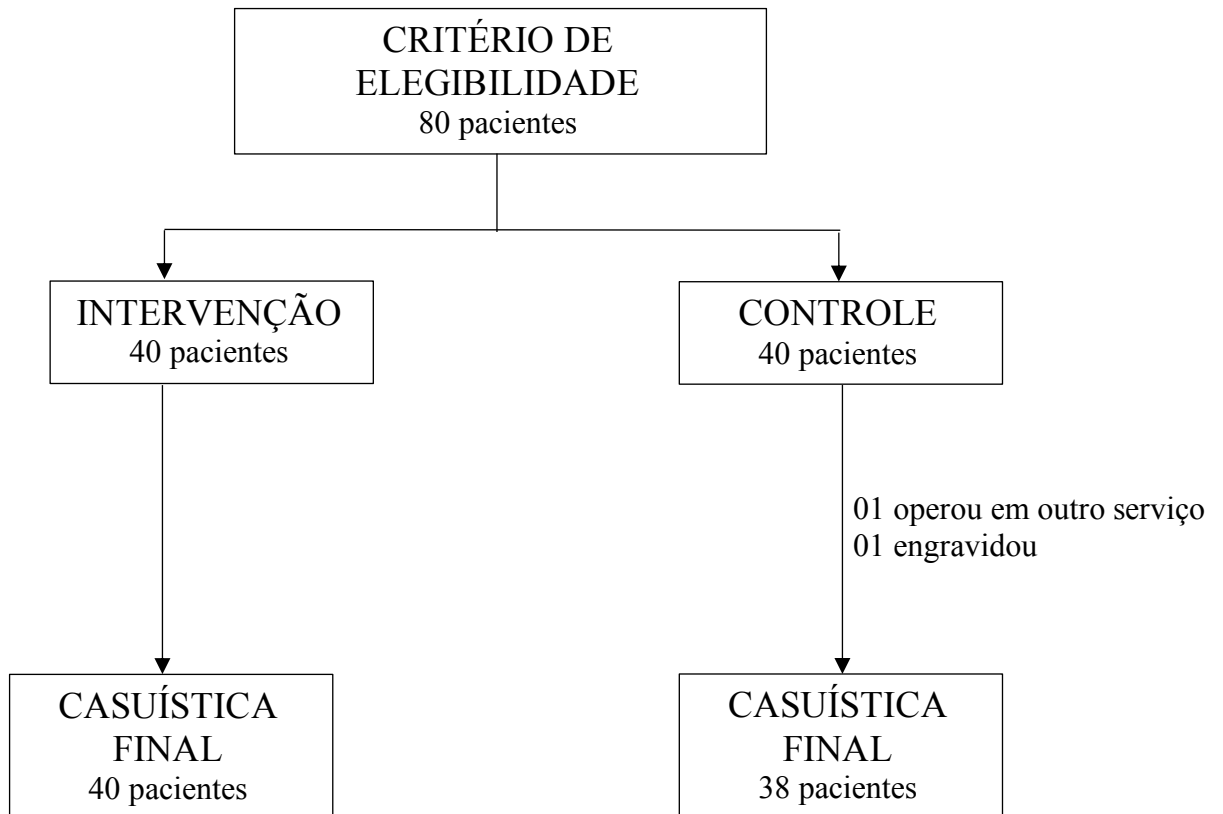


Figura 7 - Fluxo de pacientes no estudo

5.1 Avaliação do *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ)

As tabelas de 4 a 6 apresentam as avaliações dos dados obtidos pelo BEQ.

Tabela 4 – Respostas para perguntas em T0 e T4 do BEQ com comparação pareada intragrupo

Questão	Controle (n = 38)			Intervenção (n = 40)		
	T0	T4	Valor p	T0	T4	Valor p
1. Satisfação	25,4 ± 17,9	25,8 ± 19,0	0,895	36,0 ± 20,9	82,7 ± 30,8	< 0,001
Tamanho	20,6 ± 18,4	21,5 ± 18,7	0,772	22,5 ± 17,9	83,3 ± 29,8	< 0,001
Formato	25,4 ± 20,1	22,6 ± 20,5	0,467	37,5 ± 23,8	80,0 ± 34,5	< 0,001
Firmeza	30,0 ± 27,4	33,3 ± 26,7	0,470	48,1 ± 32,3	84,8 ± 32,1	< 0,001
2. Conforto / desconforto	24,2 ± 21,1	21,8 ± 16,6	0,498	29,7 ± 18,3	83,9 ± 16,9	< 0,001
Corpo todo, vestida	37,2 ± 28,5	32,5 ± 24,9	0,258	46,9 ± 25,2	84,7 ± 19,9	< 0,001
Corpo todo, de maiô/biquíni	23,1 ± 25,3	20,9 ± 21,3	0,647	28,3 ± 22,4	78,5 ± 21,4	< 0,001
Corpo todo, despida	18,3 ± 22,8	19,2 ± 18,9	0,815	25,9 ± 20,9	73,4 ± 21,2	< 0,001
Mama, vestida	29,2 ± 21,6	29,3 ± 20,4	0,977	40,9 ± 26,3	90,0 ± 17,6	< 0,001
Mama, de maiô/ biquíni	21,1 ± 23,8	15,5 ± 16,4	0,171	19,8 ± 19,4	90,3 ± 19,3	< 0,001
Mama, despida	16,2 ± 23,5	13,3 ± 14,2	0,478	16,6 ± 16,2	86,3 ± 18,2	< 0,001
3. Satisfação com aparência das mamas	34,3 ± 17,8	33,0 ± 19,8	0,614	37,0 ± 19,5	77,8 ± 32,7	< 0,001
4. Importância do tamanho das mamas	62,2 ± 22,0	61,1 ± 21,7	0,792	52,5 ± 18,5	71,0 ± 21,1	< 0,001
Score total	36,5 ± 9,5	35,4 ± 12,1	0,589	38,8 ± 13,2	78,8 ± 19,4	< 0,001

Todos os dados são apresentados em percentual, como média ± desvio-padrão.

Tabela 5 - Variação de respostas para perguntas entre T0 e T4 do BEQ com comparação entre grupo intervenção e controle

Questão	Controle (n = 38)	Intervenção (n = 40)	Valor p
1. Satisfação	0,4 ± 20,7	46,7 ± 34,6	< 0,001
Tamanho	0,9 ± 18,6	60,8 ± 29,5	< 0,001
Formato	-2,9 ± 23,9	42,5 ± 42,9	< 0,001
Firmeza	3,3 ± 27,8	36,7 ± 42,5	< 0,001
2. Conforto / desconforto	-2,5 ± 21,7	54,1 ± 26,4	< 0,001
Corpo todo, vestida	-4,8 ± 25,4	37,8 ± 35,1	< 0,001
Corpo todo, de maiô/biquíni	-2,2 ± 29,3	50,2 ± 34,3	< 0,001
Corpo todo, despida	0,9 ± 23,0	47,5 ± 31,1	< 0,001
Mama, vestida	-0,1 ± 23,6	49,1 ± 33,9	< 0,001
Mama, de maiô/ biquíni	-5,6 ± 24,7	70,5 ± 28,7	< 0,001
Mama, despida	-3,0 ± 25,5	69,7 ± 22,2	< 0,001
3. Satisfação com aparência das mamas	-1,3 ± 15,9	40,8 ± 37,3	< 0,001
4. Importância do tamanho das mamas	-0,7 ± 27,2	18,5 ± 27,8	0,003
Score total	-1,0 ± 12,7	40,0 ± 24,9	< 0,001

Todos os dados são apresentados em percentual, como média ± desvio-padrão.

Tabela 6 - Respostas para perguntas em T0, T2 e T4 do BEQ55 para grupo intervenção

Questão	T0	T2	T4	Valor p_a	Valor p_b	Valor p_c
1. Satisfação	36,0 ± 20,9	82,4 ± 29,8	82,7 ± 30,8	< 0,001	< 0,001	1,000
Tamanho	22,5 ± 17,9	81,3 ± 30,6	83,3 ± 29,8			
Formato	37,5 ± 23,8	81,7 ± 32,3	80,0 ± 34,5			
Firmeza	48,1 ± 32,3	84,2 ± 29,3	84,8 ± 32,1			
2. Conforto / desconforto	29,7 ± 18,3	85,5 ± 12,0	83,9 ± 16,9	< 0,001	< 0,001	1,000
Corpo todo, vestida	46,9 ± 25,2	84,4 ± 18,0	84,7 ± 19,9			
Corpo todo, de maiô/biquíni	28,3 ± 22,4	77,4 ± 19,0	78,5 ± 21,4			
Corpo todo, despida	25,9 ± 20,9	71,3 ± 21,7	73,4 ± 21,2			
Mama, vestida	40,9 ± 26,3	94,7 ± 10,2	90,0 ± 17,6			
Mama, de maiô/biquíni	19,8 ± 19,4	93,5 ± 11,6	90,3 ± 19,3			
Mama, despida	16,6 ± 16,2	91,6 ± 11,7	86,3 ± 18,2			
3. Satisfação com aparência das mamas	37,0 ± 19,5	90,0 ± 18,6	77,8 ± 32,7	< 0,001	< 0,001	0,038
4. Importância do tamanho das mamas	52,5 ± 18,5	74,0 ± 19,8	71,0 ± 21,1	< 0,001	< 0,001	1,000
Escore total	38,8 ± 13,2	83,0 ± 12,8	78,8 ± 19,4	< 0,001	< 0,001	0,623

Todos os dados são apresentados em percentual, como média ± desvio-padrão.

^a ANOVA de medidas repetidas avaliando evolução temporal.

^b Comparação entre T0 e T2.

^c Comparação entre T2 e T4.

5.2 Avaliação do *Female Sexual Function Index* (FSFI)

As tabelas de 7 a 9 apresentam as avaliações dos dados obtidos pelo FSFI.

Tabela 7 - Respostas para perguntas em T0 e T4 do FSFI com comparação pareada intragrupo

Domínio	Controle (n = 38)			Intervenção (n = 40)		
	T0	T4	Valor p	T0	T4	Valor p
1. Desejo	3,6 ± 1,0	3,3 ± 0,9	0,068	3,6 ± 1,2	4,1 ± 1,3	0,023
2. Excitação	3,5 ± 1,7	3,2 ± 1,7	0,340	2,8 ± 1,9	3,6 ± 2,4	0,017
3. Lubrificação	3,9 ± 2,1	4,0 ± 2,1	0,933	3,3 ± 2,5	3,8 ± 2,6	0,096
4. Orgasmo	3,7 ± 2,0	3,4 ± 2,0	0,323	2,8 ± 2,1	3,4 ± 2,4	0,041
5. Satisfação	4,3 ± 1,7	3,6 ± 1,6	0,030	3,2 ± 2,1	3,9 ± 2,4	0,020
6. Dor	4,0 ± 2,3	4,2 ± 2,2	0,722	3,6 ± 2,6	3,7 ± 2,7	0,782
Escore total	23,1 ± 9,2	21,7 ± 9,1	0,372	19,3 ± 11,0	22,5 ± 12,9	0,042

Todos os dados são apresentados como total do escore FSFI, como média ± desvio-padrão.

Tabela 8 - Variação de respostas para perguntas entre T0 e T4 do FSFI com comparação entre grupo intervenção e controle

Domínio	Controle (n = 38)	Intervenção (n = 40)	Valor p
1. Desejo	-0,3 ± 0,9	0,5 ± 1,3	0,004
2. Excitação	-0,3 ± 2,0	0,8 ± 2,0	0,018
3. Lubrificação	0,0 ± 2,3	0,5 ± 1,9	0,321
4. Orgasmo	-0,3 ± 2,0	0,5 ± 1,6	0,040
5. Satisfação	-0,6 ± 1,7	0,8 ± 2,0	0,002
6. Dor	0,1 ± 2,3	0,1 ± 2,3	0,944
Escore total	-1,4 ± 9,3	3,1 ± 9,5	0,037

Todos os dados são apresentados como valores do escore FSFI, como média ± desvio-padrão.

Tabela 9 - Respostas para perguntas em T0, T2 e T4 do FSFI para grupo intervenção

Questão	T0	T2	T4	Valor p _a	Valor p _b	Valor p _c
1. Desejo	3,6 ± 1,2	4,1 ± 1,1	4,1 ± 1,3	0,014	0,032	1,000
2. Excitação	2,8 ± 1,9	3,6 ± 2,5	3,6 ± 2,4	0,017	0,056	1,000
3. Lubrificação	3,3 ± 2,5	3,8 ± 2,6	3,8 ± 2,6	0,184	0,357	1,000
4. Orgasmo	2,8 ± 2,1	3,4 ± 2,5	3,4 ± 2,4	0,081	0,214	1,000
5. Satisfação	3,2 ± 2,1	4,0 ± 2,4	3,9 ± 2,4	0,016	0,043	1,000
6. Dor	3,6 ± 2,6	3,9 ± 2,7	3,7 ± 2,7	0,637	1,000	1,000
Escore total	19,3 ± 11,0	22,9 ± 12,8	22,5 ± 12,9	0,044	0,105	1,000

Todos os dados são apresentados como total do escore FSFI, como média ± desvio-padrão.

^a ANOVA de medidas repetidas avaliando evolução temporal.

^b Comparação entre T0 e T2.

^c Comparação entre T2 e T4.

5.3 Avaliação do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)

As tabelas 10 a 13 apresentam a análise dos dados obtidos pelo IPAQ

Tabela 10 - Respostas para perguntas em T0 e T4 do IPAQ com comparação pareada intragrupo

Domínio	Controle (n = 34)			Intervenção (n = 38)		
	T0	T4	Valor p	T0	T4	Valor p
1. Esporte	2.319 ± 2.468	2.401 ± 2.320	0,876	2.212 ± 2.196	2.342 ± 2.093	0,671
2. Trabalho	2.400 ± 3.186	1.754 ± 1.974	0,237	1.891 ± 1.866	994 ± 1.064	0,002
3. Casa	1.436 ± 1.781	1.060 ± 1.403	0,128	1.211 ± 1.716	636 ± 710	0,021
4. Transporte	530 ± 596	494 ± 856	0,829	426 ± 526	427 ± 430	0,995
Escore total	6.472 ± 5.244	5.451 ± 4.130	0,259	5.500 ± 3.667	4.166 ± 2.736	0,007

Todos os dados são apresentados em METs*min/semana, como média ± desvio-padrão.

Tabela 11 - Classificação categórica em T0 e T4 do IPAQ

Classificação	Controle (n = 34)		Intervenção (n = 38)	
	T0	T4	T0	T4
Inativo	0 (0)	0 (0,0)	0 (0)	1 (2,6)
Insuficientemente ativo A	1 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,6)	1 (2,6)
Insuficientemente ativo B	4 (11,8)	7 (20,6)	7 (18,4)	3 (7,9)
Ativo	16 (47,1)	13 (38,2)	24 (63,2)	21 (55,3)
Muito ativo	13 (38,2)	13 (38,2)	6 (15,8)	12 (31,6)

Todos os dados são apresentados em N (%).

Tabela 12 - Variação de respostas para perguntas entre T0 e T4 do IPAQ com comparação entre grupo intervenção e controle

Domínio	Controle (n = 34)	Intervenção (n = 38)	Valor p
1. Esporte	82 ± 2.851	130 ± 1.793	0,935
2. Trabalho	-646 ± 3.125	-896 ± 1.623	0,666
3. Casa	-376 ± 1.403	-575 ± 1.453	0,559
4. Transporte	-36 ± 949	1 ± 490	0,845
Escore total	-1.021 ± 5.187	-1.334 ± 2.897	0,757

Todos os dados são apresentados em METs*min/semana, como média ± desvio-padrão.

Tabela 13 - Respostas para perguntas em T0, T2 e T4 do IPAQ para grupo intervenção

Questão	T0	T2	T4	Valor p _a	Valor p _b	Valor p _c
1. Esporte	2.212 ± 2.196	1.469 ± 1.642	2.342 ± 2.093	< 0,001	0,050	0,056
2. Trabalho	1.891 ± 1.866	1.082 ± 1.626	994 ± 1.064	0,003	0,050	1,000
3. Casa	1.211 ± 1.716	884 ± 942	636 ± 710	0,046	0,585	0,038
4. Transporte	426 ± 526	495 ± 757	427 ± 430	0,684	1,000	1,000
Score total	5.500 ± 3.667	3.754 ± 3.073	4.166 ± 2.736	0,003	0,011	1,000

Todos os dados são apresentados em em METs*min/semana, como média ± desvio-padrão.

^a ANOVA de medidas repetidas avaliando evolução temporal.

^b Comparação entre T0 e T2.

^c Comparação entre T2 e T4.

6. DISCUSSÃO

Estudo realizado por GOETZ *et al.* (2008), sobre a perspectiva das representações sociais do corpo refletem bem o contexto atual com relação à mídia, ao indivíduo e à sociedade. As representações sociais são formas de conhecimentos funcionais e gerais para as pessoas. Os estudos que abordam as representações sociais estão relacionados à preservação da saúde, da funcionalidade, do bem-estar, da imagem e do cuidado com a aparência. Muitas vezes o conhecimento científico é disseminado em versões simplificadas ou distorcido e degradado da verdade original (CITELI, 2001). A mídia possui papel fundamental, pois ao popularizar conhecimentos produzidos pela ciência, atua na produção e veiculação das representações sociais (CAMARGO & BARBARÁ, 2004).

Torna-se fundamental a realização de uma revisão crítica do que é difundido e imposto pela mídia para assegurar que as informações sejam divulgadas com respaldo científico (PALCHEFF-WIEMER *et al.*, 1993; SARWER *et al.*, 1998), uma vez que a mídia estipula padrões de beleza que são absorvidos pela sociedade e o modelo corporal e a beleza se impõem como condição essencial para o status e a felicidade, capaz de gerar insatisfação, frustração e descontentamento nos indivíduos. Cabe ressaltar que preocupações mórbidas com a imagem corporal eram tidas até recentemente como problemas eminentemente femininos. Atualmente essas preocupações também têm sido encontradas no sexo masculino e determinam, de maneira semelhante, insatisfações com a imagem corporal, além de prejuízos sociais, ocupacionais, recreativos e em outras áreas do funcionamento do indivíduo, constituindo fator de risco à saúde (GOETZ *et al.*, 2008; LARSON *et al.*, 1994).

Profissionais da saúde devem promover, acima de tudo, a saúde no seu conceito mais amplo, em conformidade com o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o estado de completo bem-estar físico, mental e

social do indivíduo. Os benefícios dos conhecimentos científicos devem ser divulgados e estendidos para toda a população, promovendo a saúde na sua plenitude (OMS). A influência que as condutas exercem na vida diária dos pacientes deve ser sempre revisada com a finalidade de garantir a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

Muitas mulheres que buscam a mastoplastia de aumento procuram reparar conflitos intrapsíquicos crônicos e profundos com a autoimagem malformada como mulheres e suas dúvidas sobre a feminilidade (DRUSS 1973)., outras apresentam uma visão mais positiva de si mesmas, uma maior preocupação com os cuidados com o corpo, com a aparência e que se sentem mais atraentes fisicamente (SHIPLEY *et al.*, 1977). Essas mulheres apresentam uma imagem negativa específica das mamas e não do corpo como um todo. BIRTCHNELL & LACEY (1988) analisaram as pacientes na faixa etária de 35 anos que se apresentaram para a mastoplastia de aumento e referiram que nesta fase, as mulheres sentiam uma nova ameaça que comprometia a identidade de sua feminilidade como a perda da atratividade, a dificuldade no relacionamento conjugal e sentimento de fracasso como mulher. SOLVI *et al.* (2010) em seu estudo sobre os fatores motivacionais e o processo psicológico na mastoplastia de aumento, analisaram e referiram as diferentes motivações encontradas que levaram as pacientes a se submeter ao procedimento: estabelecimento do tamanho normal das mamas, restauração das mamas conforme as mesmas se apresentavam antes da amamentação, reparação das mamas e melhora das mamas já consideradas bonitas para uma aparência ainda mais atraente. De um modo geral, a motivação básica em todas essas mulheres parecia ser a busca pela feminilidade relacionada à insatisfação com a aparência, autoestima, imagem ideal, comentários, vestimentas e sexualidade.

Diante da correlação das representações sociais, das imposições da mídia, conflitos intrapsíquicos e pessoais, há diferentes perfis de mulheres que buscam o mesmo procedimento cirúrgico por diferentes motivos. O entendimento dos fatores motivacionais e psicológicos envolvidos em todo o processo de uma intervenção pelos profissionais da saúde e pelos pacientes é fundamental para a decisão pela melhor conduta e aumentar as probabilidades de satisfação com os resultados de uma intervenção.

Em algumas circunstâncias, dados relacionados à sobrevida ou à expectativa de vida não são suficientes para quantificar o benefício de uma intervenção. Há um grande interesse em outras formas de se quantificar o efeito das intervenções na saúde dos pacientes, procurando descrever não apenas anos de vida salvos, mas anos de vida em determinada condição de saúde. Desta forma, dados de sobrevida ou expectativa de vida podem ser combinados com medidas de qualidade de vida, permitindo que o impacto de intervenções na saúde dos indivíduos possa ser avaliado em uma única medida (Ministério da Saúde - Avaliação Econômica em Saúde, 2008).

Os questionários de autoavaliação transformam medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis de forma global ou específica. Com a utilização de questionários para avaliação das intervenções e da qualidade de vida sob o ponto de vista metodológico e seguindo os preceitos da Medicina Baseada em Evidências, é importante que sejam utilizados instrumentos adequados, válidos, que traduzam resultados importantes e incontestáveis para a prática clínica (Ministério da Saúde, Avaliação Econômica em Saúde).

De acordo com o levantamento da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), divulgado em 2017, a mastoplastia de aumento permaneceu como o procedimento estético mais popular no mundo e no Brasil, contabilizando 15,8% de todos os procedimentos cirúrgicos estéticos.

Assim, estudos sobre esse procedimento também adquiriram importância ao longo dos anos e aprofundamento na literatura científica. Há mais de seis décadas que os estudos associam a mastoplastia de aumento com fatores psicológicos das mulheres. Porém, muitos foram baseados em avaliações subjetivas, questionários não validados, estudos retrospectivos e sem grupo controle. Atualmente, os estudos priorizam a utilização de metodologia científica adequada e a padronização das avaliações com a utilização de questionários de qualidade de vida desenvolvidos com propriedades psicométricas adequadas e cada vez mais específicos. A realização de um procedimento cirúrgico que melhora a aparência das mamas pode produzir alterações em múltiplos domínios relacionados à qualidade de vida (PUSIC, *et al.*, 2007).

O presente estudo de avaliação pré e pós-operatória apresenta a variável independente a intervenção mastoplastia de aumento bilateral e as variáveis dependentes, os níveis de satisfação com as mamas, da função sexual e atividade física. Todos os procedimentos foram realizados no Hospital São Paulo, pela equipe da cirurgia plástica da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.

Nos períodos pré (T0) e pós-operatório de dois (T2) e quatro meses (T4), as pacientes responderam individualmente aos questionários de avaliação. Optou-se pelos períodos de avaliação nesse formato uma vez que, em média, no segundo mês após o procedimento de mastoplastia de aumento as pacientes já se estabeleceram na sua rotina anterior ao procedimento. FIGUEROA-HAAS (2007) avaliaram os resultados da mastoplastia de aumento final de um mês do procedimento, quando as mamas se apresentavam com aparência e consistência mais natural. Pacientes que se submetiam à mastoplastia de aumento relatavam que retornavam às suas atividades normais em 25 dias (SWANSON, 2013). As mulheres incorporam

as mudanças da cirurgia estética e integram rapidamente as mamas aumentadas à sua imagem corporal. RANKIN *et al.* (1998) avaliaram a qualidade de vida em pacientes submetidas a procedimentos estéticos, inclusive mastoplastia de aumento nos períodos pré e pós-operatórios de três e seis meses e referiram melhora já após o terceiro mês e a melhora se mantinha no sexto mês. Estudos com períodos de avaliação mais prolongados também apontaram que essa mesma intervenção, apresentava melhora na qualidade de vida e essa se mantinha mesmo após quatros anos da intervenção (ALDERMAN *et al.*, 2016).

O tamanho da casuística foi baseado em estudos de qualidade de vida em mastoplastia de aumento (SABINO NETO, *et al.*, 2015; NETO *et al.*, 2012) e se mostrou suficiente para a obtenção de resultados significantes.

As pacientes selecionadas apresentaram idade entre 18 a 55 anos. A idade mínima de 18 anos foi por questão da maioridade e consentimento próprio na participação do estudo. A paciente mais jovem tinha 18 anos e idade média das pacientes no grupo controle foi de 27,9 anos, com idade máxima de 41 anos e no grupo intervenção, a idade média foi de 25,5 anos e máxima de 51 anos. Os dados diferiram dos achados na literatura de pacientes submetidas à mastoplastia de aumento. ANDERSON *et al.* (2006) avaliaram em seu estudo de validação do BEQ, 1.244 pacientes com idade compreendida entre 18 e 60 anos, com média de 31 anos. FIGUEROA-HAAS (2007) avaliou 84 pacientes e a idade das pacientes variou entre 21 e 57 anos, com idade média de 33 anos. McCARTHY *et al.* (2012) realizou estudo utilizando o questionário BREAST-Q e avaliou 41 pacientes com idade variando entre 20 e 55 anos e idade média de 33,3 anos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgados em 2017, a expectativa de vida dos brasileiros ao nascer aumentou em mais de 30 anos e hoje é de 75,8 anos. Enquanto a expectativa

de vida dos homens, em 2016, era de 72,9 anos, a das mulheres atingiu 79,4 anos. Com aumento da expectativa de vida, há que se considerar não apenas a longevidade como também a qualidade dos anos vividos. Em consonância com esse preceito, impor um limite de idade para mulheres que desejam o procedimento seria deixar de avaliar os benefícios da intervenção em um sentido mais amplo e justamente na população com a faixa etária com altos índices de insatisfação sexual.

Estudos apontam uma associação entre disfunção sexual e idade. De acordo com o Estudo do Comportamento Sexual do brasileiro, realizado por ABDO *et al.* (2002), as taxas de piora da qualidade de vida sexual aumentaram conforme a idade, tanto nos homens quanto nas mulheres. Problemas sexuais também foram bastante comuns em mulheres jovens, uma vez que estas eram mais sujeitas a ficarem sem parceiros e com inatividade sexual por períodos indeterminados, o que gerava instabilidade e inexperiência em relacionamentos. Esse fato poderia alterar alguns domínios da função sexual como desencadear a ansiedade e dor na relação sexual (LAUMANN *et al.*, 1999; SOLVI *et al.*, 2010).

Apesar do questionário de função sexual selecionado avaliar a atividade sexual nas últimas quatro semanas, mulheres mesmo sem parceiro sexual, sem atividade sexual e até mesmo virgens foram incluídas no estudo devido à possibilidade da própria intervenção alterar essa condição, reafirmando ou não ainda mais seus benefícios. Estudos de satisfação e autoestima relataram a influência negativa da hipomastia nas mulheres, que se sentiam pouco atraentes e sem feminilidade. O constrangimento com o próprio corpo refletia o impacto negativo e as limitações em todas as dimensões da qualidade de vida da mulher, no seu relacionamento social, conjugal, sexual, e nas atividades físicas (AMARAL *et al.*, 2011; DIDIE & SARWER, 2003; SARWER *et al.*, 1998).

Pacientes com doenças sistêmicas não foram incluídas no estudo por apresentarem morbidades que pudessem influenciar na função sexual, na atividade física e para que o procedimento não pudesse trazer risco adicional à saúde. Participaram desse estudo, mulheres híginas, visto que a presença de alguma doença crônica e uso crônico de diversos medicamentos poderiam ser fatores de risco para a disfunção sexual feminina (ABDO, OLIVEIRA, MOREIRA, 2002; FLEURY & ABDO, 2012; LAUMANN *et al.*, 1999).

Os índices, instrumentos ou questionários para avaliar a qualidade de vida podem ser aplicados por entrevistadores ou serem autoaplicáveis. Ambos apresentam vantagens e desvantagens. Entre as desvantagens dos instrumentos autoadministráveis pode-se citar a exclusão de alguns grupos de pacientes (analfabetos, por exemplo), a maior chance de obtenção de dados incompletos e a possibilidade de ocasionar certa ansiedade nas pacientes. Entre as desvantagens da administração do instrumento ou questionário por entrevistador pode ser citada a necessidade de um treinamento ou padronização prévia da entrevista, o fato de ser de certa forma caro, além do que as características do entrevistador podem influenciar diretamente na obtenção dos resultados (FERRAZ, 1990). Priorizou-se a seleção de instrumentos específicos padronizados, validados, adaptados culturalmente e de fácil aplicação conforme o preconizado para os estudos de avaliação da qualidade de vida (BRAZIER *et al.*, 1992).

Com a opção pela autoaplicação dos questionários no estudo, as pacientes analfabetas não fizeram parte do estudo. Porém, mesmo com a inclusão de pacientes com ensino fundamental completo ou escolaridade superior e apesar do fato dos instrumentos FSFI, BEQ e IPAQ serem considerados breves, simples e apresentarem perguntas claras e de fácil entendimento, algumas pacientes apresentaram dificuldade na compreensão das questões e em respondê-las.

Há ainda que se considerar uma peculiaridade sobre a deficiência do sistema de ensino da população brasileira ao se utilizar o método de autoaplicação dos questionários. Trata-se do analfabetismo funcional.

Em estudo conduzido pelo Instituto Paulo Montenegro, organização vinculada ao Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), e pela Organização não governamental (ONG) Ação Educativa, sobre o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF), divulgado em 2016, indica que 27% das pessoas foram classificadas como analfabetas funcionais, sendo que apenas 4% correspondente ao grupo de pessoas consideradas analfabetas. Apenas 8% dos respondentes revelaram domínio de habilidades que praticamente não mais impõem restrições para compreender e interpretar textos em situações usuais e eram capazes de resolver problemas envolvendo múltiplas etapas, operações e informações.

A escolaridade revela-se como um dos principais fatores explicativos da condição de alfabetismo. Entretanto, observou-se que há uma significativa proporção de pessoas que, mesmo tendo chegado ao ensino médio e à educação superior, por exemplo, não conseguem alcançar o grupo mais alto da escala de alfabetismo.

Com relação à elaboração do BEQ, PUSIC *et al.*(2007) questionaram a simplicidade da linguagem e a facilidade no entendimento dos termos utilizados. FERREIRA *et al.*(2013) referiram que na fase de adaptação cultural do BEQ, o baixo nível de escolaridade das pacientes avaliadas levou à incompreensão de expressões simples, como “roupa de banho”, que tiveram de sofrer modificações. As frases indiretas também tiveram baixa compreensão, e foram substituídas por frases diretas.

Com relação ao FSFI, para alguns autores, os instrumentos mais adequados para se avaliar a função sexual feminina, considerando-se a característica subjetiva da resposta sexual feminina seriam os questionários

autoaplicáveis, que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade e validade (ROSEN, BROWN *et al.* 2000). A dificuldade das mulheres em responder questões sobre função sexual já havia sido prevista e apontada por ABDO, OLIVEIRA, MOREIRA (2002), seja pela inibição ou pela dificuldade em se expor sobre o assunto e referiram que tal fato poderia estar relacionado com a subnotificação de disfunção sexual em mulheres. PACAGNELLA *et al.* (2008) realizaram estudo de comparação de duas versões do FSFI e identificaram problemas e dificuldades no entendimento do questionário. BERALDO *et al.* (2016) utilizou o FSFI e RESENDE (2013) utilizou o BEQ, o QS-F e o IPAQ com o método de autoadministração dos questionários, a maioria das pacientes dos seus estudos com mais de oito anos de educação, e não referiram perdas de dados nem exclusão de pacientes.

Breast Evaluation Questionnaire (BEQ)

O BEQ foi desenvolvido para avaliar satisfação especificamente em pacientes submetidas às cirurgias das mamas e apresentou propriedades psicométricas adequadas (ANDERSON *et al.*, 2006). PUSIC *et al.*, (2007) realizaram revisão sistemática dos questionários específicos para avaliação das pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos nas mamas e referiram a importância da seleção de instrumentos de medidas desenvolvidos de acordo com o preconizado pelo *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust* para a obtenção de resultados comparáveis com os de outros estudos. Questionaram se os autores, durante a elaboração do BEQ, consideraram a perspectiva das pacientes, uma vez que entrevistas com as pacientes não fizeram parte do processo de desenvolvimento do questionário,

e se os autores utilizaram linguagem simples e de fácil entendimento. Ainda, criticaram o fato do questionário não apresentar considerações sobre os múltiplos domínios e ter sido validado apenas para as pacientes submetidas a mastoplastia de aumento. Assim sendo, não era possível estender a validação do BEQ para outros procedimentos cirúrgicos nas mamas.

Os dados perdidos foram quantificados e analisados, sendo identificados padrões de perda nos escores BEQ e FSFI. Nenhuma paciente apresentou mais que 10% de dados perdidos. No BEQ, houve um padrão de perda associado a pacientes sem resposta para questões relacionadas ao parceiro sexual (máximo de perdas de 6,4% para um item). Por se tratar de uma perda não aleatória, foi discutido entre a equipe pesquisadora e a assessoria estatística, sendo optado por uma solução conservadora adotando conduta de pior cenário: para o grupo intervenção, caso dado perdido em T0, uma variação nula ($T0 = T4$) e caso dado perdido em T4, pior resposta em T4 ($=1$). Para o grupo controle, foi adotado em caso de dado perdido em T0, pior resposta ($=1$) e caso dado perdido em T4, variação nula. Dessa forma, considerou-se que houve um ganho em não excluir um determinado perfil de pacientes (sem atividade sexual ou parceiro sexual) apesar da imputação de um dado criando o pior cenário plausível.

Ainda assim, o escore total e os domínios do BEQ na avaliação em T0 e T4, comparando grupo controle e intervenção, apresentaram uma melhora importante e significativa em todos os aspectos da avaliação da satisfação com as mamas. Não houve alteração das respostas quando se avaliou as pacientes do grupo controle em T0 e T4. RANKIN *et al.* (1998) demonstraram que após procedimentos cirúrgicos estéticos, as pacientes ficaram mais autoconfiantes, mais satisfeitas com as suas aparências e demonstraram uma melhora no bem-estar psicológico. MCCARTHY *et al.* (2012) avaliaram 41 pacientes, no período pré-operatório e após 2 meses ou

mais utilizando o BREAST-Q e reafirmaram a importância da mastoplastia de aumento com impacto positivo na qualidade de vida da mulher, com melhora na satisfação com as mamas, no bem-estar psicossocial e no funcionamento sexual. No presente estudo, observou-se que na avaliação intragrupo, o grupo intervenção apresentou melhora da satisfação com a avaliação das mamas já na avaliação após dois meses do pós-operatório em todos os aspectos avaliados pelo BEQ, a satisfação se manteve mesmo após quatro meses da intervenção, porém, houve uma diminuição significativa no aspecto aparência das mamas.

ALDERMAN *et al.* (2014); DIAZ (2017) utilizaram o BREAST-Q na avaliação de pacientes submetidas à mastoplastia de aumento e referiram melhora na satisfação com as mamas, melhora no bem-estar psicossocial e sexual. Com relação ao bem-estar físico, o procedimento parecia apresentar um efeito negativo em avaliação mais recente, que variaram em torno de dois a quatro meses após o procedimento e relacionaram o fato com a colocação de implante mamário em plano retromuscular que levaria a uma recuperação mais prolongada. Esse dado difere do encontrado no presente estudo, e que todas as pacientes foram submetidas à mastoplastia de aumento com colocação de implantes mamários em plano retroglandular. A maioria das mulheres submetidas à mastoplastia de aumento apresentaram satisfação com as mamas, avaliando tamanho, forma e consistência com melhora significativa um ano após o procedimento, quando comparado com a avaliação pré-operatória. A satisfação com o procedimento e com os resultados psicossociais da intervenção permaneceram estáveis mesmo na avaliação após dois e até mesmo quatro anos (ALDERMAN *et al.*, 2016; CASH, DUEL, PERKINS, 2002).

Female Sexual Function Index (FSFI)

De acordo com as publicações de estudos epidemiológicos, aproximadamente 40% das mulheres adultas apresentam pelo menos uma disfunção sexual. A prevalência desses problemas ocorre no mundo todo, sendo os tipos de disfunção sexual mais comuns a falta de desejo e o orgasmo. A disfunção sexual é reconhecida como um problema de Saúde Pública e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a investigação e o tratamento por causar importantes alterações na qualidade de vida (ABDO, OLIVEIRA, MOREIRA, 2002; DUNN *et al.*, 2000; LAUMANN *et al.*, 1999). BASSON *et al.* (2004) atualizaram as recomendações e as diretrizes para a disfunção sexual. Recomendaram uma avaliação abrangente da história médica, sexual e psicossocial, além do exame físico, para o diagnóstico e tratamento adequado da disfunção sexual. Salientaram a importância da abordagem multidisciplinar, dos estudos e das pesquisas relacionados à disfunção sexual feminina. Às vezes, um procedimento cirúrgico estético pode ser capaz de melhorar os aspectos psicológicos e até mesmo relacionados à função sexual. Geralmente, a mastoplastia de aumento provoca uma melhora na satisfação de um modo geral e na satisfação com o tamanho das mamas das pacientes. Os benefícios da intervenção costumam prevalecer mesmo após avaliações mais tardias. As mulheres inicialmente apresentam diferentes motivações para serem submetidas à mastoplastia de aumento, dentre as quais, melhora da aparência física, melhorar a sua vida sexual, ou aumentar as chances de encontrar um parceiro (GLADFELTER & MURPHY, 2008). A abordagem multidisciplinar no tratamento de uma disfunção sexual pode e deve ser sempre considerada. STOFMAN *et al.* (2006) referiram que a mudança após uma cirurgia de mastoplastia de

aumento bem-sucedida não é apenas física, mas também psicológica e sexual. Dessa forma, os autores referiram-na como uma cirurgia psicosexual.

O FSFI é um instrumento que congrega as características de ser prático para aplicação em estudos de campo, capaz de avaliar a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina e transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis (Pacagnella et al., 2008). Com a adaptação transcultural e validação do FSFI, no Brasil (PACAGNELLA, MARTINEZ, VIEIRA, 2009; PACAGNELLA *et al.*, 2008; THIEL *et al.*, 2008), optou-se pela utilização do mesmo por se tratar de um dos principais instrumentos de avaliação da função sexual feminina, ter sido desenvolvido para ser autoadministrado e ser amplamente difundido em vários países e culturas. O uso de questionários validados pode ser um facilitador internacional para o avanço das pesquisas, por obedecerem a regras rígidas de tradução e confiabilidade e por favorecerem trabalhos multicêntricos que possibilita a comparação dos resultados (THIEL *et al.*, 2008). Além disso, o FSFI apresenta excelentes propriedades psicométricas, respeita a natureza multidimensional da função sexual feminina, é breve, simples, confiável e sensível para avaliar as intervenções com capacidade para predizer melhora no tratamento em cada domínio da resposta sexual (ROSEN *et al.*, 2000).

FIGUEROA-HASS (2007) utilizaram o método de autoaplicação do FSFI para avaliação da função sexual em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento e referiram que a perda de dados e respostas imprecisas limitaram os estudos, uma vez que a autora optou por excluir essas pacientes. No presente estudo, com relação ao FSFI, com a quantificação e análise dos dados perdidos, notou-se padrão de perdas associado à atividade sexual. Nos itens onde não consta a opção sem atividade sexual (itens 15 e 16), obteve-se até 14,1% de perdas, com mais 2 variáveis com mais que 10% de perdas. Novamente, em discussão com

equipe pesquisadora e assessoria estatística, foi optado por não excluir estas pacientes, uma vez que acarretaria uma seleção enviesada da amostra. Todas as pacientes com respostas perdidas nestes itens tiveram suas respostas substituídas por zero, como ocorre no restante do questionário. As faltas dos dados, no presente estudo, com relação ao FSFI, restringiram-se basicamente às questões 15 e 16, que não contaram com a opção zero (sem atividade sexual). Houve claramente um padrão na perda que levaria a excluir pacientes com um determinado perfil, possivelmente justificada por uma falha no questionário, que não prevê perdas nem considera a hipótese de limitação na atividade sexual ou no contato com parceiro. A maior parte dos casos é de perdas relacionadas a parceiro sexual. Não seria uma boa opção excluir essas pacientes pois geraria um viés por perder pacientes sem atividade sexual pós-cirurgia. Seguramente esse é um ponto inclusive frágil do questionário considerando que algumas pacientes podem não ter apresentado vida sexual ativa a ponto de responder todas as perguntas que envolvam atividade/parceiro em um período mais recente. O FSFI foi desenvolvido para ser um instrumento de triagem geral para a função sexual e é comumente utilizado sem excluir pacientes sem atividade sexual da casuística. Dessa forma, foi adotado o zero para todos os casos perdidos, sem impacto no resultado obtido. A imputação nesses casos, por serem variáveis de desfecho e não serem perdas aleatórias, é uma opção bem factível, porém, discutível. THIEL *et al.* (2008), em seu estudo de validação do FSFI, referiram que o domínio “satisfação”, composto pelas questões 14, 15 e 16, apresentou a menor consistência interna. Isso porque a questão 14 mostrou correlação próxima de zero (0,03) com as questões 15 e 16, mas forte correlação positiva com as demais questões do instrumento (alfa de Cronbach de 0,77). Assim, as respostas das pacientes para as questões 15 e

16 não combinavam com as demais respostas do questionário, ou seja, os valores numéricos das respostas destoavam das demais questões.

MEYER-BAHLBURG & DOLEZAL (2007) realizaram uma análise crítica sobre o FSFI e relataram que apesar de ser um instrumento efetivo de avaliação da função sexual, apresentar excelentes propriedades psicométricas e ser útil em diversas condições e tratamentos médicos, os autores referiram que alguns aspectos no procedimento de pontuação apresentavam limitações estatísticas e conceituais. Algumas das observações apontadas pelos autores foram identificadas no presente estudo, no que se refere à categoria zero em algumas questões e a inexistência da mesma em outras. Tal fato gerou uma incongruência na interpretação dos dados. É equivocado o questionário pressupor que algumas respostas teriam a opção "sem atividade sexual" e desconsiderar essa possibilidade em outras. Considerando o padrão das respostas dadas pelas pacientes, pode-se afirmar que foi esse o caso no presente estudo. Todos os itens apresentam cinco pontos básicos da escala de resposta (de um a cinco) que denotam variação na frequência, intensidade ou grau de satisfação. Ainda, a maioria, mas nem todos os itens, apresentam categoria zero, com o zero significando "sem atividade sexual", em 12 itens, e "não houve tentativa de coito" em 3 itens. Quatro itens não apresentam a categoria zero (# 1, 2 15 e 16). A categoria zero deveria ser considerada como o menor ponto da escala de resposta de cada item. Conceitualmente, o zero não faz parte do item da escala de resposta. Em alguns itens, é mais apropriado categorizar a resposta zero como "não aplicável" ou "dados perdidos" do que interpretá-lo como o extremo grau de disfunção pois o motivo pode ser diferente do que foi questionado e as alternativas não contemplam uma resposta satisfatória. Os autores recomendaram algumas adaptações no questionário para adequar o procedimento de avaliação dos escores e sugeriram essas mudanças para

fortalecer a utilidade e a validade do instrumento valorizando ainda mais o FSFI.

Uma grande parte das mulheres que buscam a mastoplastia de aumento aspiram melhorar a autoestima e sentimentos de feminilidade e atratividade sexual. Uma minoria associou com aumento da qualidade ou frequência da sua atividade sexual ou mudança de opinião de outras pessoas sobre elas (Shipley et al., 1977). STOFMAN *et al.* (2006) avaliaram, no pós-operatório, os efeitos da mastoplastia de aumento na vida psicosssexual de 70 pacientes. Oitenta por cento dessas mulheres referiram melhora na satisfação sexual e mais de noventa e cinco por cento referiram melhora na imagem corporal. As mulheres referiram maior influência na satisfação sexual pessoal e do parceiro e na capacidade de atingir o orgasmo. No presente estudo, observou-se uma melhora significativa em todas as dimensões da função sexual avaliada pelo FSFI quando se comparou o período T0 e T4, exceto nos domínios lubrificação e dor que não apresentaram alteração. Os achados diferiram dos encontrados por FIGUEROA-HAAS (2007) que avaliou a função sexual das pacientes submetidas à mastoplastia de aumento avaliadas pelo FSFI e observou que houve melhora significativa em todos os domínios em ordem decrescente de significância: excitação, desejo, orgasmo, satisfação, lubrificação e dor.

PENAUD & DE MORTILLET (2013) consideraram a frequência crescente da mastoplastia de aumento na França e realizaram um estudo prospectivo, multicêntrico, em 108 pacientes. Os autores encontraram melhora em todos os itens analisados, exceto a sexualidade que permaneceu inalterada após o procedimento diferindo dos achados das outras avaliações.

GUIMARÃES *et al.* (2013) compararam a sexualidade através do QS-F (Quociente Sexual Feminino) e referiram aumento significativo ao longo do tempo. Tal aumento se deu do período pré-operatório de modo crescente

até o 4º mês e manteve-se praticamente inalterado entre 4 e 18 meses. Portanto, o escore total atingiu níveis mais altos até o 4º mês de pós-operatório, mantendo-se inalterado até o 18º mês. Constatou-se melhora significativa do escore total acompanhado da melhora dos domínios preliminares, excitação e sintonia com o parceiro e satisfação e orgasmo. Os dados obtidos através da avaliação pelo FSFI no presente estudo, corroboraram com os dados de avaliação obtidos através do QS-F, porém, a melhora do escore dos domínios desejo e satisfação já pode ser observada desde o segundo mês e se manteve no quarto mês pós-operatório.

BASSON *et al.*, 2004 disponibilizaram material para auxiliar na abordagem das pacientes com disfunção sexual. Estabeleceram algumas diretrizes com relação ao diagnóstico e tratamento para conduzir essas pacientes. As causas podem estar ligadas à estrutura orgânica do indivíduo (nerológicas, hormonais ou outras) ou às influências psicoculturais. Apesar dos domínios de avaliação da função sexual estarem relacionados entre si, cada domínio pode apresentar maior associação com diferentes fatores como os psicológicos, culturais, sócio-econômicos, relacionais, fisiológicos. Assim, em se tratando de pacientes com disfunção sexual, todas as dimensões em todos os seus aspectos devem ser abordadas. As atuais propostas diagnósticas levam em consideração novos modelos não lineares da resposta sexual feminina e classificam os problemas sexuais de maneira mais abrangente, pois reconhecem e incorporam, por exemplo, algumas das dimensões não genitais e subjetivas da excitação feminina (ABDO, OLIVEIRA, MOREIRA 2002). No presente estudo, apesar da melhora do escore total da avaliação da função sexual através do FSFI, não se observou alteração nos domínios dor e lubrificação. A mudança na imagem corporal após uma cirurgia estética como a mastoplastia de aumento é uma intervenção que está mais relacionada com a alteração na sexualidade da

mulher de causas psicogênicas ou psicossociais, porém, deve-se levar em consideração a sobreposição de fatores que interferem na funcionalidade sexual. Conforme a nova proposta circular da resposta sexual feminina, a mulher pode iniciar seu ciclo com excitação e lubrificação, que são respostas objetivas, e somente depois ter desejo, que é subjetivo (THIEL *et al.*, 2008).

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

A atividade física pode ser considerada o melhor negócio em saúde pública, em virtude da economia direta que se poderia alcançar com o combate do sedentarismo. O aumento do nível de atividade física da população pode contribuir indiretamente para ganhos em outros setores vitais para o desenvolvimento humano e o progresso econômico (Pardini *et al.*, 2001). A relação positiva do nível de atividade física e saúde mental deveria ser uma motivação para se promover a atividade física (ABU-OMAR *et al.*, 2004).

Estudos de avaliação psicológica das mulheres que buscavam a cirurgia das mamas revelaram que muitas apresentavam limitações para realização de atividades físicas devido ao constrangimento físico (RESENDE, 2013; SINGH & LOSKEN, 2012). Essas mulheres sentiam-se extremamente desconfortáveis em expor o seu corpo socialmente e preferiam evitar alguns tipos determinados de atividades físicas.

Estudos relataram que mulheres que buscavam pela mastoplastia de aumento apresentavam uma maior preocupação em investir nas questões relacionadas à saúde e exercícios físicos. Algumas dessas mulheres acreditavam que a alteração da aparência através de procedimentos estéticos era uma estratégia positiva para se cuidarem, talvez, de modo similar a ter

uma alimentação saudável, fazer dieta e realizar exercícios regularmente (DIDIE & SARWER, 2003; SARWER *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 1998). Por um outro lado, AMARAL, FORTES, FERREIRA (2011) avaliaram a ocorrência de insatisfação corporal e de Transtorno Dismórfico Corporal em mulheres que realizaram cirurgias plásticas e referiram que as pacientes evitavam atividade física para não se sentirem constrangidas com a exposição do corpo e preferiam se submeter a procedimentos cirúrgicos estéticos a praticar atividade física, por propiciar uma mudança corporal com efeito imediato.

DIDIE & SARWER (2003) observaram que mulheres que buscavam pela mastoplastia de aumento realizavam exercícios físicos mais frequentemente e com maior duração com relação às mulheres que não buscavam pelo procedimento. De acordo com ZANCHETTA *et al.* (2010), que utilizaram o IPAQ, em sua versão curta, para avaliar a prevalência da inatividade física em adultos no Estado de São Paulo, foram encontradas entre as mulheres, a prevalência de baixo nível de atividade física (sedentários e insuficientemente ativos) de 11,7%, moderado nível (ativos) de 67% e alto nível (muito ativos) de 21,1%. No presente estudo, encontrou-se sedentárias e insuficientemente ativas em 21%, ativas em 63% e muito ativas em 15,8%. Não se observou um nível maior de atividade física no momento inicial de avaliação (T0) em mulheres que buscavam pela mastoplastia de aumento do grupo intervenção. Os dados encontrados estão mais compatíveis com os da população avaliada por ZANCHETTA *et al.* (2010). Por outro lado, as mulheres que buscavam pela mastoplastia de aumento e fizeram parte do grupo controle, apresentaram na avaliação inicial 40% com nível muito ativo, 47% com nível ativo e 14,7% com nível insuficientemente ativo e sedentário.

Com relação à perda de dados relacionada ao IPAQ, quase todas as perdas foram relacionadas com os tempos horas/minutos das questões iniciais. Exceto nas pacientes que já haviam respondido que não queriam responder/não sabiam, assumiu-se as perdas como zero.

No IPAQ, foram adotadas as medidas preconizadas pelos *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms* (2005) para análise do questionário, truncando valores acima de três horas para qualquer atividade específica e excluindo pacientes com somatória de atividades acima de 16 horas diárias (por serem consideradas *outliers*) (Ainsworth *et al.*, 2000; Pardini *et al.*, 2001). Assim, foram excluídas quatro pacientes do grupo controle e duas pacientes do grupo intervenção devido à superestimação dos dados. ZANCHETTA *et al.* (2010) referiram que o uso de perguntas relacionadas às atividades físicas domésticas (domínio atividade em casa) poderia contribuir em alguns contextos culturais e sociais para superestimação, especialmente entre as mulheres. Outros autores também referiram a superestimação de atividades físicas em diferentes domínios e a intensidade da atividade física (BAUMAN *et al.*, 2009; HAGSTRÖMER *et al.*, 2006; HALLAL & VICTORA, 2004; RESENDE, 2013; SEBASTIÃO *et al.*, 2012).

Há poucos estudos na literatura que relacionaram a avaliação da atividade física e cirurgia plástica, utilizando-se um questionário específico para avaliação da atividade física. SABINO NETO *et al.* (2012) utilizaram o IPAQ para avaliação do nível de atividade física e relataram que pacientes mastectomizadas e com reconstrução mamária apresentaram melhor nível de atividade física quando comparadas com pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária. RESENDE (2013) observou que as pacientes com hipertrofia mamária submetidas a mamoplastia apresentaram melhora dos

sintomas físicos, mas sem mudança nos hábitos de atividade física após o procedimento cirúrgico. O mesmo não se mostrou suficiente para estimular o aumento da atividade física. No presente estudo, não se observou alteração da atividade física na avaliação inicial pré-operatória e após quatro meses da intervenção cirúrgica quando se comparou o grupo controle e o grupo intervenção.

Considerações finais

Ao se considerar estudos de avaliação de qualidade de vida, faz-se necessária uma revisão minuciosa da literatura para a escolha criteriosa dos instrumentos que serão utilizados para se garantir a qualidade do estudo. Sem instrumentos de medidas adequados, os estudos perdem sua importância. Se um estudo produz resultados baseados em um instrumento que não apresenta a capacidade de medir o que ele pretende medir de modo consistente e reproduzível, então, as conclusões não serão consideradas válidas ou confiáveis (PUSIC *et al.*, 2007).

A mastoplastia de aumento com colocação de implante mamário bilateral é um procedimento cirúrgico estético que vai muito além de uma melhora na aparência física da mulher. Os benefícios da intervenção na qualidade de vida devem ser considerados e valorizados como uma importante opção de melhoria do bem-estar, da saúde no seu sentido mais amplo e pleno. Conforme descrito por STOFMAN *et al.* (2006), trata-se de uma cirurgia psicosssexual.

Cirurgiões plásticos devem considerar não apenas as questões físicas durante a avaliação dos pacientes como também as expectativas emocionais e sociais com relação aos procedimentos. Todo o contexto deve ser amplamente abordado para que se possa identificar, avaliar e direcionar o problema buscando a melhor conduta para cada indivíduo. Esclarecer os pacientes com relação às limitações de cada procedimento e adequar as expectativas dos mesmos à realidade é imprescindível para garantir a satisfação e a melhora na qualidade de vida após a intervenção.

Perspectivas

- Promover meios de divulgação de informações acessíveis, confiáveis e baseadas em evidências para a população e profissionais da área da saúde em assuntos relacionados à saúde, qualidade de vida e cirurgia plástica, dentro da ética médica e seguindo as regras do CODAME (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos) do CFM (Conselho Federal de Medicina)
- Avaliação dinâmica da qualidade de vida: promover o incentivo à atividade física em pacientes que buscam melhorias com a imagem corporal através de procedimentos cirúrgicos estéticos.
- Correlacionar complicações cirúrgicas e respostas psicológicas
- Viabilizar estudos de qualidade como método de avaliação com a utilização de questionários no modo *on line*

7. CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A mastoplastia de aumento apresentou impacto positivo na satisfação das pacientes e na função sexual e não houve mudança nos níveis de atividade física.

8. REFERÊNCIAS

Abdo CHN, Oliveira WMJr, Moreira EDFJ. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Rev Bras Med*. 2002;59(4):250–7.

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual - versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher / Development and validation of female sexual quotient - a questionnaire to assess female sexual function. *Rev Bras Med*; 2006;63(9):477–82.

Abu-Omar K, Rütten A, Lehtinen V. Mental health and physical activity in the European Union. *Soz Präventivmed*. 2004;49(5):301–9.

Ainsworth BE, Macera CA, Jones DA, Reis JP, Addy CL, Bowles HR, et al. Comparison of the 2001 BRFSS and the IPAQ Physical Activity Questionnaires. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2000 Sep;38(9):1584–92.

Alderman A, Pusic A, Murphy DK. Prospective Analysis of Primary Breast Augmentation on Body Image Using the BREAST-Q: Results from a Nationwide Study. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2016 Jun;137(6):954e–60e. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27219264>

Alderman AK, Bauer J, Fardo D, Abrahamse P, Pusic A. Understanding the effect of breast augmentation on quality of life: prospective analysis using the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2014 Apr;133(4):787–95.

Amaral A, Fortes L, Ferreira M. Imagem corporal e atividade física em mulheres que realizaram cirurgia estética. *HU Rev Juiz Fora*. 2011;37(1):31–8.

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

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

Baker JL, Kolin IS, Bartlett ES. Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plast Reconstr Surg [Internet]*. 1974 Jun;53(6):652–9.

Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med [Internet]*. 2004 Jul;1(1):24–34.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol [Internet]*. 2000 Mar;163(3):888–93.

Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, et al. The international prevalence study on physical activity: Results from 20 countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6.

Beale S, Lisper HO, Palm B. A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Br J Psychiatry [Internet]*. 1980 Feb;136:133–8.

Beraldo FNM, Veiga DF, Veiga-Filho J, Garcia ES, Vilas-Bôas GS, Juliano Y, et al. Sexual Function and Depression Outcomes Among Breast Hypertrophy Patients Undergoing Reduction Mammoplasty. *Ann Plast Surg [Internet]*. 2016 Apr;76(4):379–82.

Birtchnell S, Lacey JH. Augmentation and reduction mammoplasty: demographic and obstetric differences in women attending a National Health Service clinic. *Postgrad Med J [Internet]*. 1988 Aug;64(754):587–9.

Brazier JE, Harper R, Jones NM, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* [Internet]. 1992 Jul 18;305(6846):160–4.

Camargo, B. V., & Barbará A. A difusão científica da mídia impressa. *Psico*. 2004;35(2):160–76.

Cash TF, Duel LA, Perkins LL. Women’s psychosocial outcomes of breast augmentation with silicone gel-filled implants: a 2-year prospective study. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2002 May;109(6):2112-21; discussion 2122-3.

Cerovac S, Ali FS, Blizard R, Lloyd G, Butler PEM. Psychosexual function in women who have undergone reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2005 Oct;116(5):1306–13.

Chao AH, Garza R, Povoski SP. A review of the use of silicone implants in breast surgery. *Expert Rev Med Devices* [Internet]. 2016;13(2):143–56.

Citeli MT. Fazendo diferenças: Teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Rev Estud Fem*. 2001;9(1):131–45.

Cook SA, Rosser R, Toone H, Ian James M, Salmon P. The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: Quantifying clinical need. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* [Internet]. 2006 Jan;59(1):54–64.

Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2003 Aug;35(8):1381–95.

Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs* [Internet]. 2009;29(1):49–57.

de Brito MJA, Nahas FX, Barbosa MVJ, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, et al. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2010 Jul;65(1):5–10.

de Brito MJA, Nahas FX, Bussolaro RA, Shinmyo LM, Barbosa MVJ, Ferreira LM. Effects of abdominoplasty on female sexuality: a pilot study. *J Sex Med* [Internet]. 2012 Mar;9(3):918–26.

de Brito MJA, Nahas FX, Cordás TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD, et al. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty. *Aesthetic Surg J* [Internet]. 2016a Mar;36(3):324–32.

de Brito MJA, Nahas FX, Cordás TA, Tavares H, Ferreira LM. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2016b Feb;137(2):462–71.

Diaz JF. Review of 494 Consecutive Breast Augmentation Patients. *Plast Reconstr Surg - Glob Open* [Internet]. 2017;5(10):e1526.

Didie ER, Sarwer DB. Factors That Influence the Decision to Undergo Cosmetic Breast Augmentation Surgery. *J Women's Heal* [Internet]. 2003 Apr [cited 2018 Feb 13];12(3):241–53.

Didie ER, Sarwer DB. Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. 2003;12(3):241–53.

Druss RG. Changes in body image following augmentation breast surgery. *Int J Psychoanal Psychother*. 1973; 2(2):248-256.

Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2000. Vol. 26.

Ferraz M. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar

a capacidade funcional “Stanford health assessment questionnaire”. [Tese - Doutorado]. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1990.

FERREIRA LF, Neto MS, SILVA MMDA, RESENDE VCLop, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa , adaptação cultural e validação do Breast Evaluation Questionnaire. *Rev bras cir plást.* 2013; 28(2):270–5.

Figueroa-Haas CL. Effect of breast augmentation mammoplasty on self-esteem and sexuality: a quantitative analysis. *Plast Surg Nurs [Internet]*. 2007;27(1):16–36.

Fleury, Heloisa Junqueira; Abdo CHN. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina / Psychotherapeutic treatment for female sexual dysfunction. *Diagn Trat.* 2012;17(3).

Fonseca CC, Veiga DF, Garcia E da S, Cabral IV, de Carvalho MM, de Brito MJA, et al. Breast Hypertrophy, Reduction Mammoplasty, and Body Image. *Aesthetic Surg J [Internet]*. 2018 Feb 7.

Goetz ER, Camargo BV, Bertoldo RB, Justo AM. Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicol Soc [Internet]*. 2008 Aug;20(2):226–36.

Gonçalves C de O, Campana AN, Tavares M da C. Influência da atividade física na imagem corporal: Uma revisão bibliográfica. *Motricidade [Internet]*. 2012 Jun 1;8(2):70–82.

Guimarães PAMP, Lage FC, Abla LEF, Veiga DF, Neto MS, Ferreira LM. Female Sexual Quotient in Patients after Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg [Internet]*. 2013 Oct;132:160–1.

Guimarães PAMP, Resende VCL, Sabino Neto M, Seito CL, de Brito MJA, Abla LEF, et al. Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesthetic Plast Surg [Internet]*. 2015 Dec 20 [cited 2018 Feb 13];39(6):993–9.

Guimarães PAMP, Sabino Neto M, Abla LEF, Veiga DF, Lage FC, Ferreira LM. Sexuality after breast augmentation. *Rev Bras Cir Plástica – Brazilian J Plast Sugery* [Internet]. 2015;30(4).

Hagströmer M, Oja P, Sjöström M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutr* [Internet]. 2006;9(06):755–62.

Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2004 Mar;36(3):556.

Hölmich LR, Breiting VB, Fryzek JP, Brandt B, Wolthers MS, Kjøller K, et al. Long-term cosmetic outcome after breast implantation. *Ann Plast Surg*. 2007;59(6):597–604.

Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2004 Apr;113(4):1229–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1762095>

Kilmann PR, Sattler JI, Taylor J. The impact of augmentation mammoplasty: a follow-up study. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1987 Sep;80(3):374–8.

Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2009 May 1;9:11.

Larson DL, Anderson RC, Maksud D, Grunert BK. What influences public perceptions of silicone breast implants? *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1994 Aug;94(2):318-25; discussion 326-7.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* [Internet]. 1999 Feb 10;281(6):537–44.

Losken HW. Psychological aspects of breast surgery. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 1990;14(2):107–9.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional De Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade E reprodutibilidade No Brasil. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2001;6(2):5–18.

McCarthy CM, Cano SJ, Klassen AF, Scott A, Van Laeken N, Lennox PA, et al. The magnitude of effect of cosmetic breast augmentation on patient satisfaction and health-related quality of life. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2012 Jul;130(1):218–23.

McGrath MH. The psychological safety of breast implant surgery. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2007 Dec [cited 2018 Feb 13];120(7 Suppl 1):103S–109S.

Meston CM, Derogatis LP. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2002;28:155–64.

Meyer-Bahlburg HFL, Dolezal C. The Female Sexual Function Index: A Methodological Critique and Suggestions for Improvement. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2007;33(3):217–24.

Neto MS, Abla LEF, Lemos AL, Garcia ÉB, Enout MJR, Cabral NC, et al. The impact of surgical treatment on the self-esteem of patients with breast hypertrophy, hypomastia, or breast asymmetry. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2012 Feb;36(1):223–5.

Neto MS, De Aguiar Menezes MV, Moreira JR, Garcia EB, Abla LEF, Ferreira LM. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37(3):643–7.

Pacagnella R de C, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma

versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 Nov;25(11):2333–44.

Pacagnella R de C, Vieira EM, Rodrigues Jr. OM, Souza C de. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008;24(2):416–26.

Palcheff-Wiemer M, Concannon MJ, Conn VS, Puckett CL. The Impact of the Media on Women with Breast Implants. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1993 Oct;92(5):779–85.

Pardini R, Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade E, Braggion G, et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciên e Mov* [Internet]. 2001;9:45–51.

Park AJ, Chetty U, Watson AC. Patient satisfaction following insertion of silicone breast implants. *Br J Plast Surg* [Internet]. 1996 Dec [cited 2018 Feb 13];49(8):515–8.

Parker LS. Social justice, federal paternalism, and feminism: breast implants in the cultural context of female beauty. *Kennedy Inst Ethics J* [Internet]. 1993 Mar;3(1):57–76.

Pelusi J. Sexuality and body image. Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs* [Internet]. 2006 Mar;106(3 Suppl):32–8.

Penaud A, De Mortillet S. [Evaluation of the psychological benefits of breast augmentation for aesthetic purposes. Results of a multicenter prospective study of a series of 181 patients]. *Ann Chir Plast Esthet* [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Feb 13];58(1):10–7.

Pusic AL, Chen CM, Cano S, Klassen A, McCarthy C, Collins ED, et al.

Measuring quality of life in cosmetic and reconstructive breast surgery: a systematic review of patient-reported outcomes instruments. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2007 Sep 15;120(4):823-37; discussion 838-9.

Pusic AL, Klassen A, Cano SJ, Kerrigan CL. Validation of the breast evaluation questionnaire [7]. Vol. 120, *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2007. p. 352–3.

Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: The BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):345–53.

Rankin M, Borah G, Alvarez S. Resumption of sexual activity after plastic surgery: Current practice and recommendations. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(6):1557–63.

Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. Vol. 102, *Plast.Reconstr.Surg*. 1998. p. 2139–45.

Resende VCL, Sabino Neto M, Veiga DF, Brito MJA FL. Sexuality in patients submitted to reduction mammoplasty. *J Women's Health* [Internet]. 2013 Mar; 22(3):18–9.

Resende VCL. Satisfação, Atividade Física e Sexualidade em pacientes submetidas à mamoplastia redutora. Tese de Mestrado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2013. p.185. 2013.

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000. p. 191–208.

Sabino Neto M, Moreira JR, Resende V, Ferreira LM. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária.

Rev bras cir plást [Internet]. 2012;27(4):556–61.

Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M, et al. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J Cancer* [Internet]. 1991;27(11):1395–400.

Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, et al. Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1998 Jun;101(7):1956-61; discussion 1962-3.

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

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 1998 Jan;18(1):1–22.

Scully D, Kremer J, Meade MM, Graham R, Dudgeon K. Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med* [Internet]. 1998 Jun;32(2):111–20.

Sebastião E, Gobbi S, Chodzko-Zajko W, Schwingel A, Papini CB, Nakamura PM, et al. The International Physical Activity Questionnaire-long form overestimates self-reported physical activity of Brazilian adults. *Public Health*. 2012 Nov;126(11):967–75.

Shiple RH, O'Donnell JM, Bader KF. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. Comparison to small-busted and average-busted controls. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1977 Sep;60(3):369–76.

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

70.

Solvi AS, Foss K, von Soest T, Roald HE, Skolleborg KC, Holte A. Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* [Internet]. 2010;63(4):673–80.

Stofman GM, Neavin TS, Ramineni PM, Alford A. Better sex from the knife? An intimate look at the effects of cosmetic surgery on sexual practices. *Aesthetic Surg J* [Internet]. 2006;26(1):12–7.

Stofman GM, Neavin TS, Ramineni PM, Alford A. Better sex from the knife? An intimate look at the effects of cosmetic surgery on sexual practices. *Aesthetic Surg J*. 2006;26(1):12–7.

Swanson E. Prospective outcome study of 225 cases of breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2013 May;131(5):1158–66.

Thiel R do RC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricceto CLZ, Ramos M de F. Tradução para português , adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index Translation into Portuguese , cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2008;30(10):504–10.

THOMAS, J.R.; NELSON JK. *Human Kinetics; Research methods in physical activity*. Champaign; 2001.

Tiefer L, Hall M, Tavriss C. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2002;28 Suppl 1:225–32.

von Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2006 Jan;117(1):51-62; discussion 63-4.

Zanchetta LM, Barros MB de A, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2010 Sep;13(3):387–99.

Andrieu, B. Le dictionnaire du corps em sciences humaines e sociales. Paris: CNRS; 2006.

Indicador de Alfabetismo Funcional. Estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho. 2016

Instituto Paulo Montenegro - Ação Social do IBOPE

<http://ipm.org.br/relatorios>

ISAPS – *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*

[https://www.isaps.org/wp-](https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics.PressRelease2016-1.pdf)

[content/uploads/2017/10/GlobalStatistics.PressRelease2016-1.pdf](https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics.PressRelease2016-1.pdf)

Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_sus.pdf

Stevens, LA & McGrath. Aspectos psicológicos da cirurgia plástica. In: Neligan, P.C. Cirurgia Plástica: Princípios, volume um. 3ª. Edição. Rio de Janeiro, Elsevier; 2015. p. 3132.

Fonte de Figuras

Figura 2.

Silva, ALAL. SF-36 e questionário de Rosenberg UNIFESP-EPM na assimetria mamária. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2005. p.132.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

Consulta ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.

<http://decs.bvs.br/> - terminologia em saúde.

Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and LongForms (2005).

www.ipaq.ki.se

Ferreira LM. Projetos, Dissertações e Teses. Orientação Normativa. Guia Prático. São Paulo: Red Publicações; 2017.

FSFI Website

<http://www.fsf-questionnaire.com>



Netter FH. Atlas de Anatomia Humana. 3ª. Edição. Porto Alegre, Artmed;2003

Sociedade Brasileira de Anatomia. Terminologia Anatômica Internacional. 1ª. Edição. São Paulo: Manole; 2001.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS MAMAS, DA FUNÇÃO SEXUAL E DA ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES SUBMETIDAS À MASTOPLASTIA DE AUMENTO.	
Pesquisador Responsável: Elisa Mayumi Kokuba Aihara	
Área Temática:	
Versão: 3	
CAAE: 14743613.7.0000.5505	
Submetido em: 15/04/2015	
Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM	
Situação da Versão do Projeto: Aprovado	
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Receção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_425001	

Apêndice 2

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Título do Projeto:

AValiação DAS MAMAS, DA FUNÇÃO SEXUAL E DA ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES SUBMETIDAS À MASTOPLASTIA DE AUMENTO!

O objetivo deste estudo é avaliar as suas mamas, a sua função sexual e a sua atividade física. Este estudo será realizado em pacientes que apresentem mamas pequenas. Essa avaliação será feita através de 03 questionários que são utilizados mundialmente, já foram aplicados no Brasil e no mundo para outros estudos e são específicos para a avaliação:

-das mamas

-da função sexual, com perguntas relacionadas à sua atividade sexual

-da atividade física, com perguntas relacionadas às suas atividades físicas diárias e esforços físicos.

Estes questionários são de fácil entendimento e serão autoaplicados em dois grupos de pacientes que apresentem mamas pequenas:

-Grupo I: as mulheres que não serão operadas. E caso você faça parte do grupo de pacientes que NÃO serão operadas, os questionários serão aplicados em duas fases: no momento em que você aceitar participar do estudo e 04 após meses.

GRUPO II: mulheres que serão submetidas à cirurgia de mastoplastia de aumento. Caso você pertença ao grupo das pacientes que serão submetidas à cirurgia, os questionários serão aplicados em três fases:

✓ antes da cirurgia (pelo menos uma semana antes)

✓ 02 meses após a cirurgia

✓04 meses após a cirurgia

A finalidade de nosso estudo é avaliar se a cirurgia altera ou não e se ela pode trazer algo de bom ou de ruim na sua vida, no seu dia-a-dia, com relação às suas mamas, à sua sexualidade e às suas atividades físicas.

CASO VOCÊ PERTENÇA AO GRUPO DE MULHERES QUE NÃO SERÃO OPERADAS, você deverá responder aos três questionários citados anteriormente, em

dois tempos diferentes. Isso não implicará em nenhum risco **CASO VOCÊ PERTENÇA AO GRUPO DE MULHERES QUE SERÃO OPERADAS**, a sua cirurgia será feita com técnica já consagrada pela experiência médica, com anestesia geral e será colocada prótese de silicone para aumentar o volume das suas mamas, conforme for o mais adequado para o seu caso, após avaliação por uma equipe especializada, não cabendo a você a escolha pelo tipo de incisão, local do implante. Você poderá participar na escolha do volume da prótese, sendo a opção final feita pela equipe.

Este projeto será realizado pela equipe do Setor de Mama da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo. Não será cobrado o custo da equipe cirúrgica. Você receberá, sem custo adicional, 01 par de próteses mamárias da marca Eurosilicone®, de volume acertado e combinado pela equipe cirúrgica em consulta pré-operatória. O Hospital São Paulo e a Disciplina de Cirurgia Plástica não se responsabilizará por eventuais trocas de implantes no futuro sendo estas de responsabilidade e custos assumidos pelas pacientes. Você deve estar ciente que o implante mamário não é definitivo e que o fenômeno de contração capsular pode acontecer (como forma evolutiva de qualquer implante mamário). E caso haja necessidade de troca de prótese futuramente, não há responsabilidade do Hospital São Paulo ou da equipe da Disciplina de Cirurgia Plástica, sendo esta, uma responsabilidade sua em qualquer cirurgia para implante de silicone.

O seu atendimento será realizado no pré e pós-operatório pela equipe de cirurgia plástica da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP dentro das condições do Hospital São Paulo, em seus ambulatórios. **PARA AS MULHERES DE AMBOS OS GRUPOS:**

Todas as pacientes, se comprometem a responder todos os questionários, bem como comparecer às consultas de retorno no pós-operatório, conforme solicitado pela equipe da cirurgia plástica. Haverá acompanhamento por meio de fotografias antes e após a cirurgia.

A sua identidade não será revelada, seus dados serão confidenciais e não serão revelados de forma individual neste ou em qualquer outro projeto. Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas que forem surgindo. O principal investigador é a Dra. Elisa Mayumi Kokuba Aihara que pode ser encontrada no endereço: Rua Napoleão de Barros, 715, 4º andar, na Disciplina de Cirurgia Plástica, tel: 11 98926 5673. 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 conj 14: tel. 55 (11) 5571-1062 / 55 (11) 5539-7162 - Horário de atendimento: das 9:00 as 12:00 hs - e:mail cepunifesp@unifesp.br.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento e

acompanhamento na instituição. As respostas obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras pacientes, **VOCE NÃO SERÁ IDENTIFICADA E AS SUAS RESPOSTAS SERÃO CONFIDENCIAIS.**

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Este termo está sendo apresentado em duas vias, uma será a sua e a outra via é a do pesquisador principal. Todas as páginas deverão estar rubricadas e a página final deverá estar assinada tanto por você como pelo pesquisador principal.

Eu, _____, portadora do RG no. _____, após ter lido a carta de informação e ter sido esclarecida pela Dra. Elisa Mayumi Kokuba Aihara a respeito do projeto de pesquisa, concordo em participar deste estudo, e autorizo a realização de fotografias nos períodos pré, intra e pós-operatório da cirurgia para a colocação de prótese de mama a que serei submetida, caso eu pertença ao grupo de pacientes operadas. Estou ciente de que não serei identificada em nenhum momento, nem pelas fotos, nem pelas respostas dadas e que as minhas respostas ao questionário aplicado não influenciarão em nada o meu tratamento e que não corro risco em me submeter a esta avaliação.

Ficou claro para mim quais são os propósitos do estudo, o procedimento a ser realizado, seus confortos e seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação nesse estudo não acarreta despesas, e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou qualquer prejuízo ao meu atendimento neste serviço.

_____ São Paulo, ____/____/_____

Assinatura da paciente

_____ São Paulo, ____/____/_____

Assinatura da testemunha

_____ São Paulo, ____/____/_____

Dra. Elisa Mayumi Kokuba Aihara

CRM. 83.460

Rua Napoleão de Barros, 715 — 4^o. andar — SP

Apêndice 3

FICHA COLETA DE DADOS DAS PACIENTES

DADOS PESSOAIS

CÓD ID _____

Idade _____ Data de nasc. ____ / ____ / ____ profissão: _____
est. _____

Civil _____ escolaridade _____ cor _____

End. _____ n. ____ / ____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Tel: _____ Celular: _____ Tel(coml.): _____

Email: _____

FICHA CLINICA:

ISDA: -Cabeça e pescoço: _____

• SCR: _____

• TGI: _____

• TGU: _____

DUM: ____ / ____ / ____ P A PN PC último parto/amamentação há _____

• Músc.-esquelético: _____

• Hematológico: _____

• Hormonal/Metabólico: _____

AP/hábitos: _____

• Alergias: _____ cicatrização: _____

() atividade física: _____ () tabagismo () álcool () drogas

Cirurgias/anestésias prévias: _____

Medicação em uso: _____

AF: _____

EXAME FÍSICO: P: ____ kg Alt: ____ cm IMC: ____ kg/m² INDICE SACCHINI: ____ cm

GERAL: _____

ESPECIAL: cabeça e pescoço: _____

Pele: _____

Tórax: _____

Abdome: _____

Extremidades: _____

Específico: _____

Apêndice 4

Casuística – dados individuais

NÚMERO	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (cm)	IMC (kg/m ²)	ESCOLARIDADE
1	34	47	150	20,89	Ensino médio
2	34	63	173	21,05	Ensino médio
3	29	59	165	21,67	Ensino superior
4	22	58	163	21,83	Ensino superior
5	18	52	156	21,37	Ensino médio
6	34	62	167	22,23	Ensino médio
7	30	62	163	23,34	Ensino superior
8	21	58	170	20,07	Ensino superior
9	19	62	170	21,45	Ensino médio
10	33	60	162	22,86	Ensino médio
11	23	54	170	18,69	Ensino superior
12	21	55	164	20,45	Ensino superior
13	28	56	171	19,15	Ensino superior
14	19	63	167	22,59	Ensino fundamental completo
15	24	58	162	22,10	Ensino médio
16	20	51	163	19,20	Ensino fundamental completo
17	21	53	162	20,20	Ensino médio
18	28	62	154	26,14	Ensino fundamental completo
19	27	47	159	18,59	Ensino superior
20	25	44	152	19,04	Ensino superior
21	25	57	165	20,94	Ensino superior
22	20	62	179	19,35	Ensino superior
23	30	50	155	20,81	Ensino médio
24	28	67	180	20,68	Ensino superior
25	19	53	161	20,45	Ensino superior
26	28	57	164	21,19	Ensino superior
27	23	53	158	21,23	Ensino superior
28	26	68	167	24,38	Ensino médio
29	27	51	162	19,43	Ensino médio
30	30	57	165	20,94	Ensino superior
31	22	62	160	24,22	Ensino superior
32	21	59	166	21,41	Ensino superior
33	31	72	173	24,06	Ensino superior
34	27	60	163	22,58	Ensino superior
35	19	60	162	22,86	Ensino superior

36	21	60	174	19,82	Ensino superior
37	19	71.5	165	26,26	Ensino superior
38	51	50	163	18,82	Ensino médio
39	21	60	169	21,01	Ensino superior
40	23	58	170	20,07	Ensino superior
41	37	58	163	21,83	Ensino superior
42	41	62	155	25,81	Ensino superior
43	30	54	160	21,09	Ensino médio
44	30	60	165	22,04	Ensino superior
45	24	55	169	19,26	Ensino superior
46	19	53	165	19,47	Ensino superior
47	29	60	159	23,73	Ensino médio
48	28	54	162	20,58	Ensino médio
49	34	60	171	20,52	Ensino superior
50	30	59	160	23,05	Ensino superior
51	34	65	163	24,46	Ensino superior
52	21	52	155	21,64	Ensino superior
53	21	58	171	19,84	Ensino médio
54	41	58	158	23,23	Ensino médio
55	35	60	170	20,76	Ensino médio
56	21	57	165	20,94	Ensino superior
57	36	62	163	23,34	Ensino médio
58	28	55	169	19,26	Ensino médio
59	26	55	167	19,72	Ensino superior
60	26	63	167	22,59	Ensino superior
61	22	58	159	22,94	Ensino médio
62	28	52	158	20,83	Ensino superior
63	22	60	169	21,01	Ensino superior
64	32	60	162	22,86	Ensino médio
65	32	52	164	19,33	Ensino médio
66	30	53	161	20,45	Ensino superior
67	40	51	150	22,67	Ensino médio
68	27	51	163	19,20	Ensino superior
69	21	50	164	18,59	Ensino superior
70	22	49	169	17,16	Ensino superior
71	21	55	161	21,22	Ensino médio
72	22	51	158	20,43	Ensino superior
73	25	55	160	21,48	Ensino médio
74	24	60	163	22,58	Ensino superior
75	28	70	171	23,94	Ensino superior
76	20	36	148	16,44	Ensino médio
77	29	50	155	20,81	Ensino superior
78	23	54	167	19,36	Ensino superior

ANEXOS

Anexo 1

Breast Evaluation Questionnaire (BEQ – Brasil)

À paciente: Anote o número mais adequado para sua resposta. Use uma única alternativa por resposta. Favor responder todas as perguntas. Não deixe nenhum item em branco.

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

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 _____

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

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 _____

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

Para você mesma _____

Para seu marido ou parceiro sexual _____

Mãe ou Pai (aquele que você considera mais a opinião) _____

Irmã (s, o, os) (aquele que você considera mais a opinião) _____

Amigo (a, os, as) (aquele que você considera mais a opinião) _____

Você e as pessoas ligadas a você dão importância ao tamanho das suas mamas (reparam)?

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

1 =	Totalmente sem importancia
2 =	Pouco Importante

3 =	Nem Importante Nem Sem Importância
4 =	Razoavelmente Importante
5 =	Muito Importante

Para você mesma _____

Para seu marido ou parceiro sexual _____

Mãe ou Pai (aquele que você considera mais a opinião) _____

Irmã (s, o, os) (aquele que você considera mais a opinião) _____

Amigo(a, os, as) (aquele que você considera mais a opinião) _____

Anexo 2

Female Sexual Function Index (FSFI)

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

5= Quase sempre ou sempre

4= Maior parte do tempo

3= Às vezes

2= Algumas vezes

1= Quase nunca ou nunca

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

5= Muito alto

4= Alto

3= Moderado

2= Baixo

1= Muito baixo ou nulo

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

0= Sem atividade sexual

5= Quase sempre ou sempre

4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3= Às vezes (cerca da metade das vezes)

2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)

1= Quase nunca ou nunca

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

0= Sem atividade sexual

5= Muito alta

4= Alta

3= Moderada

2= Baixa

1= Nula

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

0= Sem atividade sexual

5= Altíssima confiança

4= Alta confiança

3= Moderada confiança

2= Baixa confiança

1= Sem confiança

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

0= Sem atividade sexual

5= Quase sempre ou sempre

4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3= Às vezes (cerca da metade das vezes)

2=Algumas vezes (menos da metade das vezes)

1= Quase nunca ou nunca

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

0= Sem atividade sexual

5= Quase sempre ou sempre

4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3= Às vezes (cerca da metade das vezes)

2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)

1= Quase nunca ou nunca

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

0= Sem atividade sexual

1= Extremamente difícil ou impossível

2= Muito difícil

3= Difícil

4= Pouco difícil

5= Não houve dificuldade

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

0= Sem atividade sexual

5= Quase sempre ou sempre

4= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

- 3= Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2= Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1= Quase nunca ou nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0= Sem atividade sexual

5= Muito satisfeita

4= Moderadamente satisfeita

3= Igualmente satisfeita e insatisfeita

2= Moderadamente insatisfeita

1= Muito insatisfeita

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

5= Muito satisfeita

4= Moderadamente satisfeita

3= Igualmente satisfeita e insatisfeita

2= Moderadamente insatisfeita

1= Muito insatisfeita

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

5= Muito satisfeita

4= Moderadamente satisfeita

3= Igualmente satisfeita e insatisfeita

2= Moderadamente insatisfeita

1= Muito insatisfeita

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

0= Não houve tentativa de coito

1= Quase sempre ou sempre

2= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3= Às vezes (cerca da metade das vezes)

4= Algumas vezes (menos da metade das vezes)

5= Quase nunca ou nunca

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

0= Não houve tentativa de coito

1= Quase sempre ou sempre

2= Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3= Às vezes (cerca da metade das vezes)

4= Algumas vezes (menos da metade das vezes)

5= Quase nunca ou nunca

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

0= Não houve tentativa de coito

1= Muito alto

2= Alto

3= Moderado

4= Baixo

5= Muito baixo ou nulo

Anexo 3

Tabela do Escore dos domínios do *Female Sexual Function Index* (FSFI)

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

Anexo 4

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

Nós queremos saber quanto tempo você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Para responder, considere as atividades como meio de transporte, no trabalho, exercício e esporte.

ATIVIDADE FÍSICA NO ESPORTE

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades LEVES ou MODERADAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar POUCO ou aumentam LEVEMENTE sua respiração ou batimentos do coração, como nadar, pedalar ou varrer:

- ____ dias por SEMANA
- Não quero responder
- Não sei responder

1b. Nos dias em que você faz este tipo de atividades, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?

- ____ horas ____ minutos
- Não quero responder
- Não sei responder

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração, como correr e nadar rápido ou fazer jogging:

- (a) ____ dias por SEMANA
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

2b. Nos dias que você faz este tipo de atividades, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?

- (a) ____ horas ____ minutos
- (b) Não quero responder

(c) Não sei responder

ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

Sim () Não ()

1b. Quantos dias de uma semana normal você trabalha?

____ dias

Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta:

1c. Andando rápido: ____ horas ____ minutos

1d. Fazendo atividades de esforço moderado como subir escadas ou carregar pesos leves: ____ horas ____ minutos

1e. Fazendo atividades vigorosas como trabalho de construção pesada ou trabalhar com enxada, escavar:

____ horas ____ minutos

ATIVIDADE FÍSICA EM CASA

Agora, pensando em todas as atividades que você tem feito em casa durante uma semana normal:

2a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades dentro da sua casa por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como aspirar, varrer ou esfregar:

(a) ____ dias por SEMANA

(b) Não quero responder

(c) Não sei responder

2b. Nos dias que você faz este tipo de atividades, quanto tempo você gasta fazendo essa atividade POR DIA?

____ horas ____ minutos

2c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como varrer, rastelar, podar:

(a) ____ dias por SEMANA

- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

2d. Nos dias que você faz este tipo de atividades, quanto tempo você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço vigoroso ou forte como carpir, arar, lavar o quintal:

- (a) _____ dias por SEMANA
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

2f. Nos dias que você faz este tipo de atividades, quanto tempo você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)

- (a) _____ dias por SEMANA
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

3b. Nos dias que você caminha para ir de um lugar para outro, quanto tempo POR DIA você gasta caminhando? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você pedala rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (não inclua pedalar por prazer ou exercício)

- (a) _____ dias por SEMANA
- (b) Não quero responder

(c) Não sei responder

3d. Nos dias que você pedala para ir de um lugar para outro, quanto tempo POR DIA você gasta pedalando? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)

____ horas ____ minutos

Você já leu, viu ou ouviu alguma informação sobre o Programa Agita São Paulo?

(1) Não (2) Sim

Se a resposta for SIM, há quanto tempo? _____