

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

RICARDO DA ROCHA PORTO

**IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA QUALIDADE DE VIDA FÍSICA
E EMOCIONAL**

**São Luís
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RICARDO DA ROCHA PORTO

**IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA QUALIDADE DE VIDA FÍSICA
E EMOCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora:

Profa. Doutora Maria Bethânia da Costa Chein

Coordenadora do Programa

Profa. Doutora Luciane Maria Oliveira Brito

**São Luís
2009**

RICARDO DA ROCHA PORTO

**IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA QUALIDADE DE VIDA FÍSICA
E EMOCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou o(a) candidato(a) aprovado(a) em ____/____/____.

Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco (Examinador)
Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Dr. Vinícius José da Silva Nina (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

EPÍGRAFE

A Deus todo poderoso pai celestial,a meus
pais Elizabeth e Luiz, por tudo que sou ,
as minhas filhas,Patrícia,Thais, Mônica
minhas razoes de viver.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Maria Bethânia da Costa Chein e Luciane Maria Oliveira Brito, pelo incentivo, dedicação e orientação desde o projeto da pesquisa até a defesa da dissertação.

Ao Professor Mestre Francisco Amazonas, pelo estímulo para que fizéssemos o mestrado.

Ao Professor Doutor Marcos Antônio Barbosa Pacheco, pelo apoio para podermos desenvolver esta pesquisa.

Aos médicos, diretores e funcionários do Hospital Geral que proporcionaram todas as condições para que este trabalho fosse realizado.

Aos meus irmãos Claudia e Luiz Otávio pela ajuda importante em toda pesquisa.

Aos alunos Rafaela Nunes Correia, Thaline da Costa Veloso e Luis Jorge Santos Filho que participaram do trabalho.

À amiga Andréa pela ajuda em todos os momentos da dissertação.

Ao colega e amigo Dr. Eduardo Figueiredo por suas observações importantes em toda dissertação.

Às pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças que acometem a glândula mamária, a hipertrofia mamária (HM) se caracteriza por mamas volumosas, desproporcionais ao biótipo da mulher, provocando alterações físicas e psicológicas, alterando sua qualidade de vida (QV). A mastoplastia redutora é o tratamento cirúrgico de eleição. **Objetivo:** Avaliar o impacto da mastoplastia redutora na QV das pacientes. **Metodologia:** Realizou-se estudo longitudinal, prospectivo e analítico com amostra não probabilística de 30 mulheres com diagnóstico clínico de HM atendidas no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho em São Luís – MA. A QV foi analisada por meio da aplicação do instrumento de avaliação de saúde genérico SF-36 em 3 momentos: no pré e com 90 dias (± 10 dias) e 180 dias (± 10 dias) de pós-operatório. Utilizou-se a estatística descritiva para análise exploratória dos dados. Nas variáveis numéricas foi aplicado o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, e avaliando a distribuição das variáveis “antes” e “depois” do procedimento cirúrgico, naquelas que apresentaram distribuição normal e não normal, foi aplicado, respectivamente, o teste t de Student pareado e o teste não paramétrico de Wilcoxon. No cruzamento de algumas variáveis categóricas foi utilizado o teste não-paramétrico de qui-quadrado de independência. Adotou-se o nível de significância para $p < 5\%$. **Resultados:** Observou-se uma diferença significativa em todas as variáveis analisadas nas oito dimensões de QV do instrumento SF-36, tanto em relação à condição de pré-operatório como nas observadas, com 3 meses e 6 meses de pós-operatório. **Conclusões:** Nesta amostra, as pacientes manifestaram após o procedimento cirúrgico, melhoria estatisticamente significantes ($p < 0,0001$) nos escores de QV avaliados pelo instrumento SF-36 em todos os seus oito domínios, quer seja no pós-operatório com 90 dias e 180 dias.

Palavras-chave: Hipertrofia mamária. Qualidade de vida. Mastoplastia redutora.

ABSTRACT

Introduction: Among the diseases that may affect the mammary gland, there is a breast hypertrophy that is characterized by large breasts, disproportionate to the biotype of the woman, who causes physical and psychological changes altering its quality of life (QV). Mammoplasty is the surgical treatment indicated for patients with breast hypertrophy.

Objectives: To evaluate the impact of reduction mammoplasty on quality of life of patients.

Methodology: 30 women with varying degrees of breast hypertrophy of an Ambulatory of Plastic Surgery at Tarquinio Lopes Filho Hospital in Sao Luis, were enrolled in a longitudinal prospective analysis. The patients underwent reduction mammoplasty and quality of life was analyzed by applying the instrument to evaluate general health "The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey" (SF-36) in three stages: pre- surgery, 90 ($\pm$ 10 days) and 180 days ($\pm$ 10 days) post-surgery. Descriptive statistics for exploratory analysis of the variables were done. It was applied in the numerical variables normality the test of Shapiro-Wilk, and for those who had a normal distribution; we applied the Student's t test. The variables that were not normal were made the nonparametric Wilcoxon test. At the crossroads of some categorical variables was made the nonparametric chi-square test of independence. It was considered as statistically significant a p value $< 5\%$. **Results:** There was a significant difference in all variables of QL when compared to the initial condition (pre-surgery) with conditions after 90 and 180 days post-surgery. **Conclusions:** Patients undergoing mammoplasty showed improvements in quality of life, physical and emotional, in the post-surgery within 90 and 180 days.

Keywords: Breast hypertrophy. Quality of life. Mammoplasty.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

BI-RADS	- Classificação Mamográfica ou Ultra-sonografia
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
NHP	- Nottingham Health Profile
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNUD	- Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
QV	- Qualidade de Vida
QVLS	- Qualidade de Vida Ligada à Saúde
SADT	- Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SF-36	- Medical Outcomes Short-form Health Survey
SIP	- Sickness Impact Profile
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
WHOQOL	- World Health Organization Quality of Life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Classificação dos Exames de Imagem de Mama (Mamografia ou Ultra-sonográfica) – BI-RADS	17
Quadro 2	- Classificação da Hipertrofia Mamária.....	18
Quadro 3	- Domínios e respectivas perguntas do Instrumento de Qualidade de Vida SF-36.....	19
Tabela 1	- Distribuição das pacientes submetidas a mastoplastia redutora de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. São Luís-MA. 2009....	21
Gráfico 1	- Peso médio dos tecidos mamários, direito e esquerdo, das pacientes submetidas a mastoplastia redutora. São Luís – MA, 2009.	22
Gráfica 2	- Média do IMC das pacientes submetidas a mastoplastia redutora nos três momentos do estudo. São Luís – MA, 2009.....	23
Tabela 2	- Correlação entre a classificação dos achados de imagem (mamografia ou ultra-sonografia) e a classificação de hipertrofia mamária nas pacientes submetidas a mamoplastia redutora. São Luís – MA, 2009.....	25
Tabela 3	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore total do questionário SF-36, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	26
Tabela 4	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>funcionamento físico</i> , antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	25
Tabela 5	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>limitações para realização de atividades físicas</i> , antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	26
Tabela 6	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>limitação emocional</i> , antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	26
Tabela 7	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>energia / fadiga</i> , antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	27
Tabela 8	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>bem estar emocional</i> , antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	27
Tabela 9	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>atividade social</i> , antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.....	28
Tabela 10	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>dor</i> , antes da cirurgia (pré), com 3 e 6 meses depois. São Luís – MA, 2009.....	28
Tabela 11	- Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio <i>saúde geral</i> , antes da cirurgia (pré), com 3 e 6 meses depois. São Luís – MA, 2009.....	29

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3.	METODOLOGIA	16
3.1	Tipo e Período de Estudo	16
3.2	Local de Estudo	16
3.3	Amostra	16
3.4	Instrumento de Coleta de Dados	17
3.5	Processamento e Análise Estatística dos Dados	19
3.6	Aspectos Éticos	20
4.	RESULTADOS	20
5.	CONCLUSÃO	29
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31
	APÊNDICE A	34
	APÊNDICE B	
	ANEXO A	
	ANEXO B	
	ANEXO C	
7.	1º ARTIGO CIENTÍFICO	
7.1	Nome do Periódico e sua classificação QUALIS na área de MEDICINA II	
7.2	Instruções aos Autores	
7.3	Artigo	
8.	2º ARTIGO CIENTÍFICO	
8.1	Nome do Periódico e sua classificação QUALI na área de MEDICINA II	
8.2	Normas Editoriais do 2º artigo	
8.3	Artigo	

1. INTRODUÇÃO

As mamas apresentam uma importância biopsicossocial de relevância, mais do que glândulas vinculadas à amamentação, são primordiais na expressão da feminilidade e sexualidade humana.

Sua importância é tal, que na classificação evolutiva dos seres vivos sua presença, qualifica os vertebrados na classe dos mamíferos (*mammalia* em latim), como aqueles que apresentam glândulas mamárias (LINTON, 1986).

Dentre as alterações benignas que acometem as mamas, encontra-se a hipertrofia mamária, que é caracterizada pela presença de mamas volumosas, desproporcionais ao biótipo da mulher. Esta desarmonia entre a forma idealizada e a causada pela hipertrofia, ocasiona alterações físicas e psicológicas, dificultando o convívio social e o sucesso interativo da mulher com o meio (TAFURI & GOBBI, 2005).

Associa-se a mastalgia, dorsoalgia, dermatite nos sulcos infra-mamários, lesões na pele dos ombros pelas alças do sutiã e vícios de postura, além de comprometimento estético e psicológico (NETSCHER et al, 2000; ARAÚJO et al, 2007), acompanhados em algumas situações, de alterações respiratórias significativas (PITANGUY, SALGADO, RADWANSKI, 1999).

A mastalgia e a dorsoalgia decorrem do peso exercido pelas mamas, levando ao estiramento cutâneo e à alteração do centro gravitacional da mulher, ocasionando uma maior solicitação dos músculos dorsais e peitorais, além de uma flexão anterior da coluna cervical. Quanto ao aspecto psicológico, este traz implicações sérias na auto-estima e na sexualidade (PITANGUY, SALGADO, RADWANSKI, 1999; ARAÚJO et al, 2007).

A mastoplastia redutora é o tratamento cirúrgico indicado para as pacientes com hipertrofia mamária (PITANGUY, 1959, 1967; BOFF & MIELE, 2007), pois propicia uma redução volumétrica na busca de um equilíbrio entre a “nova” mama e as dimensões torácicas, auxiliando na reintegração da mulher ao meio social, resgatando a sua auto-estima e a própria aceitabilidade.

Vários métodos podem ser utilizados para caracterizar a hipertrofia mamária: o tamanho do sutiã (PITANGUY, 1967; PITANGUY, SALGADO, RADWANSKI, 1999), a

relação de medidas obtidas entre o tórax e as próprias mamas (SACCHINI et al, 1991) e a quantidade de tecido mamário removido na cirurgia (GLATT et al, 1999).

Várias técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos na tentativa de encontrar uma técnica cirúrgica ideal, ou seja, que proporcione além da redução, um aspecto agradável das mamas, com cicatrizes reduzidas e discretas, manutenção da função e da sensibilidade mamária (PITANGUY, 1967; SINDER, 2003).

A realização do procedimento cirúrgico resulta em uma mudança na qualidade de vida (QV) destas mulheres (RIBEIRO et al, 1992). A preocupação com a QV decorre, em parte, dos paradigmas que atualmente tem influenciado as políticas e as práticas em saúde pública, desde o final da década anterior, apontando a QV como um indicador dos serviços de saúde prestados a população. Neste contexto, a QV da paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços assistenciais de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

Conceituar qualidade de vida é difícil, é um conceito dinâmico e polissêmico (MINAYO et al, 2000), ou seja, adquire diversos sentidos ou expressam significados diferentes além de seu significado semântico., pois em função das características individuais e coletivas, os valores a considerar sofrem uma perspectiva e necessidades diferentes.

A QV se associa ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO et al, 2000).

A relação entre da QV e saúde, existe desde o século XVII com o aparecimento da medicina social, relacionando qualidade de vida e condição sócio-econômica, onde os trabalhos de fato, faziam alusão a “condições de vida” e não exatamente “qualidade de vida” (MINAYO et al, 2000).

A natureza abstrata e polissêmica do conceito de QV pode ser identificada pelos diversos domínios que se somam na expressão do seu significado, a saber: renda familiar,

educação, alimentação, moradia, condições de saúde, respostas físicas para uma intervenção, re-hospitalizações, habilidades para conduzir sua vida diária e retorno ao trabalho, dentre outros (GOLDBAUN, 2000; MINAYO et al, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", portanto, fazendo-se necessário observar: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral), meio ambiente e relações sociais (FLECK, 1998).

Na tentativa de mensurar, quantificar a QV, diversos instrumentos vem sendo utilizados, dentre eles o mais conhecido é o Índice de Qualidade de Vida (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), associou no instrumento além das características relacionadas aos aspectos econômicos, aquelas de natureza social e cultural. No entanto, a qualidade de vida ligada a saúde (QVLS), não tem no IDH o melhor instrumento (MINAYO et al, 2000).

Assim diversos outros instrumentos foram lançados como o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), em duas versões. A primeira WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/crenças pessoais), a seguir a WHOQOL BREF é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. A versão abreviada é composta por quatro domínios (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais), ambos já traduzidos e disponíveis pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida (FLECK, 1998).

A QVLS representa para alguns autores o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial (AUQUIER et al, 1997 apud MINAYO et al, 2000).

Em geral os instrumentos podem ser classificados em específicos e genéricos. Os instrumentos específicos, são aqueles que avaliam a QV subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas (MINAYO et al, 2000), podem ser utilizados em

populações gerais ou específicas, para avaliar diversos domínios aplicáveis as diferentes situações no espectro que vai da saúde à doença, como insuficiência renal, insuficiência cardíaca, população (aidéticos, tuberculosos, dializados). São de grande utilidade para avaliar resultados ou intervenções terapêuticas – ensaios clínicos (MINAYO et al, 2000; SILQUEIRA, 2005).

Os genéricos são aplicáveis em uma grande variedade de populações ou amostras, pois avaliam aspectos relacionados à função, disfunção e desconforto emocional e físico, assim podem ser aplicados em pessoas com algum tipo de alteração, patologia bem como indivíduos saudáveis. (SILQUEIRA, 2005).

Os instrumentos genéricos são mais apropriados para avaliação epidemiológica do tipo incidência, prevalência, planejamento e avaliação do sistema de saúde, como os WHOQOL-100 e WHOQOL – Bref e o índice de QV de Ferrans e Powers, os mesmos por não estarem relacionados diretamente à saúde, são também designados instrumentos globais de avaliação (MINAYO et al, 2000; SILQUEIRA, 2005).

Existem também os instrumentos genéricos que estão relacionados à saúde, avaliando diferentes aspectos da QV, que são afetados pelas condições de saúde ou de doença, morbidade, tratamento, em qualquer população, geral ou específica, para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde (SILQUEIRA, 2005).

Dentro os específicos, destacam-se o *Nottingham Health Profile* – NHP (avalia pacientes com doenças crônicas) (TEIXEIRA-SALMELA, 2004), *Sickness Impact Profile* – SIP (sensível para detectar mudanças ou diferenças de saúde que ocorrem ao longo do tempo ou entre grupos) (BERGNER et al, 1981) e o *Medical Outcomes Short-form Health Survey* – SF-36 (CICONELLI, 1997; SILQUEIRA, 2005)

A opção de um instrumento para avaliar a QV deve apresentar conexão, ser concordante com o objeto de investigação, com esta intenção optou-se nesta pesquisa pela utilização do instrumento SF-36, que já foi adaptado, traduzido e validado para a língua portuguesa no Brasil (CICONELLI, 1997).

Trata-se de instrumento de fácil compreensão e precisão, de pequena duração para sua aplicação, garantindo adesão e exequibilidade em diversas áreas de pesquisa e nas mais

distintas condições de saúde, morbidade e doença. (FREIRE, 2002; THOMA et al, 2005; SILVA et al, 2007; PIMENTA et al, 2008).

A QV por poder ser avaliada sob diversas óticas, sem se afastar das necessidades humanas mais fundamentais, materiais e espirituais. Tendo no conceito de promoção da saúde o seu foco mais relevante, perpassa pela capacidade de viver sem doenças e de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade que podem resultar em exclusão e dependência.

Em busca da qualidade de vida ligada à saúde, pretende-se nesta pesquisa mensurar a qualidade de vida das mulheres submetidas a intervenção cirúrgica para correção da hipertrofia mamária com o instrumento SF-36.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar a qualidade de vida com o questionário *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* - SF-36, nas pacientes com hipertrofia mamária submetidas mastoplastia redutora.

2.2. Específicos

- Descrever as variáveis demográficas e socioeconômicas das pacientes com hipertrofia mamária submetidas mastoplastia redutora;
- Avaliar as medidas de qualidade de vida do questionário SF-36 nos oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental) das pacientes com hipertrofia mamária submetidas mastoplastia redutora

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo e Período de Pesquisa

Estudo longitudinal prospectivo com amostra não probabilística, realizado entre outubro de 2007 a novembro de 2008.

3.2 Local

Realizada no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho também conhecido pelo nome de Hospital Geral, localizado no bairro da Madre Deus no município de São Luís, Maranhão.

É registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, como uma unidade pública para oferecer atenção básica e de média complexidade, para atendimento ambulatorial, internação, serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT), urgência e emergência, apresentando um fluxo de clientela para atendimento de demanda espontânea e referencial no Estado (BRASIL, 2009).

Realiza atendimento público, gratuito, integra o Sistema Único de Saúde (SUS) por demanda espontânea. Sua esfera administrativa é Estadual, com Ministério da saúde, Secretaria Estadual (SES) e Municipal da Saúde (SMS). Oferece atendimento terciário, com atenção básica (SMS) e de média complexidade (SES e SMS). Possui 131 leitos, sendo 123 para o SUS e 32 leitos destinados à clínica cirúrgica (BRASIL, 2009).

3.3 Amostra

Foram selecionadas 43 pacientes entre 18 e 60 anos de idade, com diagnóstico clínico de hipertrofia mamária bilateral com indicação cirúrgica de mastoplastia redutora, de acordo com a demanda espontânea e agendamento cirúrgico hospitalar.

Dentre as selecionadas, não foram incluídas aquelas que apresentaram internação psiquiátrica prévia; que houvessem cessado a amamentação em prazo inferior a 12 meses,

procedimento cirúrgico prévio nas mamas ou diagnóstico mamográfico ou ultra-sonográfico V ou VI na classificação BIRADS ® (ACR, 2003a; 2003b) (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação dos Exames de Imagem de Mama (Mamografia ou Ultra-sonográfica) – BI-RADS

CATEGORIA	DEFINIÇÃO	CONDUTA PRECONIZADA
0	Inconclusiva	Exames complementares
1	Parênquima normal	Controle habitual
2	Patologia benigna	Expectante ou tratamento
3	Provavelmente benigna	Controle em 6 meses
4	Provavelmente maligna	Biópsia
	4 A	Baixa suspeita
	4 B	Suspeita intermediária
	4 C	Moderada suspeita
5	Sugestiva de malignidade	Biópsia imediata
6	Malignidade	Diagnóstico histopatológico

Fonte: Adaptado do American College of Radiology, 2003.

Do grupo selecionado permaneceram 30 pacientes, pois 13 foram excluídas, pois não compareceram nem responderam a convocação para as duas consultas de seguimento (follow-up) do protocolo de pesquisa.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

Após a explicação dos objetivos da pesquisa e anuência textual das pacientes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a pesquisa, que consistiu de três entrevistas, uma no pré-operatório e duas no pós-operatório, com três meses (90 ± 10 dias) e com seis meses (180 ± 10 dias), respectivamente.

Todas as pacientes foram submetidas aos exames, físico, de imagem e rotina laboratorial, confirmando a normalidade dos exames, os dados foram preenchidos em ficha

protocolo juntamente com outros sobre identificação, variáveis sócio-demográfico e comportamentais (Apêndice A) e ao questionário SF-36 (Anexo A).

Durante o exame físico, foi registrada a presença de sintomas relacionados à hipertrofia mamária e a provável quantidade de tecido mamário a ser retirado classificando-a após o procedimento cirúrgico de acordo com o proposto por Revueltas (2002), em leve, moderada, grave ou gigantomastia. (Quadro 2)

Quadro 2 – Classificação da Hipertrofia Mamária

Grau de Hipertrofia	Peso do tecido mamário removido
Grau I ou Leve	Até 500 gramas
Grau II ou Moderada	500 a 800 gramas
Grau III ou Grave	800 a 1000 gramas
Gigantomastia	Acima de 1000 gramas

Fonte: Revueltas (2002)

Quanto aos exames de imagem, aquelas com idade inferior a 35 anos, foi submetida a ultra-sonografia e aquelas com idade igual ou maior, a mamografia simples bilateral.

As pacientes que apresentaram alterações nos exames laboratoriais pré-operatórios foram encaminhadas para o tratamento e controle clínico específico para posterior orientação cirúrgica.

Aquelas que apresentaram classificação BI-RADS III ou IV, à mamografia ou ultra-sonografia das mamas, foram encaminhadas ao Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário da UFMA, para esclarecimento e posterior confirmação da benignidade da alteração identificada nestes exames de imagem, condição necessária para execução da correção cirúrgica da hipertrofia mamária.

Após a normalidade de todos os exames, foi aplicado o questionário “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*” (SF-36).

O SF-36 é composto por oito domínios (Quadro 3), e cada domínio é representado por um conjunto de perguntas e cada pergunta, permite um número finito de respostas, cada uma

das quais com um respectivo valor a elas atribuído, entre zero (pior estado de saúde) e 100 (melhor estado de saúde) (WARE et al., 1993) (Anexo B).

Quadro 3 – Domínios e respectivas perguntas do Instrumento de Qualidade de Vida SF-36

Domínios	Respectivas Perguntas	Total de perguntas
(1º) Funcionamento físico	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.	10
(2º) Limitações para realização de atividades físicas	13, 14, 15, 16	4
(3º) Limitações devido a problemas emocionais	17, 18, 19	3
(4º) Energia - Fadiga	23, 27, 29, 31	4
(5º) Bem estar emocional	24, 25, 26, 28, 30	5
(6º) Atividades sociais	20, 32	2
(7º) Dor	21, 22	2
(8º) Saúde geral	1, 2, 33, 34, 35, 36	5

3.5 Processamento e análise estatística dos dados

Para digitação, tabulação e processamento de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2002 e, a análise estatística foi efetuada com o programa *Stata Statistical Software: release 7.0. Stata Corporation, 2001.*

Inicialmente os dados foram submetidos a técnicas de estatística descritiva para análise exploratória expressos por gráficos e tabelas com frequência e porcentagens para todas as variáveis investigadas.

Posteriormente, para avaliar os dados das variáveis numéricas resultantes da aplicação questionário SF-36, foi aplicado o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, e avaliando a distribuição das variáveis “antes” e “depois” de 3 meses (90 ± 10 dias) e 6 meses (180 ± 10 dias) do procedimento cirúrgico, naquelas que apresentaram uma distribuição normal e não normal, foi aplicado, respectivamente, o teste t de Student pareado e o teste não paramétrico de Wilcoxon.

No cruzamento de algumas variáveis classificatórias foi feito o teste não-paramétrico de qui-quadrado de independência (χ^2). O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%, ou seja, considerou-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada com o Parecer Consubstanciado nº31/2008 (Anexo C) emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo nº33104-1276/2007.

4. RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes à amostra de 30 mulheres que contemplaram os critérios de seleção, não inclusão e exclusão da pesquisa.

Quanto aos dados das variáveis demográficas e socioeconômicas da amostra, observou-se que a maioria das mulheres encontrava-se entre 31 e 40 anos de idade (33%), tinham cor parda (70%), todas pelo menos iniciado o ensino médio (100%), apresentavam relação marital (80%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (67%) e não apresentavam atividade profissional remunerada (70%), no entanto exerciam a função de “dona de cada”. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição das pacientes submetidas a mastoplastia redutora de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. São Luís, Maranhão, 2009.

Variáveis	Pacientes n=30 f (%)
Idade (anos) *	
≤ 19	03 (10)
20 – 30	06 (20)
31 – 40	10 (33)
41 – 50	07 (23)
51 – 60	04 (13)
Cor *	
Branca	03 (10)
Parda	21 (70)
Preta	06 (20)
Escolaridade *	
Até o ensino fundamental	06 (20)
Até o ensino médio	24 (80)
Estado civil *	
Solteira/viúva	06 (20)
Casada/vida marital	24 (80)
Renda familiar *	
< 1 salário mínimo	10 (33)
≥ 1 e < 3 salários mínimos	20 (67)
Ocupação *	
Desempregada	03 (10)
Dona de casa	21 (70)
Estudante	06 (20)

* $p < 0,0001$

O peso médio de tecido mamário retirado durante o procedimento cirúrgico foi maior na mama esquerda com 557,9 gramas (220,0 - 900,0), valor que ao ser comparado com o da mama direita, com 551,0 gramas (230,0 - 950,0), não demonstrou apresentar uma diferença significativa. (Gráfico 1)

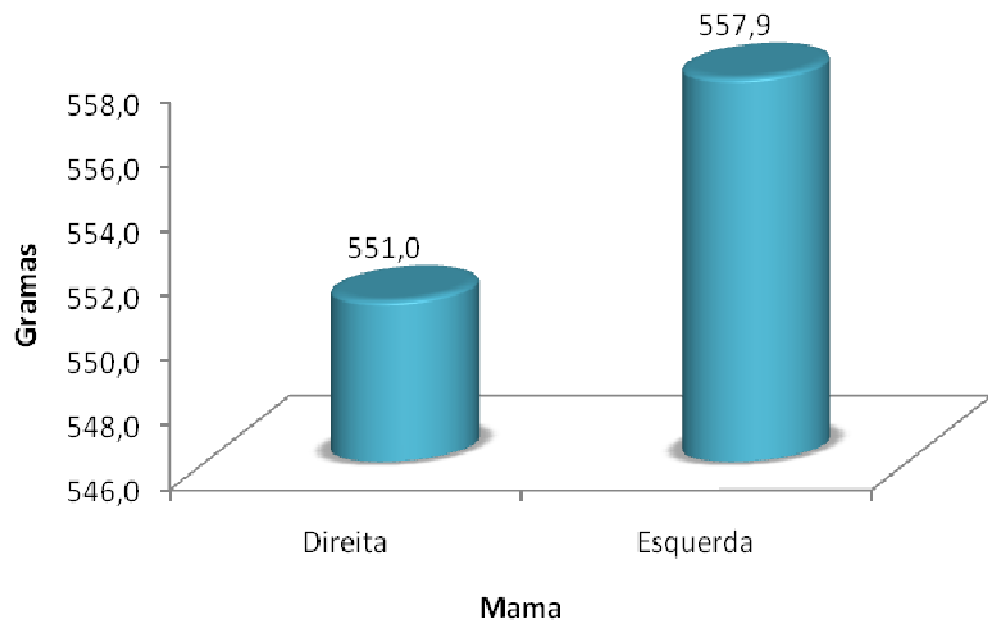


Gráfico 1- Peso médio dos tecidos mamários, direito e esquerdo, das pacientes submetidas a mastoplastia redutora. São Luís – MA, 2009.

Em relação ao valor médio do índice de massa corpórea (IMC) observou-se haver diferença significativa ($p < 0,05$) entre o valor observado antes (27,8) e após a cirurgia com 3 meses (26,8) e 6 meses (26,6). (Gráfico 2).

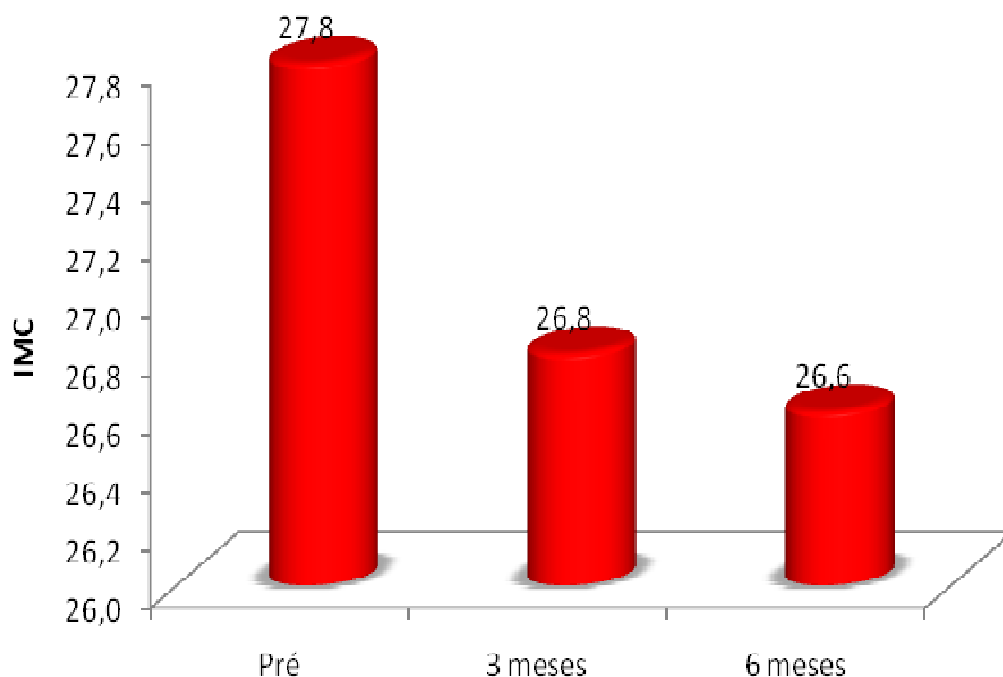


Gráfico 2- Média do IMC das pacientes submetidas a mastoplastia redutora nos três momentos do estudo. São Luís – MA, 2009.

Quando analisada a classificação da hipertrofia mamária, destacou-se a grave em 21 (70,0%) pacientes, seguida da moderada em 6 (20,0%) pacientes, gigantomastia em 2 (6,7%) e leve em 1 (3,3%) paciente.

Não houve associação significativa entre a classificação BIRADS e da hipertrofia mamária. A maioria das pacientes, 23 (77%) apresentou BIRADS I e 21 (70%) hipertrofia mamária grave. (Tabela 2)

Tabela 2– Correlação entre a classificação dos achados de imagem (mamografia ou ultra-sonografia) e a classificação de hipertrofia mamária nas pacientes submetidas a mamoplastia redutora. São Luís – MA, 2009.

Classificação BIRADS	Hipertrofia				Total f (%)	χ^2	p
	Leve f (%)	Moderada f (%)	Grave f (%)	Gigantomastia f (%)			
I	1	6	14	2	23 (77)	3.91	0.271
II	0	0	7	0	7 (23)		
					30		
Total	1 (3)	6 (20)	21 (70)	2 (7)	(100)		

No pré-operatório o escore total do instrumento de avaliação SF-36 foi de 1.235 pontos, enquanto que no pós-operatório com 3 e 6 meses foi de 3.372,5 e 3.500 pontos, respectivamente, resultado estatisticamente significativo ($p < 0,0001$). (Tabela 3)

Tabela 3– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore total do questionário SF-36, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Escore Total	Escore total	Valor do Z
Pré	1235	
3 meses	3.372.5	- 4,782
6 meses	3.500	- 4,782

Quanto ao resultado do escore obtido na análise dos oito domínios antes e após a mamoplastia redutora, com 3 meses e 6 meses, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre todos os domínios ($p < 0,0001$).

Quando analisado o escore da categoria *funcionamento físico*, identificou-se o valor de 37,5 pontos no pré-operatório, 90 pontos com 3 meses e de 100 pontos com 6 meses de pós-operatório ($p < 0,0001$). (Tabela 4)

Tabela 4– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *funcionamento físico*, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Funcionamento Físico	Mediana	Valor do Z
Pré	37.5	
3 meses	90	-4, 787
6 meses	100	-4, 788

Quanto ao escore da categoria *limitações para realização de atividades físicas*, encontrou-se o valor de 33,3 pontos no pré-operatório e no pós-operatório com 3 e 6 meses, os valores de 100 pontos, respectivamente ($p < 0,0001$). (Tabela 5)

Tabela 5– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *limitações para realização de atividades físicas*, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Limitações para realização de atividades físicas	Mediana	Valor do Z
Pré	0	
3 meses	100	- 4, 756
6 meses	100	- 4, 808

Em relação ao escore da categoria *limitação emocional*, observou-se no pré-operatório 33,3 pontos e igual pontuação com 3 e 6 meses de pós-operatório, no valor de 100 pontos, respectivamente ($p < 0,0001$). (Tabela 6)

Tabela 6– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *limitação emocional*, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Limitação emocional	Mediana	Valor do Z
Pré	33.3	
3 meses	100	- 4, 342
6 meses	100	- 4, 455

Considerando o escore categoria energia / fadiga, no pré-operatório observou-se o valor de 25 pontos e com 3 e 6 meses de pós-operatório, 95 e 100 pontos, respectivamente ($p < 0,0001$). (Tabela 7)

Tabela 7– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *energia / fadiga*, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Energia / fadiga	Mediana	Valor do Z
Pré	25	
3 meses	95	- 4, 709
6 meses	100	- 4, 791

Na análise do escore categoria bem estar emocional encontrou-se no pré-operatório, 40 pontos, com 3 e 6 meses de pós-operatório, 98 e 100 pontos, respectivamente ($p < 0,0001$). (Tabela 8)

Tabela 8– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *bem estar emocional*, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Bem-estar emocional	Mediana	Valor do Z
Pré	40	
3 meses	98	- 4, 786
6 meses	100	- 4, 788

No escore categoria atividade social foi observado no pré-operatório 37,5 pontos e no pós-operatório com 3 e 6 meses, idêntico valor de 100 pontos, respectivamente ($p<0,0001$). (Tabela 9)

Tabela 9– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *atividade social*, antes e com 3 e 6 meses de pós-operatório. São Luís – MA, 2009.

Atividade social	Mediana	Valor do Z
Pré	37.5	
3 meses	100	- 4, 477
6 meses	100	- 4, 492

O escore da categoria dor no pré-operatório foi de 22,5 pontos, com 3 e 6 meses de pós-operatório, encontrou-se o mesmo valor de 100 pontos, respectivamente ($p<0,0001$). (Tabela 10)

Tabela 10– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *dor*, antes da cirurgia (pré), com 3 e 6 meses depois. São Luís – MA, 2009.

Dor	Mediana	Valor do Z
Pré	22.5	
3 meses	100	- 4, 178
6 meses	100	- 4, 191

Quanto ao escore categoria saúde geral, encontrou-se no pré-operatório 35 pontos, com 3 meses de pós-operatório 95 pontos e com 6 meses, 100 pontos ($p < 0,0001$). (Tabela 11)

Tabela 11– Distribuição das pacientes submetidas a mamoplastia de acordo com o escore do domínio *saúde geral*, antes da cirurgia (pré), com 3 e 6 meses depois. São Luís – MA, 2009.

Saúde Geral	Mediana	Valor do Z
Pré	35	
3 meses	95	- 4, 785
6 meses	100	- 4, 788

5. CONCLUSÃO

Nesta amostra, as pacientes que apresentavam hipertrofia mamária bilateral com indicação clínica de mamoplastia redutora, a maioria caracterizou-se por estarem na 4ª década de vida, de cor parda, terem iniciado o ensino médio, com relação marital, renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e sem atividade profissional remunerada, manifestaram após o procedimento cirúrgico, melhora estatisticamente significantes ($p < 0,0001$) nos escores de qualidade de vida avaliados pelo instrumento SF-36 em todos os seus oito domínios, quer seja no pós-operatório de 3 ou 6 meses.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na rede pública conveniada pelo SUS, a demanda de pacientes que necessitam deste tratamento é muito grande. No Hospital Geral, cenário desta pesquisa, durante o período do estudo operou-se 43 pacientes e ficaram aguardando a cirurgia, mais de sessenta (60) mulheres.

A pouca oferta deste tratamento, na opinião destes autores, está diretamente relacionada à classificação da mastoplastia redutora como cirurgia estética, não só pelo SUS como por grande parte dos médicos, inclusive pelos cirurgiões.

Em conformidade com esta pesquisa e seus resultados, a correção, ou seja, o tratamento da hipertrofia mamária não é meramente estético, porque os critérios que fundamentam a elevação da QV das pacientes operadas fundamentam a recomendação que sua indicação esta diretamente relacionada com a saúde, portanto, deveria ser enquadrada, como uma doença-morbidade onde a cirurgia é o tratamento de eleição.

A pesquisa demonstra que a relevância social do tratamento é incomensurável, não só por dados (resultados estatísticos), mas também pela manifestação expressa do sentimento de felicidade das pacientes com a melhoria de sua auto-estima.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR). BI-RADS® – Mammography, Fourth Edition, 2003a. Assessment Categories. Disponível em: <http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/BIRADSAtlas/BIRADSAtlasexcerptedtext/BIRADSMammographyFourthEdition.aspx> Acesso em: 01 nov 2009.

_____. **BI-RADS® Atlas (excerpted text)**. BI-RADS® – Ultrasound, First Edition, 2003b. Disponível em: <http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/BIRADSAtlas/BIRADSAtlasexcerptedtext/BIRADSUltrasoundFirstEdition.aspx> Acesso em: 01 nov 2009b.

ARAÚJO, C.D.M.; GOMES, H.C.; VEIGA, D.C.; HOCHMAN, B.; FERNANDES, P.M.; NOVO, N.F.; FERREIRA, L.M. Influência da Hipertrofia Mamária na capacidade Funcional das Mulheres. **Rev Bras Reumatol**, 47(2):91-96, 2007.

BERGNER, M; BOBBITT, R.A; CARTER, W.B; GILSON, B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. **Med Care** 1981;19(8):787-805.

BOFF, R.A.; MIELE, L. Patologia Mamária na Infância e Adolescência. Cap. 61. 250-253 pg. In: Manual de Diagnóstico e Terapêutica em Mastologia. Boff, R.A.; Wisintainer, F; Amorim, G. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2007. 319 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2009**. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 01 nov 2009.

CICONELLI, R.M.. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". [Dissertação Doutorado] São Paulo - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo. 145 p. 1997.

FLECK, M.P.A (Coordenador). Versão em português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL), 1998, da Organização Mundial de Saúde - Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Projeto desenvolvido no Brasil pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html#sumario>. Acesso em 10 de outubro de 2009.

FREIRE, M.A.M.S. “Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária. [Dissertação Mestrado] São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo. 99 p. 2002.

GLATT, B.S; SARWER, D.B; O’HARA, D.E; HAMORI, C.; BUCKY, L.P.; LAROSSA, D. “A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammaplasty. *Plast Reconstr Surg*, 103(1):76-82, 1999

GOLDBAUM, M. Qualidade de Vida e Saúde: Além das Condições de Vida e Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1):19-31, 2000

- LINTON, R. *O homem – uma introdução à antropologia*. 11ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes. 1986, 485p
- MINAYO, C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1): 7-18. 2000.
- NETSCHER, D.T.; MEADE, R.A.; GOODMAN, G.M.; BREHM, B.J; FRIEDMAN, J.D.; THORNBLY, J. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. **Plast Reconstr Surg** 2000 Jun;105(7):2366-73.
- PIMENTA, F.A.P.; SIMIL, F.F.; TÔRRES, H.O.G.; AMARAL, C.F.S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T.O.; REZENDE, N.A. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54(1): 55-60.
- PITANGUY, I. Surgical treatment of breast hypertrophy. **Br J Plast Surg** 1967;20(1):78-85.
- PITANGUY, I; SALGADO, F.; RADWANSKI, H.N. Principles of reduction mammoplasty: Experience in the 38th Infirmary of the Santa Casa da Misericórdia of Rio de Janeiro. **Acta Medica Misericordiae** 1999; 2(2):72-79
- REVUELTA, M.B. Mamoplastia redutora com incisão mínima em j: uma alternativa ideal em el manejo de lãs gigantomastias. *Rev Colomb Cirurgia Plast Reconstrutiva* [serial on line] 2002;8:2 Acesso em 22 de novembro de 2009.
Disponível em: http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/R/Rev_cirurgiaV8-N2art-mamoplastia/art_mamoplastia2.htm
- RIBEIRO, S.F.M.; FERREIRA, M.C; JUNIOR P.T; BONAMICHI, G.T. “Aspectos de personalidade e motivações de pacientes para mastoplastia. *Rev Hosp Clin Fac Méd S Paulo*;47(6):290-294, 1992.
- 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*, 27(11):1935-1400, 1991.
- SILQUEIRA, S.M.F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos. [Doutorado] São Paulo - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. 117p. 2005
- SILVA, A.L.; FREIRE, M.A.S.; NETO, M.S.; GARCIA, E.B.; FERREIRA, L.M. Qualidade de vida após tratamento cirúrgico da assimetria mamária primária. *Scientia Medica*, 17(1): 9-13, 2007.
- SINDER, R. “História da mamoplastia redutora. In: Melega JM, editor. *Cirurgia plástica fundamentos e arte*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003, p.435-69.
- TAFURI, L. S. A; GOBBI, H. Hiperplasias epiteliais em espécimes de mamoplastia redutora estética bilateral e mamoplastia redutora contralateral a câncer de mama. *J Bras de Patol Med. Lab*, 41(2):135-141, 2005.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; MAGALHÃES, L.C.; SOUZA, A.C.; LIMA, M.C.; LIMA, R.C.M.; GOULART, F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública**, 20 (4): 905-914, 2004.

THOMA, A.; SPRAGUE, S.; VELTRI, K.; DUKU, E.; FURLONG, W. Methodology and measurement properties of health-related quality of life instruments: A prospective study of patients undergoing breast reduction surgery. **Health and Quality of Life Outcomes**, 3:44, 2005. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/3/1/44> . Acesso 10 out 2009.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. A 36-item short-form health survey. I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, Jun. 1992.

APÊNDICE

**APÊNDICE A – FICHA PROTOCOLO - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA
INITITULADA “IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA
QUALIDADE DE VIDA FÍSICA E EMOCIONAL”, do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Materno-Infantil – Mestrado Acadêmico**

Título da Pesquisa:

Número da ficha (NFICHA): _ _ _ _ _

Data da 1ª consulta (DATACONS): _ _ / _ _ / _ _

Identificação

Nome da paciente: _ _ _ _ _

Idade: _ _ _ _ _ Data nascimento: _ _ / _ _ / _ _

Endereço: _ _ _ _ _

Telefone: _ _ _ _ _

Cor (observada pelo pesquisador): () Branca () Preta () Parda () Amarela

() Indígena

Ocupação: () do Lar () Outras: _ _ _ _ _

Estado Civil: () Casada () Solteira () Divorciada () Viúva () Outros: : _ _ _ _ _

Escolaridade: Analfabeta () Fundamental () Médio () Superior () / Incompleto () Completo ()

Antecedentes Pessoais e Toco-Ginecológicos

Peso: (_ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ Kg) Menarca: _ _ _ _ _ anos

Altura: (01, _ _ _ _ _ m)

PA: _ _ _ _ _ X _ _ _ _ _ mmHg

Tabagista () Não () Cigarros/ semana

Gesta: _ _ _ _ _ Para: _ _ _ _ _ Abortos: _ _ _ _ _

Menopausa: Não () Sim () Tempo: _ _ _ _ _

Cirurgias anteriores: Não () Sim _____

História Familiar:

() Diabetes () Hipertensão () Alergias () Doenças Auto-imunes

() Câncer na Família: () Não () Mãe () Irmã () Filha () Ignorado

() Outras doenças: : _

Exame Físico:

Grau de Hipertrofia Mamária Estimada:

() Grau I ou Leve () Grau II ou Moderada () Grau III ou Grave

() Gigantomastia

Peso da mama retirado: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Resultado dos Exames Laboratoriais:

() Normal () Alterado: _

Resultado dos Exames de Imagem:

Mamografia (data:_____): () BI-RADS I () BI-RADS II () BI-RADS III

USonografia(data:_____): () BI-RADS I () BI-RADS II () BI-RADS III

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MESTRADO ACADÊMICO
MATERNO-INFANTIL

Título da Pesquisa: IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA QUALIDADE DE VIDA DAS PACIENTES

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA QUALIDADE DE VIDA DAS PACIENTES”, orientada pela professora Dr^a. Maria Bethânia C. Chein e executada pelo Dr. Ricardo da Rocha Porto, aluno do Curso de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil Mestrado da Universidade Federal do Maranhão.

A pesquisa vai ter como objetivo conhecer como Sra./você esta se sentindo por causa do tamanho grande de suas mamas e como você ficará, quando você tiver as suas mamas com tamanho diminuído após a cirurgia, que Sra./você em breve fará.

Para conhecer esses sentimentos, nós vamos precisar de sua ajuda para preencher um formulário com várias perguntas em 3 momentos diferentes. Uma antes da cirurgia, e as outras duas entrevistas, serão 3 e 6 meses após a cirurgia, essas entrevistas serão feitas sempre na mesma ocasião que a Sra./você deverá voltar ao médico que lhe operou para realizar a REVISÃO DA CIRURGIA.

Em cada entrevista nós iremos gastar cerca de 1 hora para poder melhor entender tudo que a Sra./você já passou de bom e ruim, que a Sra./você achar. Essa pesquisa e as perguntas que a Sra./você irá responder não irá oferecer/dar nenhum risco ou atrapalhar a OPERAÇÃO da Sra./você PARA DIMINUIR AS MAMAS e nem AS REVISÕES DA CIRURGIA.

Mesmo que a Sra./você não aceite participar desta pesquisa, a Sra./você receberá o tratamento da mesma maneira para CIRURGIA DAS MAMAS. Neste caso de não concordar em qualquer momento da entrevista a Sra./você, poderá retirar seu consentimento, autorização para responder as perguntas.

Sua identidade será preservada, mesmo que seus dados e fotos sejam utilizados em publicações de artigos ou em participações em eventos científicos. Você não receberá qualquer quantia em dinheiro e nem terá nenhuma despesa a mais para participar desta pesquisa.

Em caso de dúvida e maiores esclarecimentos, a Sra./você poderá entrar em contato com MARIA BETHÂNIA DA COSTA CHEIN E RICARDO DA ROCHA PORTO no endereço: Praça Gonçalves Dias nº 21, 2º andar Centro São Luís, telefone (98) 3231-7410 ou neste Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho.

Após ler o termo de consentimento, declaro concordar em participar da pesquisa.

São Luís, ____/____/____ _____

Participante

RICARDO R. PORTO

1ª Testemunha

2ª Testemunha

MARIA BETHÂNIA C. CHEIN.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UFMA

Rua Barão de Itapary nº 227, 4º andar telefone (98) 2109-1000

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Ayala Gurgel

ANEXO A



ANEXO A: Questionário SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) (SF-36)).

Título da Pesquisa:

IMPACTO DA MASTOPLASTIA REDUTORA NA QUALIDADE DE VIDA FÍSICA E EMOCIONAL

1º Domínio: SAÚDE GERAL

1. **Em geral, você diria que sua saúde é:** (faça um círculo em apenas uma das opções)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
Fraca	5

2. **Comparado há um ano atrás, como você avalia sua saúde agora?** (escolha e faça um círculo apenas em uma das opções)

Muito melhor do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor do que há um ano atrás	2
A mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior do que há um ano atrás	4
Muito pior do que há um ano atrás	5

2º Domínio: LIMITAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES

- Os itens abaixo estão relacionados a atividades típicas de um dia normal.
- Sua saúde, neste momento, a limita na realização dessas atividades? Se afirmativo, quanto? (faça um círculo em apenas uma das opções para cada atividade)

ATIVIDADES	SIM: Limita muito	SIM: Limita um pouco	NÃO: Não limita em nada
3. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes de alto impacto.	1	2	3
4. Atividades moderadas, tais como arrastar uma mesa, passar aspirador de pó, jogar boliche ou golfe.	1	2	3
5. Levantar e carregar sacolas de compras.	1	2	3
6. Subir vários lances de escada	1	2	3
7. Subir um lance de escada	1	2	3
8. Dobrar-se, ajoelhar-se ou curvar-se	1	2	3
9. Andar mais de 1 Km	1	2	3
10. Andar vários quarteirões	1	2	3
11. Andar um quarteirão	1	2	3
12. Tomar banho e vestir-se	1	2	3
Durante as <u>últimas 4 semanas</u> você apresentou algum dos problemas abaixo em seu dia-a-dia de trabalho ou de rotina <u>como causa de alguma problema de saúde?</u> (faça um círculo em apenas uma das opções para cada item)			
	Sim	Não	
13. Diminuiu a quantidade de tempo para a realização de suas tarefas profissionais ou outras atividades	1	2	
14. Realizou menos tarefas do que gostaria	1	2	
15. Você se sentiu limitado para a realização de seu trabalho ou outras atividades	1	2	
16. Teve dificuldade na realização de seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, precisou empreender mais esforço físico)	1	2	

3º Domínio: PROBLEMAS DE SAÚDE EMOCIONAL

Durante as últimas 4 semanas você apresentou algum dos seguintes problemas abaixo em seu trabalho ou outras atividades regulares como resultado de alguma problema emocional? (Como por exemplo, depressão ou ansiedade. Faça um círculo em apenas uma das opções em cada item)

ATIVIDADES	SIM:	NÃO:
17. Diminuiu a quantidade de tempo para a realização de suas tarefas profissionais ou outras atividades.	1	2
18. Realizou menos tarefas do que gostaria	1	2
19. Foi menos cautelosa e atenciosa em seu trabalho ou outras atividades	1	2

4º Domínio: ATIVIDADES SOCIAIS

20. Durante as últimas 4 semanas, como sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais com a família, amigos, vizinhos ou em grupo? (faça um círculo em apenas uma das opções)

De modo algum	1
Bem pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

5º Domínio: DOR

21. Você tem sentido dores no corpo durante as últimas 4 semanas? (faça um círculo em apenas uma das opções)

Nenhuma	1
Bem pouco	2
Suave	3
Moderado	4
Muito	5
Bastante	6

22. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu em suas atividades normais de trabalho e outras atividades? (faça um círculo em apenas uma das opções)

De modo algum	1
Bem pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

6º Domínio: ENERGIA E EMOÇÕES

As próximas questões se relacionam a suas emoções e como você tem se sentido nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor, dê apenas uma resposta que chegue mais perto do que você realmente vem sentindo. E por quanto tempo nas últimas 4 semanas. (faça um círculo em apenas uma das opções em cada pergunta)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Pouco tempo	Bem pouco tempo	Tempo algum
23. Você se sentiu bem disposta?	1	2	3	4	5	6
24. Tem andado nervosa?	1	2	3	4	5	6
25. Tem andado muito deprimida que nada a anima?	1	2	3	4	5	6
26. Tem se sentido calma e em paz?	1	2	3	4	5	6
27. Se sentiu com bastante energia?	1	2	3	4	5	6
28. Tem se sentido angustiada e triste.	1	2	3	4	5	6
29. Tem se sentido exausta?	1	2	3	4	5	6
30. Tem se sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
31. Tem se sentido cansada?	1	2	3	4	5	6

7º Domínio: ATIVIDADES SOCIAIS

32. Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo seu problema de saúde ou emocional interferiu em suas atividades sociais normais? (Por exemplo: visitar os amigos, parentes, etc. Faça um círculo em apenas uma das opções)

Todo o tempo	1
Na maior parte do tempo	2
Por algum tempo	3
Por pouco tempo	4
Não interferiu tempo algum	5

8º Domínio: SAÚDE FERAL

Escolha na escala abaixo, entre TOTALMENTE VERDADEIRO e TOTALMENTE FALSO, a opção que melhor se relaciona a você. (Faça um círculo em apenas uma das opções para cada item)

	Totalmente verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Não sei	Parcialmente falso	Totalmente falso
33. Parece que adoeço mais facilmente do que outras pessoas	1	2	3	4	5
34. Sou tão saudável quanto qualquer um que conheço	1	2	3	4	5
35. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
36. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B

ANEXO B: Cálculo do Escore do Questionário SF-36

Para o cálculo do Escore do Questionário SF-36, são necessários 3 etapas:

A 1ª etapa consiste na verificação dos valores obtidos por cada resposta, de acordo com a respectiva pergunta.

1ª ETAPA: Pontuação dos dados - Valor correspondente das respostas de acordo com a numeração das respectivas PERGUNTAS, para posterior pontuação:

NÚMERO DA PERGUNTA	RESPOSTA ORIGINAL	VALOR REGISTRADO
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0

Continuação da tabela

NÚMERO DA PERGUNTA	RESPOSTA ORIGINAL	VALOR REGISTRADO
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Na 2ª etapa, identifica-se o valor total de escore de acordo com cada domínio.

2ª ETAPA: Aferição dos itens para formar 8 CATEGORIAS FUNCIONAIS:

Cálculo do Raw Scale

CATEGORIAS	NÚMERO DE ITENS	APÓS REGISTRO DA TABELA 1 – AFERIR OS SEGUINTE ITENS
Funcionamento físico	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Limitações devido a problemas físicos	4	13, 14, 15, 16
Limitações devido a problemas emocionais	3	17, 18, 19
Energia/fadiga	4	23, 27, 29, 31
Bem estar emocional	5	24, 25, 26, 28, 30
Atividades sociais	2	20, 32
Dor	2	21, 22
Saúde geral	5	1, 33, 34, 35, 36

Por último, na 3ª etapa, realiza-se o cálculo por porcentagem de acordo com a escala de Raqw

3ª ETAPA: Cálculo dos Valores das CATEGORIAS FUNCIONAIS:

Todas as questões são calculadas em uma escala de 0 a 100, representando os níveis, mais baixo e o mais alto de funcionamento possível. Cálculos agregados são compilados como uma porcentagem do total de pontos possível, usando a tabela de cálculo de RAND (1ª Etapa).

Os valores das perguntas sobre cada área específica de saúde funcional (2ª Etapa) são então calculados juntos, para o cálculo final dentro de cada uma das 8 dimensões avaliadas (p. ex: dor, funcionamento físico, etc) de CATEGORIA FUNCIONAL.

EXEMPLOS:

(A) Para aferir o nível de energia/fadiga dos pacientes, some os resultados das questões 23, 27, 29 e 31. Se um paciente escolheu 4 na questão 23, 3 na 27, 3 na 29 e deixou 31 em branco, use a Tabela 1 (1ª etapa) para calcular.

(B) Uma resposta 4 para a questão 23 tem valor 40, uma resposta 3 para a questão 27 tem valor 60, e uma resposta 3 para a questão 29 tem valor 40. Questão 31 foi deixada em branco pela paciente. O resultado para este bloco é $40+60+40=140$. Então dividimos pelas 3 perguntas respondidas para chegar a uma média total de 46.7. Já que um resultado de 100 representa muita energia (sem fadiga alguma), um resultado menor de 46.7% sugere que o paciente está passando por uma perda de energia e está tendo alguma fadiga.

Todas as 8 CATEGORIAS são calculadas da mesma forma. O uso deste questionário no início ou durante o tratamento possibilita o monitoramento do progresso dos 8 parâmetros de CATEGORIA FUNCIONAL, mencionados na 2ª Etapa.

ANEXO C



**ANEXO C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética do Hospital
Universitário da Universidade Federal do Maranhão**

	Universidade Federal do Maranhão Hospital Universitário Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL Projeto de Pesquisa do Curso de Mestrado em Saúde Materno Infantil- UFMA	Nº. do Parecer: 31/2008 Nº do Protocolo: 33104-1276/2007 Data de Entrada no CEP: 20/08/2007 Data da Assembléia: 19/10/2007
--	---

I - Identificação:

Título do projeto:		
Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes.		
Identificação do Pesquisador Responsável:		
Maria Bethânia da Costa Chein		
Identificação da Equipe executora:		
Maria Bethânia da Costa Chein, Luciane Maria Oliveira Brito e Ricardo da Rocha Porto		
Instituição onde será realizado:		
Hospital Tarquinio Lopes Filho		
Área temática:	Multicêntrico:	Cooperação estrangeira:
III	NÃO	NÃO

II - Objetivos:

Avaliar o impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes submetidas à cirurgia redutora de mama.

III- Sumário do projeto:

Relevância do projeto: Social e científica.

Descrição e caracterização da amostra: Pacientes com diagnóstico clínico de hipertrofia mamária, entre 16 a 60 anos de idade, sem qualquer procedimento cirúrgico prévio nas mamas, selecionadas por demanda espontânea.

Crítérios de inclusão exclusão: Idade de 16 a 60 anos. Constar da lista de cirurgia programada do ambulatório de cirurgia plástica do HTLF excluídas aquelas com a classificação da BI-RADIS nas categorias IV, V ou VI.

Adequação da metodologia: estudo prospectivo analítico do tipo transversal em 3 momentos, adequada ao objetivo proposto.

IV- Comentários frente à resolução 196/96 CNS e complementares:

Estrutura do protocolo: Folha de rosto devidamente preenchida, currículos lattes anexados, autorização da CONEP, para apreciação do projeto pelo CEP do HUUFMA. Projeto com introdução, justificativa, objetivos, metodologia, custos, cronograma, referência, TCLE, ficha protocolo e formulário de avaliação da qualidade de vida.

Retorno de benefícios para o sujeito e/ ou comunidade: contribuir para a avaliação técnica da mastoplastia relacionada com a melhoria da qualidade de vida das pacientes e com a produção científica com os resultados encontrados no Estado do Maranhão.

Adequação do consentimento e forma de obtê-lo: redigido em linguagem clara necessitando complementar os dados do pesquisador responsável.

Informação adequada quanto ao financiamento: custos de responsabilidade dos pesquisadores.

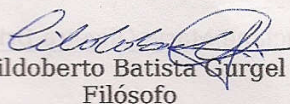
V - Parecer Consubstanciado do CEP:

Diante do exposto, o protocolo 33104-1276/2007, referente ao projeto Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes, pleiteado por Maria Bethânia da Costa Chein é considerado: **Aprovado**.

Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para **15/02/2008**, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD RO.

Obs: Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congresso, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a finalização da Pesqui.

São Luís, MA, 19 de outubro de 2007.



Wildoberto Batista Gurgel
Filósofo
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

7. 1º ARTIGO CIENTÍFICO

7.1 Nome do Periódico e Classificação QUALIS na área de MEDICINA II

- Nome do Periódico: **Revista da Associação Médica Brasileira** (1992. Impresso).
- Qualificação QUALIS na área de MEDICINA II: B3

7.2 Instruções aos Autores (Fonte: <http://www.ramb.org.br/>)

ESTILO E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

O trabalho deverá ser redigido em corpo 12, no máximo em 15 laudas de 30 linhas cada, espaço 1,5 linha, com margem de 3cm de cada lado, no topo e no pé de cada página. Todas as páginas, excetuando a do título, devem ser numeradas.

Página título

Deverá conter:

- a) O título do trabalho, também na versão em inglês, deverá ser conciso e não exceder 75 toques ou uma linha;
- b) A partir de 2009, os artigos a serem publicados deverão conter nome do autor, a instituição a qual pertence o autor;
- c) nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado;
- d) Carta de apresentação, contendo assinatura de todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, porém apenas um deve ser indicado como responsável pela troca de correspondência. Deve conter telefone, fax, e endereço para contato;
- e) Aspectos éticos - Carta dos autores revelando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que podem ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho. Na carta deve constar ainda, quando cabível, a data da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores.

Itens dos artigos

Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências.

Referências de "resultados não publicados" e "comunicação pessoal" devem aparecer, entre parênteses, seguindo o(s) nome(s) individual (is) no texto. Exemplo: Oliveira AC, Silva PA e Garden LC (resultados não publicados). O autor deve obter permissão para usar "comunicação pessoal".

Notas de rodapé devem ser inseridas só as estritamente necessárias; devendo ser assinaladas no texto e apresentadas em folha separada após a do resumo, com subtítulo nota de rodapé.

AGRADECIMENTOS

Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Devem vir antes das referências.

RESUMO/SUMMARY

O resumo, com no máximo 250 palavras, deverá conter objetivo, métodos, resultados e conclusões. Após o resumo deverão ser indicados, no máximo, seis Unitermos (recomenda-se o vocabulário estruturado "Decs-Descritores em Ciências da Saúde", publicação da Bireme - Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>). O Summary visa permitir a perfeita compreensão do artigo. Apresentado em folha separada, deve seguir o mesmo modelo do resumo: Background, Methods, Results, Conclusions. Deve ser seguido de Key words.

Artigos escritos em português devem conter dois resumos: um em português e outro em inglês (Summary). Artigos escritos em espanhol devem apresentar resumos em inglês (Summary) e em português. Os escritos em inglês devem conter resumo também em português.

ARTIGO DE REVISÃO, PRÁTICA CLÍNICA OU PONTO DE VISTA

Tais artigos, excluindo os de revisão sistemática, dispensam resumo e summary estruturados. Tamanho máximo: 15 páginas e três figuras, tabelas ou gráficos. A seção Ponto de Vista compreenderá assunto polêmico, de interesse geral, e obedecerá convite do editor.

REFERÊNCIAS

De acordo com o "Estilo Vancouver": International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: of the Writing and Editing for Biomedical Publication. Disponível em: <http://www.icmje.org>.

As referências devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação.

Devem ser citados todos os autores, quando até seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O título do periódico deverá ter seu nome abreviado de acordo com a LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS do ano corrente, disponível também on-line no site: www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html.

Exemplos:

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.
2. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med. 1996;124:980-3.
3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust. 1996;164:282-4.
4. Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.
5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

6. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

7. Leite DP. Padrão de prescrição para pacientes pediátricos hospitalizados: uma abordagem farmacoepidemiológica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Exemplo: Até em situações de normoglicemia⁶ ...

FIGURAS, TABELAS, GRÁFICOS, ANEXOS

No original deverão ser inseridos tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. Devem ser apresentados apenas quando necessários, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no máximo três.

a) As figuras, sempre em preto e branco, devem ser originais e de boa qualidade. Admitimos a inclusão de tabelas e figuras coloridas, mediante pagamento do valor equivalente ao custo de ½ página da revista. As letras e símbolos devem estar na legenda.

b) É permitida a inserção de no máximo duas imagens por figura. As legendas das figuras e tabelas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto.

c) Cada figura deverá conter o seu respectivo número e sua posição deverá ser indicada com seta. As tabelas deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto.

ABREVIACÕES/NOMENCLATURA

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no trabalho.

TERMINOLOGIA

Visando o emprego de termos oficiais aos trabalhos publicados, a Revista da Associação Médica Brasileira adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA). As indicações bibliográficas para consulta são as seguintes: FCAT - IFAA (1998) - International Anatomical Terminology - Stuttgart - Alemanha - Georg Thieme Verlag ou CTA-SBA (2001) - Terminologia Anatômica - S. Paulo - Editora Manole.

7.3 Artigo Científico

Inicia na página seguinte de acordo com as normas editoriais, já citadas.

Título: Mamoplastia redutora: uma questão de saúde

Autores

1. Ricardo da Rocha Porto
2. Maria Bethânia da Costa Chein
3. Luciane Maria Oliveira Brito
4. Luís Jorge Santos Matos Filho
5. Thaline da Costa Veloso
6. Rafaela Nunes Correia de Castro

(1) Mestre em Saúde Materno-Infantil pela UFMA

Coordenador do Curso de Medicina do Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Cirurgião Plástico do Hospital Tarquínio Lopes Filho

Membro Titulado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

(2) Professora Doutora Adjunta IV da UFMA

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da UFMA

(3) Professora Doutora Associada II da UFMA

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da UFMA

(4)(5)(6) Acadêmicos de medicina do Centro Universitário do Maranhão -UniCEUMA

Instituição onde o trabalho foi realizado: Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Praça Gonçalves Dias, nº 21, 2º andar, Centro São Luís. Maranhão



Universidade Federal do Maranhão
Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil



São Luís, 22 de novembro de 2010.

Ao Conselho Editorial da Revista da Associação Médica Brasileira
 Editor Chefe Dr. Bruno Caramelli (<http://www.ramb.org.br/>)

Prezado Editor,

Estamos enviando o Artigo “Mamoplastia redutora: uma questão de saúde”. Este artigo é resultado de pesquisa realizada para obtenção do Grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Esta pesquisa para seu início foi aprovada com o Parecer Consubstanciado nº31/2008 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo nº33104-1276/2007, também informamos que este trabalho não apresentou nenhum tipo de conflito de interesse, que pudesse ter influenciado os resultados ou o conteúdo do mesmo.

Declaramos que este manuscrito é inédito e que os autores abaixo se comprometem em ceder os direitos do referido trabalho à **Revista da Associação Médica Brasileira**.

Assinatura

1. Ricardo da Rocha Porto: _____
2. Maria Bethânia da Costa Chein: _____
3. Luciane Maria Oliveira Brito _____
4. Luís Jorge Santos Matos Filho _____
5. Thaline da Costa Veloso _____
6. Rafaela Nunes Correia de Castro _____

Pesquisadora responsável:

Maria Bethânia da Costa Chein

Praça Gonçalves Dias, nº 21, 2º andar. Centro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil (www.ppgmsmin.ufma.br). São Luís – Maranhão. CEP 65025-420

Telefax: (98) 3232-0286 ppgmsmin@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida (QV) das pacientes com hipertrofia mamária submetidas a mamoplastia redutora. **MÉTODOS:** Realizou-se estudo longitudinal, prospectivo e analítico com amostra não probabilística de 30 mulheres com diagnóstico clínico de hipertrofia mamária atendidas no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho em São Luís (MA-Brasil). A QV foi analisada por meio da aplicação do instrumento de avaliação de saúde genérica “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*” (SF-36) em três momentos: no pré-operatório, com 90 (± 10 dias) e 180 (± 10 dias) de pós-operatório. Nas variáveis numéricas foi aplicado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, e naquelas que tiveram a distribuição normal e não normal, foi aplicado respectivamente, o teste t de Student pareado e o não paramétrico de Wilcoxon. No cruzamento de algumas variáveis categóricas foi realizado o teste não-paramétrico de qui-quadrado de independência. Considerou-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Observou-se uma diferença significativa em todas as variáveis analisadas nas oito dimensões de qualidade de vida, tanto em relação à condição inicial de pré-operatório como as condições observadas, com 3 meses e 6 meses de pós-operatório.

CONCLUSÃO: Nesta amostra, as pacientes manifestaram após o procedimento cirúrgico, melhoria estatisticamente significantes ($p < 0,0001$) nos escores de QV avaliados pelo instrumento SF-36 em todos os seus oito domínios, quer seja no pós-operatório de 3 ou 6 meses.

Palavras-chave: Hipertrofia mamária. Qualidade de vida. Mamoplastia redutora.

SUMMARY

OBJECTIVES: - To evaluate the impact of reduction mammoplasty on quality of life physical and mental state of patients. **METHODS:** - 30 women with varying degrees of breast hypertrophy of an Ambulatory of Plastic Surgery at Tarquinio Lopes Filho Hospital in Sao Luis (MA-Brazil), were enrolled in a longitudinal prospective analysis. The patients underwent reduction mammoplasty and quality of life was analyzed by applying the instrument to evaluate general health "The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey" (SF-36) in three stages: pre- surgery, 90 ($\pm$ 10 days) and 180 ($\pm$ 10) days post-surgery. The data were analyzed using SPSS for Windows 16.0. It was applied in the numerical variables normality the test of Shapiro-Wilk, and for those who had a normal distribution; we applied the Student's t test. The variables that were not normal were made the nonparametric Wilcoxon test. At the crossroads of some categorical variables was made the nonparametric chi-square test of independence. It was considered as statistically significant a p value <0.05 . **RESULTS:** There was a significant difference in all variables of quality of life when compared to the initial condition (pre-surgery) with conditions after 90 and 180 days post-surgery. **CONCLUSION:** Patients undergoing mammoplasty showed improvements in quality of life, physical and emotional, in the post-surgery within 90 and 180 days.

Keywords: breast hypertrophy. Quality of life. Mammoplasty.

INTRODUÇÃO

A hipertrofia mamária (HM) caracteriza-se pela presença de mamas volumosas, desproporcionais ao biótipo da mulher, provocando alterações físicas e psicológicas, dificultando o convívio social e o sucesso interativo da mulher com o meio ¹.

Vários métodos podem ser utilizados para caracterizar a hipertrofia mamária: o tamanho do sutiã ^{2,3}, a relação de medidas obtidas entre o tórax e as próprias mamas ⁴ e a quantidade de tecido mamário removido durante o tratamento cirúrgico ⁵.

Associa-se a mastalgia, dorsalgia, dermatite nos sulcos infra-mamários, lesões na pele dos ombros pelas alças do sutiã e vícios de postura, além de comprometimento estético e psicológico ^{6,7}, acompanhados em algumas situações, de alterações respiratórias significativas ³.

Têm no procedimento cirúrgico o tratamento de eleição para reparação desta alteração anatômica de desenvolvimento ^{2,3,8-10}, pois além de prover uma redução volumétrica das mamas, promove uma harmonia entre a dimensão do tórax e o novo volume das mamas, auxiliando, portanto na reintegração da mulher ao meio social, resgatando a sua auto-estima e melhorando sua qualidade de vida (QV) ¹¹.

O interesse pelo estudo da QV é crescente em várias áreas das ciências. Seu conceito é subjetivo, polissêmico e dinâmico, expressa diversos significados em função das características individuais e coletivas, associa-se ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar ¹².

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural ¹². Neste contexto, a QV incorpora-se ao conceito de saúde e reflete à atenção oferecida dia-a-dia nos serviços assistenciais de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

O objetivo desse trabalho é avaliar e comparar a qualidade da vida das mulheres com hipertrofia mamária submetidas à mamoplastia redutora.

MÉTODOS

Realizou-se estudo longitudinal, prospectivo e analítico, em amostra não probabilística provenientes do ambulatório de cirurgia plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho em São Luís – MA. Das 43 mulheres selecionadas entre 18 e 60 anos de idade com diagnóstico clínico de HM, permaneceram 30 mulheres, pois 10 não foram incluídas pois apresentavam alguma dificuldade para entender o propósito da pesquisa, haviam cessado a amamentação ou realizado procedimento cirúrgico mamário em prazo inferior a 12 meses ou apresentaram diagnóstico no exame de imagem BIRADS V ou VI^{13,14} e 3 foram excluídas porque não compareceram as duas consultas de seguimento no pós-operatório.

A pesquisa foi aprovada e iniciada após a obtenção do Parecer Consubstanciado nº31/2008 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo nº33104-1276/2007.

A pesquisa consistiu de uma entrevista no pré-operatório e duas no pós-operatório, com três (90 ± 10 dias) e seis meses (180 ± 10 dias), respectivamente. Nestas ocasiões para avaliação da QV foi aplicado o questionário The Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form Health Survey (SF-36).¹³

Durante o exame físico, foi registrada a provável quantidade de tecido mamário a ser retirado classificando-a após o procedimento cirúrgico em leve ou grau I (com até 500 gramas); moderada ou grau II (de 500 a 800g); grave ou grau III (800 a 1000g) e gigantomastia (acima de 1000g)¹⁶.

As pacientes que apresentaram alterações nos exames laboratoriais pré-operatórios foram submetidas a tratamento e controle clínico específico para posterior orientação cirúrgica, aquelas com diagnóstico de imagem BI-RADS III ou IV, foram encaminhadas para esclarecimento das alterações e excluindo a natureza maligna da alteração, foi conduzida para a mamoplastia redutora.

Utilizou-se a estatística descritiva para análise exploratória dos dados. Nas variáveis numéricas aplicou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, e avaliando a distribuição das variáveis “antes” e “depois” do procedimento cirúrgico, aquelas que apresentaram distribuição normal e não normal, foi aplicado, respectivamente, o teste t de Student pareado e o teste não paramétrico de Wilcoxon. No cruzamento de algumas

variáveis categóricas foi utilizado o teste não-paramétrico de qui-quadrado de independência. Adotou-se o nível de significância com valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Quanto aos dados das variáveis demográficas e socioeconômicas da amostra, observou-se que a maioria das mulheres encontrava-se entre 31 e 40 anos de idade (33%), tinham cor parda (70%), todas pelo menos iniciaram o ensino médio (100%), tinham relação marital (80%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (67%) e não apresentavam (70%) atividade profissional remunerada. Cm

A diferença dos valores observados entre o peso médio de tecido mamário retirado da mama direita, com 551,0 g (230,0-950,0), e esquerda com 557,9 g (220,0-900,0), não demonstrou diferença estatisticamente significativa.

Em relação ao valor médio do índice de massa corpórea houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre o valor observado antes (27,8) e após a cirurgia com 3 meses (26,8) e 6 meses (26,6).

Dentre os tipos de HM destacou-se a grave (70%), não havendo associação significativa entre o tipo de HM e a classificação BIRADS.

No pré-operatório o escore total foi de 1.235 pontos, enquanto que no pós-operatório com 3 e 6 meses foi de 3.372,5 e 3.500 pontos, respectivamente, resultado estatisticamente significativo ($p < 0,0001$).

Quanto ao resultado do escore obtido na análise dos oito domínios do instrumento de avaliação SF-36, antes e após a mamoplastia redutora, com 3 meses e 6 meses, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre todos os domínios ($p < 0,0001$). (Quadro 1)

DISCUSSÃO

A HM é uma dismorfia do tecido mamário que leva a transtornos de ordem física e psíquica, proporcionais ao grau de hipertrofia mamária apresentada. Estes graus variam em função do peso das mamas⁷. A grande maioria dos procedimentos em cirurgia plástica são realizados por pura razão estética. Diferentemente destes procedimentos, a mamoplastia redutora além da razão estética, é principalmente

reparadora, resgatando a forma, o tamanho das mamas e melhorando os sintomas incompatíveis com uma boa QV^{9,17}.

Investigações sobre a QV nas pacientes submetidas a momoplastia redutora, com questionários validados no pré e pós-operatório, ajudam a obter dados estatísticos que mostram as motivações para a realização deste procedimento¹⁷.

Entre os instrumentos de avaliação mais utilizados para mensuração da qualidade de vida está o SF-36, como sendo sensível para avaliação do impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes⁹.

Pesquisas com metodologia similar entre as mulheres brasileiras^{18,19}, como nas residentes nos continentes norte-americanos ou europeu^{9, 20,21} a avaliação da QV após a mamoplastia redutora por hipertrofia mamária, apontam resultados estatisticamente significantes, reconhecendo o procedimento cirúrgico, independente do volume mamário retirado²⁰, estar indicado para uma promoção de melhoria na qualidade de vida e assim, por conseguinte de saúde.

A cirurgia reparadora caracteriza-se pela correção de estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anormalidades do desenvolvimento, trauma, infecção, tumores ou doenças adquiridas. Tem por finalidade melhorar a função ou aproximar a sua forma ou função da normalidade. Já os procedimentos cirúrgicos estéticos, são realizados com o intuito de melhorar a aparência. Considerando essas definições acima, a mamoplastia redutora quando indicada em mulheres com HM associadas a sintomatologia dolorosa, transtornos posturais e repercussões no sistema mioosteoarticular, deve ser considerada terapêutica para se atingir a qualidade de vida ligada a saúde²².

Os resultados aqui relatados demonstraram a alteração significativa na QV após a mamoplastia redutora, similar aos outros autores, independente da nacionalidade, cultura ou condição sócio-econômica^{7, 9,10,18,19,20,21}

A quantidade de pacientes na rede pública, que necessitam desta intervenção cirúrgica é muito grande e a oferta do tratamento é pequena nos serviços que prestam atendimento gratuito. No Hospital onde a pesquisa foi realizada, o procedimento foi realizado após muita insistência, pois no mesmo hospital o tratamento oncológico

cirúrgico para o câncer de mama também é realizado, e a demanda para este último ainda é maior.

Parece que a pouca oferta deste tratamento em hospitais públicos fica reservado a disponibilidade pessoal do profissional e não do serviço onde o mesmo está vinculado, outro fato associado a pouca prática deste procedimento nos serviços públicos é o falso conhecimento principalmente por quem não tem HM, de que a mastoplastia redutora é uma cirurgia estética. Este conceito errôneo é comum não só pelos profissionais de saúde bem como por muitos cirurgiões.

Em conformidade com os dados aqui relatados, o tratamento da HM não é meramente estético, é reparador, os resultados fundamentam que ocorre uma melhora significativa da QV das pacientes operadas, qualificando o procedimento como promotor da saúde destas pacientes.

A pesquisa demonstra que a relevância social do tratamento é incomensurável, não só por números estatísticos, mas também através do sentimento de felicidade das pacientes pela melhora da auto-estima.

CONCLUSÃO

Nesta amostra, as pacientes que apresentavam HM com indicação clínica de mamoplastia redutora, a maioria caracterizou-se por estarem na 4ª década de vida, terem cor parda, iniciado a escolaridade até o ensino médio, apresentarem relação marital, possuírem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e não terem atividade profissional remunerada. Todas, sem exceção, manifestaram após o procedimento cirúrgico, melhora estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) nos escores de QV avaliados pelo instrumento SF-36 em todos os seus oito domínios, quer seja no pós-operatório de 3 ou de 6 meses.

REFERÊNCIAS

1. Tafuri LSA, Gobbi H. Hiperplasias epiteliais em espécimes de mamoplastia redutora estética bilateral e mamoplastia redutora contralateral a câncer de mama. *J Bras de Patol Med. Lab*, 2005;41:135-41.
2. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967;20:78-85.
3. Pitanguy I, Salgado F, Radwanski H.N. Principles of reduction mammoplasty: Experience in the 38th Infirmary of the Santa Casa da Misericórdia of Rio de Janeiro. *Acta Medica Misericordiae* 1999; 2:72-9.
4. 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* 1991; 27:1395-1400.
5. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:76-82.
6. Netscher DT, Meade RA, Goodman GM, Brehm BJ, Friedman JD, Thornby J. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2366-73.
7. Araújo CDM, Gomes HC, Veiga DC, Hochman B, Fernandes PM, Novo NF, Ferreira LM. Influência da Hipertrofia Mamária na capacidade Funcional das Mulheres. *Rev Bras Reumatol* 2007;47:91-6.
8. Boff RA, Miele L. Patologia Mamária na Infância e Adolescência. In: Boff RA, Wisintainer F, Amorim G. *Manual de Diagnóstico e Terapêutica em Mastologia*. 1ª Ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda. 2007. p.250-53.
9. Blomqvist L, Eriksson A; Brandberg, Y. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:991-7.
10. Saariniemi KM, Keranen UH, Salminen-Peltola PK, Kuokkanen HO. Reduction mammoplasty is effective treatment according to two quality of life instruments. A prospective randomised clinical trial. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008; 61:1472-8.
11. Ribeiro SFM, Ferreira MC, Junior PT, Bonamichi GT. Aspectos de personalidade e motivações de pacientes para mastoplastia. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1992;47:290-4.
12. Minayo CS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva* 2000;5:7-18.

13.AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR). BI-RADS® – Mammography, Fourth Edition, 2003. Assessment Categories. [cited 2009 Nov 01] Available from: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/BIRADSAtlas/BIRADSAtlasexcerptedtext/BIRADSMammographyFourthEdition.aspx

14._____. BI-RADS® Atlas (excerpted text). BI-RADS® – Ultrasound, First Edition, 2003b. [cited 2009 Nov 01] Available from: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/BIRADSAtlas/BIRADSAtlasexcerptedtext/BIRADSUltrasoundFirstEdition.aspx

15.Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". [dissertação] São Paulo - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo. 145 p. 1997.

16.Revuelas MB. Mamoplastia redutora com incisión minima em j: uma alternativa ideal em el manejo de lãs gigantomastias. Rev Colomb Cirurgia Plast Reconstructiva [serial on line] 2002;8:2 [cited 2009 Nov 22] Available from: http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/R/Rev_cirurgiaV8-N2art-mamoplastia/art_mamoplastia2.htm

17.Jones SA, Bain JR. Review of data describing outcomes that are used to asses changes in quality of life after reduction mammaplastiy. Plast Reconstr Surg 2001; 108:62-7.

18.Abla LEF. Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina; 2002.

19. Mello, A.M. “Qualidade de vida e auto-estima em mamoplastia redutora”. [dissertação] São José do Rio Preto(SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2006.

20. Sector JA, Karp NS. Reduction mammaplasty: a significant improvement at any size. Plast Reconstr Surg. 2007;15;120:845-50.

21. Sector JA, Singh SP, Karp NS. Outcomes after breast reduction: does size really matter? Ann Plast Surg. 2008;60:505-9.

22. American Society of Plastic Surgeons (ASPS). ASPS Recommended Insurance Coverage Criteria for Third-Party Payers – Reduction Mammaplasty.1989. [cited 2009 Nov 22] Available from: <http://www.plasticsurgery.org/>

Quadro 1 – Distribuição da estatística dos oito domínios do instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36, no pré e pós-operatório de 3 e 6 meses. São Luís – MA, 2009.

Domínios	Mediana			Valor do Z	
	Pré	3 meses	6 meses	3 meses	6 meses
*Funcionamento Físico	37.5	90	100	- 4, 787	- 4, 788
*Limitações para realização de atividades físicas	0	100	100	- 4, 756	- 4, 808
*Limitação emocional	33.3	100	100	- 4, 342	- 4, 455
*Energia / fadiga	25	95	100	- 4, 709	- 4, 791
*Bem-estar emocional	40	98	100	- 4, 786	- 4, 788
*Atividade social	37.5	100	100	- 4, 477	- 4, 492
*Dor	22.5	100	100	- 4, 178	- 4, 191
*Saúde Geral	35	95	100	- 4, 785	- 4, 788

*** $p < 0,0001$**

8. 2º ARTIGO CIENTÍFICO

8.1 Nome do Periódico e sua classificação QUALI na área de MEDICINA II

- Nome do Periódico: Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)
- Qualificação QUALIS na área de MEDICINA II: B3

8.2 Instruções aos Autores (<http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>)

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

- 2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão

simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR. 3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

b) ClinicalTrials.gov ;

c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

d) Netherlands Trial Register (NTR);

e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR);

f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso

de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader[®]. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

8.3 Artigo

Inicia na página seguinte de acordo com as normas editoriais, já citadas anteriormente.

Título:

Mastoplastia redutora: uma questão de qualidade de vida

Autores

- (1)Ricardo da Rocha Porto
- (2)Maria Bethânia da Costa Chein
- (3)Luciane Maria Oliveira Brito
- (4)Luís Jorge Santos Matos Filho
- (5)Thaline da Costa Veloso
- (6)Rafaela Nunes Correia de Castro

- (1) Mestre em Saúde Materno-Infantil pela UFMA
Coordenador do Curso de Medicina do Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA
Cirurgião Plástico do Hospital Tarquínio Lopes Filho
Membro Titulado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
- (2) Professora Doutora Adjunta IV da UFMA
Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil (PPGMSMIN) da UFMA
- (3) Professora Doutora Associada II da UFMA
Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da UFMA
- (4)(5)(6) Acadêmicos de medicina do Centro Universitário do Maranhão -UniCEUMA

(1) Rua Josué Montelo nº 01, Renascença II – UNICEUMA. Coordenação do Curso de Medicina. Fone: 098-32144233 ricardoporto.ceuma@hotmail.com

Colaboração: Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada.

(2)(3) Praça Gonçalves Dias nº 21, 2º andar. PPGMSMIN. Fone: 098-32320286
ppgmsmin@yahoo.com.br ppgmsmin@ufma.br **colaboração:** Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Aprovação final da versão a ser publicada

(4) Fone: 098-3235-5015 Rua dos Currupções, quadra 1, Casa 23, Ponta do Farol, São Luís, MA. CEP:65075-140 luiz.luisjf@hotmail.com Colaboração: seleção e aplicação do questionário

(5) Rua dos abacateiros, quadra 2, casa 10, São Francisco, São Luís, MA. CEP:65000-000 FONE: 098-8414-9840 thalineveloso@hotmail.com Colaboração: seleção e aplicação do questionário

(6) Avenida dos Holandeses, Edifício Monet, Apartamento 802, Olho D'água, São Luís, MA. CEP: 65065-180 rafinha_nc@hotmail.com FONE: 098-3248-1956
Colaboração: seleção e aplicação do questionário



Universidade Federal do Maranhão
Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil



São Luís, 22 de novembro de 2010.

Ao Conselho Editorial do Periódico Cadernos de Saúde Pública on line

Prezado Editor,

Estamos enviando o Artigo “Mastoplastia redutora: uma questão de qualidade de vida”. Este artigo é resultado de pesquisa realizada para obtenção do Grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

A pesquisa iniciou após a liberação do Parecer Consubstanciado nº31/2008 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo nº33104-1276/2007, também informamos que este trabalho não apresentou nenhum tipo de conflito de interesse ou recebeu fontes de financiamento, que pudesse ter influenciado os resultados ou o conteúdo do mesmo,

Declaramos que este manuscrito é inédito e que os autores abaixo se comprometem em ceder os direitos do referido trabalho ao Periódico Cadernos de Saúde Pública on line.

- Ricardo da Rocha Porto: _____
- Maria Bethânia da Costa Chein: _____
- Luciane Maria Oliveira Brito _____
- Luís Jorge Santos Matos Filho _____
- Thaline da Costa Veloso _____
- Rafaela Nunes Correia de Castro _____

Pesquisadora responsável:

Maria Bethânia da Costa Chein

Praça Gonçalves Dias, nº 21, 2º andar. Centro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil (www.ppgmsmin.ufma.br). São Luís – Maranhão. CEP 65025-420
 Telefax: (98) 3232-0286 ppgmsmin@yahoo.com.br

RESUMO

Avaliar a qualidade de vida (QV) das mulheres com hipertrofia mamária (HM) submetidas a mastoplastia redutora. Realizou-se estudo longitudinal, prospectivo e analítico com amostra não probabilística de 30 mulheres com diagnóstico clínico de atendidas no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho em São Luís (MA). Para análise da QV foi aplicado o instrumento de avaliação de saúde genérica SF-36 antes da cirurgia e com 3 e 6 meses após a mesma. Utilizou-se a estatística descritiva para análise exploratória dos dados. Nas variáveis numéricas foi aplicado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, e para avaliar a distribuição normal e não normal das variáveis “antes” e “depois” da cirurgia, foi aplicado, respectivamente, o teste t de Student pareado e o teste não paramétrico de Wilcoxon. No cruzamento de algumas variáveis categóricas foi utilizado o teste não-paramétrico de qui-quadrado de independência. Adotou-se o nível de significância para $p < 0,05$. Nos resultados observou-se uma diferença significativa em todas as variáveis analisadas nas 8 dimensões de QV, tanto em relação à condição inicial de pré-operatório como no 3º e 6º mês de pós-operatório. Considerando os dados, a correção cirúrgica da HM resulta em melhora estatisticamente significativa a QV das mulheres, devendo assim ser considerada uma modalidade de tratamento com vistas à obtenção da saúde.

Palavras-chave: Hipertrofia mamária. Qualidade de vida. Mastoplastia redutora.

ABSTRACT

To assess the quality of life (QL) of women with breast hypertrophy (BH) undergoing reduction mammoplasty. Carried out a longitudinal prospective study with analytical and non-probability sample of 30 women with clinical diagnosis of BH of Ambulatory Plastic Surgery Hospital Tarquin Lopes Filho in São Luís (MA). For analysis of QL was applied health assessment instrument generic SF-36 before surgery and with 3 and 6 months after the same. We used descriptive statistics for exploratory data analysis. In the numerical variables was applied to test normality Shapiro-Wilk, and to assess the normal distribution and non-normal variables "before" and "after" surgery, were applied, respectively, t test for paired and nonparametric Wilcoxon. At the crossroads of some categorical variables was used the nonparametric chi-square test of independence. The adopted significance level of $p < 0.05$. The results showed a significant difference in all variables in the 8 dimensions of QL, both in the initial condition of pre-operative as in 3 and 6 months postoperatively. Considering the data, the surgical correction of BH results in statistically significant improvement in QL of women and should therefore be considered a treatment modality with a view to obtaining health.

Keywords: Breast hypertrophy. Quality of life. Mammoplasty. Reduction

INTRODUÇÃO

As mamas mais do que glândulas vinculadas à amamentação, são primordiais na expressão da feminilidade e sexualidade humana.

Dentre as alterações benignas que acometem as mamas, encontra-se a hipertrofia mamária (HM), definida pela presença de mamas volumosas, desproporcionais ao biótipo da mulher.

A HM vem nas últimas décadas sendo reconhecida como uma condição mórbida, reconhecida talvez pelas melhores condições de vida e acesso ao sistema de saúde principalmente em relação ao gênero feminino.

A morbidade é representada pela mastalgia, dorsalgia, dermatite nos sulcos infra-mamários, lesões na pele dos ombros pelas alças do sutiã e vícios de postura, além de comprometimento estético, funcional e psicológico ^{1,2} acompanhados em algumas situações, de alterações respiratórias significativas ³⁻⁵.

A mastalgia e a dorsalgia decorrem do peso exercido pelas mamas, levando ao estiramento cutâneo e à alteração do centro gravitacional da mulher, ocasionando uma maior solicitação dos músculos dorsais e peitorais, além de uma flexão anterior da coluna cervical. Quanto ao aspecto psicológico, este traz implicações sérias na auto-estima e na sexualidade ^{2,5}.

Vários métodos podem ser utilizados para caracterizar a HM: o tamanho do sutiã ^{5,6}, a relação de medidas obtidas entre o tórax e as próprias mamas ⁷, a quantidade de tecido mamário removido na cirurgia ⁸, e a intensidade da sintomatologia ⁹.

A mastoplastia redutora é o tratamento cirúrgico indicado nestes casos ^{5,10}, pois propicia uma redução volumétrica na busca de um equilíbrio entre o tamanho da “nova” mama e as dimensões torácicas, auxiliando na reintegração da mulher ao meio social, resgatando a sua auto-estima e a própria aceitabilidade. A técnica operatória deve estar pautada para além de promover uma redução volumétrica, deve deixar cicatrizes reduzidas e discretas, preservando a função e a sensibilidade mamária ⁵.

A terapêutica cirúrgica resulta em mudança na qualidade de vida (QV), já que com a evolução dos recursos técnicos operacionais da medicina contemporânea, principalmente na área da cirurgia plástica, tem influenciado as políticas e as práticas em saúde pública, desde o final da década anterior, apontando a QV como um indicador dos serviços de saúde prestados a população. Neste contexto, a QV da paciente

incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços assistenciais de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

Conceituar qualidade de vida é difícil, é um conceito dinâmico e polissêmico ¹¹, ou seja, adquire diversos sentidos ou expressam significados diferentes além de seu significado semântico.

A QV se associa ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural ¹¹.

A natureza abstrata e polissêmica do conceito de QV pode ser identificada pelos diversos domínios que se somam na expressão do seu significado, a saber: renda familiar, educação, alimentação, moradia, condições de saúde, respostas físicas para uma intervenção, re-hospitalizações, habilidades para conduzir sua vida diária e retorno ao trabalho, dentre outros ¹¹.

Na tentativa de mensurar, quantificar a QV, diversos instrumentos vem sendo utilizados, podem ser classificados em específicos e genéricos. Os específicos avaliam a QV subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas ¹¹, podem ser utilizados em populações gerais ou específicas, para avaliar diversos domínios aplicáveis as diferentes situações no espectro que vai da saúde à doença, como insuficiência renal, insuficiência cardíaca, população (aidéticos, tuberculosos, dializados). São de grande utilidade para avaliar resultados ou intervenções terapêuticas – ensaios clínicos ^{11,12}.

Os genéricos são aplicáveis em uma grande variedade de populações ou amostras, pois avaliam aspectos relacionados à função, disfunção e desconforto emocional e físico, assim podem ser aplicados em pessoas com algum tipo de alteração, patologia bem como indivíduos saudáveis ¹².

Os genéricos são mais apropriados para avaliação de incidência, prevalência, planejamento e avaliação do sistema de saúde ^{11,12}, também podem ser úteis nos diferentes aspectos da QV afetadas pelas condições de saúde ou doença, morbidade,

tratamento, em qualquer população para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde ¹².

Dentro os instrumentos específicos, destacam-se o Nottingham Health Profile – NHP (avalia pacientes com doenças crônicas)¹³, Sickness Impact Profile – SIP (sensível para detectar mudanças ou diferenças de saúde que ocorrem ao longo do tempo ou entre grupos) ¹⁴ e o Medical Outcomes Short-form Health Survey – SF-36 ^{12,15}.

Nesta pesquisa a opção pelo SF-36, baseou-se na sua validação para o português ¹⁵, ser de fácil compreensão e precisão, a entrevista durar pouco tempo, o que garante boa adesão e exequibilidade nas mais distintas condições de saúde, morbidade e doença ¹⁶⁻¹⁹.

A QV por poder ser avaliada sob diversas óticas, sem se afastar das necessidades humanas mais fundamentais, materiais e espirituais. Tendo no conceito de promoção da saúde o seu foco mais relevante, perpassa pela capacidade de viver sem doenças e de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade que podem resultar em exclusão e dependência.

Em busca da qualidade de vida ligada à saúde, pretende-se nesta pesquisa mensurar a qualidade de vida das mulheres submetidas a intervenção cirúrgica para correção da hipertrofia mamária com o instrumento SF-36.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se estudo longitudinal, prospectivo e analítico, em amostra não probabilística provenientes do ambulatório de cirurgia plástica do Hospital Tarquínio Lopes Filho em São Luís – MA. Das 43 mulheres selecionadas entre 18 e 60 anos de idade com diagnóstico clínico de HM, permaneceram 30 mulheres, pois 10 não foram incluídas, pois apresentavam alguma dificuldade para entender o propósito da pesquisa, haviam cessado a amamentação ou realizado procedimento cirúrgico mamário em prazo inferior a 12 meses ou apresentaram diagnóstico no exame de imagem BIRADS V ou VI ^{20,21} e 3 foram excluídas porque não compareceram as duas consultas de seguimento no pós-operatório.

A pesquisa foi aprovada e iniciada após a obtenção do Parecer Consubstanciado nº31/2008 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo nº33104-1276/2007.

A pesquisa consistiu de uma entrevista no pré-operatório e duas no pós-operatório, com três (90 ± 10 dias) e seis meses (180 ± 10 dias), respectivamente. Nestas ocasiões para avaliação da QV foi aplicado o questionário The Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form Health Survey (SF-36) ¹³.

Durante o exame físico, foi registrada a provável quantidade de tecido mamário a ser retirado classificando-a após o procedimento cirúrgico em leve ou grau I (com até 500 gramas); moderada ou grau II (de 500 a 800g); grave ou grau III (800 a 1000g) e gigantomastia (acima de 1000g) ¹⁴.

As pacientes que apresentaram alterações nos exames laboratoriais pré-operatórios foram submetidas a tratamento e controle clínico específico para posterior orientação cirúrgica, aquelas com diagnóstico de imagem BI-RADS III ou IV, foram encaminhadas para esclarecimento das alterações e excluindo a natureza maligna da alteração, foi conduzida para a mastoplastia redutora.

Utilizou-se a estatística descritiva para análise exploratória dos dados. Nas variáveis numéricas aplicou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, e avaliando a distribuição das variáveis “antes” e “depois” do procedimento cirúrgico, aquelas que apresentaram distribuição normal e não normal, foi aplicado, respectivamente, o teste t de Student pareado e o teste não paramétrico de Wilcoxon. No cruzamento de algumas variáveis categóricas foi utilizado o teste não-paramétrico de qui-quadrado de independência. Adotou-se o nível de significância com valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi representada por 30 mulheres submetidas a mastoplastia redutora, e que responderam o questionário SF-36 para avaliação da QV no pré-operatório e no pós-operatório com 3 e 6 meses, respectivamente.

Observou-se que a maioria das mulheres encontrava-se entre 31 e 40 anos de idade (33%), tinham cor parda (70%), todas pelo menos iniciaram o ensino médio (100%), tinham relação marital (80%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (67%) e não apresentavam (70%) atividade profissional remunerada.

A diferença dos valores observados entre o peso médio de tecido mamário retirado da mama direita, com 551,0 g (230,0-950,0), e esquerda com 557,9 g (220,0-900,0), não demonstrou diferença estatisticamente significativa.

Em relação ao valor médio do IMC houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre o valor observado antes (27,8) e após a cirurgia com 3 meses (26,8) e 6 meses (26,6).

Dentre os tipos de HM destacou-se a grave (70%), não havendo associação significativa entre o tipo de HM e a classificação BIRADS.

No pré-operatório o escore total foi de 1.235 pontos, enquanto que no pós-operatório com 3 e 6 meses foi de 3.372,5 e 3.500 pontos, respectivamente, resultado estatisticamente significativo ($p < 0,0001$).

Quanto ao resultado do escore obtido na análise dos oito domínios do instrumento de avaliação SF-36, antes e após a cirurgia, com 3 e 6 meses, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre todos os domínios ($p < 0,0001$). (Quadro 1)

Assim, conclui-se que nesta amostra, as pacientes que apresentavam HM com indicação clínica de mastoplastia redutora, manifestaram após o procedimento cirúrgico, melhoria estatisticamente significantes ($p < 0,0001$) nos escores de QV avaliados pelo instrumento SF-36 em todos os seus oito domínios, sugerindo assim que o tratamento da HM não é capricho ou simplesmente vaidade feminina, é antes de tudo uma busca para melhoria das condições de vida, traduzidas no conceito de QV ligado a saúde.

DISCUSSÃO

A HM é uma dismorfia do tecido mamário que leva a transtornos de ordem física e psíquica, proporcionais ao grau de hipertrofia mamária apresentada. Estes graus variam em função do peso das mamas². A grande maioria dos procedimentos em cirurgia plástica são realizados por pura razão estética. Diferentemente destes procedimentos, a mastoplastia redutora além da razão estética, é principalmente reparadora, resgatando a forma, o tamanho das mamas e melhorando os sintomas incompatíveis com uma boa QV^{22,23}.

Investigações sobre a QV nas pacientes submetidas a mastoplastia redutora, com questionários validados no pré e pós-operatório, ajudam a obter dados estatísticos que mostram as motivações para a realização deste procedimento²³.

Entre os instrumentos de avaliação mais utilizados para mensuração da qualidade de vida está o SF-36, como sendo sensível para avaliação do impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes²².

Pesquisas com metodologia similar entre as mulheres brasileiras ^{24,25}, como nas residentes nos continentes norte-americanos ou europeu ^{9,22,26}, a avaliação da QV após a mastoplastia redutora por hipertrofia mamária, apontam resultados estatisticamente significantes, reconhecendo o procedimento cirúrgico, independente do volume mamário retirado ²⁶, estar indicado para uma promoção de melhoria na qualidade de vida e assim, por conseguinte de saúde.

A cirurgia reparadora caracteriza-se pela correção de estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anormalidades do desenvolvimento, trauma, infecção, tumores ou doenças adquiridas. Tem por finalidade melhorar a função ou aproximar a sua forma ou função da normalidade. Já os procedimentos cirúrgicos estéticos, são realizados com o intuito de melhorar a aparência. Considerando essas definições acima, a mastoplastia redutora quando indicada em mulheres com HM associadas a sintomatologia dolorosa, transtornos posturais e repercussões no sistema mioosteoarticular, deve ser considerada terapêutica para se atingir a qualidade de vida ligada a saúde ²⁷.

Os resultados aqui relatados demonstraram a alteração significativa na QV após a mastoplastia redutora, similar aos outros autores, independente da nacionalidade, cultura ou condição sócio-econômica ^{7,9,10,15, 24-26}

Na rede pública conveniada pelo SUS, a demanda de pacientes que necessitam deste tratamento é muito grande, no Hospital onde a pesquisa foi realizada, quando atingido o tamanho amostral mínimo necessário, já estavam agendadas mais de 60 mamoplastias redutoras.

A pouca oferta deste tratamento, sugere ser decorrente á classificação da mastoplastia redutora como cirurgia estética, não só pelo SUS como por grande parte dos médicos, inclusive pelos cirurgiões.

Esses dados corroboram outros, onde conferem a importância que tem a incorporação da redução volumétrica das mamas como um procedimento que promove a saúde ao tratar a morbidade que é a hipertrofia mamária.

REFERÊNCIAS

- 1.Netscher, D.T.; Meade, R.A.; Goodman, G.M.; Brehm, B.J; Friedman, J.D.; Thornby, J. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. **Plast Reconstr Surg** 2000 Jun;105(7):2366-73.
- 2.Araújo, C.D.M.; Gomes, H.C.; Veiga, D.C.; Hochman, B.; Fernandes , P.M.; Novo, N.F.; Ferreira, L.M. Influência da Hipertrofia Mamária na capacidade Funcional das Mulheres. **Rev Bras Reumatol**, 47(2):91-96, 2007
- 3.FERNANDES, P.M.; SABINO NETO, M.; VEIGA, D.F., ABLA, L.E.F.; FERNANDES, P.M. Dores na coluna: Avaliação em pacientes com hipertrofia mamária. **Acta Ortop Bras** 15(4:227-230, 2007)
4. Sabino Neto, M.; Demattê, M.F.; Freire, M.; Garcia, E.B.; Quaresma, M., Ferreira, L.M. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. **Aesthet Surg J**. 2009 Mar-Apr;29(2):170.
- 5.Pitanguy, I; Salgado, F.; Radwanski, H.N. Principles of reduction mammoplasty: Experience in the 38th Infirmary of the Santa Casa da Misericórdia of Rio de Janeiro. **Acta Medica Misericordiae** 1999; 2(2):72-79
6. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967;20:78-85.
- 7 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* 1991; 27:1395-1400.
- 8.Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:76-82.
9. Sector JA, Singh SP, Karp NS. Outcomes after breast reduction: does size really matter? *Ann Plast Surg*. 2008;60:505-9.
- 10.Boff, R.A.; Miele, L. Patologia Mamária na Infância e Adolescência. Cap. 61. 250-253 pg. In: Manual de Diagnóstico e Terapêutica em Mastologia. Boff, R.A.; Wisintainer, F; Amorim, G. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2007. 319 p.
- 11.Minayo, C.S.; Hartz, Z.M.A.; Buss, P.M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, no.1, p.7-18.
- 12.SILQUEIRA, S.M.F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos. [Doutorado] São Paulo - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. 117p. 2005.

13. Teixeira-Salmela, L.F.; Magalhães, L.C.; Souza, A.C.; Lima, M.C.; Lima, R.C.M.; Goulart, F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública**, 20 (4): 905-914, 2004.
14. Bergner, M; Bobbitt, R.A; Carter, W.B; Gilson, B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. **Med Care** 1981;19(8):787-805.
15. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". [dissertação] São Paulo - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo. 145 p. 1997.
16. Freire, M.A.M.S. "Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária. [Dissertação Mestrado] São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo. 99 p. 2002.
17. Thoma, A.; Sprague, S.; Veltri, K.; Duku, E.; Furlong, W. Methodology and measurement properties of health-related quality of life instruments: A prospective study of patients undergoing breast reduction surgery. **Health and Quality of Life Outcomes**, 3:44, 2005. [cited 2009 Oct 10] Available from: <http://www.hqlo.com/content/3/1/44>
18. SILVA, A.L.; FREIRE, M.A.S.; NETO, M.S.; GARCIA, E.B.; FERREIRA, L.M. Qualidade de vida após tratamento cirúrgico da assimetria mamária primária. *Scientia Medica*, 17 (1): 9-13, 2007
19. PIMENTA, F.A.P.; SIMIL, F.F.; TÔRRES, H.O.G.; AMARAL, C.F.S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T.O.; REZENDE, N.A. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54(1): 55-60.
20. AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR). BI-RADS® – Mammography, Fourth Edition, 2003. Assessment Categories. [cited 2009 Nov 01] Available from: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/BIRADSAtlas/BIRADSAtlasexcerptedtext/BIRADSMammographyFourthEdition.aspx
21. _____. BI-RADS® Atlas (excerpted text). BI-RADS® – Ultrasound, First Edition, 2003b. [cited 2009 Nov 01] Available from: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/BIRADSAtlas/BIRADSAtlasexcerptedtext/BIRADSUltrasoundFirstEdition.aspx
22. Blomqvist L, Eriksson A, Brandberg Y. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:991-7.

23. Jones SA, Bain JR. Review of data describing outcomes that are used to assess changes in quality of life after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108:62-7.
24. Ablá LEF. Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina; 2002.
25. Mello, A.M. “Qualidade de vida e auto-estima em mamoplastia redutora”. [dissertação] São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2006.
26. Sector JA, Karp NS. Reduction mammoplasty: a significant improvement at any size. *Plast Reconstr Surg*. 2007;15;120:845-50.
27. American Society of Plastic Surgeons (ASPS). ASPS Recommended Insurance Coverage Criteria for Third-Party Payers – Reduction Mammoplasty. 1989. [cited 2009 Nov 22] Available from: <http://www.plasticsurgery.org/>
28. Saariniemi KM, Keranen UH, Salminen-Peltola PK, Kuokkanen HO. Reduction mammoplasty is effective treatment according to two quality of life instruments. A prospective randomised clinical trial. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008; 61:1472-8.

Quadro 1 – Distribuição da estatística dos oito domínios do instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36, no pré e pós-operatório de 3 e 6 meses. São Luís – MA, 2009.

Variável	Mediana	Z	p
Score Total			
Pré	1235		
3 meses	3372.5	-4,782	< 0,0001
6 meses	3500	-4,782	< 0,0001
Funcionamento Físico			
Pré	37.5		
3 meses	90	-4,787	< 0,0001
6 meses	100	-4,788	< 0,0001
Limitação Física			
Pré	0		
3 meses	100	-4,756	< 0,0001
6 meses	100	-4,808	< 0,0001
Limitação Emocional			
Pré	33.3		
3 meses	100	-4,342	< 0,0001
6 meses	100	-4,455	< 0,0001
Energia			
Pré	25		
3 meses	95	-4,709	< 0,0001
6 meses	100	-4,791	< 0,0001
Bem estar emocional			
Pré	40		
3 meses	98	-4,786	< 0,0001
6 meses	100	-4,788	< 0,0001
Atividade social			
Pré	37.5		
3 meses	100	-4,477	< 0,0001
6 meses	100	-4,492	< 0,0001
Dor			
Pré	22.5		
3 meses	100	-4,178	< 0,0001
6 meses	100	-4,191	< 0,0001
Saúde geral			
Pré	35		
3 meses	95	-4,785	< 0,0001
6 meses	100	-4,788	< 0,0001

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)