

Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama

Quality of life and self-esteem after mastectomy in patients who did or did not undergo breast reconstruction

VANESSA LACERDA ALVES
FURLAN¹

MIGUEL SABINO NETO²

LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA³

CARLOS JORGE ROCHA
OLIVEIRA⁴

ANA CLAUDIA DE LIMA⁵

BRUNA FURTADO DE OLINDA
RUIZ⁵

LYDIA MASAKO FERREIRA⁶

Trabalho realizado no
Hospital Pérola Byington,
São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 24/2/2013
Artigo aceito: 2/4/2013

RESUMO

Introdução: O número de casos de câncer de mama vem crescendo abruptamente na população brasileira. Portanto a qualidade de vida (QV) e a autoestima são pautas importantes quando o assunto é abordado, visto que a retirada da mama pode causar grande impacto tanto psicológico como físico. Entretanto, com o avanço de técnicas cirúrgicas, a reconstrução de mama já é prática constante até mesmo no Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, que recrutou 22 voluntárias, divididas em dois grupos, de acordo com a cirurgia realizada. O grupo 1 (n = 11) foi formado por mulheres mastectomizadas e o grupo 2 (n = 11), por mulheres pós-reconstrução da mama. As voluntárias dos dois grupos responderam aos questionários de Rosenberg UNIFESP/EPM, EORTC QLQ-C30 e EVA. **Resultados:** Os resultados sugerem que, em relação à qualidade de vida, quando se observa a função emocional, as voluntárias do grupo 1 apresentam pior média em relação ao grupo 2. Em relação à autoestima, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos; porém, quando considerada a idade, os resultados apresentam diferenças estatisticamente significantes. Quanto ao nível de dor, os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa. **Conclusões:** Os resultados obtidos revelam que mulheres que ainda não passaram pela reconstrução mamária possuem maior fragilidade emocional, porém novos estudos devem ser realizados para obtenção de valores estatisticamente mais relevantes.

Descritores: Neoplasias da mama. Mastectomia. Mama/cirurgia. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Background: The number of breast cancer cases has sharply increased in the Brazilian population. Therefore, quality of life (QOL) and self-esteem (SE) are major causes of concern since removal of the breast can have substantial psychological and physical impacts. With the advancement of surgical techniques, however, breast reconstruction has become a standard procedure, even in the Brazilian Public Health System. **Methods:** In this explora-

1. Especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade de São Paulo (USP) e Fisioterapia Dermatofuncional pela Universidade Gama Filho, fisioterapeuta, docente dos cursos de Graduação em Estética, Fisioterapia e Naturologia, supervisora de estágio do curso de Estética e Fisioterapia Dermatofuncional da Universidade Anhembi Morumbi (UAM), São Paulo, SP, Brasil.
2. Cirurgião plástico, doutor em Cirurgia Plástica Reparadora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), professor titular adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP), membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), São Paulo, SP, Brasil.
3. Cirurgião plástico, doutor em Cirurgia Plástica Reparadora pela EPM-UNIFESP, supervisor da Residência em Cirurgia Plástica da EPM-UNIFESP, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Doutorado em Biologia Molecular pela UNIFESP, professor e coordenador de pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da UAM, São Paulo, SP, Brasil.
5. Graduanda em Fisioterapia pela UAM, São Paulo, SP, Brasil.
6. Cirurgiã plástica, membro titular da SBCP, professora titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

tory qualitative study, 22 recruited volunteers were divided into 2 groups: Group 1 (n = 11) consisted of women who underwent mastectomy, whereas Group 2 (n = 11) comprised women who underwent mastectomy plus breast reconstruction. All subjects completed the Rosenberg Universidade Federal de Sao Paulo/Escola Paulista de Medicina, European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30, and Visual Analogue Scale questionnaires. **Results:** Group 1 subjects had a lower average emotional function than Group 2 subjects. No statistically significant difference between the two groups was observed in the SE; however, statistically significant differences were noted according to age. No differences in pain level were seen between groups. **Conclusions:** Women who did not undergo breast reconstruction were more emotionally fragile; however, further studies are required in an effort to obtain more statistically relevant values.

Keywords: Breast neoplasms. Mastectomy. Breast/surgery. Quality of life.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas são consideradas um problema de saúde pública em decorrência dos altos índices de morbidade e mortalidade apresentados mundialmente, em particular aos associados ao câncer de mama, e o número de casos registrados cresce abruptamente a cada ano^{1,2}.

Como consequência, nunca se falou tanto em saúde e bem-estar como no século XXI, em que homens e mulheres, com o avanço da idade, procuram a prevenção como solução de uma vida mais saudável e duradoura³. O câncer de mama tem ganho grande atenção da mídia, que ressalta a importância para o diagnóstico precoce por meio da divulgação do autoexame, estratégia de rastreamento em que a própria mulher pode detectar possíveis alterações, hábito que deve ser adotado durante toda a vida a partir da menarca, para conseguir detectar anormalidades precocemente. Porém, a estimativa de novos casos de câncer no Brasil em 2012/2013 era de 518.510, liderados pelo câncer de pele não-melanoma, com 42.305 casos, seguido do carcinoma de mama feminino, com 28.340 novos casos⁴.

O carcinoma de mama é causado pela multiplicação rápida e desordenada de células mamárias, geneticamente modificadas por um erro na multiplicação celular, e que podem atingir várias regiões da mama ou até mesmo migrar para outros tecidos corporais, tais como ossos, pulmões, pleuras, fígado e sistema nervoso central⁵. Na maioria das vezes, sua evolução é silenciosa, ou seja, o câncer de mama não possui sintomas que sinalizem seu aparecimento, aumentando ainda mais o índice de mortalidade por falta de diagnóstico precoce. Diante de qualquer suspeita, idade avançada ou histórico familiar deve-se procurar os serviços de saúde o quanto antes, para que o diagnóstico possa ser feito por meio de exame clínico, rastreamento mamográfico, ultrassonografia, punção aspirativa (material citológico ou histológico) ou biópsia⁶.

Quando o câncer de mama é diagnosticado, a paciente passará por uma combinação de tratamentos, que abrangem cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, além de possíveis tratamentos não-convencionais, para seu bem-estar físico e mental^{5,7}.

O que define quem desenvolverá o câncer de mama e quem não desenvolverá ainda não está claro no meio acadêmico, sendo impossível desvincular o câncer da qualidade de vida (QV) e da autoestima (AE). Muitas vezes, a não aceitação da doença acarretará danos psicológicos irreparáveis ou gravíssimos, particularmente entre as mulheres que passaram pela intervenção cirúrgica, deixando a mulher parcialmente ou totalmente sem a mama, estrutura que culturalmente faz parte de sua sensualidade e sexualidade⁸.

Quanto à QV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁷.

A escolha de temas como QV vem aumentando e se tornando instrumento de estudos, em decorrência do crescimento da população idosa no Brasil. Como consequência, a QV passa a ser o objetivo primário entre as pessoas que estejam em tratamento por alguma doença, como é o caso do câncer⁹.

Ao mesmo tempo, a AE em mulheres que passaram pelo tratamento cirúrgico do câncer de mama é um assunto delicado, pois, muitas vezes, será necessário intenso tratamento psicológico para o restabelecimento e aceitação de sua nova imagem corporal. Porém, com o avanço da medicina, a QV e a AE de mulheres que precisaram sofrer intervenção cirúrgica para retirada do tumor e, por consequência, da glândula mamária podem ser novamente alcançadas, visto que a reconstrução da mama é possível e amplamente realizada até mesmo pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰.

Levando em consideração a alta incidência e o impacto tanto do diagnóstico como do tratamento do câncer de mama na vida dessas mulheres, o presente estudo teve como meta analisar o abalo causado pela mastectomia e, posteriormente, pela reconstrução da mama na QV e na AE.

MÉTODO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pérola Byington.

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, sobre QV, AE e dor, que incluiu 22 voluntárias, após responderem ao questionário Mini Mental, para uma breve avaliação da função cognitiva. As pacientes tinham idade ≥ 30 anos e foram divididas em dois grupos, sendo o grupo 1 ($n = 11$) formado por voluntárias mastectomizadas e o grupo 2 ($n = 11$), por voluntárias pós-reconstrução da mama. Foram aplicados os questionários de Rosenberg UNIFESP/EPM, EORTC QLQ-C30 e Escala Visual Analógica (EVA).

A avaliação da elegibilidade para participação no estudo obedeceu a critérios assim definidos:

- inclusão – sexo feminino, tratadas cirurgicamente com mastectomia ou reconstrução mamária, com idade ≥ 30 anos;
- exclusão – foram excluídos do estudo homens e mulheres que passaram por cirurgia conservadora de mama, como setorectomia e quadrantectomia.

O procedimento estatístico foi baseado na análise descritiva e comparativa dos dados. Para a comparação de amostras diferentes, foi utilizado o teste *t* de Student independente, sendo comparadas as médias de um grupo às do outro. Os dados foram avaliados pelo programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows.

RESULTADOS

Participaram do estudo 22 voluntárias, com média de idade de $52 \pm 13,98$ anos, no grupo 1, e de $48,27 \pm 10,48$ anos, no grupo 2. Quanto ao grau de instrução, a maioria (45,5%) das pacientes do grupo 1 apresentou ensino fundamental completo, enquanto o grupo 2 foi composto, em sua maioria (45,5%), por voluntárias com ensino médio completo. Havia uma (9,1%) voluntária analfabeta no grupo 1, enquanto a única voluntária com ensino superior completo (9,1%) estava no grupo 2.

Quanto ao estado civil, os dois grupos eram compostos, em sua maioria, por mulheres casadas (72,7% e 45,5% para os grupos 1 e 2, respectivamente), e os dois grupos apresentavam mesma distribuição quanto ao número de voluntárias solteiras (18,2%) e viúvas (9,1%), com diferença apenas no

número de mulheres divorciadas, que representaram 27,2% do grupo 2.

No grupo 1, a cirurgia realizada com maior frequência foi a mastectomia radical de Halsted, correspondendo a 45,5%, seguida da mastectomia radical modificada de Patey (36,1%) e da mastectomia radical modificada de Madden (18,2%). No grupo 2, 18,2% das pacientes faziam uso de expansor tecidual, representando o início da reconstrução, e 27,3% já haviam sido submetidas a simetrização do complexo areolopapilar, que constitui o último estágio da reconstrução. Em uma das pacientes do grupo 2, foi constatada contratura capsular com retração da prótese. Dentre as cirurgias realizadas nesse grupo, a de maior prevalência foi a reconstrução com emprego de retalho musculocutâneo abdominal transverso de músculo reto do abdome (TRAM, do inglês *transverse rectus abdominis musculocutaneous flap*), realizada em 36,4% das pacientes, seguida da reconstrução com retalho do músculo grande dorsal (RGD), em 9,1%.

Em ambos os grupos, a mama comprometida de maior prevalência foi a esquerda, representando 63,6% dos casos no grupo 1 e 54,5 no grupo 2.

A Tabela 1 apresenta dados obtidos com a aplicação do questionário de AE de Rosenberg UNIFESP/EPM, demonstrando que o grupo 1 apresentou média de $6,81 \pm 6,19$ e o grupo 2, de $7,81 \pm 2,40$.

Em relação à AE, diferença estatisticamente significativa só foi observada quando correlacionado o fator idade e o questionário de Rosenberg UNIFESP/EPM, com prevalência de menor AE no grupo 1 com mulheres com idade < 50 anos, com média de $10,42 \pm 4,64$. A melhor AE dos dois grupos também se encontra no grupo 1, porém com mulheres com idade > 51 anos, com média de $0,50 \pm 1$. No grupo 2, o melhor índice de AE está presente nas mulheres com idade < 50 anos, com média de $6,85 \pm 2,26$, enquanto as mulheres do mesmo grupo com idade > 51 anos apresentaram média de $9,50 \pm 1,73$.

Quanto à análise do questionário de avaliação subjetiva da dor (EVA), os grupos não apresentaram diferença significativa (Tabela 2). Porém, quando comparamos o questionário de EVA em relação à idade, vemos que o maior índice de dor está presente nas mulheres com idade < 50 anos no grupo 1, com média de $3,17 \pm 2,59$, enquanto o maior índice de dor no grupo 2 é apresentado pelas mulheres com idade > 51 anos, com média de $3,90 \pm 3,45$.

Tabela 1 – Análise do questionário de Rosenberg UNIFESP/EPM de acordo com os grupos estudados.

Grupos	n	Média	Desvio padrão	Valor de P
Grupo 1	11	6,81	6,19	0,623
Grupo 2	11	7,81	2,40	

$P \leq 0,05$.

A análise do questionário EORTC QLQ-C30 (Tabela 3) para comparação da QV dos grupos 1 e 2 demonstrou que, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, exceto quanto à função emocional, o grupo 1 obteve menor índice geral quanto às escalas funcionais, incluindo função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva e função social. O grupo 1 apresentou seu pior índice no parâmetro função emocional ($56,81 \pm 33,29$ vs. $76,78 \pm 10,77$ nos grupos 1 e 2, respectivamente). Por outro lado, o melhor índice do grupo 1 estava presente no parâmetro função física, com $80,60 \pm 16,72$, comparativamente a $85,45 \pm 10,67$ no grupo 2. O pior desempenho do grupo 2 foi observado no parâmetro desempenho de papel, com média de $71,21 \pm 31,70$, enquanto o melhor desempenho estava presente no parâmetro função social, com média de $86,36 \pm 16,36$.

Quanto à análise das escalas de sintomas, incluindo fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia, a comparação entre os dois grupos também não apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

A Tabela 5 demonstra o desempenho dos grupos 1 e 2 de acordo com análise do EORTC QLQ-C30. Quanto à dificuldade financeira, o grupo 1 apresentou média de $39,39 \pm 38,92$, comparativamente a $30,30 \pm 31,46$ no grupo 2. Quanto ao

parâmetro estado geral de saúde/qualidade de vida, o grupo 1 obteve média de $77,27 \pm 18,66$ e o grupo 2, de $78,78 \pm 27,47$.

DISCUSSÃO

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁴, a idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos de idade, e após essa idade o aumento se torna mais lento.

O câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, tem ocupado um lugar de destaque, por estar relacionado com os maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se uma das grandes preocupações em saúde pública¹¹.

A mastectomia continua sendo o método mais utilizado para o tratamento do câncer de mama; além disso, a retirada da mama e os outros tratamentos necessários para a completa

Tabela 2 – Análise do questionário de EVA de acordo com os grupos estudados.

Grupos	n	Média	Desvio padrão	Valor de P
Grupo 1	11	2,55	2,53	0,993
Grupo 2	11	2,66	2,61	

$P \leq 0,05$.

Tabela 3 – Análise do EORTC QLQ-C30 de acordo com os grupos estudados – escalas funcionais.

	Grupos	Média	Desvio padrão	Valor de P
Função física	Grupo 1	80,60	16,72	0,427
	Grupo 2	85,45	10,67	
Desempenho de papel	Grupo 1	69,69	26,68	0,905
	Grupo 2	71,21	31,70	
Função emocional	Grupo 1	56,81	33,29	0,050*
	Grupo 2	76,78	10,77	
Função cognitiva	Grupo 1	69,69	22,13	0,685
	Grupo 2	74,24	29,21	
Função social	Grupo 1	77,27	30,97	0,400
	Grupo 2	86,36	16,36	

$P \leq 0,05$.

Tabela 4 – Análise do EORTC QLQ-C30 de acordo com os grupos estudados – escalas de sintomas.

	Grupos	Média	Desvio padrão	Valor de P
Fadiga	Grupo 1	19,19	22,27	1,000
	Grupo 2	19,19	14,13	
Náusea e vômito	Grupo 1	9,09	25,12	0,339
	Grupo 2	1,51	5,02	
Dor	Grupo 1	10,60	13,48	0,880
	Grupo 2	12,12	29,89	
Dispneia	Grupo 1	–	–	0,329
	Grupo 2	3,03	3,03	
Insônia	Grupo 1	51,51	31,13	0,244
	Grupo 2	33,33	39,44	
Perda de apetite	Grupo 1	9,09	30,15	0,534
	Grupo 2	3,03	10,05	
Constipação	Grupo 1	6,06	13,48	0,697
	Grupo 2	9,09	21,55	

$P \leq 0,05$.

Tabela 5 – Análise do EORTC QLQ-C30 de acordo com os grupos estudados.

	Grupos	Média	Desvio padrão	Valor de P
Dificuldades financeiras	Grupo 1	39,39	38,92	0,554
	Grupo 2	30,30	31,46	
Estado geral de saúde/qualidade de vida	Grupo 1	77,27	18,66	0,881
	Grupo 2	78,78	27,47	

$P \leq 0,05$.

eliminação das células cancerígenas favorecem o surgimento de complicações físicas e psicológicas, fatores que podem influenciar de forma nociva a QV e a AE dessas mulheres¹²⁻¹⁵.

Neste estudo, independentemente de as pacientes terem sido submetidas ou não a reconstrução imediata da mama, não foram encontradas diferenças com respeito à QV, exceto na função emocional, que foi estatisticamente inferior no grupo de mulheres mastectomizadas que ainda não haviam sido submetidas a reconstrução mamária. Esses resultados são condizentes com os obtidos por Freitas-Silva et al.¹⁶, que avaliaram a QV de mulheres submetidas a terapia conservadora da mama em comparação àquelas em que foi realizada mastectomia radical modificada com reconstrução imediata. Esses autores aplicaram outro instrumento para avaliação da QV, o *SF-36 Health Survey*, não encontrando diferenças entre as duas técnicas cirúrgicas quanto à QV.

Observou-se, também, neste estudo, que as pacientes mais jovens tiveram que abdicar de seu trabalho em decorrência do tratamento contra o câncer, o que lhes trouxe maiores dificuldades financeiras, porém sem diferença estatisticamente significativa. Esse aspecto foi reportado por Engel et al.¹⁷, em estudo realizado com 990 pacientes, demonstrando que quanto mais jovem a paciente maior sua preocupação com saúde, situação financeira e futuro, refletindo negativamente na QV. Ganz et al.¹⁸ avaliaram a QV de mulheres com câncer de mama por um período de 6 anos após o diagnóstico, entrevistando 577 mulheres de 30 anos a 61,6 anos de idade. Esses autores observaram que, nos aspectos físicos, mulheres mais jovens tinham melhores resultados, o que poderia estar associado às comorbidades das mulheres mais velhas. Já nos aspectos relacionados à vitalidade, sociais e emocionais, quanto mais jovem a mulher menores são os valores apresentados em suas respostas, denotando que quanto mais jovem a mulher maior é o impacto emocional na QV, resultados que corroboram os da presente pesquisa.

Para avaliar a AE, diversos autores utilizam o instrumento de Rosenberg. Em uma pesquisa para analisar a AE de 54 pacientes com idade entre 28 anos e 68 anos, portadoras de câncer de mama e tratadas cirurgicamente, verificou-se que a AE daquelas com idade entre 43 anos e 55 anos foi maior quando comparadas às mais jovens¹⁹. Esses resultados também são compatíveis com o presente estudo, com diferença estatisticamente significativa apenas no grupo de pacientes submetidas a mastectomia.

Quanto à interferência da dor na QV, neste estudo não foram identificados parâmetros que pudessem interferir na QV das voluntárias estudadas, porém Pancioni et al.¹ realizaram estudo com 19 mulheres que já haviam passado pela mastectomia há pelo menos 2 anos (26,5%), e que, independentemente do tempo de pós-cirúrgico, apresentavam dor miofascial.

É importante ressaltar que o presente trabalho apresentou pontos positivos e relevantes, principalmente quando

analisado cada item dos escores individualmente ou associado à idade. Contudo, o pequeno número de pacientes compromete a análise dos resultados obtidos, sendo necessária a realização de novas pesquisas com maior casuística, a fim de demonstrar de forma mais fidedigna o impacto do tratamento contra o câncer de mama e da reconstrução da mama na QV e na AE. A atuação da fisioterapia em oncologia ainda é muito recente e estudos científicos nessa área são escassos; dessa forma, o presente estudo também objetiva estimular a produção científica da fisioterapia oncológica e a formação de profissionais capacitados, para que seja proporcionada atenção mais integrativa a pacientes com câncer.

CONCLUSÕES

A função emocional, considerada um elemento fundamental para a QV e a AE, apresenta pior média no grupo de pacientes que haviam sido submetidas somente a mastectomia em relação ao grupo que passou pela reconstrução da mama, revelando que mulheres que ainda não passaram pela reconstrução mamária possuem maior fragilidade emocional.

REFERÊNCIAS

- Pancioni GC, Broek KNB, Mendes BC, Tachibana VM, Urias GS, Pereira RS, et al. Efeito da terapia manual em pacientes mastectomizadas com dor nos músculos da cintura escapular e cervical. *Ter Man*. 2010;38(8):305-13.
- Medeiros MC, Veiga DF, Sabino Neto M, Abila LE, Juliano Y, Ferreira LM. Depression and conservative surgery for breast cancer. *Clinics*. 2010;65(12):1291-4.
- Vigarello G. História da beleza. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.
- Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil; 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>.
- Cardozo CT, Abud MCC, Matheus JPC. Atuação fisioterapêutica na reabilitação de pacientes mastectomizadas. *Prática Hospitalar*. 2008;X(60):139-44.
- Rosmaninho A, Velho G, Caetano M, Selores M. Breast cancer: 2 case reports. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):123-6.
- Almeida RA. Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista SBPH*. 2006;9(2):99-113.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
- Ramos AS, Patrão I. Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*. 2005;23(3):295-304.
- Pereira CMA, Vieira EORY, Alcântara PSM. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(2):143-8.
- Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2010;32(12):602-8.

13. Patrão I, Leal I. Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psic, Saúde & Doenças*. 2004;5(1):53-73.
14. Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, et al. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg*. 2004;57(3):252-7.
15. Kokuba EM, Sabino Neto M, Garcia EB, Bastos EM, Aihara AY, Ferreira LM. Functional capacity after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008;61(11):1394-6.
16. Freitas-Silva R, Conde DM, Freitas-Júnior R, Martinez EZ. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Clinics*. 2010;65(8):781-7.
17. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-31.
18. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol*. 2003;21(22):4184-93.
19. Manos D, Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, de la Torre A. Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*. 2005;2(1):103-16.

Correspondência para:

Vanessa Lacerda Alves Furlan
Rua Hélio Manzoni, 338 – ap. 1.202 – Gopouva – Guarulhos, SP, Brasil – CEP 07092-070
E-mail: vanessa.lacerda@yahoo.com.br