

## DEFINIÇÃO DE EUTROFIA MAMÁRIA PARA MULHERES NA MENACMA

Angelo do Carmo Silva Matthes<sup>1</sup>

Renata Barrenha Sgrignoli<sup>2</sup>

*A definição de mamas normais ainda não está bem estabelecida e este estudo teve como objetivo defini-las como tal, a partir de medidas antropométricas, correlacionando-as com a avaliação subjetiva de satisfação ou insatisfação; sendo que mamas normais seriam aquelas de mulheres que se consideram satisfeitas. Foram entrevistadas 225 mulheres que tiveram medidas antropométricas realizadas em suas mamas. Formou-se dois grupos: 146 (57%) de satisfeitas e 109 (42,7%) de insatisfeitas. Dessas, 66% tinham a distância do mamilo à prega inframamária (segmento AM) com valor negativo e a distância da fúrcula esternal ao mamilo (segmento FM) foi superior a 24cm em 73%. O ângulo (abertura do braço em relação ao tórax) inferior ou igual a 90° correspondeu a 84% das satisfeitas. Concluiu-se que os melhores parâmetros para definir normalidade da mama, baseados no grau de satisfação, é a medida FM menor que 25cm, medida AM positiva e o ângulo do braço no máximo de 90°.*

**DESCRITORES:** mama; satisfação pessoal; imagem corporal

## DEFINITION OF MAMMARY EUTROPHY FOR WOMEN IN THE MENACME

*The definition of normal breasts is not well established yet. This study aimed to identify this condition using anthropometric measures, correlating them with the subjective evaluation of satisfaction or dissatisfaction. Normal breasts are assumed to be breasts of women who consider themselves satisfied with their breasts. Data were collected through interviews with 255 women who had anthropometric measures taken from their breasts. Subjects were divided into two groups, 146 (57%) women were satisfied and 109 (42.7%) dissatisfied. Of these, 66% had a negative nipple-to-inframammary fold distance (AM section) and, in 73% of patients, the distance from the sternal manubrium to the nipple (FM section) was greater than 24 cm. Among satisfied subjects, 84% had angles (arm-thorax opening) of less than or equal to 90°. It was concluded that the best parameters to define breast normality, based on the degree of satisfaction, is FM measure shorter than 25cm, positive AM measure and a maximum 90° arm angle.*

**DESCRIPTORS:** breast; personal satisfaction; body image

## DEFINICIÓN DE SENOS NORMALES PARA MUJERES EN MENACME

*La definición de senos normales todavía no está bien establecida; este presente estudio tuvo como objetivo definirla a partir de medidas antropométricas, correlacionando esas medidas con la evaluación subjetiva de la satisfacción de las mujeres; así, los senos normales serían de aquellas mujeres que se consideran satisfechas. Se utilizó un cuestionario construido por las autoras para entrevistar a 255 mujeres. Se formaron dos grupos: uno de 146 (57%) satisfechas y otro de 109 (42.7%) insatisfechas. Entre estas, (66%) la distancia del pezón al pliegue inframamario (segmento AM) tenía un valor negativo y la distancia de la fúrcula esternal al pezón (segmento FM) fue superior a 24 centímetros. El ángulo (abertura del brazo en relación al tórax) era inferior o igual a 90°, y correspondió a 84% de las mujeres satisfechas. Se concluyó que los mejores parámetros para definir la normalidad del seno, basados en el grado de satisfacción, son: la medida FM menor que 25 cm., la medida AM positiva y el ángulo del brazo con un máximo de 90°.*

**DESCRIPTORES:** mama; satisfacción personal; imagen corporal

## INTRODUÇÃO

As mamas representam a feminilidade da mulher e qualquer alteração modifica a auto-estima e muda o perfil corporal que as mulheres têm de seu corpo, e a ausência ou a perda de partes da mama acarretam transtornos psíquico-sociais que pioram a qualidade de vida dessas mulheres<sup>(1)</sup>.

A mastectomia é um dos tratamentos a que a maioria das mulheres com câncer de mama é submetida, e os resultados poderão gerar comprometimento físico, emocional e social. A mutilação, dela decorrente, favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Como a mulher percebe e lida com essa nova imagem, como isso afeta a sua existência apresentam-se como forma de inquietações para os profissionais que se propõem prestar assistência integral<sup>(2)</sup> e que, muitas vezes, não têm a percepção de que a imagem corporal formada ao longo da existência da vida da mulher já está distorcida pela forma, tamanho e assimetria, ocorridas pelo desenvolvimento anormal que a natureza lhe proporcionou, acarretando-lhe grande sofrimento e verdadeira doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define muito bem que saúde é o bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não a ausência de doença<sup>(3)</sup>.

Uma mulher que sofre porque tem mamas grandes ou tem mamas muito pequenas certamente não tem saúde no conceito da OMS e necessita de atenção para devolver essa condição. Vale a pena lembrar que no CID-10, Classificação Internacional das Doenças, encontra-se os CIDs N64.2 e N62 para classificar a atrofia de mama e hipertrofia de mama, respectivamente, agrupadas no subgrupo de doenças das mamas<sup>(4)</sup> e, paradoxalmente, depara-se com peritos de planos de saúde que, diante de uma dessas condições, não entendem como doença e classificam a correção cirúrgica como estética<sup>(5)</sup> e não reparadora<sup>(6)</sup>.

Em determinadas situações, algumas mulheres não têm suas mamas desenvolvidas por alteração genética, como na Síndrome de Poland, ou por alteração hormonal, e a ausência ou a presença de mamas rudimentares levam à denominação de "mulher tábua" a essas mulheres, o que certamente propicia o desenvolvimento de baixa estima e distorção de sua imagem corporal, portanto, sem

saúde, e essas mulheres devem ser alvo de atenção dos profissionais da saúde, merecedoras de reparação de suas mamas, por meio de prótese para aumento ou correção de simetria<sup>(7)</sup>.

Não se encontra, na literatura atual, parâmetros que definem o que é uma mama normal ou mama alterada. Mas o que é, realmente, uma mama normal?

A resposta está na própria paciente. A mulher que está satisfeita com sua mama, sem baixa estima ou alteração psicossocial, tem a sua mama normal independente da forma, volume ou posição do complexo auréolo-mamilar<sup>(8)</sup>. Para todas as outras mulheres que têm nas mamas um problema de saúde as têm como mamas anormais e necessitam de reconstrução para resgatar a sua auto-estima<sup>(9)</sup>. É importante conhecer as mamas, que tornam as pacientes satisfeitas, e, portanto, defini-las como mamas normais, para poder se ter base científica para ajudar as pacientes insatisfeitas com suas mamas. Há necessidade de se conceituar e normatizar as cirurgias plásticas de mamas para reparar a grande injustiça a que estão submetidas muitas mulheres que necessitam de cirurgias de mama e que, excluídas dos planos de saúde e do sistema único (SUS) à custa de que determinadas cirurgias, verdadeiramente reparadoras, estão denominadas estéticas e, por isso, não cobertas ou beneficiadas pelos serviços de atenção à saúde das mulheres<sup>(10)</sup>.

## OBJETIVO

Verificar quais medidas antropométricas da mama, que trazem mais satisfação para a maioria das mulheres, definindo um padrão de normalidade para justificar, frente a convênios médicos e SUS, a necessidade de cirurgia corretiva para as pacientes insatisfeitas com suas mamas, para melhorar sua qualidade de vida, propiciando saúde.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Barão de Mauá, protocolo número 113/2005.

Pacientes: no período de novembro de 2005 a 31 de agosto de 2006, foram entrevistadas e examinadas 255 mulheres que freqüentam o Centro

Universitário Barão de Mauá (CBM), em todas as suas dependências, na faixa etária de 20 a 50 anos, na menacma, que assinaram consentimento pós-informado.

Critérios de inclusão: mulheres na menacma acima de 18 anos e abaixo de 50 anos e sem cirurgias prévias nas mamas.

Método: as mulheres foram contactadas nas dependências do Centro Universitário Barão de Mauá (CBM) e informadas sobre a pesquisa. Após assinarem o consentimento pós-informado, responderam questionário, elaborado pelos autores, que continha informações sobre a idade, a paridade, a condição de lactação e a avaliação subjetiva de satisfação ou insatisfação com as mamas.

As mulheres foram submetidas a exame por um examinador em sala previamente estabelecida nas dependências do CBM, na posição anatômica em pé, com os braços paralelos ao tórax. O examinador registrou em ficha própria, com fita métrica, as medidas: FM - distância da fúrcula ao mamilo, AM - distância do ponto A ao ponto M. O ponto A é o cruzamento de uma linha imaginária partindo do centro da clavícula, passando pelo vértice da mama com o da prega inframamária, que forma um segmento AM, que mede 0cm, quando o ponto A se sobrepõe ao ponto M<sup>(11-13)</sup>, será positivo se o ponto M estiver acima do ponto A e negativo se abaixo, conforme se verifica na marcação das ordenadas e abscissas.

Também se investigou o ângulo do braço em relação ao tórax (Figura 1), quando se colocou o lápis na prega inframamária e foi solicitado que a paciente elevasse os braços, portanto, fazendo ângulo com o corpo, variando de 0° junto ao corpo a 180°, quando os braços estão acima do tórax, paralelos à cabeça da paciente.

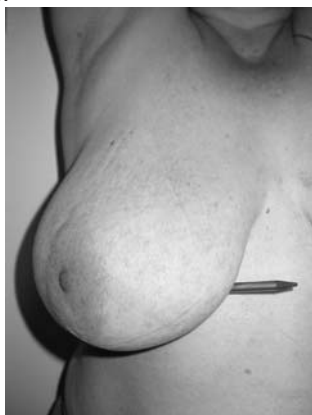


Figura 1 - Ângulo do braço em relação ao tórax, em que, com abertura total, ângulo de 180°, a mama segura o lápis, colocado na prega inframamária

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram analisados estatisticamente pelo teste do  $k^2$  e pelo sistema de computação de dados Graph Pad e Prism, bem como, para a análise estatística inferencial dos resultados, usou-se o *software* Statistics Toolbox Software Versão 5.3 (R2006b). Também, para o estudo do efeito das variáveis independentes, aplicou-se a análise de variância. Quando atendidas as condições de distribuição normal dos dados, homogeneidade da variância e independência dos dados, foi aplicada a ANOVA, e quando não foram atendidas as condições, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, que mostrou ser significativo.

## RESULTADOS

Foram examinadas 255 mulheres e, dessas, 146 (57%) estavam satisfeitas com as suas mamas, sendo que 130 (89%) estavam muito satisfeitas e somente 16 (11%) estavam pouco satisfeitas e 109 (43%) estavam insatisfeitas, sendo que, dessas, 62 (57%) tinham as mamas pequenas e 47 (43%) mamas grandes, o que representou quase 20% da população estudada. A idade variou de 18 a 50 anos e todas estavam na menacma. A satisfação com as mamas em relação à idade está mostrada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de pacientes conforme a idade e condição de satisfação com as mamas, se pequenas ou grandes

Idade	Satisfeita	Insatisfeita		Total
		Pequena	Grande	
< 20	28	23	0	51
21-30	68	31	15	114
31-40	20	5	15	40
41-50	26	3	17	46
SR*	4	0	0	4
Total	146	62	47	255

\* SR - sem registro

A Tabela 2 mostra a distribuição de pacientes conforme a condição de satisfação em relação à medida fúrcula-mamilo.

Tabela 2 - Distribuição de pacientes conforme a condição de satisfação em relação à medida fúrcula-mamilo (FM)

FM*	Satisfeita	Insatisfeita		Total
		Pequena	Grande	
15-20	62	39	1	102
21-25	75	21	28	124
26-30	7	0	15	22
>30	2	0	5	7
Total	146	60	49	255

\* FM - distância da fúrcula esternal ao mamilo

A Tabela 3 mostra a distribuição de pacientes conforme a condição de satisfação em relação à medida ponto A – ponto M.

Tabela 3 - Distribuição de pacientes conforme a condição de satisfação em relação à medida ponto A – ponto M (AM)

AM *	Satisfeita	Insatisfeita		Total
		Pequena	Grande	
Positivo**	112	57	13	182
Negativo	33	3	25	61
SR***	1	2	9	12
Total	146	62	47	255

\* AM - distância do mamilo à prega inframamária

\*\* O segmento AM=0 foi considerado positivo

\*\*\* SR - sem registro

A distribuição de pacientes conforme a condição de satisfação em relação ao ângulo de abertura do braço, em relação ao corpo, quando a mama segura um lápis, é mostrada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes conforme a condição de satisfação em relação ao ângulo de abertura do braço, em relação ao corpo, quando a mama segura um lápis

Ângulo*	Satisfeita	Insatisfeita		Total
		Pequena	Grande	
0°	94	48	0	142
< = 90°	28	6	3	37
> 90°	23	6	44	73
SR*	1	2	0	3
Total	146	62	47	255

\* ÂNGULO - ângulo de abertura do braço em relação ao corpo quando a mama segura um lápis

\*\* SR - sem registro

## DISCUSSÃO

Após a tabulação das fichas das pacientes, verificou-se a formação de dois grupos de pacientes:

um que estava satisfeito com as mamas e outro que estava insatisfeito. Quando se verificou a razão da insatisfação, formou-se novamente dois grupos, um de pacientes insatisfeitas por terem mamas pequenas e outro por terem mamas grandes, caídas ou assimétricas.

Das 255 mulheres, 146 (57%) estavam satisfeitas com as suas mamas, sendo que 130 (89%) estavam muito satisfeitas e somente 16 (11%) estavam pouco satisfeitas e 109 (43%) estavam insatisfeitas, sendo que, dessas, 62 (57%) tinham as mamas pequenas e 47 (43%) tinham as mamas grandes, o que representou quase 20% de toda a população estudada. Se se extrapolar para a população feminina em geral, haveria, aproximadamente, 20% de mulheres prejudicadas em suas atividades decorrentes da insatisfação com suas mamas, o que pode representar prejuízo para o seu desempenho profissional e para a sua saúde.

Conforme mostra a Tabela 1, as pacientes com idade inferior a 30 anos correspondiam a 65% (165) da amostra estudada, e a 66% (96) das pacientes satisfeitas e, quando se acrescenta pacientes até 40 anos, verifica-se que 80% (116) das pacientes satisfeitas estão abaixo de 41 anos, mostrando que a idade, *per se*, é fator de descontentamento com as mamas, provavelmente como decorrência de alterações anatômicas que ocorrem no processo de envelhecimento natural, porém, a condição intrínseca da mama é igualmente importante e independente da idade, pois, entre as insatisfeitas, 80% (89) também eram menores de 41 anos, sendo que 54 (50%) dessas estavam abaixo de 31 anos e correspondiam a 54 (87%) das pacientes insatisfeitas com mamas pequenas e 47 (43%) das insatisfeitas as tinham grandes e, dessas, 32 (68%) estavam acima de 30 anos, o que leva à dedução de que a satisfação em relação às mamas depende da idade e de fatores intrínsecos, pois as pacientes satisfeitas estão distribuídas igualmente (58% e 53%) nas faixas etárias abaixo e acima de 30 anos, respectivamente, o que não ocorre com as pacientes insatisfeitas que, quanto mais jovens, a insatisfação decorre das mamas pequenas, e acima de 30 anos com mamas grandes, provavelmente devido à paridade e à lactação.

Em relação à medida FM, mostrada na Tabela 2, verifica-se que 94% (137) das pacientes satisfeitas têm medida máxima de 25cm, sendo que somente 7% (9) as tinham acima de 26cm, o que confirma

como medida de insatisfação o valor acima de 25cm, confirmado pelo achado de 73% (36 de 49) de todas as mulheres insatisfeitas com mamas grandes (acima de 24cm). O que mostra que, quanto maior a medida FM, maior o grau de insatisfação, sendo, pois, excelente parâmetro para definir a normalidade das mamas, aceita-se como normal medidas de 21 a 24cm<sup>(13-14)</sup>.

Em relação à medida AM, mostrada na Tabela 3, verifica-se que 77% (113) das pacientes satisfeitas têm o ponto M acima do ponto A, portanto, com AM positivo, também se verificou que 66% (25 de 38) das pacientes insatisfeitas com mamas grandes as tem abaixo do ponto A, portanto, com mamas de segmento AM negativo, o que mostra que mamas com segmento AM positivo é outro excelente parâmetro para definir a normalidade das mamas.

A Tabela 4 mostra a condição de satisfação em relação ao ângulo de abertura do braço, quando a mama segura um lápis, indicando que 84% (122) das mulheres satisfeitas mantêm o ângulo menor que 90° e 94% (44) das mulheres com mamas grandes as tem acima de 90°, podendo-se inferir que a medida do ângulo do braço é outro excelente parâmetro para definir normalidade das mamas.

Esse trabalho mostrou realmente a correlação das medidas da mama com a satisfação pessoal da mulher, diferentemente de outros trabalhos<sup>(14-19)</sup> que fizeram medidas antropométricas das mamas, porém não as correlacionaram com a satisfação pessoal e,

sim, com base nos resultados e avaliação subjetiva do cirurgião que define a mama esteticamente perfeita como a mama não ptótica, em que não se realiza cirurgia de correção.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os melhores parâmetros para definir eutrofia da mama, baseados no grau de satisfação, é a medida FM menor que 25cm, medida AM positiva e o ângulo do braço no máximo de 90°, portanto, é possível definir mamas eutróficas, por medidas antropométricas reprodutíveis, como a medida FM menor que 25cm, a medida AM positiva e ângulo do braço até 90°, que exprimem a satisfação pessoal e, por outro lado, permitem selecionar, efetivamente, mulheres que estão sem saúde, por estarem insatisfeitas com suas mamas, e que se beneficiarão com cirurgia reparadora de mama, o que hoje é difícil, pois os planos de saúde entendem essas cirurgias como estéticas e as excluem de seu atendimento, permitindo exclusivamente cirurgias nas pacientes mutiladas por cirurgia de câncer, que, sem dúvida alguma, a necessitam, mas esquecem e desconhecem que muitas mulheres, sem câncer, também estão sem saúde, como mostrado neste trabalho e que referenda trabalhos da literatura mostrando a importância da imagem corporal, auto-estima, para a qualidade de vida<sup>(2,8,16,18)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Matthes ACS. Cirurgia estética e reparadora das mamas. Centro Médico Notícias 2004 novembro; 210:19.
2. Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(3):299-304. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300006&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300006&lng=).
3. World Health Organization – WHO. Constitution Basic Documents. Geneve (Suiss): Fifth-first World Heath Assembly; 2006.
4. CID-10 / Classificação Internacional de Doenças. São Paulo: Organização Mundial de Saúde (OMS); Centro Colaborador da OMS da Universidade de São Paulo; 1998.
5. American Society of Plastic, and Reconstructive Surgeons. Procedures in Plastic Surgery. East Algonquin Road: Arlington Heights; 1989.
6. McInnis WD. Cirurgia Plástica da Mama. In: Mitchell GW, Basset LW. Mastologia Prática. Los Angeles: Revinter; 1993.

- p. 208-32.
7. Pitanguy I, Franco T. As hipomastias e seu tratamento cirúrgico. O Hospital 1967; 72(5):13-34.
8. Courtiss EH, Goldwyn RM. Breast sensation before and after plastic surgery. Plast Reconstr Surg 1976; 58:1.
9. Dartigues L. Etat actuel de la Chirurgie Esthétique Mammaire Med 1928; 38:75.
10. Ferreira MC. Conceituando cirurgia estética e reparadora. Jornal do CREMESP 2002 maio; 2:3.
11. Bozola AR. Mamoplastia em "L". In: Ribeiro L, editor. Cirurgia Plástica da Mama. Rio de Janeiro: Medsi; 1989. p. 129-83.
12. Berry EP. Geometric planning in reduction mammoplasty. Plast Rec Surg 1968; 42(3):232-6.
13. Strombeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two pedicle procedure. Br J Plast Surg 1960; 13:79-90.
14. Westreich M. Anthropomorphic breast measurement: Results in 50 women with aesthetically perfect breasts and clinical application. Plast Reconstr Surg 1997; 100(2):468-

- 79.
15. Penn J. Breast reduction. *Br J Plast Surg* 1955; 7:357-62.
16. Smith DJ Jr, Palin WE Jr, Katch VL, Bennett JE. Breast volume and anthropomorphic measurements: Normal values. *Plast Reconstr Surg* 1986; 78:331-5.
17. Hsia HC, Thomson JG. Differences in breast shape preferences between plastic surgeons and patients seeking breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112:312-20.
18. Fabie A, Delay E, Chavoïn JP, Soulhiard F, Seguin P. Plastic surgery application in artistic studies of breast cosmetic. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51(2):142-50.
19. Mahmoud EO, Hosnia AM, Bothaina A, Mohamed ES. Assessment of the breast volume by a new simple formula. *Indian J of Plastic Surgery* 2006; 39:13-16.