

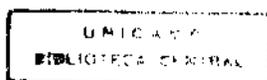
HENRIQUE BENEDITO BRENELLI 25/8/94

**INFLUÊNCIA DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA
COM RETALHO MIOCUTÂNEO ABDOMINAL NO
PROGNÓSTICO E NA QUALIDADE DE VIDA**

**Tese apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas
para a obtenção do título de Doutor em Medicina**

Orientador: Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti 1934-

**Campinas - SP
1994**



UNIDADE	78C		
N.º CHAMADA:	UNICAMP		
	B75i		
V.	Ex.		
TOMBO	BC/23145		
PROC.	280194		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00		
DATA	02/12/94		
N.º CPD			

CM-00064281-7

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

B75i Brenelli, Henrique Benedito
Influência da reconstrução mamária imediata com retalho miocutâneo abdominal no prognóstico e na qualidade de vida / Henrique Benedito Brenelli - Campinas. SP : [s.n.], 1994.

Orientador: José Aristodemo Pinotti.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mamas - Câncer - Cirurgia. 2. Retalhos cirúrgicos.
3. Prognóstico. I. Pinotti, José Aristodemo. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

E uma mulher disse: "Fala-nos da Dor".

E ele respondeu:

"Vossa dor é o rompimento do invólucro que encerra vossa compreensão.

Assim como a semente da fruta deve quebrar-se para que seu coração
apareça ante o sol, deste mesmo modo deveis conhecer a dor.

Se vosso coração pudesse viver sempre no deslumbramento do milagre
cotidiano, vossa dor não vos apareceria menos maravilhosa que vossa
alegria; e aceitaríeis as estações de vosso coração, como
sempre aceitastes as estações que passam sobre vossos campos.

E contemplaríeis serenamente os invernos de vossa aflição. Grande parte
de vosso sofrimento é por vós próprios escolhida.

É a amarga poção com a qual o médico que está em vós cura o vosso
Eu doente.

Confiai, portanto, no médico, e bebei seu remédio em silêncio e
tranquilidade: porque sua mão, embora pesada e dura, é guiada
pela suave mão do Invisível.

E a taça que ele vos dá, embora queime vossos lábios, foi confeccionada
com a argila que o Oleiro umedeceu com Suas lágrimas sagradas".

Khalil Gibran

Dedicatória

Aos meus pais, Regina e Henrique, que tão sabiamente souberam viver e ensinar o amor à vida e ao trabalho

À minha mulher, Rose, por compreender meus ideais e deles compartilhar; e pelo seu exemplo, apoio e amor

À Patrícia, Fabrício e Fabíola, meus filhos, que me permitiram a emoção de concretizar um ideal: o de ser pai

A CADA UM DE VOCÊS, AGRADEÇO:

Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, que, como orientador e mestre, se fez e se faz de ponte, convidando-nos, a nós, seus alunos, a atravessá-la e, depois, tendo facilitado a travessia, desmorona-se com prazer, encorajando-nos a criar as nossas próprias pontes.

Dr. Luiz Carlos Teixeira, amigo e colega, pelo estímulo, orientação e discussão deste e de outros tantos trabalhos.

Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain, pelo incentivo e empenho na realização deste trabalho.

Dr. Edwald Merlin Keppke e equipe de cirurgia plástica, que realizaram todas as reconstruções mamárias.

Dra. Ana Neuza Vieira Matos e Dr. Ovídio Rettori, pela leitura dos manuscritos, inestimável ajuda e sugestões na composição desta tese.

Dra. Kazue Panetta, Dra. Julia Yoriko Shinzato, Dra. Maria Salete Costa Gurgel e Dra. Áurea Akemi Abe Cairo, pelo apoio e cooperação.

Dra. Clara Knobel e a todos os membros do Grupo de Reabilitação, pelo trabalho realizado junto aos pacientes, sujeitos desta pesquisa.

Sueli Regina da Silveira, que, com bondade, paciência e eficiência, executou a digitação.

Sueli Chaves, Fernanda Atibaia, Isabel Gardenal, Maria do Rosário G. Rodrigues Zullo e Neder Piagentini do Prado, pela competente assessoria técnica na estrutura, revisão e confecção deste trabalho.

Às pacientes que participaram desta pesquisa, pela contribuição anônima que deixaram para a Medicina.

Aos médicos, residentes e funcionários da Divisão de Oncologia, que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

a.C. - antes de Cristo

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

cm - centímetro(s)

CMF - Ciclofosfamida, Methotrexate Fluoro-uracil

et al. - e outros, e outras

mg/m² - miligrama por metro quadrado

MR - Mastectomia radical

MRRI - Mastectomia radical com reconstrução imediata

N - Número

NSABP - National Surgical Adjuvant Breast Project

t - Teste t-Student

UICC-TNM - União Internacional Contra o Câncer - Classificação dos tumores

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

x² - Teste Qui-Quadrado

& - e comercial

% - porcentagem

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Considerações sobre a reconstrução mamária	7
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivo geral.....	12
2.2. Objetivos específicos.....	12
3. METODOLOGIA	14
3.1. Casuística.....	14
3.2. Variáveis.....	15
3.3. Critérios de inclusão e de exclusão.....	19
3.4. Técnicas cirúrgicas utilizadas.....	20
3.5. Avaliação da qualidade de vida.....	22
3.6. Coleta, processamento dos dados e análise estatística.....	23
4. RESULTADOS	25
4.1. Intervalo livre de doença local na amostra global e por estádios.....	25
4.2. Intervalo livre de doença a distância na amostra global e por estádios.....	30
4.3. Sobrevida total na amostra global e por estádios.....	35
4.4. Qualidade de vida.....	40
5. DISCUSSÃO	41
6. CONCLUSÕES	52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

ANEXOS

RESUMO

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a influência da reconstrução imediata da mama com a técnica de rotação de retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal, no prognóstico oncológico e na qualidade de vida das mulheres portadoras de carcinoma de mama estádios I, II e IIIa, comparando-as com mulheres submetidas apenas à mastectomia radical. Cada um dos grupos, de estudo e de controle, foi constituído de 153 pacientes, pareadas de acordo com o estado menstrual, estágio da doença e época da cirurgia, sendo que 20 pacientes tinham a doença estágio I; 88 estágio II e 45 estágio IIIa. As mulheres portadoras de carcinoma estágio II foram agrupadas em axilas positivas ou negativas, de acordo com a invasão linfonodal. Os parâmetros estudados foram: o intervalo livre de doença local, o intervalo livre de doença a distância e a sobrevida total. Também foram avaliados o estado emocional relacionado à depressão, à ansiedade e à auto-estima; as fantasias de morte; a noção de esquema corporal; os aspectos da sexualidade; e a qualidade de vida. Concluiu-se que a reconstrução imediata não interferiu no intervalo livre de doença local, no intervalo livre de doença a distância ou na sobrevida total. A auto-estima, a noção de esquema corporal e a qualidade de vida foram altamente beneficiadas pela reconstrução mamária imediata. Por outro lado, não houve influência da reconstrução no que diz respeito à ansiedade e à depressão.

SUMMARY

SUMMARY

The objective of the present investigation was to determine the influence of immediate breast reconstruction, using the technic of rotation of the upper transverse rectus abdominal muscle after radical mastectomy on the prognosis and quality of life of women in stages I, II and IIIa of breast carcinoma. A total of 153 patients in the study group were compared with an equal number of control patients that underwent radical mastectomy for breast carcinoma but no reconstruction. Patients from the study and control groups were matched according to their menstrual status, the disease stage and the time when surgery was performed. In both control and study groups, 20 patients were in stage I, 88 in stage II and 45 in stage IIIa. Stage II patients were further divided according to the presence or absence of axillary lymph node metastasis. The following parameters were measured: local disease free interval, distant disease free interval, total survival and emotional status related to depression, anxiety, self-esteem, death fantasies, body image, sexuality and quality of life. We conclude that immediate reconstruction did not influence the local disease free interval, distant disease free interval and survival. Self-esteem, death fantasies, body image, sexuality and quality of life were highly improved by immediate reconstruction. On the other hand, the reconstruction did not influence anxiety and depression.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A mastectomia é, sem dúvida, o tratamento ideal para as pacientes portadoras de carcinoma de mama. Entretanto, a cirurgia mutiladora leva a alterações psíquicas, aumentando a morbidade e piorando a qualidade de vida, fatos estes que poderão interferir na evolução da doença (PINOTTI et al., 1992a). A fim de diminuir as seqüelas físicas e emocionais desta mutilação, a reconstrução mamária vem sendo preconizada para os casos de tumores ressecáveis que não podem ser tratados com cirurgias conservadoras (HUSTON & McKENZIE, 1978). Inicialmente realizada meses após a mastectomia, o que não diminuía os efeitos psicológicos da mutilação, a reconstrução passou a ser feita com freqüência imediatamente após a mastectomia, utilizando-se o retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal (PINOTTI et al., 1984). Uma questão, porém, ficou sem resposta: poderia tal procedimento modificar o prognóstico oncológico (PINOTTI, TEIXEIRA, KEPPKE, 1987)? Esta questão é relevante, uma vez que há uma tendência a reduzir a extensão da cirurgia ou oferecer à paciente uma reconstrução da sua mama amputada. A pertinência do problema é atual em razão do aumento na incidência do carcinoma da mama e,

conseqüentemente, do número de mulheres a serem tratadas.

O câncer de mama, nas regiões desenvolvidas, corresponde a 25% dos casos de neoplasias malignas da mulher, tornando-se um grave problema de saúde à população feminina. Na Europa Ocidental e na América do Norte é responsável por 4% de todas as mortes e 20% das mortes por câncer (VERONESI, COSTA, VERONESI, 1989). Com incidência crescente em todo o mundo, entre 1% e 2% ao ano, ele foi responsável por 180.000 casos novos em 1992 nos Estados Unidos (BORING, SQUIRES, TONG, 1992). É mais freqüente na Europa Ocidental, Europa Setentrional e América do Norte e menos freqüente na América Latina e Ásia (KELSEY, 1979; KOROLTCHOUK, STANLEY, STJERNSWARD, 1990).

A mortalidade permanece relativamente estável nos Estados Unidos, tendo aumentado nas mulheres mais idosas e diminuído nas jovens. No Brasil, os índices variam conforme a região. No ano de 1990 ocorreram 1.800 mortes por câncer de mama entre os óbitos registrados na população feminina do Estado de São Paulo (PINOTTI et al., 1992b).

Historicamente, o câncer de mama é conhecido desde os tempos antigos. Um papiro egípcio do ano 3000a.C., descoberto por Edwin Smith e decifrado por James Breasted, em 1922, descrevia a doença e as suas formas de tratamento. Durante a Idade Média, a excisão era recomendada para tumores pequenos, mas os localmente avançados eram tratados com dieta, sangrias e aplicações tópicas. A retirada da mama como forma de tratamento surgiu no século XVI; a técnica cirúrgica foi aprimorada no século XVII, com o desenvolvimento de instrumentos específicos (DANTFORTH Jr. & LIPPMAN, 1945). Somente durante as últimas décadas do século XIX foram introduzidos

detalhes na técnica, constituindo o protótipo da mastectomia radical e radical modificada, largamente utilizadas no século XX.

A Era Moderna do tratamento cirúrgico do câncer mamário iniciou no final do século passado com a descrição da mastectomia radical, por Halsted, em 1894, procedimento este amplamente utilizado nos 80 anos seguintes. A grande inovação no tratamento de Halsted foi o objetivo da cura definitiva, pois, até então, o câncer era considerado uma doença incurável. Passou-se a acreditar que a mastectomia realizada com técnica rigorosa poderia controlar a doença em nível local e regional, sendo indicada para todos os casos, com diminuição da taxa de recidiva local e aumento na sobrevida (DANFORTH Jr. & LIPPMAN, 1945).

Essa técnica baseava-se na teoria de que a disseminação do câncer ocorria pela via linfática e, de maneira ordenada, inicialmente para os linfonodos regionais e, posteriormente, para locais distantes. Até hoje ainda se admite que a remoção dos tecidos adjacentes ao tumor e dos linfonodos regionais permite um bom controle local e, de certa forma, interrompe a propagação da doença para outros órgãos (HARRIS & OSTEEM, 1985).

A metastatização era tida como uma permeação de células em proliferação para vasos linfáticos. Conseqüentemente, os vasos linfáticos que partiam da glândula mamária poderiam conter células neoplásicas e, para se obter o completo controle regional da doença, era necessário remover não somente a glândula e os linfonodos axilares, mas também os linfáticos intermediários que cruzam os músculos peitorais maior e menor. Estes conceitos foram, na época, tão claramente formulados que, por muitas décadas, não sofreram a menor objeção. Os benefícios da mastectomia e dissecação axilar

passaram a ser questionados a partir da década de 50, sendo formulados experimentos clínicos que procuravam determinar as pacientes que seriam beneficiadas com a mastectomia radical (CRILE JR., 1975; VERONESI & VALAGUSSA, 1981; FISHER et al., 1985). Entretanto, a mastectomia poderia não ser adequada como tratamento de alguns casos.

Desde a década de 40, definiram-se características da doença que, quando presentes, tornavam a cirurgia ineficaz em relação à sobrevida. Nesta mesma época estabeleceram-se certos critérios de estadiamento para orientar o tratamento cirúrgico da doença (HAAGENSEN & COOLEY, 1963). De acordo com a extensão do tumor, a mastectomia tornou-se, algumas vezes, mais radical, com a retirada dos linfonodos da mama interna e região supraclavicular; outras vezes menos radical, conservando o peitoral maior ou o peitoral maior e menor (PATEY & DYSON, 1948; VERONESI & ZINGO, 1967; HAAGENSEN, 1973; HANDLEY, 1976; BAKER, MONTAGUE, CHILDS, 1979). Porém, foi o estudo randomizado da remoção dos linfonodos da mama interna que, surpreendentemente, abalou as bases da hipótese halstediana (LACOUR et al., 1983; VERONESI et al., 1985; VERONESI, ZUCALI, LUINI, 1986). Demonstrou-se claramente que a dissecação destes linfonodos não melhorava o prognóstico, colocando em dúvida a necessidade da remoção extensa e em monobloco do tumor e dos linfonodos regionais. Ficou esclarecido, então, que o processo de permeação linfática das células não era verdadeiro e que ocorria embolização vascular. Além disso, elucidaram-se os princípios da cinética celular e do crescimento tumoral, que tornaram mais claros os mecanismos da disseminação neoplásica (SKIPPER, 1971).

Assim, a principal meta passou a ser diagnosticar o carcinoma mamário nas suas fases mais iniciais, e isso passou a ser possível a partir da introdução da mamografia (EGAN, 1974). O diagnóstico do câncer em estágio inicial, além

de melhorar a sobrevida, não justificava cirurgias tão extensas, como a mastectomia alargada, a mastectomia clássica de Halsted ou a mastectomia modificada. Surgiram daí procedimentos cirúrgicos menos mutilantes, entre eles a mastectomia simples e a mastectomia parcial (CRILE JR., 1975; SPITALIER et al., 1984).

Independentemente da terapia de controle local utilizada, a recidiva a distância, contudo, permanecia como a maior causa de insucesso do tratamento e morte: enquanto cerca de 75% das pacientes com linfonodos axilares sem metástases permaneciam livres de doença após o tratamento loco-regional, menos de 35% continuavam vivas quando seus linfonodos axilares estavam comprometidos. Estas taxas indicavam que, por ocasião do tratamento primário, a doença já estava disseminada em um número considerável de pacientes, sobretudo naquelas com metástases axilares. Este fato mudou substancialmente a abordagem do carcinoma de mama, introduzindo a quimioterapia adjuvante, que se fundamentava exatamente na existência da doença microscópica disseminada já por ocasião do diagnóstico (FISHER & FISHER, 1967; FISHER, SAFFER, FISHER, 1972; ATTIYEH et al., 1977; FISHER, 1977).

Há cerca de 30 anos, os estudos têm se concentrado na diminuição da taxa de recidiva, combinando o tratamento loco-regional com o tratamento sistêmico adjuvante. A partir de 1958, o National Surgical Adjuvant Breast Project - NSABP - B-01 avaliou o papel da quimioterapia pós-operatória, cujo objetivo era a destruição das células tumorais liberadas para a corrente sangüínea por ocasião da cirurgia (FISHER et al., 1968). A partir deste estudo, e principalmente daquele desenvolvido pelo Instituto do Tumor de Milão-Itália, pela primeira vez, em aproximadamente 50 anos, ocorreram mudanças significativas na sobrevida livre de doença e na total (BONADONNA et al., 1976).

Os resultados obtidos com a mastectomia, principalmente no que se referia à recorrência local da doença, levou à necessidade de se combinar a cirurgia com outros métodos terapêuticos. A radioterapia representou um papel crítico no tratamento multidisciplinar do câncer de mama, que foi um dos primeiros tumores a serem tratados com radiação. Como a recorrência da doença na parede torácica era freqüente, os pioneiros no uso terapêutico dos raios-X utilizaram este método, que produzia alterações biológicas no tumor recidivado com boa resposta terapêutica (COUTARD, 1934). Este foi o início de uma longa história de interação entre radioterapia e câncer de mama. Desde então, inúmeros trabalhos têm mostrado sua utilidade no tratamento pré e pós-operatório com objetivo terapêutico ou paliativo (ARIEL, 1979; BALAWAJDER, ANTICH, BOLAND, 1983; RODGER, MONTAGUE, FLETCHER, 1983).

Os resultados do tratamento combinado, multidisciplinar, marcaram o início de uma mudança na abordagem das pacientes. Com os conhecimentos adquiridos e a evolução dos métodos diagnósticos, do aprimoramento da terapia por radiação e drogas antitumorais, estabeleceram-se, a partir de 1970, procedimentos cirúrgicos menos mutilantes, seguidos dos tratamentos adjuvantes (MADDOX et al., 1983). Estes novos conhecimentos mantinham os objetivos de maior controle loco-regional da doença, obtenção do máximo de informações para orientação de conduta posterior, propondo, porém, o mínimo de mutilação. A possibilidade de cirurgias não mutiladoras encorajou as mulheres a darem importância a pequenos nódulos em suas mamas, pois passaram a saber que, se o câncer fosse diagnosticado precocemente, a mama poderia ser preservada. Desta forma, as pacientes têm participado mais na decisão sobre o tipo de tratamento a ser utilizado, o que tem levado muitas a serem cautelosas na aceitação da primeira proposta terapêutica, geralmente feita pelo cirurgião,

solicitando, algumas vezes, uma segunda ou terceira opinião, freqüentemente com o propósito de não sofrerem tal mutilação.

Nem sempre, entretanto, é possível adotar essa técnica conservadora, pois a mesma é indicada para os casos iniciais. Em nosso meio, na maioria dos casos de câncer de mama, eles são diagnosticados em estádios avançados, necessitando, para o seu tratamento, de cirurgias mutiladoras como a mastectomia radical. A expectativa da mutilação desencadeia reações emocionais tão intensas que poderiam ser comparadas às fantasias da morte, questionando-se até que ponto vale a pena o preço desta cura, que deixa uma deformidade física tão grande e marcas psicológicas tão profundas.

Foi como tentativa de melhorar a qualidade de vida dessas mulheres mastectomizadas que se introduziu, em princípios da década de 80, a técnica da reconstrução mamária, geralmente realizada meses após a mastectomia (SCANLON, 1991).

1.1. Considerações sobre a reconstrução mamária

Na realidade, a história da reconstrução da mama iniciou-se na última década do século XIX, quando foram descritas várias técnicas reconstrutivas. As primeiras cirurgias ofereciam resultados estéticos satisfatórios, embora realizadas em vários tempos cirúrgicos (McDONALD, 1988). Historicamente, segundo PITANGUY (1984), a primeira tentativa de reconstrução foi realizada em 1893, por Czerny, que, após uma mastectomia subcutânea por fibroadenoma, substituiu o tecido mamário por um lipoma da região lombar.

Até o fim da década de 30, novas técnicas reconstrutivas foram descritas: uma, utilizando o músculo do grande dorsal, outra, parte da mama oposta como retalho pediculado para o local da mastectomia (McDONALD, 1988). Este último tipo de reconstrução foi utilizado com sucesso, no entanto havia dúvidas quanto à segurança oncológica, pela possibilidade de o câncer vir a se desenvolver na mama contralateral (WORTH, 1956; PONTES, 1963; ALEXANDER & BLOCK, 1967).

Outras técnicas foram descritas durante os últimos 60 anos, como o uso do retalho pediculado do tecido toracoepigástrico; da parede torácica inferior ou do omento maior (WEBSTER, 1937; GILLIES, 1945; KIRICUTA, 1963). Durante muito tempo utilizaram-se apenas tecidos vitais, porém a partir de 1971 descreveu-se o uso de próteses de borracha ou de silicone, substitutos dos retalhos humanos (SNYDERMAN & GUTHRIE, 1971). Outra tentativa foi o emprego de expansores colocados sob o tecido da parede anterior do tórax e gradualmente inflados. A pele distendia-se progressivamente, possibilitando a cobertura de uma prótese posteriormente colocada no lugar (LAPIN, DANIEL, HUTCHINS, 1980).

Apesar desses avanços, havia dificuldades em utilizar essas próteses na reconstrução imediata ou tardia, particularmente quando havia necessidade do tratamento irradiante complementar. Continuaram, portanto, os estudos sobre os retalhos, como aqueles da região glútea ou do transverso toracoepigástrico (ORTICOHEA, 1973; TAI & HASEGAWA, 1974). Outra técnica consistia na utilização de retalhos livres microvasculares (FUJINO, HARASHINA, ENOMOTO, 1976). O grande avanço nas técnicas reconstrutivas ocorreu com o emprego dos retalhos miocutâneos de diversas áreas do corpo, difundindo-se novamente a utilização do retalho miocutâneo do grande dorsal (McCRAW, DIBBELL,

CARRAWAY, 1977).

O retalho miocutâneo é constituído por músculo coberto por pele e cujo suprimento sangüíneo é feito pela artéria ou artérias do próprio músculo. Seu uso permite transferir uma grande quantidade de tecido num único procedimento, com resultados bastante satisfatórios na reconstrução mamária (MÜHLBAUER & OLBRISCH, 1977; SCHNEIDER, HILL Jr., BROWN, 1977; BOSTWICK, VAUCONEZ, JURKIEWICZ, 1978).

No Brasil, desenvolveram-se, a princípio, técnicas de reconstrução mamária com o retalho cutâneo adiposo abdominal. Utilizavam-no para fechar grandes áreas cruentas em pacientes com tumores muito avançados. Posteriormente, a colocação de próteses de silicone abaixo do retalho dava à neomama o volume e a conformação adequados (BAROUDI, PINOTTI, KEPPE, 1978).

O retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal foi utilizado pela primeira vez na reconstrução mamária em 1977 e, desde então, sua utilização vem aumentando (BOSTWICK, VAUCONEZ, JURKIEWICZ, 1978; ROBBINS, 1979; SCHEFLAN & DINNER, 1983). Outra possibilidade reconstrutiva é o deslizamento de um retalho do abdome e da parte inferior dos tecidos torácicos, acrescentando-se ou não uma dobra inframamária (LEWIS JR., 1979; RYAN, 1982).

Finalmente, a partir de 1982, passou-se a utilizar o retalho transversal de pele e tecido subcutâneo, levando-o junto com o músculo reto abdominal (DAHER, 1982; HARTRAMPF, SCHEFLAN, BLACK, 1982). A vantagem desta técnica é permitir a transferência de tecidos de cor e textura semelhantes à mama oposta. O retalho assemelha-se a uma mama com ptose, e o seu movimento

aproxima-se ao de uma mama natural, além da cicatriz cirúrgica do local doador não ser visível. Outra vantagem indireta está associada à redução do excesso de tecido abdominal, permitindo uma silhueta mais delineada e elegante. Acrescenta-se que a não utilização da prótese de silicone sob o retalho elimina as possíveis complicações da implantação, tais como a fibrose capsular e uma eventual ação prejudicial do silicone na mulher. As desvantagens deste procedimento estão relacionadas à extensão e duração do tempo cirúrgico, pois requer maior tempo de anestesia e ocasiona uma perda sanguínea maior do que a habitual, havendo mesmo algumas vezes necessidade de hemotransfusão.

O Serviço de Mastologia da Universidade Estadual de Campinas vem, há 20 anos, desenvolvendo técnicas de reconstrução pós-mastectomia radical. O conhecimento destas novas técnicas, a diminuição das complicações peri e pós-operatórias e a evidência de que a reconstrução, desde que bem indicada, não altera o prognóstico, fez com que se introduzisse a reconstrução mamária imediatamente após a mastectomia radical, utilizando o retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal anterior.

A reconstrução imediata possibilita uma melhor recuperação psicológica, por não expor a paciente à agressão decorrente da amputação. Além disso, a paciente é submetida a um único ato cirúrgico, diminuindo riscos e custos. As desvantagens dizem respeito, a priori, à dificuldade no seguimento oncológico, à menor apreciação pela paciente do resultado obtido, por não ter tido a possibilidade de avaliar a deformidade e a maior frequência de complicações como hematomas, infecção e sofrimento cutâneo.

Um dos fatores fundamentais na grande aceitação da reconstrução mamária tem sido a compreensão do dano emocional que a retirada da mama

provoca na mulher. Já está bem estabelecida a alta frequência de ansiedade e estados depressivos pós-mastectomia, depressões que duram meses ou anos, além da perda da auto-estima (LAPLANCHE & PONTALIS, 1967; KNOBEL, 1977; STEVENS et al., 1984; KNOBEL & SARMENTO, 1991). A reconstrução propicia a redução do trauma ligado à amputação e, assim, estimula ou devolve a feminilidade à mulher, que se libera para escolher novamente as roupas que lhe agradam, melhorando a sua auto-estima e facilitando o retorno à vida sexual (TEIMOURIAN & ADHAM, 1982).

Com o advento da reconstrução imediata, o problema da mutilação poderia ser adequadamente resolvido, mas algumas questões relevantes, como o momento mais adequado para a reconstrução e a interferência no prognóstico da doença, ainda não estão definidas. A decisão da reconstrução deve ser tomada entre a paciente, o cirurgião oncologista e o cirurgião plástico. A mulher necessita ser informada sobre eventuais complicações e resultados esperados. A questão da interferência no prognóstico ainda está em discussão.

Considere-se que o câncer de mama é um problema de saúde muito importante nos países em desenvolvimento; que a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas; que os índices de mortalidade também têm aumentado, principalmente por causa do diagnóstico tardio; que este retardo no diagnóstico implica em tratamento loco-regional mutilante; e que a retirada da mama subtrai à mulher um traço essencial da sua própria feminilidade. À vista de tal realidade, a partir de 1982 passamos a realizar a reconstrução imediata após a mastectomia. O presente estudo, analisando casos desta natureza, pretende avaliar a interferência da reconstrução imediata no prognóstico e na qualidade de vida das pacientes.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a importância da reconstrução da mama com o retalho miocutâneo abdominal imediatamente após a mastectomia radical no prognóstico e na qualidade de vida das pacientes portadoras de câncer de mama estágio I, II e IIIa.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1.** Comparar o intervalo livre de doença nos grupos submetidos à mastectomia radical com e sem reconstrução imediata, segundo a recidiva local e a recidiva a distância na amostra global e por estágio.
- 2.2.2.** Comparar a sobrevida total das pacientes submetidas à mastectomia radical com e sem reconstrução imediata, na amostra total e por estágio.

2.2.3. Estudar o efeito da reconstrução imediata na qualidade de vida, comparando as pacientes submetidas à mastectomia com e sem reconstrução.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. Casuística

Este estudo caso-controle emparelhado avaliou 306 pacientes portadoras de carcinoma de mama estádios I, II e IIIa, tratadas no período de junho 1982 a junho de 1989, no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e na Clínica "José Aristodemo Pinotti", e com um seguimento de 60 a 144 meses.

O grupo de estudo constituiu-se de 153 pacientes com idade média de 42,6 anos (desvio-padrão de 8,9), submetidas à mastectomia radical ou radical modificada seguida de reconstrução imediata (MRR1), utilizando-se o retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal para a confecção da neomama.

O grupo-controle constituiu-se de 153 pacientes com idade média de 47,8 anos (desvio-padrão de 8,7), submetidas à mastectomia radical ou radical modificada sem reconstrução (MR).

De cada grupo foram escolhidas 35 mulheres ao acaso e foi estudada a influência da reconstrução na qualidade de vida.

3.2. Variáveis

3.2.1. Variáveis de emparelhamento

Estádio: as pacientes do grupo de estudo e do grupo-controle foram agrupadas em estágio I, II com linfonodos axilares negativos, II com linfonodos axilares positivos e IIIa. Em cada grupo, 20 pacientes (13,1%) eram portadoras de carcinoma estágio I; 88 (57,5%) pacientes estágio II e 45 (29,4%) pacientes estágio IIIa (TABELA 1).

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA COM E SEM RECONSTRUÇÃO SEGUNDO O ESTÁDIO

ESTÁDIO	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
I	20	13,1	20	13,1
II	88	57,5	88	57,5
IIIa	45	29,4	45	29,4
TOTAL	153	100,0	153	100,0

Para avaliação dos resultados, as pacientes com carcinoma estágio II foram avaliadas separadamente, conforme a invasão dos linfonodos axilares pela

neoplasia. Assim, no grupo de pacientes submetidas à reconstrução, 50 tinham linfonodos axilares comprometidos e, no grupo-controle, 47 (TABELA 2).

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM CARCINOMA DE MAMA ESTÁDIO II SUBMETIDAS À MASTECTOMIA COM E SEM RECONSTRUÇÃO, SEGUNDO A INVASÃO LINFONODAL AXILAR

LINFONODOS	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
Negativos	38	43,2	41	46,6
Positivos	50	56,8	47	53,4
TOTAL	88	100,0	88	100,0

Estado menstrual: as pacientes foram agrupadas em pré e pós-menopausadas. A menopausa foi definida como a última menstruação governada pelo ovário (HALBE, 1987). Foram consideradas pós-menopausadas 30 pacientes em amenorréia há um ano em cada grupo. As demais pacientes foram consideradas pré-menopausadas (TABELA 3).

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA COM E SEM RECONSTRUÇÃO, SEGUNDO O ESTADO MENSTRUAL

ESTADO MENSTRUAL	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
Pré-Menopausa	123	80,4	123	80,4
Pós-Menopausa	30	19,6	30	19,6
TOTAL	153	100,0	153	100,0

Os casos e controles foram emparelhados pelo estado menstrual e estágio, de maneira que a distribuição nos dois grupos fosse igual (TABELA 4).

TABELA 4

CORRELAÇÃO ENTRE O ESTADO MENSTRUAL E O ESTÁDIO, NAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA COM E SEM RECONSTRUÇÃO

ESTADO MENSTRUAL	ESTÁDIO I		ESTÁDIO II		ESTÁDIO III	
	N	%	N	%	N	%
Casos						
Pré	15	75,0	70	79,5	38	84,4
Pós	5	25,0	18	20,5	7	15,6
TOTAL	20	100,0	88	100,0	45	100,0
Controles						
Pré	15	75,0	70	79,5	38	84,4
Pós	5	25,0	18	20,5	7	15,6
TOTAL	20	100,0	88	100,0	45	100,0

Época da cirurgia: as pacientes submetidas à mastectomia radical e reconstrução imediata foram emparelhadas com as pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução, segundo a época da cirurgia. Para cada caso, escolheu-se um controle operado no mesmo mês e ano. Quando houve mais de um controle operado no mesmo mês e ano, selecionou-se aquele cuja data da cirurgia mais se aproximava do caso correspondente.

3.2.2. Variáveis dependentes

Foi estudada a influência da reconstrução mamária imediata na população total e por estádios, em relação ao intervalo livre de doença local, ao intervalo livre de doença a distância, à sobrevida total e à qualidade de vida.

. **Intervalo livre de doença local:** espaço de tempo medido em meses, transcorrido entre o início do primeiro tratamento e o aparecimento de uma recidiva local.

. **Intervalo livre de doença a distância:** espaço de tempo medido em meses, transcorrido entre o início do primeiro tratamento e o aparecimento de uma recidiva a distância.

. **Sobrevida total:** espaço de tempo medido em meses, transcorrido entre o início do primeiro tratamento e a ocorrência do óbito causado pela doença.

. **Qualidade de vida:** medida através de avaliação psicológica, estudando-se a auto-estima, a ansiedade, a depressão, o medo da morte e as perturbações do esquema corporal e da sexualidade.

3.2.3. Variável independente

Reconstrução imediata pós-mastectomia radical.

3.3. Critérios de inclusão e de exclusão

Para que as pacientes fossem incluídas neste estudo, consideraram-se os seguintes critérios:

- Terem diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal invasivo.
- Serem estadiadas pelos critérios da UICC-TNM (1982), em estágio I, II e IIIa.
- Terem idade máxima de 65 anos.
- Terem sido tratadas entre 1^o de junho de 1982 e 30 de junho de 1989.
- Terem um seguimento com controles semestrais para os estádios I e II e controles trimestrais para o estágio IIIa. Estes controles consistiam em exame clínico, hemograma, dosagem de fosfatase alcalina e de gama glutamil transferase, radiografia de tórax, cintilografia óssea, ecografia do abdome superior, pélvis e mama repetidos a cada seis meses e mamografia

anualmente.

- Terem recebido tratamento adjuvante sistêmico, quando com doença estágio II e IIIa. Utilizou-se como quimioterapia adjuvante o esquema CMF (Ciclofosfamida 500mg/m², Methotrexate 40mg/m² e Fluoro-uracil 500mg/m²), aplicado em injeção endovenosa a cada 21 dias. Para as pacientes em estágio IIIa, acrescentava-se Vincristina (1mg/m²) ao esquema anterior. Em todas as pacientes submetidas ao tratamento adjuvante, este foi mantido por seis meses.
- Terem recebido o mesmo tipo de tratamento irradiante, utilizado nos casos com tumores maiores que 5cm (T3), tumores com invasão dos vasos linfáticos da mama, de localização nos quadrantes, central e internos, e com metástases axilares.

Foram excluídas as pacientes que morreram de causas não relacionadas ao câncer de mama.

3.4. Técnicas cirúrgicas utilizadas

- **Mastectomia radical à Halsted modificada por Veronesi & Pinotti:** a incisão utilizada foi a horizontal de Stewart e, naquelas pacientes que teriam as suas mamas reconstruídas, algumas vezes utilizou-se uma incisão circular. As incisões sempre incluíram o mamilo e o local da biópsia. Todas as estruturas nervosas foram preservadas para assegurar a função escapular do músculo grande dorsal. Preservaram-se os dois terços superiores das fibras musculares

do peitoral maior. Esta técnica permite uma completa dissecação da axila e, por outro lado, mantém uma função adequada e movimentação do membro superior, além de oferecer um aspecto estético mais favorável.

- **Mastectomia radical modificada:** adotou-se a técnica descrita por MADDEN (1965) e modificada por PINOTTI (1979). Nesta modificação, retira-se toda a fáscia do músculo peitoral maior, e uma janela aberta neste músculo permite a retirada de todos os linfonodos interpeitorais sem lesar o nervo peitoral medial, que inerva a borda lateral do músculo peitoral maior, permitindo também a dissecação do nível III da axila, que não é realizada com a técnica original de MADDEN (1965). O nervo torácico longo e os vasos toracodorsais são preservados.
- **Reconstrução com o retalho miocutâneo do reto abdominal:** utilizou-se a técnica para reconstrução imediata da mama com o retalho miocutâneo pediculado no músculo reto abdominal realizada com o retalho mono ou bipediculado, dependendo das condições da paciente e do retalho. A opção foi sempre para o retalho bipediculado, por diminuir as isquemias e necroses dos mesmos (PINOTTI et al., 1984).

O músculo reto abdominal, que deverá ser parte do retalho, pode ser contralateral ou ipsilateral à área da mastectomia, dependendo do estado da região operada. Sendo possível, opta-se pelo retalho obtido contralateralmente em função de uma rotação mais livre de torções ou tensões no nível do rebordo costal, que é o ponto fixo do mesmo. O trajeto dissecado em forma de túnel até a região da mastectomia é desengordurado para facilitar a livre passagem do retalho e conter o pedículo musculocirculatório livre de compressões.

Para a prevenção de futuras hérnias abdominais, a abordagem do músculo reto abdominal é feita em sua bainha, 7cm ou 8cm abaixo da linha do umbigo, de maneira a não afetar a arcada de Douglas. São preservados todos os vasos perfurantes periumbilicais essenciais à nutrição do retalho. A modelagem e a adaptação do retalho migrado para a área da mastectomia através do túnel são realizadas cuidadosamente para que o músculo não sofra esgarçamentos, trações ou torções em torno do seu ponto de rotação, que é a inserção costal do músculo reto abdominal, região na qual é penetrado pela artéria mamária interna. Tendo a neomama uma função reconstrutiva, observa-se, especialmente, a vitalidade da área migrada e, posteriormente, a forma, sendo o sulco inframamário e a região axilar os pontos básicos de referência para a modelagem da mama. Nesta nossa experiência, a mastectomia e a reconstrução foram realizadas concomitantemente, ou seja, enquanto uma equipe executava a mastectomia, a outra preparava o retalho miocutâneo abdominal, o que determinou uma redução considerável do tempo total da cirurgia.

3.5. Avaliação da qualidade de vida

Para avaliação da interferência do tratamento na qualidade de vida, o Serviço de Psicologia do CAISM/UNICAMP utilizou, no pré e no pós-operatório, testes psicológicos e entrevistas aplicadas numa amostra de 70 pacientes; 35 no grupo-controle e 35 no grupo de estudo.

Foram avaliadas as alterações da auto-estima, ansiedade, depressão, medo da morte, perturbações do esquema corporal e da sexualidade. Para o estudo da depressão foi aplicado o teste de Hamilton (HAMILTON, 1960, 1967).

A entrevista para a avaliação da personalidade na fase pré-cirúrgica abordou os seguintes aspectos: sentimentos de vida (pesquisadas as fantasias de morte e de sucesso ou insucesso da cirurgia, assim como as relacionadas aos aspectos estéticos pós-cirurgia); fantasias de vida para o período pós-cirúrgico (vida familiar, aspectos estéticos, vida sexual, funções femininas em geral) e fantasias quanto à sobrevida.

Na fase pós-cirúrgica, a personalidade foi novamente avaliada quanto aos sentimentos de vida (pesquisadas as fantasias de morte e de sucesso ou insucesso da cirurgia, assim como as relacionadas aos aspectos estéticos pós-cirurgia); fantasias de sobrevida; mudanças observadas quanto às idéias sobre sua saúde e sua doença; preconceitos pessoais, familiares e de pessoas amigas após a cirurgia; idéias atuais sobre como é e como será a recuperação pós-cirurgia (capacidade física, social e mental); perspectiva de vida na atualidade (vida familiar, aspectos estéticos, vida sexual, funções femininas em geral); seus sentimentos femininos atuais e sua vida enquanto mulher (trabalho, posição social, posição familiar, vida sexual e sentimentos de feminilidade); e projetos imediatos de trabalho (vida familiar e social).

3.6. Coleta, processamento dos dados e análise estatística

Os dados obtidos a partir dos prontuários médicos das pacientes foram transferidos para um ficha pré-codificada. Após revisão manual, para detectar possíveis erros de seleção ou de preenchimento, os dados foram transferidos para um arquivo de microcomputador, para posterior análise.

As variáveis quantitativas foram comparadas por análise de correlação linear através do teste t-Student (t), e a associação entre as variáveis foram analisadas através do Qui-Quadrado de Pearson (X^2), adotando-se 5% como nível de significância aceito universalmente em estudos biomédicos.

As curvas de sobrevida total e sobrevida livre de doença (local e a distância) foram avaliadas através do método Tábua de Vida de KAPLAN & MEYER (1958). Para o cálculo da significância estatística entre as curvas, utilizou-se a prova de Wilcoxon Generalizada (Breslow) e o teste de Mantel-Haenzel, conforme orientações gerais de LEE (1980) e PETO et al. (1980).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Intervalo livre de doença local na amostra global e por estádios

A taxa de recidiva local na amostra global foi baixa, sendo que ocorreram 6 (3,9%) no grupo de estudo e 7 (4,6%) no grupo-controle. Avaliando-se as recidivas locais em relação ao estágio, observou-se que, além de serem semelhantes nos dois grupos, não houve relação entre estádios mais avançados e recidivas (TABELA 5).

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA RADICAL COM E SEM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA, SEGUNDO A RECIDIVA LOCAL E O ESTÁDIO

ESTÁDIO	RECIDIVA LOCAL			
	MRRR	(% RELATIVA)	MR	(% RELATIVA)
I	0/20	(0%)	1/20	(5%)
II Axila Negativa	2/38	(5,2%)	2/41	(4,8%)
II Axila Positiva	1/50	(2,0%)	2/47	(4,2%)
IIIa	3/45	(6,6%)	2/45	(4,4%)
TOTAL	6/153	(3,9%)	7/153	(4,6%)

Em relação à avaliação das curvas de sobrevida livre de doença local, na amostra global, não houve diferenças significativas entre o grupo tratado com mastectomia radical e reconstrução imediata e o grupo tratado apenas com mastectomia radical (Figura1).

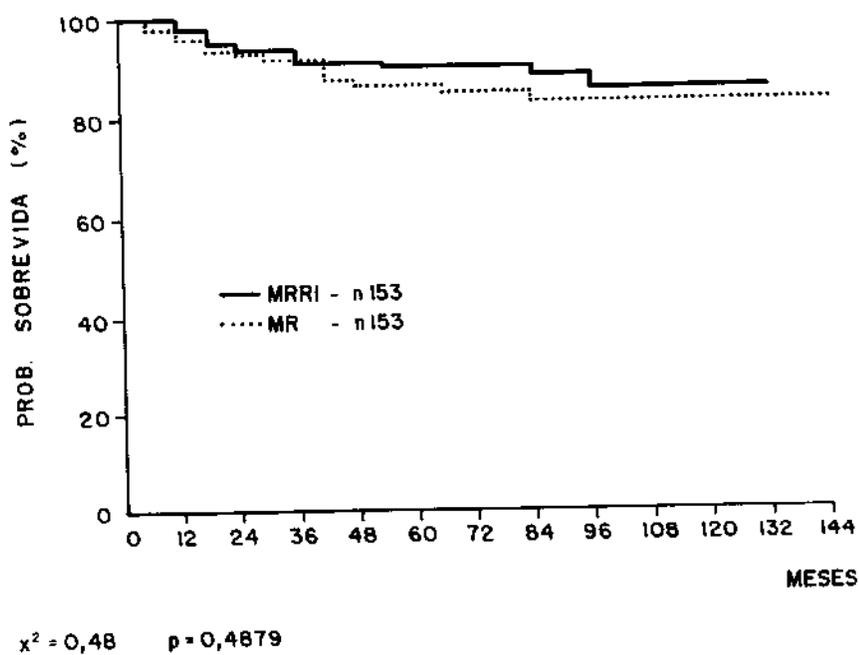


Figura 1. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estádios I, II e IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

Da mesma forma, quando foram avaliadas as curvas de sobrevida livre de doença local, considerando-se os estádios I, II, II axila livre e axila comprometida e IIIa, observou-se que foram bastante semelhantes (Figuras 2, 3, 4, 5 e 6).

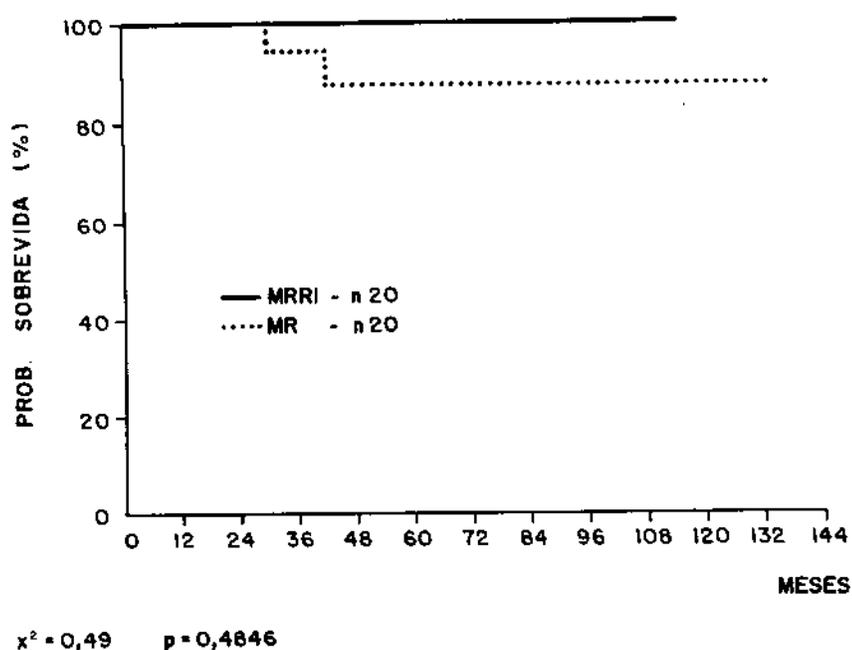


Figura 2. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estágio I, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

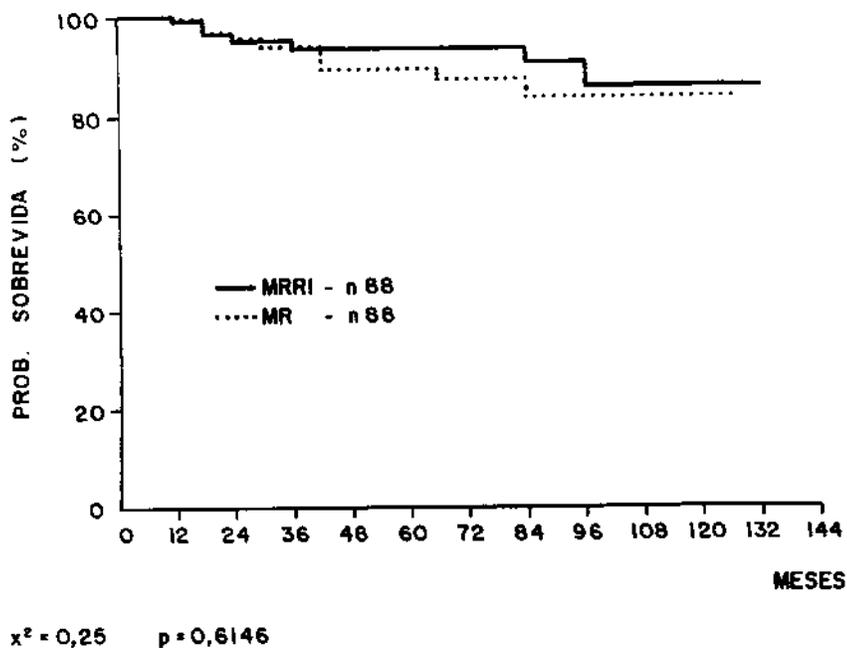


Figura 3. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estágio II, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

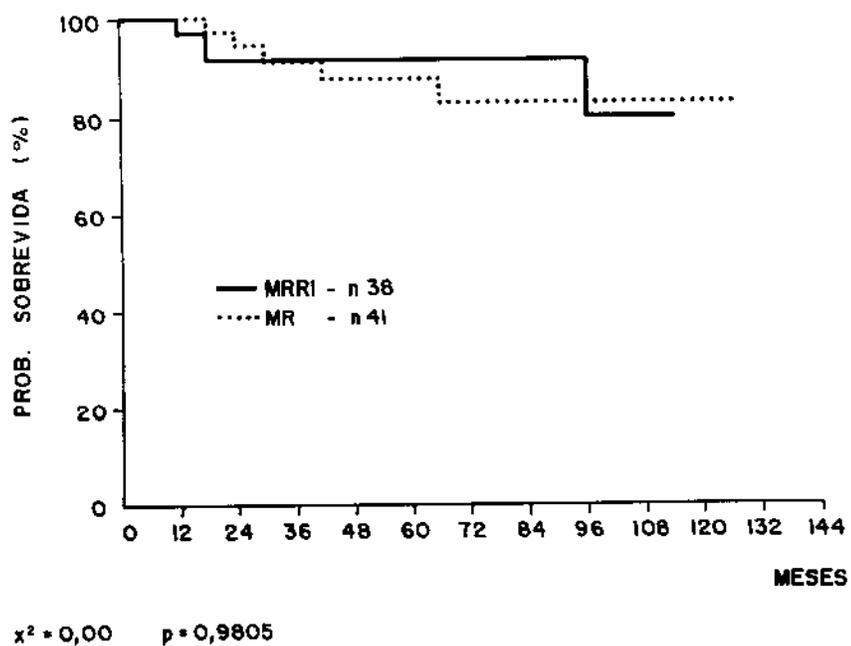


Figura 4. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estágio II, axila negativa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

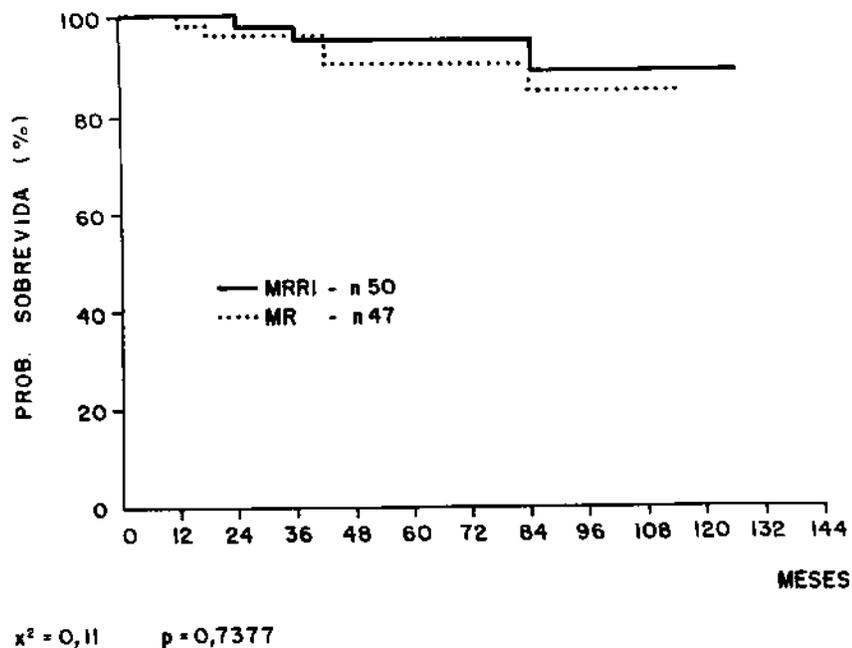


Figura 5. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estágio II, axila positiva, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

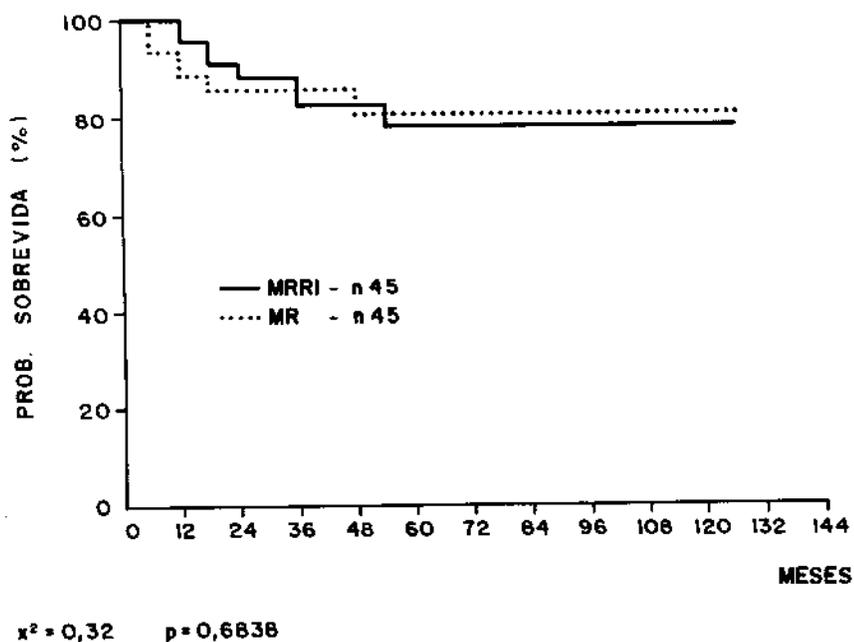


Figura 6. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estágio IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

4.2. Intervalo livre de doença a distância na amostra global e por estádios

Em relação à recidiva a distância, observou-se que foram semelhantes nos dois grupos. Na amostra global de pacientes submetidas à mastectomia com reconstrução imediata ocorreram 51 (33,3%) casos de metástases e, nas pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução, as recidivas a distância ocorreram em 50 (32,7%) pacientes. Avaliando-se as metástases a distância em relação ao estágio, observou-se que também foram semelhantes nos dois grupos, porém houve uma maior incidência de metástases nas pacientes com doença local avançada - estágio II com axila comprometida, e estágio IIIa (TABELA 6).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA RADICAL COM E SEM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA, SEGUNDO A RECIDIVA A DISTÂNCIA E O ESTÁDIO

ESTÁDIO	RECIDIVA A DISTÂNCIA			
	MRRI	(% RELATIVA)	MR	(% RELATIVA)
I	1/20	(5%)	2/20	(10%)
II Axila Negativa	7/38	(18,4%)	10/41	(24,4%)
II Axila Positiva	23/50	(46,0%)	14/47	(29,8%)
III a	20/45	(44,4%)	24/45	(53,3%)
TOTAL	51/153	(33,3%)	50/153	(32,7%)

Na avaliação das curvas de sobrevida livre de doença a distância, na amostra global, não se verificaram, portanto, diferenças significativas entre o grupo de estudo e o grupo-controle. Observou-se que as recidivas ocorreram homoganeamente durante os primeiros cinco anos pós-mastectomia nos dois grupos (Figura 7).

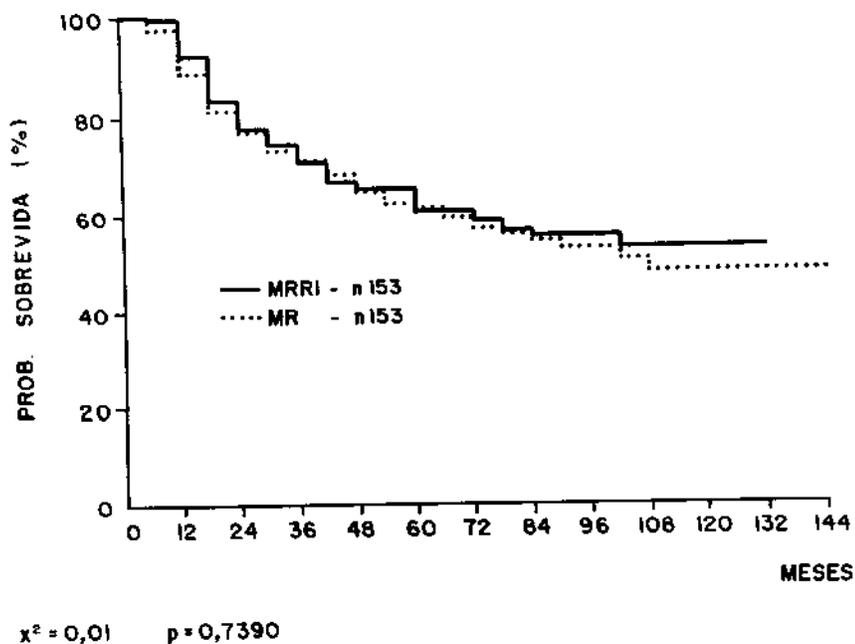


Figura 7. Intervalo livre de doença comparando portadoras de carcinoma de mama estádios I, II e IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

Também, quando se comparou a sobrevida livre de doença a distância no grupo de pacientes mastectomizadas com reconstrução imediata ou sem reconstrução, considerando-se os estádios I, II, II axila livre, II axila comprometida e IIIa, não se observaram diferenças entre os grupos (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12).

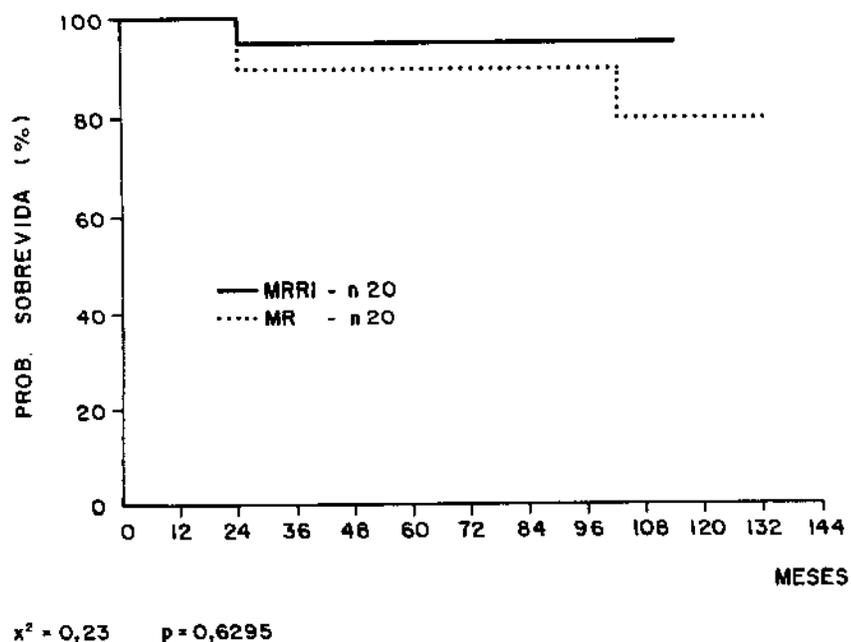
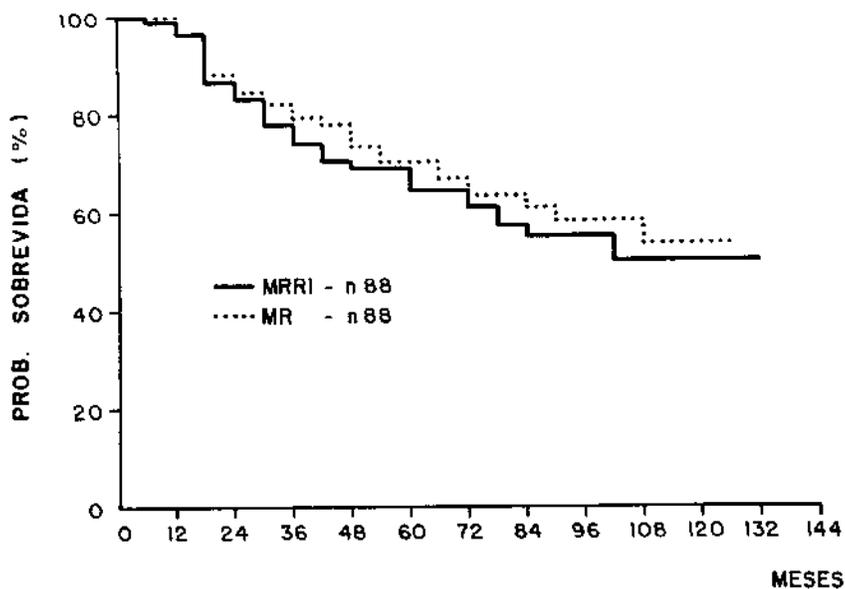
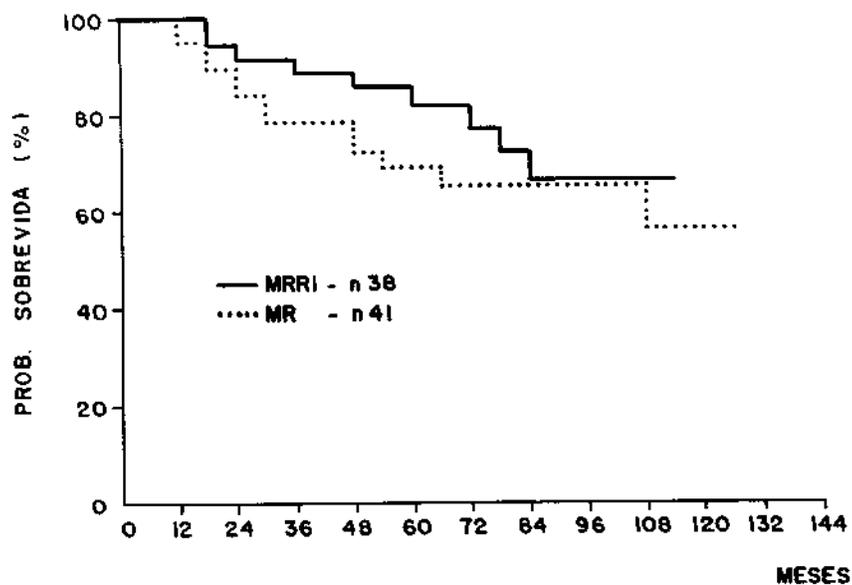


Figura 8. Intervalo livre de doença comparando portadoras de carcinoma de mama estágio I, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



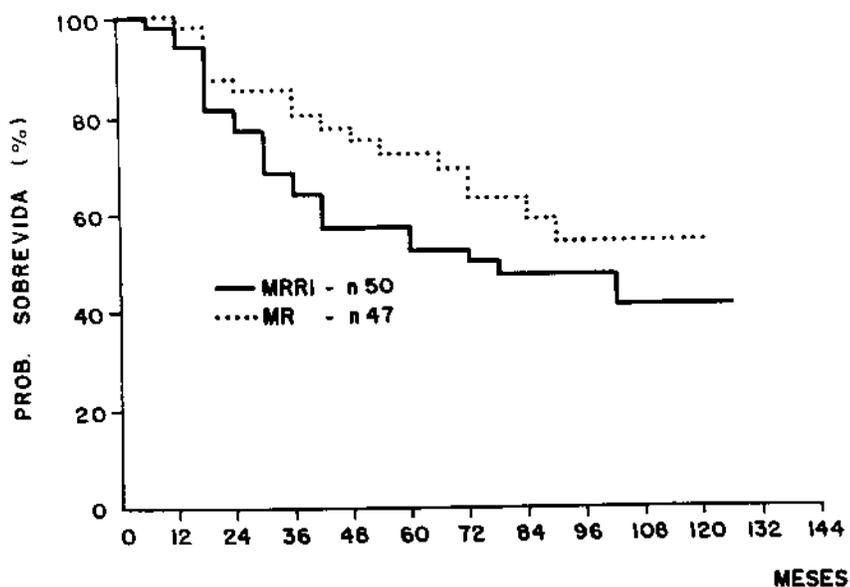
$\chi^2 = 0,22$ $p = 0,6362$

Figura 9. Intervalo livre de doença comparando portadoras de carcinoma de mama estádios II, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



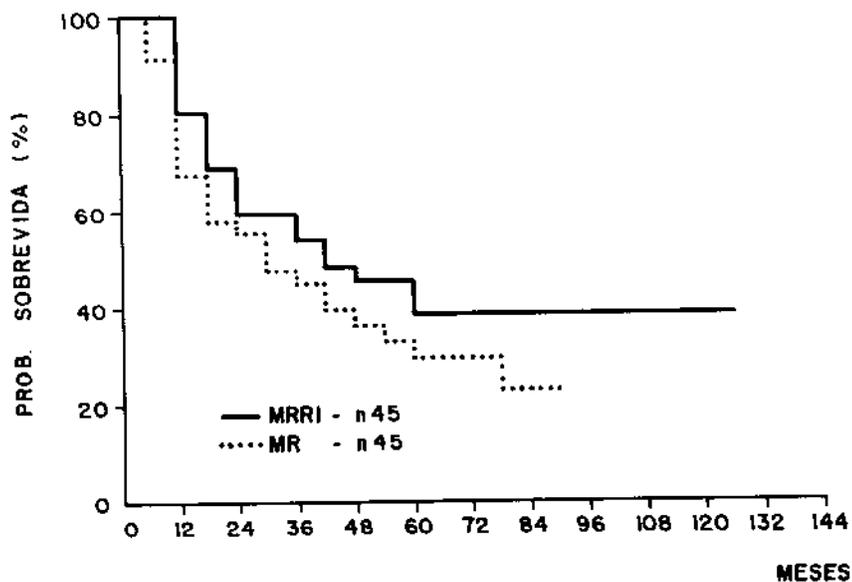
$\chi^2 = 0,41$ $p = 0,5238$

Figura 10. Intervalo livre de doença comparando portadoras de carcinoma de mama estádios II axila negativa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



$\chi^2 = 0,22$ $p = 0,1494$

Figura 11. Intervalo livre de doença comparando portadoras de carcinoma de mama estádios II axila positiva, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



$\chi^2 = 1,42$ $p = 0,2338$

Figura 12. Intervalo livre de doença comparando portadoras de carcinoma de mama estádios IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

4.3. Sobrevida total na amostra global e por estádios

A sobrevida total foi praticamente a mesma nos dois grupos, com uma melhor sobrevida das pacientes em estádios iniciais (TABELA 7).

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA RADICAL COM E SEM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA, SEGUNDO A RECIDIVA, A SOBREVIDA E O ESTÁDIO

ESTÁDIO	SOBREVIDA			
	MRR	(% RELATIVA)	MR	(% RELATIVA)
I	19/20	(95%)	19/20	(95%)
II Axila Negativa	32/38	(84,2%)	32/41	(78,1%)
II Axila Positiva	31/50	(62,0%)	38/47	(81,0%)
III a	30/45	(66,7%)	24/45	(53,3%)
TOTAL	112/153	(73,2%)	113/153	(73,9%)

As curvas de sobrevida total na amostra global não mostraram diferenças significativas entre as pacientes submetidas à mastectomia com e sem reconstrução imediata (Figura 13).

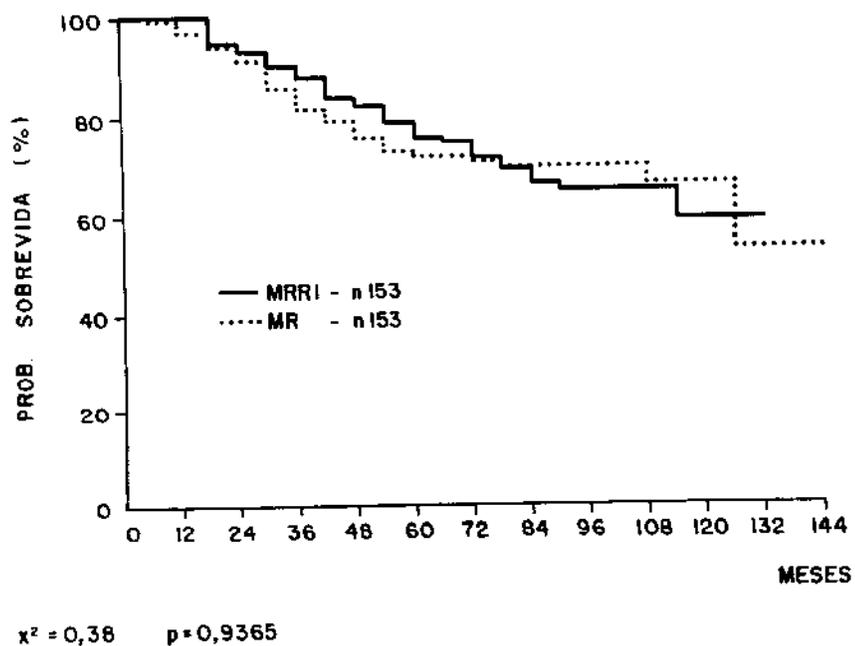


Figura 13. Sobrevida total comparando portadoras de carcinoma de mama estádios I, II e IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

Quando avaliadas segundo o estágio, as curvas de sobrevivência mantiveram-se semelhantes nos dois grupos estudados (Figuras 14, 15, 16, 17 e 18).

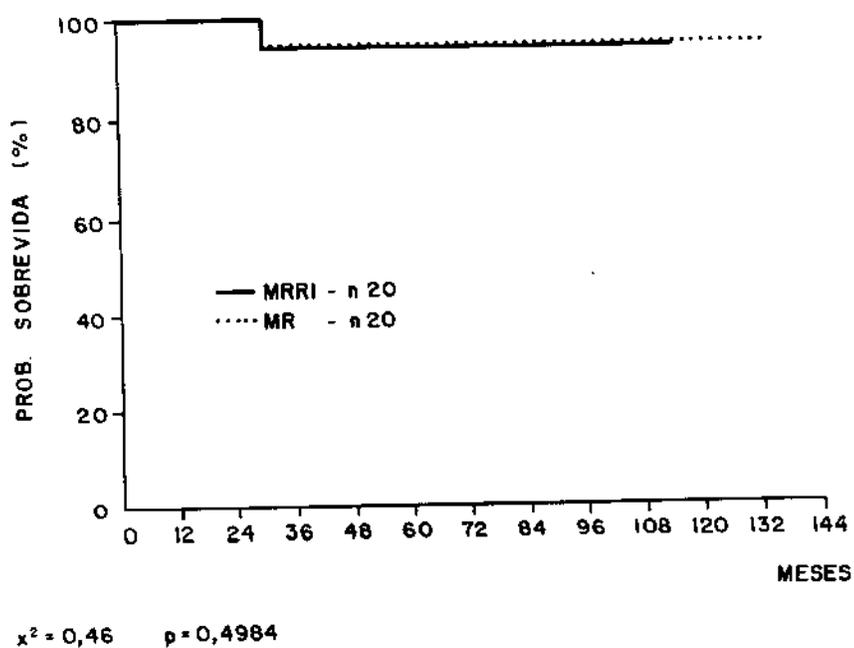
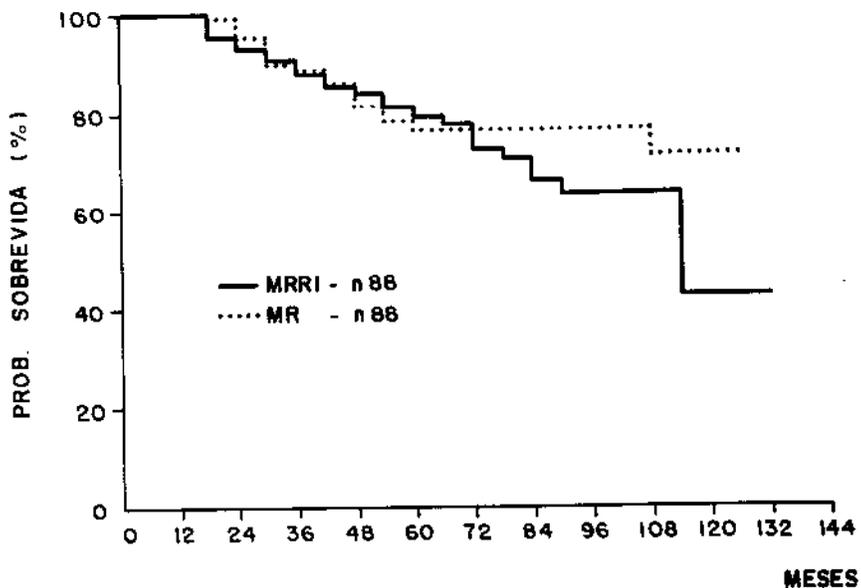
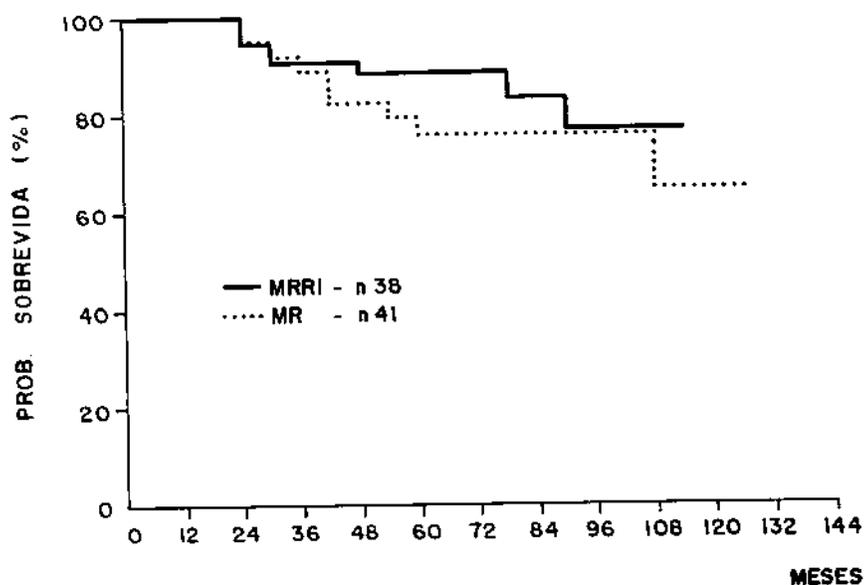


Figura 14. Sobrevivência total comparando portadoras de carcinoma de mama estágio I, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



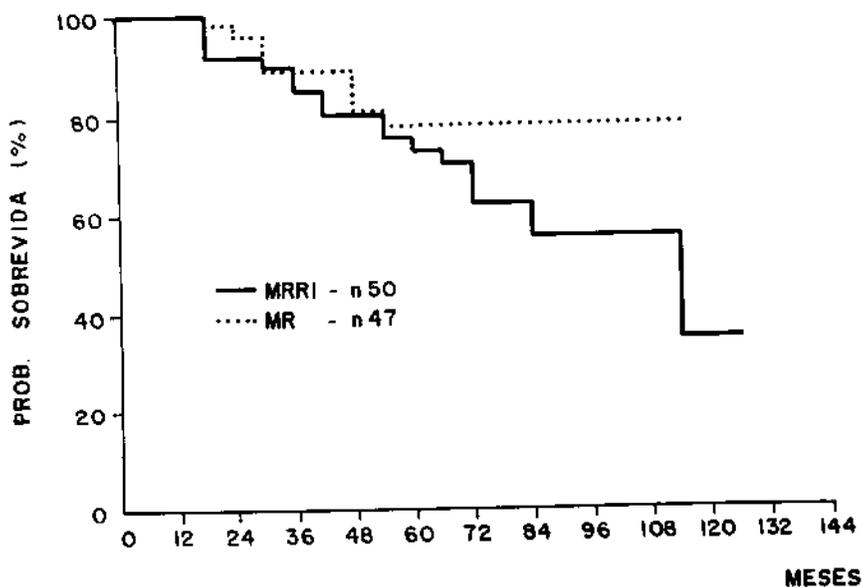
$\chi^2 = 0,87$ $p = 0,3508$

Figura 15. Sobrevida total comparando portadoras de carcinoma de mama estágio II, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



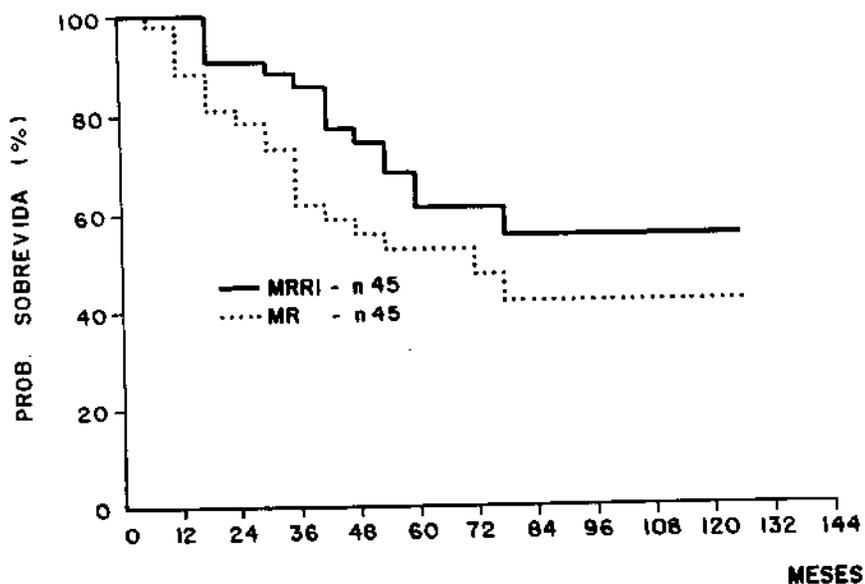
$\chi^2 = 0,22$ $p = 0,6354$

Figura 16. Sobrevida total comparando portadoras de carcinoma de mama estágio II axila negativa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



$\chi^2 = 2,56$ $p = 0,1093$

Figura 17. Sobrevida total comparando portadoras de carcinoma de mama estágio II axila positiva, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata



$\chi^2 = 2,40$ $p = 0,1216$

Figura 18. Sobrevida total comparando portadoras de carcinoma de mama estágio III axila negativa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

4.4. Qualidade de vida

Em relação à qualidade de vida, a avaliação psicológica das pacientes submetidas à reconstrução mamária, comparadas com aquelas submetidas à mastectomia sem reconstrução, mostrou que a reconstrução foi muito importante para a recuperação da auto-estima, diminuição das fantasias de morte e recuperação do esquema corporal com uma melhora na qualidade de vida, sendo estes benefícios observados entre 65,7% e 80% das pacientes. A ansiedade foi maior no grupo-controle, enquanto a recuperação da sexualidade ocorreu em uma proporção maior entre as mulheres submetidas à reconstrução. A depressão foi semelhante nos dois grupos (Figura 19).

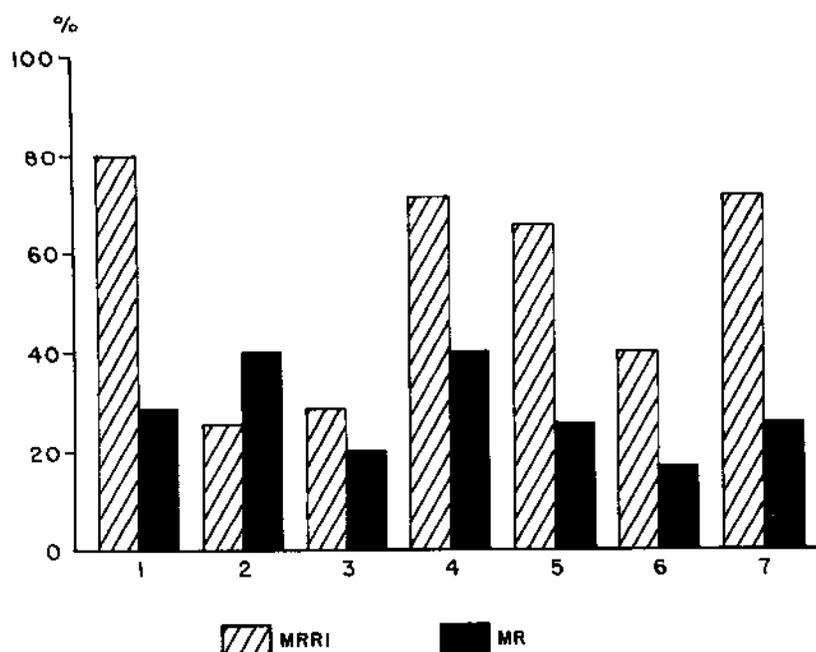


Figura 19. Avaliação da auto-estima (1), ansiedade (2), depressão (3), medo da morte (4), recuperação do esquema corporal (5), recuperação da sexualidade (6) e melhora da qualidade de vida (7), comparando mulheres portadoras de carcinoma de mama estágio I, II e IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Na última década, um número cada vez maior de mulheres tem optado pela reconstrução imediata ou tardia de sua mama, retirada em razão de um carcinoma. A ocorrência desta doença é rara antes dos 30 anos, mas sua incidência, que está crescendo em torno de 1% a 2% ao ano, aumenta muito até os 50 anos (VERONESI et al., 1989). Além da morbidade e da mortalidade inerentes à doença e ao tratamento, há o aspecto da mutilação, que traz sérios problemas psicológicos à mulher, pois a mama tem sua função primária ligada à maternidade e, ao mesmo tempo, associada à sexualidade.

A questão da mutilação foi parcialmente resolvida para casos de tumores pequenos, com a demonstração da equivalência prognóstica entre as cirurgias conservadoras e as radicais. A mastectomia permanece, entretanto, como o mais adequado e utilizado tratamento na maioria dos casos diagnosticados em países em desenvolvimento.

A primeira reação da mulher diante do diagnóstico de câncer e a eminente perda da mama é uma tentativa irrefletida de salvação do órgão doente,

mais que a conservação da própria vida (DMOCH, 1985). Aos poucos, no entanto, o instinto de vida vai dando lugar à aceitação da perda. Este fato tem sido exaustivamente explicado e relacionado ao valor do significado psicológico e corporal da mama para a mulher.

Foi essa preocupação que motivou nosso Serviço, a partir de 1982, a realizar um estudo sobre a reconstrução mamária imediatamente após a mastectomia, utilizando um retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal. Além do aspecto reparador, era nossa meta utilizar procedimentos que não exigissem grandes tempos cirúrgicos e internações prolongadas, bem como dispensassem o emprego de próteses ou expansores, muito utilizados na época, mas de custo muito elevado.

Nas primeiras reconstruções realizadas tivemos dificuldades técnicas com as cirurgias, demorando horas, havendo necessidade de transfusões sangüíneas e a ocorrência de perda dos retalhos e hérnias incisionais. Progressivamente, as dificuldades foram vencidas. Os resultados estéticos foram cada vez melhores e a aceitação das pacientes muito boa, sobretudo com diminuição dos problemas emocionais e rápida readaptação ao cotidiano. No entanto, questionou-se a conveniência da reconstrução imediata e os riscos para a detecção das recidivas, principalmente em tumores maiores que 2cm, exigindo uma avaliação cuidadosa dos resultados obtidos, para saber se o procedimento interferia no prognóstico oncológico.

O objetivo do nosso estudo, que avaliou o trabalho iniciado em junho de 1982, foi responder a essa questão e saber se o procedimento proposto melhorava a qualidade de vida da paciente. Não adotamos a randomização naquela ocasião porque a abordagem terapêutica oncológica era a mesma, ou

seja, a mastectomia radical complementada com a reconstrução. Assim, não seria ético deixar de oferecer esse tipo de tratamento a todas as pacientes. Portanto, as pacientes não reconstruídas foram aquelas que não aceitaram o procedimento, que tinham cirurgia abdominal prévia ou que residiam em locais que não permitiam os retornos periódicos para os exames de seguimento. Posteriormente, observamos que os insucessos estéticos e que algumas complicações eram mais freqüentes nas pacientes com diabetes, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e fumantes, não sendo essa avaliação, porém, motivo desta tese.

O presente estudo é retrospectivo e, para eliminar possíveis vícios ou "bias" na seleção dos casos estudados, comparamos todas as pacientes submetidas à reconstrução, num determinado período, com mulheres não submetidas à reconstrução, também tratadas na mesma época, utilizando o método de emparelhamento por estágio, estado menstrual e data de cirurgia. Desta forma, a distribuição da amostra foi uniforme e homogênea, ficando o prognóstico dependente apenas da doença, além da reconstrução, uma vez que a intervenção médica loco-regional e a sistêmica foram semelhantes no grupo de estudo e no grupo-controle.

A avaliação do intervalo livre de doença local em toda a amostra, ou seja, a ocorrência de recidivas locais na amostra total foi semelhante nos dois grupos. Também não observamos diferença significativa no número de recidivas locais quando considerados os estádios I, II, II axila negativa, II axila positiva e IIIa, sendo os resultados semelhantes aos da literatura quando se realizou a mastectomia radical, variando de 0% a 13,1% (GRAY & ANGLEM, 1959; LEE & LAMBLEY, 1971; FRACCHIA, EVANS, EISENBERG, 1980; LEIS JR., 1980; LYTHGOE & PALMER, 1982; NOGUCHI et al., 1993).

O aparecimento de qualquer nodulação no retalho, e mais freqüentemente nas suas bordas, foi acompanhado com ecografia e mamografia, seguindo-se de biópsia excisional. Em apenas um caso a recorrência foi nesta localização e não sob a neomama, área que poderia ocultar uma recidiva. Esta rotina permitiu-nos estabelecer critérios clínicos e ecográficos, possibilitando o diagnóstico diferencial entre necrose gordurosa e recidiva.

A possibilidade de o retalho dificultar o diagnóstico da recorrência era um dos argumentos contra a realização da reconstrução. Como vimos, entre seis casos que apresentaram recidiva local, apenas um estava localizado no retalho miocutâneo, os demais na pele da parede torácica. A recidiva local não esteve relacionada com o tamanho do tumor em ambos os grupos estudados, não havendo diferença se a axila estava ou não comprometida. Provavelmente, estes dados confirmam o efeito benéfico da quimioterapia adjuvante, que reduziu a freqüência da recidiva local quando havia metástases linfonodais. Outro aspecto que se evidenciou nas curvas de sobrevida é que estas recidivas ocorreram principalmente entre 12 e 36 meses após o tratamento primário, estando relacionadas com o desenvolvimento de metástases a distância num curto período de tempo (BAKER et al., 1979). Acreditamos, porém, que a ressecção ampla, com ou sem irradiação, seguida de quimioterapia possa dar à paciente um substancial aumento da sobrevida.

A margem de pele excisada em torno do tumor é outra questão que deve ser considerada, pois está associada à recorrência local, se esta margem for menor que 3cm. Este aspecto é importante porque, ao realizarmos uma reconstrução, a ressecção de pele poderá ser ampla, não havendo necessidade de preocupação com a quantidade de tecido para o fechamento da ferida cirúrgica. Embora o tipo de fechamento não influencie na recidiva local, a

economia na ressecção da pele e os enxertos em áreas com suspeita de doença residual aumentam a freqüência de recorrência (DONEGAN, PEREZ-MESA, WATSON, 1966).

As pacientes que apresentavam maior risco para recidiva local, como tumores maiores que 5cm, metástase axilar em mais de quatro linfonodos, invasão linfática extranodal e invasão dos vasos linfáticos da mama tiveram indicação para radioterapia local e nas cadeias de drenagem linfática. Este procedimento não interfere no enxerto ou na estética, apesar de poder ocorrer mais casos de necrose gordurosa nas margens do retalho. Portanto, podemos afirmar que o fato de se reconstruir a mama imediatamente após a mastectomia com o retalho miocutâneo abdominal não influencia na incidência da recidiva local, nem impede a realização do tratamento oncológico loco-regional adequado.

A ocorrência de metástase a distância foi semelhante nos dois grupos, com uma incidência progressiva de acordo com o tamanho do tumor e o envolvimento linfonodal, como já foi demonstrado em diferentes estudos realizados (FISHER et al., 1968). Estas metástases apareceram entre 12 e 60 meses após o tratamento primário, mais freqüentemente nos casos em que havia envolvimento linfonodal e nos estádios IIIa. Cinco anos após a reconstrução, cerca de 80% das pacientes estágio II, axila negativa, estavam livres de doença, enquanto aquelas com metástases axilares, ou estágio IIIa, permaneciam sem recidiva, na proporção de 40% a 50%.

Não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados, ainda que tenhamos observado uma tendência para melhor sobrevida livre de doença nas pacientes estágio II, axila positiva, tratadas apenas com mastectomia. Provavelmente, esta discreta melhora esteja mais relacionada com

as características das pacientes - como o estado imunológico e da doença - e com a proliferação celular do que com o tipo de tratamento realizado.

A análise da sobrevida livre de doença mostrou que a metástase axilar foi o fator relacionado com a doença que melhor definiu o prognóstico e que a reconstrução não interferiu na frequência dessas recidivas. Logo, a questão principal para essas pacientes haveria de ser a busca de um esquema de tratamento sistêmico mais adequado e eficaz, pois mesmo as pacientes com axila negativa e que receberam quimioterapia tiveram uma taxa de 18% a 24% de recidivas.

A aplicação das drogas não trouxe aumento na ocorrência de complicações como infecção, necrose parcial ou perda do retalho. No período de desenvolvimento do presente trabalho, o esquema de drogas utilizadas não incluía os antraciclínicos como adriamicina e epirubicina, que são mais eficazes, porém mais tóxicos. Entretanto, os casos tratados a partir de 1989 e que receberam estas drogas também não apresentaram aumento na incidência de complicações. Assim, além de não interferir no prognóstico, a reconstrução imediata não limitou a terapêutica adjuvante, nem foi prejudicada pela sua aplicação.

O estudo da sobrevida total mostrou evoluções semelhantes, sem diferenças estatísticas. Após cinco e dez anos de seguimento, respectivamente cerca de 74% e 64% das pacientes estavam vivas em ambos os grupos.

A avaliação da sobrevida livre de doença total demonstra que não existe restrição para a utilização da reconstrução imediata nas pacientes estágio I, estando 94% delas vivas e sem doença dez anos após o tratamento, resultado este discretamente melhor que aqueles citados na literatura (ARIEL, 1979;

BAKER et al., 1979; FERGUSON et al., 1982; PATEL et al., 1993). Como estes casos são, nos dias de hoje, geralmente tratados com a cirurgia conservadora da mama, a indicação sem restrições para a reconstrução dependeria apenas da vontade da paciente e dos fatores que limitam o tratamento conservador, como o tamanho da mama e do tumor e a localização do tumor na mama.

A incidência de óbito pela doença foi gradativa à medida que o tumor era maior e havia presença de metástases axilares, como era de se esperar. Comparando os resultados que encontramos, tanto no grupo de estudo como no grupo-controle, observamos que as taxas de sobrevida estavam acima daquelas descritas na literatura e acreditamos que este fato decorreu da utilização da quimioterapia adjuvante em todos os casos de estágio II e IIIa (HAIMOV, KARK, LESNICK, 1968; FERGUSON et al., 1982; HAAGENSEN & BODIAN, 1984; PINOTTI, BAROUDI, TEIXEIRA, 1984).

Os óbitos pela doença ocorreram, principalmente, até 72 meses após tratamento e, como na sobrevida livre de doença, foram menos frequentes nas pacientes estágio II axila positiva. Novamente a justificativa para esses resultados estaria relacionada com o estado imunológico e características de proliferação da doença.

Mesmo sem significância estatística, observamos que as pacientes estágio IIIa submetidas à reconstrução tiveram sua sobrevida livre de doença numa porcentagem superior à daquelas que não foram submetidas a igual tratamento. Como a incidência de recidiva local foi semelhante nos dois grupos, acreditamos que esta tendência para melhor nesses casos esteja relacionada com algum aspecto ligado ao eixo sistema nervoso central-sistema imunológico, reforçando a importância da reconstrução no bem-estar mental das pacientes,

como havia sido sugerido anteriormente (PINOTTI et al., 1984).

Como pudemos observar pela análise da sobrevida livre de doença e total, as recidivas e óbitos ocorrem no período entre 12 e 60 meses, principalmente ao redor de 36 meses, conforme já ficou demonstrado em estudos anteriores (PINOTTI et al., 1984; ELLIOTT et al., 1993). Este fato reforça a nossa orientação que tem sido a de indicar a cirurgia imediatamente após a mastectomia, ou então, quando houver opção pela reconstrução tardia, deixá-la para depois de cinco anos. É bem provável que esta reconstrução tardia não venha a curar as marcas psicológicas deixadas pela amputação.

Outro aspecto que merece considerações refere-se ao custo da reconstrução. Levando-se em conta o gasto decorrente do tempo de internação, anestésias, eventuais hemotransfusões, gasto intra-operatório, seguimento pós-operatório e equipe médica, a reconstrução imediata custa o dobro de uma mastectomia radical e é mais econômica que a reconstrução tardia, pois teremos que considerar, separadamente, a mastectomia e a reconstrução (SCANLON, 1991; ELKOWITZ et al., 1993).

Ainda, com relação à parte técnica da reconstrução imediata, devemos considerar a questão dos retoques. Temos optado por refazer o complexo aréolo-mamilar seis meses após a cirurgia, tempo suficiente para o término do tratamento adjuvante e que permite a configuração definitiva da neomama, evitando-se assimetria em relação à mama oposta. Não utilizamos o complexo aréolo-mamilar da mama amputada, pois há um risco de 8% a 36% dele estar envolvido pelo carcinoma (MILLARD JR., DEVINE, WARREN, 1971). A técnica que tem sido utilizada aproveita a pele dos pequenos lábios.

Creemos que a reconstrução oferece uma melhor qualidade de vida,

pois a mama, em nossa cultura ocidental, é símbolo de feminilidade. Em um grupo de pacientes, a análise psicológica por nós realizada demonstrou que as pacientes submetidas à mastectomia radical apresentavam poucas fantasias em relação à sobrevivência, conflitos conjugais, intensas fantasias de morte e preconceitos negativos sobre a sua futura vida familiar e social, além de um quadro depressivo e ansioso muito forte, com desvalorização de suas funções femininas. Após a cirurgia, a depressão melhorava discretamente, mas aumentava a ansiedade e, em geral, pioravam as suas idéias sobre as funções femininas, ou seja, aumentavam muito as fantasias de castração. As pacientes que foram submetidas à reconstrução mamária imediata recuperaram, em grande parte, suas funções femininas, vida sexual e, inclusive, fantasias de reintegração social em nível de trabalho. A reconstrução da mama devolve à paciente a sua auto-estima, melhorando sua qualidade de vida e suas condições emocionais, fatos que podiam estar relacionados a um melhor prognóstico.

A vivência das mamas não é a mesma numa adolescente, numa jovem, numa mulher casada ou solteira, numa pessoa de mais idade, numa mulher que amamenta ou não, ou seja, a imagem corporal na qual as mamas se integram varia não só com a idade, mas também com o estado psicológico e social da mulher. Em qualquer doença de mama, a mulher teme perder sua potência orgástica e sua capacidade sensual. A feminilidade é vivida, então, com angústia e rejeição, sendo objeto de deslocamento de todas as fantasias autodestrutivas, masoquistas e de autodesvalorização. Com a mastectomia, a corporalidade sofre um dano irreparável: as regressões são francamente desestruturantes e alcançam com facilidade níveis psicóticos; há uma perda da feminilidade e uma desesperança de sexualidade que transcende o conceito de feminino ou masculino (KNOBEL & SARMENTO, 1991).

A mama é, sobretudo, um símbolo de maternidade, de suavidade, de segurança, de recursos ligados à fecundidade e ao leite, associada às imagens de intimidade, de oferenda, de dádiva e refúgio. A sua reconstrução possibilita a mulher conservar um importante símbolo de feminilidade e sexualidade e, por isso mesmo, deve atuar positivamente na sua cura.

Não devemos focalizar a paciente com câncer de mama apenas pelos seus problemas somáticos e aspectos tecnológicos de seu tratamento. É importante considerar a melhor perspectiva e examinar cada paciente levando-se em conta o seu contexto cultural, biológico, social e psicológico. Precisamos discutir a mulher como um indivíduo que afeta e é afetado por variáveis psicossociais do hospedeiro, incluindo a sua cultura, posição social (no trabalho, família, amigos, interação médico-paciente), estratégias psicológicas e atitudes sobre si próprio, sua doença, tipos de tratamento a que poderia ser submetido.

A literatura psicossocial relata uma grande variação em tipos e grandezas de distúrbios emocionais pós-mastectomia e uma significativa escala de depressão e ansiedade. Aproximadamente 27% a 32% das mulheres mastectomizadas admitem problemas sexuais após a cirurgia (MORRIS, GREER, WHITE, 1977; McGUIRE, LEE, BEVINGTON, 1978). Além da depressão e ansiedade poderá ocorrer disfunção sexual e, ocasionalmente, idéia de suicídio (JAMISON, WELLISCH, PASNAU, 1978). O aspecto negativo da mastectomia também se reflete nos parceiros, e cerca de 20% deles evitam olhar para o corpo desnudo e amputado da companheira (WELLISCH, JAMISON, PASNAU, 1978).

A reconstrução como correção do defeito físico causado pela mastectomia tem demonstrado um efeito benéfico na resposta psicológica e

sexual da mulher: liberta-se a mulher da ansiedade sobre a sua condição e de sua preocupação com o defeito do corpo, que torna presente a causa remota da deformidade. O fato de não ter que usar uma prótese externa e não apresentar cicatrizes da mastectomia faz com que não existam lembranças de possível recorrência da doença, favorecendo o retorno às suas atividades anteriores. A reconstrução muitas vezes aumenta a atividade sexual. Não está claro, todavia, se estas alterações são devidas ao aumento de resposta erótica na região da mama ou a um aumento da sensação de simetria corpórea e restauração da sensualidade, especialmente com vestidos e roupas de dormir (TEIMOURIAN & ADHAM, 1982).

A indicação da reconstrução deve ser avaliada individualmente, porém, a princípio, e conforme observamos neste estudo, ela está indicada para qualquer mulher submetida à mastectomia, desde que as condições clínicas permitam. A reconstrução imediata complementaria uma mastectomia irrepreensível, uma radioterapia tecnicamente perfeita e uma quimioterapia corretamente indicada, obtendo-se a cura ou controle da doença, permitindo a paciente viver sua condição plena de mulher.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- 6.1.** A reconstrução mamária com o retalho miocutâneo do reto abdominal realizada imediatamente após a mastectomia radical não interferiu no prognóstico oncológico das pacientes com carcinoma de mama estádios I, II e IIIa.
- 6.2.** A reconstrução mamária imediata não interferiu na recidiva local e nem na recidiva a distância, considerando-se a amostra total e a amostra por estádios.
- 6.3.** A reconstrução imediata não interferiu na sobrevida total das pacientes estágio I, II e IIIa.
- 6.4.** Houve melhora na qualidade de vida das pacientes submetidas à reconstrução, principalmente nos aspectos relacionados com auto-estima, medo da morte, reeducação do esquema corporal e recuperação da sexualidade, e não interferiu na ansiedade e depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

- ALEXANDER, J.E. & BLOCK, L.I. - Breast reconstruction following radical mastectomy. **Plast. Reconst. Surg.**, **40**:175-9, 1967.
- ARIEL, I.M. - Results of treating 1,178 patients with breast cancer by radical mastectomy and postoperative irradiation where metastases to axillary lymph nodes occurred. **J. Surg. Oncol.**, **12**:137-53, 1979.
- ATTIYEH, F.F.; JENSEN, M.; HUVOS, A.G.; FRACCHIA, A. - Axillary micrometastasis and macrometastasis in carcinoma of the breast. **Surg. Gynecol. Obstet.**, **144**:839-42, 1977.
- BAKER, R.R.; MONTAGUE, A.C.W.; CHILDS, J.N. - A comparison of modified radical mastectomy to radical mastectomy in the treatment of operable breast cancer. **Ann. Surg.**, **189**:553-9, 1979.
- BALAWAJDER, I.; ANTICH, P.P.; BOLAND, J. - An analysis of the role of radiotherapy alone and in combination with chemotherapy and surgery in the management of advanced breast carcinoma. **Cancer**, **51**:574-80, 1983.
- BAROUDI, R.; PINOTTI, J.A.; KEPPEKE, E.M. - A transverse thoracoabdominal skin flap for closure after radical mastectomy. **Plast. Reconst. Surg.**, **61**:547-54, 1978.
- BONADONNA, G.; BRUSAMOLINO, E.; VALAGUSSA, P.; ROSSI, A.; BRUGNATELLI, L.; BRAMBILLA, C.; DE LENA, M.; TANCINI, G.; BAJETTA, E.; MUSUMECI, R.; VERONESI, U. - Combination chemotherapy as an adjuvant treatment in operable breast cancer. **New Engl. J. Med.**, **294**:405-10, 1976.

- BORING, C.C.; SQUIRES, T.S.; TONG, T. - Cancer statistics, 1992. **Cancer J. Clin.**, **42**:19-35, 1992.
- BOSTWICK, J.; VAUCONEZ, L.O.; JURKIEWICZ, M.J. - Breast reconstruction after a radical mastectomy. **Plast. Reconstr. Surg.**, **61**:682-93, 1978.
- COUTARD, H. - Principles of tray therapy of malignant diseases. **Lancet II**, **1**:12, 1934.
- CRILE JR., G. - Results of conservative treatment of breast cancer at ten and 15 years. **Ann. Surg.**, **181**:26-30, 1975.
- DAHER, J.C. - As reconstruções mamárias com retalho miocutâneo abdominal. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ABDOMINOPLASTIA, Rio de Janeiro. **Anais. São Paulo**, 1982. p.113.
- DANTFORTH JR., D.N. & LIPPMAN, M.E. - Surgical treatment of breast cancer. In: LIPPMAN, M.E.; LICHTER, A.S.; DANTFORTH JR., D.N. - **Diagnosis and management of breast cancer**. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1945. p.95-9.
- DMOCH, W. - Sobre alguns aspectos do procedimento com pacientes mastectomizadas. In: PRILL, H.J. & LANGER, D. - **Ginecologia psicossomática**, Ed. Roca, 1985. p.315-9.
- DONEGAN, W.L.; PEREZ-MESA, C.M.; WATSON, F.R. - A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma. **Surg. Gynecol. Obstet.**, **7**:529-40, 1966.
- EGAN, R.L. - Historia de la mamografia. In: EGAN, R.L. - **Mamografia**. Barcelona, Ediciones Toray. 5A, 1974. p.3-22.
- ELKOWITZ, A.; COLEN, S.; SLAVIN, S.; SEIBERT, J.; WEINSTEIN, M.; SHAW, W. - Various methods of breast reconstruction after mastectomy: an economic comparison. **Plast. Reconstr. Surg.**, **92**:77-83, 1993.
- ELLIOTT, L.F.; ESKENAZI, L.; BEEGLE, P.H.; PODRES, P.E.; DRAZAN, L. - Immediate TRAM flap breast reconstruction: 128 consecutive cases. **Plast. Reconstr. Surg.**, **92**:217-27, 1993.

- FERGUSON, D.J.; MEIER, P.; KARRISON, T.; DAWSON, P.J.; STRAUS, F.H.; LOWENSTEIN, F.E. - Staging of breast cancer and survival rates. An assessment based on 50 years of experience with radical mastectomy. **JAMA**, **248**:1337-41, 1982.
- FISHER, B. & FISHER, E.R. - Barrier function of lymph node to tumor cells and erythrocytes. **Cancer**, **20**:1907-13, 1967.
- FISHER, B.; RAVDIN, R.G.; AUSMAN, R.K.; SLACK, N.H.; MOORE, G.E.; NOER, R.J. - Surgical adjuvant chemotherapy in cancer of the breast: results of a decade of cooperative investigation. **Ann. Surg.**, **168**:337-56, 1968.
- FISHER, B.; SAFFER, E.A.; FISHER, E.R. - Studies concerning the regional lymph node in cancer. III. Response of regional lymph node cells from breast and colon cancer patients to PHA stimulation. **Cancer**, **30**:1202-15, 1972.
- FISHER, B. - Surgery of primary breast cancer. In: McGUIRE, W.L. (ed.) - **Breast cancer 1. Advances in research and treatment. Current approaches to therapy**. New York, Churchill Livingstone, 1977. p.1-42.
- FISHER, B.; REDMOND, C.; FISHER, E.R.; BAUER, M.; WOLMARK, N.; WICKERHAM, L.; DEUTSCH, M.; MONTAGUE, E.; MARGOLESE, R.; FOSTER, R. - Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. **New Engl. J. Med.**, **312**:674-81, 1985.
- FRACCHIA, A.A.; EVANS, J.F.; EISENBERG, B.L. - Stage III Carcinoma of the Breast: A Detailed Analysis. **Ann. Surg.**, **192**:705-10, 1980.
- FUJINO, T.; HARASHINA, T.; ENOMOTO, K. - Primary breast reconstruction after a standard radical mastectomy by a free flap transfer. **Plast. Reconst. Surg.**, **58**:371-4, 1976.
- GILLIES, H.D. - Pratical use of tubed pedicle flap. **Br. J. Surg.**, **30**:477-95, 1945.
- GRAY, E.B. & ANGLEM, T.J. - Radical mastectomy for carcinoma of the breast. **New Engl. J. Med.**, **261**:1310-4, 1959.
- HAAGENSEN, C.D. & COOLEY, E. - Radical mastectomy for mammary carcinoma. **Ann. Surg.**, **157**:166-9, 1963.

- HAAGENSEN, C.D. - Enfermedades de la mama. 2.ed. Buenos Aires, Editorial Beta, S.R.L., 1973. p.768-75.
- HAAGENSEN, C.D. & BODIAN, C. - A personal experience with Halsted's Radical Mastectomy. **Ann. Surg.**, **199**:143-50, 1984.
- HAIMOV, M.; KARK, A.E.; LESNICK, G.J. - Carcinoma of the breast. Thirty years' experience with radical mastectomy. **Am. J. Surg.**, **115**:341-8, 1968.
- HALBE, H.W. - Climatério descompensado. In: HALBE, H.W. - **Tratado de Ginecologia**. São Paulo, Roca, 1987. p.933-52.
- HAMILTON, M. - A rating scale for depression. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, **23**:56-62, 1960.
- HAMILTON, M. - Development of a rating scale for primary depressive illness. **Br. J. Soc. Clin. Psychol.**, **6**:278-96, 1967.
- HANDLEY, R.S. - The conservative radical mastectomy of patey: 10 year results in 425 patients. **Breast**, **2**:16, 1976.
- HARRIS, J.R. & OSTEEM, R.T. - Patients with early breast cancer benefit from effective axillary treatment. **Breast Cancer**, **5**:17-21, 1985.
- HARTRAMPF, C.R.; SCHEFLAN, M.; BLACK, P.W. - Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. **Plast. Reconst. Surg.**, **69**:216-24, 1982.
- HUSTON, J.T. & McKENZIE, G. - Breast reconstruction after radical mastectomy. **Aust. N.Z. Surg.**, **39**:367-71, 1978.
- JAMISON, K.R.; WELLISCH, D.K.; PASNAU, R.O. - Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. **Am. J. Psychiatry**, **135**:432-6, 1978.
- KAPLAN, G. & MEYER, P. - Non-parametric estimation from incomplete observations. **J. Am. Stat. Assoc.**, **53**:457-81, 1958.
- KELSEY, J.L. - A review of the epidemiology of human breast cancer. **Epidemiol. Rev.**, **1**:74, 1979.

- KIRICUTA, I. - L'emploi du grand épiploon dans la chirurgie du sein cancéreux. **Presse Med.**, 71:15-7, 1963.
- KNOBEL, M. - El punto de vista psiquiatrico en las mastopatias: castracion y feminidad. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, Campinas, 1977. p.195-208.
- KNOBEL, M. & SARMENTO, R.C. - Diagnóstico psicológico. In: PINOTTI, J.A. - **Compêndio de mastologia**. São Paulo, Manole, 1991. p.137-45.
- KOROLTCHOUK, V.; STANLEY, K.; STJERNWARD, V. - The control of breast cancer: WHO perspective. **Cancer**, 65:2803-10, 1990.
- LACOUR, J.; LE, M.; CACERES, E.; KOSZAROWSKI, T.; VERONESI, U.; HILL, C. - Radical mastectomy versus radical mastectomy plus internal mammary dissection. Ten year results of an International Cooperative trial in breast cancer. **Cancer**, 51:1941-3, 1983.
- LAPIN, R.; DANIEL, D.; HUTCHINS, H. - Primary breast reconstruction following mastectomy using a skin spander prothesis. **Breast**, 6:20-8, 1980.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - Vocabulário da psicanálise. Ed. Martins Fontes, 1967. p.15-25.
- LEE, R.O. & LAMBLEY, D.G. - Radical mastectomy in the treatment of breast cancer. A follow-up study over ten and fifteen years. **Br. J. Surg.**, 58:137-44, 1971.
- LEE, E.T. - Statistical methods for survival data analysis. Belmont, California, Lifetime Learning publications. 1980.
- LEIS JR., H.P. - Modified radical mastectomy: Definition and role in breast cancer surgery. **Int. Surg.**, 65:211-8, 1980.
- LEWIS JR., J.R. - Use of a sliding flap from the abdomen to provide cover in breast reconstructions. **Plast. Reconst. Surg.**, 64:491-7, 1979.
- LYTHGOE, J.P. & PALMER, M.K. - Manchester regional breast study - 5 and 10 year results. **Br. J. Surg.**, 69:693-6, 1982.

- MADDEN, J.L. - Modified radical mastectomy. **Surg. Gynecol. Obstet.**, **121**:1221-30, 1965.
- MADDOX, W.A.; CARPENTER JR., J.T.; LAWS, H.L.; SOONG, S.J.; CLOUD, G.; URIST, M.M.; BALCH, C.M. - A randomized prospective trial of radical (Halsted) mastectomy versus modified radical mastectomy in 311 breast cancer patients. **Ann. Surg.**, **198**:207-12, 1983.
- McCRAW, J.B.; DIBBELL, D.G.; CARRAWAY, J.H. - Clinical definition of independent myocutaneous vascular territories. **Plast. Reconstr. Surg.**, **60**:341-52, 1977.
- McDONALD, H.D. - Reconstruction of the breast. In: LIPPMAN, M.E.; LICHTER, A.S.; DANFORTH, D.N. - **Diagnosis and management of breast cancer**. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1988, p. 468-85.
- McGUIRE, G.P.; LEE, E.G.; BEVINGTON, E.J. - Psychiatric problems in the first year after mastectomy. **J. Psychiatry Med.**, **1**:963, 1978.
- MILLARD JR., J.D.; DEVINE JR., J.; WARREN, W.D. - Breast reconstruction: a plea for saving the uninvolved nipple. **Am. J. Surg.**, **122**:763-4, 1971.
- MORRIS, T.; GREER, H.S.; WHITE, P. - Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year follow up study. **Cancer**, **40**:2381-7, 1977.
- MÜHLBAUER, W. & OLBRISCH, R. - The latissimus dorsi myo-cutaneous flap for breast reconstruction. **Chir. Plastica**, **4**:27-34, 1977.
- NOGUCHI, M.; EARASHI, M.; OHTA, N.; KITAGAWA, H.; KINOSHITA, K.; THOMAS, M.; TANYA, T.; MIYAZAKI, I.; YAMADA, T.; NAKAGAWA, M. - Mastectomy with and without immediate breast reconstruction using a musculocutaneous flap. **Am. J. Surg.**, **166**:279-83, 1993.
- ORTICOHEA, M. - Use of the buttock to reconstruct the breast. **Br. J. Plast. Surg.**, **26**:304-9, 1973.
- PATEL, R.T.; WEBSTER, D.J.; MANSEL, R.E.; HUGHES, L.E. - Is immediate postmastectomy reconstruction safe in the long-term? **Eur. J. Surg. Oncol.**, **19**:372-5, 1993.

- PATEY, D.H. & DYSON, W.H. - The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. **Br. J. Cancer**, 2:7, 1948.
- PETO, R.; PIKE, M.C.; ARMITAGE, P.; BRESTOW, N.E.; COX, P.R. - Design and analysis trial requiring prolonged observation of each patients. III - Analysis and examples. **Br. J. Cancer**, 35:1-39, 1980.
- PINOTTI, J.A. - Mastectomia radical com conservação dos músculos peitorais no tratamento do carcinoma mamário (apresentação de técnica própria). **Mater. Inf.**, 28:225-40, 1979.
- PINOTTI, J.A.; TEIXEIRA, L.C.; KEPPE, E.M.; BAROUDI, R.; MATA, S.; KNOBEL, C.F.; PINOTTI, S. - Mastectomia radical com reconstrução imediata. **Ginecol. Obstet. Bras.**, 7:171-91, 1984.
- PINOTTI, J.A.; BAROUDI, R.; TEIXEIRA, L.C. - Reconstrução mamária. Experiência do Instituto de Tocoginecologia e Patologia Mamária de Campinas (ITPM). In: PINOTTI, J.A. - **Terapêutica em Mastologia**. São Paulo, Editora Manole, 1984. p. 371-86.
- PINOTTI, J.A.; TEIXEIRA, L.C.; KEPPE, E.M. - Comprehensive therapy of breast cancer. Conservative and radical approaches combined with reconstruction of the breast: preliminary data. **Breast Dis. Sen.**, 2:21-31, 1987.
- PINOTTI, J.A.; TEIXEIRA, L.C.; BONEILHA-MUSSOLES, F.; KEPPE, E.M.; BAROUDI, R.; MATTA, S.M. - Reconstruction mamaria post mastectomia. In: MUÑOZ, G.A. (ed.) - **Avances in Mastologia**. Caracas, Venezuela, Editorial Universitária, S.A., 1992a. p. 247-57.
- PINOTTI, J.A.; BARROS, A.C.S.D.; HEGG, R.; ZEFERINO, L.C. - Programa de controle do câncer da mama em países em desenvolvimento. In: CONFERÊNCIA - II CONGRESSO PARAGUAYO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRÍCIA E III DE PERINATOLOGIA. ASUNCIÓN, PARAGUAY, 1992b. 19p.
- PITANGUY, I. - Reconstrução de mama. In: PINOTTI, J.A. - **Terapêutica em mastologia**. São Paulo, Manole, 1984. p.267-81.
- PONTES, R. - Single stage reconstruction of the missing breast. **Br. J. Plast. Surg.**, 26:337, 1963.

- ROBBINS, T.H. - Rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. **Aust. N. Z. J. Surg.**, **49**:527-30, 1979.
- RODGER, A.; MONTAGUE, E.D.; FLETCHER, G. - Preoperative or postoperative irradiation as adjunctive treatment with radical mastectomy in breast cancer. **Cancer**, **51**:1388-92, 1983.
- RYAN, J.J. - A lower thoracic advancement flap in breast reconstruction after mastectomy. **Plast. Reconstr. Surg.**, **70**:153-8, 1982.
- SCANLON, E.F. - The role of reconstruction in breast cancer. **Cancer**, **68**:1144-7, 1991.
- SCHEFLAN, M. & DINNER, M.I. - The transverse abdominal island flap: Part I: indications, contraindications, results and complications. **Ann. Plast. Surg.**, **10**:23, 1983.
- SCHNEIDER, W.J.; HILL JR., L.; BROWN, R.G. - Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. **Brit. J. Plast. Surg.**, **30**:277-81, 1977.
- SKIPPER, H.E. - Kinetics of mammary tumor cell growth and implications for therapy. **Cancer**, **28**:1475-99, 1971.
- SNYDERMAN, R.K. & GUTHRIE, R. - Reconstruction of the female breast following radical mastectomy. **Plast. Reconstr. Surg.**, **47**:565-71, 1971.
- SPITALIER, J.M.; BRANDONE, H.; AYME, Y.; POLLET, J.F.; ABED, R.K.; ALMARIC, R.; SANTAMARIA, F.; RPBERT, F.; SEIGLE, J.A.; ALMARIC, F. - Tratamento conservador do câncer de mama com procedimentos limitados e associados à radioterapia. In: PINOTTI, J.A. - **Terapêutica em mastologia**. São Paulo, Editora Manole, 1984. p.53-9.
- STEVENS, L.A.; McGRATH, M.H.; DRUSS, R.G.; KISTER, S.J.; GUMP, F.E.; FORDE, K.A. - The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. **Plast. Reconstr. Surg.**, **73**:619-26, 1984.
- TAI, Y. & HASEGAWA, H. - A transverse abdominal flap for reconstruction after radical operations for recurrent breast cancer. **Plast. Reconstr. Surg.**, **53**:52-4, 1974.

TEIMOURIAN, B. & ADHAM, M.N. - Survey of patients' responses to breast reconstruction. **Ann. Plast. Surg.**, **9**:321-5, 1982.

VERONESI, U. & ZINGO, L. - Extended mastectomy for cancer of the breast. **Cancer**, **20**:677-80, 1967.

VERONESI, U. & VALAGUSSA, P. - Inefficacy of internal mammary nodes dissection in breast cancer surgery. **Cancer**, **47**:170-5, 1981.

VERONESI, U.; CASCINELLI, N.; GRECO, M.; BUFALINO, R.; MORABITO, A.; GALLUZZO, D.; CONTI, R.; DE LELLIS, R.; DELLE DONNE, V.; PINOTTI, P.; SACCHINI, V.; CLEMENTE, C.; SALVADORI, B. - Prognosis of Breast Cancer Patients after Mastectomy and Dissection of Internal Mammary Nodes. **Ann. Surg.**, **202**:702-7, 1985.

VERONESI, U.; ZUCALI, R.; LUINI, A. - Local control and survival in early breast cancer: the Milan trial. **Int. J. Radiation Oncol. Biol. Physics**, **12**:717-20, 1986.

VERONESI, U.; COSTA, A.; VERONESI, P. - Cancer of the breast. In: VERONESI, U. (ed.) - **Surgical Oncology**. Berlin, Springer-Verlag, 1989, p.828-71.

WEBSTER, J.P. - Thoraco-epigastric tubed pedicles. **Surg. Clin. North Am.**, **17**:145-8, 1937.

WELLISCH, D.K.; JAMISON, K.R.; PASNAU, R.O. - Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's perspective. **Am. J. Psych.**, **135**:543-6, 1978.

WORTH, H.W.G. - A method of reconstructing the breast. **Br. J. Plast. Surg.**, **9**:14, 1956.

* HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIREME, 1990.

ANEXOS

ANEXO I

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Setor: CECAN/CAISM

I - Identificação

Nome:

Idade: Data de nascimento:

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Profissão:

Residência:

Procedência:

Data: .../.../... Prontuário:

Psicólogo:

II - Diagnóstico Médico

.....

.....

.....

III - Conduta Médica

Radioterapia:

Quimioterapia:

Cirurgia:

IV - História da Vida

.....
.....
.....

V - Atendimento pré-cirúrgico

1. Reação diante da doença (fantasias de morte e de sucesso ou insucesso da cirurgia, aspectos estéticos pós-cirúrgicos).

.....
.....
.....
.....
.....

2. Idéias sobre a sua saúde e a sua doença. Preconceitos pessoais e sociais:

.....
.....
.....
.....

3. Idéias de como será a sua recuperação após a cirurgia. Capacidade física, social e mental:

.....
.....
.....
.....

4. Projeto de vida fantasiado para o período pós-cirúrgico. Vida familiar, aspectos estéticos, vida sexual, funções femininas, trabalho:

.....
.....
.....
.....

VI - Atendimento Pós-Cirúrgico

1. Sentimentos de vida (fantasias de morte e de sucesso e insucesso da cirurgia, assim como as relacionadas com os aspectos estéticos pós-cirúrgicos):

.....
.....
.....
.....

2. Mudanças observadas quanto às idéias sobre sua saúde e a sua doença. Preconceitos pessoais ou sociais depois da cirurgia:

.....
.....
.....
.....

3. Idéias atuais sobre como é e será a recuperação após a cirurgia. Capacidade física, social e mental:

.....
.....
.....
.....

4. Quais são seus projetos de vida

Vida familiar e social:

Trabalho:

Vida sexual:

Vida como mulher (sentimentos femininos):

VII - Situações emocionais vivenciadas antes do aparecimento da doença:

* Separação (casal, filhos, família ...)

.....

* Morte na família

Quem:

Quando:

Grau desse vínculo com a paciente:

.....

* Estresse emocional

Quando:

Causa:

VIII - Diagnóstico Psicológico

Outras técnicas utilizadas:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO II

N	COD	NOME	GRUPO	IDADE	MEN	EST	AXILA	MAST	RL	RD	OB
1	4	AG	2	47	1	1	1	15/02/80			
2	16	AP	1	39	1	1	1	15/10/85			
3	33	AAS	2	47	1	1	1	15/02/85			
4	72	DPE	1	42	1	1	1	15/03/83			
5	82	ECAR	1	58	3	1	1	15/02/82			
6	99	GMH	2	62	3	1	1	15/01/82			
7	107	HRT	2	67	3	1	1	15/12/82			
8	132	JAV	2	49	1	1	1	15/04/82			
9	136	JBO	1	53	3	1	1	15/06/83			
10	150	LCGL	2	54	1	1	1	15/03/83	15/05/86	15/06/91	
11	166	MID	1	43	1	1	1	15/01/82			
12	171	MAA	1	33	1	1	1	15/12/82			
13	173	MAD	1	62	3	1	1	15/07/82			
14	183	MCV	2	52	1	1	1	15/07/83			
15	184	MCT	2	50	1	1	2	15/02/85		15/11/86	
16	187	MDPF	1	40	1	1	1	15/04/83			
17	207	MLR	2	40	1	1	1	15/03/81			
18	217	MO	1	40	1	1	1	15/09/85			
19	221	MRGM	2	51	1	1	1	15/08/83			
20	223	MSM	1	47	1	1	1	15/03/85			
21	224	MSRP	2	69	3	1	1	15/11/82			
22	227	MTPC	1	29	1	1	1	15/09/82			
23	237	MHRS	1	39	1	1	1	15/05/83			
24	238	NFO	2	41	1	1	1	15/10/81			
25	241	NAB	1	45	1	1	1	15/01/84			
26	247	NS	2	65	3	1	1	15/10/84			
27	257	NHS	1	55	3	1	1	15/05/83			
28	267	OSG	2	53	1	1	1	15/07/84	15/10/90		
29	272	RA	1	51	1	1	1	15/10/83			
30	275	REC	2	47	1	1	1	15/02/82			
31	291	TCGM	1	42	1	1	1	15/02/83			
32	311	VPO	2	52	1	1	1	15/03/83			
33	319	ZG	1	55	3	1	1	15/12/84		15/07/86	15/01/87
34	474	CFS	1	31	1	1	1	15/06/89			
35	499	ABP	2	58	3	1	1	15/06/89			
36	501	ICM	2	32	1	1	1	15/06/86			
37	529	BLO	2	46	1	1	1	15/05/89			
38	604	MJAN	1	34	1	1	1	15/06/88			
39	894	LHOS	1	39	1	1	1	15/08/89			
40	911	RNFK	2	51	1	1	1	15/08/89		15/03/91	15/09/91
41	7	AC	2	50	1	2-	1	15/07/83		15/10/85	15/10/86
42	8	ACVT	2	49	1	2+	2	15/04/83			
43	11	APS	2	48	1	2-	1	15/01/84		15/11/84	15/11/85
44	13	AGG	2	58	1	2+	2	15/12/84		15/04/86	15/06/88
45	14	ALM	1	60	3	2-	1	15/06/84			
46	18	AAB	1	40	1	2-	1	15/05/83		15/12/85	15/12/86
47	23	ARCS	2	52	1	2+	2	15/04/84			
48	30	AAN	1	57	3	2+	2	15/10/84		15/05/86	15/05/87
49	35	AFR	2	27	1	2+	2	15/07/84			

50	36	AM	1	38	1	2+	2	15/09/83		15/09/84	15/10/84
51	38	AC	2	32	1	2+	2	15/08/85	15/12/86	15/01/87	15/12/87
52	39	BBS	2	42	1	2-	1	15/10/85	15/12/86	15/01/88	15/02/88
53	43	CLS	2	44	1	2+	2	15/01/85		15/05/89	
54	47	CAF	2	45	1	2+	2	15/03/85			
55	48	CLR	2	40	1	2+	2	15/10/84			
56	49	CR	2	53	1	2+	2	15/09/85	15/05/92		
57	50	CVSR	2	36	1	2+	2	15/08/83	15/06/92		
58	57	DGC	2	50	1	2-	1	15/06/92	15/10/92		
59	58	DSM	1	44	1	2+	2	15/07/83		15/06/91	15/08/92
60	59	DGP	1	44	1	2+	2	15/09/83		15/08/91	
61	60	DL	1	27	1	2+	2	15/02/84		15/04/85	15/07/85
62	63	DVO	1	39	1	2-	1	15/04/85			
63	67	DNS	2	50	1	2-	1	15/04/85			
64	69	DBAP	2	54	1	2-	1	15/11/84	15/02/88	15/06/88	
65	70	DPM	2	46	1	2-	1	15/02/82			
66	74	DSO	2	39	1	2+	2	15/10/82			
67	80	ES	1	43	1	2-	2	15/07/83			
68	81	ECO	1	45	1	2+	2	15/07/83			
69	92	FAV	2	49	1	2-	1	15/03/83	15/03/85		
70	94	FMB	2	70	3	2+	1	15/04/84			
71	96	GSP	2	53	1	2-	1	15/02/85		15/05/90	
72	97	GACS	2	40	1	2-	1	15/08/85		15/12/86	
73	111	HCS	1	53	1	2-	1	15/09/85			
74	114	IB	2	50	1	2-	1	15/06/85	15/12/86	15/12/86	15/08/98
75	115	IMT	1	27	1	2+	2	15/03/85			
76	119	ICS	2	45	1	2-	1	15/04/85			
77	120	IG	2	43	1	2-	1	15/08/83		15/02/92	
78	121	IG	2	58	3	2+	2	15/10/83			
79	122	ITL	2	65	3	2-	1	15/10/83			
80	128	IEJ	2	52	1	2+	2	15/04/83			
81	133	JBM	1	50	1	2+	2	15/01/84			
82	135	JT	1	36	1	2+	2	15/04/85	15/10/86		
83	139	JY	1	38	1	2-	1	15/07/85			
84	140	JAA	1	58	3	2+	2	15/04/84			
85	141	LBC	2	38	1	2+	2	15/02/84			
86	142	LB	1	48	1	2-	1	15/03/85			
87	143	LMV	2	31	1	2+	2	15/09/86			
88	146	LOC	2	58	3	2+	2	15/08/84			
89	147	LOZ	1	48	1	2+	2	15/10/83			
90	149	LEF	1	30	2	2-	1	15/01/86			
91	151	LGG	2	48	1	2+	2	15/03/06		15/06/89	
92	152	LOD	1	26	1	2+	2	15/11/83		15/10/85	15/10/88
93	158	LVB	1	31	1	2+	2	15/04/84		15/06/87	15/12/90
94	160	LBSM	2	41	1	2-	1	15/02/82			
95	161	LHMO	1	35	1	2+	2	15/02/83	15/01/86		
96	167	MAT	2	46	1	2-	1	15/10/85			
97	168	MAV	2	55	3	2-	1	15/10/83			
98	169	MAP	2	42	1	2-	1	15/05/82		15/06/86	15/12/86
99	172	MATR	1	37	1	2+	2	15/09/83		15/03/89	
100	175	MABZ	2	40	1	2+	2	15/10/84		15/10/85	15/04/86
101	177	MAA	1	33	1	2-	1	15/02/86	15/02/87	15/07/87	15/01/88
102	160	MAG	1	49	1	2+	2	15/04/84			
103	181	MAP	2	31	1	2+	2	15/09/83		15/05/89	

104	182	MAB	1	53	3	2+	2	15/10/84		15/02/87	
105	190	MSSM	1	35	1	2+	2	15/01/84			
106	192	MHAS	1	30	1	2-	1	15/11/85		15/07/90	
107	193	MHCP	1	36	1	2-	1	15/02/83			
108	194	MHNJ	1	33	1	2+	2	15/04/85	15/01/87	15/09/87	15/02/91
109	196	MJBR	2	50	1	2+	2	15/03/84		15/10/86	15/11/87
110	198	MJL	2	49	1	2+	2	15/05/83			
111	199	MJM	2	40	1	2+	2	15/08/84	15/10/87		
112	200	MJGS	1	54	1	2-	1	15/03/83			
113	202	MLAL	2	58	3	2+	2	15/06/84		15/02/86	15/08/86
114	205	MLS	2	34	1	2-	1	15/06/86		15/04/89	15/11/89
115	211	MMST	1	42	1	2+	2	15/07/84			
116	213	MNV	1	37	1	2-	1	15/02/85			
117	214	MNCM	1	55	1	2+	2+	15/04/84			
118	215	MNMF	1	48	1	2-	1	15/08/82			
119	219	MPS	1	55	3	2-	1	15/01/85			
120	220	MRS	2	57	3	2-	1	15/12/83		15/07/92	15/10/92
121	232	MKF	1	48	1	2+	2	15/06/84		15/08/86	15/08/88
122	233	MOC	2	40	1	2+	2	15/10/82			
123	234	MLO	1	27	1	2+	2	15/03/82			
124	235	MGL	1	31	1	2+	2	15/09/82		15/12/83	15/02/84
125	236	MCR	1	29	1	2+	2	15/03/84	15/09/90	15/06/90	15/10/90
126	242	NSF	2	51	1	2+	2	15/04/84			
127	243	NS	1	60	3	2-	1	15/10/85			
128	244	NDF	1	59	3	2+	2	15/07/83			
129	245	NS	1	43	1	2+	2	15/04/84			
130	246	NFM	1	59	3	2-	1	15/08/83	15/01/91		
131	249	ND	2	40	1	2+	2	15/02/85		15/03/86	15/05/87
132	253	NAF	1	38	1	2+	2	15/01/86		15/12/86	
133	255	NSM	1	28	1	2+	2	15/02/82		15/09/84	15/02/85
134	258	NEF	1	33	1	2+	2	15/11/85			
135	259	NGR	1	46	1	2-	1	15/02/83			
136	276	RZF	1	52	1	2-	1	15/01/83			
137	277	RCA	1	24	1	2-	1	15/12/82		15/05/84	15/07/84
138	284	SF	2	40	1	2+	2	15/01/83			
139	293	TPF	2	43	1	2+	2	15/07/84		15/02/85	15/07/85
140	294	TSFC	1	49	1	2-	1	15/09/82			
141	298	VMMZ	1	38	1	2-	1	15/02/83			
142	299	VCA	2	51	1	2+	2	15/05/84			
143	300	VFR	2	49	1	2-	1	15/09/85			
144	305	VM	2	40	1	2-	1	15/07/82			
145	307	VFC	2	49	1	2-	1	15/05/84			
146	316	VA	1	56	3	2-	1	15/04/85			
147	320	ZMM	1	43	1	2-	1	15/01/85		15/10/90	15/04/91
148	324	NTP	1	51	1	2+	2	15/05/86		15/04/91	15/09/91
149	325	CSS	1	41	1	2-	1	15/04/86		15/04/92	
150	326	MCLC	1	52	3	2+	2	15/05/86		15/12/88	15/03/92
151	327	AMM	1	58	3	2+	2	15/05/86			
152	330	NBL	1	52	1	2+	2	15/08/86			
153	331	NCO	1	42	1	2-	1	15/08/86			
154	332	MACM	1	49	1	2+	2	15/08/86		15/12/88	15/12/89
155	333	NPB	1	52	3	2+	2	15/11/86		15/04/90	
156	336	MAFH	1	28	1	2+	2	15/05/86			
157	337	MCO	1	29	1	2+	2	15/03/86			

158	338	IADF	1	36	1	2+	2	15/06/86		
159	339	MCVB	1	41	1	2+	2	15/06/86	15/10/89	15/04/92
160	324	MEBD	1	42	1	2+	2	15/07/86		
161	348	PFDF	1	35	1	2+	2	15/10/86		
162	390	MJS	2	64	3	2-	1	15/05/90		
163	410	DM	2	56	3	2+	2	15/10/83	15/04/90	
164	434	NAM	2	66	3	2-	1	15/05/87		15/06/88
165	435	MVF	2	46	1	2-	1	15/07/89		
166	439	HMSB	2	55	3	2-	1	15/08/87		
167	440	SSA	2	69	3	2-	1	15/08/87		
168	448	MAE	2	44	1	2+	2	15/09/87		
169	452	MCB	2	49	1	2-	1	15/11/87		
170	461	MCW	2	51	1	2+	2	15/04/89		
171	464	DBG	1	47	1	2+	2	15/05/89		
172	471	ASP	2	66	3	2-	1	15/08/86	15/02/87	15/02/88
173	472	LMB	2	56	3	2+	2	15/08/86	15/10/91	
174	473	MRA	2	62	3	2+	2	15/08/86	15/07/87	15/08/87
175	482	IFP	2	44	1	2+	2	15/08/86		
176	484	ERR	2	35	1	2+	2	15/07/86		
177	494	MESM	1	46	1	2+	2	15/04/89	15/04/91	
178	507	MVNM	2	47	1	2+	1	15/05/89		
179	514	WLDF	2	49	1	2+	1	15/04/88		
180	517	DTM	2	49	1	2-	1	15/04/88		
181	519	SCR	2	50	1	2+	2	15/04/88		
182	533	VLB	1	27	1	2+	2	15/08/87		
183	551	AJBS	2	47	1	2-	1	15/06/87		
184	579	SMS	2	51	1	2+	1	15/11/88		
185	599	ZMM	1	44	1	2-	1	15/01/85	15/10/91	15/04/92
186	601	VBB	2	36	1	2+	2	15/06/88		
187	645	MAM	2	50	1	2-	1	15/03/88	15/10/89	15/10/90
188	650	ZME	1	52	3	2+	2	15/11/87		
189	664	MLSM	1	37	1	2-	1	15/08/90		
190	686	IBS	1	46	1	2-	1	15/05/88		
191	693	CNM	2	44	1	2+	2	15/07/87	15/12/89	15/06/91
192	718	JRP	1	54	3	2-	1	15/08/87		
193	721	DMAS	1	28	1	2+	2	15/03/88	15/07/89	
194	724	CCA	1	48	1	2-	1	15/04/88		
195	743	MAPS	2	42	1	2-	1	15/03/86		
196	744	CRBR	2	53	3	2-	1	15/09/85		
197	746	MJFC	2	58	3	2+	2	15/03/86	15/09/89	15/01/90
198	750	NDS	2	54	3	2-	1	15/04/86		
199	753	MHR	2	44	1	2+	2	15/10/85		
200	757	VMC	2	43	1	2-	1	15/07/86		
201	758	NBP	2	48	1	2+	2	15/05/86		
202	761	AFOM	2	52	1	2+	2	15/07/86		
203	762	LKB	1	48	1	2-	1	15/03/85		
204	776	OMC	1	55	3	2+	2	15/01/88		
205	800	DT	1	49	3	2+	2	15/12/87		
206	804	GHL	1	38	1	2-	1	15/04/87		
207	806	WGL	1	52	3	2+	2	15/09/87	15/10/88	15/05/90
208	826	MAS	1	36	1	2+	1	15/04/87		
209	827	NTRC	2	49	1	2-	1	15/02/87		
210	841	IMTB	2	44	1	2+	2	15/11/86		
211	843	SCZ	2	40	1	2-	1	15/03/87		

212	850	MK	1	48	1	2-	1	15/01/88			
213	916	ZMBP	1	39	1	2-	1	15/08/88			
214	922	MLGK	1	47	3	2-	1	15/04/88	15/10/88	15/01/90	15/06/90
215	932	IMF	1	44	1	2-	1	15/06/88			
216	1	AF	1	36	1	3	2	15/02/86		15/12/90	
217	40	CM	1	49	1	3	2	15/07/85	15/12/86		
218	46	CF	1	58	3	3	2	15/08/85			
219	53	CGC	2	52	1	3	2	15/08/84		15/05/85	15/11/85
220	54	JB	2	43	1	3	2	15/03/85		15/10/89	15/10/90
221	64	DMM	2	28	1	3	2	15/01/84		15/02/86	15/04/90
222	75	DBP	1	43	1	3	2	15/10/85		15/06/90	
223	87	ERMB	1	42	1	3	2	15/02/82	15/11/84		
224	90	ESF	2	44	1	3	2	15/05/85		15/10/86	
225	98	GSP	2	46	1	3	2	15/03/85			
226	106	HFT	1	39	1	3	2	15/12/85		15/06/86	15/03/89
227	124	IH	1	43	1	3	2	15/02/86		15/12/86	15/04/87
228	125	IP	1	49	1	3	2	15/06/84			15/12/86
229	138	JM	2	42	1	3	2	15/03/83			
230	159	LAC	1	33	1	3	2	15/11/85			
231	162	LLR	2	43	1	3	2	15/01/86		15/03/86	15/01/87
232	195	MHR	2	43	1	3	2	15/10/85			
233	212	MM	2	56	3	3	2	15/08/85			
234	225	MSBB	1	40	1	3	2	15/10/85		15/10/88	15/12/88
235	228	MYS	1	50	1	3	2	15/04/85		15/11/88	15/12/88
236	252	NFAC	1	38	1	3	2	15/06/85		15/12/86	
237	254	NML	2	43	1	3	2	15/02/86		15/09/88	
238	263	ONN	2	51	1	3	2	15/08/85			
239	265	OGDC	1	51	3	3	2	15/02/85			
240	280	RARC	1	37	1	3	2	15/08/84	15/03/86	15/08/85	15/12/90
241	285	SSS	2	38	1	3	2	15/04/83			
242	323	MIC	1	30	1	3	2	15/06/86		15/11/87	15/03/91
244	328	MAAF	1	36	1	3	2	15/05/86		15/12/86	
245	329	EGL	1	45	1	3	2	15/06/86			
246	334	RVAS	1	46	1	3	1	15/03/86			
247	340	CB	1	38	1	3	2	15/10/86		15/06/88	15/12/90
248	341	NRGN	1	36	1	3	2	15/07/86		15/06/88	15/12/90
249	343	NAAT	1	42	1	3	2	15/07/86			
250	345	DAD	1	57	3	3	2	15/08/86	15/03/89	15/04/89	15/04/91
251	346	NNRS	1	41	1	3	2	15/08/86			
252	347	IAM	1	42	1	3	2	15/08/86		15/06/87	15/09/87
253	350	LMS	2	45	1	3	2	15/11/88		15/07/89	
254	352	MFB	2	48	1	3	2	15/08/88			
255	370	DAS	2	31	1	3	2	15/03/90		15/07/90	
256	376	ZVG	2	47	1	3	2	15/05/90			
257	389	EVZ	1	52	3	3	2	15/11/89			
258	412	SMDR	1	30	1	3	2	15/05/90			
259	431	CSB	1	44	1	3	2	15/04/90		15/02/91	15/08/92
260	437	ILC	2	46	1	3	2	15/09/87			
261	438	MCMC	2	35	1	3	2	15/07/87			
262	449	OCL	2	51	1	3	2	15/04/87	15/08/87	15/10/87	15/12/87
263	450	DCC	2	46	1	3	2	15/10/92			
264	453	TP	2	31	1	3	2	15/10/87		15/07/88	15/01/89
265	465	MAAT	1	42	1	3	2	15/07/86			
266	466	MJSB	1	39	1	3	2	15/05/86	15/02/87		

267	470	MASB	2	41	1	3	2	15/10/86		15/03/86	15/08/87
268	475	RBA	2	48	1	3	1	15/08/86		15/06/87	15/06/87
269	497	MOB	2	45	1	3	2	15/01/87		15/08/87	15/04/89
270	515	OL	1	50	3	3	2	15/03/88	15/03/89	15/07/89	15/08/89
271	516	ICL	2	61	3	3	2	15/04/88		15/04/89	15/10/90
272	560	LA	2	53	1	3	2	15/04/87	15/06/87	15/06/87	15/12/88
273	565	MCGT	2	45	1	3	2	15/05/87	15/06/87	15/06/87	15/12/88
274	566	MAC	2	39	1	3	2	15/10/87		15/12/88	
275	570	ISVA	2	40	3	3	2	15/12/87		15/03/90	15/07/90
276	605	APF	2	55	3	3	2	15/01/86		15/04/88	
277	627	MACO	1	37	1	3	2	15/07/88			
278	633	MGS	1	35	1	3	2	15/12/87	15/07/88	15/01/89	15/05/89
279	654	SSG	1	49	3	3	2	15/05/87			
280	667	MMCR	1	44	1	3	2	15/06/87		15/02/89	15/06/91
281	685	CAS	1	30	1	3	1	15/03/87		15/04/88	
282	696	VMO	2	34	1	3	2	15/08/87	15/11/88	15/11/88	15/10/91
283	713	OON	2	36	1	3	2	15/08/97		11/11/90	
284	726	ABSD	1	50	3	3	2	15/01/87			
285	732	AFS	1	30	1	3	2	15/08/87	15/06/88	15/06/88	
286	733	NMO	2	43	1	3	2	15/02/86		15/03/90	
287	734	NGP	2	67	3	3	2	15/02/86			15/03/89
288	736	LLR	2	43	1	3	2	15/01/86		15/07/86	15/01/87
289	739	RBB	2	61	3	3	1	15/02/86		15/05/92	
290	740	NAM	2	67	3	3	1	15/03/86			
291	742	RVAS	1	46	1	3	1	15/03/86			
292	749	MMN	1	41	1	3	2	15/03/86		15/10/86	15/11/89
293	751	MAFH	1	28	1	3	2	15/05/86			
294	755	ZV	2	50	1	3	2	15/08/86		15/11/89	15/06/90
295	759	IAVF	1	36	1	3	2	15/06/86			
296	808	IICZ	1	38	1	3	2	15/11/87	15/02/92		
297	809	NSC	1	41	1	3	2	15/10/87		15/04/91	
298	817	DG	2	48	1	3	2	15/04/87			15/09/90
299	818	JCP	2	40	1	3	2	15/02/87		15/08/88	15/12/89
300	821	AMLS	2	43	1	3	2	15/04/87			
301	822	MHR	2	41	1	3	2	15/05/87	15/07/87		15/08/87
302	830	MLR	2	45	1	3	1	15/02/87			
303	851	DVT	1	36	1	3	2	15/01/88		15/07/88	
304	874	NHSS	1	47	1	3	1	15/10/87			
305	884	MLS	2	57	3	3	2	15/12/89		15/07/90	15/10/90
306	885	CM	1	49	1	2+	2	15/07/85			

ANEXO III

Avaliação Progressiva dos Sintomas (Escala de Hamilton)

Nome:

Nº da paciente:

Indicar se: A - Pré-operatório Data / /
 B - Tratamento Data / /
 C - Pós-tratamento Data / /

	A	B	C	
	0	0	0	- Ausente
	1	1	1	- Sentimentos relatados apenas ao se inquirir o paciente
1- Humor Deprimido (tristeza, perda de esperança, desalento, inutilidade)	2	2	2	- Sentimentos relatados verbal e espontaneamente
	3	3	3	- Sentimentos não comunicados verbalmente, mas evidentes na expressão facial, postura, voz e tendência ao choro
	4	4	4	- Sentimentos espontaneamente manifestos pelo paciente, verbalmente e notados a simples observação

2 - Sentimento de Culpa	0	0	0	- Ausente
	1	1	1	- Auto-recriminação, julga haver decepcionado outras pessoas
	2	2	2	- Idéias de culpa ou "ruminação" de erros ou más ações no passado
	3	3	3	- O paciente considera a doença atual um castigo. Idéias deliberantes de culpa
	4	4	4	- Ouve vozes acusadoras ou de denúncia e/ou tem visões alucinatórias
	0	0	0	- Ausente
	1	1	1	- Acha que não vale a pena viver
3 - Suicídio	2	2	2	- Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de morrer
	3	3	3	- Idéias ou ameaças de suicídio
	4	4	4	- Tentativas de suicídio (qualquer tentativa concreta é classificada neste item)
	0	0	0	- Não tem dificuldade para conciliar o sono
4 - Insônia Inicial	1	1	1	- Queixa-se de dificuldades ocasionais para dormir, isto é, mais de meia hora

	2	2	2	- A dificuldade para conciliar o sono repete-se todas as noites
	0	0	0	- Não tem dificuldade
	1	1	1	- Queixa-se de agitação e inquietação no curso da noite
5 - Insônia Intermediária	2	2	2	- Deambulação noturna (o simples ato de deixar a cama é classificado neste item, exceto por motivos de necessidades fisiológicas)
	0	0	0	- Não tem dificuldade
6 - Insônia Tardia	1	1	1	- Desperta às primeiras horas da madrugada, porém volta a conciliar o sono
	2	2	2	- Incapaz de conciliar o sono, levanta-se da cama
	0	0	0	- Não há dificuldade
	1	1	1	- Idéias ou sentimentos de incapacidade, fadiga ou debilidade com relação às suas atividades, trabalho ou "passatempo"
	2	2	2	- Perda de interesse por suas atividades, "passatempos" ou trabalho - manifesta verbalmente pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que tem que sobrepujar a si próprio para realizar seu trabalho ou atividades)

7 - Trabalho e Atividades Gerais	3	3	3	- Redução do tempo dedicado às suas atividades ou decréscimo da produtividade. No Hospital, a classificação "3" é dada se o paciente não se dedicar pelo menos 3 horas, por dia, a atividades relacionadas com pequenas tarefas do Hospital ou "passatempos"
	4	4	4	- Deixou de trabalhar devido à doença atual. No Hospital, classificar como "4" o fato de o paciente abster-se de outras atividades que não as pequenas tarefas, ou se não puder realizá-las sem ajuda
8 - "Retardo" (lentidão do diálogo e pensamentos, dificuldade de concentração, atividade motora diminuída)	0	0	0	- Curso normal do diálogo e pensamento
	1	1	1	- Alguma lentidão do diálogo
	2	2	2	- Perceptível inibição do diálogo
	3	3	3	- Diálogo muito difícil
	4	4	4	- Estupor absoluto
	0	0	0	- Nenhuma
9 - Agitação	1	1	1	- "Brinca" com as mãos, cabelos, etc.
	2	2	2	- Retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10 - Ansiedade Psíquica	0	0	0	- Sem dificuldade
	1	1	1	- Tensão subjetiva e irritabilidade
	2	2	2	- Preocupa-se com trivialidades - Atitudes apreensivas
	3	3	3	demonstradas no fâcie ou no diálogo - O paciente expressa temores,
	4	4	4	mesmo sem ser inquirido
	0	0	0	- Ausente
	1	1	1	- Leve
	2	2	2	- Moderada
11 - Ansiedade Somática	3	3	3	- Severa
	4	4	4	- Incapacitante - Exemplos: - Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação - Cardiovasculares: palpitações, cefaléia - Respiratórias: hiperventilação, suspiros - Distúrbios de frequência urinária - Sudorese
	0	0	0	- Nenhum
	1	1	1	- Perda de apetite, porém sem necessidade de insistência - Sensação de peso no abdome

12 - Sintomas Somáticos Gastrointestinais	2 2 2	- Dificuldade para comer, se não houver insistência da parte de outrem. Pede ou necessita de laxantes ou corretivos intestinais, ou medicação específica para sintomas gastrointestinais.
13 - Sintomas Somáticos Gerais	0 0 0 1 1 1 2 2 2	- Nenhum - Sensação de peso nos membros, nas costas ou cabeça. Dorsalgias, cefaléias, mialgias e cansaço. Perda de energia - Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido classifica-se neste subitem
14 - Sintomas Genitais	0 0 0 1 1 1 2 2 2 0 0 0	- Ausente (sintomas: perda do interesse sexual, distúrbios menstruais) - Leves - Graves - Inexistência
15 - Hipocondria	1 1 1 2 2 2 3 3 3 0 0 0	- Paciente preocupa-se com seu aspecto físico - Preocupa-se com a saúde - Lamenta-se constantemente, pede ajuda, etc. - Idéias delirantes de fundo hipocondríaco - Não há perda de peso

16 - Perda de peso	1	1	1	- Provável perda de peso devido à doença atual
	2	2	2	- Perda de peso definida (segundo o paciente)
	0	0	0	- Reconhece que está deprimido e enfermo
17 - "Insight"	1	1	1	- Reconhece sua enfermidade, porém atribui a causa à má alimentação, clima, excesso de trabalho, vírus, necessidade de repouso
	2	2	2	- Nega estar doente
	0	0	0	- Ausente
18 - Variação Diurna	1	1	1	- Ligeira a) p/manhã b) à tarde
	2	2	2	- Significativa a) p/manhã b) à tarde
	0	0	0	- Ausente
19 - Despersonalização e sem noção de realidade	1	1	1	- Leve
	2	2	2	- Moderado
	3	3	3	- Grave
	4	4	4	- Incapacitante Por exemplo: idéias fantasiosas e "nihilismo"
	0	0	0	- Nenhum
20- Sintomas Paranóides	1-2	1-2		- Desconfiança
	3	3	3	- Idéias auto-referentes
	4	4	4	- Delírios de referência e de perseguição

	0 0 0	- Ausentes
21 - Sintomas Obsessivos Compulsivos	1 1 1	- Leves
	2 2 2	- Severos
	0 0 0	- Ausente
	1 1 1	- Sentimentos subjetivos que se evidenciam ao ser interrogado
22 - Impotência	2 2 2	- Expressa espontaneamente seus sentimentos de impotência
	3 3 3	- Requer atenção, companhia e confiança para realizar os afazeres e tarefas pessoais
	4 4 4	- Requer assistência física para vestir-se, varrer, correr, fazer sua cama ou sua higiene pessoal
	0 0 0	- Ausente
	1 1 1	- Dúvidas ocasionais sobre "melhoras", mas pode ser reassegurado
23 - Desesperança	2 2 2	- Se sente consistentemente "desesperado", mas aceita reasseguramento
	3 3 3	- Se manifesta desencorajado, desesperado, pessimista com relação ao futuro (sentimentos que não desaparecem)
	4 4 4	- Persiste espontaneamente, de forma inadequada, no tema "nunca melhorarei"
	0 0 0	- Ausente

	1	1	1	- Indica sentimentos de desvalorização (falta de alta estima)
	2	2	2	- Indica espontaneamente sentimentos de desvalorização (maior intensidade)
24 -Desvalorização (diminuição de auto-estima e sentimentos de inferioridade)	3	3	3	- Manifesta que não é bom, é inferior, etc.
	4	4	4	- Noções delirantes de desvalorização