

**RICARDO AUGUSTO SANTANA DAVANÇO**

**QUALIDADE DE VIDA E AUTO-ESTIMA NO  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GINECOMASTIA**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para  
obtenção do título de Mestre em Medicina.

**SÃO PAULO**

**2004**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – EPM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA**

**COORDENADORA:**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> LYDIA MASAKO FERREIRA

Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica do *Departamento de Cirurgia da*

*Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina*

**ORIENTADOR:**

Prof Dr MIGUEL SABINO NETO

*Professor Orientador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica Reparadora da  
Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina*

**CO-ORIENTADOR:**

Prof. Dr. ELVIO BUENO GARCIA

*Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina*

## SUMÁRIO

Resumo

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	OBJETIVO.....	13
3	LITERATURA.....	15
3.1	Sobre ginecomastia.....	16
3.2	Sobre Qualidade de Vida e Auto-estima.....	18
4	MÉTODOS.....	22
4.1	Amostra.....	23
4.1.1	Critério de inclusão.....	23
4.1.2	Critério de inclusão.....	23
4.2	Métodos.....	24
4.2.1	Consentimento pós informação.....	24
4.2.2	Seleção da amostra.....	25
4.2.3	Técnica operatória.....	26
4.2.4	Pós-operatório.....	26
4.2.5	Métodos de avaliação.....	27
4.2.5.1	Questionário “Short Form-36”.....	27
4.2.5.2	Questionário de Rosenberg (ROS).....	28
4.2.6	Estudo estatístico.....	29
5	RESULTADOS.....	30
5.1	Descrição a amostra.....	31
5.2	Dados relativos à ginecomastia.....	31
5.3	Dados relativos aos Escores.....	32
5.3.1	Questionário específico para qualidade de vida”short Form-36”.....	33
5.3.2	Questionário específico para auto-estima “Escala de Rosenberg”.....	41
5.4	Casos clínicos.....	42
6	DISCUSSÃO.....	45
6.1	Ginecomastia.....	46
6.2	Avaliação da qualidade de vida e da auto-estima.....	47
6.3	Escolha dos instrumentos adequados.....	49
6.4	Escolha da técnica operatória.....	50
6.5	Amostra.....	50
6.6	Administração dos questionários.....	51
6.7	Coleta de dados.....	52
6.8	Resultados da avaliação de qualidade de vida.....	52
6.9	Resultados da avaliação da auto-estima.....	55
7	CONCLUSÕES.....	57
8	ANEXOS.....	59
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

Summary

## RESUMO

A ginecomastia incide em até 60% dos adolescentes, causando dor e transtornos na auto-imagem do paciente, levando a problemas de ordem emocional e física (COLOMBO-BENKMAN, 1999), que podem ser revertidos com o tratamento. Este trabalho avaliou o tratamento cirúrgico da ginecomastia e sua interferência na qualidade de vida e auto-estima do paciente.

**Casuística:** Foram incluídos 33 pacientes de 18 a 50 anos, com ginecomastia de 2 a 21 anos de evolução, de etiologia puberal na maioria (90,1%). **Método:** Foi feita adenectomia conforme a classificação de Letterman & Schuster (1969). Os dados do intra e 90º pós-operatório (PO) foram avaliados. Os pacientes responderam no pré e PO de seis meses às versões brasileiras dos questionários de Rosenberg para auto-estima e “Short-Form 36” para qualidade de vida.

**Resultados:** Houve melhora estatisticamente significativa para os domínios Estado Geral de Saúde, Capacidade Funcional, Aspectos Sociais, Vitalidade e Saúde Mental. **Conclusão:** O emprego dos questionários de Rosenberg-EPM e Short-Form 36 permitiu demonstrar que o tratamento cirúrgico da ginecomastia promoveu mudanças positivas na qualidade de vida e na auto-estima dos pacientes.

Unitermos: Ginecomastia, Qualidade de Vida, Auto-estima, SF-36.

## ***1. INTRODUÇÃO***

Conhecida nas ciências médica desde o século VI, a ginecomastia (do grego: *mastos* = mamas e *gynos* = femininas) (Paulus Aegineta – 625-690 DC<sup>1</sup> *apud* Dufourmentel, 1928) é o aumento do volume mamário no homem às custas de hiperplasia ductal e estromal, podendo ou não estar associada a aumento da adiposidade da região mamária (Dehner, 1995).

Com incidência de até oito a cada 100.000 homens (Mahoney, 1990; Hands, Grenall, 1991). A sua maior prevalência ocorre na puberdade, podendo chegar até a 65% na faixa etária de 14 a 15 anos, mas regride espontaneamente no decorrer de dois anos e passa a persistir em apenas 7,5% desta população a partir dos 17 anos. (Braunstein, 1993). Na idade adulta aumenta gradualmente, chegando a 30% após a 5ª década de vida (Dehner, 1999).

As alterações endócrinas, temporárias ou definitivas, que levam a alterações gonadotróficas podem causar ginecomastia, podendo ocorrer em qualquer idade.

Além do desequilíbrio resultante de aumento dos estrogênios, diminuição dos androgênios ou de seus receptores, outras causas devem ser consideradas, principalmente as neoplasias e o uso de medicações ou tóxicos (Mahoney, 1990; Hands, Grenall, 1991; Braunstein, 1993; Neuman, 1997).

O esclarecimento ao paciente deve ser feito imediatamente após o diagnóstico de ginecomastias em qualquer idade e logo se iniciar o

---

<sup>1</sup> Aegineta P. *Medicinae totius enchiridion septem libris universam rectem mectendi rarionen completus*. Opera Basileal 1556; Lib VI, Ch. XLVI.

rastreamento para tratamento da causa-base. Quando ocorre no desenvolvimento puberal com instalação lenta, predominantemente simétrica, sem sinais clínicos de doença sistêmica e sem repercussões psicológicas substanciais o tratamento é expectante a menos que não regrida após dois anos de evolução (Mahoney, 1990; Colombo-Benkman *et al.*, 1999).

Na falha do tratamento clínico (quando estiver indicado) ou se houver perturbações como dor, desconforto ou distúrbios psicológicos, deve ser feita a adenectomia cirúrgica (Webster, 1946; Letterman; Schurter, 1969; Casanova, Magalon, 1997; Gasperoni *et al.*, 2000).

A indicação da operação é freqüente devido às conseqüências da ginecomastia uma vez que causa desde a dificuldades no convívio social, até alterações posturais para dissimular as mamas. O paciente evita despir-se em público, passa a evitar esportes e atividades sociais em grupo (Colombo-Benkman *et al.*, 1999).

Desde tempos remotos a ginecomastia era tomada como doença que necessitava de tratamento. Paulus Aegineta (625-690 DC. *apud* Dufourmentel, 1928) descreve, com riqueza de detalhes no seu sexto livro, o tratamento, que consistia em retirar, em uma só peça, uma semi-lua de pele na porção submamária englobando uma cunha de tecido mamário.

Hoje o tratamento cirúrgico da ginecomastia, ainda consiste, na ressecção do excedente de tecido glandular e gorduroso que causa o aumento do volume das mamas. Mudaram as maneiras de se abordar a mana.

Na evolução da técnica operatória, um grande avanço foi promovido por Dufourmentel, em 1928, que após extensa revisão propôs



a incisão ao redor da placa aréolo-papilar, deixando uma pequena cicatriz apenas. A partir deste trabalho observa-se então a participação de diversos autores que aperfeiçoaram este tratamento.

Em 1946, Webster publicou sua padronização de técnica, fundamentada na de Dufourmentel, que é empregada até hoje.

Letterman; Schurter (1969) e Simon (1973), publicaram as classificações, atualmente, mais empregadas para a escolha da técnica operatória. Estas discriminam se há apenas excedente glandular, que é retirado pela incisão peri-areolar, ou se é necessária a remoção de excedente de pele (Beckenstein *et al.*, 1996; Letterman, Schurter, 1972), feita de diversas maneiras, com ou sem preservação da placa aréolo-papilar.

**QUADRO 1 - Classificação da ginecomastia conforme anatomia cirúrgica da mama**

Letterman; Schurter (1969)	Simon (1973)
I - Excesso Glandular	I - Excesso Glandular
II - Excesso Adiposo Com ou Sem Excesso Glandular	IIa - Excesso Glandular Médio
III - Redundância de Pele	IIb - Excesso Glandular Médio Com Redundância de Pele III - Redundância de Pele em Mama Volumosa

Posteriormente a estas publicações foi introduzida a lipoaspiração, que pode ser empregada isolada ou associada a adenectomia peri-areolar conforme o montante de tecido glandular remanescente. A lipoaspiração prévia associada causa menos complicações que a adenectomia isolada, por causar menos lesão tecidual. Com a retração da pele que ocorre com a lipoaspiração, diminui a necessidade de ressecção de cutânea onde este

excedente não é muito evidente (Fodor, 1988; Mahoney, 1990; Abramo, 1994; Samdal, 1994; Gasperoni *et al.*, 2000).

As variações da forma física podem ser tidas pelo indivíduo como belas ou desgraciosas. Estes conceitos dependem do que o indivíduo considera ser normal para si e por sua vez esta idéia é também determinada por padrões vigentes no grupo social em que está inserido (Rosenberg, 1977). Uma vez que o indivíduo apresenta uma característica física que lhe causa transtorno, esta passa a ser indesejada ou evitada. Ao longo do tempo esta passa a gerar conflitos psicológicos que se cristalizam em manifestações físicas e comportamentais.

Pode-se observar, nos últimos anos, que o objetivo do tratamento cirúrgico tem incorporado os aspectos psicológicos da vida do paciente. Para que se possa quantificá-los, têm sido progressivamente implementados protocolos bem definidos (Ware, Sherbourne, 1992).

Rankin *et al.* em 1998 constataram o efeito da cirurgia plástica na qualidade de vida, em trabalho prospectivo, utilizando quatro questionários. Os pacientes tornaram-se autoconfiantes, mais satisfeitos com a sua aparência, menos depressivos, obtiveram melhora na qualidade de vida, sexual e nos relacionamentos interpessoais.

Existem diversos trabalhos que correlacionam a cirurgia plástica à melhora da auto-estima (Abla, 2002), auto-imagem e resgate de situações psiquiátricas anormais (Goin, Goin, 1986; Cole *et al.*, 1994), repercutindo em última análise na melhora da qualidade de vida (Goin; Rees, 1991; Bradbury, *et al.*, 1992; Klassen *et al.*, 1996a; Shakespeare, Cole, 1997; Faria *et al.*, 1999; Veiga, 2002; Freire *et al.*, 2001; Lemos, 2002).

O conceito de qualidade de vida se constitui de forma multidimensional, e é composto de no mínimo cinco áreas de domínio: físico, psicológico, social, emocional e ocupacional. Levando-se em conta a existência destas dimensões surgiram questionários apropriados a este modelo.

Os instrumentos multidimensionais que avaliam hoje a qualidade de vida se prestam a uma grande variedade populações. Assim funciona o questionário “The Medical Outcomes Study 36 item Short Form Health Survey” - “Short Form 36” - originalmente criado por Ware; Sherbourne em 1972. Por ser um instrumento genérico, seus conceitos permitem comparar diferentes doenças, idades, e tratamentos (Hayes *et al.*, 1995).

Um aspecto específico e relevante da qualidade de vida é a auto-estima. Define-se por auto-estima o quanto um indivíduo tem por si próprio em apreço, consideração, em última análise o que pensa sobre si, como se vê, quanto se gosta. No mesmo contexto, auto-imagem é o centro da vida subjetiva do indivíduo, norteando seus pensamentos, sentimentos e comportamento. Estas características podem ser quantificadas e analisadas pelo “The Rosemberg Self-Esteem Scale” (conhecida por Escala de auto-estima de Rosemberg) (Rosemberg, 1965).

O interesse na utilização dos questionários, internacionalmente reconhecidos, já adaptados ao idioma brasileiro fundamenta-se no fato de terem sido demonstradas suas propriedades de medida, reprodutibilidade validade e responsividade (Ware; Sherbourne, 1992; Guillemin *et al.*, 1993; Guyatt *et al.*, 1993).

Considerando os questionários válidos, confiáveis e responsáveis que passaram pela adaptação cultural no idioma brasileiro, propomos

avaliar nos pacientes com ginecomastia, antes e após o tratamento: a) qualidade de vida de forma genérica, com a versão brasileira do questionário “Short Form 36”, traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil em 1997 por Ciconelli e b) especificamente a auto-estima, empregando a versão brasileira feita por Dini em 2000 do questionário de Rosemberg.

## ***2. OBJETIVO***

Avaliar a qualidade de vida e a auto-estima do paciente com ginecomastia submetido ao tratamento cirúrgico.

### ***3. LITERATURA***

### 3.1 Sobre Ginecomastia

**Dufourmentel (1928)** reuniu as técnicas existentes para o tratamento cirúrgico da ginecomastia no artigo "L'incision aréolaire dans la chirurgie du sein" e até hoje seu trabalho norteia as técnicas vigentes.

**Webster (1946)** descreveu sua técnica baseada no trabalho de Dufourmentel (1928) e de outros autores, acrescentando grande casuística com várias técnicas. Discutiu a viabilidade das principais delas.

**Spina (1954)** organizou os conhecimentos relevantes para a correção cirúrgica da ginecomastia. Apresentou as técnicas operatórias mais recentemente aplicadas.

**Treves (1958)** salientou, quanto à origem da ginecomastia, que é freqüente a coexistência de neoplasias extra-mamárias, principalmente aquelas que direta ou indiretamente aumentam os níveis de hCG, prolactina ou androgênios.

**Pitanguy (1966)** aplicando conhecimentos de Dufourmentel (1928) e Webster (1946) descreveu a adenectomia pela via transareolar-papilar.

**Letterman, Schurter (1969)** propuseram classificação para a ginecomastia voltada para o tratamento proposto, conforme houver apenas excesso glandular (grau I), excesso moderado sem redundância de pele (grau II) e excesso inclusive de pele (grau III).

**Fodor (1988)** apresenta a primeira casuística do tratamento da ginecomastia com lipoaspiração. Ressalta que não ocorreu necrose e houve menos hematomas.



**Fodor (1989)** relatou caso de câncer mamário associado a ginecomastia. Apresentou também revisão bibliográfica direcionada sobre suas possíveis causas e epidemiologia.

**Fentiman (1990)** apresentou proposta para diagnóstico e tratamento do câncer de mama no homem, destacando que constitui menos de 1,6% dos cânceres do homem. Geralmente o tecido neoplásico não possui receptores para estrógeno e basicamente segue os mesmos princípios que o da mulher.

**Mahoney (1990)** publicou sistematização criteriosa para o diagnóstico e discorreu sobre os tratamentos da ginecomastia no adolescente, enfatizando que a resposta satisfatória com o tratamento medicamentoso ocorre em apenas 30% dos casos tratados. Ela consiste na estabilização do crescimento mamário e raramente ocorre a regressão deste.

**Hands, Greenall (1991)** publicaram revisão sobre o diagnóstico da ginecomastia, orientações sobre as desordens endocrinológicas e indicações cirúrgicas, corroborando os dados de Mahoney (1990) onde a operação é o tratamento que, efetivamente, remove o excedente glandular e adiposo mamário - a principal queixa do paciente.

**Braunstein (1993)** publicou revisão sobre ginecomastia enfatizando as diversas etiologias e classificações com finalidade de otimizar seu tratamento. Neste trabalho demonstra que o critério adotado para diagnóstico clínico foi a presença de placa aréolo-papilar maior que 2cm de diâmetro. Também ressalta que o tratamento medicamentoso é pouco eficaz, sendo a cirurgia a melhor opção para pacientes clinicamente compensados.

**Nagadowska, Fentiman (1993)** apresenta revisão sobre as causas de câncer de mama no homem e os pontos mais importantes para nortear o tratamento, o que se assemelha ao tratamento do câncer de mama feminino.

**Abramo (1994)** relata o tratamento de ginecomastia com lipoaspiração e propôs sistematização da técnica pela via axilar.

**Beckenstein et al. (1996)** apresentaram estudo antropométrico da posição e forma da placa aréolo-papilar masculina. Relatam que a média do diâmetro da placa aréolo-papilar normal é de 2cm coincidindo com os trabalhos de Mahoney (1990) e Braunstein (1993).

**Neuman (1997)** publicou revisão sobre diagnóstico, fisiopatologia e modalidades de tratamento para ginecomastia.

### **3.2 Sobre Qualidade de Vida e Auto-estima**

**Rosenberg (1965)** estudo uma amostra de 5024 adolescentes, considerando a auto-estima, e propõe sua avaliação por meio de questionário padronizado.

**Goin et al. (1976)** publicaram estudo, com utilização de questionário, pesquisando alterações psicológicas quanto às reais motivações do paciente para submeter-se à ritidoplastia. Concluíram que 20% das pacientes demonstraram alterações de personalidade, porém, nenhuma foi caracterizada como psicótica; 75% tendiam a negar ou não valorizar a possibilidade de complicações pós-operatórias, mesmo quando exaustivamente orientadas a este respeito.

**Rosenberg (1977)** os “efeitos contextuais de dissonância” referem-se às características sociais individuais em relação às da população com a qual o indivíduo se relaciona. Neste artigo o autor apresenta conseqüências negativas do “efeito contextual de dissonância” sobre a auto-estima.

**Goin, Goin (1986)** publicam achados sobre os efeitos psico-sociais que a cirurgia de rejuvenescimento facial provoca no paciente.

**Goin, Rees (1991)** em estudo prospectivo, e com a utilização de questionário (“Brief Sympton Inventory”), avaliaram 120 pacientes que desejavam submeter rinoplastia. Concluíram que houve melhora na somatização, ansiedade e hostilidade na avaliação após seis meses da cirurgia. e declínio nos níveis de obsessão/compulsão, depressão e fobia.

**Bradbury et al. (1992)** demonstraram sistematização para a avaliação psicológica e social na correção de orelhas proeminentes em crianças com o “Childhood Experience Questionary” e “Moos Family Enviroment Scale”. Houve melhora na satisfação física e moral em 90% dos pacientes.

**Ware, Sherbourne (1992)** apresentaram as conclusões do grupo de estudo da qualidade de vida. Foi criado o questionário de avaliação de saúde “The Medical Outcomes Study 36-item Short form Health Survey” (“Short Form - 36”), de abrangência genérica e com 36 questões sobre qualidade de vida que geram notas para oito aspectos (domínios) diferentes. Apresentam ainda a metodologia para seu emprego.

**Guillemin et al. (1993)** publicaram mais detalhes sobre a utilidade e o emprego adequado do questionário “Short Form-36”.

**Guyatt et al. (1993)** apresentaram resultados do emprego dos questionários de qualidade de vida, ressaltando o uso do termo relacionado à saúde, enfatizando a necessidade de padronização, uniformidade mesmo internacional e metodologia para validação e adaptação cultural em outros países. Segundo os autores á outros aspectos da qualidade de vida que não estão relacionados à saúde, tais como: liberdade, sucesso, valores materiais, meio ambiente e religião. Descreveram os objetivos: discriminação, previsão ou evolução), as propriedades de medida (reprodutibilidade, validade e responsividade) e os tipos (genéricos e específicos) dos instrumentos para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

**Guyatt (1995)** discorre sobre os diversos instrumentos de medida de situação de saúde, chamados “perfis de saúde” e suas aplicações mais adequadas, os quais diferem de outro tipo de questionário que demonstram as preferências do entrevistado por um determinado estado de saúde, chamados de “utility”.

**Cicconelli (1997)** publicou a validação para o uso no Brasil do questionário para qualidade de vida “Short Form-36” conforme preconizado por Ware, Sherbourne (1992).

**Faria et al. (1999)** realizaram estudo da qualidade de vida de 20 pacientes candidatas à mastoplastia redutora, avaliadas no pré e pós-operatório de quatro meses. Utilizaram quatro questionários válidos: “Short Form-36”, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), BSS (Body Satisfaction Scale) e BIO (Body Image Questionnaire). Quanto ao “Short Form-36”, houve aumento, estatisticamente significante, nos escores de cinco domínios: capacidade funcional, aspectos emocionais, saúde mental, estado geral e vitalidade. Todos os demais também apresentaram aumento, mas não significante.

**Dini (2000)** em tese de Mestrado (Disciplina de Cirurgia Plástica - UNIFESP) validou, traduzindo para a língua portuguesa e adaptando ao contexto cultural brasileiro, o “The Rosenberg Self-Esteem Scale” (Escala de Auto-estima Rosenberg). Testou suas propriedades de medida (validade e reprodutibilidade) comparando resultados com outros questionários já traduzidos e validados em nosso país.

**Freire et al., 2001** foi a primeira a utilizar um instrumento de medida de qualidade de vida em cirurgia plástica no Brasil. Utilizou-se do “Short Form-36” no pré e pós-operatório de 40 pacientes submetidas mastoplastia redutora obtendo melhora em todos os aspectos avaliados pelo questionário.

**Veiga (2002)** em tese de Doutorado - UNIFESP demonstrou que a reconstrução mamária, com o retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal (TRAM), promoveu melhora na qualidade de vida das pacientes, empregando o questionário “Short Form 36” validado por Ciconelli em 1997.

**Lemos (2002)** em tese de Mestrado - UNIFESP constatou melhora nos domínios de qualidade de vida do questionário “Short Form 36” em pacientes com assimetria mamária submetidas à simetrização.

**Abla (2003)** em tese de Doutorado na UNIFESP demonstrou que a mastoplastia de aumento promoveu melhora na qualidade de vida e na auto-estima das pacientes, empregando os instrumentos “Short Form 36” e o Questionário de Rosenberg, respectivamente.

## ***4. MÉTODOS***

## **4.1 Amostra**

Foram selecionados 33 pacientes do Ambulatório do Setor de Reconstrução Mamária da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, do sexo masculino, com diagnóstico clínico de ginecomastia. (Anexos A e B)

### **4.1.1 Critérios de inclusão**

- Diagnóstico clínico de ginecomastia.
- Investigação endocrinológica prévia da causa, tratamento clínico concluído e liberação para cirurgia por parte do endocrinologista.
- Aprovação na avaliação das condições clínicas e laboratoriais.
- Consentimento previamente informado pelo paciente ou seu responsável legal para o tratamento cirúrgico e participação na pesquisa.
- Idade maior que dezoito anos.
- Nível escolar a partir do ensino fundamental completo.

### **4.1.2 Critérios de exclusão**

- Presença de etiologia clinicamente descompensada para a ginecomastia,
- Neoplasia mamária.
- Não consentimento por parte do paciente para sua participação.
- Incapacidade de cumprimento das orientações para a cirurgia ou de seguimento ambulatorial.

- Presença de descompensações clínicas ou psicológicas incompatíveis com a operação, inclusive a obesidade (índice de massa corpórea maior que 29).
- Hipersensibilidade conhecida a lidocaína ou a anestésicos.
- Incapacidade cognitiva para responder aos questionários administrados.
- Abandono do tratamento.

Os pacientes excluídos foram encaminhados para o ambulatório de cirurgia plástica da Disciplina de Cirurgia Plástica do nosso serviço para tratamento.

## **4.2 Métodos**

### **4.2.1 Consentimento após informação**

Conforme os critérios orientados pela comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – CEPE para seres humanos foi aplicado um formulário onde constam explicações sobre: a)- definição, características e motivo da pesquisa; b)- o que é a cirurgia; c)- como é feita; d)- informações sobre a anestesia; e)- cuidados para antes e depois do tratamento; f)- suas possíveis complicações, e; g)- termo de consentimento propriamente dito (onde consta que o voluntariado para o protocolo pode ser interrompido a qualquer tempo se for necessidade do paciente, que serão submetidos à avaliação do conselho de ética).

As informações foram lidas ao paciente e responsável (para menores de 21 anos) e estes os assinaram em duas vias após concordem com o tratamento. (Anexos C e D)

O Protocolo para esta pesquisa foi previamente aprovado pelo CEPE sob o número 166/02. (Anexo E)



#### 4.2.2 Seleção da amostra

Para seleção da amostra foi feita anamnese padronizada (Anexo F) que incorporou os critérios de inclusão e exclusão.

No exame físico especial anotou-se, detalhadamente, os aspectos das mamas: classificação morfológica, simetria, característica da pele, adiposidade, presença de nódulos e descarga papilar no pré-operatório (Pré) e quanto ao pós-operatório (Pós6M) houve acompanhamento até o 6º mês.

A seguir foi feita ao paciente a explicação sobre a doença e seu tratamento, do protocolo propriamente dito, e foram solicitados hemograma e coagulograma. Naqueles maiores que 40 anos ou com antecedentes mórbidos foram acrescidos eletrocardiograma, raio-X simples de tórax, dosagens séricas de jejum de sódio, potássio, creatinina, uréia e glicemia.

No retorno, foram avaliados os resultados dos exames e aos aprovados entregue o formulário para preenchimento. Sempre foi enfatizado ao paciente que quaisquer que fossem as respostas contidas nos questionários, não haveria interferência no tratamento a ser feito.

Os pacientes inclusos foram encaminhados ao Ambulatório de Cirurgia Plástica da UNIFESP onde foram aplicados os questionários “Short Form 36” (Anexo G) e Rosenberg (Anexo H) com a seguinte sistematização: O questionário foi lido para o paciente pelo próprio pesquisador. Quando houve dúvidas, a leitura foi repetida, mas não explicada de outra maneira. Foi então entregue a ele para que respondesse só, em ambiente apropriado. Depois de dirimidas todas as dúvidas e as respostas completadas, o formulário foi recolhido.

Estes questionários foram repetidos após seis meses da cirurgia.

No dia da cirurgia foram feitas fotografias datadas identificadas do pré-operatória com distância de 1,5m, sempre com a mesma máquina fotográfica<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Sony DSC-P9 digital

mesmo *flash* (o da própria máquina), abertura e exposição padronizadas, sensibilidade ASA 100, nas posições: anterior, oblíquas direita e esquerda e *close-up* na placa aréolo-papilar.

#### **4.2.3 Técnica operatória**

Todos os pacientes foram operados no centro cirúrgico do Hospital São Paulo sempre pelo mesmo cirurgião.

Foi utilizada a técnica de adenectomia à maneira de Webster (1946) precedida da lipoaspiração do excedente gorduroso.

#### **4.2.4 Pós-operatório**

A alta foi dada após a confirmação da não existência de complicações imediatas.

No seguimento ambulatorial foram avaliadas as características da ferida e presença de coleção ou complicações.

## **4.2.5 Métodos de Avaliação**

### **4.2.5.1 Questionário “Short Form-36”**

Trata-se de genérico para avaliação da qualidade de vida, constituído de uma questão comparativa entre a saúde atual e a de um ano atrás e mais 35 itens distribuídos em 10 questões, que enfatizam a percepção do indivíduo sobre sua saúde nas últimas quatro semanas, e abrangem oito domínios:

a)- Estado geral de saúde (SfEGS): avalia a percepção que o indivíduo tem de sua própria saúde e sua expectativa em relação ao futuro desta.

b)- Capacidade funcional (SfCF): avalia como o indivíduo realizou suas tarefas diárias habituais, como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, etc., no período estudado (as últimas quatro semanas).

c)- Aspectos físicos (SfLAF): avalia como a saúde física interferiu com as atividades domésticas ou profissionais habituais.

d)- Aspecto emocional (SfAE): avalia como o estado emocional interferiu nas atividades diárias domésticas ou no trabalho, no período estudado (as quatro últimas semanas).

e)- Aspectos sociais (SfAS): avalia o quanto às atividades sociais habituais do indivíduo foram afetadas por seu estado físico ou emocional.

f)- Dor (SfDor): avalia quanta dor o indivíduo sentiu no período em questão (as últimas quatro semanas).

g)- Vitalidade (SfVIT): avalia o grau de energia e disposição do indivíduo para realizar suas tarefas diárias.

h)- Saúde mental (SfSM): avalia a interferência de sentimentos como ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade no cotidiano do indivíduo.

O questionário foi auto-administrado, realizado em sala ambulatorial.

O primeiro questionário foi aplicado na semana da realização da cirurgia, e o segundo no pós-operatório de seis meses.

Ao final deste período, os resultados foram tabulados e analisados.

Para avaliação dos resultados do SF-36 é dado um escore para cada questão, e estes valores posteriormente foram transformados em uma escala de 0 a 100 (Anexo I), em que zero corresponde a um pior estado de saúde e cem a um melhor, sendo cada dimensão (domínio) analisada em separado (Ciconelli, 1997).

Para cada item há uma nota a ser atribuída conforme o Anexo D, depois cada grupo de questões é agrupado e somado dentro de um dos oito domínios. O valor de cada domínio é subtraído de um valor correspondente pré-determinado (menor valor descrito em “limites”), multiplicado por 100 e dividido por outro valor correspondente descrito em “variação do escore”. O resultado é uma nota de 0 a 100 para cada domínio, quanto maior, maior a qualidade de vida naquele domínio (a questão nº 2 não entra no cálculo de nenhum domínio).

#### **4.2.5.2 Questionário de Rosenberg (ROS)**

No questionário de Rosenberg há para cada uma das 10 questões quatro alternativas, mas para cada uma há uma escala de valores diferente, que atribui de “A” a “D” valores de 0 a 3. nas questões nº 1, 3, 4, 7, e 10 ou valores de 3 a 0 nas questões 2, 5, 6, 8 e 9. Estas notas são somadas e o valor final varia de 0 a 30, onde 0 é a maior auto-estima mensurável por este questionário e 30 é menor a auto-estima mensurável.

#### **4.2.6 Estudo estatístico**

Para o estudo estatístico foi feita análise descritiva com a utilização do teste não-paramétrico de Wilcoxon (Conover, 1999), levando-se em consideração os escores de Pré e Pós6M dos oito domínios do “Short Form-36” e do questionário de Rosenberg.

Foi considerado como nível de significância  $p = 0,05$  (ou 5%), que será representado por (\*).

## ***5. RESULTADOS***

### **5.1 Descrição da amostra**

Dos 33pacientes estudados, a idade média foi de 25,1 anos, variando de 18 a 50 anos. A escolaridade predominante foi de ensino médio (33,85%), 58% eram brancos, 18% negros e 24% pardos. O Índice de Massa Corpórea médio foi de 25,16Kg/m<sup>2</sup> (variou de 21,0 a 28,4 Kg/m<sup>2</sup>).

### **5.2 Dados relativos à ginecomastia**

O tempo médio de existência da ginecomastia foi de 17 anos, variando de dois a 21 anos.

A etiologia mais freqüente foi a puberal, de 90,1%, cuja faixa etária média foi de 20 anos e o tempo médio de surgimento foi de 11,21. O uso de esteróides anabolizantes foi a causa em um paciente (29 anos e tempo de evolução há três), um decorrente de Síndrome de Klinefelter (com 37 anos e tempo de evolução há 10) e, um de adenoma de hipófise em paciente de 20 anos com história de dois anos.

### 5.3 Dados Relativos aos Escores

Pela análise descritiva obtivemos os seguintes resultados demonstrados na Tabela 1.

**TABELA 1- Análise descritiva da amostra (n = 33)**

	Variação	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
SfEGSPré1	63,01	37,0	100,0	80,515	13,5557
SfEGSPós6M	38,0	62,0	100,0	89,242	11,8481
SfCFPré1	50,0	50,0	100,0	91,818	11,5798
SfCFPós6M	30,0	70,0	100,0	96,970	6,4879
SfLAFPré1	75,0	25,0	100,0	86,364	22,6134
SfLAFPós6M	75,0	25,0	100,0	92,424	18,2055
SfAEPré1	66,7	33,3	100,0	83,838	26,5125
SfAEPós6M	66,7	33,3	100,0	87,879	21,7599
SfASPré1	87,5	12,5	100,0	80,288	24,6237
SfASPós6M	75,0	25,0	100,0	92,500	18,6246
SfDoPré1	59,0	41,0	100,0	85,485	16,6829
SfDorPós6M	68,0	32,0	100,0	81,545	19,9266
SfVITPré1	85,0	15,0	100,0	72,727	20,6190
SfVITPós6M	45,0	55,0	100,0	82,182	11,2039
SfSMPré1	64,0	36,0	100,0	76,000	14,2478
SfSMPós6M	40,0	60,0	100,0	83,273	10,0227
ROSPré1	13,0	0,0	13,0	6,364	3,4984
ROSPós6M	13,0	0,0	13,0	5,667	3,7053
SfEGSPré1	Domínio Estado Geral de Saúde no pré-operatório				
SfEGSPós6M	Domínio Estado Geral de Saúde no pós-operatório de seis meses				
SfCFPré1	Domínio Capacidade Funcional no pré-operatório				
SfCFPós6M	Domínio Capacidade Funcional no pós-operatório de seis meses				
SfLAFPré1	Domínio Limitação por Aspectos Físicos no pré-operatório				
SfLAFPós6M	Domínio Limitação por Aspectos Físicos no pós-operatório de seis meses				
SfAEPré1	Domínio Aspectos Emocionais no pré-operatório				
SfAEPós6M	Domínio Aspectos Emocionais no pós-operatório de seis meses				
SfASPré1	Domínio Aspectos Sociais no pré-operatório				
SfASPós6M	Domínio Aspectos Sociais no pós-operatório de seis meses				
SfDoPré1	Domínio Dor no pré-operatório				
SfDorPós6M	Domínio Dor no pós-operatório de seis meses				
SfVITPré1	Domínio Vitalidade no pré-operatório				
SfVITPós6M	Domínio Vitalidade no pós-operatório de seis meses				
SfSMPré1	Domínio Saúde Mental no pré-operatório				
SfSMPós6M	Domínio Saúde Mental no pós-operatório de seis meses				
ROSPré1	Rosenberg no pré-operatório				
ROSPós6M	Rosenberg no pós-operatório de seis meses				



### 5.3.1 Questionário específico para qualidade de vida “Short Form-36”

Foram analisados, pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon, os dados dos oito domínios respectivamente no Pré1 e Pós6M para amostra de 33 pacientes.

Com relação ao domínio Estado Geral de Saúde observamos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,001$ . (Figura 1)

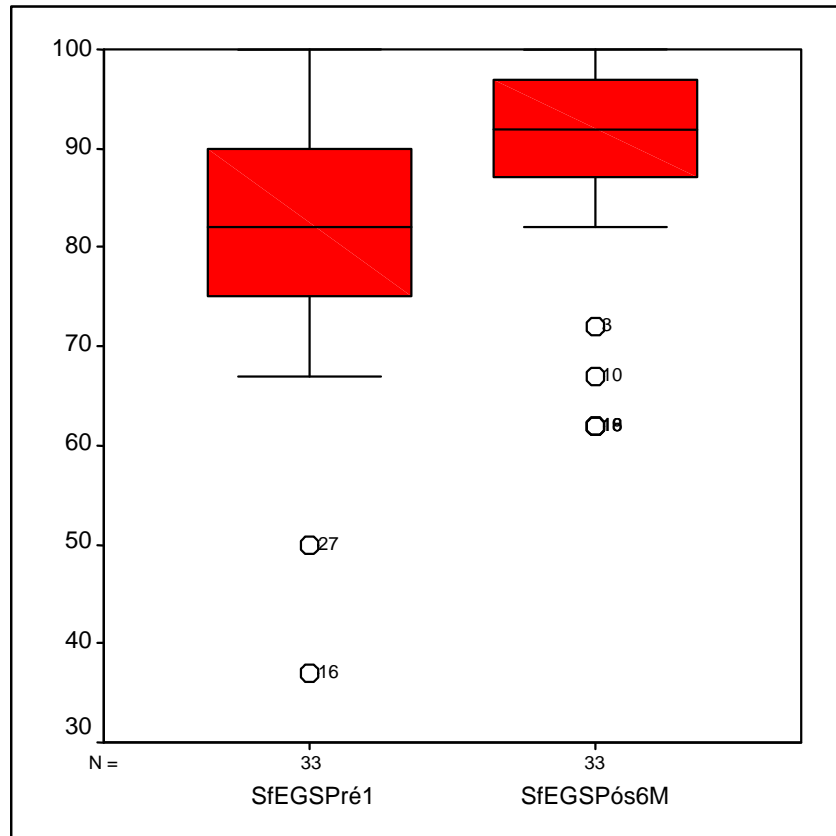


Figura 1 Gráfico demonstrando Estado Geral de Saúde no momento da cirurgia e após seis meses

Para o domínio Capacidade Funcional observamos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,002$ . (Figura 2)

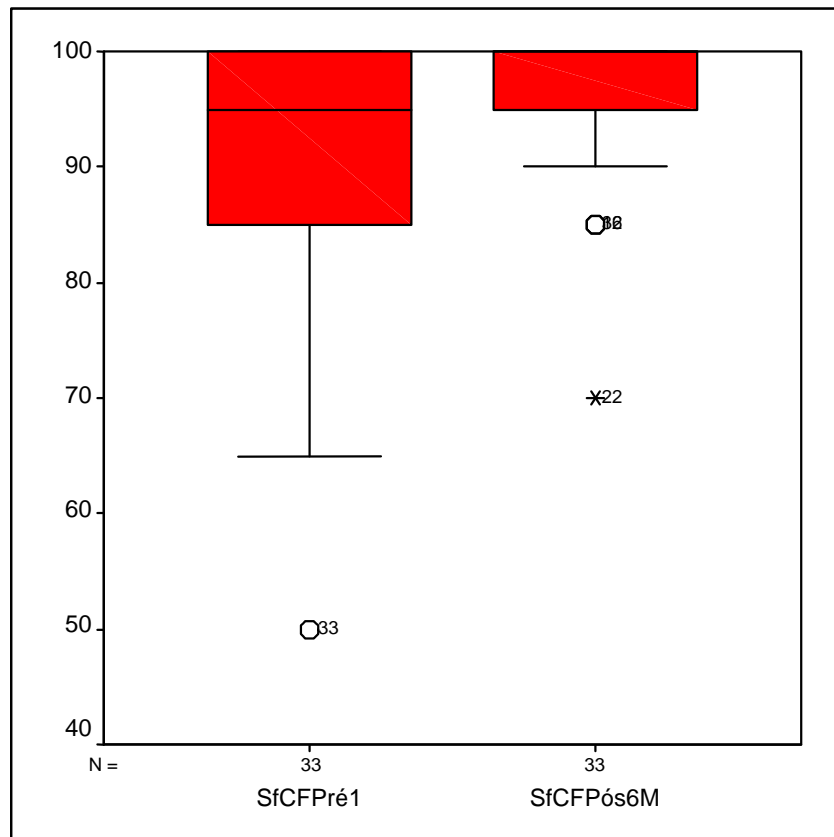
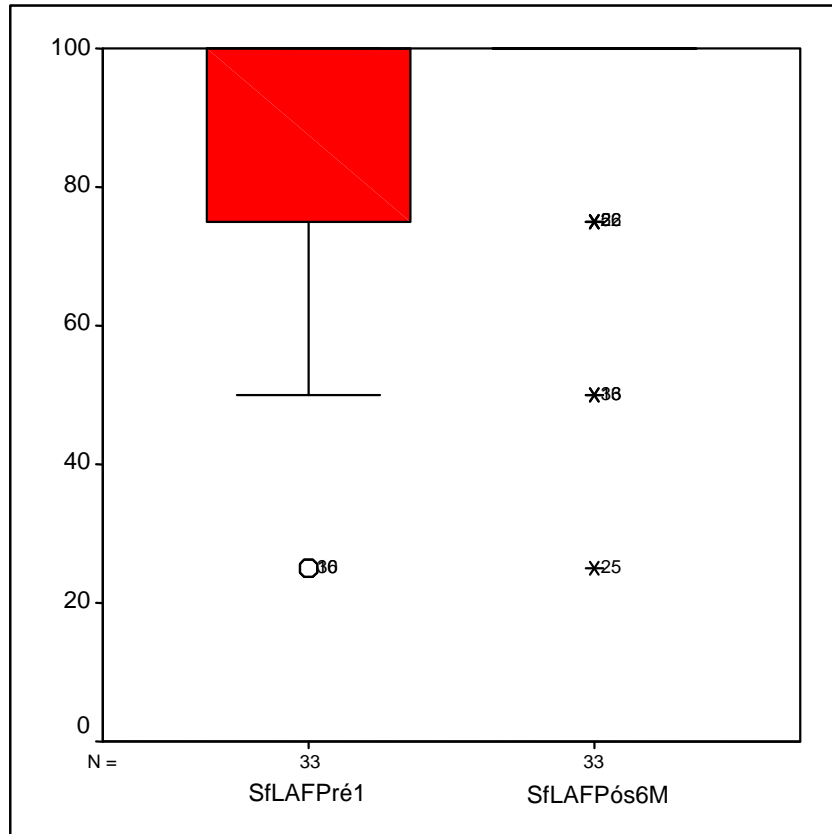


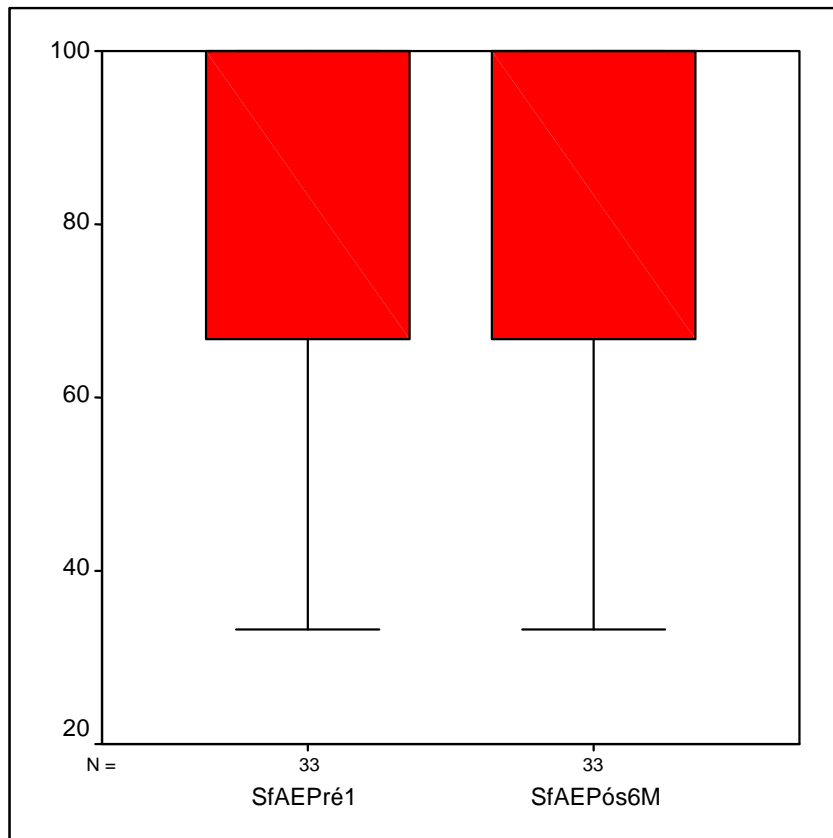
Figura 2 Gráfico demonstrando Capacidade Funcional no momento da cirurgia e após seis meses

Para o domínio Aspectos Físicos não encontramos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,097$ . (Figura 3)



**Figura 3** Gráfico demonstrando Limitação por Aspectos Físicos no momento da cirurgia e após seis meses

Para o domínio Aspectos Emocionais não encontramos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,142$ . (Figura 4)



**Figura 4** Gráfico demonstrando os Aspectos Emocionais no momento da cirurgia e após seis meses

Quando ao domínio Aspectos Sociais observamos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,002$ . (Figura 5)

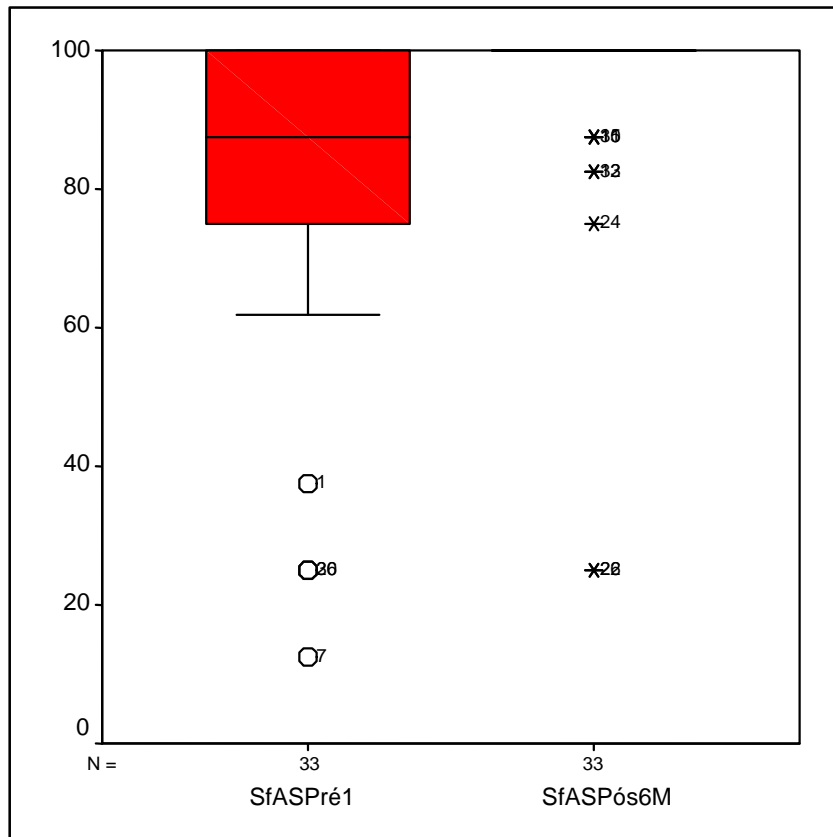
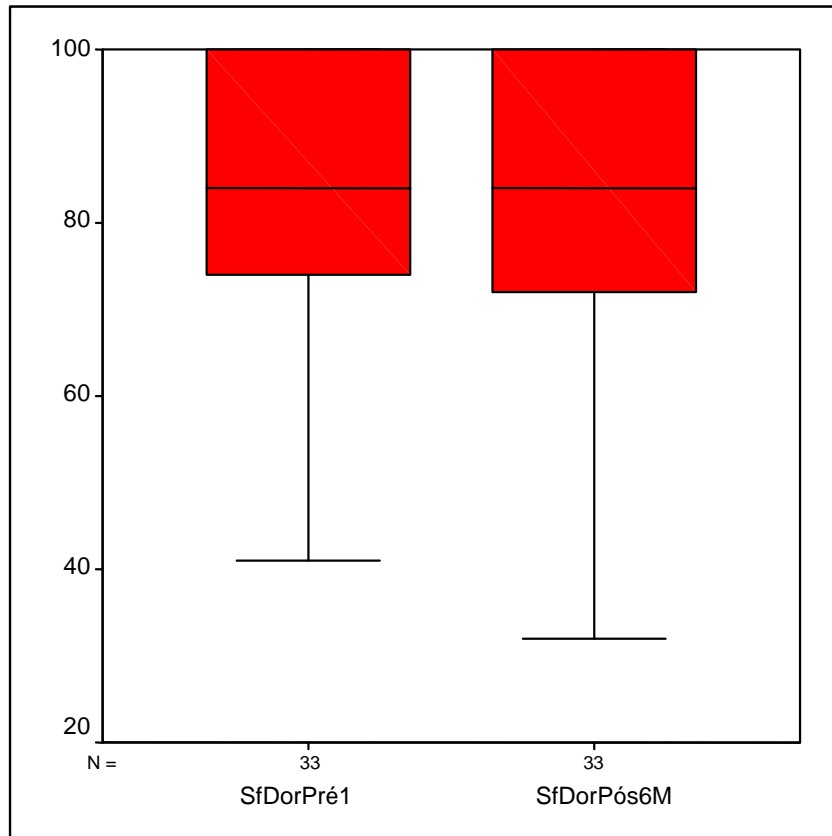


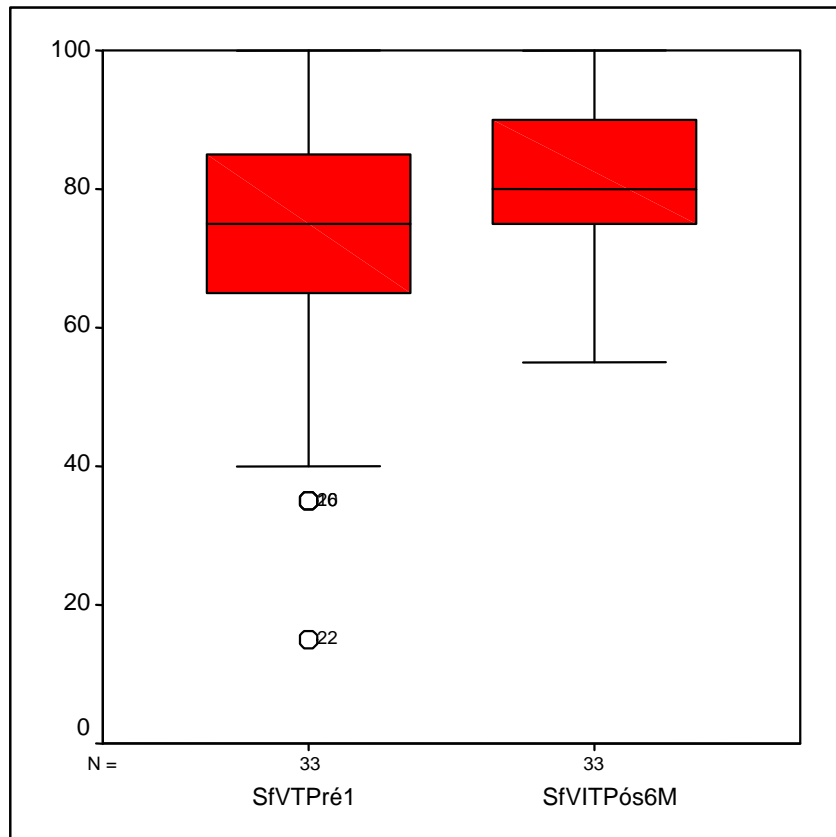
Figura 5 Gráfico demonstrando os Aspectos Sociais no momento da cirurgia e após seis meses

Para o domínio Dor, também não observamos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,211$ . (Figura 6)



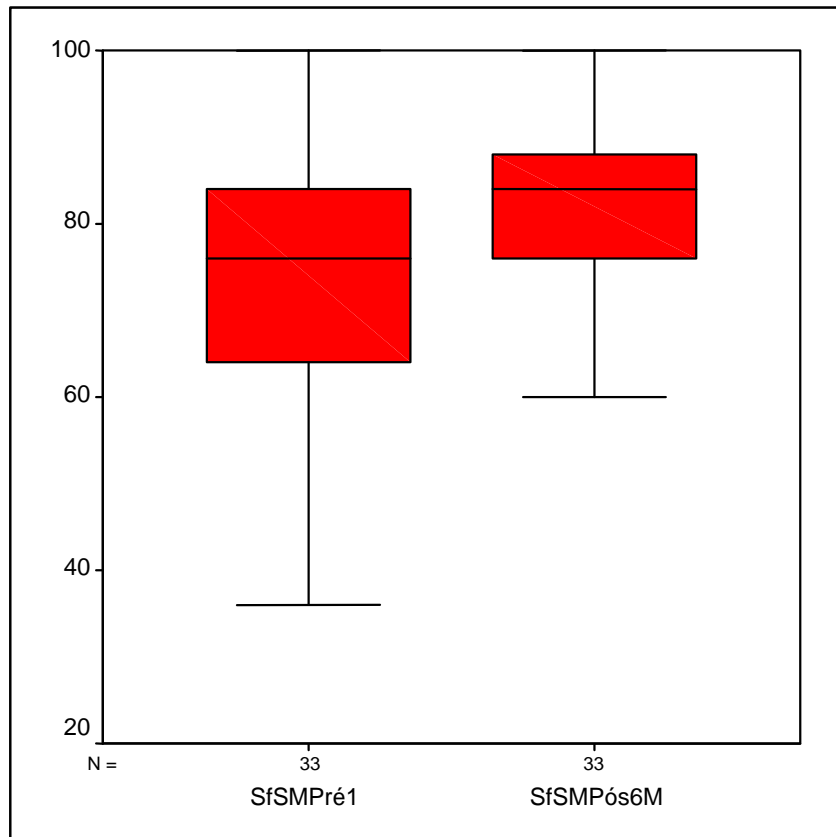
**Figura 6** Gráfico demonstrando Dor no momento da cirurgia e após seis meses

No domínio Vitalidade observamos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,007$ . (Figura 4)



**Figura 7** Gráfico demonstrando Vitalidade no momento da cirurgia e após seis meses

No domínio Saúde Mental observamos diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,004$ . (Figura 8)



**Figura 8** Gráfico demonstrando Saúde Mental no momento da cirurgia e após seis meses



### 5.3.2 Questionário específico para auto-estima “Escala de Rosenberg”

Para este questionário não encontramos diferença estatisticamente significativa entre os escores Pré1 e Pós6M com  $p = 0,215$ . (Figura 9)

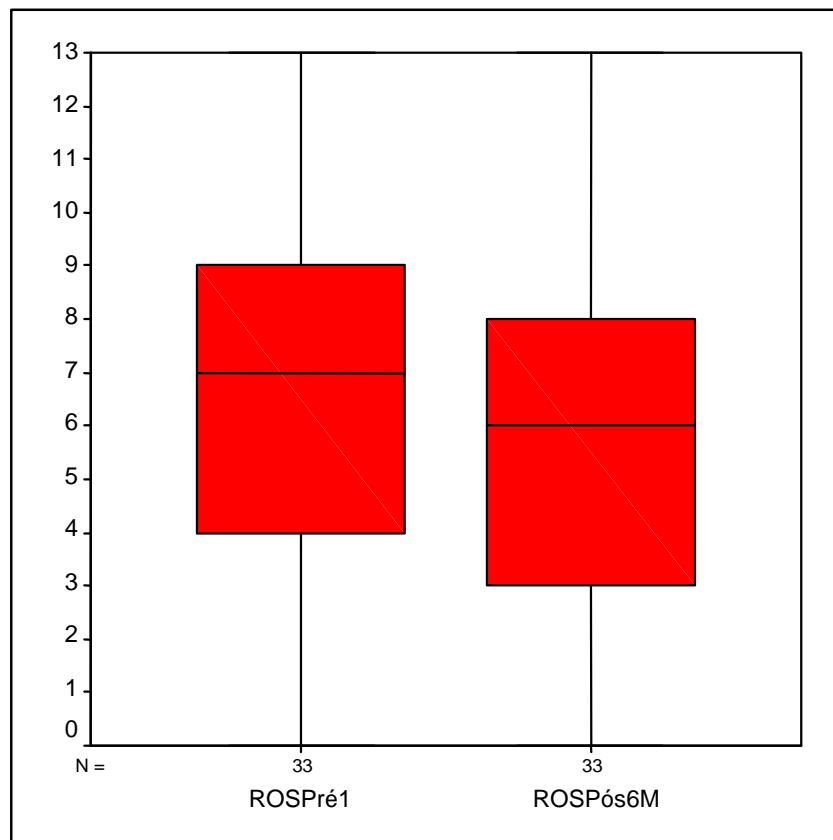


Figura 9 Gráfico demonstrando “Escala de Rosenberg” no momento da cirurgia e após seis meses

## 5.4 Casos Clínicos



**Figura 10 - Pré-operatório do paciente J.T.D. (33 anos)**



**Figura 11 - Seis meses de pós-operatório do paciente J.T.D. (33 anos)**



**Figura 12 - Pré-operatório do paciente M.A.S. (18 anos)**



**Figura 13 - Seis meses de pós-operatório do paciente M.A.S. (18 anos)**



**Figura 14 - Pré-operatório do paciente W.A.L. (21 anos)**



**Figura 15 - Pré-operatório do paciente W.A.L. (21 anos)**

## ***6. DISCUSSÃO***

## 6.1 Ginecomastia

O interesse no estudo da ginecomastia surgiu de sua grande prevalência, que acomete a faixa etária economicamente ativa. Trata-se da doença mamária mais freqüente nos homens. A cirurgia está indicada quando não regride com o tratamento clínico ou o expectante, o que somente ocorre em 30% dos casos (Mahoney, 1990).

A presença de neoplasia mamária é rara, corresponde a menos de 2% de todos os cânceres dos homens, mas pela sua gravidade deve sempre ser rastreada, principalmente se houver surgimento de nódulo unilateral e de rápida evolução. Há doenças associadas a ginecomastia, como a síndrome de Klinefelter, onde a chance de coexistir neoplasia mamária é até 16 vezes maior (Fentiman, 1990).

Neoplasias não mamárias podem causar ginecomastia, como síndromes paraneoplásicas, como um efeito das alterações sistêmicas que causam, assim, naturalmente esta possibilidade sempre deve ser considerada conforme a história clínica determinar (Treves, 1958).

As causas da ginecomastia que não a puberal (a mais freqüente) também reforçam a necessidade da sua investigação criteriosa e do conhecimento das possíveis causas: distúrbios hipofisários (adenomas), supra-renais (tumores), testiculares congênitos (síndrome de Klinefelter, disgenesias gonadais) ou adquiridos (orquite, castração, traumas) (Lemack *et al.*, 1995), insuficiência hepática (hepatopatias crônicas como cirrose e hepatite), síndromes paraneoplásicas (como seminoma, próstata e pulmão), doenças debilitantes como o grande queimado e desnutrição severa, causas idiopáticas e uso continuado de

diversos fármacos como: antagonistas H<sub>2</sub> da histamina, digoxina, espironolactona, lovastatina, verapamil, anti-androgênicos (finasterida) (Green *et al.*, 1996), esteróides, anticonvulsivantes e também drogas como a maconha e a heroína.

## **6.2 Avaliação da Qualidade de Vida e da Auto-estima**

Curiosamente, a despeito das considerações acima descritas, na prática diária a principal queixa dos pacientes que procuram tratamento para a ginecomastia refere-se à alteração de sua auto-imagem. Há queixas de dificuldade para o relacionamento afetivo, convívio social, atividades em grupo e esportes por temor de expor-se e sofrer críticas pela aparência das mamas.

Nitidamente estas alterações físicas causam limitações que interferem na opinião do paciente sobre sua auto-estima (Rosemberg, 1965) e diretamente nos aspectos emocionais e sociais da sua qualidade de vida relacionados (Guyatt, 1995, Ciconelli, 1997).

No contexto evolutivo das ciências médicas observa-se a mudança do foco do tratamento, antes voltado para a busca do diagnóstico ou a descoberta do tratamento e agora incide sobre quais são os mais rápidos, eficazes, que causam menos limitações, menos efeitos colaterais e de custos mais baixos, para que sejam acessíveis a todos. Em última análise este esforço existe para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Desde 1958, o conceito da “World Health Organization” (WHO) para saúde não é somente a ausência de doença, mas também um estado físico, e de bem estar social”, dimensões compartilhadas pelo conceito de qualidade de vida.

O impacto das enfermidades e de seus tratamentos pode ser nitidamente percebido por aqueles especialistas que têm a oportunidade de vivenciar mudanças dramáticas ou definitivas em seus pacientes. É o caso dos

reumatologistas, anestesistas, oncologistas e freqüentemente dos cirurgiões plásticos (Goin, Goin, 1976; Goin, Rees, 1991; Ciconelli, 1997; Klassen, 1999).

Passou-se a perceber que a possibilidade de interferência na qualidade de vida do paciente também faz parte do tratamento, assim a criação de instrumentos que a medissem objetivamente tornou-se necessária.

Na literatura médica encontram-se diversos estudos que associam cirurgia plástica e aspectos da qualidade de vida. Entretanto apenas são considerados consistentes os que avaliam um diagnóstico específico, empregando um instrumento fidedigno que tenha três características: *validade* – mensura aquilo a que se propõe; *confiabilidade* – os seus resultados podem ser reproduzidos entre pessoas distintas e por fim que tenha *responsividade* – detecta alterações durante um período de tempo. O intervalo de tempo pode compreender um dado período, prestando-se a estudos evolutivos, ou apenas um determinado momento, para estudos discriminativos (Guyatt *et al.*, 1993).

A escolha dos instrumentos adequados para se mensurar a qualidade de vida recai no uso sempre que possível do mesmo questionário, validado para uso no respectivo país do estudo, para que se possa reproduzir os resultados a nível internacional e que os trabalhos gerem sinergismo, ao invés de se criar um novo a cada pesquisa.

Quando se traduz um questionário de outra língua, é necessária sua adaptação cultural, onde se preserva a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual através de metodologia já estabelecida (Guillemin *et al.*, 1993).

Cada questionário avalia determinado conjunto de domínios, assim, adequam-se a determinados contextos e perfis de pacientes. Conforme Klassen *et al.* (1996a), após a revisão de questionários freqüentes na literatura, não existe pronto ainda um questionário com as características de aplicabilidade descritas acima que sirva para todas as pesquisas em cirurgia plástica, assim a escolha deve ser feita conforme a necessidade do pesquisador.



### 6.3 Escolha dos Instrumentos Adequados

O questionário “Short Form 36” foi escolhido porquê já foi validado no Brasil e reúne as características de avaliação de qualidade de vida apropriadas para o estudo aqui proposto. Por conter apenas 36 questões pode ser administrado em ambulatório e também da forma auto-administrada, mais rápida e isenta que a entrevista, podendo ser aplicado a vários pacientes pelo mesmo pesquisador (Klassen *et al.*, 1998).

A versão brasileira do questionário de Rosemberg feita por Dini em 2000 foi o instrumento escolhido para mensurar auto-estima pela constatação da rotina diária e nos estudos publicados que existe um anseio pelo resgate da auto-estima do paciente com ginecomastia através do seu tratamento. A auto-estima não é mensurada isoladamente no SF-36, mas no estudo preliminar para a criação deste questionário foi constatado que o domínio dos aspectos emocionais teve o maior impacto nos resultados, e por sua vez, quando desmembrado, foi a auto-estima o fator mais relevante (McHorney *et al.*, 1993).

Existem diversos trabalhos que correlacionam a cirurgia plástica à melhora da auto-estima, auto-imagem e resgate de situações psiquiátricas anormais, repercutindo em última análise na melhora da qualidade de vida, como Goin *et al.*, 1976 no tratamento de rugas faciais, Goin, Rees, 1991 no tratamento estético do nariz, Bradbury *et al.*, 1992 para otoplastia em crianças, Cole *et al.*, 1994 e Klassen *et al.*, 1996a para diversos tipos de cirurgias, Shakespeare, Cole, 1997, Faria *et al.*, 1999, Freire, 2002 para mastoplastia redutora, Veiga, 2002 que avaliou a qualidade de vida das pacientes na reconstrução mamária, Lemos (2003) que avaliou qualidade de vida em simetrização mamária e Abla em 2002 para mastoplastia de aumento.

## 6.4 Escolha da Técnica Operatória

Para o tratamento cirúrgico da ginecomastia a literatura médica contempla diversas técnicas. O trabalho de Dufourmentel (1928) está baseado em conhecimentos seculares, como os trabalhos de (Paulus Aegineta – 625-690 aC. *apud* Dufourmentel, 1928), que preconizava a ressecção do excesso de tecido mamário por uma incisão submamária semilunar ou ressecção de um fuso de pele da mesma maneira.

Desde Webster (1945) já percebemos a preocupação além da cura em si, com a busca das cicatrizes mais discretas possíveis e assim evitar estigmatizar o paciente. Discorre sobre diversas técnicas e opta por escolher sempre que possível a incisão semicircular periareolar, técnica que foi adotada neste estudo pela sua simplicidade, baixa morbidade e resultado estético adequado.

Como a queixa quanto à imagem corporal é freqüente na ginecomastia, uma cicatriz menor pode ser entendida como um esforço à parte no próprio tratamento.

## 6.5 Amostra

Para uniformidade da amostra delimitaram-se critérios de inclusão e exclusão. A inclusão foi feita conforme os critérios: diagnóstico confirmado de ginecomastia, pela história clínica de nódulo ou placa de tecido retro-areolar maior que 2cm de diâmetro (Braunstein, 1993) com investigação e liberação endocrinológica prévia, após ter sido identificada a sua causa e instituído ou concluído o tratamento clínico adequado, quando necessário.

A triagem endocrinológica prévia da ginecomastia é necessária porquê uma vez que a causa idiopática, que é a mais freqüente (60%), é diagnóstico de exclusão, as demais causas necessitam de investigação efetiva. (Braunstein, 1993)

A determinação de idade maior que 18 anos foi necessária porquê os questionários empregados não foram validados para menores desta idade. A escolaridade maior que ensino fundamental também se relaciona aos protocolos. Durante o processo de tradução do questionário “Short-Form 36”, Ciconelli (1997) constatou que as respostas de pacientes com escolaridade menor que esta não eram consistentes para emprego auto-administrado do questionário.

O IMC maior que 30 foi fator de exclusão porquê nesta situação a obesidade dificulta o diagnóstico adequado da ginecomastia de grau II e III, e principalmente porquê está associada a maior morbidade intra e pós-operatória, que poderia interferir na análise dos dados referentes à técnica cirúrgica (Beckenstein *et al.*, 1996).

## **6.6 Administração dos Questionários**

Para minimizar interferências no tipo da resposta a ser dada, no momento da apresentação do estudo ao paciente foi enfatizado que a resposta dos questionários qualquer que fosse não interferiria de maneira alguma no tratamento a ser executado e os questionários foram entregues ao paciente apenas após ele ter confirmado que a cirurgia seria feita.

Existem diversas maneiras de aplicação dos questionários. Estas dependem principalmente do objetivo da pesquisa e do público-alvo. As mais comuns são a entrevista, a auto-administração, resposta por correio, por telefone e questionário eletrônico via internet.

O questionário auto-administrado foi a maneira escolhida neste trabalho. Ele tem menor custo, pode ser aplicado ao mesmo tempo para vários pacientes, que necessitam ter bom entendimento (curso primário completo e boa cognição), o que é ponto positivo também para entendimento mais fácil das

orientações que serão dadas para o pós-operatório. A menor interação do pesquisador com o paciente e o fato do entrevistado responder a sós permite menor interferência nas respostas, a possibilidade de se tirar dúvidas diminui a possibilidade de entendimento errado da pergunta.

### **6.7 Coleta de Dados**

Os critérios estudados no trabalho foram tabulados no pré-operatório imediato, pré-operatório, até a evolução de 180 dias de pós-operatório.

Conforme as propostas para padronização técnica da ginecomastia, após o período de três meses o paciente já está integrado ao meio (Letterman, Schurter, 1946), mas ainda não há plena recuperação da sensibilidade no sítio operatório, regressão do edema e demais características inerentes ao tratamento cirúrgico. O pós-operatório de seis meses mostra-se mais adequado para a avaliação da qualidade de vida (Freire, 2001; Veiga, 2002).

### **6.8 Resultados da Avaliação de Qualidade de Vida**

Os valores obtidos nos oito domínios do SF-36 não foram agrupados em um único valor porquê para se fazer uma média destes é necessário um cálculo que envolve valores da média da população normal, que não existe ainda para o Brasil.

A estrutura do questionário SF-36 permite identificar dois grupos diferentes de domínios: um proveniente do plano físico e outro do emocional (McHorney *et al.*, 1993).

A experiência clínica tradicionalmente mostra a interdependência de ambos, assim, é natural que haja mudanças nas duas esferas após o tratamento cirúrgico.

No plano físico, que reúne os domínios Estado Geral de Saúde, Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor (qualquer tipo de dor), houve melhora com significância estatística para os dois primeiros. No emocional, que compreende os domínios Saúde Mental, Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais e Vitalidade, houve melhora significativa nos três primeiros. (Aspectos Físicos, Dor e Vitalidade não demonstraram relevância estatística).

No domínio **Estado Geral de Saúde** houve relevante melhora, com  $p=0,001$ . Este domínio representa a percepção da própria saúde e as expectativas do paciente em relação a ela (McHorney et al. 1993). Embora a ginecomastia não cause um agravo aparente à saúde, podemos entender que pelo paciente ela é interpretada como tal. Com seis meses de pós-operatório Veiga (2002) observou aumento significativo em reconstrução mamária, enquanto Freire (2001) não observou diferença estatisticamente significativa na mastoplasia redutora.

Dos domínios associados ao plano físico, o Estado Geral de Saúde é o que mais se inter-relaciona aos domínios do plano emocional, mostrando as repercussões da melhora do tratamento em ambos os planos (Ciconelli, 1997).

A **Capacidade Funcional** mensurada antes e após seis meses da correção da ginecomastia mostrou aumento estatisticamente significativo ( $p=0,002$ ). Abla (2002) constatou melhora em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento no quarto mês pós-operatório, Freire (2001) observou melhora no sexto mês após mastoplastia, enquanto Veiga (2002) observou melhora somente após 12 meses da reconstrução mamária. Este domínio vem demonstrar que para cirurgias menores, ocorre a retomada do trabalho mais precoce. Para ginecomastia até o terceiro mês da operação ocorre certa restrição, tanto pela dor e edema resultantes do esforço físico, que demandam naturalmente na orientação para que se evite estas atividades. Após este período o paciente efetivamente retoma suas atividades habituais.

Para o domínio **Aspectos Físicos** a melhora constatada não foi estatisticamente significativa. Este domínio mensura as restrições que a saúde física impõe às atividades laborais. Provavelmente a ginecomastia não constitui um entrave importante para estas atividades. Abla (2002) e Veiga (2002) também não obtiveram valores significantes no mesmo período de pós-operatório.

Nos **Aspectos Emocionais**, domínio que relaciona estes aspectos e as atividades laborais, observou-se melhora, porém sem relevância estatística. Aqui a justificativa recai principalmente sobre a preservação das atividades laborais do paciente com ginecomastia, e não quanto às restrições emocionais propriamente ditas, e também a retomada breve das atividades após a operação. Estes pacientes se encontram na faixa etária economicamente ativa - 25,1 anos, inseridos no mercado de trabalho altamente competitivo. Está presente o desejo de “recuperar-se logo” e o temor de perder o emprego caso se afaste.

Para os **Aspectos Sociais** observa-se diferença significativa ( $p=0,002$ ). A queixa de restrição social criada pela ginecomastia representa a principal preocupação na maioria dos pacientes desde o início de seu surgimento, como não participar de esportes em grupo, evitar a praia ou piscina e todas as situações em que eventualmente tenha que se expor (Mahoney, 1990; Hands, Greenall, 1991). O tratamento gera em um primeiro instante sensação de alívio, liberdade, para depois permitir a retomada da vida social do indivíduo.

Para **Dor** não houve diferença estatisticamente significativa. A semelhança de valores domínio Dor no pre e no pós-operatório se justifica pelo fato do SF-36 medir qualquer dor indistintamente, seja cefaléia, dor lombar ou no local da cirurgia. Por ser localizada em área restrita do tórax e não envolver inervação profunda, a dor originária do tratamento não é mais observada após seis meses. Abla (2002) obteve resultados semelhantes, enquanto Veiga (2002) obteve aumento progressivo ao longo do tempo para reconstrução mamária.

Antes da cirurgia os pacientes com início recente da ginecomastia (até quatro anos) queixavam-se mais de dor retro-areolar (Robinson, Short, 1977), que melhorou após a cirurgia, passando esta a ter o mesmo caráter que dos demais, que pôde ser mensurada pelo critério de dor na escala visual analógica, que mostrou notas baixas neste período (máximo de 2, até 10).

No domínio **Vitalidade** houve aumento significativo das médias ( $p=0,007$ ). Segundo McHorney *et al.* (1993) a vitalidade está relacionada tanto à saúde física quanto emocional. A disposição para as atividades e bem estar são reflexo da consciência da nova situação de saúde.

No PO 90 o paciente já se recuperou satisfatoriamente para voltar às suas atividades corriqueiras, além de ter iniciado outras que antes não fazia, como frequentar clubes, jogar bola.

As maiores variações no SF-36 foram observadas para: Aspectos Sociais, Vitalidade, Estado Geral de Saúde e Saúde Mental.

## **6.9 Resultados da Avaliação da Auto-estima**

Neste questionário, quanto menor a nota, maior é a auto-estima.

As médias do questionário de Rosenberg antes e após a cirurgia variaram conforme demonstra a literatura, havendo melhora dos valores após a intervenção cirúrgica, porém sem relevância estatística.

Os valores de pré-operatório variaram, mas após a cirurgia todos se concentraram próximos da média. (Tabela 1)

No Brasil ainda não há uma média normal para sua população, assim, os próprios pacientes são os referenciais inicial e final desta pesquisa.

Conforme salientam Goin *et al.* (1976), a cirurgia beneficia o aspecto emocional, principalmente aos pacientes cuja motivação para fazê-la é a baixa

auto-estima ou o e desajuste na auto-imagem, que estão intrinsecamente relacionados.

Rosenberg, após a criação do questionário de auto-estima em 1969, publicou em 1977 que, conforme os “efeitos de dissonância contextual”, o indivíduo pode concordar ou discordar quanto aos seus valores sociais individuais e aqueles da população que o cerca.

Para a auto-estima, Rosenberg alerta que a dissonância tem efeito deletério sobre a auto-estima.

Considerando este conceito, é possível que o dano que a presença da ginecomastia causa se refira ao fato do paciente diferir do grupo, sofrer restrições por isso, não obter aprovação, e não necessariamente que a ginecomastia faz o paciente diretamente sentir-se menos valorizado.

A grande melhora nos aspectos sociais da vida do paciente corrobora a idéia de que a ginecomastia aja como um entrave à integração do paciente ao seu meio, maior que o dano à auto-imagem.

Assim explica-se também o fato de que na prática clínica observa-se que o maior incômodo não necessariamente é o do paciente com a maior redundância mamária (Friedlander, 1995; Neuman, 1997).



## ***7. CONCLUSÕES***

Conforme o objetivo, este estudo propõe verificar quais serão as mudanças à Qualidade de Vida e à Auto-estima do paciente pelo tratamento cirúrgico da ginecomastia, conforme sua mensuração pelos questionários “Short-Form 36” e de Rosenberg-EPM.

O tratamento cirúrgico da ginecomastia promoveu mudanças positivas na qualidade de vida do paciente, representada pelos domínios Estado Geral de Saúde, Capacidade Funcional, Aspectos Sociais, Vitalidade e Saúde Mental, da versão brasileira do questionário “Short-Form 36”.

A avaliação da auto-estima pelo questionário de Rosenberg-EPM não mostrou diferença estatisticamente significativa.

## **8. ANEXOS**

## ANEXO A - Exame Físico Geral

Nome:	Nº:	RH:
<b>Peso</b> _____ Kg, <b>Altura</b> _____ mts, <b>PA:</b> _____, <b>P:</b> _____, <b>Temp:</b> _____		
<b>IMC</b> = peso(kg) / altura(mts) X altura(mts) =		
<b>Mucosas:</b> Coradas S - N	Icterícia S - N	Gânglios S N
<b>Pele-</b> seca mista oleosa	Turgor: firme médio flácido	
Fitzpatrick: I II III IV V VI	( )Branca ( )Negra ( )Amarela ( )Vermelha	
Cicatrizes- S - N	Locais/Característica:	
Estrias- S - N	Lesões pigmentadas- S - N Locais e tamanho -	
<b>Face-</b>		
<b>Pescoço-</b>	Tireóide: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> aumentada:	
<b>Ap. Respiratório:</b>		
<b>Ap. Circulatório:</b>		
<b>Abdome:</b>		
<b>Genitais:</b> <u>Pelificação:</u>	Testículos:	Genitália:
Outros:		
<b>Neurológico:</b>		
<b>Ortopédico: Membros:</b>		
<b>Coluna e Tronco:</b>		
<b>Vascular:</b>		
<b>Tórax:</b> <input type="checkbox"/> Brevilíneo <input type="checkbox"/> Normolíneo <input type="checkbox"/> Longilíneo <input type="checkbox"/> Deformidades/Coluna:		
Postura:		
<b>Mamas:</b> <input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Assimétricas ( ) D>E ( ) E>D		
<input type="checkbox"/> Descarga papilar: N S:	<input type="checkbox"/> Retração:	<input type="checkbox"/> Nódulos:
Mama <b>D:</b> ( ) Glandular ( ) Gordurosa ( ) Mista, Trofismo mamilo:	Trofismo do CAP:	
Mama <b>E:</b> ( ) Glandular ( ) Gordurosa ( ) Mista, Trofismo mamilo:	Trofismo do CAP:	
Classificação (L&S): ( )1 ( )2 ( )3 ( )4,	Diâm Mamário (cm) D:	E:
<b>Tanner:</b>		

## ANEXO B - Exames Pré-operatórios

### *Hematimétricos:*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Hb:** **Ht:** GB: ( B: N: L: L At: Eo: Mo: )  
 Plaquetas:

### *Gonadais:*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Testosterona livre: LH: FSH: Prolactina: Beta-HCG:  
 Estradiol: Progesterona:

### *Hepáticos:*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TP: RNI: %: TTPA: %: TS: TC: Laço:  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DHL: TGO: TGP: Albumina: Globulina: PT: A/G:  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BD: BI: BT: Fosf. Alcalina:

### *Outros:*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Na: K: Uréia: Creatinina: Gli. Jejum:  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Raio X tórax: RX Sela Túrcica:  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ECG:  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ US Testículos:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ US Mamas:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome e CRM do endocrinologista que liberou para cirurgia:  
 Etiologia:

## **ANEXO C - Instruções para o entrevistado**

1. Este questionário parte de um trabalho científico, onde estaremos avaliando a importância da Ginecomastia em sua qualidade de vida e em sua auto-estima.
2. Por qualidade de vida entendemos ser: "o conjunto de fatores do meu dia-a-dia que representam o quanto me sinto satisfeito com a vida que levo".
3. Por auto-estima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio. Em outras palavras, o quanto você gosta de si mesmo, como você se vê e o que pensa sobre si.
4. Seguem agora 2 questionários.
5. O primeiro é sobre a sua qualidade de vida neste momento. Neste questionário temos 36 frases afirmativas
6. Você deve escolher para resposta a alternativa que mais próximo está daquilo que você sente.
7. O segundo questionário é sobre sua auto-estima. São 10 questões, para cada uma você deve escolher a alternativa que for mais correta.
8. As alternativas são:
  - a) Concordo plenamente – quer dizer que você, com toda certeza concorda.
  - b) Concordo – quer dizer que você simplesmente concorda.
  - c) Discordo – quer dizer que você simplesmente discorda.
  - d) Discordo plenamente – quer dizer que você, com toda, certeza discorda.
9. Qualquer que seja a sua resposta, o conteúdo destes questionários não terá nenhuma interferência na sua cirurgia.

## **ANEXO D - Instruções para o entrevistador**

1. Ler a página “instruções para o entrevistado” para a pessoa a ser avaliada.  
Caso ela não compreenda as instruções, ler novamente.
2. O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas “Instruções para o entrevistado”. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas leia novamente, até que o paciente compreenda as informações.
3. O local de realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação, contando apenas com a presença do entrevistador e entrevistado.
4. Não se deve alterar a seqüência dos testes.
5. Anotar o horário do início e fim da avaliação, para sabermos em minutos o tempo necessário para sua aplicação.

## **ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título do projeto: Repercussão do tratamento cirúrgico da ginecomastia na qualidade de vida e na auto-estima.

O objetivo deste estudo é avaliar como o tratamento cirúrgico da ginecomastia pode repercutir na qualidade de vida e na auto-estima do paciente portador de ginecomastia.

A ginecomastia é uma doença muito freqüente entre os jovens, chegando a ocorrer em 60% dos adolescentes até os 18 anos. Ela pode se curar espontaneamente, mas quando isto não ocorre freqüentemente torna-se prejudicial pela dificuldade de relacionamento social que causa, levando a problemas psicológicos, e nestes casos deve ser operada.

Em termos simples qualidade de vida pode ser entendida como tudo aquilo que faz diferença para que se tenha uma vida melhor. Auto-estima é o valor que a pessoa dá a si própria.

A cirurgia mais empregada hoje usa uma incisão sobre a mama, ao redor da aréola (“bico do peito”) para retirar o excesso de tecido mamário, pode também existir excesso de gordura que pode ser retirada com a lipoaspiração, outra técnica já consagrada em cirurgia plástica. Este tratamento é usado quando não se pode reduzir ou fazer parar de crescer a mama com uso de medicamentos.

As cirurgias serão realizadas por equipe especializada com experiência na técnica. Para poder avaliar o resultado do tratamento da ginecomastia sobre a qualidade de vida e sobre a auto-estima serão usados questionários que o paciente deve preencher antes e também depois do tratamento.

Utilizaremos também um formulário para avaliar os aspectos da cirurgia (características da cirurgia, qualidade e tempo de cicatrização, ocorrência de



dor, impressão do paciente e da equipe médica sobre a cirurgia) imediatamente antes dela e após o 2º dia, o 7º, o 15º, o 30º, o 90º e o 180º dia.

Faremos a análise destes resultados e com isto pretendemos identificar se houve diferença entre a situação da auto-estima e da qualidade de vida antes e depois do tratamento.

Ao paciente se reserva o direito de se negar a participar do projeto ou de se retirar do projeto em questão, sem perder, de maneira alguma, o tratamento ou acompanhamento pós-operatório.

Haverá acompanhamento por meio de fotografias antes e após a cirurgia, sendo que a identidade do paciente não será revelada e os dados confidenciais, por ele fornecidos, não serão revelados individualmente neste ou em qualquer outro projeto.

Este projeto de pesquisa não acarreta riscos físicos, danos morais ou desconforto para a paciente e não se imputam quaisquer despesas aos participantes do projeto.

Garantia de acesso: a qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. (\*), que pode ser encontrado Ambulatório de cirurgia plástica do Hospital (\*) na sexta-feira ou no bip. 55080737 código 4303586, ou ainda no 4º andar do Hospital (\*) na disciplina de Cirurgia Plástica, Rua (\*), (\*), CEP (\*), São Paulo – SP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua (\*), 545 – (\*)º andar, Fone: 11 – 5539-7162.

A liberdade de retirada de consentimento é garantida a qualquer momento em deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu

tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Não há despesas pessoais para o paciente em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira qualquer relacionada à sua participação.

Considero ter sido suficientemente informado a respeito das orientações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Repercussão do tratamento cirúrgico da ginecomastia na qualidade de vida e na auto-estima”.

**Eu discuti com o Dr. (\*) a minha decisão em participar do estudo.**

**Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.**

**Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas ou de qualquer tipo de remuneração ou ressarcimento e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário.**

**Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ao meu atendimento neste Serviço.**

**Sei conforme informado que se deixar de seguir as orientações indicadas para meu caso poderão evoluir alterações imprevisíveis que fogem do controle de meu médico.**

**Concordo que para que se atinja o tratamento proposto sejam feitos por meu médico e pela equipe hospitalar envolvida os procedimentos necessários no âmbito da medicina, tais como execução de exames diagnósticos, aplicação de medicamentos e a cirurgia.**

**Declaro ainda que sei que devo e que poderei recorrer ao médico responsável, acima citado, quando houver dúvidas ou ocorrerem eventos**

fora do previsto quanto ao tratamento em andamento, e que cumprirei as orientações, ciente das possíveis conseqüências à minha saúde caso não as siga.\*

**Eu, \_\_\_\_\_**  
**, declaro que entendi o que é, como é feita, suas possíveis complicações e riscos inerentes e cuidados que devo tomar antes, durante e depois da Cirurgia para tratamento da Ginecomastia . Declaro também que entendi todo o conteúdo acima descrito e que minhas dúvidas foram esclarecidas, assim como me subscrevo por livre e espontânea vontade.**

Assinatura do Paciente / Representante Legal

Data

Assinatura da Testemunha e Nome Legível

Data

Declaro que obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para participação nesse estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo:

São Paulo, /

/

---

\* Referências excluídas para a deição para o Membro Titular da SBCP.

## ANEXO F - Protocolo de Pesquisa

### *Anamnese*

#### Protocolo de Pesquisa:

Repercussão do tratamento cirúrgico da ginecomastia na qualidade de vida e na auto-estima.

#### HISTÓRICO DO PACIENTE

**DATA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **R H:** \_\_\_\_\_  **Nº:** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ ap.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade em que nasceu: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Cidade onde mora: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CIC: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Estudou até qual

série?: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Qual o seu emprego atual?: \_\_\_\_\_

Telefones: Casa: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_

Recados: \_\_\_\_\_ (Falar com: \_\_\_\_\_)

Como foi que conheceu nosso trabalho? \_\_\_\_\_

#### **Há quanto tempo percebeu que tem ginecomastia?**

\_\_\_\_\_

*Agora você deve responder ao questionário abaixo.*

*Ele está escrito com palavras do dia-a-dia para facilitar o entendimento.*

*Assinale apenas o que você entendeu.*

*Tudo o que não entendeu deve perguntar à nossa equipe.*

*Você deve responder sempre a verdade, porque as informações servirão para o seu tratamento.*

*Este formulário irá se tornar parte do seu prontuário e manterá sigilo.*

*Para respostas certas assinale "SIM"*

*Para respostas erradas assinale "NÃO".*

<b>Antecedentes Pessoais</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>1. Você faz esportes?</b> Qual e quantas vezes ao dia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Tem ou teve alguma doença grave ou toma algum remédio regularmente? Qual ?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Tem ou teve algum problema no coração?</b> <input type="checkbox"/> Pressão alta? <input type="checkbox"/> Sopro no coração? <input type="checkbox"/> Dor no peito aos esforços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Tem ou teve problema de circulação do sangue?</b> <input type="checkbox"/> Tromboses? <input type="checkbox"/> Arroxamento nos dedos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Tem ou teve algum problema nos pulmões?</b> <input type="checkbox"/> Bronquite? <input type="checkbox"/> Pneumonia? <input type="checkbox"/> Tosse recente? <input type="checkbox"/> Escarro com sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Tem algum problema no pescoço ou garganta?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Tem algum dente:</b> <input type="checkbox"/> Quebrado? <input type="checkbox"/> Cariado? <input type="checkbox"/> Solto? <input type="checkbox"/> Prótese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Tem ou teve algum problema hormonal?</b> <input type="checkbox"/> Diabetes? <input type="checkbox"/> Doença de Tireóide? <input type="checkbox"/> Obesidade? <input type="checkbox"/> Outro? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Tem ou teve algum problema hematológico (no sangue)?</b> <input type="checkbox"/> Anemia? <input type="checkbox"/> Sangramento? <input type="checkbox"/> Manchas roxas com facilidade? Recebeu transfusão sanguínea? Há quanto tempo? Quando se corta, demora para parar de sangrar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>10. Tem ou teve algum problema genital ou urinário (rins, bexiga) ?</b> Qual? Quando criança precisou de tratamento para os testículos descerem no lugar? Qual? Os pêlos pubianos surgiram antes dos 12 anos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>11. Tem ou teve problema digestivo?</b> <input type="checkbox"/> Intestino preso? <input type="checkbox"/> Intestino solto? <input type="checkbox"/> Úlcera ou Gastrite? <input type="checkbox"/> Vômito com sangue ou Sangue nas fezes? <input type="checkbox"/> Hepatite? <input type="checkbox"/> Icterícia? <input type="checkbox"/> Outros?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>12. Tem ou teve:</b> <input type="checkbox"/> Miosite? <input type="checkbox"/> Artrite? <input type="checkbox"/> Lúpus? <input type="checkbox"/> Psoríase? <input type="checkbox"/> Pênfigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Tem ou teve algum problema dos ossos ou das articulações (juntas)?</b> <input type="checkbox"/> Dor no pescoço? <input type="checkbox"/> Quebrou algum osso? <input type="checkbox"/> Dor nas costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Tem ou teve algum problema neurológico (da cabeça) ou psiquiátrico?</b> <input type="checkbox"/> Convulsão? <input type="checkbox"/> Desmaio? <input type="checkbox"/> Insônia? <input type="checkbox"/> Nervosismo? <input type="checkbox"/> Depressão? <input type="checkbox"/> Dor de cabeça constante? <input type="checkbox"/> Outros? Quais ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Tem ou teve alguma doença de pele ?</b> Tem alguma cicatriz vermelha, grossa, endurecida ou que coça (quelóide)? Na sua família há alguma pessoa com uma cicatriz assim? Quando se machuca, demora mais de 2 semanas para cicatrizar? Notou aparecimento de alguma ferida ou mancha na pele? Alguma destas lesões sangra, dói ou está crescendo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>16. Acha alguma das mamas maior que a outra? Qual?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. Notou algum nódulo (caroço) nas mamas ou axilas?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18. Sente ou sentiu dor nas mamas? Durante quanto tempo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Antecedentes Pessoais</b>	SIM	NÃO
<b>19. Já usou esteróides anabolizantes (hormônios)?</b> Faz quanto tempo? Quais e durante quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Já foi submetido a alguma cirurgia (operação)?</b> Quais ? _____ Quando ? _____ Teve alguma dificuldade para se recuperar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21. Já foi submetido à anestesia:</b> <input type="checkbox"/> Local? <input type="checkbox"/> Sedação? <input type="checkbox"/> Geral? <input type="checkbox"/> Raqui? <input type="checkbox"/> Peridural? <input type="checkbox"/> Bloqueio? Há quanto tempo? _____ Teve algum problema com a anestesia? _____ Tem alergia a alguma substância ou medicamento? Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22. Faz uso de bebida alcoólica?</b> Quantas X por semana? _____ Tipo de bebida: _____ Doses ou Garrafas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23. Faz ou já fez uso de alguma droga injetável ou maconha?</b> Quais? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24. Fuma?</b> Quantos maços por dia? _____ Há quantos anos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25 Tem alguma doença infecto-contagiosa?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26. Já teve alguma destas doenças?</b> <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível? <input type="checkbox"/> Hepatite? Tipo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Tuberculose? <input type="checkbox"/> Catapora? <input type="checkbox"/> Malária? <input type="checkbox"/> Sífilis? <input type="checkbox"/> Doença de Chagas? <input type="checkbox"/> Mononucleose Infecciosa? <input type="checkbox"/> Esquistossomose (Barriga D'água)? <input type="checkbox"/> Herpes ("Sapinho") nos lábios? <input type="checkbox"/> Herpes zoster ("Cobreiro")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27. Você tem sorologia positiva para</b> <input type="checkbox"/> HIV ou <input type="checkbox"/> Hepatite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28. Você deixa de fazer alguma atividade em público devido ao aumento nas mamas?</b> Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29. Você sofreu algum tipo de crítica ou gozação por conta da ginecomastia?</b> Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30. Após o tratamento você imagina que terá menos dificuldades com estas situações ?</b> Porquê? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Antecedentes Pessoais</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>19. Já usou esteróides anabolizantes (hormônios)?</b> Faz quanto tempo? Quais e durante quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Já foi submetido a alguma cirurgia (operação)?</b> Quais ? _____ Quando ? _____ Teve alguma dificuldade para se recuperar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21. Já foi submetido à anestesia:</b> <input type="checkbox"/> Local? <input type="checkbox"/> Sedação? <input type="checkbox"/> Geral? <input type="checkbox"/> Raqui? <input type="checkbox"/> Peridural? <input type="checkbox"/> Bloqueio? Há quanto tempo? _____ Teve algum problema com a anestesia? _____ Tem alergia a alguma substância ou medicamento? Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22. Faz uso de bebida alcoólica?</b> Quantas X por semana? _____ Tipo de bebida: _____ Doses ou Garrafas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23. Faz ou já fez uso de alguma droga injetável ou maconha?</b> Quais? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24. Fuma?</b> Quantos maços por dia? _____ Há quantos anos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25 Tem alguma doença infecto-contagiosa?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26. Já teve alguma destas doenças?</b> <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível? <input type="checkbox"/> Hepatite? Tipo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Tuberculose? <input type="checkbox"/> Catapora? <input type="checkbox"/> Malária? <input type="checkbox"/> Sífilis? <input type="checkbox"/> Doença de Chagas? <input type="checkbox"/> Mononucleose Infecciosa? <input type="checkbox"/> Esquistossomose (Barriga D'água)? <input type="checkbox"/> Herpes ("Sapinho") nos lábios? <input type="checkbox"/> Herpes zoster ("Cobreiro")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27. Você tem sorologia positiva para</b> <input type="checkbox"/> HIV ou <input type="checkbox"/> Hepatite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28. Você deixa de fazer alguma atividade em público devido ao aumento nas mamas?</b> Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29. Você sofreu algum tipo de crítica ou gozação por conta da ginecomastia?</b> Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30. Após o tratamento você imagina que terá menos dificuldades com estas situações ?</b> Porquê? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## ANEXO G - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lances de escada.	1	2	3
e. Subir <b>um</b> lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b> .	1	2	3
h. Andar <b>vários</b> quarteirões.	1	2	3
i. Andar <b>um</b> quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c. Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex: necessitou um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**. Você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas?**

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto de **dor** interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da **maneira como você se sente** (em relação às **últimas 4 semanas**).

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 -Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmativas para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva -mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## **ANEXO H - Escala de auto-estima Rosenberg (DINI, 2000)**

Como você avalia as questões:

- 1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
- 2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
- 3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
- 4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
- 5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
  
- 6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).
  - a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente

- 7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.
- a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
- 8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).
- a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
- 9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).
- a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente
- 10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).
- a) Concordo plenamente
  - b) Concordo
  - c) Discordo
  - d) Discordo plenamente

**ANEXO I - Cálculo do Escore do “Shorf Form-36”**

**PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36**

<b>QUESTÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO conforme a RESPOSTA</b>
01	1 => 5,0 2 => 4,4 3 => 3,4 4 => 2,0 5 => 1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1 => 5 2 => 4 3 => 3 4 => 2 5 => 1
07	1 => 6,0 2 => 5,4 3 => 4,2 4 => 3,1 5 => 2,2 6 => 1,0
08	Se 8 => 1 e 7 => 1 -----> 6 Se 8 => 1 e 7 => 2 a 6 -----> 5 Se 8 => 2 e 7 => 2 a 6 -----> 4 Se 8 => 3 e 7 => 2 a 6 -----> 3 Se 8 => 4 e 7 => 2 a 6 -----> 2 Se 8 => 5 e 7 => 2 a 6 -----> 1
09	A, d, h = valores contrários ( 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i          Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a,c= valores normais b,d= valores contrários ( 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

### CÁLCULO DO RAW SCALE (0 A 100)

	Questão	Limites	Variação do Escore
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10-30	20
Aspectos Físicos	4	4-8	4
Dor	7+8	2-12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5-25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4-24	20
Aspectos Sociais	6+10	2-10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3-6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5-30	25

Raw Scale:

Ex. Item =  $\frac{\text{Valor obtido} - \text{valor mais baixo}}{\text{Variação}} \times 100$

Variação

Ex. Capacidade Funcional = 21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

Ex.  $\frac{(21-10)}{20} \times 100 = 55$

20

**Obs.: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios.**

Dados perdidos: Se não responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

## ***9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***



- Abla EFA. Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidas à mastoplastia de aumento [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2002.
- Abramo AC. Axillary approach for gynecomastia liposuction. *Aesth Plast Surg* 1994; 18:265-8.
- Beckenstein MS, Windle BH, Stroup RT. Anatomical parameters for nipple position and areolar diameter in males. *Ann Plast Surg* 1996; 36(1):33-6.
- Bradbury ET, Hewison J, Timmons MJ. Psychological and social outcome of prominent ear correction in children. *Br J Plast Surg* 1992; 45:97-100.
- Braunstein GD. Gynecomastia. *N Engl J Med* 1993; 328(7):490-5.
- Casanova D, Magalon G. Traitement chirurgical des gynécomasties. *J Chir (Paris)* 1997; 134(2):76-9.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short form health survey (SF-36) 1997 [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 1997.
- Cole RP, Shakespeare V, Sheakspeare P, Hobby JAE. Measuring outcome in low-priority plastic surgery patients using quality of life indices. *Br J Plast Surg* 1994; 47:117-21.

Colombo-Benkman M, Buse B, Stern J, Herfarth C. Indications for and results of surgical therapy for male gynecomastia. *Am J Surg* 1999; 178:60-3.

Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons, 1999.

Dehner LP. Pathology of the breast in children, adolescent and young adults. *Semin Diagn Pathol* 1999; 16(3):235-47.

Dini G. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do questionário de auto-estima de Rosenberg 2000 [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2000.

Dufourmentel LL. Incision aréolaire dans la chirurgie du sein. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*.1928; 20:9-14.

Faria FS, Guthrie E, Bradbuty E, Brain AN. Psychosocial outcome and patient satisfaction following breast reduction surgery. *Br J Plast Surg* 1999; 52(6):448-52.

Fentiman IS. Male breast cancer. In: Fentiman IS. Detection and treatment of early breast cancer. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1990. p. 207-18.

Fodor PB. On gynecomastia and suction assisted lipectomy. *Plast Rec Surg* 1988; 82(5):910.

Fodor PB. Breast cancer in a patient with gynecomastia. *Plast Rec Surg* 1989; 84:976-9.

Freire MAMS. Avaliação do impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes com hioertrofia mamária [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2001.

Friedlander LD. Gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg* 1995; 19(1):27-9.

Gasperoni C, Salgarello M, Gasperoni P. Technical refinements in the surgical treatment of gynecomastia. *Ann Plast Surg* 2000;44(4):455-8.

Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM. Face lift operation; the patient's secret motivations and reactions to "informed consent". *Plast Rec Surg* 1976; 58(3):273-9.

Goin MK, Goin JM. Psychological effects of aesthetic facial surgery. *Adv Psychosom Med* 1986; 15:84-108.

Goin MK, Rees TD. A prospective study of patient's psychological reactions to rhinoplasty. *Ann Plast Surg* 1991; 27(3):210-5.

Green L, Wysowski DK, Fourcroy JL. Gynecomastia and breast cancer during finasteride therapy. *N Engl J Med* 1996; 335(11):823.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of the health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-32.

Guyatt GH, Fenny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Int Med* 1993; 118:1433-44.

Guyatt GH. A taxonom of health status instruments. *J Reumat* 1995; 22:188-90.

Hands LJ, Greenall MJ. Gynaecomastia. *Br J Surg* 1991; 78:907-11.

Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 health survey questionnaire: Is it suitable for use with older adults?. *Age Ageing* 1995; 24:120-5.

Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patient's health related quality of life before and after aesthetic plastic surgery. *Br J Plast Surg* 1996a; 49:439-41.

Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Measuring quality of life in cosmetic surgery patients with a condition-specific instrument: the Derriford Scale. *Br. J. Plast. Surg.* 1998; 51:380-4.

Klassen A. Quality of life outcomes after cosmetic surgery. *Plas Reconstr Surg* 1999; 104(4):1209-10.

Lemack G, Poppas DP, Vaughan Jr ED. Urologic causes of gynecomastia: approach to diagnosis and management. *Urology* 1995; 45(2):313-9.

Lemos ALA. Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidas à simetrização mamária [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2001.

Letterman G, Schurter M. The surgical correction of gynecomastia. *Am Surg* 1969; 35(5): 322-5.

Letterman G, Schurter M. Surgical correction of massive gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49:259.

Mahoney P. Adolescent gynecomastia. Differential diagnosis and management. *Ped Clin North Am* 1990; 37(6):1389-404.

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short-form Health Survey (SF-36): psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31:247-63.

Nagadowska MM, Fentiman IS. Male breast cancer. *Br J Hosp Med* 1993; 49(2):104-6.

Neuman JF. Evaluation and treatment of gynecomastia. *Am Fam Phys* 1997; 55(5):1835-46.

Pitanguy I. Transareolar incision for gynecomastia. *Plast Rec Surg* 1966; 38(5): 414-9.

Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast RecSurg* 1998; 102(6):2139-45.

Robinson JE, Short RV. Changes in breast sensitivity at puberty, during the menstrual cycle, and at parturition. *Br Med J* 1977; 1:1188-91.

Rosenberg M. Society and the adolescent self image. Princeton: University Press; 1965.

Rosenberg M. Contextual dissonance effects: nature and cause. *Psychiatry* 1977; 40:205-17.

Samdal F, Kleppe G, Amland PF, Abyholm F. Surgical treatment of gynaecomastia. Five years experience with liposuction. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1994; 28:123-30.

Shakespeare V., Cole RP. Measuring patient based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *Br J Plast Surg* 1997; 50:242-8.

Simon BB, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1973, 51:48.

Spina V. Ginecomastia. Resultados operatórios. *Rev Paulista Med.* 1954; 44:11.

Treves N. Gynecomastia: the origins of mammary swelling in the male. An analysis of 406 patients with breast hypertrophy, 525 with testicular tumors and 13 with adrenal neoplasms. *Cancer* 1958; 11:1083-102.

Veiga DF. Qualidade de vida em pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso no reto abdominal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2002.

Ware JEJ, Sherbourne CD. The MOS 36 item short-form health survey (SF-36). *Medical Care* 1992; 30(6):473-83.

Webster JP. Mastectomy for gynecomastia through semicircular intra-areolar incision. *Ann Surg* 1946; 124:557-75.

## SUMMARY

Gynecomastia has above a 60% incidence in adolescents, leading to pain and self-image disturbs, with emotional and physical problems (COLOMBO-BENKMAN, 1999), that can be solved with the threatening. This study has evaluated the patients' self-esteem and health related quality of life before and after the surgical treatment of gynecomastia. **Sample:** 33 patients within 18 to 50 years old were included, with confirmed gynecomastia from 2 to 21 years of evolution, puberal etiology was the main cause (90.1%). **Methods:** There were performed adenectomy regarding Letterman & Schurter's (1969) classification. Before and six month post-operative (PO) data was evaluated. The patients answered at these moments to the brazilian versions of the Rosenberg self-esteem and Short Form-36 questionnaires. **Results:** There were improve, statistically significant, to Short Form-36 General Health State, Functional Capacity, Social Aspects, Vitality and Mental Health. **Conclusion:** Using the Rosenberg's and Short-Form 36 questionnaires could demonstrate increase to the quality of life and self-esteem due to the gynecomastia surgical treatment.

**Keywords:** Gynecomastia, Quality of Life, Self-Esteem, SF-36.