

TIPO DE CIRURGIA, ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL E IMAGEM CORPORAL NO CANCRO DA MAMA

Helena Moreira (hmoreira@fpce.uc.pt) & Maria Cristina Canavarro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

RESUMO: A investigação sobre a influência do tipo de cirurgia na adaptação da mulher com cancro da mama tem resultado numa intensa produção científica ao longo dos últimos anos. O presente estudo pretende rever o vasto conjunto de investigações conduzidas nos últimos 20 anos sobre a influência do tipo de cirurgia (mastectomia e cirurgia conservadora) na adaptação psicossocial e imagem corporal da doente. Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais, que deu origem à revisão detalhada de 23 publicações científicas. A grande maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas entre grupos cirúrgicos, nos principais indicadores de adaptação psicossocial, ainda que este resultado não seja consensual. A única diferença consistentemente encontrada refere-se à imagem corporal da mulher, ou seja, as doentes que conservam a mama reportam uma imagem corporal mais positiva. Em suma, a revisão efetuada sugere que mais do que defender rigidamente um tipo de cirurgia em detrimento de outro, importa incluir a doente no processo de tomada de decisão terapêutica.

Palavras chave: cancro da mama; tipo de cirurgia; mastectomia; cirurgia conservadora; adaptação psicossocial; imagem corporal.

TYPE OF SURGERY, PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT AND BODY IMAGE IN BREAST CANCER ABSTRACT

ABSTRACT: Research on the influence of type of surgery in the breast cancer patients' adjustment has resulted in an extensive scientific production over the last years. This study aims to review the vast body of research conducted over the past 20 years on the influence of type of surgery (mastectomy and breast conserving surgery) in the patient's psychosocial adaptation and body image. A literature review was undertaken in national and international databases, giving rise to a comprehensive review of 23 scientific publications. The vast majority of studies found no significant differences between surgical groups in the main indicators of psychosocial adjustment, although this result is not consensual. The only difference consistently found refers to the women's body image, i.e., the patients who report a more positive body image are the ones who underwent breast conserving surgery. In short, this literature review suggests that rather than rigidly defend a type of surgery over another, it is important to include the patient in the therapeutic decision-making process.

Key-Words: breast cancer; type of surgery; mastectomy; breast conserving surgery; psychosocial adjustment; body image.

Recebido em 18 de Outubro 2011/ Aceite em 27 de Junho de 2012

O cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente na mulher, não só em Portugal, como em todo o mundo. Os últimos dados da International Agency for Research on Cancer, da Organização Mundial de Saúde (Ferlay et al., 2010), relativos ao ano de 2008, mostram que a incidência da doença tem vindo a aumentar. Especificamente, estima-se que tenham sido diagnosticados, em todo o mundo, cerca de 1,38 milhões de novos casos (23% de todos os tipos de cancro, na mulher). Em Portugal calcula-se que tenham surgido cerca de 5333 novos casos (27,7% de todos os cancros).

As taxas de mortalidade são, contudo, bastante inferiores. Foram registadas cerca de 458000 mortes em todo o mundo e 1537 em Portugal (Ferlay et al., 2010). Nas últimas décadas verificou-se um desenvolvimento acentuado de diversas técnicas terapêuticas, nomeadamente ao nível das intervenções cirúrgicas e dos tratamentos adjuvantes, mas também no que se refere ao diagnóstico precoce da doença. Este desenvolvimento permitiu um aumento considerável das taxas de sobrevivência, tendo a doença oncológica, em geral, e o cancro da mama, em particular, deixado de ser considerada uma doença inevitavelmente fatal, passando a ser conceptualizada como uma doença crónica (Pimentel, 2006). O prolongamento da vida e a conceptualização do cancro como doença crónica, trazem consigo a questão da *quantidade* de vida sem *qualidade* (Kornblith, 1998; Pais-Ribeiro, 2002), tornando-se, deste modo, fundamental o estudo da qualidade de vida (QdV) da doente, ao longo de todo o percurso da doença (Kornblith, 1998), bem como a sua correta avaliação e promoção.

A preocupação com a QdV e, de uma forma global, com a adaptação psicossocial do doente oncológico, tem-se reflectido no elevado número de estudos sobre esta temática, nomeadamente sobre os factores que podem promover ou deteriorar a QdV e adaptação à doença. Em doentes com cancro da mama, o tipo de cirurgia constitui um dos factores que, desde sempre, suscitou um grande interesse entre clínicos e investigadores. Como tal, a investigação sobre o impacto dos dois principais tipos de cirurgia – mastectomia e cirurgia conservadora – na adaptação psicossocial da mulher com cancro da mama tem resultado numa intensa produção científica ao longo dos últimos anos.

Da Mastectomia à Cirurgia Conservadora da Mama

A mastectomia foi, durante décadas, o procedimento cirúrgico dominante. Este tipo de cirurgia foi desenvolvido e implementado por William Stewart Halsted, em 1882, tendo-se tornado conhecido por *mastectomia radical* ou *mastectomia radical de Halsted*. Consistia na remoção total da mama, bem como dos músculos peitorais (grande e pequeno peitoral), da pele e dos gânglios linfáticos axilares (Turkington & Krag, 2005). Halsted publicou os resultados dos seus primeiros 50 casos no *Johns Hopkins Hospital Reports*, tendo relatado que a taxa de sobrevivência cinco anos após a cirurgia era de 40%. Esta percentagem de sucesso era considerada, nessa altura, bastante elevada, tendo em conta que cerca de três quartos das doentes apresentavam os gânglios linfáticos positivos, ou seja, os seus gânglios continham já células cancerígenas (Cotlar, Dubose, & Rose, 2003). Contudo, apesar do seu sucesso terapêutico, a mastectomia radical era uma cirurgia muito extensa, encontrando-se associada a um risco elevado de linfedema e a inúmeros outros efeitos secundários, tais como a deformação do peito e do ombro (Turkington & Krag, 2005). Deste modo, ao longo do tempo, foi-se procurando desenvolver técnicas cirúrgicas que permitissem uma maior preservação

dos músculos peitorais, bem como dos gânglios linfáticos axilares e da própria mama, sempre que tal fosse possível.

Assim, no início da década de 30, Patey, do Middlesex Hospital de Londres, introduziu um tipo de mastectomia menos extensa, que ficou conhecida como *mastectomia radical modificada* ou *mastectomia de Patey* (Cotlar et al., 2003). Este tipo de procedimento diferia do anterior por não remover o músculo do grande peitoral, embora consistisse, igualmente, na remoção total da mama, dos gânglios linfáticos axilares, da pele e dos músculos do pequeno peitoral.

No final dos anos 50, começou a evidenciar-se uma mudança na forma de perspectivar o tratamento cirúrgico do cancro da mama, à medida que os investigadores e clínicos começaram a comparar a mastectomia radical com procedimentos mais conservadores (Cotlar et al., 2003). Deste modo, foram surgindo estudos que procuravam avaliar a eficácia das diferentes modalidades cirúrgicas e de tratamento. Um dos primeiros estudos foi desenvolvido por Payne et al. (1970), com uma amostra de 12641 cirurgias da mama, realizadas entre 1910 e 1964. Do total de cirurgias, 90% eram mastectomias radicais e 10% mastectomias radicais modificadas, sendo que apenas metade das mulheres tinha recebido radioterapia. De uma forma global, este estudo retrospectivo mostrou que a sobrevivência era largamente influenciada pela presença de gânglios linfáticos positivos, não se verificando, no entanto, diferenças nas taxas de sobrevivência aos cinco e dez anos quando os gânglios eram negativos. Este tipo de investigações evidenciava, assim, a necessidade de se começarem a desenvolver ensaios clínicos, prospectivos e aleatorizados, para que mais corretamente se pudessem avaliar os resultados dos diferentes procedimentos utilizados (no que diz respeito às taxas de sobrevivência, efeitos secundários, etc.) e, assim, delinear estratégias terapêuticas adequadas a cada caso particular. Por exemplo, o *National Surgical and Adjuvant Breast Project – 04* (NSABP-04), conduzido entre 1971 e 1974 e coordenado por Bernard Fisher (Fisher et al., 1977), revelou que não existiam diferenças significativas nas taxas de sobrevivência aos 5 e 10 anos entre a mastectomia radical, a mastectomia total (remoção de toda a mama, da pele e do mamilo, com preservação dos músculos peitorais) com radioterapia e a mastectomia total sem radioterapia mas com esvaziamento axilar caso os gânglios fossem positivos. Estes resultados, publicados em 1985, mostraram que a mastectomia radical ou de Halstead tinha apenas um interesse histórico, não sendo já um procedimento cirúrgico adequado (Fisher, Bauer, et al., 1985; Fisher, Redmond, et al., 1985).

A partir do início dos anos 80, a qualidade de vida do doente oncológico passou a ser um tema central na Oncologia (Pimentel, 2006). Consequentemente, o interesse pelo desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais conservadoras foi aumentando, na medida em que se considerava que este tipo de procedimentos poderia contribuir fortemente para a melhoria da QdV da mulher com cancro da mama. A progressiva introdução da cirurgia conservadora (excisão do tumor e de algum tecido saudável circundante) seguida de radioterapia, como alternativa à mastectomia, afigurava-se como uma opção promissora no tratamento do cancro da mama, embora fossem necessários estudos clínicos que comprovassem a sua eficácia terapêutica.

Deste modo, no final da década de 80, foram desenvolvidos vários ensaios clínicos, entre os quais se destacaram o *Milan-World Health Organization* (Veronesi et al., 1989), o *Institute Gustave-Roussy* (IGR-Paris) (Sarrazin et al., 1989), o *National Surgical Adjuvant Breast and*

Bowel Project (NSABP) B-06 (Fisher et al., 1989), o *European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) 10801* (van Dongen et al., 1992), o *Danish trial* (Blichert-Toft et al., 1992) e o *US National Cancer Institute trial* (Lichter et al., 1992). De uma forma geral, todos aferiram que a mastectomia e a cirurgia conservadora seguida de radioterapia apresentavam taxas de sobrevivência semelhantes, em doentes que se encontravam ainda nos estádios iniciais da doença.

Para além dos ensaios clínicos referidos, um outro factor muito relevante para que se passasse a adoptar a cirurgia conservadora com maior regularidade e segurança consistiu na organização da *Consensus Development Conference* (NHI Consensus Development Panel, 1991) e na divulgação generalizada dos seus resultados. Esta conferência foi organizada, em 1990, pelo *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA) e reuniu diversos profissionais de saúde (e.g. médicos oncologistas, cirurgiões, enfermeiros, psicólogos) e público em geral, com o objetivo de determinar o tratamento local ideal para mulheres com cancro da mama invasivo primário. O painel de peritos, após revisão dos seis ensaios clínicos já mencionados, concluiu que a cirurgia conservadora era um método apropriado de terapia primária para a maioria das mulheres nos estádios I e II do cancro da mama, sendo preferível à mastectomia, na medida em que promovia taxas de sobrevivência idênticas, preservando, simultaneamente, a mama. As recomendações efetuadas neste encontro funcionaram, incontestavelmente, como estímulo para a realização mais frequente da cirurgia conservadora, sempre que clinicamente tal fosse possível (Du, Freeman, & Syblik, 2000; Lazovich, Solomon, Thomas, Moe, & White, 1999).

Em suma, atualmente, os procedimentos cirúrgicos mais comuns consistem na mastectomia total e na cirurgia conservadora da mama seguida de radioterapia. Também em Portugal, e de acordo com as *Recomendações Nacionais para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama* (Coordenação Nacional para as Doença Oncológicas [CNDO], 2009), a cirurgia conservadora é considerada uma técnica cirúrgica alternativa à mastectomia na maioria das doentes com carcinomas ductais *in situ* (CDIS) e com carcinomas invasores em estados iniciais. Uma vez que as taxas de sobrevivência são idênticas entre cirurgias, a escolha do tratamento adequado para doentes que se encontrem nos estádios I ou II da doença deve ser individualizado e ponderado tendo em conta diversos factores.

Para além dos aspectos intrinsecamente ligados à situação clínica da doente (e.g. tamanho do tumor), um factor muito importante na escolha da cirurgia passa, evidentemente, pela preferência da própria doente. Se para algumas mulheres é preferível conservar a sua mama e realizar radioterapia, para outras a mastectomia afigura-se como uma melhor alternativa por variadas razões, tais como o facto de não ser necessário efetuar radioterapia pós-operatória ou pelo medo de uma recidiva associada a uma menor excisão de tecido mamário (e.g. Curran et al., 1998; Schain, D'Angelo, Dunn, Lichter, & Pierce, 1994).

Tipo de Cirurgia e Adaptação Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama

Durante largos anos, a mastectomia foi encarada, tanto pelas doentes como pelos profissionais de saúde, como uma cirurgia particularmente difícil e traumática (Du et al., 2000). Considerava-se que a remoção da mama seria um factor explicativo suficiente da perturbação emocional sentida pelas doentes (Yurek, Farrar, & Anderson, 2000), minimizando-se o papel de outras variáveis, como o próprio impacto do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida.

Os primeiros estudos publicados sobre a adaptação ao cancro da mama remontam aos anos 50 e caracterizam-se por serem largamente interpretativos e refletirem as reações das doentes submetidas apenas a este tipo de cirurgia (Schain et al., 1994). Só quando, nos anos 80 e 90, começou a ser mais frequente a realização da cirurgia conservadora, é que investigadores e clínicos puderam analisar o contributo específico do tipo de cirurgia na adaptação a esta doença.

Deste modo, a investigação sobre os eventuais benefícios de cada cirurgia no funcionamento psicológico da doente foi crescendo, tornando-se num tópico de investigação central na Psico-Oncologia (Fisher et al., 1989). Esperava-se que a cirurgia conservadora, por ser um procedimento menos invasivo e mutilador, resultasse numa melhoria significativa da QdV da mulher e, globalmente, numa melhor adaptação, por comparação com a mastectomia (Moyer, 1997). De uma forma geral, era esperado que a preservação da mama ajudasse a mulher a manter o seu bem-estar psicológico, a retomar as suas atividades de rotina, a sentir-se melhor com a sua imagem corporal e a preservar o seu funcionamento sexual (Schover et al., 1995).

Tendo em conta a extensa produção científica de que este tema tem sido alvo, bem como a sua relevância, tanto no plano teórico como clínico, o presente estudo tem como objetivo rever e sintetizar os resultados de alguns dos principais estudos desenvolvidos. Pretende-se assim apresentar criticamente algumas investigações que se centraram sobre a comparação da mastectomia e da cirurgia conservadora relativamente à imagem corporal e a variáveis relacionadas com a adaptação psicossocial (e.g., QdV, ansiedade, depressão, estados de humor, etc.) de doentes com cancro da mama.

MÉTODO

Estratégia de Pesquisa

Foi conduzida uma revisão sistemática e crítica da literatura, através do recurso às bases de dados PubMed, Biblioteca do Conhecimento Online e Scielo Portugal. Utilizaram-se palavras-chave relacionadas com a cirurgia (mastectomia, cirurgia conservadora), em combinação com expressões ou palavras-chave relacionadas com a adaptação e imagem corporal da doente (adaptação, adaptação psicossocial, qualidade de vida, imagem corporal), em português ou inglês, consoante a base de dados. As listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados foram também analisadas com o objetivo de se identificarem outras publicações relevantes.

Critérios de inclusão/exclusão

Apenas foram incluídos estudos que analisassem especificamente a influência do tipo de cirurgia na adaptação psicossocial e imagem corporal da mulher com cancro da mama. Foram excluídos todos os estudos que: (1) analisassem outro tipo de cancros; (2) analisassem o impacto de apenas um tipo de cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora); (3) procedessem à comparação entre cirurgias relativamente a outras variáveis que não as selecionadas (e.g. aspectos médicos relacionados com cada tipo de cirurgia, satisfação com a cirurgia, etc.); (4) comparassem a realização de mastectomia ou cirurgia conservadora com outro tipo de cirurgia (e.g. mastectomia profilática, histerectomia, ooforectomia). A pesquisa

foi ainda restringida a artigos científicos (empíricos ou de revisão), publicados nas línguas inglesa e portuguesa, tendo sido excluídos atas ou resumos de trabalhos apresentados em reuniões científicas, bem como outro tipo de trabalhos publicados que não fossem trabalhos científicos. Apenas foram revistos estudos publicados entre 1990 e 2011. Foram ainda incluídas três revisões da literatura que, não obstante terem sido publicadas dentro do intervalo temporal considerado, analisaram estudos conduzidos entre 1986 e 1991 (Kiebert, deHaes, & van de Velde, 1991), entre 1981 e 1991 (Schover, 1991) e entre 1981 e 1995 (Moyer, 1997). A opção pela sua inclusão deveu-se à importância que os referidos estudos desempenharam no estado da arte sobre esta matéria.

A pesquisa inicial deu origem a 1182 publicações. Através da análise do título, foi possível excluir a grande maioria dos estudos, por não cumprirem os critérios de inclusão/exclusão. Foram, assim, selecionados 50 artigos para uma análise mais detalhada. Após a leitura dos mesmos, verificou-se novamente a sua adequação aos critérios de inclusão/exclusão, tendo-se chegado à seleção final de 23 publicações que cumpriam todos os critérios previamente estabelecidos.

RESULTADOS

No Quadro 1 são apresentadas as principais características metodológicas e os resultados mais relevantes dos estudos selecionados.

Em todos os estudos foram apenas analisados e revistos detalhadamente os resultados relativos aos indicadores de adaptação e de imagem corporal, mesmo que o estudo em questão se centrasse também sobre outras variáveis. A adaptação psicossocial foi considerada uma categoria global, avaliada através de diferentes instrumentos que se centravam sobre constructos diversos e, por vezes, sobreponíveis, como QdV, estados de humor, estado funcional, sintomatologia psicopatológica, perturbação emocional, depressão, ansiedade, medo de uma recorrência, funcionamento sexual, saúde mental, entre outros. Também a imagem corporal foi avaliada através de diferentes instrumentos de avaliação, variando a sua conceptualização e operacionalização consoante os diferentes autores (e.g. satisfação com a aparência, preocupações com a aparência, etc.).

Quadro 1. Síntese das principais características metodológicas e resultados dos estudos incluídos na revisão

Estudo (autor e ano da publicação)	Desenho da investigação e participantes	Instrumentos (Variáveis dependentes)	Principais resultados
Schover, 1991	Revisão da literatura que pretendeu analisar o impacto do tipo de cirurgia na QdV da mulher com cancro da mama. Englobou 12 estudos desde 1981 até 1990.	Os estudos foram analisados relativamente aos resultados em seis áreas: imagem corporal, satisfação conjugal, adaptação psicológica, medo da recorrência, frequência da actividade sexual e disfunção sexual.	Onze dos 12 estudos analisados não detectaram diferenças significativas na adaptação psicossocial da doente. Dois dos seis estudos que analisaram o medo de uma recorrência demonstraram a inexistência de diferenças entre cirurgias; três estudos mostraram um maior receio nas doentes MAS e um evidenciou o contrário. Dez dos 12 estudos mostraram que as doentes MAS estavam mais insatisfeitas com a sua IC.

Tipo de Cirurgia e Adaptação no Cancro de Mama

Estudo (autor e ano da publicação)	Desenho da investigação e participantes	Instrumentos (Variáveis dependentes)	Principais resultados
Kiebert et al., 1991	Revisão da literatura que pretendeu analisar o impacto do tipo de cirurgia na QdV da mulher com cancro da mama. Englobou 18 estudos desde 1986 até 1989.	Os estudos foram analisados relativamente aos resultados em três áreas: desconforto psicológico (depressão, ansiedade e raiva); mudança nos padrões de vida (funcionamento físico/actividades diárias, funcionamento sexual e funcionamento social); medos e preocupações (imagem corporal e medo da recorrência)).	Nove dos 16 estudos não detectaram diferenças entre os grupos no desconforto psicológico; os restantes estudos apresentaram resultados ambíguos, embora quatro tivessem mostrado resultados mais positivos nas doentes submetidas a CC. De uma forma global, não foram observadas diferenças nas áreas referentes aos padrões de vida. Dez dos 12 estudos que analisaram a IC, verificaram que a CC estava associada a uma IC mais positiva, comparativamente com a MAS. Seis dos oito estudos que avaliaram o medo da recorrência não encontram diferenças entre procedimentos cirúrgicos.
Ganz et al., 1992	Longitudinal (1, 4, 7, 13 meses após a cirurgia) Aleatorizado N = 109 (52 CC e 57 MAS) M idade CC = 52 anos M idade MAS = 58 anos	POMS (humor) FLIC, CARES (QdV) KRS (estado funcional) GAIS (adaptação psicossocial)	Ao longo do tempo observou-se uma melhoria no Humor, QdV e IC em ambos os grupos cirúrgicos. As dificuldades sentidas em relação ao vestuário mantiveram-se em ambos os grupos. Não se encontraram diferenças nos indicadores de adaptação entre grupos cirúrgicos, em nenhum momento. As doentes submetidas a CC apresentaram melhor IC e menos dificuldades com o vestuário.
Levy et al., 1992	Longitudinal (3-5 dias, 3 e 15 meses após a cirurgia) N = 129 (90 CC e 39 MAS)	POMS (humor) KRS (estado funcional) MPSSQ (apoio social)	Ao longo do tempo verificou-se um decréscimo da perturbação emocional e do apoio social e uma melhoria no funcionamento global, independentemente do tipo de cirurgia. Não se encontraram diferenças significativas entre MAS e CC em nenhum indicador de perturbação emocional. O grupo MAS apresentou níveis superiores de apoio emocional aos 3 meses, mas pontuações inferiores na KRS.
Schain et al. 1994	Longitudinal (0, 6, 12, 24 meses após o tratamento) Aleatorizado N = 142 (76 CC e 66 MAS) 50% ≤ 49 anos; 50% > 50 anos	SCL-90 (sintomatologia psicopatológica) Quest. construído para este estudo, que avalia IC, funcionamento sexual, reacção ao diagnóstico, etc.	Aos 6 meses, o grupo que realizou MAS reportou menos controlo sobre os acontecimentos na sua vida e mais problemas no funcionamento sexual; aos 6, 12 e 24 meses o grupo MAS apresentava-se mais perturbado com a sua IC mas não se encontraram diferenças noutras variáveis.
Yilmazer et al. 1994	Transversal (10-48 meses após o diagnóstico) Não aleatorizado N = 80 (40 CC e 40 MAS) M idade CC = 40 anos M idade MAS = 43 anos	CSI (auto-estima e IC) Entrevista	As doentes submetidas a CC apresentaram pontuações superiores de IC. Não se verificaram diferenças na auto-estima e no apoio social.

Estudo (autor e ano da publicação)	Desenho da investigação e participantes	Instrumentos (Variáveis dependentes)	Principais resultados
Yilmazer et al. 1994	Transversal (10-48 meses após o diagnóstico) Não aleatorizado N = 80 (40 CC e 40 MAS) M idade CC = 40 anos M idade MAS = 43 anos	CSI (auto-estima e IC) Entrevista	As doentes submetidas a CC apresentaram pontuações superiores de IC. Não se verificaram diferenças na auto-estima e no apoio social.
Schover et al., 1995	Transversal (em média 4,1 anos após a cirurgia; mín-máx: 0,4 – 9,5 anos) Não aleatorizado N = 218 (146 CC e 72 REC) M idade = 54,2 anos	PAIS-SR (adaptação psicológica) BES (IC) Itens singulares para a satisfação conjugal e funcionamento sexual	Os dois grupos não diferiram na adaptação psicológica, IC e funcionamento sexual. A quimioterapia mostrou-se associada a pior IC, pior funcionamento sexual e maior perturbação psicológica, ao contrário da terapia hormonal ou radioterapia, que não se associaram significativamente com a adaptação.
Moyer, 1997	Revisão da literatura sobre os resultados psicossociais da mastectomia e cirurgia conservadora (meta-análise). Englobou 40 estudos desde 1981 até 1995.	Foram calculados os <i>effect sizes</i> para seis resultados psicossociais: adaptação psicológica, funcionamento sexual, adaptação social, imagem corporal, preocupações e medos relacionados com o cancro, adaptação global.	Apesar da magnitude dos efeitos ser bastante reduzida, a CC parece conferir algumas vantagens adaptativas às doentes, por comparação com a MAS. Os efeitos de maior dimensão foram observados na IC.
Poulsen et al., 1997	Transversal (em média, aos 31 meses após a cirurgia; mín-máx: 15-65 meses) Aleatorizado N = 184 (87 CC e 97 MAS) M idade = 51,5 anos (mín-máx: 25-69 anos)	LASA, STAI e entrevista semi-estruturada (funcionamento psicológico)	A MAS não apresentou benefícios psicológicos relativamente à CC. As doentes com idades entre os 25 e 47 anos que efectuaram mastectomia reportaram pior IC comparativamente com doentes que efectuaram CC. No grupo etário 48-69 anos não foram encontradas diferenças significativas na IC.
Dorval et al., 1998	Longitudinal (3 e 18 meses e 8 anos após cirurgia) Não aleatorizado N = 124 (47 CC e 77 MAS)	PSI (perturbação emocional) LWMAT (funcionamento conjugal) MOS social survey (apoio social) LES (acontecimentos de vida negativos)	Aos 8 anos não se verificaram diferenças significativas entre os grupos na QdV e no funcionamento conjugal e sexual (considerando a amostra global). No entanto, quando considerados os grupos etários, verificou-se que, em todos os momentos, nas doentes com idade <50 anos, a CC foi protectora relativamente à perturbação emocional; nas doentes com idade ≥50 anos, a CC estava associada a maior perturbação emocional. Ao longo do tempo, independentemente do tipo de cirurgia, o nível de perturbação emocional diminuiu.

Tipo de Cirurgia e Adaptação no Cancro de Mama

Estudo (autor e ano da publicação)	Desenho da investigação e participantes	Instrumentos (Variáveis dependentes)	Principais resultados
Curran et al., 1998	Transversal (2 anos após o tratamento) Aleatorizado N = 278 (151 CC; 127 MAS)	Questionário desenvolvido para este estudo (subescala de IC e de medo de recorrência e 2 itens individuais para avaliar a satisfação com o tratamento e com os resultados cosméticos da cirurgia)	Grupo CC apresentou melhor IC; não foram encontradas diferenças entre grupos no medo da recorrência. A maioria das doentes submetidas a CC classificou o resultado cosmético da sua cirurgia como “bom” ou “excelente”; Encontrou-se um maior número de doentes que efectuaram CC satisfeitas com o seu tratamento do que doentes submetidas a MAS.
Rowland et al., 2000	Transversal (1-5 anos após o diagnóstico) N = 1957 (57% CC; 26% MAS; 17% REC) Não aleatorizado M idade CC = 50,3 anos M idade MAS = 58,9 anos M idade REC = 55,9 anos	SF-36 (QdV) MOSSS (apoio social) CES-D (depressão) DAS-R (adaptação conjugal) WSFQ (funcionamento sexual) CARES (QdV)	As doentes que efectuaram MAS ou REC reportaram um maior número de sintomas físicos do que as doentes que fizeram CC. Os grupos não diferiram entre si no funcionamento emocional, social ou de papéis, no relacionamento conjugal ou funcionamento sexual, nos níveis de depressão, no apoio social recebido e no medo de uma recorrência. As doentes CC apresentaram uma melhor IC e um maior sentimento de atractividade, comparativamente com as doentes que fizeram MAS e REC.
Al-Ghazal et al., 2000	Transversal (média de meses após a cirurgia: 39,5 CC; 47,5 MAS; 51,2 REC) Não aleatorizado N = 577 (254 CC; 202 MAS; 121 REC) M idade CC = 52,4 anos M idade MAS = 56,1 anos M idade REC = 47,5 anos	HADS (ansiedade e depressão) BIS (IC) RSE (auto-estima)	A CC associou-se a melhores resultados na IC, auto-estima, funcionamento sexual e a níveis inferiores de depressão e ansiedade, comparativamente com a MAS e a REC.
Yurek et al., 2000	Transversal (em média 36 dias após cirurgia; mín-máx: 5-101 dias) Não aleatorizado N = 190 (78 CC; 79 MAS; 20 REC; 4 MAS BIL) M idade = 51 anos	SSSS e itens singulares (funcionamento sexual) BITS e BSS (IC)	A MAS e REC estavam associadas a níveis superiores de stress traumático e situacional relacionados com as alterações corporais e maior insatisfação com a IC, comparativamente com a CC. O funcionamento sexual das doentes que efectuaram REC foi significativamente inferior (em termos de responsividade e actividade sexual) ao das doentes que realizaram CC e MAS. Entre os grupos CC e MAS não foram encontradas diferenças.
Cohen et al., 2000	Transversal (entre 6 meses a 5 anos após cirurgia) Não aleatorizado N = 183 (123 CC; 60 MAS) M idade = 57,1 anos	MHI (saúde mental) EORTC QLQ-C30 (QdV)	O grupo de doentes que realizou CC apresentou melhor funcionamento social; não se encontraram diferenças significativas entre grupos nas restantes escalas do QLQ-C30 nem no MHI. Observou-se uma interacção entre o tipo de cirurgia e o tempo desde a cirurgia (CC com maior perturbação psicológica ao longo do tempo).

Estudo (autor e ano da publicação)	Desenho da investigação e participantes	Instrumentos (Variáveis dependentes)	Principais resultados
Hartl et al., 2003	Transversal (em média 4,2 anos após o diagnóstico) Não aleatorizado N = 274 (171 CC; 103 MAS) M idade = 55,8 anos	EORTC QLQ-C30 (QdV) Itens adicionais construídos para o estudo (IC, satisfação com cirurgia, medo de recorrência, satisfação com resultado cosmético)	O grupo que realizou CC apresentou uma IC mais positiva, maior satisfação com o procedimento cirúrgico e com o resultado cosmético mas maior medo de recorrência. Os grupos não diferiram em nenhuma escala de QdV.
Engel et al., 2004	Longitudinal (1, 2, 3, 4 anos após o diagnóstico) Transversal (comparações aos 2 anos) N = 990 (567 CC; 421 MAS) Idade mín-máx = 27-91 anos	EORTC QLQ-C30 (QdV)	As doentes que efectuaram MAS exibiram resultados inferiores na maioria das escalas do QLQ-C30 (e.g. IC, funcionamento sexual e social). O grupo CC apresentou melhorias mais significativas na QdV ao longo do tempo.
Janz et al., 2005	Transversal (em média 7,1 meses após o tratamento) Não aleatorizado N = 1357 (928 CC; 238 MAS; 182 REC) M idade = 60 anos	EORTC QLQ-C30 e BR23 (QdV)	As doentes que realizaram CC apresentaram uma melhor IC comparativamente com as que efectuaram REC. Não se encontraram diferenças entre grupos cirúrgicos em nenhuma outra dimensão de QdV.
Hopwood et al., 2007	Transversal (em média, 35 dias após o término da QT) Aleatorizado N = 2208 (1831 CC; 377 MAS) M idade = 56,9 anos	EORTC QLQ-C30 e BR23 (QdV) BIS (IC) HADS (depressão e ansiedade)	As mulheres que realizaram MAS estavam mais preocupadas com a IC e apresentavam mais sintomas relacionados com o braço do que aquelas que realizaram CC. A QT estava associada a uma pior QdV, nomeadamente pior IC, funcionamento sexual e a um maior número de sintomas relacionados com a mama e com o braço.
Rebello et al., 2007	Transversal (a realizaram QT após cirurgia inicial) N = 60 (24 CC; 36 MAS) Não aleatorizado M idade = 50,5 anos	EORTC QLQ-C30 e BR23 (QdV)	As doentes que realizaram CC avaliavam a sua IC mais negativamente e preocupavam-se mais com a queda de cabelo do que as doentes MAS. Nas restantes dimensões de QdV não foram encontradas diferenças entre grupos, com excepção do sintoma “falta de ar”, mais intenso nas doentes que realizaram MAS.
Arndt et al., 2008	Longitudinal (1, 3, e 5 anos após o diagnóstico) Não aleatorizado N = 315 (226 CC; 89 MAS) M idade CC = 56 anos M idade MAS = 62,1 anos	EORTC QLQ-C30 e BR23 (QdV)	As doentes que realizaram CC apresentaram, de uma forma geral, um melhor funcionamento físico e de desempenho de papéis, eram sexualmente mais activas e estavam mais satisfeitas com a IC, em quase todos os momentos de avaliação. As diferenças na QdV global e no funcionamento social aumentaram gradualmente ao longo do tempo e tornaram-se estatisticamente significativas aos 5 anos (piores resultados nas doentes submetidas a MAS; o funcionamento social diminuiu nas doentes MAS mas melhorou nas que efectuaram CC; a QdV global diminuiu em ambos os grupos, mas de forma mais acentuada no grupo MAS) Não foram encontradas diferenças entre grupos no medo de recorrência.

Tipo de Cirurgia e Adaptação no Cancro de Mama

Estudo (autor e ano da publicação)	Desenho da investigação e participantes	Instrumentos (Variáveis dependentes)	Principais resultados
Parker et al., 2007	Longitudinal (antes da cirurgia, 1, 6, 12 e 24 meses após cirurgia) Não aleatorizado N = 258 (104 CC; 45 MAS; 109 REC) M idade CC = 53,7 anos M idade MAS = 52,8 anos M idade REC = 49,2 anos	CES-D (adaptação psicológica) STAI (ansiedade) MBSRQ e BIVAS (IC) SAQ (funcionamento sexual) SF-36 (QdV)	Todos os grupos apresentaram, 1 mês após a cirurgia, uma diminuição significativa na IC global, satisfação com a aparência e QdV física. No entanto, no grupo CC a diminuição da satisfação com a aparência foi menor relativamente aos outros grupos. As pontuações de IC e satisfação com a aparência mantiveram-se estáveis ao longo do tempo e os grupos não diferiram entre si. Entre os 6 e os 24 meses todos os grupos evidenciaram uma melhoria na QdV e adaptação psicossocial.
Markopoulos et al., 2009	Transversal (12 meses após cirurgia) N = 207 (83 CC; 108 MAS; 16 REC) Não aleatorizado M idade = 49 anos	Questionário construído pelos autores para este estudo (IC)	As doentes que fizeram CC apresentaram maior satisfação com a cirurgia e IC, seguidos do grupo REC. As doentes CC e REC reportaram um menor impacto da doença na auto-estima e funcionamento sexual.

MAS (mastectomia); **CC** (cirurgia conservadora); **REC** (reconstrução); **MAS BIL** (mastectomia bilateral); **M** (média); **QdV** (qualidade de vida); **IC** (imagem corporal)
BES (Body Esteem Scale); **BIS** (Body Image Scale); **BIVAS** (Body Image Visual Analogue Scale); **CARES** (Cancer Rehabilitation Evaluation System); **CES-D** (The Center for Epidemiologic Studies-Depression); **CSI** (Coopersmith Self-esteem Inventory); **DAS-R** (Revised Dyadic Adjustment Scale); **EORTC QLQ-C30** (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire); **EORTC QLQ-BR23** (European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire); **FLIC** (Functional Living Index-Cancer); **GAIS** (Global Adjustment to Illness Scale); **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale); **KPS** (Karnofsky Performance Status); **LASA** (Linear Analogue Self-Assessment Scale); **LES** (Life Experiences Survey); **LWMAT** (Lock-Wallace Marital Adjustment Test); **MBSRQ** (The Multidimensional Body-Self-Relations Questionnaire Appearance Evaluation); **MHI** (Mental Health Inventory); **MPSSQ** (Michigan Perceived Social Support Questionnaire); **MOSSS** (Medical Outcomes Study Social Support Survey); **PAIS-SR** (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-report Form); **POMS** (Profile Mood States); **RSE** (Rosenberg Self-Esteem Scale); **PSI** (Psychiatric Symptom Index); **SCL-90** (Symptom Checklist 90); **SAQ** (Sexual Activity Questionnaire); **SF-36** (The Short Form-36 Health Survey); **SSSS** (Sexual Self Schema Scale); **STAI** (The State-Trait Anxiety Inventory); **WSFQ** (Watts Sexual Function Questionnaire).

A Adaptação Psicossocial

Ao contrário dos resultados inicialmente antecipados pelos investigadores, aquando da introdução da cirurgia conservadora da mama como alternativa à mastectomia, a maioria dos estudos tem mostrado que a cirurgia conservadora não se encontra consistentemente associada a melhores resultados de adaptação, tais como melhor QdV, níveis inferiores de ansiedade e depressão, ou melhor funcionamento conjugal, entre outros. Na revisão efetuada, 14 dos 18 estudos que analisaram a adaptação psicossocial não encontraram diferenças significativas entre grupos em nenhum ou na grande maioria dos indicadores de adaptação (Cohen, Hack, de Moor, Katz, & Goss, 2000; Dorval, Maunsell, Deschenes, & Brisson, 1998; Ganz, Schag, Lee, Polinsky, & Tan, 1992; Hartl et al., 2003; Janz et al., 2005; Levy et al., 1992; Parker et al., 2007; Poulsen, Graversen, Beckmann, & Blichert-Toft, 1997; Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007; Rowland et al., 2000; Schain et al., 1994; Schover et al., 1995; Yilmazer, Aydiner, Ozkan, Aslay, & Bilge, 1994; Yurek et al., 2000). Existem, contudo, outros estudos, particularmente os mais recentes, que evidenciam que as mulheres que conservam a mama apresentam uma melhor adaptação psicossocial, comparativamente com aquelas que efetuam

mastectomia. Especificamente, quatro dos 18 estudos analisados detectaram diferenças significativas entre grupos cirúrgicos em algumas dimensões da adaptação psicossocial da doente, nomeadamente na sua adaptação psicológica, funcionamento sexual, adaptação social e adaptação global (Moyer, 1997), autoestima, funcionamento sexual, ansiedade e depressão (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000), funcionamento físico, desempenho de papéis e funcionamento sexual (Arndt, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2008) ou na maioria das dimensões avaliadas pelo instrumento European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30; Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer, & Holzel, 2004).

A Imagem Corporal

No Quadro 1 é possível observar que, independentemente do desenho do estudo ou da forma de avaliação da imagem corporal, as únicas diferenças consistentemente encontradas entre os diferentes procedimentos cirúrgicos reportam-se à imagem corporal da mulher, observando-se, tal como esperado, que a realização de mastectomia está associada a uma maior insatisfação com a aparência ou a maiores dificuldades com a imagem corporal, comparativamente com realização de cirurgia conservadora. Especificamente, dos 18 estudos que analisaram esta variável, 15 mostraram que as doentes que realizam cirurgia conservadora apresentam uma imagem corporal globalmente mais positiva (Al-Ghazal et al., 2000; Arndt et al., 2008; Curran et al., 1998; Engel et al., 2004; Ganz et al., 1992; Hartl et al., 2003; Hopwood, Haviland, Mills, Sumo, & Bliss, 2007; Janz et al., 2005; Markopoulos et al., 2009; Moyer, 1997; Poulsen et al., 1997; Rowland et al., 2000; Schain et al., 1994; Yilmazer et al., 1994; Yurek et al., 2000). Em dois estudos não foi encontrada qualquer diferença entre grupos cirúrgicos (Parker et al., 2007; Schover et al., 1995) e apenas num se verificou que as doentes que tinham conservado a mama avaliavam a sua imagem corporal mais negativamente (Rebelo et al., 2007).

DISCUSSÃO

Ao longo das últimas décadas assistiu-se a um debate e a uma mudança consideráveis no campo da oncologia relativamente aos procedimentos cirúrgicos adequados para o tratamento do cancro da mama. Subjacente a esta mudança esteve não só a procura de uma maior eficácia clínica, mas também de uma melhor qualidade de vida da doente. Assim, ao longo de várias décadas, passou-se da mastectomia radical para a mastectomia radical modificada e total e para a cirurgia de conservação da mama. Com a tendência para a implementação de técnicas cirúrgicas mais conservadoras, surgiram vários ensaios clínicos que vieram comprovar que a mastectomia e a cirurgia conservadora seguida de radioterapia, em doentes em estádios iniciais do cancro da mama, apresentam taxas de sobrevivência semelhantes. Embora nem todas as mulheres sejam elegíveis para a conservação da mama (e.g. devido à localização ou tamanho do tumor), quando é possível optar por este tipo de cirurgia, vários factores devem ser ponderados no processo de decisão, tanto pela equipa médica, como pela doente.

A possibilidade de uma melhor qualidade de vida associada à conservação da mama era um dos principais factores que, aquando dos primeiros estudos sobre esta temática, se julgava ser central na opção por esta cirurgia. Contudo, a investigação não tem apoiado esta

perspectiva. Os resultados encontrados, no que se refere à influência do tipo de cirurgia na adaptação psicossocial da doente, são mistos, ainda que a tendência evidenciada por grande parte da investigação seja a semelhança, em termos dos principais indicadores de adaptação, entre a cirurgia conservadora e a mastectomia. A única vantagem que a conservação da mama parece conferir à doente relaciona-se com a manutenção de uma imagem corporal mais positiva, comparativamente com as doentes que efetuam mastectomia. Este resultado tem sido encontrado por diversos investigadores, ao longo dos anos.

As discrepâncias nos resultados de adaptação podem dever-se a diversos factores que importa salientar, nomeadamente a uma grande disparidade entre os estudos nos instrumentos de avaliação utilizados, nas definições de constructos centrais (e.g. qualidade de vida, perturbação psicológica) ou no desenho e metodologia global do estudo (Kiebert et al., 1991; Moyer, 1997).

De uma forma geral, os diferentes estudos que constituem a presente revisão, (bem como a grande maioria dos estudos sobre esta matéria) utilizaram instrumentos distintos para avaliar a adaptação psicossocial da mulher com cancro da mama, contabilizando-se cerca de 22 instrumentos que avaliam variáveis como qualidade de vida, estado de humor ou sintomatologia psicopatológica. Dentro da designação global de adaptação psicossocial, os diferentes autores centram-se sobre constructos distintos, como qualidade de vida (e.g. Cohen et al., 2000; Ganz et al., 1992; Hartl et al., 2003), sintomatologia psicopatológica (e.g. Al-Ghazal et al., 2000; Hopwood et al., 2007; Schain et al., 1995) ou estado de humor (Ganz et al., 1992; Levy et al., 1992). Adicionalmente, mesmo quando o estudo se foca sobre uma mesma variável, a forma de avaliação varia consoante os investigadores. Por exemplo, a qualidade de vida é avaliada em diferentes estudos através do QLQ-C30 (Arndt et al., 2008; Engel et al., 2004; Hartl et al., 2003; Hopwood et al., 2007; Janz et al., 2005; Rebelo et al., 2007), enquanto noutros é avaliada através do SF-36 Health Survey (SF-36; Rowland et al., 2000) e noutros ainda através do Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES; Ganz et al., 1992).

Simultaneamente, foram analisados estudos que variam consideravelmente na metodologia utilizada, não só no que diz respeito aos instrumentos de avaliação, mas também no que se refere ao desenho do estudo. Dos 20 estudos empíricos incluídos na presente revisão, sete são longitudinais e 13 transversais. Importa ainda salientar que o tempo decorrido desde o diagnóstico ou cirurgia é muito diferente de estudo para estudo, bem como os diferentes momentos de avaliação, quando se trata de uma investigação longitudinal. Acresce ainda que a maioria dos estudos centra-se nos primeiros meses após o tratamento inicial, com um período de follow-up habitualmente inferior a dois anos (e.g. Al-Ghazal et al., 2000), sendo ainda escassos aqueles que incluem sobreviventes de longo-termo (e.g. Dorval et al., 1998) ou estudos longitudinais com um seguimento prolongado dos participantes (e.g. Arndt et al., 2008; Engel et al., 2004).

As discrepâncias encontradas podem ainda dever-se à presença de potenciais variáveis moderadoras, tais como o processo de aleatorização das doentes, a realização de tratamento adjuvante ou a idade da doente (Moyer, 1997). Relativamente ao processo de aleatorização, apenas em cinco estudos as participantes foram distribuídas aleatoriamente pelos diferentes tipos de cirurgia, não tendo tido a possibilidade de participar no processo de decisão terapêutica. Nas restantes investigações, a informação sobre a possibilidade de escolha da

cirurgia é escassa, pelo que não podemos afirmar que nos estudos não aleatorizadas as doentes tiveram a oportunidade de participar no processo de decisão cirúrgica. Este factor é muito importante, podendo influenciar em grande medida a adaptação das doentes à cirurgia e à doença em geral. A este propósito, Kiebert et al. (1991) referiram, “whether or not a choice has been offered to the patient as well as the patients’ attitude toward different treatment modalities seem to be important factors that influence the final impact of a treatment modality” (p. 1066).

No que diz respeito à realização de tratamentos adjuvantes, tal como enfatizaram alguns autores, nomeadamente Schover et al. (1995), os efeitos secundários da quimioterapia podem ter um efeito muito adverso na adaptação da mulher, nomeadamente no seu funcionamento sexual. Se os estudos que comparam os diferentes procedimentos cirúrgicos não tiverem em conta esta variável, os resultados não poderão ser fáceis e corretamente entendidos. O mesmo se aplica a outras variáveis, tal como a idade da doente. Globalmente, a investigação tem mostrado que as doentes mais jovens apresentam maiores dificuldades de adaptação, comparativamente a doentes de idade superior (habitualmente com mais de 50 anos) (e.g. Cohen et al., 2000; Dorval et al., 1998; Levy et al., 1992). O efeito desta variável foi claramente identificado no estudo de Dorval et al. (1998), no qual se verificou que a idade na altura do diagnóstico modificava a relação entre o tipo de cirurgia e a adaptação psicossocial. Especificamente, a cirurgia conservadora associava-se a uma menor perturbação emocional em doentes com menos de 50 anos, mas a uma pior adaptação em doentes com idades superiores.

Em suma, ainda que os factores apontados possam influenciar os resultados e, deste modo, condicionar e dificultar a sua interpretação, a grande maioria dos estudos tem apontado para a semelhança adaptativa entre cirurgias, particularmente nos primeiros meses que se seguem à cirurgia. Algumas hipóteses explicativas destes resultados têm sido sugeridas pelos diferentes autores.

Em primeiro lugar, é importante sublinhar que vários estudos sugerem que o potencial impacto positivo da cirurgia conservadora na adaptação da doente pode apenas ser evidente alguns meses ou anos após o diagnóstico e tratamento iniciais. Por exemplo, Moyer (1997), através da meta-análise que efetuou, concluiu que o efeito positivo da cirurgia conservadora na adaptação da doente, embora associado a um efeito estatístico de magnitude muito reduzida, era particularmente evidente nas avaliações realizadas 12 meses ou mais após a cirurgia. O efeito do tempo na adaptação foi também observado em outros estudos, como no de Arndt et al. (2008), no qual se verificou que as diferenças na QdV global e no funcionamento social entre os dois grupos cirúrgicos aumentavam gradualmente ao longo do tempo, tornando-se estatisticamente significativas somente cinco anos após o diagnóstico. Mais concretamente, o funcionamento social piorava para as doentes submetidas a mastectomia e melhorava para as que realizaram cirurgia conservadora. Já a QdV global decrescia para ambos os grupos, embora de forma significativamente mais acentuada nas doentes que efetuaram mastectomia. Também Cohen et al. (2000) observaram que o efeito dos diferentes tratamentos cirúrgicos na perturbação psicológica e QdV tornavam-se apenas evidentes alguns anos depois da cirurgia. Concretamente, as doentes que conservavam a mama apresentavam maior perturbação psicológica a partir dos 40 meses após a cirurgia,

facto que, segundo os autores, poderá estar associado à realização de radioterapia e a um maior medo de recorrência apresentado por estas doentes.

Neste sentido, alguns autores têm sugerido que a semelhança adaptativa entre cirurgias pode ser parcialmente explicada pela sobrecarga física e psicológica associada à radioterapia. Este tratamento é invariavelmente realizado durante os meses que se seguem à cirurgia conservadora, podendo, deste modo, impedir que os eventuais benefícios psicológicos deste tipo de cirurgia surjam durante este período inicial (e.g. Margolis, Goodman, & Rubin, 1990; Yilmazer et al., 1994). Associados à radioterapia estão efeitos secundários como, por exemplo, o cansaço generalizado ou diversas reações cutâneas (vermelhidão, secura, sensibilidade aumentada e dor) que podem influenciar negativamente a QdV da mulher (Lewis, 2005).

Parece haver, assim, a necessidade de se conduzirem investigações longitudinais com um seguimento prolongado das doentes, ou mesmo estudos transversais com sobreviventes de longo-termo, uma vez que é possível que apenas as avaliações efetuadas alguns anos mais tarde sejam sensíveis às potenciais vantagens adaptativas associadas à conservação da mama (Moyer, 1997). Contudo, importa referir que os poucos estudos realizados com sobreviventes de longo-termo tendem também a não observar diferenças significativas entre os grupos. Por exemplo, Dorval et al. (1998), utilizando uma amostra de 124 sobreviventes, avaliadas cerca de 8 anos após a cirurgia, não encontraram diferenças de adaptação entre as doentes que tinham realizado mastectomia e aquelas que tinham sido submetidas a cirurgia conservadora.

Paralelamente, alguns autores sugerem que a inexistência de benefícios psicológicos decorrentes da conservação da mama pode ser explicada não só pela sobrecarga adicional associada à radioterapia e por uma recuperação mais prolongada, mas também pela falta de apoio por parte dos profissionais de saúde, familiares ou outros membros da rede social da doente que, frequentemente, minimizam a importância deste tipo de cirurgia (Dorval et al., 1998; Veach, Nicholas, & Barton, 2007).

É ainda importante notar que Dorval et al. (1998), não tendo igualmente encontrado diferenças entre grupos cirúrgicos, sublinharam que a interpretação dos resultados deverá ter em consideração o facto de as doentes que integraram a sua amostra terem efetuado a cirurgia antes da *Consensus Development Conference*, altura em que a cirurgia conservadora era ainda considerada por muitos doentes e clínicos um procedimento meramente experimental. Este facto poderá ter influenciado a adaptação das mulheres que conservaram a mama que, ao julgarem este tratamento mais arriscado poderiam ter-se sentido mais perturbadas. O mesmo poderá eventualmente explicar os resultados observados em estudos conduzidos anteriormente, como os de Ganz et al. (1992) ou de Levy et al. (1992), entre outros.

Adicionalmente, alguns autores têm apontado um maior medo de recorrência da doença nas doentes que conservam a mama como um potencial factor explicativo da inexistência de diferenças de adaptação entre cirurgias (Dorval et al., 1998). Inicialmente, aquando da realização dos primeiros estudos sobre esta temática, os investigadores pensavam que o facto de a cirurgia conservadora não se mostrar promotora de uma melhor adaptação à doença, poderia dever-se a um maior medo de recidiva do cancro da mama, na medida em que uma menor porção de tecido mamário era retirado. Alguns estudos apoiaram esta hipótese (Meyerowitz, 1990) e mostraram que muitas doentes e mesmo médicos duvidavam da eficácia deste tipo de cirurgia (Fallowfield et al., citados por Moyer, 1997). A evidência clínica da

comparabilidade dos dois tipos de procedimentos, no que se refere às taxas de sobrevivência, permitiu uma mudança progressiva de perspectiva e uma maior confiança, por parte dos profissionais de saúde e das doentes, na eficácia da cirurgia conservadora.

Assim, atualmente, e ainda que os estudos sejam relativamente contraditórios, muitos têm mostrado não existirem diferenças entre os grupos cirúrgicos no que se refere ao medo de uma recorrência (e.g. Curran et al., 1998; Schain et al., 1994). Na revisão da literatura efetuada por Kiebert et al. (1991), seis dos oito estudos que analisaram este factor demonstraram a inexistência de diferenças entre cirurgias, sendo que nos restantes dois estudos, um maior receio era relatado pelas doentes que tinham efetuado mastectomia. Já na revisão de Schover (1991), os seis estudos referentes a este tema apresentaram resultados mais contraditórios, na medida em que dois não apontaram qualquer diferença, um mostrou que a cirurgia conservadora se associava a um maior medo de recorrência e três evidenciaram o contrário. Por fim, na revisão de Moyer (1997), observou-se um efeito significativo, ainda que de pequena magnitude, indicativo de um maior medo de recorrência nas doentes submetidas a mastectomia.

Deste modo, se por um lado a excisão de uma menor porção de tecido mamário pode conduzir a um maior receio de que nem todas as células cancerígenas tenham sido eliminadas e de que, posteriormente, ocorra uma recidiva da doença, por outro lado, e de acordo com alguns autores, como Aaronson, Bartelink, van Dongen e van Dam (1988), a mutilação física associada à mastectomia pode funcionar como uma recordação constante da ameaça da doença, aumentando o receio referido.

Relativamente à imagem corporal da mulher com cancro da mama, os resultados encontrados são robustos, na medida em que diferentes estudos têm mostrado que a preservação da mama proporciona uma imagem corporal mais positiva, independentemente da forma como cada investigador define, operacionaliza e avalia este constructo. Efetivamente, não existe ainda uma definição consensual de imagem corporal na Psico-Oncologia (White, 2000), o que tem originado uma grande disparidade na forma como cada autor operacionaliza este conceito nos seus estudos. Paralelamente, a grande maioria dos investigadores tem avaliado a imagem corporal através de diferentes instrumentos de avaliação da QdV ou, mais raramente, de instrumentos específicos de imagem corporal, não existindo, consequentemente, uma uniformidade entre as diferentes investigações. As limitações apontadas são visíveis nos estudos que integram a presente revisão. Por exemplo, Arndt et al. (2008) avaliaram a imagem corporal através do módulo BR23 do instrumento QLQ-C30; Hopwood et al. (2007) utilizaram a Body Image Scale (BIS); já Schover et al. (1995) recorreram à Body Esteem Scale (BES), apenas para citar alguns exemplos.

A propósito da robustez deste resultado, Moyer (1997) refere “the largest and most robust effect size, showing benefits for breast conserving surgery for body/self-image, is already a firmly established finding” (p. 290). Adicionalmente, esta autora considera que este é um resultado de extrema importância, tendo em conta a influência que a própria imagem corporal tem noutras áreas de adaptação, nomeadamente no funcionamento psicológico, conjugal, social e mesmo físico da mulher.

Apesar da estabilidade dos resultados evidenciados, tal não significa que todas as mulheres que efetuam cirurgia conservadora se sintam satisfeitas com o seu corpo e/ou com a aparência da sua mama. Por exemplo, no estudo de Schain et al. (1994), 10% das mulheres

que conservaram a mama relataram sentir-se perturbadas com a aparência do seu corpo, facto que se mantinha ao longo dos 24 meses em que foram avaliadas. Vários factores, nomeadamente determinadas características individuais, podem contribuir para a explicação da insatisfação observada nestes casos. O investimento na aparência, ou seja, a importância atribuída à aparência física (Cash, 2002; Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010), pode constituir-se, neste contexto, como um factor explicativo relevante, na medida em que uma maior valorização da imagem corporal tem vindo a mostrar-se associada a uma maior insatisfação com a mesma (Carver et al., 1998; Moreira & Canavarro, 2010), mesmo quando as alterações na aparência são reduzidas, como acontece na maioria das cirurgias conservadoras da mama. Embora não assumindo a designação mais atual de investimento, Schain et al. (1994), no estudo referido, apontaram também este factor, referindo que para as mulheres para quem a aparência física constitui um contributo determinante para o seu autovalor e autoestima, a conservação da mama pode ser um factor crítico na manutenção do bem-estar psicológico. No mesmo sentido, também Hopwood et al. (2007) referem que a importância da aparência para o indivíduo e a preferência por determinado tipo de cirurgia podem ser factores determinantes na adaptação às alterações na imagem corporal do doente, devendo, por isso, ser cuidadosamente analisadas.

Adicionalmente, outros factores, como o tempo decorrido desde o diagnóstico ou determinadas características sociodemográficas (e.g. idade, estado civil) e clínicas (e.g. realização de quimioterapia ou de cirurgia reconstrutiva), podem também desempenhar um papel importante na explicação das diferenças individuais na (in)satisfação com a aparência, independentemente do tipo de cirurgia (Parker et al., 2007). Contudo, a maioria dos estudos não tem considerado estas variáveis ao analisar o papel da cirurgia, o que pode limitar a interpretação dos resultados (Parker et al., 2007; Schover et al., 1995). Por exemplo, é fundamental analisar se as doentes que apresentam uma imagem corporal mais negativa efetuaram quimioterapia ou outro tratamento adjuvante com repercussões na sua aparência física; se são mulheres jovens e pré-menopáusicas; se efetuaram ou iniciaram o processo de reconstrução mamária, entre outros aspectos. Só assim se poderá compreender inteiramente o papel da cirurgia na imagem corporal e, de uma forma geral, na adaptação ao cancro da mama. Alguns estudos tiveram já em linha de conta a influência destas variáveis (e.g. Arndt et al., 2008; Engel et al., 2004; Parker et al., 2007).

Em suma, se, por um lado, a mastectomia apresenta como desvantagem a amputação da mama e consequente alteração da imagem corporal da doente, por outro lado, a cirurgia conservadora, por estar associada à radioterapia, encontra-se associada a um percurso de tratamentos mais prolongado, a um conjunto de efeitos secundários decorrentes da radioterapia, e a um possível maior medo de recorrência da doença. Os efeitos adversos de uma e outra cirurgia podem, assim, compensar-se mutuamente, conduzindo a resultados adaptativos muito semelhantes. Deste modo, consideramos que, não obstante a extensão da investigação realizada nesta área particular, são muitas as questões que continuam por responder, sendo que muitas outras poderiam ainda ser levantadas. A implementação de estudos longitudinais, que contemplem o seguimento das doentes em intervalos regulares de tempo durante um período de alguns anos após a cirurgia, e que, simultaneamente, considerem a influência das potenciais variáveis moderadoras assinaladas, é ainda necessária para a clarificação dos resultados encontrados nesta área.

Assim, os resultados dos vários estudos apresentados não permitem determinar qual o tipo de cirurgia mais adequado, ou seja, aquele que poderá promover uma melhor adaptação psicossocial da doente, ainda que nos possibilitem afirmar que a conservação da mama promove, efetivamente, uma imagem corporal mais positiva. Deste modo, na linha do defendido por Moyer (1997), julgamos que mais do que defender rigidamente um tipo de cirurgia em detrimento de outro, importa incluir a doente no processo de tomada de decisão terapêutica.

Tendo em conta que a mastectomia e a cirurgia conservadora apresentam taxas de sobrevivência semelhantes em cancros da mama diagnosticados em estádios iniciais, o envolvimento da doente no processo de tomada de decisão adquire neste contexto um papel extremamente relevante. Por exemplo, para as doentes que apresentam um maior investimento na sua aparência, fará provavelmente mais sentido efetuar uma cirurgia conservadora ou de reconstrução, se clinicamente for possível. No entanto, outras doentes que, por exemplo, apresentem um receio intenso de uma recorrência da doença, poderão preferir a realização de mastectomia. Este tipo de cirurgia poderá também ser preferencialmente escolhido por doentes que não desejem realizar radioterapia, evitando deste modo um percurso de tratamentos mais prolongado, bem como os possíveis efeitos secundários que poderão advir deste tratamento.

De uma forma geral, a investigação tem mostrado que, embora nem todas as doentes pretendam envolver-se no processo de decisão, a maioria expressa o desejo de colaborar com a equipa médica no mesmo (Degner et al., 1997; Keating, Guadagnoli, Landrum, Borbas, & Weeks, 2002). Outros estudos mostram ainda que as doentes que têm oportunidade de participar neste processo apresentam geralmente melhores resultados psicológicos, nomeadamente níveis inferiores de ansiedade e depressão, uma atitude mais otimista em relação ao futuro e um melhor funcionamento físico e psicológico (Moyer & Salovey, 1996).

Assim, sempre que possível, a doente deve ser chamada a participar no processo de tomada de decisão, devendo ser informada de todos os aspectos associados a um e outro tipo de cirurgia para que a sua decisão possa ser informada e ponderada. Mesmo quando a doente prefere adoptar um papel mais passivo neste processo, é fundamental que a equipa médica forneça à doente informação suficiente e adequada sobre as diferentes possibilidades cirúrgicas adequadas ao seu caso.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, N. K., Bartelink, H., van Dongen, J. A., & van Dam, F. S. (1988). Evaluation of breast conserving therapy: Clinical, methodological and psychosocial perspectives. *European Journal of Surgical Oncology*, *14*, 133-140.
- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L., & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, *36*, 1938-1943. doi:10.1016/S0959-8049(00)00197-0
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: A population-based

- study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 134, 1311-1318. doi:10.1007/s00432-008-0418-y
- Blichert-Toft, M., Rose, C., Andersen, J., Overgaard, M., Axelsson, C., Andersen, K., & Mouridsen, H. (1992). Danish randomized trial comparing breast conservation therapy with mastectomy: Six years of life-table analysis. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 11, 19-25.
- Carver, C., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Harris, S., Derhagopian, R., ... Moffat, F. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Cash, T. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York: The Guilford Press.
- Cohen, L., Hack, T., de Moor, C., Katz, J., & Goss, P. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 7, 427-434. doi:10.1007/s10434-000-0427-9
- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. (2009). *Recomendações Nacionais para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama*. Alto Comissariado da Saúde.
- Cotlar, A., Dubose, J., & Rose, M. (2003). History of surgery for breast cancer: Radical to the sublime. *Current Surgery*, 60, 329-337. doi:10.1016/S0149-7944(02)00777-8
- Curran, D., van Dongen, J. P., Aaronson, N., Kiebert, G., Fentiman, I. S., Mignolet, F., et al. (1998). Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: Results of EORTC trial 10801. *European Journal of Cancer*, 34, 307-314. doi:10.1016/S0959-8049(97)00312-2
- Degner, L., Kristjanson, L., Bowman, D., Jeffrey, A., Carriere, K., O'Neil, J., ... Mueller, B. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 1485-1492. doi:10.1001/jama.1997.03540420081039
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., & Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 83, 2130-2138. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19981115)83:10<2130::AID-CNCR11>3.0.CO;2-8
- Du, X., Freeman, D., & Syblik, D. (2000). What drove changes in the use of breast conserving surgery since the early 1980s? The results of the clinical trial, celebrity action, and an NIH consensus statement. *Breast Cancer Research and Treatment*, 62, 71-79. doi:10.1023/A:1006414122201
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Holzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10, 223-231. doi:10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
- Fisher, B., Bauer, M., Margolese, R., Poisson, R., Pilch, Y., Redmond, C., ... Russell, I. (1985). Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 312, 665-673. doi:10.1056/NEJM198503143121101
- Fisher, B., Montague, E., Redmond, C., Barton, B., Borland, D., Fisher, E. R., ... Lawton, R. (1977). Comparison of radical mastectomy with alternative treatments for primary breast

- cancer: A first report of results from a prospective randomized clinical trial. *Cancer*, 39, 2827-2839. doi:10.1002/1097-0142(197706)39:6<2827::AID-CNCR2820390671>3.0.CO;2-I
- Fisher, B., Redmond, C., Fisher, E. R., Bauer, M., Wolmark, N., Wickerham, D. L., ... Foster, R. (1985). Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without resection. *New England Journal of Medicine*, 312, 674-681. doi: 10.1056/NEJM198503143121102
- Fisher, B., Redmond, C., Poisson, R., Margolese, R., Wolmark, N., Wickerham, D., ... Sidorovich, L. (1989). Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 320, 822-828.
- Ganz, P., Schag, C, Lee, J., Polinsky, M., & Tan, S. (1992). Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*, 69, 1729-1738.
- Hartl, K., Janni, W., Kastner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., ... Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factor on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14, 1064-1071. doi:10.1093/annonc/mdg289
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardization of Breast Radiotherapy Trial). *The Breast* 16, 241-251. doi:10.1016/j.breast.2006.11.003
- Janz, N., Mujahid, M., Lantz, P. M., Fargelin, A., Salem, B., Morrow, M., ... Katz, S. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 14, 1467-1479. doi: 10.1007/s11136-005-0288-6
- Keating, N., Guadagnoli, E., Landrum, M., Borbas, C., & Weeks, J. (2002). Treatment decision making in early-stage breast cancer: Should surgeons match patients' desired level of involvement? *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1473-1479. doi:10.1200/JCO.20.6.1473
- Kiebert, G., deHaes, J., & van de Velde, C. (1991). The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early stage breast cancer patients: A review. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1059-1070.
- Lazovich, D., Solomon, C., Thomas, D., Moe, R., & White, E. (1999). Breast conservation therapy in the United States following the 1990 National Institutes of Health Consensus Development Conference on the treatment of patients with early stage invasive breast carcinoma. *Cancer*, 86, 628-637. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19990815)86:4<628::AID-CNCR11>3.3.CO;2-C
- Levy, S., Haynes, L., Herberman, R., Lee, J., McFeeley, S., & Kirkwood, J. (1992). Mastectomy versus breast conservation surgery: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychology*, 11, 349-354. doi:10.1037//0278-6133.11.6.349
- Lewis, J. (2005). *Your guide to breast cancer (The Royal Society of Medicine)*. Oxon: Hodder Arnold.
- Lichter, A., Lippman, M., Danforth, D., D'Angelo, T., Steinberg, S., DeMoss, E., ... Swain, M. (1992). Mastectomy versus breast-conserving therapy in the treatment of stage I and II carcinoma of the breast: A randomized trial at the National Cancer Institute. *Journal of Clinical Oncology*, 10, 976-983.

- Margolis, G., Goodman, R., & Rubin, A. (1990). Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*, 31, 33-39. doi:10.1016/S0033-3182(90)72214-1
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of International Medical Research*, 37, 182-188.
- Meyerowitz, B. (1990). Psychological outcomes in women with early breast cancer. *British Medical Journal*, 301, 1096-1098. doi: 10.1136/bmj.301.6765.1394-b
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 263-270. doi:10.1016/j.ejon.2010.04.001
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, 284-298. doi:10.1037//0278-6133.16.3.284
- Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125. doi:10.1007/BF02909583
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8, 21-36.
- NHI Consensus Development Panel. (1991). Treatment of Early-Stage Breast Cancer: NHI Consensus Conference. *The Journal of the American Medical Association*, 265, 391-395. doi:10.1001/jama.1991.03460030097037
- Kornblith, A. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Parker, P., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E., ... Robb, G. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3078-3089. doi:10.1245/s10434-007-9413-9
- Payne, W. S., Taylor, W. F., Khonsari, S., Snider, J., Harrison, E., & Clagett, T. (1970). Surgical treatment of breast cancer: Trends and factors affecting survival. *Archives of Surgery*, 101, 105-113. doi:10.1001/archsurg.1970.01340260009002
- Pimentel, J. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Poulsen, B., Graversen, H., Beckmann, J., & Blichert-Toft, M. (1997). A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology*, 23, 327-334. doi:10.1016/S0748-7983(97)90804-0
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 13-32.
- Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G., & Ganz, P. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of National Cancer Institute*, 92, 1422-1429. doi:10.1093/jnci/92.17.1422
- Sarrazin, D., Lê, M., Arriagada, R., Contesso, G., Fontaine, F., Spielmann, M., ... Lacour, J. (1989). Ten-year results of a randomized trial comparing a conservative treatment to

- mastectomy in early breast cancer. *Radiotherapy & Oncology*, 14, 177-184. doi:10.1016/0167-8140(89)90165-5
- Schain, W., D'Angelo, T., Dunn, M., Lichter, A., & Pierce, L. (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy: Psychosocial consequences. *Cancer*, 73, 1221-1228. doi:10.1002/1097-0142(19940215)73:4<1221::AID-CNCR2820730416>3.0.CO;2-S
- Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *A Cancer Journal for Clinicians*, 41, 112-120. doi:10.3322/canjclin.41.2.112
- Schover, L., Yetman, R., Tuason, L., Meisler, E., Esselstyn, C., Hermann, R., ... Dowden, R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75, 54-64. doi:10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I
- Turkington, C., & Krag, K. (2005). *The Encyclopaedia of Breast Cancer*. New York: Facts On File, Inc.
- van Dongen, J., Bartelink, H., Fentiman, I., Lerut, T., Mignolet, F., Olthuis, G., ... van Zijl, K. (1992). Randomized clinical trial to assess the value of breast-conserving therapy in stage I and II breast cancer, EORTC 10801 trial. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 11, 15-18.
- Veach, T., Nicholas, D., & Barton, M. (2002). *Cancer and the family life cycle: A practitioner's guide*. New York: Brunner-Routledge.
- Veronesi, U., Salvadori, B., Luini, A., Banfi, A., Zucali, R., Del Vecchio, M., ... Farante, G. (1989). Conservative treatment of early stage breast cancer: Long-term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. *Annals of Surgery*, 211, 250-259.
- White, C. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192. doi:10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L
- Yilmazer, N., Aydiner, A., Ozkan, S., Aslay, I., & Bilge, N. (1994). A comparison of body image, self-esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women. *Supportive Care in Cancer*, 2, 238-241.
- Yurek, D., Farrar, W., & Anderson, B. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 697-709. doi:10.1037//0022-006X.68.4.697.