

LILIAN BALDAN ZÁCCARO AUGUSTINHO

***BREAST EVALUATION QUESTIONNAIRE EM
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO
MUSCULOCUTANEO DO LATÍSSIMO DO DORSO
E DO RETO DO ABDOME***

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do Título
de Mestre em Ciências.**

SÃO PAULO

2015

LILIAN BALDAN ZÁCCARO AUGUSTINHO

***BREAST EVALUATION QUESTIONNAIRE EM
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO
MUSCULOCUTANEO DO LATÍSSIMO DO DORSO
E DO RETO DO ABDOME***

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do Título
de Mestre em Ciências.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

COORIENTADORES: Profa. Dra. DANIELA FRANCESCATO VEIGA

Prof. LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA

SÃO PAULO

2015

Augustinho, Lilian Baldan Zaccaro.

Breast Evaluation Questionnaire em reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e o reto do abdome. / Lilian Baldan Zaccaro Augustinho. -- São Paulo, 2015.

xiv, 76f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em Inglês: *Breast Evaluation Questionnaire in breast reconstruction through the use of musculocutaneous flaps of latissimi dorsi and rectus abdominis.*

1. Cirurgia Plástica. 2. Mamoplastia. 3. Neoplasias da Mama. 4. Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA TRANSLACIONAL**

COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

À Deus,

Que me iluminou e me guia todos os dias.

À minha família

Aos meus queridos pais, Marli e Paulo (in memorian), que sempre me estimularam a querer ir cada vez mais longe e sempre me deram alicerce para isso.

Aos meus avôs maternos, Jandyra e José, que se não fossem eles não estaria aqui, pois me ajudaram a realizar o sonho de ingressar em uma faculdade.

As minhas queridas irmãs, Vanessa e Paula, que estão sempre ao meu lado. Vanessa mesmo longe sempre me incentiva a lutar e não desistir, e Paulinha minha eterna “professora”, me ajuda em todos os momentos, em todos os sentidos.

Ao Cleiton, meu marido.

Ao meu filho Cesar, meu amor eterno, que desde a barriga já me acompanhava nas aulas, como dito pelos professores “Já é um pesquisador”.

As minhas tias, Roseli e Malu, minhas guerreiras e companheiras.

AGRADECIMENTOS

PROFa. Dra. LYDIA MASAKO FERREIRA, TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP), pela confiança, pelos ensinamentos, pelo estímulo à formação científica e pelo exemplo de ética e profissionalismo.

PROF. Dr. MIGUEL SABINO NETO, RESPONSÁVEL PELO SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UNIFESP, E COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP, meu orientador, pela sua atenção e disponibilidade na orientação deste trabalho, por ser um exemplo de professor, médico e pesquisador, e pelo incentivo constante.

PROFa. Dra. DANIELA FRANCESCATO VEIGA, PROFESSORA ORIENTADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP E PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, minha coorientadora, pelo seu incentivo, amizade e por participar da minha formação como pesquisadora.

PROF. LUIS EDUARDO FELIPE ABLA, DIRETOR DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON (Centro de Referência da Saúde da Mulher), meu coorientador, por participar da minha formação como profissional.

Aos **PROFs. YARA JULIANO E NEIL FERREIRA NOVO**, pelas orientações imprescindíveis, disponibilidade e alegria com que nos recebem e a atenção a cada pequena dúvida.

PROF. DR. BERNARDO SÉRGIO HOCHMAN RZESZETKOWSKI (in memorian), Coordenador do "Setor de Cicatrizes Patológicas" da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP no ambulatório do Hospital São Paulo; e Vice-Coordenador do "Curso de Aperfeiçoamento: Pesquisa em Cirurgia" (Pós-Graduação Lato Sensu) da UNIFESP, por ter me incentivado a realizar o curso de aperfeiçoamento e pós graduação, além dos ensinamentos na prática clínica.

AOS **PROFs. DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP** pelos ensinamentos, contribuindo para meu crescimento.

À **SILVANA DE ASSIS, MARTA REJANE DOS REIS DA SILVA E À SANDRA DA SILVA**, SECRETÁRIAS DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP, pelos auxílios e orientações em todos os procedimentos, cursos, cartas e documentos a serem entregues, desde o curso de aperfeiçoamento até a matrícula e término da Pós-Graduação.

AOS MEUS COLEGAS E AMIGOS **CAROLINA CRISTINA FARIAS ORTEGA, RITA DE CÁSSIA MACHADO, ARAINY SUELYN ANTUNES, PAOLA MONTEIRO** pelo

companheirismo, desde as aulas do aperfeiçoamento até o final desta dissertação.

AOS DEMAIS COLEGAS PÓS-GRADUANDOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP, em especial as colegas, **ADRIANA CORBOLAN ANDRADE, ISABELLA DE CARVALHO AGUIAR, VERONICA CHOMISKI BICALHO DIAS**, pelas dicas, críticas, comentários e sugestões.

AS **PACIENTES** DO AMBULATÓRIO DO SETOR DE MAMA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP E DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON, que participaram deste estudo, pela boa vontade e carinho e por dispensarem o seu tempo à causa nobre da ciência.

*No mesmo instante em que recebemos pedras em nosso caminho,
flores estão sendo plantadas mais longe.
Quem desiste não as vê.*

William Shakespeare

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	xii
RESUMO.....	xiv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	6
3. LITERATURA.....	8
4. MÉTODOS.....	26
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSSÃO.....	37
7. CONCLUSÃO.....	44
8. REFERÊNCIAS.....	46
NORMAS ADOTADAS.....	55
ABSTRACT.....	57
APÊNDICES.....	59
ANEXOS.....	66
FONTES CONSULTADAS.....	75

Lista de Tabelas

- Tabela 1. Distribuição das pacientes de acordo com o estado conjugal..... 28
- Tabela 2. Distribuição das pacientes em relação à cor da pele..... 29
- Tabela 3. Distribuição das pacientes de acordo com a ocupação... 29
- Tabela 4. Distribuição das pacientes em relação à escolaridade.... 29
- Tabela 5. Distribuição dos dados referentes ao IMC dos grupos Controle – Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho musculocutaneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome..... 30
- Tabela 6. Distribuição dos dados referentes à idade das pacientes dos grupos Controle – Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho musculocutaneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome..... 30
- Tabela 7. Escore total do BEQ considerando todas as respostas obtidas dos três grupos e a comparação estatística por meio da Análise de variância de Kruskal-Wallis..... 36
- Tabela 8. Distribuição dos dados de cada paciente do estudo referentes ao IMC dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso e do reto do abdome..... 63
- Tabela 9. Distribuição dos dados de cada paciente do estudo referentes à idade das pacientes dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso e do reto do abdome..... 64
- Tabela 10. Distribuição dos dados de cada paciente do estudo referentes a Porcentagem Total do BEQ dos grupos Controle -

Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso e do reto do abdome..... 65

Lista de Abreviaturas e Símbolos

<i>BAI</i>	<i>Beck Anxiety Inventário</i>
<i>BEQ</i>	<i>Breast Evaluation Questionnaire</i>
BEQ-Brasil	Questionário de Avaliação das Mamas
BIS	Escala de Imagem Corporal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
<i>DIEP</i>	Retalho perfurante da artéria epigástrica inferior <i>(deep inferior epigastic perforator flap)</i>
<i>EORTC QLQ BR-23</i>	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire—Breast Cancer Module</i>
<i>EORTC QLQ-C30</i>	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire</i>
EPM	Escola Paulista de Medicina
<i>et al.</i>	e colaboradores
<i>HADS</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
<i>HAQ</i>	<i>Stanford Health Assessment Questionnaire</i>
HBIS	Escala Hopwood Imagem Corporal
HSP	Hospital São Paulo
ICTRP	Plataforma de Registro Internacional de Ensaio Clínicos
IMC	Índice de Massa Corpórea

INCA	Instituto Nacional de Câncer
kg/m ²	Quilograma por metro quadrado
LD	Reconstrução com retalho musculocutaneo do latíssimo do dorso
<i>MBROS-BI</i>	<i>Michigan Breast Reconstruction Outcome Study - Body Image questionnaire</i>
<i>BROS-S</i>	<i>Michigan Breast Reconstruction Outcome Study</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>QLQ-BR23</i>	<i>Breast Cancer Module</i>
QV	Qualidade de vida
RSE	Escala de Rosenberg Self-Esteem
SAQ	Questionário de Atividade Sexual
<i>SF-36</i>	<i>The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAM	Reconstrução com retalho musculocutaneo do reto do abdome
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Seu tratamento evoluiu nas últimas décadas, devido aos avanços terapêuticos, tecnológicos e aplicação de técnicas de reconstrução mamária utilizando retalhos musculocutâneos. Com isso a sobrevida tem aumentado, despertando interesse pela qualidade de vida das pacientes. **Objetivo:** Comparar a satisfação das pacientes com as mamas reconstruídas com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome. **Métodos:** Estudo transversal com 90 mulheres, distribuídas igualmente em três grupos: mastectomizadas (controle, n=30), reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso (n=30) e reconstrução com o retalho do músculo reto do abdome (n=30). Para avaliar a satisfação com as mamas foi utilizado um instrumento específico, validado para uso no Brasil, o *Breast Evaluation Questionnaire*. **Resultados:** Os grupos eram homogêneos quanto aos principais dados demográficos. Comparado ao grupo controle, os grupos reconstrução apresentaram maior satisfação com as mamas ($p=0,0002$). **Conclusão:** Mulheres submetidas à reconstrução mamária com retalho latíssimo do dorso e reto do abdome estão igualmente satisfeitas com as mamas reconstruídas.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, correspondendo a 22% dos casos novos de câncer em geral (OMS, 2014; INCA 2014).

Nos países desenvolvidos a sobrevida após cinco anos é de 85%, enquanto que, nos países em desenvolvimento, permanece com valores entre 50% e 60%. Em 2014, foram registrados, no Brasil, 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (OMS, 2014; INCA 2014).

Historicamente, o tratamento cirúrgico do câncer de mama consistia em excisão simples do tumor, junto com uma margem de tecido mamário. Em 1894, WILLIAM HALSTED descreveu uma técnica cirúrgica que reduziria a alta mortalidade causada pelo câncer de mama, a mastectomia radical (HALSTED, 1894). Esta técnica foi empregada por mais de 50 anos, até que um consenso, em 1958, levou à introdução de uma nova abordagem cirúrgica, a mastectomia radical modificada, que gradualmente passou a substituir a técnica radical (PATEY & DYSON, 1948; MADDEN, KANDALAF, BOURQUE, 1972). Em 1973, VERONESI *et al.* definiram o tratamento conservador do câncer mamário, que consiste na remoção do quadrante da mama que contém o tumor primário, acompanhada de linfadenectomia axilar e de radioterapia (VERONESI *et al.*, 1981; HOLLAND *et al.*, 1985).

Os avanços terapêuticos e tecnológicos relacionados ao câncer de mama têm permitido uma maior sobrevida das pacientes, despertando o interesse pela qualidade de vida (QV) destas mulheres (VEIGA *et al.*, 2004; VEIGA *et al.*, 2010; HOPWOOD *et al.*, 2010). A mastectomia é considerada um dos mais devastadores tipos de tratamento do câncer, sob o ponto de vista psicológico, afetando a autoestima, a feminilidade e a imagem corporal das

pacientes (MAGUIRE *et al.*, 1978; BRANDBERG *et al.*, 1999; HARCOURT *et al.*, 2004).

A sexualidade humana, além da função biológica reprodutiva, é uma experiência fundamental que engloba prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, sócio culturais, emocionais e cognitivas (PHILLIPS, 2000). Para a mulher, a disfunção sexual pode ter impacto negativo sobre a QV devido a efeitos danosos sobre a autoestima e relacionamentos interpessoais (LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999).

A imagem corporal pode ser compreendida como a representação mental que a pessoa tem do próprio corpo vinculada à percepção, compondo-se de aspectos fisiológicos, psicoafetivos, sócio culturais, cognitivos e relacionais (DUARTE & ANDRADE, 2003). A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal (ARÁN *et al.*, 1996).

A reconstrução da mama pode ocorrer imediatamente após a mastectomia ou como um procedimento tardio (D'SOUZA, DRAMANIN, FEDOROWICZ, 2011). O procedimento de reconstrução mamária tem impacto positivo sobre todos os aspectos da QV, inclusive a imagem corporal, especialmente entre as mulheres mais jovens (VEIGA *et al.*, 2004; PERCOR, 2004; CÁSSIA *et al.*, 2006). A reconstrução mamária pode melhorar a autoestima das pacientes sem aumentar o risco de recidivas e tampouco retardar o diagnóstico de recidivas locais (MORROW, 2001).

O uso dos retalhos musculocutâneos para reconstrução da mama teve início com TANSINI (1906), que descreveu a técnica de rotação anterior do músculo do latíssimo do dorso (LD) e enxerto posterior. Em 1976, OLIVARI associou o uso do retalho do LD à implante de silicone, técnica popularizada por BOSTWICK, em 1978, com grandes avanços estéticos. DREVER, em

1977, foi o primeiro a utilizar o músculo reto do abdome em um retalho musculocutâneo vertical, técnica modificada por HARTRAMPF *et al* e GANDOLFO em 1982, com ilha cutânea horizontal e dispensando a utilização de implante (OLIVARI, 1976; DREVER, 1977; BOSTWICK, 1978; HARTRAMPF, 1982; GANDOLFO, 1982; PINTO *et al.*, 1998)

Existem vários tipos de reconstruções, dentre elas, a reconstrução mamária com o uso do retalho musculocutâneo transverso do reto do abdome (TRAM) o qual proporciona uma melhoria na QV relacionada à saúde de pacientes que se submeteram a mastectomia (VEIGA *et al.*, 2004). Entretanto é uma técnica mais complexa, que demanda maior treinamento e sujeita a maiores complicações. Uma complicação frequente é a fraqueza da parede abdominal, que pode ser minimizada com a tática de poupar a fáscia muscular e realizar reforço da parede abdominal com tela de polipropileno (MOSCONA, HOLANDER, FODOR, 2006). Assim, embora o procedimento permita uma mama reconstruída com aparência mais natural, há preocupação com o potencial de morbidade na área doadora. Porém, após seis meses de pós-operatório a capacidade funcional geralmente é restabelecida (KOKUBA *et al.*, 2008). Apesar disto a taxa de satisfação das pacientes com o procedimento costuma ser elevada (VEIGA *et al.*, 2002; MOSCONA, HOLANDER, FODOR, 2006).

A reconstrução mamária com retalho do LD é muitas vezes realizada para pacientes nas quais a reconstrução com TRAM é contra indicada, pois o uso do LD não compromete a parede abdominal, que pode ser uma questão relevante para pacientes que desejam uma gravidez futura (DUTRA *et al.*, 2009). A reconstrução com LD tem se mostrado uma opção confiável e segura (DUTRA *et al.*, 2009; MIN *et al.*, 2010; van GEEL *et al.*, 2011)

ANDERSON *et al.* (2006), desenvolveram um questionário específico para as mamas (*Breast Evaluation Questionnaire*), que se mostrou confiável e válido. É um questionário com 55 questões, desenvolvido para avaliar a satisfação com as mamas e o conforto com a aparência geral e das mamas revelando as mudanças na QV em pacientes submetidas à cirurgia das mamas. FERREIRA *et al.* (2013) traduziram e validaram o instrumento para a língua portuguesa.

A crescente preocupação com questões relacionadas à QV vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a baixa da mortalidade ou o aumento de expectativa de vida.

Existe uma lacuna na literatura relativa à comparação dos resultados de ambas as técnicas de reconstrução anteriormente citadas em relação à QV. Isso motivou o presente estudo.

2. OBJETIVO

Comparar a satisfação das pacientes com as mamas reconstruídas com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome.

2. LITERATURA

HALSTED (1894) introduziu a mastectomia radical, descrevendo sua realização em 50 pacientes durante o período de 1889 a 1894. No último ano, publicou os resultados obtidos pelos três anos de seguimento, relatando taxas de recidivas locais correspondentes a 6% e sobrevida de 38 a 42%.

PATEY & DYSON (1948) propuseram uma técnica menos agressiva, a mastectomia radical modificada, com preservação dos músculos peitorais. Mostraram os resultados da mastectomia radical modificada em 46 pacientes comparando com 46 que realizaram a mastectomia radical. Este estudo demonstrou que a redução das ressecções cutâneas e preservação do músculo peitoral maior resultavam em menor seqüela estética sem alterar a sobrevida das pacientes.

VERONESI *et al.* (1986) conduziram um ensaio clínico aleatório com 20 anos de seguimento, conhecido por Milan I. Participaram 701 pacientes, sendo 349 submetidas à mastectomia radical à Halsted e 352 a quadrantectomia com dissecação axilar e radioterapia. Obtiveram resultados idênticos quanto à sobrevida (83 e 85% respectivamente).

AL-GHAZAL, FALLOWFIELD, BLAMEY (2000) compararam o resultados psicológicos e satisfação de 577 pacientes com câncer de mama submetidas a três diferentes tipos de procedimento cirúrgico: tratamento conservador, mastectomia apenas e mastectomia associada a reconstrução. Foram aplicados os questionários, o Hospital Escala de Depressão Ansiedade (HADS), a Escala de Imagem Corporal, a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE) e um questionário específico do estudo foi utilizado para avaliar a satisfação do resultado cosmético como: muito satisfeito, moderadamente, ligeiramente e não satisfeita de forma alguma. Observaram maior morbidade psicológica no grupo submetido à mastectomia, e os aspectos psicossociais e a satisfação com o resultado estético foi maior no grupo submetido ao tratamento

conservador do que nos grupos submetidos à mastectomia, com ou sem reconstrução.

BRANDBERG, MALM, BLOMQVIST (2000) compararam três métodos de reconstrução mamária, retalho lateral toracodorsal, retalho do LD e retalho TRAM, descrevendo seus impactos sobre a QV e a percepção das pacientes quanto ao resultado estético. Este estudo foi realizado com 87 mulheres, utilizando-se o SF-36. Observaram melhorias em relação aos resultados estéticos e quanto à QV, houve melhora significativa nos aspectos sociais e saúde mental após a reconstrução. As reconstruções com LD e TRAM apresentaram maior simetria em relação à mama contralateral do que as com o retalho toracodorsal. Concluíram que todos os métodos produziram bons resultados cosméticos e melhoria na QV.

VEIGA *et al.* (2002) avaliaram os resultados estéticos e o nível de satisfação de 20 pacientes com a reconstrução mamária com TRAM. Os resultados foram avaliados e comparados 3, 6 e 12 meses após a reconstrução utilizando avaliações das próprias pacientes (uma classificação de 0 a 10 pontos) e por dois cirurgiões plásticos (usando a mesma classificação de 0 a 10 pontos e também um sistema de subescalas). Os autores observaram um maior nível de satisfação por parte das pacientes do que pelos avaliadores.

GENDY, ABLE, RAINSBURY (2003) compararam retrospectivamente os resultados de mastectomia com preservação de pele seguida de reconstrução imediata e mastectomia parcial com reconstrução com retalho LD. A QV foi medida usando três escalas psicométrica, o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE) e Escala Imagem Corporal (BIS). Um total de 106 pacientes foi acompanhado por 42 meses, e as variáveis estudadas incluíram complicações cirúrgicas, alterações na capacidade funcional, resultados estéticos e

morbidade psicológica. A reconstrução com LD promoveu menos sequelas cirúrgicas e físicas, sem comprometimento cosmético. Porém ambas as cirurgias foram associadas com baixa morbidade psicológica.

VEIGA *et al.* (2004) avaliaram o impacto da reconstrução mamária tardia com retalho TRAM pediculado sobre a QV relacionada à saúde em pacientes mastectomizadas. Avaliaram prospectivamente 25 pacientes submetidas à reconstrução tardia com o retalho TRAM e, como controle, avaliaram 20 pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução. Utilizaram o SF-36, aplicado no pré-operatório e pós-operatório de 3, 6 e 12 meses e também uma subescala de satisfação geral das pacientes. Os resultados mostraram que houve uma melhora progressiva em todas as dimensões do SF-36 e um elevado nível de satisfação das pacientes, concluindo que este procedimento proporciona uma melhoria na QV relacionada à saúde de pacientes que se submeteram à mastectomia.

ELDER *et al.* (2005) analisaram, por meio de um estudo prospectivo, as razões das mulheres realizarem reconstrução mamaria imediata com expensor/implante, a satisfação geral e estética com os resultados da reconstrução um ano após a cirurgia e o impacto da reconstrução na QV. No período de 1998 a 2001, foram avaliadas 76 mulheres, as quais preencheram o questionário SF-36. Em conclusão, as mulheres submetidas à reconstrução imediata tiveram melhora significativa na QV ao longo do primeiro ano de pós-operatório; além disso, ficaram muito satisfeitas com o resultado geral e moderadamente satisfeitas com o resultado estético.

MOSCONA, HOLANDER, FODOR (2006) avaliaram a satisfação das pacientes e resultados estéticos após a reconstrução mamária com o retalho TRAM pediculado. Incluíram 133 pacientes que haviam se submetido ao procedimento no período de 1993 a 2000, porém apenas 101 pacientes

responderam um questionário com variáveis gerais. Foi observado que fatores que regulam o procedimento como a localização da reconstrução, radioterapia, quimioterapia, reconstrução imediata ou tardia, tempo de reconstrução e reconstrução da papila influenciaram a satisfação das mulheres. A partir deste ponto de vista, o retalho TRAM pediculado pode ser considerado uma boa opção para as mulheres que desejam a reconstrução da mama, apesar de ser um procedimento complexo, além do que, aquelas que realizaram reconstrução mamária imediata mostraram-se mais satisfeitas em todas as medidas.

ANDERSON *et al.* (2006) desenvolveram um instrumento específico para avaliação da satisfação das pacientes e a QV após intervenções cirúrgicas nas mamas denominado de *Breast Evaluation Questionnaire (BEQ)*. É um questionário com 55 itens, validado para a língua inglesa em 1244 mulheres submetidas à mastoplastia de aumento. É fácil de ser aplicado e interpretado, trazendo bons resultados em relação à satisfação das mulheres após cirurgia das mamas.

KOKUBA *et al.* (2008) avaliaram prospectivamente a capacidade funcional após a reconstrução mamária com retalho TRAM pediculado. Foram convidadas a participar do estudo 36 pacientes mastectomizadas unilateralmente. A capacidade funcional foi avaliada através do *Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)* autoadministrado no pré-operatório e três e seis meses após o procedimento. Em geral, a capacidade funcional foi reestabelecida seis meses após a cirurgia. Em conclusão, a reconstrução mamária tardia com o uso de um retalho TRAM pediculado não alterou a capacidade funcional das pacientes.

GLASSEY, PERKS, MCCULLEY (2008) definiram o impacto da mobilização do músculo LD para a reconstrução mamária na função do

ombro. Avaliaram prospectivamente o movimento, força, função e dor no ombro após o procedimento em 22 pacientes, no pré-operatório, em seis semanas, seis meses e um ano após a cirurgia utilizando avaliações objetivas padronizadas. Os resultados demonstraram que não houve perda significativa da amplitude de movimento, força, função, ou dor após um ano. No entanto, observaram alterações de força e desconforto em seis meses, que desapareceram até o primeiro ano pós-operatório.

DUTRA *et al.* (2009) avaliaram a satisfação de pacientes com a reconstrução mamária imediata com o retalho musculocutâneo do LD. Incluíram 320 pacientes que se submeteram a mastectomia apenas (controle) e 324 submetidas à reconstrução com o LD. A maioria das pacientes relatou resultados bons ou muito bons.

TEMPLE *et al.* (2009) realizaram estudo prospectivo, randomizado e controlado com 27 mulheres, para comparar os resultados da reconstrução de mama com retalho TRAM inervado com retalhos não inervados. Utilizaram três instrumentos validados, aplicados após a cirurgia: o SF-36, *Body Image after Breast Cancer Questionnaire* e *Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast*. Concluíram que a inervação do retalho TRAM utilizado para a reconstrução mamária não só melhora a sensibilidade, mas também tem um efeito positivo na QV das pacientes.

HU *et al.* (2009) avaliaram em estudo transversal a satisfação estética em longo prazo de pacientes submetidas a reconstrução mamária com expansor/implante e com retalho TRAM. De 1988 e 2006, participaram do estudo 110 pacientes submetidas à reconstrução com expansor/implante e 109 com TRAM. A satisfação das pacientes foi medida pelo *Breast Questionnaire*. Os resultados mostraram que em longo prazo a satisfação com a reconstrução com o TRAM permaneceu constante, enquanto que com

expansor/implante foi significativamente menor. Estes dados têm implicações importantes para a saúde das mulheres, além de ajudá-las a tomar as decisões quanto ao tipo de reconstrução mamária.

PUSIC *et al.* (2009) desenvolveram uma medida pré e pós operatória de satisfação das pacientes e QV em cirurgia reconstrutiva e estética da mama. O instrumento *BREAST-Q* que contém três módulos (aumento, reconstrução e redução) foi enviado a 2715 pacientes, sendo que, 1950 devolveram o questionário completo e 491 pacientes responderam duas vezes para a avaliação de confiabilidade. Concluíram que o *BREAST-Q* pode ser usado para estudar o impacto e eficácia da cirurgia de mama a partir da perspectiva do paciente, além de quantificar a satisfação e aspectos da saúde relacionadas com a QV, fornecendo aos cirurgiões a possibilidade de documentar a avaliação de desempenho clínico no pré e pós operatório.

VEIGA *et al.* (2010), através de um estudo prospectivo avaliaram o impacto da cirurgia plástica na QV e autoestima das pacientes com câncer de mama em tratamento conservador da mama. Foram avaliadas no pré-operatório, 6 e 12 meses de pós-operatório 45 pacientes com câncer de mama primário, tratadas com cirurgia conservadora da mama e reconstrução imediata da mama, e 42 pacientes tratadas apenas com cirurgia conservadora faziam parte do grupo controle. Foram utilizados questionários validados *Short Form-36*, versão brasileira, e o *Rosenberg-EPM Self-Esteem Scale*. Os resultados mostraram que em 12 meses de pós-operatório, o grupo de reconstrução da mama apresentou melhor estado de saúde geral do que o grupo controle. Concluindo que a cirurgia plástica teve um impacto positivo na QV e autoestima dos pacientes submetidas a tratamento conservador da mama.

DE GOURNAY *et al.* (2010) avaliaram, em estudo controlado retrospectivo de 1990 a 2008, a satisfação de 193 pacientes com a reconstrução mamária com retalho do LD e o impacto do procedimento na QV e imagem corporal das pacientes submetidas a mastectomia por câncer de mama. Utilizaram os questionários *Michigan Breast Reconstruction Outcome Study* (MBROS-S), *MBROS-Body Image questionnaire* (MBROS-BI), EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23 para avaliação de QV, imagem corporal e satisfação. Concluíram que houve maior nível de satisfação e melhora da imagem corporal no grupo de pacientes submetidas à reconstrução da mama, porém faz-se necessário um estudo prospectivo para avaliar a QV em longo prazo.

WINTERS, BENSON, PUSIC (2010) realizaram uma revisão sistemática com artigos que abordavam a percepção das pacientes quanto ao resultado cirúrgico da reconstrução mamária e seu efeito na QV. Foram incluídos 1012 resumos identificados no campo de QV em reconstrução mamária entre 1978 e 2009. Os resultados revelaram que a metodologia científica de QV após reconstrução apresenta estudos mal projetados, havendo a necessidade de ensaios clínicos randomizados, bem como estudos longitudinais prospectivos multicêntricos em reconstrução mamária, uma vez que a maioria dos estudos revisados eram retrospectivos.

COWEN *et al.* (2010) avaliaram as tendências de reconstrução em mulheres com menos de 30 anos, buscando identificar os fatores determinantes na escolha por diferentes técnicas de reconstrução, se com tecido autólogo ou implante. Analisaram retrospectivamente os prontuários de mulheres com idade inferior 30 anos, submetidas à reconstrução da mama. Concluíram que a reconstrução da mama continua sendo a escolha das pacientes, mas a falta de tecido doador disponível em mulheres mais jovens

exigiu que as pacientes reconsiderassem suas opções de reconstrução, apesar de haver uma maior preferência pela reconstrução autóloga com tecido abdominal.

REEFY *et al.* (2010) avaliaram os resultados oncológicos, a morbidade pós-operatória e a satisfação de pacientes submetidas à mastectomia apenas, e à reconstrução mamária com retalho do LD e implante. Utilizaram a escala visual analógica linear para avaliar a satisfação das pacientes com o resultado cirúrgico. Na casuística que estudaram não houve recorrência local após 36 meses e não ocorreram casos de perda parcial ou total de retalho. Portanto, a mastectomia com reconstrução mamária imediata associou-se a baixos níveis de morbidade e altos níveis de satisfação das pacientes, sendo considerada segura do ponto de vista oncológico.

MIN *et al.* (2010) compararam a incidência de recidiva locorregional, metástases sistêmicas e avaliaram QV de 2.566 pacientes com câncer de mama, 120 que se submeteram a mastectomia com reconstrução mamária imediata com retalho do LD e 1.699 pacientes submetidas à cirurgia conservadora. Avaliaram também a segurança oncológica dos procedimentos. Para avaliar QV usaram o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire—Breast Cancer Module* (EORTC QLQ BR-23) e autoavaliação por meio da escala de depressão. Tanto a cirurgia conservadora como a reconstrução imediata com o retalho do LD confirmaram sua segurança oncológica e a QV do grupo do LD nem sempre foi boa. Concluíram que a reconstrução imediata da mama deve ser considerada com cautela e adaptada às necessidades e às características das pacientes.

LOSKEN *et al.* (2010) realizaram um estudo retrospectivo de 1981 a 2007, com o objetivo de avaliar a viabilidade de reconstrução bilateral com

retalho do LD com atenção aos resultados e satisfação das pacientes em relação a estética da mama e morbidade do sítio doador. Um total de 83 pacientes realizou a pesquisa de satisfação por meio de contato telefônico seis meses após a reconstrução, em que descreviam os resultados estéticos, satisfação geral, morbidade e função. Os resultados mostraram que a reconstrução com o LD permanece uma opção confiável, pois a satisfação das pacientes com este procedimento foi elevada, porém a deficiência funcional pode ocorrer e tem que ser devidamente discutida no pré operatório.

CHUN *et al.* (2010) entre 2004 a 2007, compararam a morbidade pós operatória do sítio doador, o resultado funcional e a satisfação de 105 pacientes após reconstrução mamária com retalho TRAM pediculado bilateral e 58 pacientes submetidas ao retalho DIEAP bilateral, utilizando os instrumentos *Short Form-36*, *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*, *Michigan Breast Satisfaction* e *Qualitative Assessment*. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa na taxa de complicações em ambos os grupos e a satisfação e o resultado funcional apresentaram escores estatisticamente maiores no grupo TRAM em comparação ao grupo DIEP. Portanto, este estudo concluiu que, enquanto o retalho DIEP é uma modalidade avançada associada com menor morbidade para as pacientes, o retalho TRAM pediculado continua sendo a opção cirúrgica para reconstrução mamária bilateral.

COLLINS *et al.* (2011) examinaram o impacto de diferentes tratamentos cirúrgicos (cirurgia conservadora da mama, mastectomia e mastectomia com reconstrução) e a gravidade dos seus efeitos colaterais na imagem corporal ao longo do tempo, em 549 pacientes. Destas, 514 completaram as quatro entrevistas, onde foi realizada análise de prontuários e aplicado o *Beck Anxiety Inventário* (BAI). Analisaram relações longitudinais

entre problemas de imagem corporal, tipo de cirurgia e gravidade de efeitos colaterais da cirurgia utilizando a abordagem *Generalized Estimating Equation*, controlando fatores demográficos, clínicos e psicossociais. Concluíram que o impacto do tipo de cirurgia na imagem corporal durante o primeiro ano de tratamento cirúrgico foi explicada pela gravidade dos efeitos colaterais do procedimento. Após dois anos, não houve diferença significativa entre os tipos de cirurgia quanto à imagem corporal.

VAN GEEL *et al.* (2011) relataram uma série de nove casos de pacientes com queixas de fibrose induzida por radiação que foram tratadas com mastectomia parcial e reconstrução com retalho do LD. Todos os dados foram coletados retrospectivamente dos prontuários. Quando o tratamento conservador falhou foi feita uma abordagem cirúrgica com mastectomia parcial e reconstrução com o retalho do LD, e a partir deste procedimento as queixas melhoraram em relação à forma e volume das mamas. Concluíram que a reconstrução com o LD mostrou-se segura após a mastectomia parcial ou total e em áreas irradiadas.

D'SOUZA, DARMANIN, FEDOROWICZ (2011) procuraram estudos que avaliassem os efeitos da reconstrução imediata ou tardia após cirurgia para tratamento do câncer de mama nos Registros Especializados do Grupo Cochrane Câncer de mama em 2010, MEDLINE de 2008 a 2010, EMBASE de 2008 a 2010 e OMS Plataforma de Registro Internacional de Ensaio Clínicos (ICTRP) em 2010. Em 2010 foram recuperadas 411 referências, porém após análise dos títulos e resumos dessas referências, foram eliminados todos os que não correspondessem aos critérios de inclusão. Apenas um estudo foi incluído nesta revisão, sendo ele um ensaio clínico aleatório envolvendo 64 mulheres, que comparou a reconstrução mamária imediata com a tardia. Com base em dados limitados obtidos através de entrevistas

psiquiátricas e questionários de autoavaliação de saúde, houve evidência de que a reconstrução imediata comparada com reconstrução tardia reduziu a morbidade psiquiátrica relatada em três meses de pós-operatório. Este estudo foi julgado com alto risco de viés.

BEESLEY *et al.* (2012) desenvolveram um estudo com o objetivo de descobrir quais os fatores que influenciam a forma como pacientes avaliam a reconstrução da mama, para assim compreender as fontes de desacordo durante a avaliação entre médicos e pacientes. Participaram 95 mulheres submetidas à reconstrução da mama após cirurgia de câncer de mama, sendo avaliados os efeitos da reconstrução sobre a confiança, aparência e funcionamento sexual. Como muitas vezes relataram que ficaram satisfeitas, pode-se inferir que os cirurgiões devem ter a capacidade de orientá-las a tomar decisões quanto à cirurgia e serem cautelosos com a satisfação das mesmas. Com estes resultados destaca-se a necessidade de cirurgiões explicarem aos pacientes insatisfeitos que a máxima satisfação com a cirurgia ainda pode ser inatingível para alguns.

COHEN *et al.* (2012), em estudo piloto qualitativo, determinaram como os médicos devem se comunicar com as pacientes com câncer de mama sobre as questões de imagem corporal. Os dados foram coletados em 2010 durante 12 semanas, participando do estudo 33 pacientes e 10 médicos. As pacientes responderam a um Questionário de Avaliação de Mama (BEQ) e os médicos responderam a um questionário qualitativo com perguntas sobre o seu conforto na comunicação com as pacientes. Os resultados demonstraram que os médicos se sentem confortáveis ao se comunicarem com as pacientes e as mesmas querem médicos diretos e honestos. Quanto aos dados do BEQ as pacientes não se mostraram muito confortáveis com suas mamas quando estavam despidas.

DITSCH *et al.* (2012) avaliaram, em estudo retrospectivo, os efeitos de diferentes tipos de cirurgias reconstrutivas após mastectomia em termos de suas taxas de complicação, satisfação das pacientes com a reconstrução mamária, sexualidade, imagem corporal e funcionalidade. Foram recuperados 139 prontuários no período de 1999 a 2006, a partir daí entraram em contato com as pacientes e aplicaram dois questionários, um desenvolvido pelo autor, que era composto por questões sobre a decisão, estresse, dor, conselhos, cosméticos e sentimentos e o outro a *Escala de Imagem Corporal*, sendo este um questionário validado. No geral os resultados deste estudo sugeriram uma baixa taxa de complicações e alta satisfação das pacientes após a reconstrução, salientando a importância de um pré operatório detalhado para facilitar o pós operatório de cirurgia reconstrutiva após a mastectomia.

ZHONG *et al.* (2012) avaliaram o impacto da reconstrução da mama com retalho TRAM nos aspectos psicossociais, satisfação e QV das pacientes. Os dados foram coletados no pré e pós operatório, em três semanas e três meses no período de 2009 a 2010. Participaram do estudo 55 mulheres que responderam três questionários, *BREAST-Q*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* e *Impact of Event Scal*. Os resultados sugeriram que a satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial e sexual após reconstrução com retalho TRAM são esteticamente e clinicamente significativos, porém há uma deterioração significativa no bem-estar físico relacionado à área doadora abdominal.

MOMOH *et al.* (2012) avaliaram a satisfação das pacientes e as complicações após reconstrução mamária com retalho TRAM e DIEP em uma única instituição. Participaram do estudo 346 pacientes; 167 mulheres foram submetidas à reconstrução com retalho DIEP e 179 a reconstrução TRAM pediculado, no período de 1999 a 2006. A satisfação das pacientes foi

avaliada através do questionário *Michigan Breast Reconstruction Outcomes Survey*. Os resultados mostraram que as taxas de complicações dos retalhos foram semelhantes entre os grupos, sendo que o grupo TRAM pediculado apresentou maiores taxas de hérnias. A satisfação geral foi maior no grupo DIEP, enquanto que a satisfação estética foi semelhante entre os grupos. Assim entendendo as diferenças na incidência de complicações e satisfação ajuda os médicos e pacientes tomarem decisões quanto reconstrução mamária autóloga.

MACADAM *et al.* (2012) avaliaram, em um estudo transversal, a influência do tipo de implante sobre a satisfação e QV das pacientes após a reconstrução da mama. Usaram o questionário *BREAST-Q*, o qual foi enviado por correio a 170 pacientes. Os resultados mostraram que a satisfação das pacientes não difere quanto ao tipo de implante, permitindo aos cirurgiões informar a suas pacientes no pré operatório os resultados esperados da reconstrução mamária utilizando implantes de silicone redondos e moldados.

DUTRA *et al.* (2012) avaliaram o nível de satisfação das pacientes com a técnica de reconstrução imediata com retalho do LD. Participaram do estudo 257 pacientes mastectomizadas e submetidas à reconstrução imediata com retalho do LD e implante mamário entre 1999 a 2005. Para avaliar a satisfação geral com a reconstrução usaram um questionário específico, constituído de cinco perguntas com resposta “sim” para satisfeito ou “não” para insatisfeito, adaptado de Alderman *et al.* Para avaliar a satisfação com a estética usaram a escala analógica linear. Os questionários foram enviados para cada paciente por correio. Os resultados mostraram que o uso do retalho do LD associado a um implante mamário em reconstrução foi satisfatório para as pacientes.

FERREIRA *et al.* (2013) realizaram um estudo com o objetivo de traduzir, adaptar culturalmente e validar o *Breast Evaluation Questionnaire* (BEQ 55) para uso no Brasil. Foram realizadas duas traduções e duas traduções reversas do instrumento, intercaladas por revisões de comitê multidisciplinar. A adaptação cultural foi feita com aplicação do questionário a grupos de 20 pacientes do ambulatório de cirurgia plástica, com modificações convenientes para melhora do entendimento. Para testar a reprodutibilidade e a validade de construção, 20 pacientes foram entrevistados em duas etapas: na primeira, por entrevistadores diferentes, e na segunda (após 7 dias a 14 dias), por apenas um deles, e na primeira etapa, foi aplicado também o *Short-Form 36*. Portanto o questionário foi traduzido e adaptado com sucesso, sendo a versão brasileira denominada *Questionário de Avaliação das Mamas (BEQ-Brasil)*, e provou ser válido e reprodutível.

SERRA-REMON *et al.* (2013) descreveram a técnica que evita cicatrizes no dorso quando realizada a reconstrução com o retalho músculo LD, usando uma única incisão na axila, pela qual também é realizada a biópsia do linfonodo sentinela, linfadenectomia e quadrantectomia. Participaram do estudo 23 pacientes, em que o tumor foi excisado por uma incisão periareolar descendente e também por incisão axilar, sendo a parte lateral do músculo LD foi dissecada por via endoscópica para reconstrução. Tanto a equipe médica como as pacientes relataram alta satisfação com os resultados estéticos e funcionais da técnica endoscópica, preservando a forma da mama e possibilitando a ausência de cicatriz no dorso.

IGLESIAS & GONZALES-CHAPA (2013) mostraram as imagens dos resultados estéticos e clínicos em longo prazo tanto da mama reconstruída como da área doadora, e também as complicações, de modo que o leitor possa avaliar as vantagens e desvantagens da técnica de dissecação endoscópica do

retalho do músculo LD. De 2008 a 2011, 12 mulheres foram submetidas à mastectomia total e 2 à mastectomia radical modificada, as quais realizaram a reconstrução mamária pela técnica mencionada acima. Em relação à mama reconstruída houve uma boa aceitação por seis pacientes, moderada por sete pacientes e baixa por uma paciente. Quanto à aceitação em relação à da área doadora, foi boa por 13 pacientes e moderada por uma. A técnica apresentou-se com a mesma qualidade de reconstrução de outras técnicas, com a vantagem de uma cicatriz menor na área doadora. Com base nos resultados, os autores consideraram que a técnica pode ser útil e válida.

DE OLIVEIRA *et al.* (2013) desenvolveram um estudo com o objetivo de examinar os efeitos da reconstrução com o retalho do LD em relação a recuperação do movimento do ombro e outros problemas pós operatórios durante o primeiro ano após mastectomia. Foi um estudo prospectivo tipo coorte com 104 pacientes consecutivas submetidas à mastectomia, sendo que 47 foram submetidas à reconstrução imediata com retalho do LD. O movimento do ombro foi avaliado antes e 1, 3, 6 e 12 meses após a cirurgia. Dor, aderência tecidual e alargamento da cicatriz foram avaliados durante o seguimento. Observaram que o movimento do ombro diminuiu 30% no primeiro mês após a cirurgia, melhorando ao longo do tempo, e o alargamento da cicatriz e aderência tecidual não foram significantes após reconstrução. Os autores sugeriram que a manipulação do retalho do LD não afeta a cinemática do ombro e está associada a uma menor incidência de aderência tecidual.

LIANG *et al.* (2013) avaliaram retrospectivamente o padrão de recorrência em 249 pacientes com câncer de mama invasivo após mastectomia e reconstrução mamária imediata com TRAM entre 1995 e 2010. De acordo com os resultados obtidos, a mastectomia seguida de reconstrução imediata com retalho TRAM é um procedimento seguro oncológicamente,

mesmo em pacientes com doença em estágio avançado, uma vez que não impediu a detecção de recorrência.

KIM *et al.* (2014) relataram que o fechamento primário da fáscia abdominal após a reconstrução mamaria com retalho TRAM tem sido a maneira mais eficaz de reduzir complicações. De um total de 108 pacientes submetidas à reconstrução unilateral imediata com TRAM, compararam retrospectivamente as complicações de 56 pacientes submetidas a fechamento fascial primário convencional (grupo 1) e de 52 pacientes que se submeteram ao fechamento fascial em um novo padrão trespasado (grupo 2). Os resultados mostraram que ocorreu abaulamento abdominal em quatro pacientes do grupo 1 e em uma do grupo 2, deiscência abdominal em três do grupo 1 e dois do grupo 2. Concluiu-se que a reconstrução com retalho TRAM com fechamento da fáscia abdominal em padrão trespasado pode ajudar a reforçar a fáscia abdominal inferior e evitar o abaulamento abdominal.

JAGSI *et al.* (2014) identificaram 20.560 mulheres submetidas a mastectomia por câncer de mama entre 1998-2007 através do banco de dados *MarketScan*. Utilizando o teste *Cochran-Armitage* avaliaram as tendências do período citado e por meio da regressão multivariada correlacionaram a reconstrução da mama por cirurgia plástica a outros tratamentos. Como conclusão mostrou que a reconstrução mamaria tem aumentado ao longo do tempo, ainda com grande variabilidade geográfica, sendo necessárias mais pesquisas e intervenções para garantir o acesso equitativo a este importante componente do tratamento multidisciplinar do câncer de mama.

COHEN *et al.* (2015) avaliaram quanto a experiência do atendimento a satisfação das pacientes submetidas a reconstrução mamaria através de um estudo multicêntrico e prospectivo de coorte. Foram recrutadas para o estudo

2.093 pacientes de 11 centros da América do Norte, e após três meses de reconstrução, apenas 1534 completaram o *BREAST-Q* quanto à satisfação com informações, cirurgião, equipe médica e pessoal do escritório. Desta forma concluíram que as pacientes submetidas à reconstrução da mama estão satisfeitas com seu cirurgião plástico, pessoal de escritório, e equipe médica, mas o ideal é melhorar ainda mais as informações fornecidas a elas. Assim oferece aos médicos uma oportunidade clara para melhorar os cuidados de qualidade e satisfação da paciente.

TEISCH *et al.* (2015) determinaram o impacto sobre os resultados pós operatórios e os recursos utilizados em reconstrução mamaria com retalho do LD e TRAM. Através do banco de dados *Nationwide Inpatient Sample* no período de 2010 e 2011, foram avaliados 29.074 casos de reconstrução mamaria sendo 17.670 com LD e 11.405 com TRAM em relação a dados demográficos, socioeconômicos, fatores clínicos, complicações pós operatórias, tempo de internação e o total de custos. Concluíram que as pacientes submetidas à reconstrução de mama com LD apresentaram hospitalizações mais dispendiosas e um risco aumentado de complicações cirúrgicas do local doador, enquanto que, as pacientes submetidas ao TRAM tiveram um risco aumentado para complicações pulmonares e tempo de internação. Apesar disso, a reconstrução de mama com LD apresenta menores taxas de complicações em comparação com o TRAM.

4. MÉTODOS

4.1 - Desenho do estudo

Trata-se de um estudo primário, clínico, analítico, observacional e transversal.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (parecer número 131.769, CAAE: 07088512.2.0000.5505). Todas as participantes concordaram em participar, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e responderam a uma ficha para coleta de dados demográficos e clínicos.

4.2 – Casuística

A casuística foi formada por 90 mulheres com idade entre 30 e 55 anos, distribuídas em três grupos: 30 mulheres mastectomizadas (Grupo controle), 30 mulheres submetidas à reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do LD (Grupo LD) e 30 mulheres submetidas à reconstrução com o retalho TRAM (Grupo TRAM).

As pacientes são procedentes do Ambulatório de Cirurgia Mamária do Hospital São Paulo - Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo e do Ambulatório de Cirurgia Mamária do Hospital Pérola Byington.

Para a seleção das pacientes foram considerados os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: mulheres com idade entre 30 e 55 anos, mastectomizadas (Grupo controle) ou submetidas à reconstrução mamária imediata ou tardia há no mínimo um ano (Grupos LD e TRAM), que já concluíram o tratamento adjuvante há pelo menos seis meses e que obtiveram escore igual ou superior 18 no Mini-Mental (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

Critérios de não inclusão: mulheres em vigência de tratamento adjuvante (quimioterapia ou radioterapia), com doença mamária em fase de investigação,

analfabetas, com diagnóstico de recidivas ou metástases e as que não concordaram em participar do estudo.

4.2.1 – Caracterização da Casuística

As tabelas 1 a 4 apresentam as frequências absolutas e relativas para as variáveis sociodemográficas categóricas (estado conjugal, cor da pele, escolaridade, ocupação), obtidas das pacientes em cada grupo do estudo, e a comparação entre os grupos (Teste do Qui-quadrado).

As tabelas 5 e 6 apresentam os dados relativos às variáveis sociodemográficas numéricas (IMC e idade), e a comparação entre os grupos (Teste de Kruskal-Wallis).

Tabela 1: Distribuição das pacientes de acordo com o estado conjugal.

	Controle	%	LD¹	%	TRAM²	%	TOTAL	%
Com companheiro	17	56,7	22	73,3	13	43,3	52	57,8
Sem companheiro	13	43,3	8	26,7	17	56,7	38	42,2
TOTAL	30	100	30	100	30	100	90	100

Teste do Qui-quadrado: $p=0,0621$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transverso do reto do abdome.

Tabela 2: Distribuição das pacientes em relação à cor da pele.

	Controle	%	LD¹	%	TRAM²	%	TOTAL	%
Branca	20	66,7	19	63,3	19	63,3	58	64,4
Não branca	10	33,3	11	36,7	11	36,7	32	35,6
TOTAL	30	100	30	100	30	100	90	100

Teste do Qui-quadrado: $p=0,9527$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutâneo transverso do reto do abdome.

Tabela 3: Distribuição das pacientes de acordo com a ocupação.

	Controle	%	LD¹	%	TRAM²	%	TOTAL	%
No lar	6	20	6	20	8	26,7	20	22,2
Fora do lar	24	80	24	80	22	73,3	70	77,8
TOTAL	30	100	30	100	30	100	90	100

Teste do Qui-quadrado: $p=0,6717$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutâneo transverso do reto do abdome.

Tabela 4: Distribuição das pacientes em relação à escolaridade.

	Controle	%	LD¹	%	TRAM²	%	TOTAL	%
Ensino Fundamental	5	16,7	4	13,3	5	16,7	14	15,6
Ensino Médio	16	53,3	20	66,7	19	63,3	55	61,1
Ensino Superior	9	30	6	20	6	20	21	23,3
TOTAL	30	100	30	100	30	100	90	100

Teste do Qui-quadrado: $p=0,8315$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutâneo transverso do reto do abdome.

Tabela 5: Distribuição dos dados referentes ao IMC dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho musculocutaneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome.

	Kg/m²		
	Controle	LD¹	TRAM²
Variação	20,1-25,9	20,3-27,2	20,4-26,9
Mediana	24,1	23,7	23,4
Média	23,9	23,3	23,6

Teste do Kruskal-Wallis: $p=0,4066$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transversal do reto do abdome.

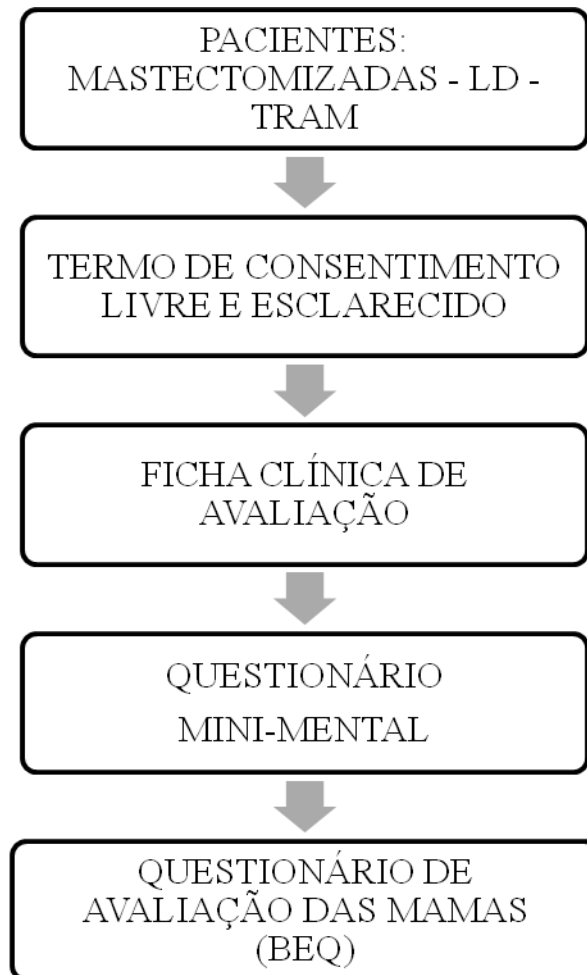
Tabela 6: Distribuição dos dados referentes à idade das pacientes dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho musculocutaneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome.

	Anos		
	Controle	LD¹	TRAM²
Variação	30,0-52,0	34,0-55,0	36,00-55,0
Mediana	47	47	48
Média	45,4	46,7	46,9

Teste do Kruskal-Wallis: $p=0,4907$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transversal do reto do abdome.

4.3 - Procedimentos de coleta de dado



4.3.1 – Questionário Mini Mental

O Mini-Mental foi testado em especificidade e sensibilidade, e podem variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos. São usados diferentes escores de corte: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos entre um e sete anos de escolaridade e 26 pontos para os com oito anos ou mais de escolaridade. A versão original deste questionário foi desenvolvida por Folstein, Folstein e Mchugh, em 1975, e o instrumento foi validado para a língua portuguesa por BERTOLUCCI *et al.*, 1994.

4.3.2 - Instrumento de Avaliação das mamas (*Breast Evaluation Questionnaire*)

O questionário BEQ – Brasil foi utilizado para avaliação da satisfação das pacientes em relação à aparência das mamas. Este instrumento foi traduzido e validado por FERREIRA *et al.* em 2013, sendo composto por 55 itens em que a paciente seleciona uma resposta para cada. Os mesmos são agrupados em 11 subitens, que por sua vez dão origem a quatro grandes perguntas.

Avalia a satisfação da paciente com suas mamas em relação ao tamanho, formato e firmeza das mamas e sua relação com a aparência geral e aparência das mamas, vestindo roupas, maiôs e despidas. Além de permitir a avaliação da importância da aparência das mamas para si mesma e para outras pessoas.

Cada item pode receber notas que variam de um a cinco, podendo escolher entre muito insatisfeita (nota = 1), um pouco insatisfeita (nota = 2), nem satisfeita nem insatisfeita (nota = 3), razoavelmente satisfeita (nota = 4) e muito satisfeita (nota = 5).

Para adquirir a pontuação do questionário foi realizada a somatória dos escores obtidos em cada item das quatro grandes perguntas expostas abaixo:

- Primeira pergunta:
 - satisfação com tamanho (três itens: escore varia entre 3 e 15 pontos);
 - satisfação com formato (três itens: escore varia entre 3 e 15 pontos);
 - satisfação com firmeza (três itens: escore varia entre 3 e 15 pontos).
- Segunda pergunta:
 - conforto com aparência geral vestida (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos);

- conforto com aparência geral de maiô (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos);
- conforto com aparência geral despida (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos);
- conforto com aparência das mamas vestidas (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos);
- conforto com aparência das mamas de maiô (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos);
- conforto com aparência das mamas despida (seis itens: escore varia entre 6 e 30 pontos).
- Terceira pergunta:
 - satisfação com aparência das mamas (cinco itens: escore varia entre 5 e 25 pontos).
- Quarta pergunta:
 - importância do tamanho das mamas (cinco itens: escore varia entre 5 e 25 pontos).

A análise foi feita após padronização em porcentagem, pois a nota que cada item recebe pode variar e, conseqüentemente, alterar o escore total que cada um poderia receber.

$$\text{Pontuação: } \frac{(\text{Soma Notas} - \text{Nota Mínima}) \times 100}{\text{Variação Possível}}$$

4.4 - Análise Estatística

1 – Análise de Variância de *Kruskall-Wallis* para comparar os três grupos do estudo quanto às variáveis quantitativas. Quando a diferença entre os grupos foi significativa, a análise foi complementada pelo teste de comparações

múltiplas, para determinar qual(is) grupo(s) diferiu(ram) dos demais (SIEGEL & CASTELLAN, 2006).

2 – Teste do Qui-quadrado para estudar associações entre os grupos e as características observadas (SIEGEL & CASTELLAN, 2006).

Em todos os testes foi fixado em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

5. RESULTADOS

Os dados individuais obtidos da aplicação do BEQ nos grupos controle-mastectomia, reconstrução mamaria com retalho musculocutaneo do latíssimo do dorso e reto do abdome são apresentados nos Apêndices, e a análise destes dados é apresentada na tabela 7.

Tabela 7: Escore total do BEQ considerando todas as respostas obtidas dos três grupos e a comparação estatística por meio da Análise de variância de Kruskal-Wallis.

	%		
	Controle	LD¹	TRAM²
Variação	14,0-88,6	40,0-91,0	22,0-87,0
Mediana	50	65	61,2
Média	48,4	62,6	59,2

Teste do Kruskal-Wallis: $p=0,0002$

(1) LD - Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transversal do reto do abdome.

Para complementar a análise de Kruskal-Wallis, o teste de comparações múltiplas foi realizado mostrando que o escore total do BEQ referente ao grupo Controle – Mastectomia foi significativamente menor que os grupos de reconstrução mamária.

6. DISCUSSÃO

O tratamento do câncer de mama era realizado a partir de um procedimento cirúrgico baseado na excisão simples do tumor e de uma margem de tecido mamário. Devido à alta mortalidade promovida por este tipo de câncer foi introduzida uma técnica cirúrgica denominada mastectomia radical que prevaleceu por mais de 50 anos como alternativa ao tratamento sendo, posteriormente, substituída pela mastectomia radical modificada (HALSTED, 1894; PATEY & DYSON, 1948).

Há estudos que observaram maior impacto psicológico no grupo de mulheres submetidas a este procedimento cirúrgico permitindo inferir que a mastectomia afeta diretamente a autoestima, feminilidade e imagem corporal das pacientes. Por conseguinte, foi verificado o surgimento do interesse em identificar o grau de satisfação destas mulheres e o impacto do tratamento em sua qualidade de vida (QV) (VEIGA *et al.*, 2004; VEIGA *et al.*, 2010).

Para avaliar especificamente cirurgias mamárias, foi realizada uma revisão da literatura e encontrou-se estudos que apresentaram sete instrumentos validados que avaliaram resultados em cirurgias mamárias estéticas e reconstrutoras. Um deles é o *Breast Evaluation Questionnaire (BEQ)*, o qual foi validado em 1244 mulheres submetidas à mamoplastia de aumento (ANDERSON *et al.*, 2006). Escolheu-se o *BEQ* para avaliar satisfação com a aparência geral e das mamas no presente estudo porque, no momento em que o estudo foi desenhado, era o único instrumento desenvolvido especificamente para avaliação das mamas validado para uso no Brasil (FERREIRA *et al.*, 2013). Além disso, apresenta a vantagem de ser autoaplicável, propiciando às pacientes maior liberdade para expressar suas percepções, minimizando eventuais constrangimentos perante a equipe cirúrgica.

O tamanho da amostra foi baseado em estudos publicados de mesma abordagem com outros instrumentos, uma vez que a versão brasileira do BEQ é muito recente, e não existem dados estabelecidos deste instrumento no Brasil que pudessem ser usados para o cálculo do tamanho da amostra. Entretanto, o tamanho se mostrou satisfatório para obter resultados estatisticamente relevantes (BRANDBERG, MALM, BLOMQVIST, 2000; ELDER *et al.*, 2005; LOSKEN *et al.*, 2010).

As pacientes foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e alocadas nos respectivos grupos de reconstrução e grupo controle. Foi considerada a faixa etária de 30 a 55 anos, pois, segundo o INCA, a incidência de câncer de mama em mulheres nesta faixa de idade cresce rápida e progressivamente. A idade máxima considerada foi 55 anos em razão de não incluir pacientes em período peri menopausa, as quais apresentam alterações hormonais características desse período que poderiam interferir nos resultados do estudo. (IGLESIAS & GONZALES-CHAPA, 2013; INCA, 2014).

Ademais, os dados demográficos como Índice de Massa Corpórea (IMC) e idade foram coletados para verificar se estes fatores poderiam interferir nos resultados de satisfação das pacientes com as mamas.

Em relação à idade, o grupo controle apresentou a média de 45,4 anos, enquanto que o grupo de reconstrução com o retalho musculocutâneo do LD foi de 46,7 anos e o com TRAM de 46,9 anos mostrando homogeneidade dos grupos e menor risco de interferência sobre a satisfação das pacientes com as mamas. Esses dados se aproximam dos achados na literatura (ELDER *et al.*, 2005; DITSCH *et al.*, 2012; ZHONG *et al.*, 2012)

O mesmo pode ser observado quanto ao IMC, em que não houve diferença significativa entre os grupos. A média de 23,9 Kg/m² foi verificada no grupo controle, enquanto que as médias de 23,3Kg/m² e 23,6 Kg/m²

foram observadas, respectivamente, no grupo de reconstrução com o retalho musculocutâneo do LD e no grupo com retalho do TRAM. Esses valores estão um pouco abaixo das médias observadas na literatura (DE GOURNAY *et al.*, 2010; DUTRA *et al.*, 2012).

Dados sobre escolaridade foram coletados permitindo observar que tanto o grupo controle como os grupos de reconstrução apresentaram maior quantidade de pacientes com o Ensino Médio, enquanto que um pequeno número possui apenas Ensino Fundamental. Isso possibilitou maior facilidade na aplicação do BEQ uma vez que se trata de um instrumento autoaplicado (HU *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2013).

Também não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao estado conjugal, cor da pele e ocupação, contribuindo para maior homogeneidade entre eles e menor risco de interferência sobre os resultados obtidos. Sendo o mesmo observado na literatura (MACADAM *et al.*, 2012; ZHONG *et al.*, 2012).

A avaliação do resultado cirúrgico é dada por meio da satisfação das pacientes. Por se tratar de uma análise subjetiva, alguns estudos aplicaram questionários na tentativa de se obter uma análise objetiva possibilitando a mensuração dos dados e sua comparação entre as pacientes (HU *et al.*, 2009; CHUN *et al.*, 2010; ZHONG *et al.*, 2012).

A aplicação do BEQ foi realizada um ano após todos os procedimentos cirúrgicos terem sido finalizados, assim as pacientes já passaram pela fase de recuperação cirúrgica e voltaram a sua rotina. Estudos revelaram que a exaltação após a cirurgia pode influenciar nos resultados, mas esse período mostrou-se estabilizado após seis meses de cirurgia (TEMPLE *et al.*, 2009; VEIGA *et al.*, 2010; DUTRA *et al.*, 2012; MOMOH *et al.*, 2012).

Foi obtido o escore total do BEQ possibilitando verificar que as mulheres submetidas à reconstrução mamária com retalho LD e do TRAM apresentaram-se satisfeitas com as mamas. Desta forma, estes achados são coerentes com os resultados de avaliação de satisfação dos estudos de BRANDBERG, MALM, BLOMQVIST, 2000; VEIGA *et al.*, 2002; ELDER *et al.*, 2005, DUTRA *et al.*, 2009; REEFY *et al.*, 2010; IGLESIAS & GONZALES-CHAPA, 2013.

De acordo com alguns autores, a mastectomia pode causar baixa autoestima e problemas da imagem corporal, sendo a reconstrução indicada para pacientes que necessitem de mastectomia. Estes autores observaram que a opinião das pacientes em relação aos resultados cirúrgicos e ao atendimento hospitalar recebido é importante para a QV das mesmas (AL-GHAZAL, FALLOWFIELD, BLAMEY, 2000; BEESLEY *et al.*, 2012). Escalas de satisfação aplicadas em pacientes e cirurgiões demonstraram que os resultados estéticos e o nível de satisfação foi maior por parte das mulheres do que pelos cirurgiões (VEIGA *et al.*, 2002).

Na literatura foi encontrado também outro instrumento que avalia a satisfação das pacientes, o *BREAST-Q*, o qual pode ser usado para estudar o impacto e eficácia da cirurgia mamaria a partir da perspectiva da paciente, além de quantificar a satisfação e aspectos da saúde relacionadas com a QV, este instrumento foi aplicado em mulheres submetidas à reconstrução com o TRAM e mostrou que em longo prazo a satisfação permaneceu constante com este tipo de cirurgia (HU *et al.*; 2009; PUSIC *et al.*; 2009).

Para avaliar a QV, autores utilizaram o SF-36 e observaram melhorias em relação à QV e ao grau de satisfação com os resultados gerais e estéticos após a reconstrução. As reconstruções com retalho do LD e TRAM mostraram maior simetria quando comparado à mama contralateral. Sendo

assim, estes autores concluíram que ambos os métodos produziram bons resultados cosméticos e melhoria na QV (BRANDBERG, MALM, BLOMQVIST, 2000; VEIGA *et al.*, 2004; ELDER *et al.*, 2005, DUTRA *et al.*, 2009). Esses achados corroboram com os resultados obtidos com este estudo, em que foi identificado maior nível de satisfação com mamas reconstruídas quando comparados às pacientes sem reconstrução.

O uso do retalho do LD em reconstrução mamária mostrou-se um método seguro do ponto de vista oncológico e confiável, sendo normalmente usado em pacientes com alto risco de complicações para o retalho TRAM. Estudos na literatura concluíram que houve maior nível de satisfação e melhora da imagem corporal em mulheres submetidas a este tipo de reconstrução mamária (DE GOURNAY *et al.*, 2010; REEFY *et al.*, 2010; TEISCH *et al.*, 2015).

Estudos demonstraram o quão importante é a comunicação entre médicos e pacientes, pois através das orientações dadas pelos médicos, a paciente consegue tomar as decisões para qual melhor tipo de cirurgia e assim obterem resultados esperados em relação à imagem corporal e satisfação com as mamas (BEESLEY *et al.*, 2012; COHEN *et al.*, 2015). COHEN *et al.* (2012), utilizaram o BEQ e demonstraram que os médicos se sentem confortáveis perante as pacientes e as mesmas não se mostraram muito confortáveis com suas mamas quando estavam despidas, uma vez que contam com médicos diretos e dignos.

Alguns autores elucidaram tipos de reconstrução com retalho do LD, sendo reconstrução imediata associada a implante mamário; reconstrução com única incisão na axila; técnica de dissecação endoscópica do retalho do músculo LD, a fim de verificar que em todas as reconstruções apresentadas, os resultados estéticos e funcionais foram satisfatórios para as pacientes

(DUTRA *et al.*, 2012; SERRA-REMON *et al.*, 2013; IGLESIAS & GONZALES-CHAPA, 2013).

JAGSI *et al.* (2014) verificaram que a indicação de reconstrução mamaria em mulheres submetidas a mastectomia tem aumentado ao longo do tempo, sendo necessárias mais pesquisas e intervenções para garantir o acesso justo das pacientes a este importante componente do tratamento multidisciplinar do câncer de mama. Esses achados são realmente importantes para as mulheres mastectomizadas e são coerentes com o que foi encontrado neste estudo, que mostrou que as pacientes submetidas à reconstrução mamaria tanto com retalho musculocutaneo do LD como do TRAM ficaram satisfeitas.

Como perspectiva, estudos prospectivos podem ser feitos utilizando o BEQ em outros tipos de cirurgias mamárias, de forma a observar se uma prática de reconstrução das mamas promove maior satisfação em relação às outras. Além disso, atenção à paciente, pois a partir das informações colhidas é possível melhorar tanto as técnicas cirúrgicas quanto o bem-estar da paciente.

7. CONCLUSÃO

Mulheres submetidas à reconstrução mamária com retalho latíssimo do dorso e reto do abdome estão igualmente satisfeitas com as mamas reconstruídas.

8. REFERÊNCIAS

- Anderson RC, Cunningham B, Tafesse E, Lenderking WR. Validation of the breast evaluation questionnaire for use with breast surgery patients. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Sep;118(3):597-602.
- Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer.* 2000 Oct;36(15):1938-43.
- Arán MR, Zahar S, Delgado PGG, Souza CM, Cabral CPS, Viegas M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *J bras psiquiatr.* 1996 nov; 45(11):633-9.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campocci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro Psiquiatria* 1994;52: 1-7
- Brandberg Y, Malm M, Rutqvist LE, Jonsson E, Blomqvist L. A prospective randomised study (named SVEA) of three methods of delayed breast reconstruction. Study design, patients' preoperative problems and expectations. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1999 Jun;33(2):209-16.
- Brandberg Y, Malm M, Blomqvist L. A prospective and randomized study, "SVEA," comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Jan;105(1):66-74; discussion 75-6
- Beesley H, Ullmer H, Holcombe C, Salmon P. How patients evaluate breast reconstruction after mastectomy, and why their evaluation often differs from that of their clinicians. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Aug;65(8):1064-71.
- Bostwick III J, Vasconez LO, Jurmewicz MJ. Breast reconstruction after mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978; 61:682.
- Cássia S, Archangelo V, Sabino Neto M, Veiga DF, Oliveira ACS, Ely PB, Archangelo Junior I, Juliano Y, Ferreira LM. Impacto de fatores clínico-

epidemiológicos sobre a opção de reconstrução mamária após mastectomia. *Rev Bras Mast.* 2006 Set; 16(3):113-116.

Chun YS, Sinha I, Turko A, Yueh JH, Lipsitz S, Pribaz JJ, Lee BT. Comparison of morbidity, functional outcome, and satisfaction following bilateral TRAM versus bilateral DIEP flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Oct;126(4):1133-41.

Cohen M, Anderson RC, Jensik K, Xiang Q, Pruszynski J, Walker AP. Communication Between Breast Cancer Patients and Their Physicians About Breast-Related Body Image Issues. *Plast Surg Nurs.* 2012 Jul;32(3):101-105.

Cohen WA, Ballard TN, Hamill JB, Kim HM, Chen X, Klassen A, Wilkins EG, Pusic AL. Understanding and Optimizing the Patient Experience in Breast Reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2015 Jun 20.

Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, Eilers M, Jeffe DB. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat;* 126(1): 167-76, 2011 Feb

Cowen D, Gross E, Rouannet P, Teissier E, Ellis S, Resbeut M, Tallet A, Cowen VV, Azria D, Hannoun-Levi JM. Immediate post-mastectomy breast reconstruction followed by radiotherapy: risk factors for complications. *Breast Cancer Res Treat.* 2010 Jun; 121(3): 627-34.

De Gournay E, Bonnetain F, Tixier H, Loustalot C, Dabakuyo S, Cuisenier J. Evaluation of quality of life after breast reconstruction using an autologous latissimus dorsi myocutaneous flap. *Eur J Surg Oncol.* 2010 Jun;36(6):520-7. 2010 May 7.

De Oliveira RR, DoNascimento SL, Derchain SF, Sarian LO. Immediate breast reconstruction with a Latissimus dorsi flap has no detrimental effects on shoulder motion or postsurgical complications up to 1 year after surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2013 May;131(5):673e-80e.

Ditsch N, Bauerfeind I, Vodermaier A, Tripp C, Löhrs B, Toth B, Himsl I, Graeser M, Harbeck N, Lenhard M. A retrospective investigation of

women's experience with breast reconstruction after mastectomy. Arch Gynecol Obstet. 2012 Oct.

Drever JM. The epigastric island flap. Plast. Reconstr. Surg. 1977; 59:143

D'Souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z. Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD008674. Review.

Duarte TP & Andrade NA. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud. psicol. 2003;8(1):155-163

Dutra AK, Sabino Neto M, Garcia EB, Veiga DF, Domingues MC, Yoshimatsu EK, Curado JH, Ferreira LM. The role of transverse latissimus dorsi musculocutaneous flap immediate breast reconstruction. Eur J Plast Surg. 2009 October; 32:293–299.

Dutra AK, Neto MS, Garcia EB, Veiga DF, Netto MM, Curado JH, Ferreira LM. Patients' satisfaction with immediate breast reconstruction with a latissimus dorsi musculocutaneous flap. J Plast Surg Hand Surg. 2012 Oct;46(5):349-53.

Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, Rylander R, Lagergren J, Jurell G, Wickman M, Sandelin K. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. Breast. 2005 Jun;14(3):201-8.

Ferreira LF, Sabino MN, Silva MMA, Resende VCL, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do *Breast Evaluation Questionnaire*. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. 2013 Abr/Mai/Jun; 28 (2) : 270 – 75

Folstein MR, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental state : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(1):189-98

Gandolfo EA. Breast reconstruction with a lower abdominal myocutaneous flap. *Br J Plast Surg* 1982;25:452-7.

Gendy RK, Able JA, Rainsbury RM. Impact of skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction and breast-sparing reconstruction with miniflaps on the outcomes of oncoplastic breast surgery. *Br J Surg*. 2003 Apr;90(4):433-9.

Glasse N, Perks GB, McCulley SJ. A prospective assessment of shoulder morbidity and recovery time scales following latissimus dorsi breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2008 Nov;122(5):1334-40

Halsted WS. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Ann Surg* 1894; 20:497-50

Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, Kenealy JM, Rainsbury RM, Umpleby HC. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Mar;111(3):1060-8.

Hartrampf CR Jr, Scheflan M, Black P. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:216-25.

Holland R, Veling SH, Mravunac M, Hendriks JH. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas. Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. *Cancer*. 1985 Sep 1;56(5):979-90.

Hopwood P, Haviland JS, Sumo G, Mills J, Bliss JM, Yarnold JR; START Trial Management Group. Comparison of patient-reported breast, arm, and shoulder symptoms and body image after radiotherapy for early breast cancer: 5-year follow-up in the randomised Standardisation of Breast Radiotherapy (START) trials. *Lancet Oncol*. 2010 Mar;11(3):231-40. Epub 2010 Feb 6.

Hu ES, Pusic AL, Waljee JF, Kuhn L, Hawley ST, Wilkins E, Alderman AK. Patient-reported aesthetic satisfaction with breast reconstruction during the long-term survivorship Period. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Jul;124(1):1-8.

Iglesias M, Gonzalez-Chapa DR. Endoscopic latissimus dorsi muscle flap for breast reconstruction after skin-sparing total mastectomy: report of 14 cases. *Aesthetic Plast Surg*. 2013 Aug;37(4):719-27.

Instituto Nacional de Câncer. Acesso:15/07/2015 Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014

Jagsi R, Jiang J, Momoh AO, Alderman A, Giordano SH, Buchholz TA, Kronowitz SJ, Smith BD. Trends and Variation in Use of Breast Reconstruction in Patients With Breast Cancer Undergoing Mastectomy in the United States. *J Clin Oncol*. 2014 Feb 18.

Kim YS, Yoo HS, Hong JW, Lew DH, Roh TS. The Abdominal Fascial Closure in a Double-Breasted Jacket Pattern Following a TRAM Free Flap Breast Reconstruction. *J Reconstr Microsurg*. 2014 Feb;30(2):97-102.

Kokuba EM, Sabino Neto M, Garcia EB, Bastos EM, Aihara AY, Ferreira LM. Functional capacity after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Nov;61(11):1394-6. Epub 2008 Jul 26.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537-44. Erratum in: *JAMA* 1999 Apr 7;281(13):1174.

Liang TJ, Wang BW, Liu SI, Yeh MH, Chen YC, Chen JS, Mok KT, Chang HT. Recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous flap reconstruction for invasive breast cancer. *World J Surg Oncol*. 2013 Aug 14;11(1):194.

Losken A, Nicholas CS, Pinell XA, Carlson GW. Outcomes evaluation following bilateral breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flaps. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):17-22.

Macadam SA, Ho AL, Lennox PA, Pusic AL. Patient-Reported Satisfaction and Health Related Quality of Life Following Breast Reconstruction: A Comparison of Shaped Cohesive Gel and Round Cohesive Gel Implant Recipients. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Nov 8.

Madden JL, Kandalajt S, Bourque RA. Modified radical mastectomy. *Ann Surg.* 1972 May;175(5):624-34.

Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Küchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *Br Med J.* 1978 Apr 15;1(6118):963-5.

Min SY, Kim HY, Jung SY, Kwon Y, Shin KH, Lee S, Kim SW, Kang HS, Yun YH, Lee ES. Oncological safety and quality of life associated with mastectomy and immediate breast reconstruction with a latissimus dorsi myocutaneous flap. *Breast J.* 2010 Jul-Aug;16(4):356-61. Epub 2010 Jun 10.

Momoh AO, Colakoglu S, Westvik TS, Curtis MS, Yueh JH, de Blacam C, Tobias AM, Lee BT. Analysis of complications and patient satisfaction in pedicled transvers rectus abdominis myocutaneous and deep inferior epigastric perforator flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2012 Jul;69(1):19-23.

Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study. *J Am Coll Surg.* 2001 Jan;192(1):1-8.

Moscona RA, Holander L, Or D, Fodor L. Patient satisfaction and aesthetic results after pedicled transverse rectus abdominis muscle flap for breast reconstruction. *Ann Surg Oncol.* 2006 Dec;13(12):1739-46. Epub 2006 Sep 29.

Olivari. The latissimus flap. *Br. Jr. Plast. Surg.* 1976; 29:126.

Patey DH, Dyson WH. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. *Br J Cancer.* 1948 Mar;2(1):7-13.

Percor MJ. The impact of breast cancer on body image in ethnically diverse women. Doctor of Philosophy. 2004 May 14; p.125

Pinto EBS, Muniz AC, Erazo P, Cação EG, Abdalla PCSP. Reconstrução Mamária: Princípios Geométricos dos Retalhos Cutâneos em Duplo V. Rev Bras Cir. 1998 Jul-Ago-Set;13 (3)19-42

Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. Am Fam Physician. 2000 Jul 1;62(1):127-36, 141-2. Review.

Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. Plast Reconstr Surg. 2009 Aug;124(2):345-53.

Reefy S, Patani N, Anderson A, Burgoyne G, Osman H, Mokbel K. Oncological outcome and patient satisfaction with skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective observational study. BMC Cancer. 2010 April; 10: 171.

Serra-Renom JM, Serra-Mestre JM, Martinez L, D'Andrea F. Endoscopic reconstruction of partial mastectomy defects using latissimus dorsi muscle flap without causing scars on the back. Aesthetic Plast Surg. 2013 Oct;37(5):941-9.

Teisch LF, Gerth DJ, Tashiro J, Golpanian S, Thaller SR. Latissimus dorsi flap versus pedicled transverse rectus abdominis myocutaneous breast reconstruction: outcomes. J Surg Res. 2015 Nov;199(1):274-9.

Temple CL, Ross DC, Kim S, Tse R, Bettger-Hahn M, Gan BS, MacDermid J. Sensibility following innervated free TRAM flap for breast reconstruction: Part II. Innervation improves patient-rated quality of life. Plast Reconstr Surg. 2009

van Geel AN, Lans TE, Haen R, Tjong Joe Wai R, Menke-Pluijmers MB. Partial mastectomy and m. latissimus dorsi reconstruction for radiation-induced fibrosis after breast-conserving cancer therapy. World J Surg. 2011 Mar;35(3):568-72.

Veiga DF, Neto MS, Garcia EB, Filho JV, Juliano Y, Ferreira LM, Rocha JL. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2002 May;48(5):515-20.

Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, Rocha JL. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004 Apr;57(3):252-7.

Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, Novo NF, Ferreira LM. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Mar;125(3):811-7

Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, Banfi A, Clemente C, De Lena M, Gallus G, Greco M, Luini A, Marubini E, Muscolino G, Rilke F, Salvadori B, Zecchini A, Zucali R. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med.* 1981 Jul 2;305(1):6-11.

Veronesi U, Banfi A, Del Vecchio M, Saccozzi R, Clemente C, Greco M, Luini A, Marubini E, Muscolino G, Rilke F, et al. Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in early breast cancer: long-term results. *Eur J Cancer Clin Oncol.* 1986 Sep;22(9):1085-9.

Winters ZE, Benson JR, Pusic AL. A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Ann Surg.* 2010 Dec; 252(6):929-42.

Zhong T, McCarthy C, Min S, Zhang J, Beber B, Pusic AL, Hofer SO. Patient satisfaction and health-related quality of life after autologous tissue breast reconstruction: a prospective analysis of early postoperative outcomes. *Cancer.* 2012 Mar 15;118(6):1701-9.

9. NORMAS ADOTADAS

Consulta ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/> - terminologia em saúde.

Ferreira LM, Goldenberg S, Nahas FX, Ely PB. Orientação Normativa para Elaboração e Apresentação de Teses. São Paulo: Editora CEDC; 2008. p.1-91.

Rohter ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2ª ed. São Paulo: BC Gráfica e Editora; 2006. p.1-122.

Sociedade Brasileira de Anatomia. Terminologia anatômica internacional. São Paulo: Manole; 2001.

10. ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the second most frequent in the world and the most common among women. The treatment has evolved in the last decades, due to advances in therapy, technology and techniques of breast reconstruction from musculocutaneous flap. Therewith the survival rate has increased, attracting the interest in patients' quality of life. **Aim:** Compare the patients' satisfaction with breasts reconstruction from musculocutaneous flap of the latissimus dorsi and the rectus abdominis. **Methods:** A cross-sectional study with 90 women, equally divided in three groups: mastectomized (controlling, n=30), breast reconstruction from latissimus dorsi flap(n=30) and the rectus abdominis flap.

To assess the patients' satisfaction, a specific instrument was used, validated for use in Brazil, the Breast Evaluation Questionnaire.

Results: The groups were homogeneous regarding the mainly demographic data. Compared to the controlling group, the reconstruction groups provide more breast satisfaction ($p=0,0002$). **Conclusion:** Women undergoing breast reconstruction from latissimus dorsi and rectus abdominis flap are equally satisfied with breasts reconstruction.

11. APÊNDICES

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: ***Breast Evaluation Questionnaire*** em reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e do reto do abdome.

Esta pesquisa faz parte do Projeto apresentado à Universidade Federal de São Paulo no Curso de Aperfeiçoamento: Pesquisa Científica em Cirurgia, sob a responsabilidade da pesquisadora Lilian Baldan Zaccaro Augustinho e orientação do Prof. Dr. Miguel Sabino Neto.

Esta pesquisa tem como objetivo: **Avaliar, sob o ponto de vista das pacientes, os resultados de dois tipos de reconstrução mamária, com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e com o retalho do reto do abdome através do questionário *Breast Evaluation Questionnaire*. Pacientes que se submeteram à mastectomia e, por qualquer motivo, não se submeteram à reconstrução mamária, também serão convidadas a participar do estudo, como grupo controle.**

Sua participação nesta pesquisa não trará riscos, despesas e/ou desconfortos e consistirá em responder uma ficha de avaliação com dados sociodemográficos e clínicos e dois questionários: Mini-Mental e o *Breast Evaluation Questionnaire* com 55 questões.

Você tem liberdade de recusar a participar e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo trouxesse informações importantes do ponto de vista de mulheres submetidas à reconstrução mamária com os

retalhos do músculo latíssimo do dorso e reto do abdome, com os estudos nesta área e melhor atendimento à mulher em relação à satisfação com as mamas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone institucional da pesquisadora e do Comitê de Ética da Instituição, podendo tirar suas dúvidas sobre esta pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos *Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos* conforme **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do Participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

Telefones: Pesquisador: (011)3931-1027

Comitê de Ética: (011) 5571-1062/ Fax: 5539-7162

Horário de atendimento ao público: das 9 às 12 horas

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Responsável pelo projeto

Responsável pelo projeto

Apêndice II - Ficha clinica de avaliação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA

Data:

RG HSP:

Nº Protocolo:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil (companheiro):

Profissão:

Branco/ não branco:

Anos estudados:

Peso (Kg):

Peso desejado:

Altura:

IMC:

O que deseja operar?

Porque?

Já fez cirurgias anteriores nas mamas? Quais?

Tabela 8: Distribuição dos dados de cada paciente do estudo referentes ao IMC dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso e do reto do abdome.

	Controle	LD¹	TRAM²
	25.6	24.6	25.8
	23.1	23.7	23.2
	24.4	25.1	21.7
	20.1	24	22.4
	20.8	21.6	21
	22.8	21.1	23
	21.7	22.6	23.9
	25.5	24.7	25.1
	22	25.6	23.6
	23	23.7	25.5
	24.9	22.5	25.3
	25.1	25.8	22.9
	23.7	21.8	20.4
	23.3	24.3	25.9
	24.7	23	21
IMC	23	21.7	22.2
	22.7	23.4	22
	25.9	21.8	26.2
	24.7	23.2	24.4
	22.5	20.5	23.8
	25.1	25.2	25.1
	23.9	25.2	25.5
	25.4	27.2	22.8
	24.5	23.7	25.8
	23	23.9	22.8
	24	24	22.1
	25.5	23.9	24.1
	25.8	20.3	26.9
	24.2	21.9	22.6
	25.9	20.4	21.6

(1) LD – Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transversal do reto do abdome.

Tabela 9: Distribuição dos dados de cada paciente do estudo referentes à idade das pacientes dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso e do reto do abdome.

	Controle	LD¹	TRAM²
	33	52	55
	47	51	37
	42	48	36
	50	43	51
	48	47	44
	42	55	40
	45	54	53
	51	46	55
	50	37	54
	51	47	48
	47	44	49
	42	44	43
	40	42	41
	52	51	51
IDADE	43	48	46
	49	51	51
	49	42	48
	50	47	46
	43	45	40
	37	35	49
	35	54	53
	49	50	55
	51	55	53
	48	37	49
	50	52	37
	47	52	42
	52	43	55
	39	43	43
	38	34	45
	42	51	37

(1) LD – Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transverso do reto do abdome.

Tabela 10: Distribuição dos dados de cada paciente do estudo referentes a Porcentagem Total do BEQ dos grupos Controle - Mastectomia, Reconstrução mamária com retalho do músculo latíssimo do dorso e do reto do abdome.

	Controle	LD¹	TRAM²
	59	50	60
	41	81	41
	14	65	81
	55	55	80
	36	67	61
	51.80	61	54
	36.80	40	46
	63	66	88.60
	50	65	60
	57.30	64	22
	47.70	78	44
	25.90	74	64
	72.70	72	47
	36.80	66	49
% TOTAL BEQ	62	64	27
	60	84	45
	45	65	57
	20	70	87
	50	46	77
	37.70	91	62
	56.40	66	67
	41.40	50.50	64.10
	52.80	63.20	63.60
	50	50	68.60
	51.40	65.50	55.50
	54.10	49.10	61.40
	45.50	65.90	80
	54.10	57.30	63.20
	45.50	40	60.90
	52.70	47.70	66

(1) LD – Latíssimo do dorso; (2) TRAM - Retalho musculocutaneo transverso do reto do abdome.

12. ANEXOS

Anexo I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BREAST EVALUATION QUESTIONNAIRE EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO MUSCULOCUTANEO DO GRANDE DORSAL E DÓ RETO ABDOMINAL.

Pesquisador: Lílian Baldan Zaccaro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07088512.2.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.760

Data da Relatoria: 26/10/2012

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP. 120.786 de 11/10/2012.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 120.786 de 11/10/2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP. 120.786 de 11/10/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 120.786 de 11/10/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme parecer CEP. 120.786 de 11/10/2012.

Recomendações:

Conforme parecer CEP. 120.786 de 11/10/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto estava adequado faltando apenas adequação da classificação fora da área temática especial.
ESTE ESTUDO NÃO NECESSITA DE ENCAMINHAMENTO PARA A CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@epm.br,arpmelet@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 26 de Outubro de 2012

Assinador por:

**José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)**

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@epm.br,arpmelet@unifesp.br

Anexo II



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Referência da Saúde da Mulher

Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 20 de fevereiro de 2013.

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CAAE: 07088512.2.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina-UNIFESP

TÍTULO DO ESTUDO: "Breast Evaluation Questionnaire em reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do grande dorsal e do reto abdominal".

NOME DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lilian Baldan Zaccaro

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Prof. Dr. Roberto Euzébio dos Santos
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do CRSM

Anexo III - Questionário Mini-mental

Paciente protocolo nº: _____

Data de avaliação: _____ Avaliador: _____

Orientação

- Dia da Semana (1 ponto) ()
- Dia do Mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (andar ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

Memória Imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)

(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente

(1 ponto por palavra) ()

Linguagem

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ()
- 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) ()
- 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto) ()
- 5) Escrever uma frase (1 ponto) ()
- 6) Copiar um desenho (1 ponto) ()

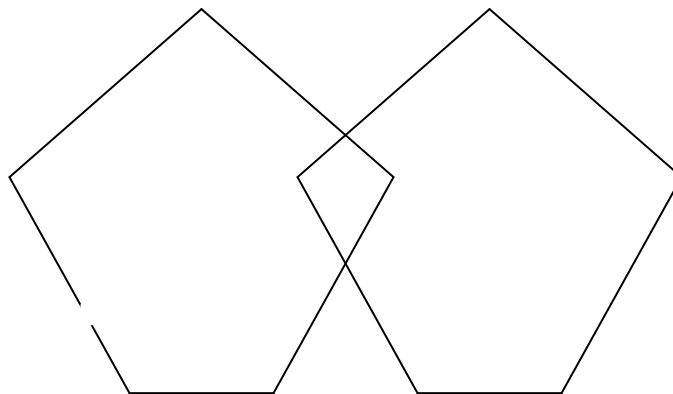
Escore: (/ 30)

Paciente: _____¹Idade: _____

Data de Avaliação: _____

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



Anexo IV - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS MAMAS

(BEQ-55)

À paciente: Anote o número mais adequado para sua resposta. Use uma **única** alternativa

por resposta. Favor responder **todas** as perguntas. Não deixe nenhum item em branco.

1. Qual é o seu grau de satisfação com cada um dos seguintes itens?

Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:

1 = Muito Insatisfeita 4 = Razoavelmente Satisfeita

2 = Um Pouco Insatisfeita 5 = Muito Satisfeita

3 = Nem Satisfeita Nem Insatisfeita

Com o tamanho das suas mamas?

Durante atividades íntimas ou sexuais _____

Durante atividades sociais ou de lazer _____

Durante atividades profissionais ou de trabalho _____

Com o formato das suas mamas?

Durante atividades íntimas ou sexuais _____

Durante atividades sociais ou de lazer _____

Durante atividades profissionais ou de trabalho _____

Com a firmeza das suas mamas?

Durante atividades íntimas ou sexuais _____

Durante atividades sociais ou de lazer _____

Durante atividades profissionais ou de trabalho _____

2. Como você se sente quanto ao conforto ou desconforto em cada um dos seguintes itens, estando sozinha, com seu namorado ou parceiro íntimo, com outras mulheres de seu relacionamento (família ou amigas), com homens em geral, com mulheres menos íntimas (academia ou vestiário) ou com profissionais da saúde (médicos ou enfermeiras)?

Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:

1 = Muito Desconfortável 4 = Razoavelmente Confortável

2 = Um Pouco Desconfortável 5 = Muito Confortável

3 = Nem Confortável Nem Desconfortável

Quanto a sua aparência geral (corpo todo) quando está totalmente vestida?

Sozinha _____

Com seu marido ou parceiro _____

Com homens em geral _____

Com mulheres do seu relacionamento _____

Com mulheres menos íntimas _____

Com profissionais da saúde _____

Quanto à sua aparência geral (corpo todo) de maiô ou biquíni?

Sozinha _____

Com seu marido ou parceiro _____

Com homens em geral _____
 Com mulheres do seu relacionamento _____
 Com mulheres menos íntimas _____
 Com profissionais da saúde _____

Quanto à sua aparência geral (corpo todo) despida (sem roupas)?

Sozinha _____
 Com seu marido ou parceiro _____
 Com homens em geral _____
 Com mulheres do seu relacionamento _____
 Com mulheres menos íntimas _____
 Com profissionais da saúde _____

Quanto à aparência de suas mamas quando totalmente vestida?

Sozinha _____
 Com seu marido ou parceiro _____
 Com homens em geral _____
 Com mulheres do seu relacionamento _____
 Com mulheres menos íntimas _____
 Com profissionais da saúde _____

Quanto à aparência de suas mamas quando está de maiô ou biquíni?

Sozinha _____
 Com seu marido ou parceiro _____
 Com homens em geral _____
 Com mulheres do seu relacionamento _____
 Com mulheres menos íntimas _____
 Com profissionais da saúde _____

Quanto à aparência de suas mamas quando está despida (sem roupas)?

Sozinha _____
 Com seu marido ou parceiro _____
 Com homens em geral _____
 Com mulheres do seu relacionamento _____
 Com mulheres menos íntimas _____
 Com profissionais da saúde _____

3. Você e as pessoas ligadas a você estão satisfeitas com a aparência (visual) das suas mamas?

Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:

1 = Muito Insatisfeito(a) 4 = Razoavelmente Satisfeito(a)

2 = Um Pouco Insatisfeito(a) 5 = Muito Satisfeito(a)

3 = Nem Satisfeito(a) Nem

Insatisfeito(a)

Para você mesma _____

Para seu marido ou parceiro sexual _____

Mãe ou Pai (aquele que você considera mais a opinião) _____

Irmã (s, o, os) (aquele que você considera mais a opinião) _____

Amigo (a, os, as) (aquele que você considera mais a opinião) _____

4. Você e as pessoas ligadas a você dão importância ao tamanho das suas mamas (reparam)?

Por favor, avalie as questões preenchendo o número conforme a escala abaixo:

1 = Totalmente Sem Importância 4 = Razoavelmente Importante

2 = Pouco Importante 5 = Muito Importante

3 = Nem Importante Nem Sem Importância

Para você mesma _____

Para seu marido ou parceiro sexual _____

Mãe ou Pai (aquele que você considera mais a opinião) _____

Irmã (s, o, os) (aquele que você considera mais a opinião) _____

Amigo(a, os, as) (aquele que você considera mais a opinião) _____

13. FONTES CONSULTADAS

Siegel S, Castellan JR, N.J Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Artmed, 2 ed Porto Alegre; 2006.448p.