

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA

**QUALIDADE DO SERVIÇO DE RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

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

São Paulo
2020

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA

**QUALIDADE DO SERVIÇO DE RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

Orientadora: Prof^a Dr^a DANIELA FRANCESCATO VEIGA

Coorientador: Prof. Dr. JOSÉ DA CONCEIÇÃO CARVALHO JÚNIOR

São Paulo

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo autor

Oliveira, Carlos Eduardo de

**Qualidade do serviço de reconstrução mamária de um hospital
universitário.** / Carlos Eduardo de Oliveira. – São Paulo, 2020.

XI, 92f.

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

Título em inglês: *Quality of the breast reconstruction service at an
university hospital.*

1. Neoplasias da Mama. 2. Mamoplastia. 3. Qualidade em Saúde. 4.
Satisfação do paciente. 5. Assistência Centrada no Paciente.



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA TRANSLOCACIONAL**



Coordenação: Prof^ª Dr^ª Lydia Masako Ferreira

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª DANIELA FRANCESCATO VEIGA

COORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ DA CONCEIÇÃO CARVALHO
JÚNIOR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, que sempre foram meus alicerces e grandes incentivadores.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional pelo permanente estímulo ao aprimoramento e conhecimento, por ser um exemplo a seguir, por possuir um espírito de liderança raro e por estimular a interdisciplinaridade entre todas as áreas de saúde.

À minha orientadora, Profa. Dra. **DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), pela dedicação e conhecimentos transmitidos que foram os pilares de sustentação para a conclusão desta dissertação.

Ao Prof. Dr. **JOSÉ DA CONCEIÇÃO CARVALHO JÚNIOR**, meu coorientador, pelos conselhos e sugestões valiosas para o trabalho.

Ao Coordenador do Serviço de Cirurgia Plástica, Dr. **JOEL VEIGA FILHO** e à **EQUIPE GESTORA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO**, que, além de permitirem a realização da pesquisa no serviço de reconstrução mamária do hospital, demonstraram interesse pelo projeto e participaram da reunião para definição da nota mínima satisfatória para a qualidade do serviço.

Ao Prof. Dr. **DENISMAR ALVES NOGUEIRA**, da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), pelos ensinamentos e pelo apoio incondicional na análise estatística deste projeto.

Às alunas de Iniciação Científica **MARIANE MINUSSI GARCIA, ANA LAURA BATISTA COELHO e ISABELLA SCAVARIELLO ZICARI DI MONTE**, que participaram ativamente na execução do projeto e foram o meu suporte e apoio na coleta e tabulação dos dados.

À minha amiga e colega de profissão, Enf. Ms. **ROBERTA DE PAIVA SILVA**, pelo compartilhamento de sua admirável experiência acadêmica, pelo aprendizado, pela confiança e dedicação nos momentos mais difíceis.

Às **PACIENTES** do ambulatório de Cirurgia em Reconstrução Mamária do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, por participarem deste estudo.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
LISTAS	VIII
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	7
3 LITERATURA	9
4 MÉTODO	30
5 RESULTADOS	38
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	56
8 REFERÊNCIAS	58
NORMAS ADOTADAS	70
APÊNDICES	72
ANEXOS	82
FONTES CONSULTADAS	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra quanto às características sociodemográficas.....	33
Tabela 2 – Descrição da casuística quanto às características dos procedimentos cirúrgicos.	34
Tabela 3 – Pontuação da Escala de Qualidade de Serviços em Saúde (EQSS) por dimensões.	40
Tabela 4 – Correlação entre as variáveis idade, grau de escolaridade e tipo de cirurgia com as dimensões da EQSS.....	41
Tabela 5 – Correlação entre a variável escolaridade e as dimensões da EQSS “Relacionamento”, “Qualidade do ambiente” e “Estética e funcionalidade”.	42
Tabela 6 – Associação das dimensões da EQSS (estratificadas em pontuação maior ou igual à 8,00 e menor que 8,00) com as variáveis tipo de cirurgia, mama acometida, linfadenectomia axilar, momento da reconstrução e tipo de reconstrução.....	43
Tabela 7 – Associação da dimensão “Relacionamento” da EQSS (estratificada em pontuação maior ou igual à 8,00 e menor que 8,00) com as variáveis linfadenectomia axilar e momento da reconstrução	44

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACS	<i>American Cancer Society</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
SUS	Sistema Único de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Univás	Universidade do Vale do Sapucaí
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HCSL	Hospital das Clínicas Samuel Libânio
EQSS	Escala da Qualidade de Serviços de Saúde
EPM	Escola Paulista de Medicina
CAP	Complexo Aréolo-papilar
TRAM	<i>Transverse Rectus Abdominis Muscle</i>

RESUMO

Introdução: Avaliar a percepção de pacientes sobre o tratamento recebido é fundamental para a identificação de oportunidades de aprimoramento dos serviços prestados, e a satisfação de pacientes deve ser elemento fundamental para orientar as organizações de saúde. O câncer de mama é altamente prevalente no mundo, e a reconstrução mamária é atualmente considerada parte integrante do tratamento dessa doença. **Objetivo:** Avaliar a qualidade do Serviço de Reconstrução Mamária de um hospital universitário, sob a perspectiva das pacientes. **Método:** Estudo transversal e observacional, realizado com pacientes submetidas à reconstrução mamária em um hospital universitário em um período de 12 meses. Aplicou-se a Escala da Qualidade de Serviços de Saúde (EQSS), que produz uma nota geral, expressa em escala de 0 a 10, e também notas para dimensões que avaliam a qualidade do serviço. A equipe gestora do hospital considerou a nota 8 como mínima satisfatória para o Serviço. **Resultados:** Foram entrevistadas 90 pacientes, que atribuíram ao Serviço a nota geral de 9,33. A dimensão com a melhor pontuação foi “Qualificação da equipe”, com nota de 9,94 seguida de “Resultado da cirurgia” com 9,86. Além da dimensão “Apoio” (nota 7,22), que foi a única abaixo da nota considerada mínima satisfatória, as dimensões que receberam as menores notas foram “Ambiente” (8,80), “Estética e funcionalidade” (8,77), “Relacionamento” (8,74) e “Pontualidade” (8,23). **Conclusão:** A qualidade do serviço de reconstrução mamária é satisfatória, do ponto de vista das pacientes, contudo necessita de melhorias estruturais, de relações interpessoais e principalmente de rede de apoio às pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Assessing the perception of patients about the treatment received is essential to identify opportunities for improving the services provided, and patient satisfaction must be a fundamental element to guide health organizations. Breast cancer is highly prevalent in the world, and breast reconstruction is currently considered an integral part of the treatment of this disease. **Objective:** To evaluate the quality of the Breast Reconstruction Service of a university hospital, from the patients perspective. **Method:** Cross-sectional and observational study, carried out with patients undergoing breast reconstruction in a university hospital over a period of 12 months. The Health Services Quality Scale (EQSS) was applied, which produces a general score, expressed in a scale from 0 to 10, and also scores for dimensions that evaluate the quality of the service. The hospital management team considered grade 8 as a minimum satisfactory for the Service. **Results:** 90 patients were interviewed, who gave the Service an overall score of 9.33. The dimension with the best score was "Team Qualification", with a score of 9.94 followed by "Result of surgery" with 9.86. In addition to the dimension "Support" (note 7.22), which was the only one with a score below the minimum satisfactory, the dimensions that received the lowest scores were "Environment" (8.80), "Aesthetics and functionality" (8.77), "Relationship" (8.74) and "Punctuality" (8.23). **Conclusion:** The quality of the breast reconstruction service is satisfactory, from the patients' point of view, however it needs structural improvements, interpersonal relationships and mainly a support network for patients.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um relevante problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte na maioria dos países. O último levantamento mundial, conduzido no ano de 2018, aponta que ocorreram 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os tumores de pele não-melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os tumores de pele não melanoma), a nível mundial. O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,093 milhões) de casos, seguido pelo câncer de mama (2,088 milhões). Nas mulheres a maior incidência foi do câncer de mama, representando 24,2% do total de casos (BRAY *et al.*, 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a estimativa para o triênio 2020-2022 é que ocorrerão 66.280 casos novos de câncer de mama no Brasil a cada ano. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil habitantes. Na região Sudeste, o câncer de mama é ainda mais incidente, com risco estimado de 81,06 por 100 mil habitantes (INCA, 2019).

Atualmente, o tratamento do câncer de mama é fundamentalmente interdisciplinar. É papel do cirurgião plástico atuar na promoção da qualidade de vida das pacientes, reduzindo o impacto psicológico determinado pelas alterações decorrentes do tratamento oncológico, contribuindo para restabelecer a forma da mama e promovendo uma melhora estética da região (PETIT, RIETJANS, GARUZI, 2001; VEIGA *et al.*, 2004). A reconstrução mamária promove melhorada qualidade de vida das pacientes acometidas pelo câncer de mama, influenciando positivamente em aspectos psicossociais, de sexualidade e de funcionamento físico (VEIGA *et al.*, 2004; KOKUBA *et al.*, 2008; LEE, SUNU, PIGNONE, 2009; VEIGA *et*

al., 2010; DUTRA *et al.*, 2012; ALDERMAN & CHUNG, 2013; AGUIAR *et al.*, 2017; AUGUSTINHO *et al.*, 2018; ORTEGA *et al.*, 2018; ARCHANGELO *et al.*, 2019; FONTES *et al.*, 2019).

A possibilidade de reconstrução da mama deve ser apresentada e discutida com a paciente, uma vez que bons resultados podem ser obtidos com as mais variadas técnicas (ELTAHIR, *et al.*, 2014; ROBIOLLE *et al.*, 2014). Os objetivos de uma reconstrução mamária incluem um volume mamário e um complexo aréolo-papilar com contorno estético e aspecto natural, simetria mamária e cicatrizes aceitáveis. Estes objetivos devem ser alcançados por meio de um procedimento com a menor morbidade possível, com resultados satisfatórios e duradouros (MÉNEZ *et al.*, 2018).

No cenário da reconstrução mamária a satisfação da paciente e indicadores de sua qualidade de vida são consideradas as variáveis mais significativas na avaliação do sucesso cirúrgico (FONTES *et al.*, 2019; NISSEN, SWENSON, KIND, 2002).

A Lei 9.797, de 06 de maio de 1999, promulgada pelo então Presidente da República do Brasil, garantiu às mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama o direito à reconstrução mamária pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto as submetidas à mastectomia quanto as submetidas ao tratamento conservador (Brasil, 1999). Esta lei foi alterada em 2013, quando a Lei 12.802, de 24 de abril de 2013, passou a garantir às pacientes o direito à reconstrução imediata da mama, sempre que tecnicamente possível, ou, em caso de impossibilidade, sua realização tão logo que possível (Brasil, 2013). A Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018, complementa as duas anteriores, garantindo às mulheres o direito de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-

papilar pelo SUS, quando necessário, já que esses procedimentos são considerados parte integrante da cirurgia plástica reconstrutiva da mama (Brasil, 2018).

Nos últimos anos houve um aumento do interesse em métodos de análise e inclusão de tópicos relacionados à qualidade dos produtos e serviços na área de saúde, que possam melhorar o cuidado no manejo de pacientes. Como resultado, foram criados inúmeros questionários alicerçados nos desfechos empregados por pesquisadores ou instituições com o intuito de melhorarem suas performances (LEMAINE & McCARTHY, 2013).

Os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian, que sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado. Segundo Donabedian, “o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos” (DONABEDIAN, 2003).

Especificamente na área da saúde, existe uma questão importante relacionada à melhoria da qualidade do atendimento. Isso acontece porque a qualidade é difícil de ser mensurada e pode ser confundida com produtividade (ROMLEY & GOLDMAN, 2011). A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde passou a ser o escopo não apenas dos cuidadores em saúde, mas também dos administradores hospitalares, dos diretores

financeiros, de empresas de seguro saúde, entidades patronais e, principalmente, dos pacientes (SHUTT, 2003).

Em Cirurgia Plástica, os resultados centrados no paciente são de particular importância. A maioria das intervenções cirúrgicas visa melhorar aparência, função e/ou qualidade de vida. Assim, o foco na percepção do paciente oferece possibilidades potencialmente valiosas de melhorar a eficácia das intervenções cirúrgicas (COHEN *et al.*, 2016).

Apesar da importância da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, buscando a melhoria do atendimento, o número de instrumentos para esta avaliação disponíveis para uso no Brasil é restrito. A *Health Service Quality Scale* (DAGGER, SWEENEY, JOHNSON, 2007), um instrumento específico para a avaliação da qualidade de serviços de saúde, foi traduzida e validada para uso no Brasil (ROCHA *et al.*, 2013). Trata-se de uma escala hierárquica multidimensional, que abrange a qualidade das relações interpessoais, a qualidade técnica, a qualidade do ambiente e a qualidade administrativa dos serviços de saúde. A *Health Service Quality Scale* tem caráter interdisciplinar, com fundamentos nos campos da saúde e do *marketing* (DAGGER *et al.*, 2007).

É consenso, entre prestadores de serviços em saúde e gestores, que se deve considerar a qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes como importantes objetivos estratégicos. Está claro, também, que a aferição da qualidade não é apenas uma questão técnica. Ela tem grandes implicações para a alocação de recursos em saúde, para a organização da prática médica e para o direcionamento profissional dos médicos (DAGGER *et al.*, 2007). Existe, portanto, uma demanda por pesquisas nesta área, para contribuir com

a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares (YILDIZ & ERDOGMUS, 2004).

Atualmente as pesquisas em Cirurgia Plástica não levam em consideração apenas índices de morbi-mortalidade, mas estão dando cada vez mais ênfase em questões relacionadas à percepção do paciente em relação aos resultados obtidos com o ato cirúrgico. A avaliação da experiência vivenciada pela paciente é especialmente importante na cirurgia das mamas, direcionando seus resultados em relação aos aspectos físicos e às eventuais sequelas psicossociais (PUSIC *et al.*, 2009).

Em virtude da alta incidência de casos de câncer mamário, que determina grande impacto social, com repercussões psicológicas, físicas e sociais para as pacientes, associada à limitação de recursos destinados ao tratamento multidisciplinar, que inclui a reconstrução mamária, faz-se necessária a realização de estudos que possam contribuir para a melhoria do atendimento nas diversas esferas da saúde, objetivando a satisfação e o bem-estar da paciente.

Assim, a melhora da qualidade do atendimento nos diversos setores da saúde irá refletir e incentivar a realização de novas pesquisas com intuito de identificar, mensurar e melhorar o atendimento, sendo o foco principal a satisfação do paciente. A oportunidade de contar com um instrumento de avaliação de qualidade validado para uso no Brasil levou ao interesse em avaliar a qualidade de um Serviço de Reconstrução Mamária de um hospital universitário.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar a qualidade do Serviço de Reconstrução Mamária de um hospital universitário, sob a perspectiva das pacientes.

LITERATURA

3 LITERATURA

THOMPSON & SUNOL (1995) realizaram uma revisão de literatura sobre satisfação do paciente com o tratamento recebido. Foram analisados 18 periódicos e uma série de livros sobre a temática. Os resultados mostraram que a teoria da expectativa pode ser desenvolvida para auxiliar na compreensão da satisfação do paciente. Destacaram a importância da mensuração da satisfação na área da saúde e como essa satisfação está ligada a aspectos particulares do indivíduo (como as crenças), pois são eles que moldam as expectativas. É importante saber as expectativas do paciente, pois isso pode direcionar a equipe médica a atingir os objetivos corretos.

SARWER *et al.* (1998) avaliaram a imagem corporal através dos instrumentos *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* e *Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report* em pacientes de cirurgia plástica reconstrutiva (n = 43) e fizeram a comparação com pacientes que fizeram procedimentos cirúrgicos cosméticos (n = 100). Verificaram que não houve diferenças entre o nível de insatisfação com a aparência entre mulheres que passaram por reconstrução cirúrgica e aquelas que fizeram cirurgia plástica estética. Porém, as pacientes que tiveram reconstrução se sentiam menos saudáveis que as de cirurgia estética, o que pode tê-las motivado a passar pelo procedimento cirúrgico.

CONTANT *et al.* (2000) avaliaram a satisfação de pacientes submetidas à reconstrução mamária, relacionando-a com a qualidade de vida, imagem corporal e sexualidade. Participaram do estudo 73 pacientes. Apesar de 50% das reconstruções resultarem em complicações, 70% ficaram satisfeitas e

apenas 12% não recomendariam o procedimento. Verificaram que a satisfação está fortemente correlacionada à informação. E que quanto maior o grau de expectativa, maior é a necessidade de informações, pois se as informações forem fornecidas de forma incompleta a possibilidade da mulher se arrepender da sua escolha é maior. Os autores concluíram que uma forma positiva de obter conhecimento que pode ser usado pelas pacientes é a troca de experiências.

CONTANT *et al.* (2004) avaliaram a satisfação de pacientes submetidas a reconstrução mamária imediata com implantes. Avaliaram 139 pacientes, sendo 68 pós câncer de mama e 71 por mastectomia profilática. As pacientes responderam a um questionário um ano após o procedimento. Os autores destacaram que a maioria das mulheres ficou satisfeita, apesar de algumas mulheres terem se arrependido da escolha pelo implante, por causa das possíveis complicações, além da dor, tensão da pele, rigidez da mama e sensação de frio.

LANTZ *et al.* (2005) avaliaram, em estudo transversal, a satisfação com os resultados da cirurgia e o processo de tomada de decisão em 2617 mulheres com câncer de mama. Utilizaram a escala de Holmes-Rovner para medir a satisfação com o tipo de cirurgia. Os autores afirmaram que mulheres com desvantagens socioeconômicas ou aquelas que pertencem a minorias étnicas podem apresentar insatisfação ou arrependimento de passar por cirurgias como mastectomia, com ou sem reconstrução. Aquelas que relataram uma participação na decisão sobre o procedimento a ser realizado mostraram níveis de satisfação maiores.

DAGGER *et al.* (2007) desenvolveram, validaram empiricamente uma escala hierárquica multidimensional para medir a qualidade dos serviços de saúde e investigaram a capacidade da escala de prever resultados de serviços importantes, a saber, satisfação com o serviço e intenções comportamentais. Os dados foram coletados a partir de um estudo qualitativo verificado em três centros diferentes, com pacientes em dois contextos de saúde diferentes: clínicas de oncologia e clínica médica geral. A qualidade do serviço foi considerada em conformidade com a estrutura do modelo hierárquico em todos os três centros estudados. A pesquisa identificou nove subdimensões direcionando quatro dimensões primárias, que por sua vez foram consideradas como direcionadoras das percepções de qualidade do serviço. As dimensões primárias foram qualidade interpessoal, qualidade técnica, qualidade ambiental e qualidade administrativa. As subdimensões foram interação, relacionamento, resultado, experiência, atmosfera, tangíveis, oportunidade, operação e suporte. Os resultados também suportam a hipótese de que a qualidade do serviço tem um impacto significativo na satisfação do serviço e nas intenções comportamentais e que a qualidade do serviço reúne a relação entre as dimensões e intenções.

SHEEHAN *et al.* (2007) avaliaram o papel da satisfação com a informação, o sofrimento psicológico e o efeito moderador de monitorar o estilo de enfrentamento à experiência de arrependimento sobre a decisão de submeter-se à cirurgia reconstrutiva. Foram avaliadas 123 mulheres com câncer de mama, submetidas à reconstrução mamária imediata ou tardia. Aplicaram os questionários *Social Support Questionnaire*, *Positive and Negative Affect*

Schedule, Information Satisfaction Scale (construído pelos próprios pesquisadores), *Depression Anxiety and Stress Scales, Miller Behavioural Style Scale e a Decision Regret Scale*. Os autores afirmaram que mulheres que tinham acesso insatisfatório as informações tinham maior probabilidade de sentir arrependimento, sendo moderado ou até forte.

THIND *et al.* (2009) analisaram, em estudo transversal, a relação entre a satisfação de 789 pacientes com câncer de mama com o tratamento cirúrgico e o tempo gasto na cirurgia, as explicações dadas pelo cirurgião e o respeito pelo que o paciente tem a dizer. As pacientes realizaram uma autoavaliação através da escala de Likert. Os resultados apontaram que três em cada quatro mulheres relataram estar extremamente satisfeitas com o tratamento recebido. Mulheres afro-americanas e aquelas com edema de membro superior decorrente da cirurgia apresentaram menores índices de satisfação, enquanto aquelas que relataram que o cirurgião gastou tempo suficiente e explicou os conceitos de uma forma que elas pudessem entender, eram mais propensas a relatar maior satisfação.

SNELL *et al.* (2010a) investigaram as expectativas pré-operatórias de mulheres submetidas a reconstrução mamária com implante, por meio de entrevistas gravadas, transcritas e os dados codificados por meio de técnicas qualitativas padrão. Foram entrevistadas 28 pacientes. Constataram que muitas pacientes submetidas a reconstrução mamária não possuem expectativas claras em relação a estética (como o formato da mama) e impacto do procedimento, o que frequentemente contribui para uma insatisfação da paciente quanto aos resultados.

SNELL *et al.* (2010b) realizaram um estudo qualitativo com objetivo de desenvolver um questionário para medir expectativas individuais de pacientes candidatas a reconstrução da mama. As entrevistas com 44 mulheres candidatas à reconstrução mamária foram gravadas, transcritas e analisadas sistematicamente. Domínios conceituais foram usados para organizar as declarações em uma versão do questionário. A versão preliminar foi testada em 30 pacientes e foi revisada por um painel de especialistas, para criar a versão para teste em campo. A versão de teste em campo foi então aplicada em 150 pacientes no pré-operatório da reconstrução mamária. As entrevistas com as pacientes revelaram que as expectativas com a reconstrução da mama se enquadram em quatro domínios principais: “Aparência e resultado”, “bem-estar físico, psicossocial”, “Bem-estar” e “Processo de Cuidado”. Esses domínios formaram a estrutura organizacional do questionário. A utilização dos dados do teste de campo foi necessária para criar as escalas finais. Concluíram que o questionário construído fornecerá aos cirurgiões e pacientes uma ferramenta para orientar as discussões sobre as expectativas.

DENFORD *et al.* (2011) exploraram os conceitos de normalidade entre pacientes com câncer de mama elegíveis para reconstrução após mastectomia. Um total de 35 entrevistas semiestruturadas, com pacientes já submetidas ou candidatas à reconstrução mamária foram analisadas. Os resultados indicaram que, embora haja semelhanças entre os conceitos de normalidade das pacientes, é importante que os profissionais de saúde reconheçam as potenciais diferenças individuais. Isso pode auxiliar na comunicação e ajudar a gerenciar as expectativas entre os pacientes com indicação cirúrgica.

HO *et al.* (2013) avaliaram, em estudo transversal multicêntrico, como as informações pré-operatórias e interações com as equipes cirúrgicas e médicas no pré-operatório poderiam influenciar a satisfação de pacientes com o resultado da reconstrução mamária. Aplicaram o módulo reconstrução de mama do *Breast-Q* a 510 mulheres. Os autores constataram que o cuidado centrado no paciente é um aspecto importante da qualidade do cuidado, e que os níveis de satisfação das pacientes com as informações pré-operatórias e sua interação com seu cirurgião plástico influenciaram significativamente na satisfação com a sua mama e com os resultados em geral.

ROCHA *et al.* (2013) traduziram, adaptaram culturalmente para o português brasileiro e validaram a *Health Service Quality Scale*. Foi realizado um estudo transversal, observacional, com pacientes do sistema público de saúde em um hospital universitário, de um município brasileiro. Cento e dezesseis pacientes em pós-operatório responderam ao questionário. A versão adaptada culturalmente em português do Brasil da *Health Service Quality Scale* é válida e o instrumento é confiável para medir a qualidade dos serviços de saúde.

ROSSON *et al.* (2013) avaliaram a qualidade de vida pré-cirúrgica de 176 pacientes submetidas a cirurgia de reconstrução mamária imediata ou tardia, utilizando o questionário *Breast-Q*. Os resultados mostraram que as pacientes que realizaram a reconstrução mamária em períodos diferentes (imediato ou tardio), apresentaram qualidade de vida pré- cirúrgica diferente. As mulheres que passaram por reconstrução mamária imediata apresentaram maior satisfação em comparação às pacientes submetidas à reconstrução tardia, e essas últimas eram mais satisfeitas do que as pacientes que

precisaram refazer a reconstrução mamária por causa de resultados insatisfatórios.

SUGRUE et al. (2013) utilizaram o Breast-Q para avaliar os resultados relatados por 30 pacientes submetidas a mastectomia e reconstrução. A pontuação média foi de 79,7 indicando que as pacientes consideraram os resultados bons a excelentes. Os resultados pós-reconstrução não foram estatisticamente diferentes das percepções pré-operatórias em áreas-chave, como satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial e sexual. O estudo identificou satisfação pré e pós-operatória semelhantes.

ZHONG et al. (2013) avaliaram a relação entre satisfação com informação recebida e decisão tomada e as informações pré-operatórias, incluindo a confiança em buscar o conhecimento médico. Foram utilizados os instrumentos *Breast-Q*, *Stanford Self-Efficacy* e a *Decision Regret Scale*. Participaram do estudo 141 mulheres. Relataram que quanto mais informações de qualidade sobre o procedimento de reconstrução mamária forem fornecidas pelo cirurgião plástico, maior é o índice de satisfação no período pós-cirúrgico. Também destacaram que quanto maior autoeficácia e autoconfiança a paciente tiver para obter mais informações, mais positivos serão os resultados da cirurgia. A falta de satisfação com o resultado está diretamente ligada a expectativas estéticas ou funcionais não alcançadas.

WEI et al. (2016) compararam qualidade de vida e satisfação com os resultados entre pacientes de câncer mamário submetidas à mastectomia, distribuídas em dois grupos: pacientes que tiveram preservação do complexo areolopapilar (CAP) (n = 52) e pacientes submetidas à reconstrução do CAP

(n = 202). Os domínios de qualidade de vida e a satisfação, medidos no Breast-Q, mostraram que pacientes com preservação do CAP apresentaram psicossocial e sexual em comparação às pacientes submetidas à reconstrução do CAP.

FLITCROFT *et al.* (2016) avaliaram as razões e as prioridades de mulheres com câncer de mama na escolha do momento e do tipo de reconstrução mamária, após a discussão sobre as alternativas. Participaram do estudo 32 mulheres que necessitaram de radioterapia pós- mastectomia. As participantes responderam, no pré-operatório, a um questionário validado avaliando os fatores que afetaram as suas decisões. Os autores apontaram que um dos possíveis motivos para as mulheres escolherem ou não passar por uma reconstrução mamária, como também optar por reconstrução tardia ou imediata, pode ser a influência da opinião dos outros sobre elas, sendo que a do cirurgião muitas vezes é altamente considerada. Ter conhecimento dos motivos que levaram a paciente a escolher o procedimento pode auxiliar no entendimento da satisfação da paciente com o resultado da cirurgia.

MISKIEWICZ *et al.* (2016) analisaram a correlação entre a satisfação com a vida de 40 mulheres pós-mastectomia e sua motivação para se submeter à reconstrução mamária, em comparação com mulheres que, após a retirada da mama, decidiram não se submeter à reconstrução (n = 40). Utilizaram o instrumento *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, e observaram que mulheres que optaram pela reconstrução mamária possuem níveis de satisfação e qualidade de vida maiores, quando comparadas a grupo de mulheres que decidiram não passar pela reconstrução mamária. A satisfação das mulheres está intimamente relacionada a quantidade de informações que receberam;

quando elas sabem detalhes sobre o tratamento, complicações, prognóstico, chances de recorrência e sobre a possibilidade de fazer reconstrução mamária, é mais provável ficarem satisfeitas com os resultados.

COHEN *et al.* (2016) avaliaram a satisfação com a experiência de atendimento em uma coorte prospectiva e multicêntrica de pacientes submetidas à reconstrução mamária. Como parte do *Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study* (MROC), 2.093 pacientes foram recrutadas em 11 centros na América do Norte. Destas, 1.534 (73,3%) preencheram as escalas *Breast-Q* de Satisfação com o Cuidado (Satisfação com a Informação, Cirurgião, Equipe médica e Equipe de consultório) três meses após a reconstrução. Detectaram que as mulheres que passaram por mastectomia e reconstrução imediata ficaram menos satisfeitas do que as submetidas à reconstrução tardia. Relacionaram esse achado ao conhecimento limitado que as mulheres têm sobre o procedimento, o que deixa o momento ainda mais angustiante e, com as expectativas não atendidas pela reconstrução.

FLITCROFT, BRENNAM, SPILLANE (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura, em que avaliaram as evidências de possíveis relações entre as expectativas das mulheres sobre a reconstrução mamária e a satisfação com os resultados das cirurgias. O estudo identificou 2.107 resultados de pesquisa, relatando expectativas sobre a reconstrução mamária. Vinte e uma publicações, relatando 20 estudos (2288 participantes), atenderam aos critérios de seleção. Uma pontuação geral de qualidade foi gerada para cada estudo. Os resultados apresentaram implicações importantes para as políticas e práticas aplicáveis à tomada de decisão

médica de forma mais ampla. Há uma necessidade clara de utilizar medidas precisas e consistentes das expectativas relatadas pelos pacientes e educar os pacientes e os profissionais de saúde sobre a importância da discussão informada sobre as opções de tratamento.

LITVIN & JACOBY (2017) fizeram uma análise qualitativa de entrevistas com mulheres de 30 a 64 anos ($n = 14$) que se submeteram a reconstrução mamária imediata após mastectomia. O objetivo do estudo foi explorar as motivações das mulheres para escolherem a reconstrução mamária imediata após mastectomia. Os autores identificaram a grande importância que as mamas têm para as mulheres e como a reconstrução mamária consegue reverter um quadro de grande impacto negativo nas mulheres que passaram por uma mastectomia, por meio da redução de danos psicossociais, da recuperação do que foi perdido e pela superação do câncer. Porém, de acordo com os relatos coletados, diversas mulheres que passaram pela reconstrução imediata se depararam com uma mama pouco parecida com a que tinham antes da mastectomia.

PUSIC *et al.* (2017) utilizaram o *Breast-Q* para avaliar prospectivamente os resultados relatados por 1.183 mulheres submetidas a reconstrução imediata baseada em implantes ou autóloga. Participaram do estudo pacientes submetidas a reconstrução pós-mastectomia imediata inscritas em 11 instituições. Os autores observaram que as pacientes que passaram por reconstrução autóloga com tecido abdominal ficaram mais satisfeitas com o resultado do que as que escolheram a reconstrução com implante, já que o tecido autólogo fornece uma aparência mais natural, o que é altamente apreciado por algumas pacientes, mesmo que precisem passar por uma

cirurgia mais longa. As pacientes também relataram que houve uma piora do bem-estar físico; algumas citaram dor e sensação de “aperto”, e esses sintomas estavam mais presentes no grupo submetido a reconstrução com implante. Salientaram a importância de o médico conversar com as pacientes sobre as morbidades associadas ao procedimento cirúrgico.

DAUPLAT *et al.* (2017) realizaram um grande estudo prospectivo multicêntrico para avaliar as mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidas à mastectomia com ou sem reconstrução mamária. Os instrumentos QLQ-C30 e QLQ-BR23 da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer foram usados para avaliar a qualidade de vida no pré-operatório e 6 e 12 meses após a cirurgia. Um escore de propensão foi usado para comparação entre os dois grupos. Os autores confirmaram que a mastectomia seguida de uma reconstrução mamária adequada e com resultado estético satisfatório é capaz de preservar a qualidade de vida da paciente. Nesse estudo o questionário QLQ-BR23 se mostrou melhor que o QLQ-BR30, já que avalia diferentes aspectos relacionados a qualidade de vida, como imagem corporal, sexualidade e perspectiva futura.

STEFFEN *et al.* (2017) avaliaram a prevalência de expectativas atendidas e não atendidas entre 130 pacientes submetidas a reconstrução da mama após mastectomia. Como objetivo secundário foram examinadas as razões pelas quais as experiências com a reconstrução foram melhores ou piores do que o esperado. Constataram que cerca de 40% das pacientes relataram que a reconstrução foi pior do que esperavam, principalmente com relação a aparência pós-cirúrgica (relacionado a simetria, estética, forma e sensação

da mama); e apenas 25% relataram que foi melhor. As insatisfações com a aparência, juntamente com desconforto e dores inesperadas, também foram mais frequentes entre pacientes submetidas a reconstrução com implantes do que entre as submetidas a reconstrução com reconstrução utilizando tecido autólogo.

CORRÊA *et al.* (2018) avaliaram a influência da metodologia de acreditação brasileira na sustentabilidade das organizações. Fatores críticos para a implantação da acreditação também foram examinados, incluindo a mensuração das relações estabelecidas entre esses fatores na sustentabilidade da organização. O presente estudo foi desenvolvido com base na metodologia de survey aplicada nas organizações credenciadas pela ONA (Organização Nacional de Acreditação); 288 respostas foram recebidas dos gerentes de nível superior. Os resultados da pesquisa são vitais para a definição dos fatores que interferem nos processos de acreditação, proporcionando um melhor entendimento para as organizações acreditadas e para a acreditação brasileira.

CARR *et al.* (2019) realizaram uma metassíntese para examinar a literatura qualitativa sobre as experiências das mulheres com a reconstrução da mama após mastectomia, e destacaram a necessidade de fornecer informação às pacientes. Realizaram uma busca em seis bases de dados (CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO e Scopus). Os autores seguiram a metodologia de síntese da pesquisa qualitativa. Recuperaram 423 estudos, 17 preencheram os critérios de inclusão, e os resultados de 16 estudos foram sintetizados. Os autores afirmaram que o choque causado pelo diagnóstico do câncer tem a capacidade de interferir na troca de informação entre a paciente e a equipe médica durante a consulta sobre a reconstrução

mamária, e isso pode tornar a experiência com reconstrução mamária da paciente mais negativa. Portanto, é necessário informar adequadamente as pacientes e para isso podem ser usadas as experiências de outras mulheres.

KAZZAZI *et al.* (2018) utilizaram o questionário *Breast-Q* para comparar satisfação de pacientes submetidas a reconstrução mamária bilateral após mastectomia redutora de risco ou mastectomia terapêutica, e observaram que o processo de tomada de decisão tem grande influência na satisfação da paciente. O tipo de satisfação que menos variou entre os grupos estava relacionado ao bem-estar físico. Ressaltaram a importância de o médico saber o motivo da cirurgia, para conseguir auxiliar e guiar melhor a paciente e as informações fornecidas a ela.

LAGENDIJK *et al.* (2018) avaliaram, por meio do *Breast-Q*, as pontuações de medidas de desfecho relatadas por 496 pacientes submetidas à reconstrução mamária, e constataram que há diferenças de acordo com o tipo de cirurgia, como no caso do domínio “satisfação com a mama” que apresentou pontuações maiores entre as pacientes submetidas a reconstrução autóloga.

VOINESKOS *et al.* (2018) reconheceram que as medidas de desfecho relatadas pelo paciente (do inglês, “*patient-reported outcome measures*”) podem e devem ser incluídas no atendimento clínico, já que podem tornar mais positivos os efeitos da cirurgia para o paciente. Como é o caso do *Breast-Q* para cirurgia de mama que, de acordo com os autores, auxiliou no fornecimento de informações sobre as preocupações das pacientes, juntamente com conversas e explicações do médico.

LEE *et al.* (2018) estudaram prospectivamente 96 pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. Foram utilizados os instrumentos *Cantril Ladder* e *Breast-Q*. Verificaram que pacientes que passaram por mastectomia sem reconstrução geralmente subestimaram seu bem-estar futuro, enquanto pacientes submetidas à reconstrução imediata superestimaram, o que pode ser justificado por desconsiderarem aspectos negativos da reconstrução, como cicatrizes, dor ou operações múltiplas. Os autores confirmaram a importância de o cirurgião abordar a distinção entre a aparência da mama reconstruída com a paciente vestida e não vestida, já que a mídia, na maioria das vezes, apresenta à paciente apenas fotografias positivas da reconstrução, com mulheres vestidas. Também enfatizaram a importância de o médico informar à paciente sobre dores e alterações de sensibilidade, por exemplo, para que as expectativas sejam mais realistas.

SANTOSA *et al.* (2018) analisaram, no pós-operatório de dois anos, 2.013 pacientes submetidas à reconstrução mamária que participaram do estudo MROC (*Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium*). Constataram que os níveis de satisfação com as mamas e a qualidade de vida estavam significativamente mais altos. Observaram resultados mais favoráveis entre pacientes submetidas à reconstrução autóloga em relação a reconstrução com implante, o que pode ser motivado pela maior capacidade da reconstrução autóloga fornecer simetria, já que a mama reconstruída pode envelhecer naturalmente ou até sofrer ptose, apesar de causar uma piora do bem-estar abdominal. Outra preferência das pacientes que mostra que a estética tem grande importância no processo, é que algumas optam pela mastectomia profilática contralateral para obter maior simetria entre as mamas.

ALALOUL *et al.* (2018) analisaram, em um estudo transversal, 173 pacientes oriundas da Faixa de Gaza que foram submetidas a mastectomia. Observaram que a opção pela reconstrução mamária está relacionada a conhecimentos prévios, atitudes sociais, aparência corporal e relacionamentos românticos. Os achados sugerem que avaliar os desejos, objetivos e expectativas das mulheres pode ajudar a melhorar a prestação de serviços após a mastectomia. Salientaram que devem ser feitos esforços para disseminar o conhecimento e a conscientização sobre as opções de reconstrução mamária para mulheres mastectomizadas na Faixa de Gaza.

PARASKEVA *et al.* (2019) avaliaram 128 pacientes submetidas a mastectomia com ou sem reconstrução imediata ou tardia, e identificaram uma variação considerável das experiências dessas mulheres ao ver a área da mama pela primeira vez após a cirurgia. As pacientes que desfrutaram de experiências mais positivas foram as que se sentiram mais preparadas e tiveram suas expectativas atendidas. Portanto, para maior suporte às pacientes é necessária uma discussão preparatória com exposição de fotos e informações, deixando claro os possíveis resultados e a importância da participação da família durante o processo.

RAMÍREZ *et al.* (2019) realizaram um estudo observacional de coorte prospectivo, em mulheres com câncer de mama, avaliando a qualidade de vida pré-operatória, pelo questionário *Breast-QTM*. Os autores apresentaram pontos de alta relevância por meio da comparação do período pré-operatório e pós-operatório, como por exemplo a importância da participação das pacientes na escolha da terapia mais adequada. Além de observarem que as

taxas de satisfação sofrem uma queda após a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Essas análises permitem que a equipe médica defina a qualidade de vida basal de cada paciente e a forma mais pertinente de auxiliar cada uma delas no período pré e pós-operatório.

QUEMENER *et al.* (2019) realizaram um estudo caso-controle em que foram incluídas 134 pacientes, com mais de 65 anos, submetidas a mastectomia por câncer de mama, com ou sem reconstrução mamária, para identificar os escores de motivação e qualidade da informação entregue em ambos os grupos, através de um questionário elaborado pelos próprio autores, inspirado no *Breast-Q*. Demonstraram que as informações fornecidas pelo cirurgião têm um importante papel nas decisões da paciente, já que muitas das pacientes do estudo (mulheres acima de 65 anos) tinham receios sobre a reconstrução mamária. Dessa forma o fornecimento de informações mais completas pode melhorar o acesso e a sensação de segurança das pacientes acima de 65 anos com relação à reconstrução mamária.

SOUSA *et al.* (2019) apresentaram uma perspectiva mais ampla dos fatores que afetam a qualidade de vida após reconstrução mamária pós-mastectomia em mulheres com câncer de mama, considerando os resultados relatados por essas pacientes, através de uma revisão sistemática. A busca foi realizada no período de 29 de março a 19 de abril de 2019. Cento e vinte e dois estudos foram identificados. Após avaliação, 44 estudos foram incluídos para síntese qualitativa. Esta revisão abrangeu um total de 16.683 mulheres submetidas à reconstrução mamária. Os resultados identificaram uma ampla coleção de 32 variáveis com base empírica associadas a vários domínios da qualidade de

vida. Essas variáveis foram agrupadas em quatro categorias: (a) cirúrgicas, (b) clínicas, (c) psicossociais e (d) variáveis sociodemográficas. Concluíram que esta revisão sistemática vai além dos fatores cirúrgicos de morbidade e usa resultados relatados pelo paciente para abordar questões mais amplas que influenciam a qualidade de vida, como variáveis psicossociais e sociodemográficas. Os autores sustentam a necessidade de adotar uma abordagem mais holística e aconselham a consideração de fatores psicossociais pré-operatórios para melhor compreender a qualidade de vida dessas pacientes após a reconstrução mamária, para implementar medidas preventivas futuras.

MOMOH *et al.* (2020) avaliaram as perspectivas do cirurgião plástico sobre questões importantes relacionadas ao tratamento e reconstrução do câncer de mama e fornecem alguns *insights* sobre os fatores que influenciam essas perspectivas. Participaram do estudo mulheres diagnosticadas com câncer de mama em estágio inicial (estágios 0 a II) entre julho de 2013 e setembro de 2014 foram identificadas por meio dos registros de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais da Geórgia e Los Angeles. Essas mulheres foram entrevistadas e identificaram seus cirurgiões plásticos. Pesquisas foram enviadas aos cirurgiões plásticos identificados para coletar dados sobre práticas de reconstrução específicas. Foram recebidas respostas de 134 cirurgiões plásticos (taxa de resposta de 74,4%). Os autores concluíram que as práticas reconstrutivas em uma coorte moderna de cirurgiões plásticos sugerem que sejam priorizadas as reconstruções imediatas e com implantes. Os entrevistados perceberam uma série de

fatores, incluindo treinamento do cirurgião, tempo gasto na sala de cirurgia e reembolso do seguro, para influenciar negativamente o desempenho da reconstrução autóloga.

MUNDY *et al.* (2020) compararam os resultados relatados por pacientes em pacientes com câncer de mama em vários intervalos de tempo desde a cirurgia com dados normativos do BREAST-Q. Todos os dados foram obtidos usando o “Exército das Mulheres”, uma comunidade online que promove a pesquisa do câncer de mama. Pacientes com câncer de mama foram estratificados por tratamento cirúrgico e tipo de reconstrução. Os autores compararam coortes normativas (n = 922) e de câncer de mama (n = 4343) em uma análise de propensão compatível. Entre os pacientes com câncer de mama, 49,4 por cento foram submetidos a mastectomia, 17,0 por cento foram submetidos a mastectomia, 21,7 por cento foram submetidos a reconstrução com implante e 11,9 por cento foram submetidos a reconstrução autóloga. O tempo médio desde a cirurgia foi de 4,7 anos, com 21,1 por cento a mais de 10 anos após a cirurgia. Concluíram que pacientes com câncer de mama submetidos a mastectomia ou reconstrução autóloga relataram maior bem-estar psicossocial em comparação com controles sem câncer. Essas diferenças foram influenciadas tanto pelo tempo desde o tratamento quanto pela escolha do procedimento cirúrgico.

VAN DE GRIFT *et al.* (2020) estudaram três resultados sexuais após a reconstrução mamária baseada em implantes (RMBI), e associaram vários

fatores biopsicossociais com esses resultados. A coleta de dados fez parte de um estudo prospectivo multicêntrico sobre o RMBI. Um modelo preditivo foi testado incluindo médicos, antecedentes e preditores psicológicos, fatores de relacionamento com o parceiro e função sexual física. A coleta de dados incluiu dados clínicos e de questionário (pré-operatório e 1 ano após a reconstrução) usando a escala de bem-estar sexual BREAST - Q (BQ5) e questões relacionadas à disfunção sexual e questões de satisfação sexual (Índice de Função Sexual Feminina). A amostra do estudo foi composta por 88 mulheres submetidas à mastectomia e RMBI. Embora resultados sexuais moderadamente positivos tenham sido relatados após RMBI, algumas mulheres relataram problemas com lubrificação vaginal, sensação mamária e orgasmo. As disfunções sexuais foram previstas pela lubrificação vaginal e tratamentos médicos, enquanto o bem-estar sexual e a satisfação foram mais previstos pelo bem-estar psicossocial e apoio do parceiro. Defendemos cuidados de suporte que incluem parceiros e funcionamento psicossocial para otimizar os resultados sexuais após o RMBI.

VARGAS *et al.* (2020) descreveram a rede de apoio social à mulher com câncer de mama, participante de um grupo de apoio do Rio Grande do Sul. Estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com mulheres de um grupo de apoio. A análise dos dados, conforme Minayo, resultou em quatro temáticas: família e amigos como provedores da rede de apoio social; grupos terapêuticos no contexto da rede de apoio; equipe de saúde como integrantes da rede de apoio; religiosidade, fé e espiritualidade integram a rede de apoio social para alívio do sofrimento. Constataram que o apoio social é necessário

durante o tratamento, para enfrentamento da patologia e recuperação da mulher. Revela-se que família, vizinho, amigos e grupo fazem parte da rede da mulher que vivencia o câncer. Concluíram que prover o apoio social é parte do cuidado integral do enfermeiro e reconhecer as necessidades da mulher é importante para o planejamento de enfermagem.

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho de pesquisa

Trata-se de um estudo primário, transversal, observacional, em seres humanos. De maneira a assegurar os direitos dos participantes e cumprir os aspectos contidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde (2012, 2016), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (Parecer: 3.032.886, CAAE 00522918.0.0000.5505) (APÊNDICE 1).

Antes da coleta de dados, as pacientes que eram elegíveis para o estudo foram orientadas, em uma linguagem clara, sobre os objetivos do estudo e sobre os preceitos éticos que norteiam a investigação científica (autonomia; riscos; benefícios e relevância social da pesquisa), assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a participação em qualquer momento do estudo. Todas as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

4.2 Casuística

A população do estudo foi constituída por pacientes submetidas à reconstrução mamária atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), em Pouso Alegre – MG, em um período de um ano.

O tamanho amostral foi calculado a partir do número de reconstruções mamárias realizadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio nos anos de 2017 e 2018, sendo um total de 110 procedimentos. O erro amostral considerado foi de 5%, com nível de confiança de 95%. Foi estabelecido, então, o tamanho mínimo amostral (n) de 86 pacientes.

Critérios de inclusão

- Pacientes do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos, submetidas a algum procedimento de reconstrução mamária após cirurgia oncológica no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, imediata ou tardia, por qualquer técnica, há no mínimo um mês, sem restrição quanto à etnia, escolaridade ou classe social.

Critérios de não inclusão

- Pacientes submetidas a procedimentos de reconstrução mamária por outras causas que não reparação de cirurgia oncológica (ex.: trauma, síndrome de Poland), analfabetismo ou deficiência física que impeça a leitura do instrumento, recusa em participar do estudo.

Critérios de exclusão ou eliminação

- Preenchimento incompleto ou inadequado da EQSS.

Após considerar os critérios de elegibilidade, foram selecionadas para o estudo 97 pacientes. Durante a análise dos dados foram excluídas sete participantes que não preencheram o instrumento completamente. A casuística final foi de 90 participantes. A análise descritiva das características sociodemográficas e das características da reconstrução mamária são apresentadas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Descrição da casuística quanto às características sociodemográficas da reconstrução mamária

Variável	Frequência	Porcentagem
Faixa etária		
Até 39 anos	20	22,2%
40 à 59 anos	60	66,7%
60 anos ou mais	10	11,1%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	25	27,8%
Ensino fundamental completo	20	22,2%
Ensino médio incompleto	8	8,9%
Ensino médio completo	25	27,8%
Superior completo	11	12,2%
Pós-graduação	1	1,1%
Estado conjugal		
Com companheiro	67	74,4%
Sem companheiro	23	25,6%
Mama acometida		
Unilateral	80	88,9%
Bilateral	10	11,1%
Tipo de cirurgia oncológica		
Setorectomia ou Quadrantectomia	11	12,2%
Mastectomia subcutânea	3	3,3%
Mastectomia radical	76	84,4%
Linfadenectomia axilar		
Sim	43	47,8%
Não	47	52,2%
Momento da reconstrução		
Imediata	79	87,8%
Tardia	11	12,2%
Tipo de reconstrução		
Com implantes	69	76,7%
Com tecido autólogo	21	23,3%

Tabela 2 – Descrição da casuística quanto às características dos procedimentos cirúrgicos

Variável	Frequência	Porcentagem
Mama acometida		
Unilateral	80	88,9%
Bilateral	10	11,1%
Tipo de cirurgia oncológica		
Setorectomia ou Quadrantectomia	11	12,2%
Mastectomia subcutânea	3	3,3%
Mastectomia radical	76	84,4%
Linfadenectomia axilar		
Sim	43	47,8%
Não	47	52,2%
Momento da reconstrução		
Imediata	79	87,8%
Tardia	11	12,2%
Tipo de reconstrução		
Com implantes	69	76,7%
Com tecido autólogo	21	23,3%

4.3 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2019. Antes da avaliação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE 2) às participantes selecionadas para o estudo, que só foram incluídas mediante sua concordância em participar da pesquisa, com assinatura do TCLE.

Foram coletados dados demográficos e clínicos das pacientes, segundo protocolo específico (APÊNDICE 3). Em seguida foi aplicada a Escala da Qualidade de Serviços de Saúde (EQSS), instrumento validado para uso no Brasil (ROCHA *et al.*, 2013 - ANEXO 1). A Escala foi auto aplicada, em sala reservada, com a presença do responsável pela coleta de dados no prédio para esclarecer qualquer dúvida, por ocasião do retorno

ambulatorial da paciente, não sendo necessários retornos adicionais para fins exclusivos da pesquisa.

A EQSS contém 73 afirmações que se agrupam em 16 dimensões divididas em 3 blocos, com valores numéricos que variam de 1 a 7, correspondendo aos graus que variam de “discordo totalmente”, passando por “indiferente” até “concordo totalmente” (Escala Likert).

O primeiro bloco é composto por 16 itens, os quatro primeiros avaliam a qualidade atribuída ao serviço, os cinco seguintes a satisfação com o serviço e os sete itens da sequência, as intenções comportamentais (lealdade). O segundo bloco, composto por 12 itens (números 17 a 28 da Escala), envolvem quatro dimensões: qualidade das relações interpessoais, qualidade técnica, qualidade do ambiente e qualidade administrativa. O terceiro bloco, relativo aos itens 29 a 73 da Escala, abrange nove dimensões: interação, relacionamento, resultado, qualificação, ambiente, estética e funcionalidade, pontualidade, operação e apoio (ROCHA *et al.*, 2013).

A pontuação da EQSS é descrita a seguir. O Quadro 1 mostra o cálculo realizado para se ter o valor de pontos máximo por participante:

Quadro 1 – Cálculo do conceito máximo por participante

73	X	7	=	511
Nº de afirmativas		“concorda totalmente”		conceito máximo por participante

O Quadro 2 demonstra o cálculo realizado para se obter um conceito máximo de todos os 90 participantes do estudo.

Quadro 2 – Cálculo do conceito máximo por participante

90	X	511	=	45.990
Nº total participantes		conceito máximo por participante		Total máximo de todos participantes

*45.990 = 100% (Serviço com conceito máximo em todas as afirmativas)

Foi realizada uma reunião com a equipe gestora do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), composta pelo Diretor Técnico, Diretor Administrativo, Diretor de Enfermagem, Coordenador do Serviço de Cirurgia Plástica, Diretor Executivo da Fundação Mantenedora do HCSL e o primeiro autor desse estudo. Nesta reunião, foi apresentado à equipe gestora o objetivo do estudo, a metodologia aplicada e a escala utilizada com suas dimensões e pontuação. Foi explicada também a necessidade da equipe gestora estabelecer uma nota mínima satisfatória para ser comparada à nota atribuída às usuárias do Serviço, permitindo assim, a identificação de eventuais pontos em que o Serviço precisaria ser aprimorado. Após discussão, a equipe gestora chegou a um consenso de que a nota mínima considerada satisfatória para o Serviço de Reconstrução Mamária do HCSL seria 8, em uma escala de 0 a 10 (APÊNDICE 4).

Os valores obtidos pela aplicação da escala às pacientes foram comparados ao valor da nota mínima considerada satisfatória pela equipe gestora.

Para fins de análise, as variáveis do estudo foram estratificadas da seguinte forma:

- Idade: até 39 anos / 40 a 59 anos / 60 anos ou mais;
- Estado Conjugal: Com companheiro / Sem companheiro
Mama Acometida: Unilateral / Bilateral;

-
- Tipo de Cirurgia: Setorectomia ou Quadrantectomia / Mastectomia radical / Mastectomia subcutânea;
 - Linfadenectomia axilar: Sim / Não;
 - Momento da reconstrução: Imediata / Tardia;
 - Tipo de Reconstrução: Com implantes (expansor e/ou prótese) / Com tecido autólogo (retalho do latíssimo do dorso, retalho do músculo reto abdominal (TRAM), retalho locorregional);
 - Dimensões da EQSS: Pontuação maior ou igual à 8,00 / Pontuação menor que 8,00.

4.4 Método estatístico

Para a análise estatística os dados coletados foram agrupados em um banco de dados utilizando-se planilha eletrônica (Microsoft Office Excel, 2016), auxiliado por uma legenda elaborada pelo pesquisador, com uma codificação para cada variável. Com o objetivo de realizar uma validação dos dados, executou-se o procedimento de “dupla digitação”.

Para a análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20,0. Variáveis nominais e ordinais foram descritas sob a forma de tabelas de frequência, com as porcentagens e as frequências absolutas.

Foram utilizados os testes de Qui-quadrado e Correlação de Sperman para verificar a relação entre variáveis sociodemográficas, da doença e de seu tratamento com as dimensões da EQSS. Adotou-se o nível de significância de 5% para todos os testes.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 97 pacientes. Sete foram excluídas por não terem completado o preenchimento da EQSS, portanto, foram analisados os resultados obtidos de 90 pacientes submetidas à reconstrução mamária.

A aplicação da EQSS às 90 pacientes resultou em uma pontuação total de 42.939. Por meio de uma regra de três, foi obtida a nota total atribuída pelas pacientes ao serviço de reconstrução mamária:

45.990 (pontos para nota máxima)--- - nota 10,00

42.939 (pontos obtidos) -----nota X

$$X= 9,33$$

Assim, a nota obtida foi 9,33; acima da estabelecida como mínima satisfatória pela equipe gestora do HCSL.

A tabela 3 apresenta a pontuação obtida para cada dimensão da EQSS. Foi observado que em todas as dimensões a pontuação apresentou resultados acima da nota considerada satisfatória pela equipe gestora do hospital, exceto a dimensão “Apoio” que obteve pontuação média de 7,22. Além da dimensão “Apoio”, as dimensões que receberam as menores notas foram “Pontualidade” (8,23), “Relacionamento” (8,74), “Estética e funcionalidade” (8,77) e “Ambiente” (8,80).

A dimensão que recebeu a melhor pontuação foi “Qualificação” da equipe, com nota percentual de 9,94, seguida da dimensão “Resultado”, com 9,86.

Tabela 3 – Pontuação da EQSS por dimensões

	Dimensão	Pontuação obtida	Pontuação mínima satisfatória
Bloco 1	Qualidade atribuída ao serviço	9,69	8,00
	Satisfação com o serviço	9,70	8,00
	Intenções de lealdade ao serviço	9,82	8,00
Bloco 2	Qualidade relações interpessoais	9,83	8,00
	Qualidade técnica	9,18	8,00
	Qualidade do ambiente	9,73	8,00
	Qualidade administrativa	9,82	8,00
Bloco 3	Interação	9,82	8,00
	Relacionamento	8,74	8,00
	Resultado	9,86	8,00
	Qualificação	9,94	8,00
	Ambiente	8,80	8,00
	Estética e Funcionalidade	8,77	8,00
	Pontualidade	8,23	8,00
	Operação	9,58	8,00
	Apoio	7,22	8,00

Foi verificada a relação entre as características idade, escolaridade e tipo de cirurgia com as dimensões da EQSS por meio do teste Correlação de Sperman, sendo identificado que não houve correlações significativas para a maioria das variáveis analisadas, conforme tabela 4.

Entretanto, houve correlação positiva e significativa entre a variável “tipo de cirurgia oncológica” e a dimensão “Intenções de lealdade ao serviço”, indicando que quanto maior o porte da cirurgia oncológica (mastectomia total) maior a nota atribuída à lealdade ao serviço (deseja continuar o tratamento no serviço, recomendaria o serviço sem qualquer restrição a outros pacientes).

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis idade, grau de escolaridade e tipo de cirurgia com as dimensões da EQSS.

Variável \ Dimensão	Idade		Grau de escolaridade		Tipo de Cirurgia	
	r	p valor	r	p valor	r	p valor
Qualidade atribuída ao serviço	0,057	0,593	0,037	0,729	0,012	0,911
Satisfação com o serviço	-0,013	0,900	-0,006	0,954	0,089	0,405
Intenções de lealdade ao serviço	0,118	0,268	0,040	0,712	0,272	0,009
Qualidade relações interpessoais	-0,061	0,568	-0,053	0,622	0,041	0,701
Qualidade técnica	0,044	0,894	-0,077	0,474	0,090	0,397
Qualidade do ambiente	0,007	0,945	-0,218	0,039	0,138	0,195
Qualidade administrativa	0,044	0,681	-0,160	0,132	-0,260	0,808
Interação	0,070	0,512	0,018	0,865	0,044	0,677
Relacionamento	0,066	0,5370	0,261	0,013	0,015	0,887
Resultado	-0,014	0,898	-0,081	0,445	-0,057	0,593
Qualificação	-0,034	0,754	0,183	0,085	0,011	0,920
Ambiente	0,077	0,471	-0,148	0,164	0,036	0,739
Estética e Funcionalidade	0,106	0,321	-0,237	0,024	0,127	0,233
Pontualidade	0,083	0,435	0,017	0,874	-0,136	0,202
Operação	0,147	0,167	-0,100	0,384	0,045	0,672
Apoio	-0,085	0,425	-0,065	0,543	-0,117	0,272

Nota: Teste Correlação de Spearman; r= coeficiente de correlação; valores em negrito= p<0,05

A variável “escolaridade” apresentou correlação negativa e significativa com a dimensão “Qualidade do ambiente”, demonstrando que quanto maior o nível de escolaridade menor a nota atribuída à “Qualidade do ambiente físico” do Serviço. Também em relação à escolaridade foi identificado que quanto maior a escolaridade maior a nota atribuída à

dimensão “Relacionamento” e que quanto maior a escolaridade menor a nota atribuída à “Estética e funcionalidade” (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre a variável escolaridade e as dimensões da EQSS “Relacionamento”, “Qualidade do ambiente” e “Estética e funcionalidade”

Dimensão	Correlação de Spearman (Escolaridade)	
	Coefficiente de Correlação (r)	Valor de p
Relacionamento	0,261	0,013
Qualidade do ambiente	-0,218	0,039
Estética e funcionalidade	-0,237	0,024

Foi realizado também o teste do Qui-quadrado para verificar a associação das dimensões da EQSS, estratificadas em pontuação maior ou igual à 8,00 e menor que 8,00, com as variáveis “tipo de cirurgia oncológica”, “mama acometida”, “linfadenectomia axilar”, “momento da reconstrução” e “tipo de reconstrução”, conforme a tabela 6.

Tabela 6 – Associação das dimensões da EQSS (estratificadas em pontuação maior ou igual à 8,00 e menor que 8,00) com as variáveis tipo de cirurgia, mama acometida, linfadenectomia axilar, momento da reconstrução e tipo de reconstrução

Variável	Tipo de Cirurgia	Mama acometida	Linfadenectomia	Momento da reconstrução	Tipo de Reconstrução
Dimensão	p valor	p valor	p valor	p valor	p valor
Qualidade atribuída ao serviço	0,751	0,533	0,505	0,511	0,667
Satisfação com o serviço	0,828	0,613	0,135	0,594	0,430
Intenções de lealdade ao serviço	0,911	0,722	0,336	0,707	0,579
Qualidade relações interpessoais	0,911	0,722	0,336	0,707	0,579
Qualidade técnica	0,911	0,722	0,336	0,707	0,579
Qualidade do ambiente	0,719	0,134	0,637	0,472	0,738
Qualidade administrativa	0,828	0,613	0,949	0,090	0,367
Interação	0,911	0,722	0,336	0,707	0,579
Relacionamento	0,400	0,669	0,015	0,019	0,834
Resultado	0,911	0,722	0,336	0,707	0,579
Qualificação	0,911	0,722	0,336	0,707	0,579
Ambiente	0,545	0,106	0,636	0,448	0,195
Estética e Funcionalidade	0,489	0,290	0,630	0,666	0,517
Pontualidade	0,247	0,873	0,605	0,091	0,234
Operação	0,690	0,469	0,351	0,445	0,936
Apoio	0,375	0,295	0,550	0,523	0,473

Nota: Teste Qui-quadrado, valores em negrito= p<0,05

A dimensão “Relacionamento” apresentou associações significantes com as variáveis realização de linfadenectomia axilar e momento da reconstrução, conforme descrito na tabela 6.

Tabela 7 – Associação da dimensão “Relacionamento” da EQSS (estratificada em pontuação maior ou igual à 8,00 e menor que 8,00) com as variáveis linfadenectomia axilar e momento da reconstrução

Variável	Relacionamento com a equipe		Qui- quadrado
	Pontuação ≥ 8,00	Pontuação < 8,00	
Linfadenectomia axilar			
Não	40 (44,4%)	7 (7,8%)	p=0,015
Sim	27(30%)	16 (17,8%)	
Momento da reconstrução			
Imediata	62 (68,9%)	17 (18,9%)	p=0,019
Tardia	5 (5,6%)	6 (6,67%)	

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

No Brasil, a base da qualidade em saúde tem sido compreendida, pelos gestores dos serviços, como resultado de uma maior satisfação dos clientes internos e externos, além da diminuição dos riscos e incidentes concatenados ao cuidado prestado. Além do mais, a gestão da qualidade dos serviços de saúde pode resultar em uma maior lucratividade através da fidelização da clientela, da busca pela redução de custos e o uso otimizado dos recursos disponíveis (GABRIEL *et al.*, 2017; CALDANA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Também neste contexto, os processos de acreditação e certificações são fundamentais para o diagnóstico e a manutenção da melhoria contínua nas instituições de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Tais processos abrangem o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar” e o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) (CORRÊA *et al.*, 2018).

A acreditação é um processo que ocorre quando há a comparação da realidade institucional, avaliada externa e periodicamente com base nos padrões de qualidade previamente definidos, os quais são definidos de forma precisa e normatizada pela metodologia acreditadora aderida por cada país que, no caso do Brasil, é representada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), além de outras instituições internacionais, tais como: **Joint Commission International (JCI)**, **Canadian Council on Healthcare Services Accreditation (CCHSA)** e **National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)** (BERSSANETI *et al.*, 2016).

A qualidade do serviço de reconstrução mamária do hospital universitário analisado, sob a perspectiva das pacientes, foi considerada alta, uma vez que alcançou a nota de 9,33 de qualidade na EQSS. Este resultado

positivo está em conformidade com os achados de COHEN e colaboradores (2016), em que 1.534 pacientes submetidas à reconstrução mamária avaliaram de forma satisfatória a interação com o cirurgião plástico, com a equipe do consultório e com a equipe médica, embora tenham relatado que há espaço para melhorias adicionais em relação às informações fornecidas a elas (COHEN *et al.*, 2016).

As últimas versões do Manual do Selo de Qualificação ONA sofreram mudanças no que se refere a nota mínima para certificação em todos os quesitos avaliados. A versão de 2018, vigente até junho de 2020, estabelecia como meta para certificação no nível máximo, cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; 80% ou mais, os padrões de gestão integrada; 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. A versão de 2020 determina que as instituições precisam atingir a pontuação mínima de 85% de conformidade por padrão avaliado. (ONA, 2020)

A definição de uma nota mínima aceitável para avaliação do serviço depende, entre outros quesitos, do consenso entre os gestores da instituição. Para os gestores, a identificação de oportunidades para melhorar a qualidade dos serviços prestados é vista como um meio de conquistar maior competitividade e lucratividade em longo prazo, possibilitando alcançar melhores resultados nos serviços de saúde oferecidos aos pacientes (HEADLEY & MILLER, 1993; DAGGER *et al.*, 2007). Para a equipe gestora, a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados é determinante nas tomadas de decisões sobre a alocação de recursos financeiros e humanos. Portanto, é importante que a equipe gestora do

Hospital, e não os responsáveis pelo Serviço, determinem a nota mínima considerada satisfatória para este (ROCHA *et al.*, 2013).

No presente estudo, a dimensão “Qualificação da equipe” foi a melhor avaliada pelas pacientes investigadas e aponta que a equipe, segundo a visão das pacientes, é bem treinada e qualificada, executa suas tarefas com competência e é altamente capacitada para seus trabalhos. É notável que uma característica marcante dos hospitais universitários seja a preocupação com a prestação de um serviço qualificado, visando uma assistência de excelência e referência.

No Brasil, os hospitais universitários são entendidos como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias, que garante melhores padrões de eficiência (Ministério da Educação, 2020).

Por sua vez, a segunda dimensão melhor pontuada foi “Resultado” da reconstrução mamária e evidenciou que 98,6% das pacientes acreditam que os resultados do tratamento foram os melhores possíveis e acreditam que valeu a pena fazer o tratamento no Serviço de Cirurgia Plástica do HCSL.

Diante destes resultados positivos, entende-se que a equipe multiprofissional envolvida no processo de reconstrução mamária do hospital analisado é qualificada para a atividade exercida e apresenta resultados cirúrgicos satisfatórios para as clientes.

Outro resultado positivo foi o que mostrou que quanto mais invasivo foi o tipo de cirurgia oncológica realizada maior foi a nota atribuída à lealdade ao serviço. A maior parte das pacientes que foram submetidas a

mastectomia total revelaram desejo de continuar o tratamento no serviço e recomendariam o serviço sem qualquer restrição a outras pacientes.

Apesar da avaliação geral média ter mostrado excelente qualidade do serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução mamária no HCSL, houve algumas dimensões da EQSS que apresentaram pontuações menos expressivas e merecem ser discutidas.

O quesito “Pontualidade” apresentou pontuação de 8,23 e está relacionado com o tempo de espera de internação para o procedimento cirúrgico e com o atendimento das consultas no horário marcado. O HCSL é um hospital universitário, privado e filantrópico que atende a 16 microrregiões do Estado de Minas Gerais, correspondendo a 191 municípios, com uma população estimada de 3.500.000 habitantes. É reconhecido e classificado como Hospital Polivalente, atendendo demandas complexas e variadas (HCSL, 2020). Diante da magnitude do serviço prestado pelo hospital e dos resultados evidenciados neste estudo, compreende-se a necessidade da aplicação de medidas no intuito de melhorar o impacto sobre o tempo de espera do cliente.

No que se refere a dimensão “Ambiente” da EQSS, a pontuação de 8,88 obtida está relacionada a percepção das pacientes quanto ao ambiente do serviço de reconstrução mamária ser agradável e atraente. Já a dimensão “Estética e funcionalidade”, que apresentou pontuação de 8,77, traduz a visão das pacientes sobre características como temperatura e odor dos locais de atendimento, conforto dos móveis, estilo visual, decoração interior, cores, iluminação e se o projeto do espaço físico é acolhedor.

Este estudo evidenciou, com diferença estatística, que quanto maior a escolaridade das pacientes menor a nota atribuída à qualidade do ambiente

físico. Também demonstrou que quanto maior a escolaridade menor a nota atribuída à “Estética e funcionalidade” do Serviço. Como a formação educacional é uma prática social cada vez mais ampla e presente na sociedade contemporânea, o conhecimento dos direitos humanos, inclusive direito à saúde pública de qualidade, direito a ter um atendimento adequado e no tempo certo se vincula cada vez mais a pacientes exigentes em todos os níveis de atenção à saúde.

Outra dimensão que apresentou pontuação menos expressiva foi “Relacionamento” com a equipe (8,74 pontos). O presente estudo explorou os seguintes aspectos nas perguntas feitas as participantes: conversas entre a equipe e as pacientes sobre outros assuntos além da condição de saúde da paciente; bom relacionamento entre ambos, com brincadeiras e conversas sobre coisas do dia-a-dia como bons amigos; e a equipe demonstra disposição para responder as perguntas das pacientes.

Como evidenciado nas respostas das participantes, a equipe tende a conversar principalmente sobre a condição de saúde das pacientes. Além disso, o grande volume de atendimentos muitas vezes não permite a dedicação de tempo a outros temas de conversas, fazendo com que o atendimento seja realmente mais focado na condição de saúde. No entanto, outros aspectos que envolvem a humanização do cuidado podem, eventualmente, ser explorados pela equipe.

A humanização decorre de prática imersa nas diferentes partes relacionadas. No campo da saúde, esta é estabelecida de acordo com o atendimento atencioso e prestativo, observando o paciente em sua totalidade. A comunicação e a empatia prestadas ao paciente cirúrgico caracterizam-se

como fatores fundamentais para que se possa desenvolver uma assistência de qualidade e humanizada.

O medo e a ansiedade costumam estar presentes neste período de mudanças físicas e psicológicas que o procedimento cirúrgico acarreta; porém, isso pode ser amenizado com uma efetiva assistência sistematizada e humanizada, que enaltecerá as necessidades, emoções, crenças e valores da paciente, mantendo-a mais segura e, conseqüentemente, com uma vivência mais positiva desta fase.

Ainda em relação ao relacionamento da equipe com a paciente, foi constatado que uma melhor avaliação do relacionamento está ligada a um maior nível de escolaridade das pacientes, pois expressaram maior facilidade de interação e de tirar dúvidas com a equipe. Também se observou que a reconstrução mamária imediata tornou o relacionamento com a equipe melhor em 92,5% das pacientes deste estudo.

A reconstrução mamária imediata permite restabelecer a estética corporal antes mesmo que a paciente possa assimilar a mutilação em seu corpo, com manutenção da autoimagem e, conseqüentemente, possibilitando uma reabilitação menos traumática, trazendo benéficos efeitos psicológicos, físicos e também melhor abertura para o relacionamento com a equipe hospitalar (MUNDY *et al.*, 2020; VAN DE GRIFT *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2019).

Sob a perspectiva do cirurgião, a reconstrução imediata é melhor avaliada. MOMOH *et al.* (2020) avaliaram as perspectivas do cirurgião plástico sobre questões relacionadas ao tratamento do câncer de mama e reconstrução, e identificaram que 64,9% dos cirurgiões relataram

recomendar a reconstrução imediata com expensor/implante (MOMOH *et al.*, 2020).

Já a realização de linfadenectomia axilar concomitante tende a dificultar o relacionamento com a equipe, pois 69,6% das mulheres que fizeram a linfadenectomia avaliaram o relacionamento com a equipe com uma pontuação menor que 8,00. Outros autores observaram que pacientes submetidas à linfadenectomia axilar apresentam mais complicações, como infecções, seroma, lesões nervosas, dor, fraqueza no membro superior envolvido, complicações cicatriciais, problemas respiratórios, alterações funcionais articulares, da função pulmonar e da força dos músculos respiratórios, deformidade postural do tronco, entre outras, principalmente no período de pós operatório imediato, o que poderia comprometer o relacionamento com a equipe (MONTEIRO, 2002; BREGAGNOL & DIAS, 2010).

A única dimensão que obteve avaliação menor que 8,00 foi a dimensão “Apoio” (nota 7,22). Essa dimensão envolve perguntar às participantes se o Serviço organiza grupos e programas de apoio para as pacientes, se o Serviço disponibiliza uma ampla variedade de serviços de apoio às pacientes e se oferece a elas serviços que vão além do tratamento médico. A nota obtida, que ficou abaixo da nota mínima satisfatória estabelecida pelos gestores do hospital avaliado, demonstra a necessidade de um maior investimento em redes de apoio oferecidas às mulheres que passam por reconstrução mamaria.

As transformações oriundas do tratamento realizado para o câncer de mama estão vinculadas, principalmente, à aparência física e a alterações psicossociais, tais como manifestações de ansiedade, diminuição da libido, problemas físicos, sociais e financeiros (BARRERA & SPIEGEL, 2014;

CESNIK *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2014). Estudos têm mostrado que o apoio psicossocial oferecido pelos grupos de apoio é uma variável relevante para o ajustamento e melhora da qualidade de vida das pacientes, podendo influenciar na melhora da capacidade adaptativa dessas mulheres. O convívio com outras mulheres que também passaram pelo processo de retirada da mama pode ser um componente facilitador da aceitação da nova condição (CAETANO, PANOBIANCO, GRADIM, 2012).

PESTANA (2020) identificou um forte desejo por parte das pacientes que passaram pela reconstrução mamária de falar com outras mulheres que já haviam passado pelo procedimento. Inclusive 66% das mulheres relataram que participariam de duas ou mais reuniões para aprender sobre a reconstrução mamária (PESTANA, 2020).

O apoio a essas pacientes deve envolver um contexto amplo da vida da mulher, que inclui aspectos psicológicos, culturais, educacionais, econômicos e sociais (CAETANO *et al.*, 2012).

Existem alguns centros de apoio a pacientes submetidas ao tratamento do câncer de mama, como a FEMAMA (Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama), os núcleos de apoio do Hospital de Amor de Barretos/SP, o REMA (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas) em Ribeirão Preto/SP, dentre outros localizados em várias regiões do Brasil, que proporcionam uma equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros, que oferecem apoio necessário à reabilitação integral às mulheres com câncer de mama. Apesar das dificuldades em se criar e manter esse tipo de centro, é muito

importante que os gestores reconheçam sua importância para as pacientes, como evidenciado no presente estudo.

Apesar do direito à reconstrução mamária ser garantido por lei a todas as pacientes submetidas ao tratamento de câncer de mama, percebe-se que o período pós-operatório da reconstrução mamária ainda carece de atenção. VARGAS *et al.* (2020) observaram que ainda há fragilidade nos serviços de redes de apoio a mulheres portadoras de câncer de mama, não apenas pelos profissionais, mas também pelo sistema de saúde pública vigente.

Nota-se também que existem poucos instrumentos construídos para medir a satisfação dos pacientes quanto à qualidade dos serviços de saúde em geral. A grande parte dos questionários busca avaliar de forma genérica e superficial os serviços (GASQUET *et al.*, 2004).

Um instrumento utilizado com frequência para avaliar serviços de saúde é a escala SERVQUAL (*Service Quality Scale*). A SERVQUAL é um instrumento genérico, aplicável nas diversas áreas do setor de serviços, que representou um marco na literatura de avaliação da qualidade de serviços em geral, estruturado em uma escala de múltiplos itens para medir a percepção dos clientes, baseada no pressuposto de que a satisfação é encontrada na diferença entre as expectativas dos clientes e a realidade da efetiva prestação dos serviços. Dessa forma, a diferença entre as expectativas e a realidade efetiva, formam gaps que são analisados e que mostram de uma forma limitada alguns pontos que necessitam de melhoria (PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY, 1988; ENDESHAW, 2020).

A análise dos instrumentos de mensuração da qualidade realizada por ENDESHAW (2020) revelou que os instrumentos genéricos não são suficientes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Acrescentou que

os países em desenvolvimento devem tentar buscar ou até mesmo desenvolver modelos que contemplem a sua realidade sócio-cultural e técnica.

Este estudo propiciou conhecer a visão das pacientes sobre o tratamento recebido no Serviço investigado, abrindo oportunidades para o aprimoramento de diferentes aspectos do serviço oferecido, como o estímulo a criação de grupos de apoio, grupos de assistência multiprofissional e políticas institucionais de apoio às pacientes submetidas à reconstrução mamária. No entanto, apresenta limitações, que incluem o tamanho amostral relativamente pequeno e a falta de estudos que utilizaram a EQSS em outros serviços de reconstrução mamária, para comparação dos resultados obtidos. Sendo assim, considera-se oportuna a realização de novas pesquisas sobre a temática englobando um maior número de pacientes, e também a avaliação da qualidade em outros centros que prestam assistência cirúrgica à pacientes em tratamento oncológico, para comparações futuras.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A qualidade do serviço de reconstrução mamária foi considerada satisfatória pelas pacientes investigadas; contudo, necessita de melhorias no que se refere ao provimento de redes de apoio às pacientes.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- Aguiar IC, Veiga DF, Marques TF, Novo NF, Sabino Neto M, Ferreira LM. Patient-reported outcomes measured by BREAST-Q after implant-based breast reconstruction: a cross-sectional controlled study in Brazilian patients. *Breast*. 2017;31:22-5.
- Alaloul E, Elshami M, Elessi K, Awad I, Nemer HA, Khader E, *et al.* Awareness and factors influencing breast reconstruction in the Gaza Strip: a cross-sectional study. *Lancet*. 2018 Fev;391:S12.
- Alderman AK, Chung KC. Discussion: quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Aug;132(2):201-9.
- Archangelo SCV, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019 May;74:e883.
- Augustinho LBZ, Sabino Neto M, Veiga DF, Abila LEF, Juliano Y, Ferreira LM. Patient satisfaction with breast reconstruction using musculocutaneous flap from latissimus dorsi versus from rectus abdominis: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2018 Nov-Dec;136(6):551-6.
- Barrera I, Spiegel D. Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *Int Rev Psychiatry*. 2014 Fev;26(1):31-43.
- Berssaneti FT, Saut AM, Barakat MF, Calarge FA. Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional? *Rev Esc Enferm. USP*. 2016 Aug;50(4):650-7.
- Brasil. Lei 9.797, de 06 de maio de 1999. [Internet]. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Brasília: Casa Civil; 2013.

[citado 2020 Jul 28]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19797.htm

Brasil. Lei 12.802, de 24 de abril de 2013. [Internet]. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer e dispõe sobre o momento da reconstrução mamária. Brasília: Casa Civil; 2013. [citado 2020 Jul 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112802.htm

Brasil. Lei 13.770, de 19 de dezembro de 2018. [Internet]. Dispõe sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Brasília: Secretaria Geral; 2013. [citado 2020 Jul 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112802.htm

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre, LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.

Bregagnol RK, Dias AS. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(1):25-33.

Caetano EA, Panobianco M S, Gradim CVC. Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. *Rev Eletrônica Enferm.* 2012;14(4):965-73.

Caldana G, Gabriel CS. Evaluation of the hospital accreditation program: face and content validation. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):47-53

Carr T, Groot G, Cochran D, Holtslander L. Patient information needs and breast reconstruction after mastectomy. *Cancer Nurs.* 2019;42(3):229-41.

Cesnik VM, Vieira EMV, Giami A, Almeida AM, Santos D B, Santos MA. The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estud Psicol.* 2013;30(2):187-97.

Cohen W, Ballard T, Hamill J, Kim H, Chen X, Klassen A, *et al.* Understanding and optimizing the patient experience in breast reconstruction. *Ann Plast Sur.* 2016;77(2):237-41.

Cohen W, Mundy L, Ballard T, Klassen A, Cano SJ, Browne J, *et al.* The BREAST-Q in surgical research: a review of the literature 2009-2015. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2016;69(2):149-62.

Contant C, van Wersch A, Menke-Pluymers M, Wai R, Eggermont A, van Geel A. Satisfaction and prosthesis related complaints in women with immediate breast reconstruction following prophylactic and oncological mastectomy. *Psychol Health Med.* 2004;9(1):71-84.

Contant C, van Wersch A, Wiggers T, Wai R, van Geel A. Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient Educ Couns.* 2000;40(3):201-8.

Corrêa JE, Turrioni JB, Paiva AP, Paes VC, Balestrassi PP, Papandrea PJ, *et al.* The influence of accreditation on the sustainability of organizations with the Brazilian accreditation methodology, journal of healthcare engineering. *J Healthc Eng,* 2018:1393585.

Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality. *J Serv Res.* 2007;10(2):123-42.

Dauplat J, Kwiatkowski F, Rouanet P, Delay E, Clough K, Verhaeghe J *et al.* Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *Br J Surg.* 2017;104(9):1197-206.

Denford S, Harcourt D, Rubin L, Pusic A. Understanding normality: a qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery. *Psychooncol.* 2011;20(5):553-8.

Donabedian A. An introduction to quality assurance. Oxford: Oxford University Press; 2003.

Duarte YS, da Silva PMR, Gonçalves AN. Refletindo sobre práticas de enfermagem e humanização no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Rev Inter Violência Saúde*. 2019;2(1):1-9.

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

Eltahir Y, Werners LLCH, Dreise MM, Emmichoven IAZV, Jansen L, Werker PMN, *et al*. Reply: quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient- reported breast-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133(4):595e.

Endeshaw, B. Healthcare service quality-measurement models: a review. *J Health Res*. 2020. Vol. ahead-of-print no. ahead-of-print. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-07-2019-0152/full/html>.

Fontes KP, Veiga DF, Naldoni AC, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Physical activity, functional ability, and quality of life after breast cancer surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2019 Mar;72(3):394-400.

Flitcroft K, Brennan M, Costa D, Wong A, Snook K, Spillane A. An evaluation of factors affecting preference for immediate, delayed or no breast reconstruction in women with high-risk breast cancer. *Psychooncol*. 2016;25(12):1463-69.

Flitcroft K, Brennan M, Spillane A. Women's expectations of breast reconstruction following mastectomy for breast cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2017;25(8):2631-61.

Gabriel CS, Bogarin DF, Mikael S, Cummings G, Bernardes A, Gutierrez L, *et al.* Perspectiva de las enfermeras brasileñas sobre el impacto de la Acreditación Hospitalaria. *Enferm Glob.* 2017;17(49):381-94.

Gasquet I, Villemintot S, Estaquio C, Durieux P, Ravaud P, Falissard B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:43-54.

Gonçalves CO, Tavares MCGCF, Campana, ANNB, Cabello C, Shimo AKK. Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicol Teor Prát.* 2012;14(2):43-55.

Headley DE, Miller SJ. Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *J Health Care Mark.* 1993;13(4):32-42.

Ho A, Klassen A, Cano S, Scott A, Pusic A. Optimizing patient- centered care in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(2):212-20.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio [Internet]. Hospital das Clínicas Samuel Libânio - Institucional [citado 2020 Jun 23]. Disponível em: <http://www.hcsl.edu.br/menu/quemsomos.asp>

INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2020 Jun 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

Kazzazi F, Haggie R, Forouhi P, Kazzazi N, Wyld L, Malata C. A comparison of patient satisfaction (using the BREAST-Q questionnaire) with bilateral breast reconstruction following risk-reducing or therapeutic mastectomy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018;71(9):1324-31.

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;61(11):1394-6.

Lagendijk M, van Egdom LSE, Richel C, van Leeuwen N, Verhoef C, Lingsma HF, *et al.* Patient reported outcome measures in breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol.* 2018 Jul;44(7):963-8.

Lantz P, Janz N, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, Lakhani I, *et al.* Satisfaction with surgery outcomes and the decision process in a population-based sample of women with breast cancer. *Health Serv Res.* 2005;40(3):745-68.

Lee C, Pignone M, Deal A, Blizard L, Hunt C, Huh R, *et al.* Accuracy of predictions of patients with breast cancer of future well-being after immediate breast reconstruction. *JAMA Surg.* 2018;153(4):e176112.

Lee C, Sunu C, Pignone M. Patient-reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: a systematic review. *J Am Coll Surg.* 2009;209(1):123-33.

Lemaine V, McCarthy C. Measuring outcomes in breast surgery. *Clin Plast Sur.* 2013;40(2):331-9.

Litvin AG, Jacoby R. Immediate breast reconstruction: does it restore what was lost? A qualitative study. *Illn Crisis Loss.* 2017;28(2):141-57.

Ménez T, Michot A, Tamburino S, Weigert R, Pinsolle V. Multicenter evaluation of quality of life and patient satisfaction after breast reconstruction, a long-term retrospective study. *Ann Chir Plast Esthet.* 2018 Apr;63(2):126-33.

Ministério da Educação (BR). Hospitais universitários [Internet]. Brasília: MEC; 2020 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article.

Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 510 de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2016 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

Miśkiewicz H, Antoszewski B, Woźniak E, Iljin A. Satisfaction with life and social factors in decision-making proces on breast reconstruction in women after mastectomy. *Pol Przegl Chir.* 2016;88(5):270-6.

Monteiro SE. Intervenção fisioterapêutico nos pré e pós-operatórios de câncer de mama. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi Ltda; 2002. Disponível em: <https://interfisio.com.br/intervencao-fisioterapeutica-no-pre-e-pos-operatorio-de-pacientes-mastectomizadas-um-artigo-de-revisao/>

Momoh AO, Griffith KA, Hawley ST, Morrow M, Ward KC, Hamilton AS, *et al.* Postmastectomy breast reconstruction: exploring plastic surgeon practice patterns and perspectives. *Plast Reconstr Surg.* 2020;145(4):865-76.

Mundy LR, Rosenberger LH, Rushing CN, Atisha D, Pusic AL, Hollenbeck ST, *et al.* The Evolution of Breast Satisfaction and Well-Being after Breast Cancer: A Propensity-Matched Comparison to the Norm. *Plast Reconstr Surg.* 2020 Mar;145(3):595-604.

Nissen MJ, Swenson KK, Kind EA. Quality of life after postmastectomy breast reconstruction. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(3):547-53.

Oliveira JLC, Cervilheri AH, Haddad MCL, Magalhães AMM, Ribeiro MRR, Matsuda LM. Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem [Internet]. *Rev Esc Enferm. USP.*

2020;54:e03604 [citado 2020 Mar 22]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03604.pdf>

Oliveira JLC, Gabriel CS, Fertoni HP, Matsuda LM. Management changes resulting from hospital accreditation. *Rev Latino Am Enferm*. 2017;25:e2851.

ONA: Organização Nacional de Acreditação [Internet]. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília: ONA; 2020 [citado 2020 Jun 10]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>.

Ortega CCF, Veiga DF, Camargo K, Juliano Y, Sabino Neto M, Ferreira LM. Breast reconstruction may improve work ability and productivity after breast cancer surgery. *Ann Plast Surg*. 2018 Oct;81(4):398-401.

Paraskeva N, Herring B, Tollow P, Harcourt D. First look: A mixed-methods study exploring women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction. *J. Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2019;72(4):539-47.

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry, LL. A Conceptual model of service quality and its implications for future-research. *J Mark*. 1985;49(4):41-50.

Pestana I A. Patient-guided breast reconstruction education. *Cureus*. 2020;12(7):e9070.

Petit JY, Rietjans M, Garuzi C. Breast reconstructive techniques in cancer patients: wich ones, when to apply, which immediate and long terms risks? Critical review in oncology. *Hematology*. 2001;38(3):231-9.

Pusic A, Matros E, Fine N, Buchel E, Gordillo G, Hamill J *et al*. Patient-reported outcomes 1 year after immediate breast reconstruction: results of the mastectomy reconstruction outcomes consortium study. *J Clin Oncol*. 2017;35(22):2499-506.

Pusic AL, D Phil AFK, 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;124(2):345-53.

Quemener J, Wallet J, Boulanger L, Hannebicque K, Chauvet M, Régis C. Decision- making determinants for breast reconstruction in women over 65 years old. *Breast J*. 2019;25(6):1235-40.

Ramírez SB, Nebril BA, Novoa AG, Cereijo C, Bouzón A, Osés JM. Evaluación de la percepción preoperatoria de la calidad de vida y satisfacción de la mujer con cáncer de mama mediante el cuestionario BREAST-Q™. *Cirug Española*. 2020;98(4):212-8.

Robiolle C, Quillet A, Dagregorio G, Huguier V. [Patient-reported outcome of their breast reconstruction after mastectomy]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2014;60(3):201-7. French

Rocha LR, Veiga DF, Oliveira PR, Song EH, Ferreira LM. Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:24.

Romley JA, Goldman D. How costly is hospital quality? A revealed-preference approach. *J Ind Econ*. 2011;59(4):578-608.

Rosson G, Shridharani S, Magarakis M, Manahan M, Basdag B, Gilson M. *et al*. Quality of life before reconstructive breast surgery: FA preoperative comparison of patients with immediate, delayed, and major revision reconstruction. *Microsurgery*. 2013;33(4):253-8.

Santosa K, Qi J, Kim H, Hamill J, Wilkins E, Pusic A. long-term patient-reported outcomes in postmastectomy breast reconstruction. *JAMA Surg*. 2018;153(10):891-99.

Sarwer D, Whitaker L, Pertschuk M, Wadden T. Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Ann Plast Surg*. 1998;40(4):403-7.

- Sheehan J, Sherman K, Lam T, Boyages J. Association of information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psychooncol.* 2007;16(4):342-51.
- Shutt JA. Balancing the health care scorecard. *Manag Care.* 2003;12:42-6.
- Snell L, McCarthy C, Klassen A, Cano S, Rubin L, Hurley K, *et al.* Clarifying the expectations of patients undergoing implant breast reconstruction: a qualitative study. *Plast Reconstr Surg.* 2010a;126(6):1825-30.
- Snell L, Pusic A, Klassen A, Cano S, Hurley K, McCarthy C, *et al.* 151C: clarifying expectations for breast reconstruction: developing a new patient assessment tool. *Plast Reconstr Surg.* 2010b;125(6):102.
- Sousa H, Castro S, Abreu J, Pereira MG. A systematic review of factors affecting quality of life after postmastectomy breast reconstruction in women with breast cancer. *Psychooncology.* 2019 Nov;28(11):2107-18.
- Souza BF, Moraes JAM, Inocenti A, Santos MA, Silva AEBC, Miasso AI. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Rev Latinoam Enferm.* 2014;22(5):866-73.
- Steffen L, Johnson A, Levine B, Mayer D, Avis N. Met and unmet expectations for breast reconstruction in early posttreatment breast cancer survivors. *Plast Surg Nurs.* 2017;37(4):146-53.
- Sugrue R, MacGregor G, Sugrue M, Curran S, Murphy L. An evaluation of patient reported outcomes following breast reconstruction utilizing Breast Q. *Breast J.* 2013;22(2):158-61.
- Thind A. Factors that determine satisfaction with surgical treatment of low-income women with breast cancer. *Arch Surg.* 2009;144(11):1068-73.
- Thompson A, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care.* 1995;7(2):127-41.

Van de Grift TC, Mureau MAM, Negenborn VN, Dikmans REG, Bouman MB, Mullender MG. Predictors of women's sexual outcomes after implant-based breast reconstruction. *Psychooncology*. 2020 Aug;29(8):1272-9.

Vargas GS, Ferreira CLL, Vacht CL, Dornelles CL, Silveira VN, Pereira AD. Social support network of women with breast cancer. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:73-8.

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

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

Voineskos S, Nelson J, Klassen A, Pusic A. Measuring patient-reported outcomes: key metrics in reconstructive surgery. *Ann Rev Med* 2018;69(1):467-79.

Wei C, Scott A, Price A, Miller H, Klassen A, Jhanwar S, *et al*. Psychosocial and sexual well-being following nipple-sparing mastectomy and reconstruction. *Breast J*. 2016;22(1):10-7.

Yıldız, Z, Erdogmus S. Measuring patient satisfaction of the quality of health care: a study of hospitals in Turkey. *J Med Syst*. 2004;28(6):581-9.
Zhong T, Hu J, Bagher S, O'Neill A, Beber B, Hofer S *et al*. Decision regret following breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132(5):724e-34e.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

Academia Brasileira de Letras. Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa. 5 ed. São Paulo: Global, 2009. 976 p.

Descritores em Ciências da Saúde (Decs) [Internet]. São Paulo: Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) - [citado 2019 Nov 11]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

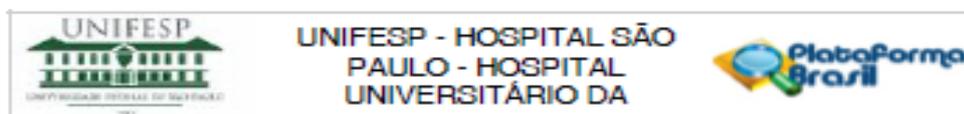
Ferreira LM. Projetos, dissertações e teses: Orientação normativa. São Paulo: Red Publicações; 2017. 118 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: IBGE; 1993. 62 p.

International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals: sample references [Internet]. [citado 2020 Nov 16]. Disponível em: [www.nlm.nih.gov /bsd/uniform_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Parecer Consubstanciado do CEP - UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DO SERVIÇO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00522918.0.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.032.886

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:1180/2018 (parecer final)

Trata-se de projeto de mestrado de CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA. Orientadora: Profa. Dra. Daniela Francescato Veiga. Projeto vinculado ao Departamento de Cirurgia, Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

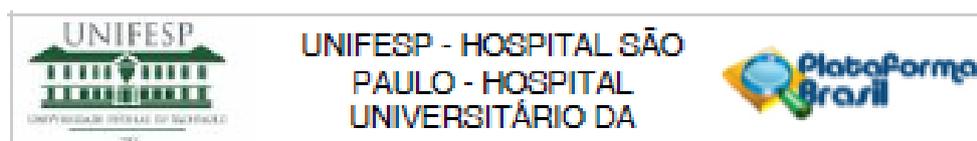
RESUMO: O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres, em todo o mundo. Muitos estudos demonstraram o impacto positivo da reconstrução mamária em diferentes aspectos da qualidade de vida das pacientes. A oportunidade de contar com um instrumento de avaliação de qualidade validado para uso no Brasil pode, através da experiência vivenciada pela paciente, direcionar ações estratégicas que aprimorem a qualidade de um Serviço de Reconstrução Mamária de um hospital universitário. **Objetivo:** Avaliar a qualidade do serviço de Reconstrução Mamária de um hospital universitário.

-HIPÓTESE: A qualidade do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária do hospital universitário é satisfatória.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar a qualidade do serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária de um hospital universitário.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	CEP: 04.600-050
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
E-mail: cep@unifesp.edu.br	



Certificação do Parecer: 3.003.009

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

- RISCOS: A pesquisa não apresenta riscos diretos às participantes por se tratar de uma aplicação de questionário que avalia a qualidade de um serviço de reconstrução mamária de um hospital universitário. Há risco mínimo de constrangimento ao responder ao questionário. As pacientes tem assegurado seu direito à privacidade; os dados serão analisados em conjunto.
- BENEFÍCIOS: A participação no estudo não traz benefícios diretos às participantes. Entretanto, o estudo poderá identificar pontos a serem melhorados no Serviço, com benefício para as usuárias futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Estudo primário, transversal, observacional, em seres humanos.

LOCAL: Hospital das Clínicas Samuel Libânio, da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), em Pousa Alegre – MG.

PARTICIPANTES: A amostra será por conveniência. Serão convidadas a participar 60 pacientes submetidas à reconstrução mamária há no mínimo um mês que forem atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária do referido Hospital das Clínicas Samuel Libânio, em um período de um ano.

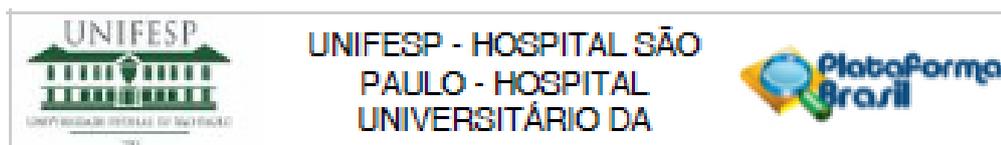
-Critério de Inclusão: Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, submetidas a algum procedimento de reconstrução mamária após cirurgia oncológica no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, imediata ou tardia, por qualquer técnica, há no mínimo um mês, sem restrição quanto à etnia, escolaridade ou classe social.

-Critério de Exclusão: Pacientes submetidas a procedimentos de reconstrução mamária por outras causas que não reparação de cirurgia oncológica (ex.: trauma, síndrome de Poland), vigência ou história de tratamento psiquiátrico ou neurológico, analfabetismo ou deficiência física que impeça a leitura do instrumento, Recusa em participar do estudo.

PROCEDIMENTOS:

- Será autoaplicada a Escala da Qualidade de Serviços de Saúde, instrumento validado para uso no Brasil.
- Antes da aplicação do questionário, serão coletados dados demográficos e clínicos das pacientes, segundo protocolo específico (Anexo 2). Em seguida será aplicada a Escala da Qualidade de Serviços de Saúde, instrumento validado para uso no Brasil (ROCHA et al, 2013 - Anexo 3). A Escala será auto aplicada, em sala reservada, por ocasião do retorno ambulatorial da paciente, não sendo necessários retornos adicionais para fins exclusivos da pesquisa.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-020
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2571-1092 Fax: (11)2528-7188 E-mail: cap@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.002.686

-Será realizada reunião com a equipe gestora do HCSP, composta pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico e Diretor Executivo do hospital, além do Coordenador do Serviço de Reconstrução Mamária e do primeiro autor desse estudo. Nesta reunião, o autor apresentará à equipe gestora o instrumento, seus objetivos, suas dimensões e sua pontuação. Será então realizada uma discussão até se chegar a um consenso sobre o valor da nota mínima considerada satisfatória para o Serviço de Reconstrução Mamária do HCSP. Os valores obtidos serão comparados ao valor da nota mínima considerada satisfatória pela equipe gestora. (mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)-autorização do Diretor Técnico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura- Submissão 1; Documento: DeclaraçaoDiretor.pdf)

4- O modelo de questionário está anexado no final do projeto detalhado

Recomendações:

ATENÇÃO: adequar o TCLE antes de sua aplicação: - todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3.006.467 de 07 de novembro de 2018. Todas as correções foram feitas e acatadas. O pesquisador assume total responsabilidade ética e legal das informações referidas neste projeto de pesquisa. PROJETO APROVADO.

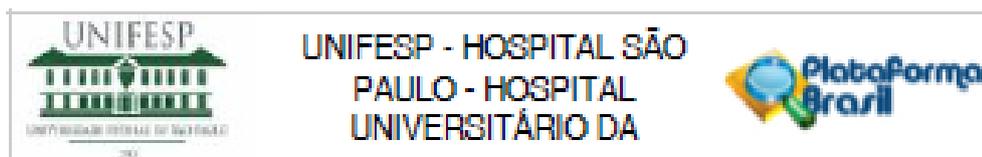
1- Em relação ao TCLE:

a)- ao disponibilizar os dados dos pesquisadores, fornecer também e-mail ou celular, para facilitar eventuais contatos.

RESPOSTA: Feito o reajuste no TCLE. Fornecidos o e-mail e o celular do pesquisador.

b) -Atenção: o CEP/UNIFESP mudou de endereço: favor corrigir no TCLE. Novo endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n. 55, - 04020-050. O E-mail é: CEP@unifesp.edu.br. Os telefones continuam

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55		
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04020-050
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)5571-1042	Fax: (11)5539-7142	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 0.002.000

os mesmos (011-5571-1062; 011-5539-7162); horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 18:00hs.

RESPOSTA: Realizada atualização do endereço do CEP/UNIFESP no TCLE.

c)-em relação às informações sobre possíveis danos (item "Despesas e compensações"): retirar a informação ".....diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado)...." (já que a assistência deve ser imediata mesmo que o dano ainda não tenha sido ainda vinculado à participação no estudo (exemplo correto: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal, o (a) Sr (a) terá garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição e terá direito a indenização determinada por lei, mesmo que dano ainda não tenha sido vinculado a participação no estudo.)

RESPOSTA: Foram retiradas as informações solicitadas e realizada a inclusão do exemplo sugerido no item "Despesas e compensações".

d)- é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

RESPOSTA: Informação sobre a disponibilização de duas vias incluída no item "Direito de Confidencialidade"

e)-no campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

RESPOSTA: Local para assinatura incluído.

f)- todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

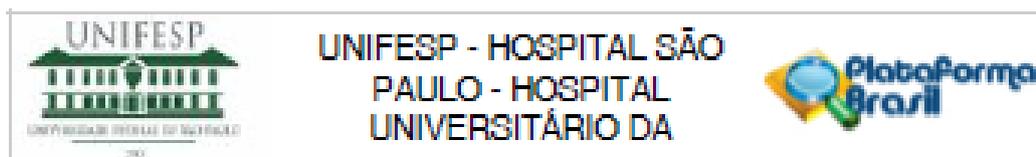
RESPOSTA: Realizada a inclusão da orientação sobre a assinatura abreviada em todas as laudas no item "Direito de Confidencialidade" e executada a numeração das páginas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	CEP: 04209-020
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1060	Fax: (11)5539-7162
E-mail: cep@unifesp.edu.br	



Continuação do Parecer: 0.000.000

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas de Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1309582.pdf	08/11/2018 17:30:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto081118.pdf	08/11/2018 17:29:28	CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigido.pdf	08/11/2018 17:26:35	CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	res_cep.docx	08/11/2018 17:28:27	CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	05/10/2018 11:58:53	CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoDiretor.pdf	05/10/2018 11:58:29	CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CepUNIFESP.pdf	05/10/2018 11:40:51	CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 22 de Novembro de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.000-050
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5571-1042 Fax: (11)5536-7142 E-mail: cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto:

“QUALIDADE DO SERVIÇO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente. Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de “QUALIDADE DO SERVIÇO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”. Se decidir participar é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação para fornecer o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Objetivo: Avaliar a qualidade do serviço de Reconstrução Mamária do Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

Procedimentos do Estudo: Os pacientes que cumprirem com os critérios de inclusão do estudo responderão a um questionário sobre a qualidade do serviço. O tempo total de preenchimento do questionário é de cerca de 20 minutos.

Informações adicionais: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Sr. Carlos Eduardo de Oliveira que pode ser encontrado na Rua Comendador José Garcia, 845, telefone (35) 3449 9949, ou pelo e-mail enferbiomed@gmail.com. Este estudo foi submetido a avaliação e obteve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa deste hospital. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050. O E-mail é: CEP@unifesp.edu.br. Os telefones continuam os mesmos (011-5571- 1062; 011-5539-7162); horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00h.

Liberdade de Retirada de Consentimento: É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente, apenas informações impessoais. Os dados do estudo poderão ser publicados em revistas científicas mas sua identidade permanecerá confidencial. Este termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pela paciente que aceitar participar da pesquisa.

Despesas e compensações: Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal, o (a) Sr (a) terá garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição e terá direito a indenização determinada por lei, mesmo que dano ainda não tenha sido vinculado a participação no estudo. Os pesquisadores deste estudo se comprometem a utilizar os dados e as informações coletadas somente para esta pesquisa.

Eu, _____, RG nº _____, acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “QUALIDADE DO SERVIÇO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”. Eu discuti com o Sr. Carlos Eduardo de Oliveira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data __/____/____

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

Assinatura do responsável pelo estudo

Data __/____/____

Assinatura do pesquisador aplicador do termo

Data __/____/____

APÊNDICE 3 – Protocolo para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

N°: _____

DATA: _____

1- Identificação

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> VIÚVA <input type="checkbox"/> OUTRO PROFISSÃO: _____ ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ _____ BAIRRO: _____ CIDADE/UF: _____ CEP: _____ TELEFONE: (____) _____

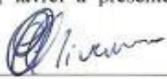
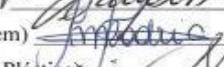
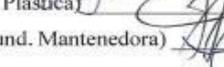
2- Tratamento

TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR _____ MAMA ACOMETIDA <input type="checkbox"/> DIREITA <input type="checkbox"/> ESQUERDA <input type="checkbox"/> BILATERAL CIRURGIA REALIZADA: <input type="checkbox"/> QUADRANTECTOMIA <input type="checkbox"/> MASTECTOMIA <input type="checkbox"/> ADENOMASTECTOMIA ESVAZIAMENTO AXILAR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DATA: _____ RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NÚMERO DE SESSÕES: _____ DATA DA ÚLTIMA SESSÃO: _____ MOMENTO DA RECONSTRUÇÃO: <input type="checkbox"/> IMEDIATA <input type="checkbox"/> TARDIA <input type="checkbox"/> TIPO DE RECONSTRUÇÃO: <input type="checkbox"/> EXPANSOR <input type="checkbox"/> PRÓTESE <input type="checkbox"/> GRANDE DORSAL <input type="checkbox"/> RETALHO TRAM <input type="checkbox"/> RETALHO TÓRACO-DORSAL <input type="checkbox"/> RECONSTRUÇÃO CAP <input type="checkbox"/> : INCLUSÃO DE PRÓTESE
--

APÊNDICE 4 – Ata de reunião com a equipe gestora do Hospital Universitário

1 **ATA DA REUNIÃO COM EQUIPE GESTORA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS**
 2 **SAMUEL LIBÂNIO SOBRE NOTA MÍNIMA SATISFATÓRIA PARA O SERVIÇO**
 3 **DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

4 Aos cinco dias do mês de junho de dois mil e vinte, às onze horas e trinta minutos, 11h30,
 5 reuniram-se remotamente, via plataforma Google meeting, o aluno de mestrado do Programa
 6 de Pós-graduação em Cirurgia Translacional (PPG-CT) da Unifesp, Enf. Carlos Eduardo de
 7 Oliveira, e os seguintes membros da equipe gestora do Hospital das Clínicas Samuel Libânio
 8 (HCSL): Dr. Alexandre Ciappina Hueb, Diretor Técnico do HCSL; Sra. Jusselma de Paiva
 9 Reis, Diretora Administrativa do HCSL; Enf. Jussara Meire Rodrigues, Diretora de
 10 Enfermagem do HCSL; Dr. Joel Veiga Filho, Coordenador do Serviço de Cirurgia
 11 Plástica do HCSL e Sr. Igor Souza Nogueira Oshiro, Diretor Executivo da Fundação
 12 Mantenedora do HCSL. Dando início à reunião, o Enf. Carlos Eduardo relatou que a
 13 dissertação de mestrado que desenvolve no PPG-CT da Unifesp tem como objetivo
 14 avaliar a qualidade do Serviço de Reconstrução Mamária do HCSL sob a perspectiva das
 15 pacientes atendidas. Descreveu sucintamente a metodologia do estudo e esclareceu que
 16 será utilizada uma escala validada para uso no Brasil, a “*Health Service Quality Scale*”,
 17 que é pontuada de 0 a 10 (zero a dez). Esclareceu também que é necessário que a equipe
 18 gestora do hospital onde o Serviço avaliado está inserido estabeleça uma nota mínima
 19 satisfatória para o mesmo, para que seja comparada com a nota atribuída pelas usuárias
 20 do Serviço, permitindo, assim, a identificação de eventuais pontos em que o Serviço
 21 precisa ser aprimorado. Após a apresentação do projeto, o Enf. Carlos esclareceu as
 22 dúvidas da equipe gestora. Após ampla discussão sobre o Serviço, a escala utilizada e a
 23 importância do projeto, a equipe gestora chegou a um consenso de que a nota mínima
 24 satisfatória para o Serviço seria 8 (oito). Como mais nada se propôs e se decidiu, o Enf.
 25 Carlos Eduardo agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião. Para constar, eu, Enf.
 26 Carlos Eduardo de Oliveira, lavrei a presente ata, assinada por mim e por todos os
 27 participantes da reunião.

28 Carlos Eduardo de Oliveira 
 29 Alexandre Ciappina Hueb (Diretor Técnico) 
 30 Jusselma de Paiva Reis (Diretora Administrativa) 
 31 Jussara Meire Rodrigues (Diretora de Enfermagem) 
 32 Joel Veiga Filho (Coordenador do Serviço de C. Plástica) 
 33 Igor S. Nogueira Oshiro (Diretor Executivo da Fund. Mantenedora) 

ANEXOS

**ANEXO 1 - Escala da Qualidade de Serviços de
Saúde / Escola Paulista de Medicina – EQSS/EPM.
(ROCHA *et al.*, 2013)**

**Escala da Qualidade de Serviços de Saúde / Escola Paulista de Medicina –
EQSS/EPM**

Nº: _____

DATA: ____/____/____

a) Idade: _____ anos

b) Gênero: Masculino Feminino

c) Escolaridade:

Ensino fundamental (1º grau) incompleto

Ensino fundamental (1º grau) completo

Ensino médio (2º grau) incompleto

Ensino médio (2º grau) completo

Superior completo (universitário)

Pós Graduação

d) Já esteve internado(a) para tratamento psiquiátrico?

SIM NÃO

e) Qual cirurgia você fez? _____

INSTRUÇÕES

Nós precisamos saber qual a sua opinião sobre os vários serviços prestados pela

Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.

Não existe resposta certa ou errada.

O importante é a sua opinião.

Seu nome não vai aparecer.

Para cada uma das frases escolha um número, conforme a legenda abaixo:

	Discordo						Indiferente						Concordo
	totalmente						(Neutro)						totalmente
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.	A qualidade geral do serviço oferecido pelo Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é excelente.					1	2	3	4	5	6	7	
2.	A qualidade do serviço oferecido no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é impressionante.					1	2	3	4	5	6	7	
3.	O serviço oferecido pelo Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é de alto padrão.					1	2	3	4	5	6	7	
4.	Acho que o Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária oferece serviço de qualidade superior em todos os seus níveis.					1	2	3	4	5	6	7	
5.	Minha impressão sobre o Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária é muito positiva.					1	2	3	4	5	6	7	
6.	Eu me sinto bem em vir ao Serviço de Cirurgia Plástica para meu tratamento.					1	2	3	4	5	6	7	
7.	De forma geral, estou satisfeito com o Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária e com o tratamento que ele oferece.					1	2	3	4	5	6	7	

8.	Acredito que os resultados do meu tratamento são os melhores que podem ser alcançados.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Estou satisfeito que meu tratamento tenha produzido o melhor resultado possível.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Caso precisasse recomeçar o tratamento, eu escolheria este Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Recomendaria este Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária sem qualquer restrição a outros pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Tenho feito comentários positivos sobre o Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária para a minha família e amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Pretendo continuar meu tratamento, ou receber o acompanhamento de que precisar, neste Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Não desejo mudar de Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Pretendo seguir as orientações médicas que me foram dadas no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Eu estou feliz por fazer o meu tratamento neste Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária e não em outro local.	1	2	3	4	5	6	7
17.	O entrosamento que eu tenho com a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
18.	O entrosamento que eu tenho com a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Estou satisfeito com o entrosamento que tenho com a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7

20.	A qualidade do tratamento que recebo no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
21.	A assistência prestada pelo Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Estou bem impressionado com a assistência oferecida pelo Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Acho que o ambiente físico no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Estou impressionado com a qualidade do ambiente físico do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
25.	O ambiente físico do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
26.	O sistema de administração do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
27.	A administração do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Tenho confiança no sistema de administração do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
29.	A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária sempre ouve o que eu tenho a dizer.	1	2	3	4	5	6	7
30.	A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária me trata como uma pessoa e não apenas como um número.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Sinto que a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária compreende as minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7

32.	A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária se preocupa com o meu bem estar.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Sempre recebo atenção personalizada por parte da equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Acho fácil conversar as coisas com a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
35.	A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária explica as coisas de forma que eu consigo entender.	1	2	3	4	5	6	7
36.	A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária demonstra disposição para responder às minhas perguntas.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Acredito que a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária se preocupa comigo.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Às vezes, a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária e eu fazemos brincadeiras, rimos, ou falamos de coisas do dia- a- dia como bons amigos.	1	2	3	4	5	6	7
39.	A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária e eu conversamos sobre outras coisas que estão acontecendo em nossas vidas, e não apenas sobre a minha condição de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Desenvolvi um bom relacionamento com alguns funcionários do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Eu me sinto esperançoso por ter feito o tratamento no Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Ter frequentado o Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária aumentou as minhas chances de melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5	6	7

43. Acredito que minha saúde futura irá melhorar em razão de frequentar o Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
44. Acredito que valeu a pena fazer o tratamento no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
45. Saio do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária sentindo-me encorajado sobre o meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
46. Acredito que os resultados do meu tratamento serão os melhores possíveis.	1	2	3	4	5	6	7
47. Pode-se confiar que a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é bem treinada e qualificada.	1	2	3	4	5	6	7
48. A equipe do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária executa suas tarefas com competência.	1	2	3	4	5	6	7
49. Acredito que a equipe do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é altamente capacitada para seus trabalhos.	1	2	3	4	5	6	7
50. Eu me sinto satisfeito em relação à qualidade dos cuidados dispensados a mim no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
51. O ambiente do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é agradável.	1	2	3	4	5	6	7
52. Eu gosto da “sensação” do ambiente no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária.	1	2	3	4	5	6	7
53. O Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária tem um ambiente atraente.	1	2	3	4	5	6	7
54. A temperatura no interior do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é agradável.	1	2	3	4	5	6	7
55. O Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária tem um cheiro agradável.	1	2	3	4	5	6	7
56. Os móveis do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária são confortáveis.	1	2	3	4	5	6	7

-
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 57. Eu gosto do estilo visual do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 58. O Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária parece ser atraente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 59. Gosto da decoração interior (ex.: estilo dos móveis) do Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 60. As cores utilizadas nas dependências do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária são atraentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 61. A iluminação no Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária é adequada para este tipo de ambiente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 62. O projeto do espaço físico do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é acolhedor para o paciente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 63. O tempo de espera no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária é o mínimo possível. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 64. Em geral, as consultas no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária são atendidas no horário marcado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 65. Os registros e a documentação do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária não apresentam erros (por exemplo, o sistema de tesouraria). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 66. O Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária trabalha bem com outros prestadores de serviço (por exemplo: patologia). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 67. Acredito que o Serviço de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária é bem administrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 68. Os procedimentos de registro de entrada no Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária são eficientes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

69. Os procedimentos de saída (alta) do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária são eficientes.	1	2	3	4	5	6	7
70. Os horários de funcionamento do Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária atendem às minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
71. O Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária frequentemente organiza grupos e programas de apoio para pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
72. O Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária disponibiliza uma excelente variedade de serviços de apoio aos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
73. O Serviço de Cirurgia Plástica/Reconstrução Mamária oferece aos pacientes serviços que vão além do tratamento médico.	1	2	3	4	5	6	7

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Comitê de Ética em Pesquisa [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). [citado 2019 Nov 11]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/reitoria/orgaos/comites/etica/>

Dunn OJ. Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics*. 1964;6: 241-52.

George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference, 11.0 update*. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.

Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras*. 2005;20(supl.2):2-9.

Pereira TA, Montero EFS. Terminologia DeCS e as novas regras ortográficas da língua portuguesa: orientações para uma atualização. [Internet]. *Acta Cir Bras*. 2016;27(7):509-14. [citado 2020 Fev 03]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v27n7/a14v27n7.pdf>

Wooldridge JM. *Introductory econometrics: a modern approach*. 3rd. ed. Cincinnati, OH: South-Western; 2006.