

LUCIANA CHAMONE AMARO

***BREAST-Q*©: EXPECTATIVAS DE PACIENTES
COM CÂNCER DE MAMA QUANTO À
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.**

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

São Paulo
2020

LUCIANA CHAMONE AMARO

***BREAST-Q*©: EXPECTATIVAS DE PACIENTES
COM CÂNCER DE MAMA QUANTO À
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.**

Orientadora: Prof^a Dr^a DANIELA FRANCESCATO VEIGA

São Paulo

2020

Amaro, Luciana Chamone

BREAST-Q©: Expectativas de pacientes com câncer de mama quanto à reconstrução mamária. / Luciana Chamone Amaro. – São Paulo, 2020.

XIII, 124 f.

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

Título em inglês: *BREAST-Q©: Expectations of Brazilian patients regarding breast reconstruction.*

1. Neoplasias da mama. 2. Reconstrução da mama. 3. Satisfação do paciente. 4. Medidas de resultados relatados pelos pacientes. 5. Avaliação de resultados da assistência ao paciente. 6. Expectativa do



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



NOTA 6

Coordenação: Prof^a Dr^a Lydia Masako Ferreira

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a DANIELA FRANCESCATO VEIGA

DEDICATÓRIA

A Deus, onde encontro forças e segurança no meu dia a dia.

Aos meus pais, Suzy e Pedro, que me ajudaram a formar o alicerce do que sou hoje, e sempre fizeram de tudo para garantir minha educação.

Ao meu marido, Diego, parceiro em todos os momentos, inclusive nos estudos.

Ao meu filho, Augusto José, melhor acontecimento de 2020, que, entre uma brincadeira e outra, me mantém centrada no caminho que desejo seguir.

Aos meus irmãos, Pedro e Mariana, pela rede de apoio que são em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **LYDIA MASAKO FERREIRA**, professora titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Cirurgia Translacional, pelo estímulo ao aprimoramento e conhecimento, pela oportunidade e pelo exemplo de determinação e liderança.

À Profa. Dra. **DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, professora orientadora do PPG em Cirurgia Translacional da Unifesp, pelo privilégio de ser sua orientanda, por me guiar na condução deste projeto; pela inspiração, estímulo e positividade, com a qual direciona seus alunos, um exemplo de profissionalismo, ética, competência, a quem admiro muito.

Ao Prof. **JUAN CARLOS PEDROSO MONTANO**, vice-coordenador, e ao Dr. **FELIPE CONTOLI ISOLDI**, colaborador do “Curso de Aperfeiçoamento: Pesquisa Científica em Cirurgia 2018” da Unifesp, por sua dedicação e generosidade para com os alunos.

Às alunas de Iniciação Científica, **LUANA OLIVEIRA DE FARIA**, **NATHÁLIA ALVES SANTOS** e **TAINARA RITA PEZZINI**, pelo interesse, disposição e auxílio neste projeto.

Aos meus amigos do mestrado, **MICHELLE SANTANGELO FARIA** e **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA**, pelo companheirismo e união desde o Curso de Aperfeiçoamento.

À Dra. **ANA CLAUDIA BURATTINI**, diretora do departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Pérola Byington- Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM) e à equipe de Cirurgia Plástica do CRSM que, além de permitirem a realização deste projeto, foram ótimos professores na minha especialização em cirurgia de reconstrução mamária.

Ao **SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA** do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, hospital universitário da Universidade do Vale do Sapucaí, pela coparticipação nesse estudo.

Ao Dr. **CARLOS DEL PINO ROXO**, regente do serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital Federal do Andaraí-RJ, por todo o incentivo e apoio na realização do mestrado no PPG em Cirurgia Translacional.

Ao Prof. Dr. **MICHEL LUCIANO HOLGER TOLEDANO VAENA** e ao Dr. **PAULO ROBERTO BOTICA DO REGO SANTOS**, com os quais eu aprendi meus primeiros passos em cirurgia de reconstrução mamária.

Às Secretárias **SANDRA DA SILVA** e **MARTA REJANE**, da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp, pelos auxílios prestados.

Às **PACIENTES**, pela disponibilidade e gentileza em responder aos questionários.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	VIII
LISTAS	VIII
RESUMO	XII
ABSTRACT	XIII
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	7
3 LITERATURA	9
4 MÉTODO	30
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO	63
7 CONCLUSÃO	76
8 REFERÊNCIAS	78
NORMAS ADOTADAS	88
APÊNDICES	90
ANEXOS	108
FONTES CONSULTADAS	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características clínicas e sociodemográficas.	33
Tabela 2 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação à Equipe Médica.	42
Tabela 3 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação à Dor.	43
Tabela 4 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação ao Enfrentamento	44
Tabela 5 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação à Aparência.	45
Tabela 6 – Medidas-resumo dos escores das expectativas, com relação à Equipe Médica, Dor, Enfrentamento e Aparência.	46
Tabela 7 – Correlação entre os escores de expectativas e as variáveis idade, IMC e número de gestações.	48
Tabela 8 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por escolaridade.	49
Tabela 9 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por quimioterapia.	50
Tabela 10 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por radioterapia.	51
Tabela 11 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por técnica de reconstrução.	52
Tabela 12 – Resultados dos modelos de regressão linear múltipla final para os escores de expectativas – modelos finais.	55
Tabela 13 – Distribuição das pacientes por expectativas quanto à informação, tomada de decisões e ocorrência de complicações.	56

Tabela 14 – Distribuição das pacientes por expectativas de aparência e dor, relacionadas à reconstrução com expensor.	57
Tabela 15 – Distribuição das pacientes por expectativas após um ano e dez anos da reconstrução mamária.	58
Tabela 16 – Distribuição das pacientes por expectativas, com relação à reconstrução do CAP após um ano de cirurgia.....	60
Tabela 17 – Distribuição das pacientes por expectativas, com relação à percepção/sensibilidade das mamas na reconstrução com implantes de silicone.....	61
Tabela 18 – Medidas-resumo do escore de percepção da mama–reconstrução com implantes de silicone.....	62
Tabela 19 – Distribuição das pacientes por expectativas, com relação à função do abdome	62

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

<i>et al.</i>	<i>et alii</i> (Latim); em Português: e outros
ACS	<i>American Cancer Society</i>
ANOVA	Análise de Variâncias
BDDE	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CAP	Complexo Aréolo- Papilar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EORTC-QLQ-C30/BR23-	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer-Specific Module</i>
FACT-B	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast Cancer</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
GLOBOCAN2018	<i>Global Cancer Statistics</i>
HCSL	Hospital das Clínicas Samuel Libânio
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LD	Retalho do Músculo Latíssimo do Dorso
LTD	Retalho Toracodorsal Lateral
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NCCN DT	<i>National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
PEBREPP	<i>Postoperative Evaluation of Breast Reconstruction Education Provided Preoperatively Questionnaire</i>
PEGASUS	<i>Patient Expectations and Goals Assisting Shared Understanding of Surgery</i>
PRO	<i>Patient Reported Outcomes</i>
RM	Reconstrução Mamária
RMI	Reconstrução Mamária Imediata
RMT	Reconstrução Mamária Tardia
SF-36	<i>The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey</i>
TCCM	Tratamento Cirúrgico Conservador do Câncer de Mama

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAM	Retalho Miocutâneo Transverso do Músculo Reto Abdominal
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Univás	Universidade do Vale do Sapucaí

RESUMO

Introdução: Atualmente, a reconstrução mamária faz parte do tratamento integral do câncer de mama, e muitos estudos demonstraram seus efeitos benéficos na qualidade de vida e imagem corporal das pacientes. As expectativas das pacientes quanto à aparência da mama, dor e recuperação são fatores importantes relacionados à reconstrução mamária. **Objetivo:** Avaliar as expectativas de pacientes brasileiras com relação à reconstrução mamária. **Método:** Estudo clínico, observacional, transversal, descritivo, não controlado, multicêntrico. O cálculo amostral resultou em 123 pacientes. Foram incluídas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, candidatas à reconstrução mamária imediata ou tardia após mastectomia, com a cirurgia já agendada. Para avaliação das expectativas, foi utilizado um instrumento validado para uso no Brasil, o módulo “Expectativas com a reconstrução de mama” do *BREAST-Q*®, que foi aplicado no pré-operatório. **Resultados:** Foram incluídas 123 pacientes, com idade média de 48,1 anos. A maioria (65%) foi submetida a reconstrução mamária tardia, e o tipo de reconstrução mais prevalente foi com implantes (65,9%). As maiores expectativas estavam relacionadas ao Enfrentamento (média±desvio padrão: 95±14,9) e Aparência (média±desvio padrão: 90,7±18,5). Foram encontradas associações entre alguns aspectos de expectativas e realização de quimioterapia, técnica de reconstrução, nível de escolaridade, cor da pele e idade. **Conclusão:** As expectativas com a reconstrução mamária da população estudada são elevadas, em especial com relação ao Enfrentamento e Aparência. A realização de tratamentos adjuvantes e as diferentes técnicas de reconstrução podem influenciar as expectativas.

ABSTRACT

Introduction: Breast reconstruction is currently part of the comprehensive treatment of breast cancer, and many studies have demonstrated its beneficial effects on the quality of life and body image of patients. Patients' expectations regarding breast appearance, pain and recovery are important factors related to breast reconstruction. **Objective:** To evaluate Brazilian patients' expectations regarding breast reconstruction. **Method:** Clinical, observational, cross-sectional, descriptive, uncontrolled, multicenter study. The sample calculation resulted in 123 patients. Women diagnosed with breast cancer, candidates for immediate or delayed breast reconstruction after mastectomy, with surgery already scheduled were included. To assess expectations, an instrument validated for use in Brazil, the BREAST-Q © module "Expectations with breast reconstruction", was used, which was preoperatively applied. **Results:** 123 patients were included, with an average age of 48.1 years. The majority (65%) underwent delayed breast reconstruction, and the most prevalent type of reconstruction was with implants (65.9%). The highest expectations were related to Coping (mean \pm standard deviation: 95 ± 14.9) and Appearance (mean \pm standard deviation: 90.7 ± 18.5). Associations were found between some aspects of expectations and chemotherapy, reconstruction technique, education level, skin color and age. **Conclusion:** The expectations with breast reconstruction of the studied population are high, especially in relation to Coping and Appearance. Adjuvant treatments and different reconstruction techniques can influence expectations.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente entre as mulheres (atrás apenas dos tumores de pele não melanoma). Segundo o último relatório da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (GLOBOCAN, 2018), em ambos os sexos, a neoplasia mamária é o segundo colocado entre os novos casos de câncer diagnosticados, com cerca de 11,6%, entre o total de 18,1 milhões de novos casos, mundialmente. Neste relatório, entre as mulheres, o câncer de mama lidera em incidência (em 154 de 185 países) e mortalidade (em mais de 100 países) (BRAY, FERLAY, SOERJOMATARAM, 2018).

Já no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro do Câncer (INCA), a estimativa é de 66.280 novos casos em 2020 (INCA, 2020), sendo a principal causa de morte por câncer em mulheres (INCA, 2018). Porém, quando se avalia a sobrevida, o maior grupo de sobreviventes do câncer é formado por mulheres com antecedente de câncer de mama (MATTHEWS *et al.*, 2017). Isto se deve aos recentes avanços no seu diagnóstico e tratamento, com consequente redução nas taxas de mortalidade (TSOI *et al.*, 2014).

O tratamento primário do câncer de mama é cirúrgico e, apesar do desenvolvimento de cirurgias conservadoras, a mastectomia continua sendo uma opção terapêutica para uma grande parcela de pacientes (BERLIN *et al.*, 2017; MATTHEWS *et al.*, 2017). Esta modalidade de tratamento se encontra em ascensão, devido ao aumento da indicação da mastectomia contralateral profilática (PANCHAL, 2017).

A reconstrução mamária (RM) se tornou parte do tratamento do câncer de mama, e seus efeitos benéficos na qualidade de vida e imagem corporal

estão comprovadamente estabelecidos (DUTRA *et al.*, 2012; BAILEY *et al.*, 2017; AUGUSTINHO *et al.*, 2018; ORTEGA *et al.*, 2018; ARCHANGELO *et al.*, 2019; FONTES *et al.*, 2019).

O objetivo da RM é restabelecer a imagem corporal da paciente, a fim de alcançar satisfação com o resultado estético e bem-estar físico e psicossocial (DE BLACAM *et al.*, 2016; ARCHANGELO *et al.*, 2019). Diante de tais fatores, a possibilidade da reconstrução da mama deve ser apresentada e discutida com a paciente, uma vez que bons resultados podem ser obtidos com as mais variadas técnicas.

Os principais motivos pelos quais as pacientes optam pela RM, seja ela imediata ou tardia, estão relacionados ao desejo de se sentir “normal” e se sentir “bem” (CONTANT *et al.*, 2000; FLITCROFT *et al.*, 2016; HARCOURT *et al.*, 2016; FLITCROFT, BRENNAN, SPILLANE, 2017a). Ao considerar a RM, as pacientes se deparam com inúmeros desafios, que envolvem aspectos complexos de seu bem-estar físico e psicológico. Em especial, a decisão pela reconstrução imediata é acompanhada por um momento de estresse e medo, relacionados ao diagnóstico do câncer (FLITCROFT, BRENNAN, SPILLANE, 2017b).

As expectativas quanto à aparência, dor e recuperação são fatores importantes relacionados à RM (STEFFEN *et al.*, 2017). Estudos indicam que a satisfação da paciente com a decisão tomada e com os resultados da cirurgia é provavelmente mais alta quando a paciente foi devidamente informada e quando seu nível de envolvimento na decisão é consistente com seus próprios desejos e expectativas (CONTANT *et al.*, 2000; LANTZ *et al.*, 2005; SHEEHAN *et al.*, 2007). A principal fonte de informação das pacientes vem da equipe médica e uma boa interação durante a consulta é

essencial (PUSIC *et al.*, 2012; HO *et al.*, 2013; WEBB, SHARMA, TEMPLE-OBERLE, 2018; CARR *et al.*, 2019).

Da mesma forma, a insatisfação com os resultados, e até mesmo o arrependimento após a RM, são provenientes da desinformação das pacientes com relação ao tratamento. Quando as pacientes não recebem toda a informação necessária, suas expectativas podem ser irreais e desproporcionais, levando à insatisfação com o resultado cirúrgico (SHEEHAN *et al.*, 2007; SNELL *et al.*, 2010; DENFORD *et al.*, 2011; LEE *et al.*, 2018; CARR *et al.*, 2019).

O número de pesquisas sobre os resultados de tratamentos cirúrgicos tem crescido nos últimos anos, a fim de avaliar a relação custo-benefício e expandir o uso de indicadores, além dos tradicionais morbidade e mortalidade (COHEN *et al.*, 2015). Desta forma, buscando complementar a prática baseada em evidências, assim como definir qual a melhor maneira de avaliar a eficácia dos diferentes tipos de reconstrução, tem-se priorizado o uso de instrumentos de medidas de resultados relatados pelo paciente (PRO - *Patient Reported Outcomes*), ao invés de medidas antropométricas ou escalas de medidas classificadas por médicos (JEEVAN *et al.*, 2017).

Através destes instrumentos, é possível obter informações detalhadas sobre a qualidade do serviço prestado e identificar áreas específicas que requerem melhoras (DE BLACAM *et al.*, 2016). Além disso, com os resultados obtidos com tais indicadores, os médicos podem proporcionar aconselhamento pré-operatório baseado em evidências (BAILEY *et al.*, 2017) e as pacientes se beneficiam com uma melhor compreensão dos resultados esperados da reconstrução, participando das decisões sobre seu tratamento (PUSIC *et al.*, 2017).

No cenário da RM, a satisfação da paciente e indicadores de qualidade de vida são considerados aspectos importantes e relevantes de avaliação do sucesso cirúrgico (DE BLACAM *et al.*, 2016; ZHONG *et al.*, 2016; MATTHEWS *et al.*, 2017; MUNDY *et al.*, 2017; QIN *et al.*, 2018).

Considerando o caráter subjetivo dos resultados, a utilização de instrumentos confiáveis, válidos e responsivos para a avaliação de resultados em cirurgia plástica é fundamental (PUSIC *et al.*, 2008; AGUIAR *et al.*, 2017). Neste contexto, o desenvolvimento e uso do *BREAST-Q*®, um instrumento PRO validado, específico para pacientes submetidas à cirurgia mamária, tem ajudado a preencher este *gap* de conhecimento (PUSIC *et al.*, 2017).

Em 2012, um outro módulo (pré-operatório) deste instrumento foi desenvolvido, específico para avaliar as expectativas das pacientes em relação à RM e aos seus resultados (PUSIC *et al.*, 2012).

Os estudos existentes sugerem a influência que as expectativas têm na satisfação das pacientes, porém, diferentes metodologias foram aplicadas. Em contrapartida, o módulo “Expectativas” disponibiliza um conjunto completo de perguntas, permitindo avaliar, de forma válida e específica, essa área de pesquisa (FLITCROFT *et al.*, 2017b).

Além disso, este módulo pode auxiliar no reconhecimento de expectativas potencialmente irreais ou imprecisas que as pacientes possam ter sobre a reconstrução mamária (FLITCROFT *et al.*, 2016). Compreender e identificar tais expectativas no pré-operatório é importante para aprimorar a educação pré-operatória e, conseqüentemente, alcançar maior satisfação da paciente com os resultados cirúrgicos (SNELL *et al.*, 2010).

Entretanto, existem poucos estudos na literatura com metodologia padronizada, válida e específica, descrevendo as expectativas das pacientes com relação à RM. Desta forma, este estudo busca avaliar um grupo de pacientes utilizando o módulo Expectativas do *BREAST-Q*®.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar as expectativas de pacientes com câncer de mama em relação à reconstrução mamária.

LITERATURA

3 LITERATURA

BRANDBERG *et al.* (1999) avaliaram, em estudo prospectivo controlado randomizado, diferentes técnicas de reconstrução mamária tardia (RMT): retalho transversal do músculo reto abdominal (TRAM) pediculado, retalho do músculo latíssimo do dorso (LD) e retalho toracodorsal lateral (LTD), e seus impactos na qualidade de vida e a satisfação com o resultado. Nesta primeira parte da publicação, os autores descreveram o delineamento do estudo e os resultados da avaliação feita no pré-operatório. A amostra inicial era formada por 117 pacientes, todas candidatas à reconstrução mamária (RM). No grupo estudo, denominado SVEA (n=87), as pacientes foram distribuídas de forma randômica entre as três técnicas de reconstrução, e o grupo controle foi composto pelas 30 pacientes restantes, as quais também foram submetidas à cirurgia de RM. As pacientes foram avaliadas no pré-operatório (antes da randomização), aos seis meses de pós-operatório, e um ano após a RM. No pré-operatório, aplicaram o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health* (SF-36) e um questionário desenvolvido pelos autores, que abordava o impacto da perda da mama e as expectativas com a RM. Os resultados da avaliação no pré-operatório foram semelhantes entre os grupos, e mostraram que os principais problemas enfrentados pelas pacientes eram relacionados a se sentirem mutiladas e terem dificuldades nos aspectos sociais, com expectativas elevadas, em especial nestes dois aspectos.

BRANDBERG, MALM, BLOMQVIST (2000) buscaram, nesta segunda parte da publicação, comparar as expectativas com os resultados relatados pelas pacientes, além de avaliar a satisfação com o resultado

estético. Das 87 pacientes inicialmente no grupo SVEA, 75 foram submetidas à RM: 16 com retalho LTD, 30 com retalho LD e 29 com TRAM pediculado. Os questionários após um ano de seguimento foram respondidos por 61 pacientes (81%). No geral, as pacientes apresentaram melhora na qualidade de vida e tiveram suas expectativas alcançadas, com exceção das expectativas relacionadas a “menor incômodo em situações íntimas”, onde as pacientes tinham elevadas expectativas no pré-operatório e o impacto da reconstrução foi menor do que o esperado. Todos os métodos foram considerados com bom resultado estético e levaram a melhora na qualidade de vida, com significância estatística nos quesitos “saúde mental” e “aspectos sociais” do SF-36.

ALVES *et al.* (2010) publicaram estudo qualitativo, no qual entrevistaram 11 pacientes no pré-operatório de mastectomia. O objetivo do estudo foi compreender o conhecimento, as preocupações e as expectativas das pacientes portadoras de câncer de mama em relação à mastectomia. Os autores concluíram que a paciente passa por um pré-operatório estressante, sente ansiedade e medo pelo que está por vir, além de sentimentos de pânico e choque diante da retirada da mama. Tais relatos estavam relacionados principalmente à falta de informação e ao desconhecimento acerca da cirurgia.

SNELL *et al.* (2010) realizaram estudo qualitativo para avaliar, no pré-operatório, as expectativas de 28 pacientes submetidas à RM com implantes. Observaram que, mesmo após receberem a informação pré-operatória padrão, as pacientes ainda possuíam expectativas imprecisas quanto ao

resultado da cirurgia. Especificamente, as pacientes tinham expectativas pouco claras sobre a aparência da mama reconstruída, bem como de alteração de sensibilidade, firmeza e movimento das novas mamas. Foram identificados quatro temas a partir das entrevistas: aparência das mamas reconstruídas, impacto físico da RM, processo de atendimento/cuidados e recuperação, impacto psicossocial da RM. Os autores mencionaram que os resultados obtidos seriam utilizados para o desenvolvimento de um questionário de avaliação quantitativa das expectativas pré-operatórias com a RM.

WALJEE *et al.* (2011), a fim de avaliar as expectativas relacionadas à qualidade de vida e o estigma associado ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, realizaram estudo transversal, no qual compararam quatro grupos de pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária: 1. pacientes ainda não submetidas ao tratamento cirúrgico; 2. mastectomia somente; 3. mastectomia com RM e 4. tratamento cirúrgico conservador. Identificaram que, antes da cirurgia, as pacientes do “Grupo 1” subestimaram a qualidade de vida no pós-operatório, e superestimaram o estigma relacionado à cirurgia de câncer de mama. Concluíram que, apesar do estudo transversal dificultar a discussão da causalidade entre os resultados encontrados, o desenvolvimento de estratégias para informar e antecipar as necessidades das pacientes é importante para melhorar o processo de tomada de decisão.

DENFORD *et al.* (2011) realizaram uma análise qualitativa, a fim de definir os principais conceitos de normalidade referidos por pacientes submetidas à RM. Foram entrevistadas 35 pacientes, e os principais temas

relacionados ao conceito de normalidade foram: aparência, comportamento, adaptação à sua nova condição e saúde. A relevância de cada um destes aspectos não foi homogênea entre as pacientes, variando de acordo com padrões individuais, sociais e clínicos. Desta forma, ressaltaram a importância de reconhecer na prática clínica as potenciais diferenças de cada paciente, a fim de prestar uma assistência individualizada, melhorar a comunicação, ajudar a lidar com as expectativas e melhorar a satisfação com os resultados.

PUSIC *et al.* (2012) fizeram uma revisão da literatura existente sobre expectativas de pacientes com a RM. Citaram outros estudos que identificaram a relação entre expectativas, satisfação e qualidade de vida, em especial nas especialidades cirúrgicas. Ressaltaram a importância do desenvolvimento de métodos precisos de aferição das expectativas na RM e descreveram o delineamento do módulo Expectativas do *BREAST-Q*®. Primeiramente, conduziram um estudo qualitativo e entrevistaram as pacientes (n=44) no pré e no pós-operatório de RM, identificando quatro temas, que constituíram a base da estrutura conceitual do instrumento: aparência das mamas reconstruídas, impacto psicossocial da RM, impacto físico da RM, processo de atendimento/cuidados e recuperação. A partir das afirmações das pacientes, estes quatro temas foram divididos em categorias e codificados. Além do módulo “Expectativas”, os autores relataram o desenvolvimento de programa de multimídia para auxílio na informação das pacientes. Enfatizaram que a disponibilização e utilização deste método de aferição confiável e validado pode se tornar rotina na prática clínica, a fim de melhorar a educação das pacientes, o processo de tomada de decisão compartilhada, a qualidade de vida e a satisfação com os resultados.

HO *et al.* (2013) utilizaram a escala “Satisfação com o Atendimento”, do módulo Reconstrução Mamária (pós-operatório) do *BREAST-Q*®, em estudo multicêntrico, transversal, para avaliar a associação entre satisfação com o atendimento e satisfação com os resultados da RM. Esta escala é formada por quatro subescalas: Satisfação com informação, Satisfação com cirurgião plástico, Satisfação com equipe médica e Satisfação com os profissionais do consultório. Na casuística formada por 510 pacientes, os autores identificaram que os níveis de satisfação das pacientes com as informações pré-operatórias e sua interação com o cirurgião plástico influenciaram significativamente a satisfação com as mamas e o com o resultado geral da RM.

ZHONG *et al.* (2013) avaliaram, em estudo transversal, um grupo de 100 pacientes submetidas à RM, a fim de investigar a relação entre autoeficácia, satisfação com a informação recebida no pré-operatório e arrependimento no pós-operatório. As escalas “Satisfação com a Informação” do *BREAST-Q*®, *Decision Regret Scale* e *Modified Stanford Self-Efficacy Scale* foram utilizadas. Cerca de 40% das pacientes relataram arrependimento. Os autores identificaram que, à medida em que as pacientes se consideravam mais satisfeitas com a informação recebida pelo cirurgião plástico, o nível de arrependimento era significativamente reduzido. Concluíram que as pacientes com baixo grau de autoeficácia têm maior risco de se sentirem insatisfeitas com a informação recebida no pré-operatório e, por conseguinte, mais arrependimento com o processo da RM.

WALJEE *et al.* (2014) buscaram identificar, em revisão sistemática, a literatura disponível, descrevendo a relação entre as expectativas dos pacientes e os resultados relatados por estes (PRO). Foram incluídos 60 artigos, abrangendo 13 especialidades cirúrgicas, a maioria (28 artigos) na área de ortopedia. No total, esta revisão sistemática incluiu 13.806 pacientes e as expectativas alcançadas foram relacionadas a melhores resultados PRO em 24 estudos. Concluíram que as expectativas dos pacientes estão inconsistentemente correlacionadas com os PRO após a cirurgia, e que esforços futuros para medir rigorosamente as expectativas e explorar sua influência nos resultados pós-operatórios podem auxiliar a integrar os PRO em medidas de qualidade.

COHEN *et al.* (2015) publicaram revisão de literatura avaliando o uso do instrumento *BREAST-Q*® na pesquisa cirúrgica, com inclusão do período iniciado desde o lançamento do instrumento (2009 até 2015). Foram identificadas cinco questões principais, nas quais os pesquisadores utilizaram o questionário: comparação entre reconstrução autóloga ou com implantes; qual o melhor implante (salino ou silicone); por que implementar a lipoenxertia na cirurgia mamária; a utilização na educação da paciente e a viabilidade da utilização do instrumento em estudos de larga escala. Foram analisados 49 artigos; destes, 39 utilizaram o módulo de RM e 71% (n=35) foram estudos transversais. Dada a importância da utilização de instrumentos PRO na avaliação do atendimento prestado e satisfação dos pacientes, apenas 49% dos estudos da revisão utilizaram tais escalas do *BREAST Q*®. Assim, os autores sugerem a maior utilização deste instrumento na educação das pacientes, visando proporcionar informações pertinentes, que resultariam no

alcance das expectativas criadas e melhor satisfação com o resultado cirúrgico.

MEHRABI *et al.* (2015) realizaram revisão sistemática, a fim de sintetizar as evidências sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres portadoras de câncer de mama no ajuste às novas situações em suas vidas. A busca foi realizada no período de janeiro de 2000 a julho de 2015, com inclusão de 20 artigos. Esta revisão revelou que buscar apoio social e esforços focados na emoção foram as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes, especialmente na fase inicial do diagnóstico.

BRENNAN *et al.* (2016) avaliaram os resultados cirúrgicos, estéticos e qualidade de vida de pacientes submetidas à radioterapia pós-reconstrução mamária imediata (RMI) com implantes. O grupo de 47 pacientes respondeu aos instrumentos PRO validados, que abordavam satisfação (*BREAST-Q*© Módulo Reconstrução, pós-operatório), imagem corporal (*Body Image Scale for Cancer Patients*), qualidade de vida (*Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast Cancer*), estresse psicológico (*Impact of Events Scale*) e arrependimento (*Decision Regret Scale*), após completarem seis meses do último estágio da RM. A avaliação estética dos resultados foi realizada pelo cirurgião assistente e por cirurgião independente, através de fotografias. Os resultados estéticos foram considerados aceitáveis, com elevada satisfação das pacientes e baixos índices de complicações. Concluíram que o estudo corroborou o fato de que, mesmo com indicação de radioterapia, a opção de RMI com implantes deve ser ofertada, e forneceu evidências de que as pacientes estão dispostas a aceitar os potenciais riscos e limitações da RMI

neste cenário. Referiram que, a fim de alcançar as expectativas das pacientes com os resultados, quando houver a indicação de radioterapia pós-mastectomia, estas devem ser apropriadamente informadas e advertidas na fase pré-operatória.

COHEN *et al.* (2016) avaliaram a satisfação com o atendimento recebido em uma coorte multicêntrica de pacientes submetidas à RM. As pacientes responderam a escala “Satisfação com o Cuidado” do *BREAST-Q*® três meses após a RM. Ao avaliarem os resultados, a menor pontuação encontrada foi relacionada à “Satisfação com a Informação”. Também houve menor pontuação entre as pacientes submetidas à RMI e entre as minorias étnicas. Tais achados foram compatíveis com estudos preliminares, que observaram que a educação das pacientes continua sendo uma necessidade não atendida nos centros de tratamento do câncer de mama. Concluíram que, para melhorar o atendimento prestado, se faz necessário o investimento na informação e educação da paciente, a fim de se obter maior adesão ao tratamento e satisfação com os resultados esperados.

DAHLBÄCK *et al.* (2017) avaliaram, em estudo transversal, se pacientes para as quais foi indicado tratamento conservador do câncer de mama (TCCM) tiveram a oportunidade de participar no processo de decisão, com relação ao método cirúrgico. Além disso, investigaram se as pacientes menos satisfeitas com o resultado estético foram as que haviam relatado não terem se envolvido no processo de tomada de decisão. Os resultados demonstraram que as pacientes que relataram ter conseguido participar completamente ou quase completamente do processo de tomada de decisão

tiveram quase três vezes mais chances de satisfação com os resultados estéticos, e quase seis vezes mais probabilidade de afirmar que suas expectativas foram atendidas.

EL-SABAWI *et al.* (2017) realizaram revisão sistemática, englobando estudos sobre resultados estéticos, satisfação e *BREAST-Q*® em pacientes submetidas à RM após radioterapia. A busca foi realizada na base de dados Pubmed/Medline, abrangendo o período de 2000 a 2016. Encontraram 21 estudos, que avaliaram resultados estéticos (1.611 pacientes), oito estudos avaliando satisfação (722 pacientes) e uso do *BREAST-Q*® em quatro estudos (575 pacientes). Os autores tinham como objetivo sintetizar e disponibilizar os dados, a fim de educar os cirurgiões sobre as expectativas de curto e longo prazo relacionadas ao resultado estético, satisfação e qualidade de vida usando o *BREAST-Q*®. Desta forma, tais achados também possibilitariam otimizar a informação e o processo compartilhado de tomada de decisão pré-operatório pelas pacientes. Concluíram que, apesar dos resultados inferiores relacionados à radioterapia pós-RM, a maioria dos estudos demonstrou taxas aceitáveis de resultados estéticos e que a satisfação da paciente pode ser alcançada neste cenário.

STEFFEN *et al.* (2017) avaliaram, prospectivamente, se as expectativas de 130 pacientes submetidas à RM foram atendidas. No 18º mês de seguimento, as pacientes submetidas à RM relataram se o processo da cirurgia reconstrutora foi igual, melhor ou pior do que esperavam. Constataram que 42,3% das pacientes consideraram a RM pior do que esperavam e 25,4% consideraram melhor. Os principais motivos

relacionados à insatisfação foram dor e aparência (assimetria, sensibilidade) da mama reconstruída, os demais aspectos relatados foram: tempo de recuperação, desconforto, considerações técnicas (revisões cirúrgicas, complicações, múltiplos procedimentos). Os autores sugeriram meios para melhorar a informação das pacientes, além dos tradicionais tópicos discutidos em consulta, os quais são baseados principalmente em expor riscos e complicações, visando aprimorar o processo de tomada de decisão com relação ao tratamento, o desenvolvimento de expectativas viáveis e melhor satisfação das pacientes.

FLITCROFT *et al.* (2017a) publicaram revisão sistemática, na qual sintetizaram as razões das pacientes escolherem entre RMI, RMT, ou não se submeterem à RM, em diferentes contextos, ao longo do tempo. A busca foi realizada em 13 bases de dados, com inclusão de 30 estudos publicados até fevereiro de 2016, totalizando 4.269 participantes. Os motivos relacionados à RM foram agrupados em oito domínios: 1. Sentir/parecer normal; 2. Sentir/parecer bem; 3. Ser prática; 4. Influência de outras pessoas; 5. Expectativas no relacionamento; 6. Medo; 7. Tempo; e 8. Desnecessário. Entre as pacientes que optaram pela RM, tanto imediata quanto tardia, os principais motivos relatados foram o desejo de se sentir normal e se sentir bem. Dentre as pacientes que realizaram tardiamente ou não realizaram a RM, medo foi o principal motivo. Apesar dos avanços nas técnicas de RM, as motivações das pacientes permaneceram semelhantes ao longo do tempo. Outros achados temáticos da revisão foram a falta de informações sobre as opções de RM, falta de oferta entre os diferentes tipos de RM para a tomada de decisão das pacientes, limitações adicionais de acesso devido à barreiras no sistema de saúde.

FLITCROFT *et al.* (2017b) realizaram uma revisão sistemática, a fim de buscar evidências da correlação entre as expectativas das pacientes submetidas a RM e sua satisfação com os resultados, bem como fornecer dados para aprimorar a informação e a comunicação sobre as opções de RM previamente à cirurgia. A revisão abrangeu o período de janeiro de 1994 a março de 2017, com inclusão de 21 publicações. As participantes destes estudos expressaram inúmeros itens relacionados a resultados inesperados com a RM, o que poderia ser explicado tanto pela insuficiência no fornecimento de informações, quanto pela falta de entendimento das pacientes sobre o que esperar da RM. Quatro entre os cinco estudos que quantificaram expectativas e satisfação identificaram correlação positiva entre elas. A falha em demonstrar um padrão consistente entre satisfação e expectativas nos demais estudos se deve à diversidade existente na literatura e aos inúmeros sentimentos que as mulheres enfrentam durante o processo do tratamento. Os autores concluíram que o uso de medidas precisas e consistentes de expectativas relatadas pelos pacientes se faz necessário, a fim de educar os pacientes e profissionais de saúde sobre a importância da informação sobre as opções de tratamento.

SIPIÄ *et al.* (2017) buscaram identificar fatores de risco para trajetórias desfavoráveis da dor após cirurgia de câncer de mama, a fim de entender melhor a associação entre expectativa de dor, estresse psicológico e dor aguda no pós-operatório. Este estudo prospectivo incluiu 563 mulheres tratadas para câncer de mama no grupo estudo e 433 participantes no grupo controle. Os autores concluíram que a dor aguda após a cirurgia do câncer de mama é um fenômeno multidimensional, além de identificarem que

expectativas de maior dor pós-operatória e alto estresse pré-operatório preveem dor mais intensa no período pós-operatório.

GLASSEY *et al.* (2018) exploraram as influências na satisfação e na intimidade de pacientes menores de 35 anos submetidas à RM após mastectomia bilateral profilática. Os autores identificaram quatro tópicos: satisfação com as mamas antes da cirurgia, expectativas de resultados, tipo de mastectomia e comunicação aberta. A análise foi qualitativa e incluiu um grupo de 26 mulheres. Os achados do estudo sugeriram que a satisfação das pacientes com as mamas reconstruídas é influenciada por expectativas coerentes e pela comunicação estabelecida com o cirurgião e/ou psicólogos.

PIERRISNARD *et al.* (2018) avaliaram a percepção e as expectativas de pacientes portadoras de câncer mamário, com relação à alteração da imagem corporal após tratamento (alopecia, perda dos cílios e mastectomia). A pesquisa feita também abordou a opinião das pacientes sobre os meios e a qualidade das informações recebidas sobre estas mudanças. O estudo *online* foi respondido por 192 mulheres, das quais 87% relataram ter recebido informação referente ao tratamento e efeitos adversos; porém, a qualidade de informação recebida diferiu entre os tópicos, com melhor informação sobre alopecia. A principal fonte de informação foi o médico especialista (89%), seguido pelo enfermeiro e *internet*. Com relação às expectativas das pacientes, 25% necessitaram de informação adicional sobre os tópicos avaliados na pesquisa, sendo que as mesmas relataram que a transmissão desta informação suplementar deveria ocorrer logo antes do início do tratamento, e preferencialmente pelo médico.

LAGENDIJK *et al.* (2018) avaliaram as pontuações de instrumentos PRO em pacientes submetidas a diferentes abordagens cirúrgicas para tratamento do câncer mamário (mastectomia, RM autóloga, RM com implantes e TCCM) e a opinião das pacientes sobre o uso destes instrumentos. Os instrumentos *European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer-specific Module* (EORTC-QLQ-C30/BR23) e *BREAST-Q*© módulo Reconstrução (pós-operatório) foram comparados entre as diferentes modalidades cirúrgicas e comparados com os respectivos valores publicados em estudos prévios. Os autores encontraram diferenças significativas na pontuação entre os tratamentos e concluíram que, apesar destes instrumentos representarem juntos a maior parte dos questionários específicos para câncer mamário, existem poucos dados publicados referentes aos valores esperados em cada tratamento cirúrgico e novas coortes de pacientes deveriam ser estudadas, a fim de melhorar a interpretação dos resultados e ampliar seu uso no cuidado das pacientes. Com relação à opinião das pacientes sobre os instrumentos, a aceitabilidade foi elevada; em sua maioria, consideravam que os questionários poderiam auxiliar no atendimento de futuras pacientes com câncer de mama e os consideravam úteis para obter informações sobre seu estado de saúde atual.

LEE *et al.* (2018) publicaram estudo prospectivo, para avaliar como as pacientes preveem seu bem-estar após a mastectomia, com ou sem a RM. A coorte, ao final do período de dois anos, era formada por 96 pacientes, das quais 54 foram submetidas somente à mastectomia, e 42 foram submetidas à mastectomia com RM. A pesquisa inicial avaliou seis domínios: felicidade, qualidade de vida, satisfação com as mamas, sensibilidade, dor e atratividade

sexual, sendo que estes últimos cinco domínios foram avaliados utilizando o *BREAST-Q*®. As participantes foram convidadas a responder como se sentiriam nos próximos 12 meses, considerando dois cenários: mastectomia somente ou mastectomia com RM. Após 12 meses, os pesquisadores reavaliaram os seis domínios prévios e incluíram duas escalas: satisfação com a decisão e arrependimento com a decisão. Concluíram que as pacientes subestimaram o bem-estar futuro após a mastectomia e superestimaram o bem-estar após a reconstrução; a imprevisibilidade das expectativas foi associada ao arrependimento.

WEBB *et al.* (2018) utilizaram metodologia mista de pesquisa, com avaliação qualitativa, através de entrevistas, e quantitativa, utilizando o instrumento *BREAST-Q*®, a fim de identificar as preferências com relação à informação recebida sobre RM a partir do relato das pacientes. As participantes, submetidas previamente à RM, relataram deficiências importantes nas informações fornecidas antes da cirurgia. As informações obtidas por meio de interação com a equipe médica e pacientes previamente reconstruídas foram as mais apreciadas; além disso, também priorizaram o acesso a informações de várias fontes (fotografias, informações confiáveis *online*, acesso a material com lista de perguntas frequentes). Ao se compararem os resultados do instrumento *BREAST-Q*®, a satisfação com a informação recebida foi menor do que a satisfação com o cirurgião plástico. Desta forma, os autores concluíram que os resultados do estudo servem para melhorar a educação das pacientes, desenvolver modalidades de ensino para informá-las sobre os vários aspectos da RM, com o intuito de diminuir o arrependimento com a tomada de decisão e melhorar a sua satisfação.

ARCHANGELO *et al.* (2019) avaliaram o impacto da RM na função sexual, imagem corporal e depressão. Neste estudo transversal controlado, foram avaliados três grupos, com 30 participantes cada: mastectomia somente, mastectomia com reconstrução e grupo controle, formado por mulheres sem diagnóstico de câncer de mama. Os pesquisadores utilizaram as versões validadas em português dos instrumentos *Female Sexual Function Index* (FSFI), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), respectivamente. As pacientes submetidas à RM tiveram melhores resultados relacionados à função sexual e imagem corporal, com menos sintomas depressivos.

CARR *et al.* (2019) relataram, em sua metassíntese qualitativa as experiências das pacientes submetidas à RM e suas principais necessidades relacionadas à informação sobre o tratamento. Nesta metassíntese, o profissional de saúde foi tido como principal fonte de informação da paciente, tendo o papel de influenciar suas expectativas. As mulheres que não se consideraram adequadamente informadas sobre os resultados da cirurgia e do processo de recuperação constituíram o grupo de pacientes que relataram insatisfação com a RM, pois suas expectativas não foram alcançadas. Tais expectativas estavam relacionadas principalmente à aparência e sensibilidade da mama reconstruída, cicatrizes, dor e adaptação com a nova imagem corporal. Concluíram com a importância do acesso à informação, pois tais pacientes são as que têm maior probabilidade de desenvolver expectativas compatíveis com o tratamento, evoluindo com melhora no processo de recuperação.

DIKMANS *et al.* (2019) conduziram entrevistas com dez pacientes submetidas à mastectomia profilática, para identificar a influência do tratamento em sua sexualidade. As entrevistas foram realizadas por pesquisador especializado em sexologia e as pacientes também responderam o módulo Reconstrução Mamária do *BREAST-Q*®. Apesar da importância da sexualidade na qualidade de vida e do impacto do tratamento do câncer de mama no bem-estar sexual, este tópico não é rotineiramente abordado pelo mastologista/cirurgião plástico. As pacientes relataram que subestimaram o impacto da mastectomia e da reconstrução em sua sexualidade, além de expressarem a necessidade de mais informações durante o pré-operatório, para a criação de expectativas realistas.

FAYANJU *et al.* (2019) utilizaram o instrumento NCCN-DT (*National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer*) para avaliar prospectivamente o estresse psicológico das pacientes com câncer de mama e procuraram determinar se as características do tratamento estavam associadas a diferenças no estresse das pacientes. Foram acompanhados três coortes: quadrantectomia, mastectomia, mastectomia com reconstrução. Também foi analisada a realização de tratamentos complementares (adjuvantes/neoadjuvantes). No total, foram acompanhadas 1.029 pacientes. As pacientes que optaram pela mastectomia com reconstrução apresentaram níveis basais de estresse mais elevados, fato que foi interpretado como a complexidade envolvida durante a tomada de decisão pelo tratamento. No geral, houve redução nos níveis de estresse nos três grupos, ao longo do tratamento. Os autores concluíram que o instrumento pode fornecer dados para informação e educação das pacientes e identificar os casos com maior necessidade de suporte psicológico durante o tratamento.

FUZESI *et al.* (2019) descreveram, em estudo qualitativo, as expectativas de pacientes submetidas ao TCCM. Identificaram os seguintes temas relacionados às expectativas: experiência com o tratamento do câncer, recuperação, aparência e qualidade de vida. Apesar das informações recebidas no pré-operatório, as pacientes tiveram dificuldades em expressar as expectativas relacionadas aos efeitos do tratamento em seu corpo, principalmente por desconhecerem os efeitos a longo prazo da cirurgia e dos tratamentos adjuvantes. Assim como em outros estudos, os autores identificaram altos níveis de ansiedade entre as pacientes na fase pré-operatória, o que poderia dificultar o processo de informação, influenciar as expectativas e culminar com a insatisfação com o tratamento. Desta forma, concluíram que os resultados do estudo poderiam ser utilizados para aprimorar o aconselhamento e a educação pré-operatória e preparar melhor as pacientes para o tratamento.

ALSHAMMARI *et al.* (2019) avaliaram, prospectivamente, a satisfação com a mama reconstruída e com os resultados do tratamento, utilizando o módulo Reconstrução Mamária (pós-operatório) do *BREAST-Q*®. As pacientes foram alocadas em dois grupos: RM autóloga (n=21) e RM com implantes (n=22), e responderam ao questionário no período entre seis e 36 meses de pós-operatório. Além das escalas do instrumento, foram obtidos os dados clínico-epidemiológicos das participantes e sobre a ocorrência de complicações durante o tratamento. Não houve diferença com significância estatística na satisfação entre os dois grupos e os autores concluíram que, embora existam muitas técnicas cirúrgicas diferentes para reconstruir uma mama após a mastectomia, ainda não existe um método cirúrgico específico que seja perfeito ou adequado para todas as pacientes

submetidas à cirurgia de RM, sendo importante uma abordagem individualizada dos casos.

QUEMENER *et al.* (2019) desenvolveram uma pesquisa, com o objetivo de identificar os fatores determinantes que levaram mulheres acima de 65 anos a optarem pela RM, usando um questionário projetado pela equipe pesquisadora, com base no instrumento *BREAST-Q*®. O estudo do tipo caso-controle foi formado por 134 pacientes tratadas com mastectomia, sendo divididas igualmente entre os grupos “com RM” e “sem RM”. Identificaram maiores escores de motivação e qualidade das informações recebidas no grupo RM. Os resultados do estudo mostraram que as informações fornecidas pelo cirurgião foram um fator determinante para influenciar o processo de tomada de decisão pelas pacientes e que os cirurgiões são a chave para convencer as pacientes idosas de que a idade não deve mais ser um obstáculo à RM.

MORZYCKI *et al.* (2020) avaliaram o impacto da RMT nas expectativas e na qualidade de vida das pacientes, utilizando o instrumento *BREAST-Q*®. Neste estudo transversal, as participantes responderam prospectivamente o módulo Expectativas e o módulo Reconstrução Mamária (pré-operatório). Uma análise retrospectiva dos prontuários foi realizada nas pacientes elegíveis e foram coletados dados demográficos, dados relacionados ao câncer e comorbidades (n=65). No momento da revisão dos prontuários, 29(43%) pacientes haviam sido submetidas à RM, em sua maioria tardia (n=17/59%). Com os resultados obtidos nas escalas, os autores

constatarem que o atraso na RM pode impactar negativamente as expectativas das pacientes em relação à dor e recuperação pós-operatórias.

BUILES RAMÍREZ *et al.* (2020) utilizaram o questionário *BREAST-Q*® para avaliar prospectivamente pacientes que seriam submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. As 112 pacientes foram distribuídas em dois grupos, de acordo com o tipo de tratamento proposto (tratamento conservador e mastectomia com reconstrução), e acompanhadas entre fevereiro de 2014 a fevereiro de 2019. O objetivo do estudo foi demonstrar a utilidade do instrumento, para avaliar a satisfação e a qualidade de vida antes da cirurgia, além de identificar os diferentes perfis de satisfação, o que permitiria aos cirurgiões decidirem qual o melhor procedimento para cada paciente. Neste artigo, foram publicados os resultados preliminares obtidos na análise pré-operatória dos dados. Não foram identificadas diferenças com significância estatística entre os dados clínico- epidemiológicos das pacientes e sua relação com a satisfação e qualidade de vida no pré-operatório; porém, os autores concluíram que o estudo pode ser utilizado para auxiliar na informação das pacientes, no processo de tomada de decisão e comparação com outros grupos de pacientes.

TEDESCO & LOERZEL (2020) utilizaram o módulo Expectativas 2.0 do *BREAST-Q*® para avaliar 27 pacientes. As respostas obtidas foram analisadas e utilizadas para educar individualmente as participantes, visando esclarecer as dúvidas e eliminar possíveis expectativas irreais. Posteriormente ao tratamento de RM, foi aplicado novo questionário,

Postoperative Evaluation of Breast Reconstruction Education Provided Preoperatively Questionnaire (PEBREPP), desenvolvido pela equipe pesquisadora, visando avaliar a satisfação das pacientes com a informação fornecida no pré-operatório. Nos resultados obtidos, as participantes relataram que, com a informação recebida, sentiram-se mais preparadas sobre o tratamento cirúrgico e processo de recuperação, com melhora nos níveis de ansiedade, tanto antes quanto depois da cirurgia. Apesar do questionário PEBREPP ser desenvolvido pela equipe pesquisadora e aplicado a um número reduzido de participantes, teve validade de face e conteúdo. Os autores concluíram que a educação individualizada baseada nas expectativas do pré-operatório pode ser efetiva em modificar expectativas irreais ou imprecisas em expectativas factíveis.

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho de pesquisa

Trata-se de um estudo primário, observacional, transversal, descritivo, não controlado, com seres humanos, multicêntrico.

Na condução deste projeto, foram seguidas as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos. Somente as pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídas (Apêndice 1).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp, parecer número 3.006.795 (Apêndice 2), mediante anuência dos centros coparticipantes: Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM) (Apêndice 3) e Hospital das Clínicas Samuel Libânio, da Universidade do Vale do Sapucaí (Apêndice 4).

4.2 Casuística

Foram selecionadas, consecutivamente, nos ambulatórios de Cirurgia Plástica e Mastologia do Hospital Pérola Byington – CRSM e do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, pacientes com diagnóstico de câncer de mama candidatas à reconstrução mamária (RM), tanto imediata quanto tardia. O recrutamento de pacientes para o estudo ocorreu entre novembro de 2018 e dezembro de 2019.

Na época do delineamento do estudo, não existiam dados disponíveis na literatura, utilizando o Módulo Expectativas do instrumento *BREAST-Q*®, que pudessem ser empregados para o cálculo amostral. Desta forma, foram utilizados dados obtidos de um estudo piloto com 22 pacientes, para esse fim (JULIOUS, 2005). A partir da escala “Expectativas com a Equipe Médica”, foi obtido um desvio padrão (DP) de 14,16. Considerando um nível de confiança de 95%, e um intervalo desejável a ser detectado de 5, o número amostral obtido foi de 123 pacientes.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Mulheres com diagnóstico de câncer mamário, candidatas à mastectomia com reconstrução imediata ou tardia da mama com diferentes técnicas: implantes, retalho do latíssimo do dorso (LD) ou retalho transversal do músculo reto abdominal (TRAM);
- Mulheres maiores de 18 anos de idade, sem restrição quanto à etnia, escolaridade ou classe social.

4.2.2 Critérios de não inclusão

- Pacientes candidatas ao tratamento cirúrgico conservador do câncer mamário;
- Analfabetismo e/ou deficiência visual que impossibilitassem a leitura do instrumento;
- Recusa em participar do estudo.

4.2.3 Critérios de exclusão

- Intercorrências que determinem mudança do planejamento cirúrgico, com cancelamento da reconstrução.

4.2.4 Descrição da casuística

A Tabela 1 contém as principais características clínicas e sociodemográficas das participantes. Foram considerados como cirurgia mamária os casos previamente submetidos à mastectomia, quadrantectomia, mamoplastia de aumento, mamoplastia redutora/mastopexia.

Tabela 1 - Características clínicas e sociodemográficas

	(continua)
	Estimativas (N=123)
Idade (anos)	
Média ± DP	48,1 ± 9,8
Mediana (mínimo - máximo)	48,0 (29,0; 70,0)
Estado Conjugal, N (%)	
Sem companheiro	69 (56,1)
Com companheiro	54 (43,9)
Escolaridade, N (%)	
Fundamental	22 (17,9)
Médio	59 (48,0)
Superior	42 (34,1)
Cor, N (%)	
Branca	97 (78,9)
Não branca	26 (21,1)
IMC (kg/m²)	
Média ± DP	25,9 ± 4,5
Mediana (mínimo - máximo)	26,0 (16,7; 45,2)
Comorbidades, N (%)	
Ausente	84 (68,3)
Presente	39 (31,7)
Número de gestações	
Média ± DP	1,8 ± 1,1
Mediana (mínimo - máximo)	2,0 (0,0; 5,0)

	(continuação)
	Estimativas (N=123)
Menopausa, N (%)	
Sim	69 (56,1)
Não	54 (43,9)
Cirurgia prévia - mamária, N (%)	
Sim	80 (65,0)
Não	43 (35,0)
Cirurgia prévia - não mamária, N (%)	
Sim	77 (62,6)
Não	46 (37,4)
Quimioterapia, N (%)	
Sim	79 (64,2)
Não	44 (35,8)
Radioterapia, N (%)	
Sim	60 (48,8)
Não	63 (51,2)
Localização do tumor, N (%)	
Unilateral	120 (97,6)
Bilateral	3 (2,4)
Tipo de Reconstrução, N (%)	
Imediata	43 (35,0)
Tardia	80 (65,0)
Técnica de reconstrução, N (%)	
Implantes	81 (65,9)
Retalho - TRAM	12 (9,8)
Retalho - LD	30 (24,4)

4.3 Procedimentos

Ao comparecerem para consulta médica após receberem a indicação de RM, as pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade foram esclarecidas sobre a pesquisa e convidadas a participar. Aquelas que assinaram o TCLE foram incluídas no estudo e tiveram seus dados sociodemográficos e clínicos coletados (Apêndice 5).

Em seguida, foi realizada a autoaplicação assistida do módulo “Expectativas com a Reconstrução Mamária” do *BREAST-Q*® (Anexo 1), em sala ambulatorial privativa, no pré-operatório.

4.3.1 Instrumento *BREAST-Q*©

O *BREAST-Q*© é um instrumento do tipo *Patient Reported Outcomes* (PRO), desenvolvido utilizando métodos psicométricos qualitativos e quantitativos sob recomendações internacionais, a fim de avaliar os resultados relatados por pacientes submetidas a diferentes tipos de cirurgia de mama. Sua primeira versão foi publicada em 2009 e a segunda versão (2.0) em 2017. O questionário foi traduzido e validado para uso no Brasil em 2013 (SBALCHIERO *et al.*, 2013).

É composto por seis módulos; quatro deles são referentes ao câncer mamário: Mastectomia, Reconstrução, Tratamento Conservador e Expectativas. Os outros dois se referem à Mamoplastia Redutora/Mastopexia e Mamoplastia de Aumento. Os módulos são divididos em múltiplas escalas, que podem ser utilizadas de forma independente.

Sua estrutura conceitual é baseada em dois temas (ou domínios), que, por sua vez, possuem três subtemas cada um, organizados da seguinte forma:

- a) Qualidade de vida
 - Bem-estar psicossocial;
 - Bem-estar sexual;
 - Bem-estar físico.
- b) Satisfação da paciente
 - Satisfação com as mamas;
 - Satisfação com o resultado;
 - Satisfação com o atendimento.

4.3.1.1 Módulo Expectativas com a Reconstrução Mamária

As escalas do módulo Expectativas com a Reconstrução Mamária foram desenvolvidas para serem administradas no pré-operatório apenas, a fim de avaliar as expectativas das pacientes com relação ao tratamento cirúrgico e seus resultados. Este módulo foi desenvolvido posteriormente, em 2012. Sua versão mais recente é de 2017, a qual foi traduzida e validada para uso no Brasil em 2018 (OLIVEIRA, 2018).

Assim como os demais módulos, ele é composto por escalas (questões) que podem ser utilizadas de forma independente ou em conjunto, algumas têm estrutura com multi-itens e outras são categóricas. No total, é formado por 27 questões, sendo algumas específicas para determinadas técnicas e outras voltadas a todas as pacientes que serão submetidas à RM.

Para a obtenção dos resultados, as participantes não precisam completar todas as escalas do módulo, visto que cada uma delas pode ser utilizada de forma independente. Desta forma, não existe um valor de pontuação total para o *BREAST-Q*®, e sim uma pontuação para as escalas compostas por múltiplos itens. A pontuação numérica dos itens deve ser somada, o valor obtido com esta soma é convertido através de uma tabela e gera o resultado, um escore que pode variar de 0 a 100. Na presença de dados ausentes e respostas “não sei”, será utilizada a média dos itens respondidos. Se os dados ausentes/ “não sei” representarem mais que 50% da escala, esta não deverá ser interpretada para o indivíduo.

Entre as questões que abordam a RM, independente da técnica a ser empregada, quatro delas geram escore:

-
- a) Expectativas com o suporte prestado pela equipe médica, avalia quanto tempo e suporte emocional a paciente espera receber da equipe médica e do cirurgião durante o processo de reconstrução;
 - b) Expectativas relacionadas à dor, que avalia a magnitude de dor que a paciente espera enfrentar na primeira semana após a cirurgia de reconstrução;
 - c) Expectativas de enfrentamento, que avalia como a paciente espera passar pelo processo de RM durante o primeiro ano de pós-operatório, como, por exemplo, se espera retomar sua vida normalmente;
 - d) Expectativas com a aparência da mama quando vestida, que avalia a expectativa com a aparência da mama reconstruída após um ano de cirurgia (exemplo: como ficará com sutiã).

Além disso, o instrumento possui escalas que abordam temas como informação necessária, tomada de decisões, expectativas com relação a complicações, aparência (despida, simetria mamária, cicatrizes, aspecto da lateral da mama, formato, tamanho), sensibilidade, reconstrução com expensor tecidual, reconstrução com implantes, reconstrução com retalho abdominal, reconstrução do mamilo, cirurgia de revisão.

4.4 Análise estatística

Os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas, foram apresentadas frequências absolutas e relativas, e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

As consistências internas dos itens das escalas de expectativas que resultam em escore foram avaliadas por meio do Alpha de Cronbach. O Alpha de Cronbach é um coeficiente de confiabilidade (ou consistência) e mensura o quão bem um conjunto de itens mensura um único constructo latente, cujo valor depende do número de itens e da média das correlações entre eles, não sendo considerado um teste estatístico. Quanto maior o número de itens ou quanto maior for a média das correlações entre os itens, maior será o valor de Alpha de Cronbach, variando, normalmente, entre 0 e 1.

Entretanto, na realidade, não há limite inferior para este coeficiente. Quanto mais próximo de 1, maior será a consistência entre os itens de uma escala. Desta forma, podem ser consideradas as seguintes categorias: 0,9 ou superior – Excelente; de 0,8 a 0,9 (inclusive) – Bom; de 0,7 a 0,8 (inclusive) – Aceitável; de 0,5 a 0,7 (inclusive) – Pobre e abaixo de 0,5 – Inaceitável.

A comparação de médias do escore das quatro escalas de expectativas (Equipe Médica, Dor, Enfrentamento e Aparência) foi realizada via teste não-paramétrico de Friedman, devido à violação da suposição de normalidade na distribuição dos dados.

A comparação de médias entre dois grupos foi realizada utilizando-se o teste t de Student para amostras independentes. Já a comparação de médias entre três grupos ou mais foi realizada via Análise de Variâncias (ANOVA). Ao serem detectadas diferenças de médias, tais diferenças foram localizadas utilizando-se as comparações múltiplas de Duncan.

Tanto a ANOVA como o teste t de Student têm como um dos pressupostos a normalidade na distribuição dos dados. Em caso de violação da normalidade dos dados no teste t de Student e ANOVA, as médias foram

comparadas empregando-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, respectivamente. Uma vez detectadas as diferenças de médias na ANOVA e no teste de Kruskal-Wallis, a identificação de grupos de médias distintas foi realizada via testes de Duncan ou de Dunn-Bonferroni, respectivamente, mantendo-se um nível de significância global de 5%.

A associação linear entre duas variáveis numéricas foi avaliada via correlação de Pearson e de Spearman.

Para se avaliar simultaneamente os efeitos das características demográficas e clínicas sobre cada um dos escores de expectativa, foi utilizada a regressão linear múltipla. Inicialmente, foram selecionadas todas as características demográficas e clínicas. Em seguida, as variáveis não significantes a 5% foram excluídas, uma a uma, por ordem de significância. A regressão linear apresenta também como pressuposto a normalidade nos dados.

A normalidade na distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para todos os testes estatísticos, foi utilizado um nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com o uso do software estatístico SPSS 20.0 e STATA 12.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

O período de coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a dezembro de 2019, com inclusão de 123 pacientes no estudo. Nenhuma paciente foi excluída.

5.1 Expectativas

Nas escalas com múltiplos itens que geram escore, os itens que compreendem a expectativa com relação à Equipe Médica apresentaram uma consistência interna aceitável (Alpha de Cronbach= 0,779). Já para a expectativa com relação à Dor e ao Enfrentamento, observaram-se consistências internas boas entre os itens (0,894 e 0,857; respectivamente) e, para a Aparência, uma excelente consistência interna (Alpha de Cronbach= 0,905).

As tabelas de 2 a 5 apresentam a distribuição das pacientes em relação a essas escalas.

Tabela 2 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação à Equipe Médica

	N	%
Receberei cuidados médicos rapidamente se eu precisar	120	100,0%
Improvável	5	4,2%
Pouco provável	6	5,0%
Muito provável	106	88,3%
Não sei	3	2,5%
A equipe médica “me dará força” sempre que eu precisar deles	119	100,0%
Improvável	2	1,7%
Pouco provável	14	11,8%
Muito provável	82	68,9%
Não sei	21	17,6%
O cirurgião vai me fazer sentir como se eu fosse sua única paciente	120	100,0%
Improvável	2	1,7%
Pouco provável	9	7,5%
Muito provável	93	77,5%
Não sei	16	13,3%
O cirurgião passará muito tempo comigo	119	100,0%
Improvável	14	11,8%
Pouco provável	11	9,2%
Muito provável	72	60,5%
Não sei	22	18,5%
O cirurgião e enfermeiros estarão disponíveis sempre que eu precisar deles	119	100,0%
Improvável	15	12,6%
Pouco provável	30	25,2%
Muito provável	39	32,8%
Não sei	35	29,4%

Tabela 3 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação à Dor

	N	%
Vou me sentir machucada	121	100,0%
Improvável	27	22,3%
Pouco provável	32	26,4%
Muito provável	47	38,8%
Não sei	15	12,4%
Vou me sentir desconfortável	122	100,0%
Improvável	12	9,8%
Pouco provável	24	19,7%
Muito provável	77	63,1%
Não sei	9	7,4%
Vou sentir pressão no peito	121	100,0%
Improvável	27	22,3%
Pouco provável	18	14,9%
Muito provável	36	29,8%
Não sei	40	33,1%
A dor será intensa	121	100,0%
Improvável	27	22,3%
Pouco provável	40	33,1%
Muito provável	17	14,0%
Não sei	37	30,6%
Vou precisar de muitos analgésicos	121	100,0%
Improvável	19	15,7%
Pouco provável	31	25,6%
Muito provável	43	35,5%
Não sei	28	23,1%
Vou sentir uma dor imensa	121	100,0%
Improvável	34	28,1%
Pouco provável	28	23,1%
Muito provável	19	15,7%
Não sei	40	33,1%

Tabela 4 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação ao Enfrentamento

	N	%
A vida vai ficar melhor conforme o passar do tempo	121	100,0%
Improvável	5	4,1%
Pouco provável	3	2,5%
Muito provável	100	82,6%
Não sei	13	10,7%
Vou pensar positivamente	122	100,0%
Improvável	3	2,5%
Pouco provável	1	0,8%
Muito provável	115	94,3%
Não sei	3	2,5%
Estarei melhor e seguindo a vida	122	100,0%
Improvável	3	2,5%
Muito provável	112	91,8%
Não sei	7	5,7%
Eu vou voltar para a minha vida normal	122	100,0%
Improvável	4	3,3%
Pouco provável	5	4,1%
Muito provável	103	84,4%
Não sei	10	8,2%
Vou me adaptar à reconstrução	122	100,0%
Improvável	2	1,6%
Pouco provável	2	1,6%
Muito provável	108	88,5%
Não sei	10	8,2%

Tabela 5 – Distribuição das pacientes por expectativa, com relação à Aparência

	N	%
Minhas roupas vão cair bem	121	100,0%
Improvável	6	5,0%
Pouco provável	9	7,4%
Muito provável	90	74,4%
Não sei	16	13,2%
Ficarei com um formato normal	121	100,0%
Improvável	8	6,6%
Pouco provável	13	10,7%
Muito provável	83	68,6%
Não sei	17	14,0%
Vou parecer normal de sutiã	121	100,0%
Improvável	3	2,5%
Pouco provável	11	9,1%
Muito provável	96	79,3%
Não sei	11	9,1%
Vou parecer normal quando eu me olhar no espelho	122	100,0%
Improvável	13	10,7%
Pouco provável	17	13,9%
Muito provável	73	59,8%
Não sei	19	15,6%
Ficarei ótima de sutiã	121	100,0%
Improvável	3	2,5%
Pouco provável	12	9,9%
Muito provável	88	72,7%
Não sei	18	14,9%

De acordo com a tabela 6 e a figura 1, verificou-se que as médias dos escores foram distintas entre as quatro escalas ($p < 0,001$). Dessa forma, a média do escore de expectativa relacionada à Dor foi inferior à média do escore de expectativa com relação à Equipe Médica, que, por sua vez, foi inferior à expectativa com relação ao Enfrentamento. A média do escore de expectativa relacionada à Aparência mostrou-se superior apenas à do escore de expectativa de Dor, não sendo verificadas diferenças de médias com as demais escalas de expectativas.

Tabela 6 – Medidas-resumo dos escores das expectativas, com relação à Equipe Médica, Dor, Enfrentamento e Aparência

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Escore de Expectativas									-
Equipe Médica	84,3	21,6	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	108	
Dor	59,4	29,3	0,0	100,0	48,0	64,0	80,0	105	
Enfrentamento	94,6	16,4	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	115	
Aparência	88,2	22,9	0,0	100,0	85,0	100,0	100,0	108	
Escore de Expectativas (amostras pareadas)									<0,001
Equipe Médica	83,3	21,9	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	84	
Dor	57,6	28,3	0,0	100,0	48,0	64,0	78,0	84	
Enfrentamento	95,0	14,9	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	84	
Aparência	90,7	18,5	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	84	

p - nível descritivo do teste não-paramétrico de Friedman (amostras pareadas).

Comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni: Dor < Equipe médica < Enfrentamento; Aparência > Dor.

Em conformidade com as regras de pontuação do escore para as escalas, quando mais de 50% dos itens não forem respondidos ou forem assinalados como “não sei”, a escala não poderá ser interpretada para o indivíduo. Desta forma, em 15 casos (12,2%), os dados não puderam ser interpretados com relação às expectativas com Equipe Médica e Aparência, em 18 casos (14,6%) para expectativas de Dor e oito casos (6,5%) para expectativas relacionadas ao Enfrentamento.

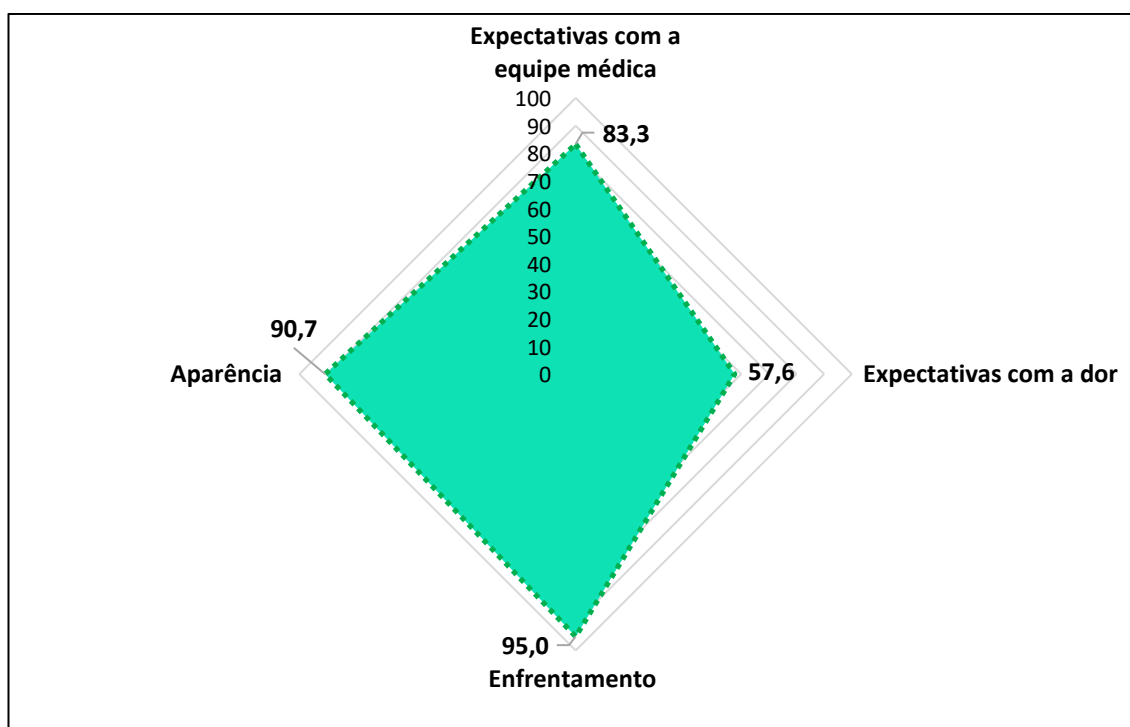


Figura 1 – Médias dos escores por escalas de expectativas (Equipe Médica, Dor, Enfrentamento, Aparência)

Para interpretar o gráfico apresentado na Figura 1, dois elementos devem ser analisados: **a área da figura**: quanto maior, maior a média dos escores em cada uma das escalas de expectativas; e **a forma** dessa área: quanto mais regular for o polígono, mais homogêneos serão os valores das médias entre as escalas. Assim, um gráfico com polígono muito irregular indicaria que, em média, os escores das escalas de expectativas não foram similares.

5.2 Fatores associados aos escores de expectativas

5.2.1 Análise univariada

A tabela 7 apresenta as correlações entre os escores de expectativas e as variáveis Idade, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Número de gestações. As correlações variam entre -1 (correlação negativa perfeita) e +1 (correlação positiva perfeita). Valores de correlações próximos a zero indicam ausência de correlação entre variáveis.

Dessa forma, observou-se uma fraca associação positiva entre o escore de expectativa com relação à Aparência e o IMC ($r^P=0,194$; $p=0,046$), denotando que, quanto maior o IMC, maior o escore de expectativa relacionada à Aparência. Além disso, foi constatada uma fraca associação negativa entre escore de expectativa de Dor e número de gestações ($r^S=-0,196$; $p=0,045$), indicando que, quanto maior o número de gestações, menor o valor de expectativa com relação à Dor.

Tabela 7 – Correlação entre os escores de expectativas e as variáveis idade, IMC e número de gestações

Expectativas	Idade (anos)			IMC (kg/m ²)			Número de gestações		
	r ^P	p	N	r ^P	p	N	r ^S	p	N
Equipe Médica	-0,099	0,310	108	0,023	0,814	106	-0,067	0,493	108
Dor	-0,019	0,845	105	-0,190	0,055	103	-0,196	0,045	105
Enfrentamento	0,145	0,122	115	0,102	0,281	113	0,092	0,326	115
Aparência	0,164	0,090	108	0,194	0,046	106	0,077	0,430	108

r^P – Correlação de Pearson.

r^S – Correlação de Spearman.

Ao avaliar as expectativas associadas ao nível de escolaridade, de acordo com a tabela 8, verificaram-se apenas diferenças de médias de escore de expectativa relacionada à Dor ($p=0,009$). Assim, observou-se que a média de expectativa de dor em mulheres com nível superior foi superior à das mulheres com demais níveis de escolaridade, similares entre si.

Tabela 8 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por escolaridade

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,067 ^a
Fundamental	71,5	31,7	0,0	100,0	39,8	83,5	100,0	20	
Médio	84,4	20,0	17,0	100,0	78,0	89,0	100,0	50	
Superior	90,9	13,1	54,0	100,0	86,3	100,0	100,0	38	
Dor									0,009
Fundamental	47,4 ^B	30,4	0,0	100,0	14,0	54,0	64,0	19	
Médio	55,8 ^B	28,6	0,0	100,0	42,0	59,0	72,0	49	
Superior	70,4 ^A	26,6	0,0	100,0	59,0	72,0	100,0	37	
Enfrentamento									0,124 ^a
Fundamental	87,2	25,9	0,0	100,0	68,0	100,0	100,0	19	
Médio	95,5	15,6	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	56	
Superior	96,9	9,7	64,0	100,0	100,0	100,0	100,0	40	
Aparência									0,533 ^a
Fundamental	80,9	31,9	0,0	100,0	70,8	100,0	100,0	20	
Médio	88,0	22,8	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	53	
Superior	92,7	15,5	34,0	100,0	91,0	100,0	100,0	35	

p - nível descritivo da ANOVA ou teste de Kruskal-Wallis^(a).

(**A**) e (**B**) apresentam médias distintas, segundo comparações múltiplas de Duncan.

Entre as pacientes que foram submetidas à quimioterapia, conforme tabela 9, verificaram-se diferenças de médias dos escores de expectativas com relação à Equipe Médica ($p=0,040$), Enfrentamento ($p=0,044$) e Aparência ($p=0,031$). Ou seja, a média de escore de Enfrentamento e Aparência das mulheres que não realizaram quimioterapia foi maior do que as mulheres que realizaram quimioterapia. Padrão inverso foi observado para

as expectativas com relação à Equipe Médica. Neste estudo, 22,8% das pacientes foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante.

Tabela 9 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por quimioterapia

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas Equipe Médica									0,040
Realizou quimioterapia	87,86	19,074	0	100	78,00	100,00	100,00	69	
Não realizou quimioterapia	78,58	24,458	17	100	63,00	89,00	100,00	38	
Dor									0,139
Realizou quimioterapia	57,2	28,2	0,0	100,0	48,0	59,0	64,0	67	
Não realizou quimioterapia	63,0	31,5	0,0	100,0	54,0	72,0	84,0	37	
Enfrentamento									0,044
Realizou quimioterapia	92,3	19,6	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	73	
Não realizou quimioterapia	98,6	6,5	68,0	100,0	100,0	100,0	100,0	41	
Aparência									0,031
Realizou quimioterapia	84,4	26,5	0,0	100,0	81,3	100,0	100,0	70	
Não realizou quimioterapia	95,2	11,3	53,0	100,0	97,8	100,0	100,0	38	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Como apresentado na tabela 10, a média das mulheres que não realizaram radioterapia foi maior do que a das mulheres que realizaram radioterapia no quesito expectativas com relação ao Enfrentamento ($p=0,045$).

Tabela 10 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por radioterapia

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,196
Realizou radioterapia	88,4	15,7	45,0	100,0	78,0	100,0	100,0	50	
Não realizou radioterapia	80,7	25,2	0,0	100,0	66,0	89,0	100,0	58	
Dor									0,168
Realizou radioterapia	55,2	28,9	0,0	100,0	33,0	61,5	72,0	48	
Não realizou radioterapia	62,9	29,3	0,0	100,0	54,0	64,0	84,0	57	
Enfrentamento									0,045
Realizou radioterapia	92,4	17,9	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	56	
Não realizou radioterapia	96,7	14,6	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	59	
Aparência									0,773
Realizou radioterapia	87,1	24,2	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	53	
Não realizou radioterapia	89,3	21,8	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	55	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Conforme tabela 11, verificaram-se apenas diferenças entre as médias do escore de expectativa de Enfrentamento ($p=0,047$). Assim, a média do escore das pacientes que iriam se submeter à técnica de reconstrução com retalho transversal do músculo reto abdominal (TRAM) foi superior à técnica com retalho do músculo latíssimo do dorso (LD). Não foram observadas diferenças de médias do escore entre as mulheres que fariam uso de implantes daquelas que seriam submetidas às outras técnicas.

Tabela 11 – Medidas-resumo dos escores de expectativas por técnica de reconstrução

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,153
Implante	82,3	23,2	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	74	
Retalho	95,0	9,0	78,0	100,0	89,0	100,0	100,0	11	
TRAM									
Retalho LD	85,4	19,2	45,0	100,0	66,0	100,0	100,0	23	
Dor									0,786
Implante	58,7	30,2	0,0	100,0	48,0	64,0	80,0	75	
Retalho	55,5	24,7	14,0	100,0	42,0	59,0	64,0	8	
TRAM									
Retalho LD	63,2	28,4	0,0	100,0	48,0	61,5	91,0	22	
Enfrentamento									0,047
Implante	95,8	14,4	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	77	
Retalho	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	11	
TRAM									
Retalho LD	88,96 ^(A)	22,7	0,0	100,0	73,0	100,0	100,0	27	
Aparência									0,128
Implante	88,8	21,6	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	70	
Retalho	98,5	5,1	83,0	100,0	100,0	100,0	100,0	11	
TRAM									
Retalho LD	82,6	28,8	0,0	100,0	69,0	100,0	100,0	27	

p - nível descritivo do teste de Kruskal-Wallis.

(A) e **(B)** apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

Não foram verificadas diferenças de médias nos escores das expectativas quanto à Equipe Médica, Dor, Enfrentamento e Aparência, em relação ao estado conjugal (tabela I), cor da pele (tabela II), presença de comorbidades (tabela III), menopausa (tabela IV), cirurgia mamária prévia (tabela V), cirurgia não mamária prévia (tabela VI), localização do tumor (tabela VII) e momento da reconstrução (tabela VIII) (Apêndice 6).

5.2.2 Análise multivariada

Nesta avaliação, foram ajustados modelos de regressão lineares múltiplos, tendo como variável dependente cada um dos escores de expectativas (Tabela IX, Apêndice 7).

Foram observados os seguintes resultados (tabela 12):

- a) **Expectativas com relação à Equipe Médica:** permaneceram significantes no modelo, a escolaridade ($p=0,004$) e quimioterapia ($p=0,030$). Dessa forma, as mulheres com ensino fundamental apresentaram média do escore inferior à das mulheres com ensino médio (13,8 pontos a menos), não sendo verificadas diferenças de médias de escore entre mulheres com ensino médio e superior ($p=0,236$). Além disso, as mulheres que não realizaram quimioterapia apresentaram, em média, expectativa menor do que as mulheres que realizaram esse tratamento (cerca de 9 pontos a menos);
- b) **Expectativas com relação à Dor:** permaneceu significativa no modelo apenas a escolaridade ($p=0,009$). Sendo assim, as pacientes com ensino superior apresentaram média maior de escore do que as mulheres com ensino médio (14,6 pontos a mais). Não foram verificadas diferenças de médias entre o grupo de mulheres com ensino fundamental e ensino médio ($p=0,277$);
- c) **Enfrentamento:** permaneceram significantes, no modelo, a idade ($p=0,048$), a cor da pele ($p=0,013$) e a técnica de reconstrução ($p=0,035$). Dessa forma, em média, o aumento de um ano na idade acarreta um aumento de 0,31 pontos no escore. Adicionalmente, as mulheres de cor não branca apresentaram, em média, 8,9 pontos a

menos do que as mulheres brancas. Além disso, as mulheres que fariam reconstrução com técnica de retalho LD apresentaram média do escore inferior à das mulheres que seriam submetidas à reconstrução com implantes (8 pontos a menos), não sendo verificadas diferenças de médias de escore entre mulheres que fariam reconstrução com retalho TRAM e implantes ($p=0,369$);

- d) **Aparência:** permaneceu significativa no modelo apenas a quimioterapia ($p=0,018$); logo, a média do escore de mulheres que não realizaram quimioterapia foi superior à daquelas que realizaram este tratamento (10,8 pontos a mais).

Tabela 12 – Resultados dos modelos de regressão linear múltipla final para os escores de expectativas – modelos finais

	Expectativas							
	Equipe médica		Dor		Enfrentamento		Aparência	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Idade (anos)	-	-	-	-	0,312 (0,002 a 0,622)	0,048	-	-
Com companheiro (ref.=Sem companheiro)	-	-	-	-	-	-	-	-
Escolaridade (ref.=Médio)		0,004		0,009				
Fundamental	-13,84 (-24,48 a -3,20)	0,011	-8,33 (-23,46 a 6,79)	0,277	-	-	-	-
Superior	5,22 (-3,46 a 13,90)	0,236	14,60 (2,40 a 26,79)	0,019	-	-	-	-
Cor - Não branca (ref.=Branca)	-	-	-	-	-8,86 (-15,84 a -1,87)	0,013	-	-
IMC (kg/m²)	-	-	-	-	-	-	-	-
Comorbidades	-	-	-	-	-	-	-	-
Número de gestações	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem menopausa	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem cirurgia mamária prévia	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem cirurgia não mamária prévia	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem quimioterapia	-9,02 (-17,13 a -0,9)	0,030	-	-	-	-	10,82 (1,86 a 19,78)	0,018
Sem radioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-
Localização do tumor (ref.=Unilateral)	-	-	-	-	-	-	-	-
Reconstrução imediata (ref.=tardia)	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnica de reconstrução (ref.=Implante)						0,035		
Retalho TRAM	-	-	-	-	4,53 (-5,42 a 14,49)	0,369	-	-
Retalho LD	-	-	-	-	-8,02 (-15,04 a -1,00)	0,026	-	-
Constante	88,50 (81,96 a 95,03)	<0,001	55,76 (47,76 a 63,75)	<0,001	82,97 (67,89 a 98,05)	<0,001	84,41 (79,1 a 89,73)	<0,001
R ²	14,12%		8,78%		12,55%		5,14%	
R ² ajustado	11,62%		6,99%		9,37%		4,24%	
N	107		105		115		108	

IC95% - Intervalo de confiança de 95% para o coeficiente da regressão.

R²- Coeficiente de determinação – Quantifica a porcentagem da variância do escore explicado pelas variáveis preditoras.

5.3 Expectativas: escalas do tipo múltipla escolha

O instrumento se inicia com três questões do tipo múltipla escolha, nas quais as pacientes relatam as expectativas relacionadas à informação que esperam receber sobre a cirurgia de reconstrução mamária (RM), ao envolvimento na tomada de decisões e ao risco de ocorrência de complicações no pós-operatório. A maioria das pacientes referiu querer saber de tudo (58,2%) e se envolver em todo o processo de tomada de decisões (52,8%). Por outro lado, 46,3% das pacientes referiram não saber o quão provável seria a ocorrência de complicações (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das pacientes por expectativas quanto à informação, tomada de decisões e ocorrência de complicações

	N	%
Quanta informação você espera receber antes de sua cirurgia de reconstrução de mama?	122	100,0%
Não muita informação, ou então ficarei com medo	5	4,1%
O quanto de informação eu precisar para estar preparada	46	37,7%
Quero saber de tudo	71	58,2%
Sem informação	1	
O quanto você espera se envolver na tomada de decisões sobre sua cirurgia de reconstrução de mama?	123	100,0%
Não vou me envolver – vou deixar a decisão para o cirurgião	37	30,1%
Um pouco envolvida – darei algumas opiniões	21	17,1%
Muito envolvida – serei parceira em todas as tomadas de decisão	65	52,8%
O quanto você acha provável que ocorra uma complicação após sua cirurgia de reconstrução de mama?	123	100,0%
Muito provável – estou no grupo de alto risco para complicações.	1	0,8%
Improvável – estou em um grupo de risco normal para complicações.	25	20,3%
Muito improvável – estou em um grupo de muito baixo risco para complicações	40	32,5%
Eu não sei	57	46,3%

Nas escalas que avaliam as expectativas relacionadas à reconstrução com expansor tecidual, 51,2% das mulheres apontaram esperar alguma alteração na mama (achatamento ou pequena elevação), 51,2% citaram não saber quanta dor sentiriam com o expansor e 44,2% esperam que a expansão seja desconfortável (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das pacientes por expectativas de aparência e dor, relacionadas à reconstrução com expansor

	N	%
Imagine-se com o expansor de tecidos colocado,		
Como você espera que a sua mama ficará?	43	100,0%
Minha mama parecerá achatada	11	25,6%
Haverá uma pequena elevação (ou elevações)	11	25,6%
Minhas mamas estarão totalmente formadas logo após	5	11,6%
Eu não sei	16	37,2%
Quanta dor você espera sentir com o expansor?	43	100,0%
Eu estarei com dor constante	1	2,3%
Vou sentir minha mama apertada e desconfortável	16	37,2%
Eu não sentirei nenhum desconforto	4	9,3%
Eu não sei	22	51,2%
O que você espera sentir em cada expansão?	43	100,0%
Cada expansão será dolorosa	4	9,3%
Cada expansão será desconfortável	19	44,2%
Não sentirei nenhum desconforto durante as expansões	5	11,6%
Eu não sei	15	34,9%

N=44 mulheres que seriam submetidas à reconstrução com expansor. 1 caso sem informação.

A tabela 15 apresenta a distribuição das pacientes com relação às expectativas no primeiro ano de pós-operatório, e após dez anos da cirurgia de RM.

Tabela 15 – Distribuição das pacientes por expectativas após um ano e dez anos da reconstrução mamária

(continua)		
Expectativas um ano após a reconstrução	N	%
Como você espera que sua(s) mama(s) ficará(ão) quando você estiver sem roupas?	123	100,0%
Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) deformada(s)	2	1,6%
Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) legal(is)	32	26,0%
Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) linda(s)	59	48,0%
Eu não sei	30	24,4%
Como você acha que suas mamas parecerão, quando despidas (sem roupas)?	123	100,0%
Minhas duas mamas ficarão muito diferentes uma da outra	13	10,6%
Minhas duas mamas ficarão parecidas uma com a outra	63	51,2%
Minhas duas mamas ficarão exatamente iguais	12	9,8%
Eu não sei	35	28,5%
O quão perceptíveis você acha que ficarão as cicatrizes em sua mama?	123	100,0%
As cicatrizes serão muito visíveis	12	9,8%
As cicatrizes serão um pouco visíveis	56	45,5%
Eu não verei cicatrizes	26	21,1%
Eu não sei	29	23,6%
O quanto de sensação (sensibilidade) você espera sentir em sua(s) nova(s) mama(s)	123	100,0%
Não terei quase nenhuma sensibilidade em minha(s) nova(s) mama(s)	19	15,4%
Terei alguma sensibilidade em minha(s) nova(s) mama(s)	28	22,8%
Terei sensibilidade normal em minha(s) nova(s) mama(s)	27	22,0%
Eu não sei	49	39,8%
Qual tamanho você espera que sua(s) mama(s) tenha(m)	123	100,0%
Um tamanho muito diferente do meu natural (menor ou maior)	13	10,6%
Um tamanho um pouco diferente do meu natural (menor ou maior)	52	42,3%
Exatamente o mesmo tamanho das minhas mamas naturais	39	31,7%
Eu não sei	19	15,4%
Como você espera que seja a forma de sua(s) nova(s) mama(s)?	122	100,0%
Uma forma muito diferente das minhas mamas naturais	21	17,2%
Uma forma levemente diferente das minhas mamas naturais	59	48,4%
Exatamente a mesma forma das minhas mamas naturais	21	17,2%
Eu não sei	21	17,2%
Sem informação	1	
O quão natural você espera que seja(m) sua(s) mama(s)?	123	100,0%
Minhas mamas não ficarão normais	7	5,7%
Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) um pouco com as mamas naturais	72	58,5%

	(continuação)	
Expectativas um ano após a reconstrução	N	%
Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) exatamente iguais às naturais	19	15,4%
Eu não sei	25	20,3%
O quanto você espera que sua(s) nova(s) mama(s) se mexa(m) (movimente)?	123	100,0%
Minha(s) nova(s) mama(s) não vai(vão) se mexer	10	8,1%
Minha(s) nova(s) mama(s) vai(vão) se mexer menos que as naturais	50	40,7%
Minha(s) nova(s) mama(s) vai(vão) se mexer exatamente iguais como as naturais	19	15,4%
Eu não sei	44	35,8%
Como você espera que fiquem as laterais da sua mama?	123	100,0%
As laterais da minha mama ficarão muito diferentes do que antes da cirurgia	16	13,0%
As laterais da minha mama ficarão um pouco diferentes do que antes da cirurgia	45	36,6%
As laterais da minha mama ficarão exatamente iguais a antes da cirurgia	27	22,0%
Eu não sei	35	28,5%
O quanto de sensação (sensibilidade) você espera ter nas laterais da sua mama?	123	100,0%
As laterais da minha mama ficarão completamente dormentes	5	4,1%
As laterais da minha mama ficarão um pouco dormentes	55	44,7%
As laterais da minha mama ficarão normais	32	26,0%
Eu não sei	31	25,2%
Expectativas dez anos após a reconstrução		
O quão parecidas (simétricas) você espera que suas mamas estejam?	121	100,0%
Minhas mamas não ficarão tão parecidas como ficaram logo após a reconstrução	30	24,8%
Minhas mamas ficarão quase tão parecidas como ficaram logo após a reconstrução	29	24,0%
Minhas mamas estarão exatamente como ficaram logo após a reconstrução	16	13,2%
Eu não sei	46	38,0%
Sem informação	2	
Você acha que vai precisar de uma nova cirurgia em sua(s) mama(s)?	121	100,0%
Eu muito provavelmente precisarei de mais cirurgia(s) reconstrutiva(s) em minha(s) mama(s)	13	10,7%
Eu possivelmente precisarei de mais cirurgia(s) reconstrutiva(s) em minha(s) mama(s)	16	13,2%
Eu não precisarei de mais cirurgia(s) reconstrutiva(s) em minha(s) mama(s)	30	24,8%
Eu não sei	62	51,2%
Sem informação	2	

Entre as pacientes que seriam submetidas à RM, tanto imediata quanto tardia, com técnicas em que o complexo aréolo-papilar (CAP) não foi preservado, 48,1% dos casos apontaram esperar que o CAP reconstruído ficaria parecido com um CAP normal. Além disso, 49,0% das mulheres citaram não saber como seria a sensibilidade do novo CAP (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição das pacientes por expectativas, com relação à reconstrução do CAP após um ano de cirurgia

	N	%
Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama		
Como você espera que ficará a reconstrução do seu mamilo?	104	100,0%
Meu novo mamilo ficará completamente diferente de um mamilo normal	11	10,6%
Meu novo mamilo ficará parecido com um mamilo normal	50	48,1%
Meu novo mamilo ficará exatamente igual a um mamilo normal	15	14,4%
Não sei	28	26,9%
Mastectomia que preserva o mamilo	12	
Sem informação	7	
O quanto de sensação (sensibilidade) você espera sentir em seu(s) novo(s) mamilo(s)?	104	100,0%
Não terei sensibilidade nenhuma em meu(s) mamilo(s)	22	21,2%
Terei alguma sensibilidade em meus(s) mamilo(s)	20	19,2%
Terei sensibilidade normal em meu(s) mamilo(s)	11	10,6%
Eu não sei	51	49,0%
Mastectomia que preserva o mamilo	12	
Sem informação	7	

As tabelas 17 e 18 apresentam os dados referentes às escalas de expectativas com a RM com implantes de silicone. A distribuição das pacientes está representada na tabela 17 e, na tabela 18, são apresentadas as medidas-resumo do escore da escala.

Tabela 17 – Distribuição das pacientes por expectativas, com relação à percepção/sensibilidade das mamas na reconstrução com implantes de silicone

	N	%
Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama.		
Como você espera sentir sua(s) mama(s) ao tocá-la(s)?		
Minha(s) mama(s) será(ão) mais firme(s)	37	100,0%
Improvável	1	2,7%
Pouco provável	4	10,8%
Muito provável	30	81,1%
Não sei	2	5,4%
Minha(s) mama(s) será(ão) mais dura(s) do que as naturais.	37	100,0%
Improvável	1	2,7%
Pouco provável	5	13,5%
Muito provável	28	75,7%
Não sei	3	8,1%
Minha(s) mama(s) será(ão) duras.	37	100,0%
Improvável	3	8,1%
Pouco provável	11	29,7%
Muito provável	18	48,6%
Não sei	5	13,5%
Serei capaz de sentir as bordas do implante.	37	100,0%
Improvável	4	10,8%
Pouco provável	14	37,8%
Muito provável	7	18,9%
Não sei	12	32,4%
Vou perceber as ondulações (rugos) no meu implante.	37	100,0%
Improvável	8	21,6%
Pouco provável	10	27,0%
Muito provável	9	24,3%
Não sei	10	27,0%
Que grau de percepção você acha que terá de sua(s) prótese(s) de mama?	36	100,0%
Eu vou sempre perceber que tenho algo estranho no meu corpo	3	8,3%
Eu vou perceber às vezes que tenho mama(s) reconstruída(s)	15	41,7%
Minha(s) nova(s) mama(s) será(ão) uma parte natural do meu corpo	14	38,9%
Não sei	4	11,1%

N=37 – Reconstrução com implantes de silicone.

Um caso sem informação sobre grau de percepção do implante.

Tabela 18 – Medidas-resumo do escore de percepção da mama – reconstrução com implantes de silicone

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
Percepção da mama	68,1	19,6	44,0	100,0	52,0	65,0	83,5	34

As expectativas com relação à função do abdome após RM utilizando o retalho do músculo reto abdominal estão apresentadas na tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição das pacientes por expectativas, com relação à função do abdome

	N	%
Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama.		
Vou ter dificuldade em fazer as atividades diárias (por exemplo, arrumar a cama).	9	100,0%
Improvável	4	44,4%
Pouco provável	1	11,1%
Não sei	4	44,4%
Vou ter dificuldade de sentar e levantar da cama por causa da fraqueza abdominal (por exemplo, levantar da cama).	10	100,0%
Improvável	5	50,0%
Pouco provável	1	10,0%
Não sei	4	40,0%
Vou sentir desconforto abdominal.	9	100,0%
Improvável	2	22,2%
Pouco provável	4	44,4%
Não sei	3	33,3%
Vou sentir meu abdome apertado.	10	100,0%
Improvável	1	10,0%
Pouco provável	3	30,0%
Muito provável	1	10,0%
Não sei	5	50,0%

N=12 Reconstrução com retalho TRAM.

N=10 mulheres responderam a uma das questões de expectativa.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Apesar do avanço e do aumento da disponibilidade de informação em saúde, muitos pacientes possuem uma percepção vaga de sua doença e das opções de tratamento disponíveis. Essas lacunas de conhecimento podem influenciar o processo de tomada de decisão, além de levarem a expectativas imprecisas (WALJEE *et al.*, 2014).

A importância de esclarecer as expectativas dos pacientes em relação aos resultados cirúrgicos é um passo essencial durante o pré-operatório e instrumentos já foram desenvolvidos com este propósito (MORZYCKI *et al.*, 2020). Apesar disto, poucos estudos foram desenvolvidos na área de reconstrução de mama (RM), utilizando tais instrumentos para a avaliação de expectativas.

Em estudos prévios, as expectativas relatadas pelas pacientes foram classificadas como: realistas, baseadas no resultado esperado do processo de RM; não realistas, viriam de uma concepção idealizada pela paciente, superestimando os desfechos da RM; e “não formada” ou “pouco clara”, os casos nos quais a falta de conhecimento sobre o tratamento dificultaria o processo de articulação e expressão das expectativas (FLITCROFT *et al.*, 2017a; TEDESCO & LOERZEL, 2020).

Neste estudo, as médias dos escores para as expectativas com relação à Equipe Médica, Enfrentamento e Aparência foram elevadas. Os valores da mediana para expectativas com relação ao Enfrentamento, Dor e Aparência foram os mesmos encontrados na publicação de Morzycki *et al.*; já a mediana com relação à Equipe Médica foi superior (89 *versus* 54) (MORZYCKI *et al.*, 2020).

Cohen *et al.*, ao avaliar um grupo de pacientes com relação à experiência com a RM, obtiveram média de 89,5 para a escala Satisfação com o Cirurgião e 92,3 para a escala Satisfação com a Equipe Médica. Desta forma, pode-se inferir que os valores elevados encontrados neste estudo para expectativas com a Equipe Médica poderiam ter sido influenciados pelo fato de que a casuística era composta por pacientes atendidas em um serviço de referência em RM, não significando, necessariamente, uma expectativa superestimada.

Com relação às expectativas sobre Aparência, os resultados encontrados neste estudo encontram-se em concordância com estudos nos quais as pacientes tiveram dificuldade em antecipar a influência da RM na qualidade de vida, tendendo a subestimar a mastectomia e superestimar a RM (LEE *et al.*, 2018). As possíveis associações encontradas neste estudo relacionadas a este tema serão novamente abordadas ao longo desta discussão.

Já a média das expectativas relacionadas à Dor foram menores, o que seria esperado neste caso, pois a pontuação relacionada à dor é inversa: valores elevados representam expectativas de dor excessiva no pós-operatório. Sipilä *et al.* identificaram que expectativas elevadas de dor pós-operatória e pacientes com estresse psicológico elevado são predispostas a sentirem dor mais intensa durante a primeira semana de pós-operatório do tratamento do câncer mamário, sendo que tais casos deveriam ser identificados ainda no pré-operatório, a fim de minimizar estas influências e aprimorar o manejo clínico da dor (SIPILÄ *et al.*, 2017).

Ainda em relação à escala sobre expectativas de Dor, foi encontrada uma fraca associação negativa entre estas expectativas e o número de

gestações. Já as pacientes com ensino superior apresentaram maior expectativa de dor, tanto na análise univariada como na análise multivariada.

Dor crônica pós-operatória é um efeito adverso comum, que afeta cerca de 20 a 50% das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. Estudos que buscaram identificar os fatores que influenciam o desenvolvimento de dor crônica nestas pacientes encontraram associação entre fatores psicológicos no pré-operatório (depressão, estresse, ansiedade), idade mais jovem, presença de dor prévia no local, dor intensa no pós-operatório imediato, quimioterapia, radioterapia, estado conjugal (sem companheiro), além da lesão do nervo intercostobraquial, mais comum na mastectomia com linfadenectomia axilar. Nesses estudos, não foram identificadas correlações com o nível de escolaridade e paridade (KATZ *et al.*, 2005; ANDERSEN & KEHLET, 2011; ALVES *et al.*, 2012; BRUCE *et al.*, 2014).

Desta forma, no presente estudo, considerou-se que as associações encontradas poderiam ser justificadas por uma amostra com representação mais ampla e heterogênea, com possíveis diferenças no acesso à informação e compreensão do estado de saúde e tratamento. O conjunto destes resultados enfatiza a importância de identificar tais fatores predisponentes ainda no pré-operatório e intervir naqueles que são modificáveis, a fim de prevenir e minimizar os riscos de dor crônica.

No grupo de pacientes submetidas à quimioterapia, foram encontradas diferenças no escore de expectativas relacionadas ao Enfrentamento na análise univariada. Já na análise multivariada, permaneceram significantes no modelo as expectativas relacionadas à Equipe Médica e Aparência. A associação de maiores expectativas com a Equipe Médica em pacientes que

passaram por este tratamento possivelmente seria resultante do maior tempo de acompanhamento clínico destas no serviço de RM.

Em estudos que avaliaram insatisfação e arrependimento pós-RM, a realização de quimioterapia foi um dos fatores relatados pelas pacientes como “pior do que esperavam”, em alguns casos (ZHONG *et al.*, 2013; STEFFEN *et al.*, 2017). Já no estudo de Fayanju *et al.*, a realização de quimioterapia neoadjuvante foi associada a um maior declínio no estresse pré-operatório e os autores relacionaram esta associação ao maior tempo que as pacientes tiveram para aceitar seu diagnóstico antes do tratamento cirúrgico (FAYANJU *et al.*, 2019).

Ao avaliar expectativas em pacientes submetidas à radioterapia prévia, houve diferença na média do escore da escala Enfrentamento; porém, nos dois grupos, as médias foram acima de 90. Ou seja, mesmo após a radioterapia, as pacientes apresentaram médias elevadas de expectativas com o Enfrentamento. Na revisão sistemática publicada por El-Sabawi *et al.*, os autores concluíram que, apesar dos resultados inferiores relacionados à radioterapia pós-RM, a maioria dos estudos demonstrou taxas aceitáveis de resultados estéticos e que a satisfação da paciente pode ser alcançada neste cenário, sendo que estas devem estar informadas e advertidas sobre tais desfechos e devem participar do processo de decisão do tratamento (EL-SABAWI *et al.*, 2017).

Neste estudo, foram encontradas diferenças em alguns aspectos de expectativas, associados ao nível de escolaridade, idade e cor da pele. Ao avaliar o acesso à RM, Morrow *et al.* identificaram que os fatores significativamente associados à não realização da RM foram cor da pele (negra), menor nível de escolaridade, idade avançada, comorbidades e

quimioterapia; sendo que as barreiras ao acesso de atendimento eram mais comuns entre pacientes não brancas (MORROW *et al.*, 2014).

Ao avaliar a escala expectativas com o Enfrentamento, verificou-se que apenas 6,5% dos questionários não puderam ser considerados na análise. Essa maior porcentagem de respostas válidas, possivelmente deve-se ao fato de que o assunto abordado nesta escala depende principalmente de valores e recursos inerentes do indivíduo. Além disso, foram encontrados valores maiores nas médias das pacientes que seriam submetidas à reconstrução com retalho transversal do músculo reto abdominal (TRAM) e naquelas que não tinham sido submetidas a tratamentos adjuvantes. No modelo final da análise multivariada, maiores expectativas de Enfrentamento estiveram relacionadas ao aumento na idade, cor da pele (branca) e reconstrução com implantes.

O termo “*coping*” não possui uma tradução adequada para o Português, e se relaciona tanto a aspectos psicológicos como comportamentais (CANO, 2016). Dentro da psicologia, o termo “comportamento de enfrentamento” possui inúmeras definições, e tem sido importante, no sentido de entender a adaptação do indivíduo a diferentes fases do desenvolvimento e a situações consideradas estressantes, como por exemplo, uma doença (NUNES, 2010). Na revisão publicada por Mehrabi *et al.*, diferentes estratégias de enfrentamento foram utilizadas pelas pacientes com câncer de mama, variando de acordo com a fase da doença em que se encontravam. Além disso, em alguns artigos, foram descritas variações neste comportamento associadas à idade, nível de escolaridade e cor da pele (MEHRABI *et al.*, 2015).

No presente estudo, verificaram-se expectativas elevadas relacionadas à Aparência, e as maiores porcentagens de respostas "Eu não sei" encontradas foram sobre a probabilidade de ocorrência de complicações,

aparência e dor associada à reconstrução com implantes, sensibilidade na mama e complexo aréolo-papilar (CAP) reconstruídos, função do abdome pós-reconstrução com retalho do músculo reto abdominal, reconstrução com implantes de silicone e expectativas após dez anos de RM.

Os problemas relacionados à aparência foram as principais razões que levaram as pacientes a considerar a RM pior do que esperavam, em estudo publicado por Steffen *et al.* Tais aspectos englobavam a aparência geral do corpo, bem como a estética da mama (simetria, forma e sensibilidade). Além disso, as mulheres submetidas à reconstrução com implantes relataram desconforto e dor inesperados, especificamente relacionados à expansão tecidual (STEFFEN *et al.*, 2017).

Apesar das diferenças entre as médias da escala Expectativas com Aparência não revelarem significância estatística associada ao tipo de reconstrução, os valores mais elevados foram no grupo das pacientes que seriam submetidas à reconstrução com retalho TRAM, seguida pelo grupo reconstrução com implantes. Como publicado por Lee *et al.*, aparentemente, algumas pacientes acreditam que a mastectomia seguida pela RM poderia melhorar sua aparência além dos níveis basais (pré-operatório) e, em alguns casos, poderiam até mesmo confundir cirurgia plástica estética com cirurgia reparadora (LEE *et al.*, 2018).

Sabe-se que valores elevados de índice de massa corpórea (IMC) estão associados a maior risco de complicações pós-operatórias. Além disso, maior IMC foi associado a maior expectativa de dor e piores índices pré-operatórios de satisfação com as mamas, bem-estar físico, psicossocial e sexual (MORZYCKI *et al.*, 2020). Ho *et al.* identificaram pior escore na escala de Satisfação com Resultados, associado à radioterapia adjuvante, idade avançada, maior IMC e ocorrência de complicações pós-operatórias

(HO *et al.*, 2013). Porém, no presente estudo, foi encontrada uma fraca associação positiva entre expectativa de aparência e IMC. Especula-se que as pacientes deste estudo possuíam tendência a superestimar os resultados da RM, não levando totalmente em consideração os aspectos negativos (cicatrizes, dor, múltiplas operações).

Ao utilizar o Módulo Expectativas, Tedesco e Loerzel identificaram as pacientes com dúvidas e expectativas irrealistas e fizeram uma abordagem direcionada e individualizada para auxiliá-las na reformulação de suas expectativas e obter maior satisfação com o resultado pós-operatório. Após este procedimento de educação, as pacientes relataram que a informação recebida aumentou seu conhecimento relacionado à cirurgia, preparando-as para o processo de internação hospitalar e recuperação, com melhora na ansiedade, entre outros (TEDESCO & LOERZEL, 2020).

Ao considerar a RM, as mulheres se deparam com difíceis escolhas, que envolvem tanto aspectos relacionados ao tratamento do câncer quanto pessoais. No caso da reconstrução imediata, este momento de decisão vem acompanhado do fardo da fase aguda da doença (FLITCROFT *et al.*, 2017b).

O estudo de Fayanju *et al.* demonstrou que pacientes que optaram pela RM possuíam níveis basais de angústia mais elevados que aquelas que optaram pela mastectomia somente ou que seriam submetidas ao tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama. Tais achados demonstram a complexidade dos fatores psicológicos, que podem influenciar as decisões tomadas durante o tratamento (FAYANJU *et al.*, 2019).

Autores que utilizaram a escala Satisfação com o Atendimento do Módulo Reconstrução Mamária (pós-operatório) do *BREAST-Q*© encontraram pontuação inferior na subescala “Satisfação com a

Informação”, quando comparada com as demais subescalas (“Satisfação com o cirurgião plástico”, “Satisfação com a equipe médica” e “Satisfação com os profissionais do consultório”) (HO *et al.*, 2013; COHEN *et al.*, 2016; WEBB *et al.*, 2018).

Alguns estudos relatam cerca de 40% de insatisfação pós-reconstrução de mama, sendo que uns dos principais motivos relatados é o *deficit* na informação fornecida às pacientes (ZHONG *et al.*, 2013). Independentemente da idade, a falta de informação é um fator limitante para a RM. Um estudo recente demonstrou que, entre as pacientes que optaram pela mastectomia somente, menos de 20% relataram a oportunidade de discutir seus medos com o cirurgião (QUEMENER *et al.*, 2019). Além disso, o estresse emocional do diagnóstico do câncer de mama e as características comportamentais das pacientes podem influenciar sua habilidade de reter as informações relacionadas ao tratamento (ZHONG *et al.*, 2013; CARR *et al.*, 2019).

Fuzesi *et al.* descreveram, em estudo qualitativo, as expectativas de pacientes submetidas ao tratamento conservador do câncer de mama. Os autores identificaram *deficit* de conhecimento entre as participantes, mesmo após serem disponibilizadas informações e material educativo referentes ao tratamento. Houve dificuldade para expressarem as expectativas com o tratamento cirúrgico, o que poderia contribuir para insatisfação com os resultados e piora na qualidade de vida (FUZESI *et al.*, 2019).

Ao avaliar um grupo de pacientes que receberam indicação de tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama, foi identificado que as participantes que relataram ter conseguido participar completamente ou quase completamente do processo de tomada de decisão tiveram quase três vezes mais chances de satisfação com os resultados estéticos e quase seis

vezes mais probabilidade de afirmar que suas expectativas foram atendidas (DAHLBÄCK *et al.*, 2017).

No presente estudo, ao se analisar os resultados em relação ao envolvimento das pacientes na tomada de decisões, apenas 4,1% relataram receio de ter muitas informações e ficarem com medo. Além disso, com relação à tomada de decisão, 52,8% das pacientes afirmaram querer estar muito envolvidas, sendo parceiras em todas as decisões. Por outro lado, 30,1% não queriam se envolver; preferiam deixar a decisão para o cirurgião. Entretanto, isso foi observado como positivo, demonstrando não desinteresse, mas segurança na competência da equipe médica, a ponto de confiar ao cirurgião a tomada de decisões.

A fim de aumentar os benefícios para as pacientes e orientar o processo de tomada de decisão pelo tratamento, informações precisas e relevantes devem ser fornecidas no pré-operatório de maneira clara, objetiva e eficiente (SNELL *et al.*, 2010; WEBB *et al.*, 2018). Apesar das diferentes fontes de informações disponíveis, para a maioria das pacientes, a fonte de informação mais importante é o cirurgião (PUSIC *et al.*, 2012; WEBB *et al.*, 2018; CARR *et al.*, 2019). Utilizando o *BREAST-Q*®, Ho *et al.* demonstraram que a satisfação com as informações era uma área importante do atendimento centrado no paciente, sendo que a satisfação com as informações recebidas no pré-operatório e a interação com o cirurgião plástico estiveram fortemente associadas à satisfação com os resultados da RM (HO *et al.*, 2013).

Quando a informação recebida é insuficiente, pode levar a expectativas imprecisas, culminando no desapontamento com o resultado cirúrgico e com a realidade de recuperação (CARR *et al.*, 2019). A influência das expectativas na satisfação com o resultado do tratamento e na qualidade

de vida foi amplamente demonstrada em outras áreas cirúrgicas, porém, a pesquisa deste tópico na cirurgia mamária ainda é limitada (FUZESI *et al.*, 2019).

Identificar as expectativas das pacientes no momento da tomada de decisão pelo tratamento cirúrgico pode melhorar potencialmente o processo do consentimento informado, prepará-las para sua recuperação pós-operatória e também para a possibilidade de complicações e necessidade de outros tratamentos (WALJEE *et al.*, 2014). Além disso, explorar as expectativas individualmente pode permitir que os cirurgiões reconheçam aquelas pacientes que têm expectativas irreais, a fim de abordar os equívocos ainda no momento pré-operatório, através de uma melhor educação das mesmas. Quando existem várias opções cirúrgicas, a tomada de decisão compartilhada pode ser aprimorada por uma exploração cuidadosa das expectativas (PUSIC *et al.*, 2012).

Apesar do desenvolvimento do instrumento específico *BREAST-Q*© Módulo Expectativas em 2012, na revisão sistemática publicada por FLITCROFT *et al.* (2017a) não foi identificado nenhum estudo que utilizou o instrumento. Durante a revisão de literatura realizada para este estudo, foram encontradas somente duas publicações, muito recentes, utilizando este instrumento, e nenhuma com população brasileira. Uma delas utilizou a primeira versão do módulo Expectativas (MORZYCKI *et al.*, 2020), e a outra, a segunda versão (TEDESCO & LOERZEL, 2020). Em ambas, os autores utilizaram parte das escalas, direcionando-as para sua pesquisa. No presente estudo, optou-se por aplicar o instrumento na íntegra, possibilitando avaliar possíveis associações entre expectativas, perfil sociodemográfico das pacientes e técnicas de RM.

Uma das limitações deste estudo foi o momento em que as pacientes responderam ao questionário, pois as mesmas já haviam passado por avaliação com equipe de cirurgia plástica e já possuíam definição quanto à técnica de reconstrução a que seriam submetidas, o que poderia ter influenciado suas expectativas. Apesar disto, os resultados demonstraram que ainda possuíam dúvidas e expectativas irreais com relação a determinados aspectos do processo de RM.

Associados à utilização de um instrumento validado, outros aspectos positivos deste estudo foram o tamanho satisfatório da amostra, composta por pacientes submetidas a diferentes técnicas de RM, e seu acompanhamento, realizado por equipes médicas distintas, em diferentes Serviços de Reconstrução Mamária, permitindo uma caracterização ampla do atendimento recebido.

São necessários outros estudos, a fim de avaliar a causalidade das associações evidenciadas neste estudo. Além disso, o desenvolvimento de novas pesquisas avaliando expectativas poderá permitir a comparação entre os resultados, auxiliando a equipe de saúde a proporcionar maior satisfação com os resultados da RM e qualidade de vida.

Este módulo do *BREAST-Q*® torna possível medir, de forma precisa, informações sobre as expectativas. Assim como proposto por Tedesco e Loerzel, os resultados encontrados neste estudo poderiam ser utilizados para direcionar a educação das pacientes (TEDESCO & LOERZEL, 2020). Em futuros estudos, a utilização do módulo Expectativas, associada ao módulo Reconstrução Mamária, possibilitará avaliar posteriormente a satisfação com os resultados e com o atendimento clínico, comparando-a com as expectativas no pré-operatório, ajudando a mensurar o impacto das técnicas utilizadas, já que suas escalas complementam os domínios “Satisfação” e

“Qualidade de vida” da versão pós-operatório do módulo Reconstrução Mamária.

Uma melhor compreensão do que as pacientes esperam do tratamento e do que consideram importante para o atendimento possibilita, à equipe médica, implementar ações que visem melhorar a satisfação com o atendimento. O instrumento *BREAST-Q*® é uma ferramenta confiável e validada que pode ser utilizada para este fim, tanto na prática clínica quanto na pesquisa científica.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

As expectativas com a reconstrução mamária da população estudada são elevadas, em especial com relação ao Enfrentamento e Aparência. A realização de tratamentos adjuvantes e as diferentes técnicas de reconstrução tiveram influência nas expectativas.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Aguiar I de C, 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.

Alshammari SM, Aldossary MY, Almutairi K, Almulhim A, Alkhazmari G, Alyaqout M, *et al.* Patient-reported outcomes after breast reconstructive surgery: A prospective cross-sectional study. *Ann Med Surg*. 2019;39:22-5.

Alves PC, Silva APS, Santos MCL, Fernandes AFC. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev esc. enferm USP*. 2010;44:989-95.

Andersen KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *J Pain*. 2011;12(7):725-46.

Archangelo S de CV, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. 2019;74:1-5.

Augustinho LBZ, Sabino Neto M, Veiga DF, Abla 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;136(6):551-6.

Bailey CR, Ogbuagu O, Baltodano PA, Simjee UF, Manahan MA, Cooney DS, *et al.* Quality-of-life outcomes improve with nipple-sparing mastectomy and breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2017;140(2):219-26.

Berlin NL, Momoh AO, Qi J, Hamill JB, Kim HM, Pusic AL, *et al.* Racial and ethnic variations in one-year clinical and patient-reported outcomes following breast reconstruction. *Am J Surg*. 2017;214(2):312-7.

de Blacam C, Healy C, Quinn L, Spillane C, Boyle T, Eadie PA, *et al.* Is satisfaction with surgeon a determining factor in patient reported outcomes in breast reconstruction? *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2016;69(9):1248-53.

Brandberg Y, Malm M, Blomqvist L. A prospective and randomized study, "SVEA," comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:66-74.

Brandberg Y, Malm M, Rutqvist L, Jonsson E, Blomqvist L. A prospective randomised study (named SVEA) of three methods of delayed breast reconstruction: study design, patients' preoperative problems and expectations. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1999;33(9):209-16.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I. 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.

Breast-Q. Version 2.0©. A guide for researchers and clinicians. User's guide version 2.0. November 2017. [citado 2020 Jun 18 jun] Disponível em: <http://qportfolio.org/wp-content/uploads/2020/02/BREAST-Q-USERS-GUIDE-V2.pdf>

Brennan ME, Flitcroft K, Warriar S, Snook K, Spillane AJ. Immediate expander/implant breast reconstruction followed by post-mastectomy radiotherapy for breast cancer: aesthetic, surgical, satisfaction and quality of life outcomes in women with high-risk breast cancer. *Breast.* 2016;30:59-65.

Bruce J, Thornton AJ, Powell R, Johnston M, Wells M, Heys SD, *et al.* Psychological , surgical , and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: a population-based cohort study. *Pain.* 2014;155(2):232-43.

Builes Ramírez S, Acea Nebril B, García Novoa A, Cereijo C, Bouzón A, Mosquera Oses J. Evaluation of the preoperative perception of quality of life and satisfaction of women with breast cancer using the BREAST-Q™

questionnaire. *Cir Esp.* 2020;98(4):212-8.

Cano DS, Moré, CLOO. Estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas clínicos. *Psic Teor Pesq.* 2016;32:1-10.

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

Cohen WA, Ballard TNS, Hamill JB, Kim HM, Chen X, Klassen A, *et al.* Understanding and optimizing the patient experience in breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2016 Aug;77(2):237-41.

Cohen WA, Mundy LR, Ballard TNS, 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.* 2015;69(2):149-62.

Contant CME, Van Wersch AMEA, Wiggers T, Wai RTJ, Van Geel AN. Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient Educ Couns.* 2000;40(3):201-8.

Dahlbäck C, Manjer J, Rehn M, Ringberg A. Patients undergoing breast-conserving surgery can benefit from the opportunity to participate in choosing their surgical technique. *World J Surg.* 2017;41(3):734-41.

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. *Psychooncology.* 2011;20(5):553-8.

Dikmans REG, van de Grift TC, Bouman MB, Pusic AL, Mullender MG. Sexuality, a topic that surgeons should discuss with women before risk-reducing mastectomy and breast reconstruction. *Breast.* 2019;43:120-2.

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.

El-Sabawi B, Ho AL, Sosin M, Patel KM. Patient-centered outcomes of breast reconstruction in the setting of post-mastectomy radiotherapy: A comprehensive review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2017;70(6):768-80.

Fabro EAN, Bergmann A, do Amaral e Silva B, Padula Ribeiro AC, de Souza Abrahão K, da Costa Leite Ferreira MG, *et al.* Post-mastectomy pain syndrome : incidence and risks. *The Breast.* 2012;21(3):321-5.

Fayanju OM, Yenokyan K, Ren Y, Goldstein BA, Stashko I, Power S, *et al.* The effect of treatment on patient-reported distress after breast cancer diagnosis. *Cancer.* 2019;125(17):3040-9.

Flitcroft K, Brennan M, Costa D, Wong A, Snook K, Spillane A, *et al.* An evaluation of factors affecting preference for immediate, delayed or no breast reconstruction in women with high-risk breast cancer. *Psychooncology.* 2016;25(12):1463-9.

Flitcroft K, Brennan M, Spillane A. Making decisions about breast reconstruction: A systematic review of patient-reported factors influencing choice. *Qual Life Res.* 2017a;26(9):2287-319.

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

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

Fuzesi S, Becetti K, Klassen AF, Gemignani ML, Pusic AL. Expectations of breast-conserving therapy: a qualitative study. *J Patient Rep Outcomes.* 2019;3(1):4-11.

Glasse R, O'Connor M, Ives A, Saunders C, Hardcastle SJ. Influences on satisfaction with reconstructed breasts and intimacy in younger women following bilateral prophylactic mastectomy: a qualitative analysis. *Int J Behav Med.* 2018;25(4):390-8.

Harcourt D, Paraskeva N, White P, Powell J, Clarke A. A multi-centred study of the effectiveness of PEGASUS, an intervention to promote shared decision making about breast reconstruction. *Psychooncology.* 2016;25:144-5.

Ho AL, Klassen AF, Cano S, Scott AM, Pusic AL. Optimizing patient-centered care in breast reconstruction: the importance of preoperative information and patient-physician communication. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(2):212-20.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Estatísticas de Câncer. [citado 2020 Ago 16]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

Jeevan R, Browne JP, Gulliver-Clarke C, Pereira J, Caddy CM, Van Der Meulen JHP, *et al.* Surgical determinants of patient-reported outcomes following postmastectomy reconstruction in women with breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(5):1036e-1045e.

Julious SA. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharm Stat.* 2005;4(4):287-91.

Katz J, Poleshuck EL, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI, *et al.* Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain.* 2005;119:16-25.

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;44(7):963-8.

Lantz PM, Janz NK, 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):745–67.

Lee CNH, Pignone MP, Deal AM, 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).

Matthews H, Carroll N, Renshaw D, Turner A, Park A, Skillman J, *et al.* Predictors of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction. *Psychooncology.* 2017;26(11):1860-5.

Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M, Zayeri F. Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electron Physician.* 2015;7(8):1575-83.

Morrow M, Li Y, Alderman AK, Jagsi R, Hamilton AS, Graff JJ, *et al.* Access to breast reconstruction after mastectomy and patient perspectives on reconstruction decision making. 2014;149(10):1015–21.

Morzycki A, Corkum J, Joukhadar N, Samargandi O, Williams JG, Frank SG. The impact of delaying breast reconstruction on patient expectations and health-related quality of life: an analysis using the BREAST-Q. *Plast Surg.* 2020 Feb 24;158(5):922-30.

Mundy LR, Homa K, Klassen AF, Pusic AL, Kerrigan CL. Breast cancer and reconstruction: Normative data for interpreting the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(5):1046e-1055e.

Nunes C de MNS. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. *Encontro Rev Psicol.* 2010;13(19):91-102.

Oliveira IGE. BREAST-Q© - Breast Reconstruction Expectations Module (pre operative) 2.0 - Tradução e adaptação cultural para o Brasil [dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2018. 184 p.

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;81(4):398-401.

Panchal H. Current trends in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2017;140:7-13.

Pierrisnard C, Baciuchka M, Mancini J, Rathelot P, Vanelle P, Montana M. Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations. *Breast Cancer.* 2018;25(3):303-8.

Pusic AL, Klassen AF, Snell L, Cano SJ, McCarthy C, Scott A, *et al.* Measuring and managing patient expectations for breast reconstruction: impact on quality of life and patient satisfaction. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012;12(2):149-58.

Pusic AL, Matros E, Fine N, Buchel E, Gordillo GM, Hamill JB, *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, McCarthy C, Cano SJ, Klassen AF, Kerrigan CL. Clinical research in breast surgery: reduction and postmastectomy reconstruction. *Clin Plast Surg.* 2008;35(2):215-26.

Qin Q, Tan Q, Lian B, Mo Q, Huang Z, Wei C. Postoperative outcomes of breast reconstruction after mastectomy: A retrospective study. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(5):e9766.

Quemener J, Wallet J, Boulanger L, Hannebicque K, Chauvet MP, Régis C. Decision-making determinants for breast reconstruction in women over 65 years old. *Breast J.* 2019;(March):1-15.

Sheehan J, Sherman KA, Lam T, Boyages J. Association of information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psychooncology.* 2007

Apr;16(4):342-51.

Sipilä RM, Haasio L, Meretoja TJ, Ripatti S, Estlander A-M, Kalso EA. Does expecting more pain make it more intense ? Factors associated with the first week pain trajectories after breast cancer surgery. *Pain*. 2017;158:922-30.

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*. 2010 Dec;126(6):1825-30.

Steffen LE, Johnson A, Levine BJ, Mayer DK, Avis NE. Met and Unmet expectations for breast reconstruction in early posttreatment breast cancer survivors. *Plast Surg Nurs*. 2017;37(4):146-53.

Tedesco D, Loerzel V. Breast reconstruction: impact of patient-centered, expectations-based education on women undergoing reconstructive surgery after mastectomy. *Clin J Oncol Nurs*. 2020 Apr 1;24(2):186-94.

Tsoi B, Ziolkowski NI, Thoma A, Campbell K, O'Reilly D, Goeree R. Systematic review on the patient-reported outcomes of tissue-expander/implant vs autologous abdominal tissue breast reconstruction in postmastectomy breast cancer patients. *J Am Coll Surg*. 2014;218(5):1038-48.

Waljee J, McGlinn EP, Sears ED, Chung KC. Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: a systematic review. *Surg (United States)*. 2014;155(5):799-808.

Waljee JF, Ubel PA, Atisha DM, Hu ES, Alderman AK. The choice for breast cancer surgery: Can women accurately predict postoperative quality of life and disease-related stigma? *Ann Surg Oncol*. 2011;18(9):2477-82.

Webb C, Sharma V, Temple-Oberle C. Delivering breast reconstruction information to patients: women report on preferred information delivery styles and options. *Plast Surg*. 2018;26(1):26-32.

Zhong T, Hu J, Bagher S, O'neill AC, Beber B, Hofer SOP, *et al.* Decision regret following breast reconstruction: the role of self-efficacy and satisfaction with information in the preoperative period. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(5):724-34.

Zhong T, Hu J, Bagher S, Vo A, O'Neill AC, Butler K, *et al.* A comparison of psychological response, body image, sexuality, and quality of life between immediate and delayed autologous tissue breast reconstruction: a prospective long-term outcome study. *Plast Reconstr Surg.* 2016;138(4):772-80.

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, Petroianu A, Aloise AC, Hochman B, Brandt CT, Veiga DF, Furtado FMGP, Nahas FX, Campos JHO, Ely PB, Marques RG. Projetos, dissertações e teses: Orientação normativa. São Paulo: Red Publicações; 2017. 118 p.

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa:

BREAST-Q: EXPECTATIVAS DE PACIENTES BRASILEIRAS QUANTO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.

Esta pesquisa faz parte do Projeto apresentado à Universidade Federal de São Paulo no Curso de Aperfeiçoamento: Pesquisa Científica em Cirurgia, sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Chamone Amaro e orientação da Prof. Dra. Daniela Francescato Veiga.

Esta pesquisa tem como objetivo: **Avaliar, sob o ponto de vista das pacientes, as expectativas quanto à reconstrução mamária com o questionário *BREAST-Q*.**

Forma de participação: responder uma ficha de avaliação com seus dados pessoais e responder o questionário BREAST- Q antes da cirurgia de reconstrução mamária.

Riscos para a paciente: Sua participação neste estudo não acarreta riscos à sua saúde, e você tem assegurado seu direito à privacidade.

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

Recusa ou retirada: Você tem garantida a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento.

Despesas /remuneração: Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo e sua participação neste estudo não é remunerada, assim também como os pesquisadores não terão qualquer benefício financeiro com ele.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes do ponto de vista de mulheres submetidas à reconstrução mamária, e melhor atendimento à mulher em relação à satisfação com as mamas.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone institucional da pesquisadora e do Comitê de Ética das Instituições, podendo tirar suas dúvidas sobre esta pesquisa e sua participação.

A senhora tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos *Crítérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos* conforme **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**.

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

Eu confirmo que a pesquisadora me explicou os objetivos desta pesquisa e os procedimentos a que serei submetida (responder aos questionários) e que li e compreendi este formulário de consentimento. Portanto, concordo em participar desta pesquisa, e uma via deste termo ficará em meu poder.

São Paulo, ____/____/____

Nome do Participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.”

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Telefones:

- Pesquisador:

Luciana C. Amaro (011) 981219300/ e- mail: luciana.c.amaro@gmail.com

- Comitê de Ética Unifesp:

(011) 5571-1062/ Fax: 5539-7162/ E-mail: cep@unifesp.edu.br.

Horário de atendimento ao público: das 9 às 12 horas

- Comitê de Ética Centro de Referência da Saúde da Mulher CRSM

(11) 3248-8087 / E-mail: dircient@gmail.com

Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 683- 2º andar- Bela Vista.

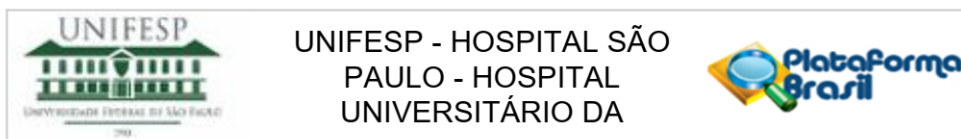
- Comitê de Ética UNIVAS

(35)34499271/ e-mail: tassianac@fuvs.br

Avenida Prof. Tuany Toledo, 470, Fátima I.

Horário de atendimento ao público: segunda à sexta, das 8:00 às 11:30 horas e das 13:30 às 17:00 horas.

APÊNDICE 2 – Parecer do CEP Unifesp



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BREAST-Q: EXPECTATIVAS DE PACIENTES BRASILEIRAS QUANTO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

Pesquisador: Luciana Chamone Amaro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01516418.5.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.006.795

Apresentação do Projeto:

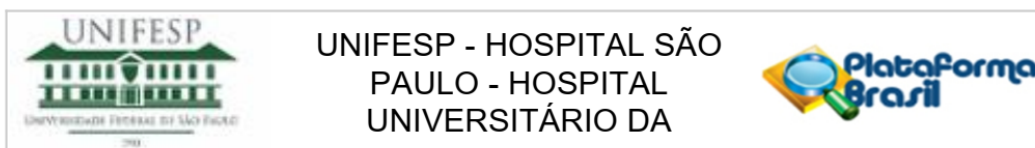
-Projeto CEP/UNIFESP n:1249/2018

-Trata-se de projeto de mestrado de Luciana Chamone Amaro. Orientadora: Profa. Dra. Daniela Francescato Veiga. Projeto vinculado ao Departamento de Cirurgia, Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

-Centro Coparticipante: Centro de Referência da Saúde da Mulher; responsável: Ana Claudia Burattini; CEP: Centro de Referência da Saúde da Mulher – CRSM;

APRESENTAÇÃO: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente entre as mulheres, atrás apenas dos tumores de pele não melanoma. Quando se avalia a sobrevida, o maior grupo de sobreviventes do câncer é formado por mulheres com antecedente de câncer de mama. A reconstrução mamária se tornou parte do tratamento integral desta neoplasia e muitos estudos demonstraram seus efeitos benéficos na qualidade de vida e imagem corporal. As expectativas quanto à aparência, dor e recuperação são fatores importantes relacionados à reconstrução mamária. Apesar de existirem indícios de que a satisfação da paciente com a decisão tomada e com os resultados da cirurgia é maior quando a paciente foi devidamente informada e quando seu nível de envolvimento na decisão é consistente com seus próprios desejos e expectativas; existem poucos estudos na literatura descrevendo as expectativas das pacientes com relação a reconstrução mamária. Objetivo: Avaliar as expectativas das pacientes com relação à reconstrução

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.006.795

mamária utilizando o módulo Expectativas do questionário BREAST-Q.

Objetivo da Pesquisa:

-HIPÓTESE: As expectativas das pacientes com relação à reconstrução mamária podem variar de acordo com a informação recebida no pré operatório e com as características das pacientes (idade, método de reconstrução, escolaridade, etc).

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar as expectativas das pacientes com relação à reconstrução mamária utilizando o módulo Expectativas do questionário BREAST-Q.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: A participação no presente estudo não acarreta riscos diretos à paciente. Existe um risco mínimo de sentimento de constrangimento ao responder ao questionário BREAST-Q e/ ou a ficha sociodemográfica. Porém tal sentimento de constrangimento poderá ser minimizado tanto pelo esclarecimento de dúvidas, quanto pela aplicação do questionário em local apropriado, com privacidade. Além disso, o TCLE deixará claro que a mesma poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento.

-BENEFÍCIOS: Este estudo pode auxiliar no reconhecimento de expectativas potencialmente irreais ou imprecisas que algumas pacientes possam ter sobre a reconstrução mamária. Compreender e identificar tais expectativas no pré-operatório é importante para aprimorar a educação pré-operatória e, conseqüentemente, alcançar melhora na satisfação da paciente com os resultados cirúrgicos.

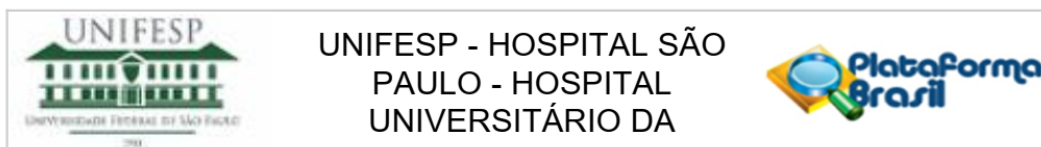
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Primário, descritivo, observacional, transversal, não controlado, com seres humanos.

LOCAL: ambulatórios de Cirurgia Plástica e Mastologia do Hospital Pérola Byington- Centro de Referência da Saúde da Mulher,

PARTICIPANTES: Serão selecionadas, consecutivamente, nos ambulatórios de Cirurgia Plástica e

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.006.795

Mastologia do Centro de Referência da Saúde da Mulher, 150 pacientes com diagnóstico de câncer de mama candidatas a reconstrução mamária tanto imediata quanto tardia, durante um período de 12 meses.

-Critério de Inclusão: Mulheres com diagnóstico de câncer mamário, candidatas à mastectomia com reconstrução imediata ou tardia da mama com diferentes técnicas (expansor de tecidos, implante de silicone, retalho do latíssimo do dorso -LD ou retalho transversal do músculo reto abdominal - TRAM); Mulheres maiores de 18 anos de idade, sem restrição quanto à etnia, escolaridade e classe social.

-Critério de Exclusão: Pacientes candidatas ao tratamento cirúrgico conservador do câncer mamário; História de tratamento psiquiátrico; Incapacidade de ler e compreender o instrumento, incluindo déficits cognitivos, deficiência visual, analfabetismo; Recusa em participar do estudo.

PROCEDIMENTOS:

-As pacientes que preencherem os critérios de elegibilidade serão esclarecidas sobre o estudo e convidadas a participar do mesmo. Serão incluídas após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo). Após a inclusão no estudo, serão coletados dados sociodemográficos e clínicos (em anexo). Em seguida será auto aplicado o módulo "Expectativas com a reconstrução de mama" do BREAST-Q (em anexo), em sala ambulatorial privativa, no pré-operatório.

(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

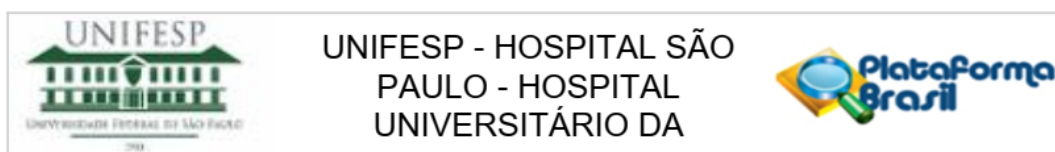
3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)-autorização para o uso do questionário e o questionário que será aplicado (Pasta: outros- Submissão 1; Documento: UA_BREAST_Q_Luciana_Amaro_20181002.pdf; BREAST_Q_Expectations__por_BR.pdf)

b) - carta de anuência do centro coparticipante (Pasta: consentimento_Coparticipacao_CRSM_PerolaByington_projeto_expectativas.pdf- Submissão 1; Documento:)

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

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.006.795

Recomendações:

Adequar o TCLE antes de sua aplicação: a)- informar corretamente, os riscos, já que eles existem, conforme informando no formulário de submissão (risco mínimo de sentimento de constrangimento ao responder ao questionário); b)- informar o endereço da pesquisadora, e fornecer os dados completos do CEP/UNIFESP: inserir o endereço e corrigir o horário de funcionamento: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs. c)- 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:

Aprovado (ver recomendação acima)

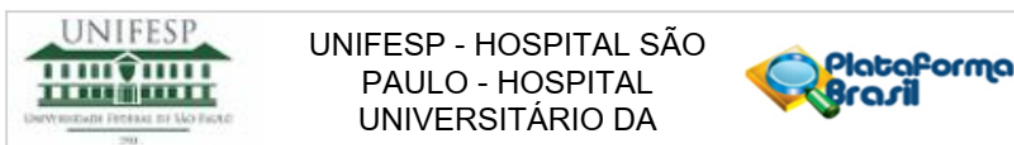
Considerações Finais a critério do CEP:

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:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1233325.pdf	17/10/2018 20:38:46		Aceito
Outros	FolhaCEPunifesp15_10.pdf	17/10/2018 20:37:54	Luciana Chamone Amaro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto15_10.pdf	17/10/2018 20:36:20	Luciana Chamone Amaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_projeto_expectativas.docx	08/10/2018 11:58:23	Luciana Chamone Amaro	Aceito
Outros	UA_BREAST_Q_Luciana_Amaro_20181002.pdf	08/10/2018 11:53:55	Luciana Chamone Amaro	Aceito
Outros	BREAST_Q_Expectations_por_BR.pdf	08/10/2018 11:52:55	Luciana Chamone Amaro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoexpectativas08out.docx	08/10/2018 11:52:09	Luciana Chamone Amaro	Aceito
Outros	consentimento_Coparticipacao_CRSM	08/10/2018	Luciana Chamone	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.006.795

Outros	_PerolaByington_projeto_expectativas.pdf	11:44:34	Amaro	Aceito
--------	--	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Novembro de 2018

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

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

**APÊNDICE 3 – Anuência do centro coparticipante Hospital Pérola
Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher**



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

CONSENTIMENTO DO DIRETOR PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

São Paulo, 02 de outubro de 2018.

AO CEP

Prezados Senhores

Informo para os devidos fins, que conheço e concordo com a realização da pesquisa: **BREAST-Q: EXPECTATIVAS DE PACIENTES BRASILEIRAS QUANTO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.**

do pesquisador Luciana Chamone Amaro.

Ana C. Burattini
Médica
CRM: 68975
CNS: 12546/172530002

Diretor: Dra. Ana Claudia Burattini
Cirurgia Plástica

APÊNDICE 4 – Anuência do centro coparticipante Hospital das Clínicas Samuel Libânio



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Daniela Francescato Veiga, orientadora do projeto intitulado “**EXPECTATIVAS DE PACIENTES BRASILEIRAS QUANTO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**”, solicito autorização para coleta de dados nas dependências do Hospital das Clínicas Samuel Libânio – HCSSL, no ambulatório de Cirurgia Plástica / Reconstrução Mamária.

Trata-se do projeto de Mestrado da Dra. Luciana Chamone Amaro, orientada por nós, que está sendo desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP. O projeto já foi analisado e aprovado pelo CEP da UNIFESP (CAAE 01516418.5.0000.5505).

Posteriormente, decidiu-se pela realização da coleta de dados também no HCSSL, com a participação de uma aluna de iniciação científica, Luana Oliveira de Faria, também orientada por nós, regularmente matriculada no curso de Medicina da UNIVÁS.

Declaramos que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e as participantes terão garantia do anonimato, obedecendo a Resolução nº 466/12.

Daniela Francescato Veiga
Orientadora

Autorizo coleta para o projeto de pesquisa supracitado junto a pacientes atendidas no Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

Dr. Alan Nascimento Paiva
Diretor Técnico
HCSSL - Base Alegre

Dr. Alan Nascimento Paiva
Diretor Técnico
Hospital das Clínicas Samuel Libânio

APÊNDICE 5 – Protocolo para Coleta de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Dados pessoais

Telefone: _____

Tipo de reconstrução: () imediata () tardia

() expensor () prótese () retalho do abdome () retalho das costas

Idade: Cor: () branca () não branca

Peso: Altura: _____ IMC (examinador preenche) _____

História Patológica Pgressa:

() Hipertensão Arterial () Diabete

() Outras doenças em tratamento -
Quais? _____

() Cirurgias prévias _____

() Usa medicação? Quais? _____

Quantas vezes ficou grávida? _____

Quantos Partos? _____ Algum aborto? _____

Data último parto _____

Menopausa: () Sim () não Há quanto tempo? _____

Fez Reposição hormonal? () Sim () não

É Fumante? () não () Sim → Há quantos anos? _____

Quantos cigarros ao dia? _____

Parou há quanto tempo? _____

Estado Civil:

Casada/Unida Solteira Separada/Divorciada Viúva

Escolaridade:

Fundamental Médio Superior Completo Incompleto

Profissão: _____

Dados clínicos:

Localização tumor de mama: Direita Esquerda Bilateral

Fez quimioterapia? sim não

Terminou em: (mês/ano) _____

Fez radioterapia? sim não -Terminou em: (mês/ano)_____

APÊNDICE 6 – Tabelas sobre as Expectativas quanto à Equipe Médica, Dor, Enfrentamento e Aparência

Tabela I – Medidas-resumo dos escores de expectativas por estado conjugal

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									
Sem companheiro	85,1	20,2	17,0	100,0	78,0	89,0	100,0	56	0,855
Com companheiro	83,5	23,4	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	51	
Dor									
Sem companheiro	60,9	29,2	0,0	100,0	48,0	64,0	80,0	56	0,442
Com companheiro	57,6	29,9	0,0	100,0	42,0	59,0	80,0	48	
Enfrentamento									
Sem companheiro	96,4	14,6	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	61	0,143
Com companheiro	93,1	17,8	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	53	
Aparência									
Sem companheiro	89,5	22,2	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	57	0,318
Com companheiro	86,9	24,1	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	50	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Sem companheiro: solteira, separada e divorciada. Com companheiro: casada ou unida.

Tabela II – Medidas-resumo dos escores de expectativas por cor da pele

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									
Branca	85,7	19,3	32,0	100,0	78,0	89,0	100,0	84	0,437
Não branca	79,4	28,1	0,0	100,0	69,0	89,0	100,0	24	
Dor									
Branca	62,0	28,8	0,0	100,0	52,5	64,0	80,0	82	0,066
Não branca	50,0	29,4	0,0	100,0	30,0	59,0	64,0	23	
Enfrentamento									
Branca	96,5	10,0	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90	0,168
Não branca	87,7	29,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	25	
Aparência									
Branca	90,3	18,4	24,0	100,0	91,0	100,0	100,0	83	0,414
Não branca	81,5	33,5	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	25	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Tabela III – Medidas-resumo dos escores de expectativas por comorbidade (HAS, DM e outros)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									
Comorbidade ausente	85,8	19,4	17,0	100,0	78,0	100,0	100,0	75	0,397
Comorbidade presente	80,8	25,9	0,0	100,0	72,0	89,0	100,0	33	
Dor									
Comorbidade ausente	61,6	28,4	0,0	100,0	48,0	64,0	80,0	74	0,189
Comorbidade presente	54,1	31,0	0,0	100,0	42,0	59,0	72,0	31	
Enfrentamento									
Comorbidade ausente	94,8	15,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	79	0,793
Comorbidade presente	94,1	19,3	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	36	
Aparência									
Comorbidade ausente	88,0	21,4	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	73	0,272
Comorbidade presente	88,7	26,0	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	35	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

HAS- hipertensão arterial

DM- diabetes melittus

Tabela IV – Medidas-resumo dos escores de expectativas por menopausa

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									
Menopausa	83,6	22,3	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	60	0,643 ^a
Sem menopausa	85,2	20,8	17,0	100,0	78,0	94,5	100,0	48	
Dor									
Menopausa	57,7	30,9	0,0	100,0	46,5	61,5	80,0	58	0,515
Sem menopausa	61,5	27,3	5,0	100,0	48,0	64,0	80,0	47	
Enfrentamento									
Menopausa	93,8	19,5	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	64	0,900 ^a
Sem menopausa	95,6	11,3	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	51	
Aparência									
Menopausa	88,5	23,1	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	61	0,692 ^a
Sem menopausa	87,9	22,9	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	47	

p - nível descritivo do teste t de Student ou teste de Mann-Whitney^(a)

Tabela V – Medidas-resumo dos escores de expectativas por cirurgia mamária prévia

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,182
Com cirurgia mamária prévia	82,3	23,1	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	69	
Sem cirurgia mamária prévia	87,7	18,5	32,0	100,0	78,0	100,0	100,0	39	
Dor									0,508
Com cirurgia mamária prévia	57,8	29,5	0,0	100,0	42,0	64,0	80,0	67	
Sem cirurgia mamária prévia	62,1	29,1	0,0	100,0	52,5	64,0	82,0	38	
Enfrentamento									0,199
Com cirurgia mamária prévia	93,1	19,1	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75	
Sem cirurgia mamária prévia	97,5	8,9	64,0	100,0	100,0	100,0	100,0	40	
Aparência									0,498
Com cirurgia mamária prévia	88,2	23,9	0,0	100,0	85,0	100,0	100,0	72	
Sem cirurgia mamária prévia	88,2	21,1	24,0	100,0	85,0	100,0	100,0	36	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Tabela VI – Medidas-resumo dos escores de expectativas por cirurgia não mamária prévia

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,095 ^a
Com cirurgia não mamária prévia	81,2	24,0	0,0	100,0	66,0	89,0	100,0	66	
Sem cirurgia não mamária prévia	89,1	16,3	38,0	100,0	78,0	100,0	100,0	42	
Dor									0,222
Com cirurgia não mamária prévia	56,6	30,3	0,0	100,0	42,0	64,0	80,0	65	
Sem cirurgia não mamária prévia	63,9	27,3	0,0	100,0	54,0	64,0	86,0	40	
Enfrentamento									0,706 ^a
Com cirurgia não mamária prévia	93,6	19,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	73	
Sem cirurgia não mamária prévia	96,3	10,2	64,0	100,0	100,0	100,0	100,0	42	
Aparência									0,683 ^a
Com cirurgia não mamária prévia	86,8	25,2	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	70	
Sem cirurgia não mamária prévia	90,9	17,9	34,0	100,0	91,0	100,0	100,0	38	

p - nível descritivo do teste t de Student ou teste de Mann-Whitney^(a)

Tabela VII – Medidas-resumo dos escores de expectativas por localização do tumor

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,203
Unilateral	84,6	21,5	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	106	
Bilateral	67,0	31,1	45,0	89,0	-	-	-	2	
Dor									0,077
Unilateral	60,1	28,9	0,0	100,0	48,0	64,0	80,0	103	
Bilateral	24,0	33,9	0,0	48,0	-	-	-	2	
Enfrentamento									0,129
Unilateral	94,8	16,3	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	113	
Bilateral	84,0	22,6	68,0	100,0	-	-	-	2	
Aparência									0,309
Unilateral	88,0	23,1	0,0	100,0	83,0	100,0	100,0	106	
Bilateral	100,0	0,0	100,0	100,0	-	-	-	2	

p - nível descritivo do teste de Kruskal-Wallis.

Tabela VIII – Medidas-resumo dos escores de expectativas por momento da reconstrução

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Expectativas									
Equipe Médica									0,618 ^a
Imediata	83,1	21,2	32,0	100,0	66,0	89,0	100,0	37	
Tardia	84,9	21,9	0,0	100,0	78,0	89,0	100,0	71	
Dor									0,097
Imediata	65,7	28,7	0,0	100,0	54,0	68,0	91,0	38	
Tardia	55,8	29,2	0,0	100,0	42,0	59,0	72,0	67	
Enfrentamento									0,187 ^a
Imediata	97,6	8,5	64,0	100,0	100,0	100,0	100,0	40	
Tardia	93,0	19,1	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75	
Aparência									0,249 ^a
Imediata	86,4	22,3	24,0	100,0	83,0	100,0	100,0	34	
Tardia	89,1	23,3	0,0	100,0	91,0	100,0	100,0	74	

p - nível descritivo do teste t de Student ou teste de Mann-Whitney^(a)

APÊNDICE 7 – Modelos de regressão lineares múltiplos

Tabela IX – Resultados dos modelos de regressão linear múltipla inicial para os escores de expectativas – modelos iniciais

	Expectativas							
	Equipe médica		Dor		Enfrentamento		Aparência	
	Coeficiente (IC95%)	p	Coeficiente (IC95%)	p	Coeficiente (IC95%)	p	Coeficiente (IC95%)	p
Idade (anos)	0,10 (-0,51 a 0,71)	0,738	0,38 (-0,45 a 1,21)	0,369	0,67 (0,22 a 1,11)	0,004	0,53 (-0,10 a 1,16)	0,096
Com companheiro (ref.=Sem companheiro)	-0,53 (-9,52 a 8,46)	0,907	-1,66 (-13,87 a 10,54)	0,787	-3,9 (-10,43 a 2,64)	0,239	-3,92 (-13,39 a 5,55)	0,413
Escolaridade (ref.=Médio)		0,122		0,092		0,320		0,326
Fundamental	-11,88 (-25,28 a 1,52)	0,082	-6,50 (-24,65 a 11,65)	0,478	-7,14 (-17,00 a 2,71)	0,153	-5,41 (-19,25 a 8,43)	0,439
Superior	2,43 (-7,66 a 12,52)	0,634	12,29 (-1,21 a 25,8)	0,074	0,31 (-6,60 a 7,22)	0,929	5,37 (-4,89 a 15,63)	0,301
Cor - Não branca (ref.=Branca)	-3,62 (-14,77 a 7,52)	0,520	-6,95 (-22,10 a 8,19)	0,364	-5,74 (-13,71 a 2,23)	0,156	-6,50 (-17,93 a 4,93)	0,262
IMC (kg/m²)	0,12 (-0,82 a 1,06)	0,804	-0,95 (-2,25 a 0,34)	0,148	0,41 (-0,30 a 1,11)	0,253	0,93 (-0,13 a 1,99)	0,085
Comorbidades	-2,42 (-12,74 a 7,91)	0,643	-5,82 (-20,5 a 8,86)	0,433	-3,89 (-11,34 a 3,56)	0,302	-4,56 (-15,42 a 6,3)	0,406
Número de gestações	-1,57 (-5,70 a 2,56)	0,451	-3,75 (-9,92 a 2,43)	0,231	-0,44 (-3,36 a 2,49)	0,768	-1,48 (-5,69 a 2,72)	0,484
Sem menopausa	-0,86 (-12,58 a 10,85)	0,884	2,50 (-13,34 a 18,35)	0,754	5,24 (-3,07 a 13,54)	0,214	0,74 (-11,03 a 12,51)	0,901
Sem cirurgia mamária prévia	9,79 (-2,62 a 22,2)	0,120	-9,09 (-26,07 a 7,88)	0,290	0,35 (-8,31 a 9,00)	0,937	-4,01 (-16,70 a 8,68)	0,532
Sem cirurgia não mamária prévia	0,66 (-9,1 a 10,42)	0,893	9,47 (-4,00 a 22,94)	0,166	4,79 (-2,50 a 12,08)	0,195	5,24 (-5,84 a 16,31)	0,350
Sem quimioterapia	-8,68 (-19,91 a 2,55)	0,128	0,67 (-15,56 a 16,9)	0,934	0,30 (-7,71 a 8,32)	0,940	13,05 (1,26 a 24,85)	0,031
Radioterapia	-2,11 (-13,82 a 9,6)	0,721	17,36 (1,10 a 33,63)	0,037	4,20 (-4,21 a 12,61)	0,324	0,18 (-12,25 a 12,60)	0,978
Localização do tumor (ref.=Unilateral)	-20,34 (-53,37 a 12,69)	0,224	-18,39 (-63,11 a 26,33)	0,416	-6,67 (-30,85 a 17,5)	0,585	16,01 (-18,37 a 50,40)	0,357
Reconstrução imediata (ref.=tardia)	-3,13 (-16,55 a 10,29)	0,644	7,18 (-10,59 a 24,96)	0,424	1,69 (-7,76 a 11,14)	0,723	-7,37 (-21,41 a 6,67)	0,300
Técnica de reconstrução (ref.= Implante)		0,548		0,168		0,312		0,207
TRAM	8,55 (-7,20 a 24,29)	0,284	6,67 (-17,93 a 31,26)	0,591	4,10 (-7,37 a 15,56)	0,479	6,78 (-9,6 a 23,16)	0,413
GD	3,43 (-9,36 a 16,22)	0,595	16,55 (-0,70 a 33,8)	0,060	-4,88 (-13,81 a 4,05)	0,280	-8,32 (-21,35 a 4,71)	0,208
Constante	83,31 (43,23 a 123,39)	<0,001	56,38 (1,94 a 110,82)	0,043	52,22 (21,23 a 83,21)	0,001	43,10 (-2,46 a 88,65)	0,063
R ²	21,74%		24,67%		24,27%		24,67%	
R ² ajustado	6,27%		9,25%		10,42%		9,95%	
N	104		101		111		105	

IC95% - Intervalo de confiança de 95% para o coeficiente da regressão.

R²- Coeficiente de determinação – Quantifica a porcentagem da variância do escore explicado pelas variáveis preditoras.

ANEXOS

ANEXO 1 - BREAST-Q[©] - Breast Reconstruction Expectations Module
(preoperative) version 2.0 – Brazilian Portuguese Version (com
pontuação)



BREAST-Q Version 2.0[©]
Reconstruction Expectations
Long Form
Preoperative
Portuguese (BR) Version



Translated by a local academic.

The BREAST-Q, authored by Drs. Andrea Pusic, Anne Klassen and Stefan Cano, is the copyright of Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia (Copyright ©2017, Memorial Sloan Kettering Cancer Center and the University of British Columbia). The BREAST-Q has been provided under license from Memorial Sloan Kettering Cancer Center and must not be copied, distributed or used in any way without the prior consent of Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

1. Quanta informação você espera receber antes de sua cirurgia de reconstrução de mama? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Não muita informação, ou então ficarei com medo.	<input type="checkbox"/>
b. O quanto de informação eu precisar para estar preparada.	<input type="checkbox"/>
c. Quero saber de tudo.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

2. O quanto você espera se envolver na tomada de decisões sobre sua cirurgia de reconstrução de mama? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Não vou me envolver – vou deixar a decisão para o cirurgião.	<input type="checkbox"/>
b. Um pouco envolvida – darei algumas opiniões.	<input type="checkbox"/>
c. Muito envolvida – serei parceira em todas as tomadas de decisão.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

3. O quanto você acha provável que ocorra uma complicação após sua cirurgia de reconstrução de mama? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Muito provável – estou no grupo de <u>alto risco</u> para complicações.	<input type="checkbox"/>
b. Improvável – estou em um grupo de <u>risco normal</u> para complicações.	<input type="checkbox"/>
c. Muito improvável – estou em um grupo de <u>muito baixo risco</u> para complicações.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

4. Que tipo de apoio você espera receber da equipe médica durante seu processo de reconstrução de mama? Para cada uma das seguintes perguntas, circule a opção que melhor descreve o que você acha que vai acontecer.

Expectativas com a equipe médica	Improvável	Pouco provável	Muito provável	Não sei
a. Receberei cuidados médicos rapidamente se eu precisar.	1	2	3	Ns
b. O cirurgião e enfermeiros estarão disponíveis sempre que eu precisar deles.	1	2	3	Ns
c. A equipe médica “me dará força” sempre que eu precisar deles.	1	2	3	Ns
d. O cirurgião vai me fazer sentir como se eu fosse sua única paciente.	1	2	3	Ns
e. O cirurgião passará muito tempo comigo.	1	2	3	Ns

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: Add the responses to determine a total raw scale summed score. For missing data and answers “Don’t Know” insert the mean of completed items. If missing data is more than 50%, the scale should not be interpreted for the individual. Use the conversion table below to convert the raw scale summed score into a score from 0 to 100 where 50 is the population mean.

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
5	0
6	17
7	25
8	32
9	38
10	45
11	54
12	66
13	78
14	89
15	100

5. Imagine-se na primeira semana após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera que seja a DOR? Para cada uma das seguintes perguntas, circule a opção que melhor descreve o que você acha que vai sentir.

Expectativas com a dor	Improvável	Pouco provável	Muito provável	Não sei
a. Vou me sentir machucada.	1	2	3	Ns
b. Vou me sentir desconfortável.	1	2	3	Ns
c. Vou sentir pressão no peito.	1	2	3	Ns
d. A dor será intensa.	1	2	3	Ns
e. Vou precisar de muitos analgésicos.	1	2	3	Ns
f. Vou sentir uma dor imensa.	1	2	3	Ns

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: Add the responses to determine a total raw scale summed score. For missing data and answers “Don’t Know” insert the mean of completed items. If missing data is more than 50%, the scale should not be interpreted for the individual. Use the conversion table below to convert the raw scale summed score into a score from 0 to 100 where 50 is the population mean.

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
6	0
7	5
8	14
9	30
10	42
11	48
12	54
13	59
14	64
15	72
16	80
17	88
18	100

Nota: As perguntas de 6 a 8 são sobre reconstrução usando um implante expansor. Se você não está considerando fazer reconstrução com implante, pule para a pergunta 9. Se você está considerando fazer reconstrução com implante expansor, responda às seguintes perguntas.

6. Imagine-se com o expansor de tecidos colocado. Como você espera que a sua mama ficará? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Minha mama parecerá <u>achatada</u> .	<input type="checkbox"/>
b. Haverá uma <u>pequena elevação</u> (ou elevações).	<input type="checkbox"/>
c. Minhas mamas estarão <u>totalmente formadas</u> logo após.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

7. Imagine-se com o expansor de tecidos colocado. Quanta dor você espera sentir com o expansor? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Eu estarei com <u>dor constante</u> .	<input type="checkbox"/>
b. Vou sentir minha mama <u>apertada e desconfortável</u> .	<input type="checkbox"/>
c. Eu não sentirei nenhum <u>desconforto</u> .	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

8. Imagine-se como o expansor de tecido colocado. O que você espera sentir em cada expansão? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Cada expansão será <u>dolorosa</u> .	<input type="checkbox"/>
b. Cada expansão será <u>desconfortável</u> .	<input type="checkbox"/>
c. Não sentirei <u>nenhum desconforto</u> durante as expansões.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

Nota: As próximas perguntas são sobre suas expectativas durante o primeiro ano após sua cirurgia de reconstrução de mama.

9. Imagine-se durante o primeiro ano após a reconstrução de mama. Como você acha que vai enfrentar a reconstrução? Para cada uma das seguintes perguntas, circule a opção que melhor descreve como você acha que irá lidar.

Enfrentamento	Improvável	Pouco provável	Muito provável	Não sei
a. A vida vai ficar melhor conforme o passar do tempo.	1	2	3	Ns
b. Vou pensar positivamente.	1	2	3	Ns
c. Estarei melhor e seguindo a vida.	1	2	3	Ns
d. Eu vou voltar para a minha vida normal.	1	2	3	Ns
e. Vou me adaptar à reconstrução.	1	2	3	Ns

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: Add the responses to determine a total raw scale summed score. For missing data and answers “Don’t Know” insert the mean of completed items. If missing data is more than 50%, the scale should not be interpreted for the individual. Use the conversion table below to convert the raw scale summed score into a score from 0 to 100 where 50 is the population mean.

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
5	0
6	17
7	31
8	42
9	48
10	54
11	60
12	64
13	68
14	73
15	100

10. Imagine-se um ano após a reconstrução de mama. Como você espera ficar quando você estiver vestida? Para cada uma das seguintes perguntas, circule a opção que melhor descreve como você acha que ficará.

Expectativas com a aparência	Improvável	Pouco provável	Muito provável	Não sei
a. Minhas roupas vão cair bem.	1	2	3	Ns
b. Ficarei com um formato normal.	1	2	3	Ns
c. Vou parecer normal de sutiã.	1	2	3	Ns
d. Vou parecer normal quando eu me olhar no espelho.	1	2	3	Ns
e. Ficarei ótima de sutiã.	1	2	3	Ns

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: Add the responses to determine a total raw scale summed score. For missing data and answers "Don't Know" insert the mean of completed items. If missing data is more than 50%, the scale should not be interpreted for the individual. Use the conversion table below to convert the raw scale summed score into a score from 0 to 100 where 50 is the population mean.

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
5	0
6	7
7	16
8	24
9	34
10	53
11	69
12	76
13	83
14	91
15	100

11. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera que sua(s) mama(s) ficará(ão) quando você estiver sem roupas? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) <u>deformada</u> (s).	<input type="checkbox"/>
b. Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) <u>legal</u> (is).	<input type="checkbox"/>
c. Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) <u>linda</u> (s).	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

12. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você acha que suas mamas parecerão, quando despidas (sem roupas)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Minhas duas mamas ficarão <u>muito diferentes</u> uma da outra.	<input type="checkbox"/>
b. Minhas duas mamas ficarão <u>parecidas</u> uma com a outra.	<input type="checkbox"/>
c. Minhas duas mamas ficarão <u>exatamente iguais</u> .	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

13. Imagine-se um ano após a reconstrução de mama. O quão perceptíveis você acha que ficarão as cicatrices em sua mama? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. As cicatrizes serão <u>muito visíveis</u> .	<input type="checkbox"/>
b. As cicatrizes serão um <u>pouco visíveis</u> .	<input type="checkbox"/>
c. Eu <u>não verei</u> cicatrizes.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

14. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. O quanto de sensação (sensibilidade) você espera sentir em sua(s) nova(s) mama(s)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Não terei <u>quase nenhuma</u> sensibilidade em minha(s) nova(s) mama(s).	<input type="checkbox"/>
b. Terei <u>alguma</u> sensibilidade em minha(s) nova(s) mama(s).	<input type="checkbox"/>
c. Terei sensibilidade <u>normal</u> em minha(s) nova(s) mama(s).	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

15. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Qual tamanho você espera que sua(s) mama(s) tenha(m)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Um tamanho <u>muito diferente</u> do meu natural (menor ou maior).	<input type="checkbox"/>
b. Um tamanho um <u>pouco diferente</u> do meu natural (menor ou maior).	<input type="checkbox"/>
c. <u>Exatamente o mesmo</u> tamanho das minhas mamas naturais.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

16. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera que seja a forma de sua(s) nova(s) mama(s)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Uma forma <u>muito diferente</u> das minhas mamas naturais.	<input type="checkbox"/>
b. Uma forma <u>levemente diferente</u> das minhas mamas naturais.	<input type="checkbox"/>
c. <u>Exatamente a mesma</u> forma das minhas mamas naturais.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

17. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. O quão natural você espera que seja(m) sua(s) mama(s)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Minhas mamas <u>não</u> ficarão normais.	<input type="checkbox"/>
b. Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) <u>um pouco</u> com as mamas naturais.	<input type="checkbox"/>
c. Minha(s) nova(s) mama(s) parecerá(ão) <u>exatamente iguais</u> às naturais.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

18. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. O quanto você espera que sua(s) nova(s) mama(s) se mexa(m) (movimente)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Minha(s) nova(s) mama(s) <u>não</u> vai(vão) se mexer.	<input type="checkbox"/>
b. Minha(s) nova(s) mama(s) vai(vão) se mexer <u>menos</u> que as naturais.	<input type="checkbox"/>
c. Minha(s) nova(s) mama(s) vai(vão) se mexer <u>exatamente iguais</u> como as naturais.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

19. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera que fiquem as laterais da sua mama (ou seja, a região ao lado da sua mama, que fica debaixo do braço)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. As laterais da minha mama ficarão <u>muito diferentes</u> do que antes da cirurgia.	<input type="checkbox"/>
b. As laterais da minha mama ficarão <u>pouco diferentes</u> do que antes da cirurgia.	<input type="checkbox"/>
c. As laterais da minha mama ficarão <u>exatamente iguais</u> a antes da cirurgia.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

20. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. O quanto de sensação (sensibilidade) você espera ter nas laterais da sua mama (ou seja, a região ao lado da sua mama, que fica debaixo do braço)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. As laterais da minha mama ficarão <u>completamente</u> dormentes.	<input type="checkbox"/>
b. As laterais da minha mama ficarão um <u>pouco</u> dormentes.	<input type="checkbox"/>
c. As laterais da minha mama ficarão <u>normais</u> .	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

Nota: as questões de 21 e 22 são sobre a aparência e sensação do mamilo. Se você está considerando uma mastectomia que preserva o mamilo, pule para a pergunta 23.

21. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera que ficará a reconstrução do seu mamilo? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Meu novo mamilo ficará completamente <u>diferente</u> de um mamilo normal.	<input type="checkbox"/>
b. Meu novo mamilo ficará <u>parecido</u> com um mamilo normal.	<input type="checkbox"/>
c. Meu novo mamilo ficará <u>exatamente igual</u> a um mamilo normal.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

22. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. O quanto de sensação (sensibilidade) você espera sentir em seu(s) novo(s) mamilo(s)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Não terei sensibilidade nenhuma em meu(s) mamilo(s).	<input type="checkbox"/>
b. Terei alguma sensibilidade em meus(s) mamilo(s).	<input type="checkbox"/>
c. Terei sensibilidade normal em meu(s) mamilo(s).	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

Nota: as perguntas de 23 a 24 são sobre reconstrução usando um implante. Se você está considerando a reconstrução com um implante (prótese de silicone), responda às seguintes perguntas. Se você não está considerando fazer reconstrução com implante, pule para a pergunta 25.

23. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera sentir sua(s) sua(s) mama(s) ao tocá-la(s)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

Expectativas com a prótese	Improvável	Pouco provável	Muito provável	Não sei
a. Minha(s) mama(s) será(ão) mais firme(s).	1	2	3	Ns
b. Minha(s) mama(s) será(ão) mais dura(s) do que as naturais.	1	2	3	Ns
c. Minha(s) mama(s) será(aõ) duras.	1	2	3	Ns
d. Serei capaz de sentir as bordas do implante.	1	2	3	Ns
e. Vou perceber as ondulações (rugas) no meu implante.	1	2	3	Ns

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: Add the responses to determine a total raw scale summed score. For missing data and answers "Don't Know" insert the mean of completed items. If missing data is more than 50%, the scale should not be interpreted for the individual. Use the conversion table below to convert the raw scale summed score into a score from 0 to 100 where 50 is the population mean.

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
5	0
6	23
7	31
8	38
9	44
10	48
11	52
12	57
13	65
14	78
15	100

24. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Que grau de percepção você acha que terá de sua(s) prótese(s) de mama? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Eu vou sempre perceber que tenho algo estranho no meu corpo.	<input type="checkbox"/>
b. Eu vou perceber às vezes que tenho mama(s) reconstruída(s).	<input type="checkbox"/>
c. Minha(s) nova(s) mama(s) será(ão) uma parte natural do meu corpo.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

Nota: a pergunta 25 fala sobre a reconstrução utilizando um retalho do abdome (ou seja, a reconstrução utilizando tecido da área da barriga). Se você está considerando este tipo de reconstrução, responda à seguinte pergunta. Se você não está considerando este tipo de reconstrução, pule para pergunta 26.

25. Imagine-se um ano após a cirurgia de reconstrução de mama. Como você espera que sentirá seu abdome (área da barriga)? Circule a opção que mais se aplica a você.

Expectativas com o abdome (função)	Improvável	Pouco provável	Muito provável	Não sei
a. Vou ter dificuldade em fazer as atividades diárias (por exemplo, arrumar a cama).	1	2	3	Ns
b. Vou ter dificuldade de sentar e levantar da cama por causa da fraqueza abdominal (por exemplo, levantar da cama).	1	2	3	Ns
c. Vou sentir desconforto abdominal.	1	2	3	Ns
d. Vou sentir meu abdome apertado.	1	2	3	Ns

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for each of these questions.

Nota: As seguintes perguntas são sobre suas expectativas 10 (dez) anos após a sua cirurgia de reconstrução de mama.

26. Imagine-se 10 (dez) anos após a cirurgia de reconstrução de mama. O quão parecidas (simétricas) você espera que suas mamas estejam? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Minhas mamas não ficarão tão parecidas como ficaram logo após a reconstrução.	<input type="checkbox"/>
b. Minhas mamas ficarão quase tão parecidas como ficaram logo após a reconstrução.	<input type="checkbox"/>
c. Minhas mamas estarão exatamente como ficaram logo após a reconstrução.	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

27. Imagine-se 10 (dez) anos após a cirurgia de reconstrução de mama. Você acha que vai precisar de uma nova cirurgia em sua(s) mama(s)? Marque a opção que melhor se aplica a você (marque apenas uma opção).

a. Eu <u>muito provavelmente</u> precisarei de mais cirurgia(s) reconstrutiva(s) em minha(s) mama(s).	<input type="checkbox"/>
b. Eu <u>possivelmente</u> precisarei de mais cirurgia(s) reconstrutiva(s) em minha(s) mama(s).	<input type="checkbox"/>
c. Eu <u>não precisarei</u> de mais cirurgia(s) reconstrutiva(s) em minha(s) mama(s).	<input type="checkbox"/>
d. Eu não sei.	<input type="checkbox"/>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center & University of British Columbia 2017. All rights reserved.

SCORING: The option checked by the patient is the response for this question.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Comitê de Ética em Pesquisa [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). [citado 2017 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.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Normas de apresentação tabular*. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 1993. 60 p.

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.