

ALEXANDRE KATALINIC DUTRA

**SATISFAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA IMEDIATA COM O RETALHO MUSCULOCUTÂNEO
DO LATÍSSIMO DO DORSO E IMPLANTE MAMÁRIO**

**Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo,
para obtenção de Título de Doutor em Ciências.**

SÃO PAULO

2007

ALEXANDRE KATALINIC DUTRA

**SATISFAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA IMEDIATA COM O RETALHO MUSCULOCUTÂNEO
DO LATÍSSIMO DO DORSO E IMPLANTE MAMÁRIO**

**Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo,
para obtenção de Título de Doutor em Ciências.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Miguel Sabino Neto

CO-ORIENTADORES: Prof. Dr. Élvio Bueno Garcia

Profa. Dra. Daniela Francescato Veiga

SÃO PAULO

2007

Dutra, Alexandre Katalinic

Satisfação de pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e implante mamário. /Alexandre Katalinic Dutra. -- São Paulo, 2007.

xvi, 136f.

Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo.
Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Patient satisfaction with immediate breast reconstruction with the latissimus dorsi myocutaneous flap and implant.

1. Mama/cirurgia. 2. Reconstrução da mama. 3. Implante de mama. 4. Retalhos cirúrgicos/métodos. 5. Satisfação do paciente.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

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

COORDENADOR: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira

DEDICATÓRIA

À **Deus**, pela existência com fé e respeito à vida.

À minha família,

a força, a união, o equilíbrio, o estímulo, a confiança a prosseguir no trabalho, no estudo, tornando as obrigações motivos de felicidade e realização.

À minha esposa Marina,

que por ser tão especial, qualquer destaque de gratidão é pequeno, perto da imensa energia de vida que representa.

Ao Dr. José Hermílio Curado,

Chefe do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital do Câncer

À Profa. Dra. Heloísa Galvão do Amaral Campos,

Ao Dr. Maurício Castello Domingues,

Ao Dr. Eduardo Koiti Yoshimatsu,

colegas do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital do Câncer

exemplos de dedicação, profissionalismo, cooperação, zelo ao paciente e ansia diária para a melhoria do trabalho com a preocupação na relação com os demais.

A todos meus entes queridos, amigos, colegas de profissão, trabalhadores na área da saúde, colaboradores, os presentes com o trabalho honesto na preservação da dignidade da nação e aos distantes ou hoje ausentes, mas que já contribuíram com sua parcela de bondade na doação de afeto, idéias para o aprimoramento da razão e evolução do ser.

AGRADECIMENTOS

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira, Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica, que por sua grande sabedoria permite oportunidades do desenvolvimento humano e científico.

Ao Prof. Dr. Ivan Dunshee de Abranches Oliveira Santos, Professor Adjunto – Livre Docente, Chefe da disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, que por sua inteligência cria um meio de ciência, disciplina e respeito.

Ao meu orientador Prof. Dr. Miguel Sabino Neto, Professor Adjunto – Livre Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, por suas atitudes para o bem da evolução do saber e da emoção que envolve o ensinamento lúcido e acolhedor.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Elvio Bueno Garcia, Professor Afiliado da Universidade Federal de São Paulo, por sua competência em estimular e conduzir a produção científica em ambiente de diálogo sincero.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Daniela Franciscato Veiga, Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, por sua extrema capacidade de orientar com simpatia e precisão gerando um meio de idéias, amizade e admiração.

À Prof^ª. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Universidade de São Paulo por sua valiosa colaboração da análise estatística, sugestões e dedicação desde o início do trabalho.

Ao **Prof. Paulo Marcos Rodrigues** pelo cuidado, zelo, rigor ao idioma e amizade para a tradução do trabalho para a língua inglesa.

Ao **Hospital do Câncer** como instituição, meio de ensino, agregação de pessoas, profissionais, que geram amor, trabalho, pesquisa e oportunidades de vida ajudando ao próximo.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo** **Dr. Alfredo Gagnani Filho , Dr. An Wan Ching, Dra. Anelisa Campaner, Dr. Bernardo Hochman, Dra. Dulce Maria Fonseca Soares Martins, Dr. Fábio Xerfan Nahas, Dr. Gal Moreira Dini, Dr. Heitor Francisco de Carvalho Gomes, Dr. Helton Traber de Castilho, Dr. José de Arimateia Mendes, Dr. José Luis Bretos, Dr. José Mario Camelo Nunes, Dra. Leila Blanes, Dr. Luiz Eduardo Felipe Abla, Dr. Marcus Vinicius Barbosa, Dr. Max Domingues Pereira, Dra. Mônica Talarico Duailibi, Dra. Regina Okamoto, Dr. Richard Liebano, Dr. Roberto Rudge Ramos, Dr. Silvio Eduardo Duailibi** pela avaliação e sugestões apresentadas.

**Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação
Adriana Pozzobon de Oliveira Vieira, Alessandra Haddad,
Ana Claudia Amoroso Ribeiro de Maia, André Luiz Pires de Freitas,
Andréa Fernandes de Oliveira, Antonio Carlos Aloise,
Carlos Eduardo Pinfieldi, Elaine Kawano Horibe,
Fabianne Magalhães Pimentel Furtado, Graziela Chacon Borba,
Julieta Maria Ferreira Chacon, Lia Fleissig Ferreira, Maria Luiza Ramos,
Mario Jorge Warde Filho, Paula Cristina Fada dos Santos,
Pierangelo Angelletti, Renata Andrade Bitar Carter, Ricardo Pisciolaro,
Rodolpho Alberto Bussolaro, Sergio Takeji Mitsuda,
Sidney Bandeira Cartaxo e Vanina Monique Viegas.**

**Às secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade
Federal de São Paulo, Marta Rejane dos Reis Silva, Sandra da Silva e
Silvana Aparecida Costa pela atenção, consideração e profissionalismo
demonstrado durante todo o curso.**

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xv
RESUMO.....	xvi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVO.....	05
3. LITERATURA.....	06
4. MÉTODOS.....	19
5. RESULTADOS.....	39
6. DISCUSSÃO.....	61
7. CONCLUSÃO.....	93
8. REFERÊNCIAS.....	96
NORMAS ADOTADAS.....	109

SUMMARY.....	110
APÊNDICE.....	111
ANEXO.....	135
FONTES CONSULTADAS.....	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Peça cirúrgica da mastectomia na balança.	25
Figura 2.	Exemplo de demarcação em forma de elipse para a mastectomia, com as setas demonstrando os eixos, diretrizes, que foram medidos com régua, antes do início da cirurgia.	26
Figura 3.	Paciente em decúbito lateral, demarcação dos limites anatômicos do músculo latíssimo do dorso, da porção cutânea do retalho, e dos eixos do fuso, diretrizes medidas (setas).	27
Figura 4.	Demonstração da infiltração da solução no retalho demarcado.	28
Figura 5.	Demonstração da infiltração do leito doador, após o descolamento total do retalho, transposto para a área da mastectomia.	29
Figura 6.	Exemplo da sutura (seta demonstrando o fio) com um ponto de adesão: reunião da área descolada ao leito cruento antes de amarrar.	30
Figura 7.	Visão intra-operatória durante a interpolação do retalho da área doadora para a área da mastectomia, do seu pedículo (seta amarela), com secção total de sua inserção no sulco intertubercular do úmero (seta azul).	31
Figura 8.	Demonstração da colocação do implante mamário sob o retalho já com a fixação inferior realizada.	32
Figura 9.	Exemplo de pré-operatório de mastectomia radical modificada a direita e proposta de reconstrução imediata.	33
Figura 10.	Exemplo da conclusão da reconstrução da mama direita demonstrando reconstrução da aréola com enxerto, da papila com retalho e mamoplastia de aumento da mama contralateral. Pós-operatório de um ano e oito meses.	33
Figura 11.	Exemplo de reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo latíssimo do dorso e implante mamário, após a primeira etapa cirúrgica da paciente submetida à mastectomia radical modificada direita.	58

- Figura 12.** Exemplo de reconstrução imediata da mama esquerda, já concluída, após quimioterapia e radioterapia, com um ano e dez meses de pós-operatório. 59
- Figura 13.** Exemplo de cicatriz na área doadora dorsal à esquerda, posicionada transversalmente. 60
- Figura 14.** Exemplo da mama esquerda com contratura capsular classe III de BAKER, após a radioterapia. 60

LISTA DE TABELAS

Tabela I.	Freqüência absoluta e relativa, segundo respostas nas escalas de satisfação geral com a reconstrução da mama.	40
Tabela II.	Freqüência absoluta e relativa, segundo a nota.	41
Tabela III.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas e clínicas e resposta à questão 1.	43
Tabela IV.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 1.	44
Tabela V.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas e clínicas e resposta à questão 2.	45
Tabela VI.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 2.	46
Tabela VII.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas e clínicas e resposta à questão 3.	47
Tabela VIII.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 3.	48
Tabela IX.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas e clínicas e resposta à questão 4.	49
Tabela X.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 4.	50
Tabela XI.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas e clínicas e resposta à questão 5.	51
Tabela XII.	Freqüência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 5.	52

Tabela XIII.	Estatística descritiva da nota segundo características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento.	54
Tabela XIV.	Estatística descritiva da nota segundo as características da cirurgia.	55
Tabela XV.	Estatística descritiva da nota segundo escores de satisfação da reconstrução mamária.	56
Tabela XVI.	Frequência absoluta e relativa do tempo de reconstrução, segundo a nota.	57
Tabela XVII.	Critérios de exclusão, frequência absoluta e relativa.	111
Tabela XVIII.	Frequência absoluta e relativa, segundo características sócio-demográficas.	112
Tabela XIX.	Frequência absoluta e relativa, segundo características reprodutivas.	113
Tabela XX.	Frequência absoluta e relativa, segundo controle clínico ambulatorial.	114
Tabela XXI.	Frequência absoluta e relativa das neoplasias malignas da mama.	114
Tabela XXII.	Frequência absoluta e relativa do estadiamento das neoplasias malignas da mama.	115
Tabela XXIII.	Frequência absoluta e relativa dos quadrantes das neoplasias malignas da mama.	115
Tabela XXIV.	Frequência absoluta e relativa, segundo características clínicas e de tratamento.	116
Tabela XXV.	Frequência absoluta e relativa, segundo características da cirurgia.	117
Tabela XXVI.	Frequência absoluta e relativa das citações espontâneas, segundo o tema.	118
Tabela XXVII.	Número e porcentagem de pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento e perda.	119
Tabela XXVIII.	Número e porcentagem de pacientes, segundo características da cirurgia e perda.	120

LISTA DE ABREVIACÕES

cm	centímetro
cm ²	centímetro quadrado
g	grama
IMC	Índice de Massa Corporal
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
kg	quilograma
kg/m ²	quilograma por metro quadrado
mg	miligrama
ml	mililitro
SAME	Serviço de Arquivo Médico Estatístico
TNM	Classificação TNM dos Tumores Malignos, sexta edição.
π	Símbolo “pi” da constante da circunferência com valor de 3,1416...
Gy	Unidade de dose de radiação ionizante

RESUMO

Introdução: A reconstrução imediata da mama por meio do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso é ainda pouco citada na literatura, particularmente trabalhos que avaliem a percepção da paciente acerca dos resultados. **Objetivos:** avaliar a satisfação de pacientes submetidas à mastectomia e reconstrução imediata da mama, com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso; e verificar a relação da satisfação com dados clínicos, tratamento oncológico e cirurgia. **Método:** Selecionou-se 196 pacientes reconstruídas pela técnica do estudo no Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora do Hospital do Câncer (Fundação Antônio Prudente - São Paulo) entre janeiro de 1999 a dezembro de 2005. Foram excluídas as pacientes submetidas a adenomastectomias, cirurgias conservadoras, reconstruções bilaterais ou sem o implante mamário. A avaliação da satisfação geral foi obtida por questionário e a nota pela escala numerada, auto-aplicáveis, enviados via postal. **Resultados:** Retornaram 178 respostas (diferença de 9,2% entre enviados e recebidos). O tempo entre a data da cirurgia e a data da resposta teve média de 43,8 meses. Noventa e dois por cento das pacientes responderam estar satisfeitas e 90% recomendariam a reconstrução mamária pela técnica do estudo a outra paciente. **Conclusões:** As pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário demonstraram satisfação pelos resultados. A satisfação das pacientes com a reconstrução imediata da mama não apresentou variação significativa conforme as características sócio-demográficas, reprodutivas, clínicas e do tratamento, exceto: estado civil, perfil do implante mamário, complicações pós-operatórias e tempo decorrido da reconstrução.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a mastectomia proposta ao final dos 1800 foi o primórdio do tratamento do câncer de mama e persistiu por cerca de 70 anos como opção cirúrgica predominante. A cirurgia implicava na ressecção total da mama, de parte da pele vizinha ao órgão, da fáscia peitoral, da musculatura peitoral e dos linfonodos da cadeia axilar. Nesta mesma época, em 1896, Tansini descreveu o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, homolateral à mastectomia, para o fechamento da ferida operatória, que com frequência não possibilitava a sutura primária, conforme revisão do tema ¹ (MAXWELL, 1980). Porém, o potencial da técnica permaneceu oculto tendo sua aplicação tão-somente para reparar feridas da região torácica, sem a concepção da reconstrução da mama.

O surgimento do implante mamário de silicone no meio médico, em 1963, e o entendimento da importância e divulgação da reconstrução da mama fizeram emergir novas realidades para as pacientes tratadas por mastectomias ² (BOSTWICK, CARLSON, 1997). O retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso concretizou-se como uma alternativa para este propósito ³⁻⁴ (OLIVARI, 1976; BOSTWICK, VASCONEZ, JURKIEWICZ, 1978) e foi largamente utilizado na década de 1970 até início dos anos 80, associado ao implante mamário ⁵⁻⁶ (MUHLBAUER, OLBRISCH, 1977; SCHNEIDER, HILL, BROWN, 1977) ou mesmo sem os implantes ⁷⁻¹⁰ (BOSTWICK et al., 1979; SNYDERMAN, 1980; COHEN, CRONIN, 1984; BOSTWICK, 2001). Alguns autores acrescentaram refinamentos técnicos, tais como: a microcirurgia do componente nervoso para permitir maior sensibilidade da pele ¹¹ (YANO et al., 2002); critérios para disposição do retalho ¹²⁻¹³ (MENDELSON, 1983; HAMMOND, 2007); o uso do endoscópio na área doadora ¹⁴⁻¹⁵ (POMEL et al., 2003; MISSANA, POMEL, 2007); o uso de expansores ¹⁶ (SLAVIN, 1994) sem, no entanto, atingir grande aceitação entre cirurgiões reparadores.

Contudo, as publicações dos resultados tardios, das complicações dos implantes de silicone ¹⁷⁻¹⁸ (MCCRAW, MAXWELL, 1988; MOORE, FARRELL, 1992) e a descrição do retalho musculocutâneo transversal do músculo reto do abdome ¹⁹⁻²⁰ (GANDOLFO, 1982; HARTRAMPF, SCHEFLAN, BLACK 1982), internacionalmente citado como retalho TRAM, circunstanciaram uma nova fase para a reconstrução da mama com a preferência por reconstruções inteiramente baseadas nos tecidos dos retalhos, prescindindo dos implantes

mamários ²¹ (BOSTWICK, 1988). Desde então, o retalho TRAM reuniu o maior número de publicações, sendo a opção técnica preferencial de muitos serviços ²²⁻²⁶ (KROLL, BALDWIN, 1992; KROLL et al., 1995; KROLL, 1997; YUKSEL, CELIKOZ, 2002; JAHKOLA, ASKO-SELJAVAARA, VON SMITTEN, 2003), com rica avaliação dos resultados, da satisfação das pacientes ²⁷⁻²⁸ (EDSANDER-NORD, BRANDBERG, WICKMAN, 2001; VEIGA et al., 2002), além de considerações acerca da área doadora (PETIT et al., 2003; DULIN et al., 2004) ²⁹⁻³⁰. Assim, a reconstrução da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário teve sua aceitação reduzida face à utilização do silicone.

A noção da importância da reconstrução da mama surgiu a partir da verificação de que aproximadamente 25 a 30% das pacientes tratadas com mastectomias apresentavam ansiedade, depressão e transtornos sexuais ³¹⁻³⁴ (STEVENS et al., 1984; WELLISCH et al., 1985; HARCOURT et al., 2003; ROTH et al., 2007). Porém, apregoava-se que a reconstrução da mama deveria ser adiada por cerca de dois anos após a mastectomia, pois mais de 80% das recorrências eram diagnosticadas neste período. A proposta da reconstrução imediatamente após a mastectomia permaneceu controversa, quanto às possibilidades de ocultar recorrências ou interferir na terapia adjuvante ³⁵⁻³⁹ (TEIMOURIAN, ADHAM, 1982; WEBSTER, MANSEL, HUGHES, 1984; NOONE et al., 1985; VAN SMITTEN, 1995; LANGSTEIN et al., 2003).

Durante os anos de 1980, os temores para a reconstrução imediata da mama foram afastados, em relação à sobrevida ^{37,40-42} (NOONE et al., 1985; FRAZIER, NOONE, 1985; GEORGIADIS et al., 1985; JOHNSON et al., 1989) e aos eventuais atrasos para a quimioterapia ⁴³ (WILSON et al., 2004), garantindo uma segurança oncológica nos vários aspectos evidenciados do tratamento ⁴⁴⁻⁴⁶ (KNOTTENBELT, SPAUWEN, WOBBS, 2004; SANDELIN, WICKMAN, BILLGREN 2004; TAYLOR, HORGAN, DODWELL, 2005). Também o impacto da reconstrução imediata para as pacientes foi reconhecido, constatando-se que seria capaz de reverter vários aspectos negativos da mastectomia, nos domínios da psicologia ⁴⁷⁻⁵¹ (SCHAIN, 1988; FARIA et al., 1999; FRANCHELLI et al., 1995; ROSENQVIST, SANDELIN, WICKMAN 1996; AL-GHAZAL et al., 2000), do convívio social e da adaptação sexual ^{47,52,10,33}, (SCHAIN, 1988; WILKINS et al., 2000; BOSTWICK, 2001; HARCOURT et al., 2003). As pacientes que seguiram a reconstrução imediata apresentaram menor incidência de transtornos psíquicos em comparação com outras, que

seguiram a reconstrução tardia realizada meses ou anos após a mastectomia ^{53,54} (SCHAIN et al., 1985; NOGUCHI et al., 1993).

As décadas de 1980 e 1990 são ricas em relatos confirmando os ótimos resultados estéticos das reconstruções, a baixa morbidade e o não comprometimento do tratamento adjuvante ^{43,55} (WILSON et al., 2004; MORTENSON et al., 2004). A reconstrução imediata da mama propiciou uma nova dimensão ao tratamento do câncer da mama ⁵⁶⁻⁵⁷ (BOSTWICK, 1990; MODENA, BENASSUTI, MARCHIORI, 1995) além de outras vantagens sócio-demográficas ^{54,58} (NOGUCHI et al., 1993; SCHUSTERMAN, 1998). Devido ao valor da mama para a sexualidade, foi consenso que as pacientes com reconstrução imediata experimentassem uma reabilitação psíquica ^{53,59-61} (SCHAIN et al., 1985; SCHAIN, 1991; OSTEEN, 1995; MALATA, MCINTOSH, PURUSHOTHAM, 2000); física e social ⁶² (BRANDBERG, MALM, BLOMQUIST, 2000). A recuperação do trauma psicológico, da perturbação da auto-estima, da feminilidade e da imagem corporal foram constantes. Ainda, as pacientes reconstruídas cooperaram com mais motivação no tratamento adjuvante. Assim, a reconstrução da mama obteve uma compreensão maior relacionada à qualidade de vida ⁶³ (COCQUYT et al., 2003) e respeito à integridade física, dentro da noção de auto-imagem e venceu a barreira do receio de prejuízo da abordagem oncológica.

Atualmente, a conservação da mama tem sido uma máxima no empenho do tratamento interdisciplinar, almejando-se a precocidade no diagnóstico e altos índices de cura, mantendo-se o refinamento estético ^{64,65,46,66} (HOFFMAN, KLATSKY, DAVIS, 1990; PANETTIERE et al., 2002; TAYLOR, HORGAN, DODWELL, 2005; FENTIMAN, HAMED, 2006), bem como a qualidade de vida ⁶⁷ (KENNY et al., 2000). Entretanto, apesar da busca da redução de sua indicação, a mastectomia ainda é empregada em 30% a 60% das pacientes no tratamento do câncer de mama, em vários centros oncológicos ⁶⁸ (COTLAR, DUBOSE, ROSE, 2003). Esta realidade se manteve graças à multcentricidade ou multifocalidade das neoplasias malignas da mama. Ao mesmo tempo, a abordagem interdisciplinar do câncer de mama aproximou a oncologia e a cirurgia reparadora, tornando a preservação dos tecidos uma meta ⁶⁹⁻⁷¹ (TOTH, LAPPERT, 1991; GABKA, MAIWALD, BOHMERT, 1998; MOSAHEBI et al., 2006), ainda que, diante de uma inevitável mastectomia, esta fosse perpetrada com a preservação máxima da pele. A melhoria desta técnica cirúrgica foi fértil para a reconstrução imediata ⁷²⁻⁷⁴ (CUNNICK, MOKBEL, 2004; BEHRANWALA et al., 2006; SALHAB et al., 2006), inclusive para o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, agora com uma

diversidade maior de implantes mamários, mais aprimorados^{75-76,13,77} (GERBER et al., 1999; HAYES et al., 2004; HAMMOND, 2007; MUNHOZ et al., 2007). Destarte, tal conjuntura gerou resultados estéticos na reconstrução antes inatingíveis⁷⁸ (MANSEL et al., 1986).

Freqüentemente, a reconstrução imediata da mama ainda permite controvérsias sobre a indicação entre as técnicas⁷⁹⁻⁸⁰ (KRONOWITZ, KUERER, 2006; POMAHAC et al., 2006). Mais particularmente, em relação ao retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário. No campo da cirurgia plástica, a compreensão deste benefício a ser alcançado ganha importância e complexidade por envolver a aparência⁸¹ (WARE, 2003). Ou seja, a apreciação e a satisfação pela estética da reconstrução recaem em uma somatória de variáveis, até com modificações tardias. Revisões orientam para métodos com instrumentos que possam aferir a satisfação por meio de questionários⁸² (ALDERMAN et al., 2000) e pela escala visual analógica⁸³ (PRICE et al., 1983). Esta última citação, inicialmente desenvolvida para avaliação da dor foi logo estendida para outras aplicações, inclusive avaliações estéticas⁸⁴ (FITZPATRICK et al., 1999); com a participação ativa da paciente^{28,85} (VEIGA et al., 2002; CHING et al., 2003). Tal enfoque já pode ser apreciado em reconstruções com o retalho TRAM e com expansores⁸⁶⁻⁸⁷ (RAMON et al., 1997; GUI et al., 2003). Já as citações dos resultados do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário são escassas⁸⁸ (SMITH et al., 2001). A lacuna é ainda maior ao se considerar a percepção da paciente sobre a técnica⁸⁹ (CRONIN, UPTON, MCDONOUGH, 1977), ao apresentar o grau de satisfação relacionado aos aspectos clínicos, dados acerca da internação hospitalar, detalhes técnicos relativos ao retalho e complicações. Esta ênfase quanto às considerações psíquicas relacionadas aos dados clínicos só recentemente foram mais exploradas no câncer de mama⁹⁰ (GEORGIADÉ et al., 1981), mas não para a reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário, principal objetivo deste trabalho.

2. OBJETIVOS

- Avaliar a satisfação das pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário
- Verificar a relação entre satisfação das pacientes e dados clínicos e tratamento oncológico.

3. LITERATURA

OLIVARI (1976) realçou as dificuldades das reconstruções da parede torácica, em particular nas situações de radioterapia e danos aos tecidos associados. Constatou que o retalho baseado no músculo latíssimo do dorso apresentava perfusão das porções sobrejacentes e que poderiam ser transpostas com segurança. Além disto, o músculo conferia maior espessura ao retalho, o que seria favorável em muitas situações clínicas de reconstrução. Concluiu que o retalho não necessitaria de autonomização, mesmo em pacientes submetidas à radioterapia prévia ³.

MAXWELL (1980) narrou o histórico do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e sua importância para a cirurgia plástica. Afirmou que o Professor Iginio Tansini, em Pávia, Itália foi pioneiro no emprego clínico do retalho. Na época, embora a Itália fosse ainda importante centro para o progresso da medicina, a Alemanha já se sobrepunha na Europa e, portanto, muitos conceitos divulgados por Tansini sofreram resistência do meio científico. Tansini nasceu em Milão, em 1855 e graduou-se em 1878, seguindo a carreira médica como cirurgião. Apresentou diversos artigos acerca do câncer gástrico, da cabeça e pescoço e da mama. Em 1896, idealizou técnica própria de mastectomia, divulgando e aprofundando conhecimentos relacionados à ferida residual e dificuldades dela decorrentes. Contexto que culminou no estudo em laboratório de Anatomia do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, com detalhes em sua vascularização baseada na artéria subescapular ¹.

BIGGS & CRONIN (1981) divulgaram aspectos técnicos da reconstrução da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, após a mastectomia em 90 pacientes. Os detalhes apresentados foram quanto à seleção das pacientes, ao decúbito adequado das mesmas para a cirurgia, ao posicionamento da porção cutânea do retalho, aos limites anatômicos do músculo, aos cuidados na interpolação do retalho e dados do pós-operatório ⁹¹.

MENDELSON (1983) apresentou idéias para aprimoramentos da reconstrução da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso em 30 procedimentos cirúrgicos

estudados. Destacou que o implante mamário e a interpolação do retalho poderiam ser realizados em tempo único com baixos índices de complicações¹².

PRICE et al. (1983) validaram a escala visual analógica para mensurar a dor crônica e experimental. O estudo se baseou em testes térmicos com temperaturas de 43°C a 51°C. Revisaram a dor humana em múltiplos domínios e meios de escalonar a dor e a importância de um método prático para o meio médico. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos: 30 portadores de dor crônica e 20 não portadores. Os testes da dor foram realizados na face anterior do antebraço e graduados conforme a temperatura nos dois grupos. Os estudos estatísticos concluíram que não havia diferença significativa entre os grupos e as respostas corresponderam ao estímulo da intensidade da dor. A escala mostrou-se simples, versátil, confiável, com valores que poderiam facilitar estudos científicos⁸³.

SCHAIN et al. (1985) propuseram “o quanto antes melhor”, referindo-se a época para a reconstrução da mama, após a mastectomia. O estudo avaliou fatores psicológicos em grupos de pacientes com reconstruções imediatas durante e após o primeiro da mastectomia. Concluíram que os principais fatores da ansiedade pela reconstrução estavam ligados à vontade de diversificar o vestuário e de se tornarem livres das próteses externas⁵³.

MANSEL et al. (1986) revisaram a reconstrução da mama realizada imediatamente após a mastectomia em 95 pacientes. O retalho TRAM foi empregado em 45 pacientes, o latíssimo do dorso em 38 e em 12, implantes submusculares. As reconstruções com tecidos autólogos tiveram resultados semelhantes, mas o retalho TRAM apresentou maior incidência de complicações. Afirmaram ainda que os resultados insatisfatórios reduziram-se notavelmente com a experiência da equipe médica⁷⁸.

RUSSELL et al. (1986) aferiram a função da área doadora dorsal de 21 pacientes reparadas com sutura primária e em três com enxertos, após a execução do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso. Estes 24 pacientes (13 do gênero masculino e 11 do feminino), reconstruídos tanto de forma tradicional como de forma microcirúrgica foram submetidos a provas funcionais e observados quanto ao aspecto final da área doadora. A perda funcional avaliada como leve a moderada foi computada nos primeiros meses para o membro

superior homolateral. O recrutamento da musculatura sinérgica recuperou a maior parte da perda funcional. Do total de 24, 23 pacientes fariam novamente e recomendariam a cirurgia. A maioria dos pacientes percebeu necessidade de ajustes, mesmo que menores em suas atividades diárias ⁹².

BOSTWICK (1988) enfatizou que a reconstrução de mama deveria em essência atingir as expectativas psicológicas e estéticas sem perturbar o tratamento oncológico. Propunha um intervalo de três a nove meses após a mastectomia para a reconstrução. Discorreu sobre a reconstrução na sua técnica mais simples com o implante mamário após expansão dos tecidos. Descreveu as indicações para as técnicas dos retalhos musculocutâneos do latíssimo do dorso e o TRAM. Acrescentou o retalho musculocutâneo microcirúrgico do glúteo como uma opção viável. Abordou a controvérsia da mastectomia profilática e reconstrução imediata em pacientes selecionadas, de alto risco. A principal vantagem do expensor seria a não necessidade de retalhos, mas a reposição de pele e de outros tecidos somente poderia ser concebida com o auxílio de retalhos ²¹.

MCCRAW & MAXWELL (1988) ampliaram o tema da reconstrução da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário. Afirmaram que os resultados estéticos permaneciam limitados. As razões que envolviam as deficiências de resultados se deviam a fatores inerentes aos implantes mamários. No entanto, afirmaram que tais deficiências deveriam ser revistas e que a técnica não deveria ser descartada. A contratura capsular determinava a mudança da consistência da mama, a perda de sua naturalidade, ou ptose e conseqüente assimetria. Finalizaram com a assertiva de que a reconstrução com a técnica do latíssimo do dorso apresentaria uma intensa piora dos resultados ao longo de cinco anos ¹⁷.

SHAIN (1988) discorreu acerca das conseqüências sexuais, íntimas, decorrentes do tratamento do câncer da mama para as pacientes. Trouxe a importância da sexualidade na qualidade de vida, a necessidade de se considerar a esfera psicológica no tratamento, o entendimento de tratar-se de uma doença ameaçadora à vida das pacientes. Revisou o complexo da depressão experimentado pelas pacientes mastectomizadas em magnitudes diferentes. Afirmou que os achados evidenciavam que as operações menos radicais

determinavam conseqüências psicológicas menores. O autor finalizou retratando os fatores envolvidos na morbidade relacionada à sexualidade das pacientes tratadas por mastectomia ⁴⁷.

KROLL & BALDWIN (1992), em revisão de 325 pacientes reconstruídas após mastectomias, compararam resultados das técnicas: expansores, retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e TRAM. Afirmaram que o sucesso das definições estéticas foi similar para os três grupos. No entanto, o insucesso na expansão em 21% das pacientes foi significativo, perante os 3% de complicações do TRAM e 9 % do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso. Nas pacientes obesas, o expansor foi esteticamente pior. O grupo do TRAM alcançou melhores resultados estéticos ²².

MOORE & FARRELL (1992) revisaram 170 pacientes reconstruídas tardiamente com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso entre 1978 e 1989. Os autores empregaram questionários como parte da metodologia, que foram enviados para as pacientes, a maioria tratada com mastectomia radical modificada. A dimensão média do retalho empregado foi de 7 X 21centímetro (cm). Empregaram bupivacaína a 4% na área doadora no intra-operatório. O tempo de internação hospitalar foi de um ou dois dias. Relataram que a simetria foi aceitável para a maioria das pacientes. O tempo médio de controle pós-operatório foi de 4,7 anos, com 94% das pacientes apresentando modificações mínimas ou ausentes ¹⁸.

PETIT et al. (1992) realizaram trabalho retrospectivo em 516 pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama após a mastectomia radical modificada. Em 80% das reconstruções, os implantes foram empregados, recobertos pelo músculo peitoral maior, serrátil anterior ou latíssimo do dorso. O retalho TRAM, quando empregado, não foi associado ao implante. Afirmaram que o planejamento da cicatriz resultante da mastectomia e a ressecção de pele realizada pela equipe de Mastologia são determinantes para a forma final da reconstrução. Os resultados estéticos não foram muito diferentes comparando-se a reconstrução imediata à tardia ⁹³.

NOGUCHI et al. (1993) abordaram aspectos psicológicos e estéticos, com auto-avaliações das cirurgias conservadoras da mama e das reconstruções imediatas da mama em 32 e 48 pacientes, respectivamente. Entre os grupos, o comportamento sexual e as ansiedades

não foram diferentes, mas a auto-imagem foi significativamente melhor para cirurgias conservadoras. O grau de satisfação também foi superior para as pacientes com cirurgias conservadoras⁹⁴.

LE BOUEDEC et al. (1994) reportaram a experiência de reconstruções parciais ou totais da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso em 101 pacientes tratadas por carcinomas invasivos. Reforçaram a baixa incidência (3%) de necroses e a constância anatômica do pedículo⁹⁵.

NODA, EBERLEIN, ERIKSSON (1994) revisaram a reconstrução da mama e narraram que apesar do aumento do número de cirurgias conservadoras, as reconstruções também vinham aumentando. Enfatizaram a reconstrução com tecidos autólogos e, no caso da necessidade de implantes, preferiram os salinos, texturizados e submusculares. Nas 216 reconstruções imediatas com o retalho TRAM ou com o latíssimo do dorso os índices de simetria e satisfação das pacientes foram altos e maiores comparados às reconstruções com implantes isoladamente⁹⁶.

SLAVIN (1994) propôs a expansão do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso principalmente quando as necessidades cutâneas fossem maiores. Afirmou que a vantagem seria a redução das contraturas capsulares decorrentes e a melhoria dos resultados estéticos. A técnica foi indicada para 10 pacientes com radioterapia prévia, necessidade de reparações cutâneas maiores, mamas opostas volumosas ou com ptose e contra-indicação para o retalho TRAM. A expansão do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso foi realizada na área doadora pré-operatoriamente em duas pacientes e pós-operatoriamente na área da mastectomia em oito pacientes¹⁶.

VASCONEZ & HOLLEY (1995) relataram a experiência do retalho TRAM e do latíssimo do dorso empregados nas reconstruções da mama, enfatizando aspectos psicológicos do tratamento do câncer da mama. Defenderam o uso de tecidos autólogos nas reconstruções imediatas, que possibilitou a reconstrução da forma e do volume da mama desejada. No entanto, ressaltaram que a reconstrução não atenderia à sensibilidade e à sensação erógena. Afirmaram que as pacientes se adaptaram a estas condições⁹⁷.

GERMANN & STEINAU (1996) discorreram sobre o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso sem a associação do implante mamário; uma alternativa ao retalho TRAM, que ainda deveria ser a técnica preferencial. O volume adicional para a necessidade da mama a ser reconstruída foi obtido incorporando o tecido adiposo escapular sobrejacente ao músculo. Não ocorreram necroses pela técnica do estudo e, em 42 pacientes (do total de 47 pacientes), o volume foi satisfatório. A complicação mais comum foi o seroma. Os autores concluíram que o retalho foi uma alternativa adequada para as pacientes com mamas não muito volumosas e que não pudessem seguir a opção do retalho TRAM⁹⁸.

BOSTWICK & CARLSON (1997) discorreram sobre a complexidade da reconstrução da mama envolvendo os defeitos da região subclavicular, da pirâmide axilar, do volume mamário e das características da pele remanescente. Nas várias possibilidades conhecidas e realizadas em 44 reconstruções da mama, os autores comentaram sobre as indicações do enxerto do complexo aréolo-papilar; implantes mamários; retalho transversal superior do abdome; retalho de omento maior, com enxerto de pele recobrindo o implante mamário; retalho muscular do latíssimo do dorso e do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso recobrindo o implante mamário. Advertiram sobre as dificuldades para se determinar a simetria com a mama oposta, mesmo em pacientes com mastectomias profiláticas. Atualizaram o tema da reconstrução da mama comentando a grande mudança de conduta com a introdução do silicone em 1963, a popularização do anseio pela reconstrução e resultados mais gratificantes para a equipe médica. Finalizaram comentando que cada paciente deveria ser avaliada considerando-se as condições da mastectomia, da área doadora, clínicas, volumes mamários e hábitos de vida².

RAMON et al. (1997) avaliaram os resultados estéticos e a satisfação das pacientes com as reconstruções imediatas com expansores. Observaram no seguimento tardio de 52 pacientes os bons índices de satisfação com o aspecto estético, sendo a simetria o principal determinante. Afirmaram que o tamanho das mamas, a quimioterapia, complicações e procedimentos adicionais não influenciaram os resultados⁸⁶.

ROY et al. (1998) revisaram as complicações do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso em 111 pacientes. Demonstraram que 37% das pacientes, no período de nove anos do trabalho necessitaram uma segunda cirurgia, complementar, para aprimoramento da simetria, agravada por alterações decorrentes dos implantes, principalmente os salinos. Afirmaram não haver diferenças significantes na incidência de complicações entre as reconstruções imediatas e tardias, mesmo nas que foram submetidas à radioterapia ⁹⁹.

DELAY et al. (1998) propuseram a reconstrução com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso estendido em 100 pacientes que foram revisadas acerca dos detalhes da técnica. Relataram as vantagens e desvantagens após um período médio de 44 meses de controle ambulatorial. A necrose parcial ocorreu em uma paciente e a total em outra única paciente. O seroma ocorreu em 79% das pacientes, principalmente em obesas. A morbidade da área doadora dorsal foi considerada moderada para 4% das pacientes e, baixa para as restantes. A mobilidade escapular foi considerada adequada em 97% das pacientes, após um período de recuperação. O índice de satisfação foi considerado elevado para 87% das pacientes e os resultados foram considerados excelentes para 85% dos observadores que julgaram os resultados ¹⁰⁰.

GERBER et al. (1999) estudaram prospectivamente dois grupos de pacientes submetidas à reconstrução mamária com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso. No primeiro (29 pacientes) a inserção do latíssimo do dorso foi seccionada; no segundo (31 pacientes) a inserção do latíssimo do dorso permaneceu íntegra. Os resultados estéticos foram avaliados tanto pelas pacientes como pelos cirurgiões. No grupo em que a inserção foi mantida íntegra, ocorreu um volume de partes moles maior na região torácica lateral, o que gerou um incômodo maior a estas pacientes. Todas as reconstruções avaliadas foram imediatas, após mastectomias radicais modificadas, ou mastectomias com preservação de pele. O implante mamário somente foi associado ao retalho em algumas pacientes ⁷⁵.

RINGBERG et al. (1999) analisaram 79 reconstruções mamárias imediatas, considerando aspectos estéticos, oncológicos e a satisfação das pacientes. Os implantes foram empregados em 61 pacientes, com um volume médio de 225 mililitros (ml) para os implantes permanentes e uma média de 380ml para os expansores nas restantes 18 pacientes. Em 13%

das pacientes, uma segunda cirurgia foi indicada devido a complicações. Em 71% das pacientes submetidas à radioterapia a contratura capsular foi mais severa. A satisfação foi categorizada como aceitável, ou de muita satisfação em 75% das pacientes ¹⁰¹.

AL-GHAZAL et al. (2000) apresentaram o impacto psicológico da reconstrução mamária imediata comparada à reconstrução tardia. O estudo envolveu 121 pacientes, sendo que destas 81 foram submetidas à mastectomia subcutânea, das quais 38 foram reconstruídas imediatamente com implantes mamários, expansores, retalho do latíssimo do dorso ou TRAM. Setenta e seis por cento das pacientes afirmaram que fariam a reconstrução imediata novamente, 68% estavam muito satisfeitas com a reconstrução imediata e 63% não apresentavam distúrbios da sexualidade. Todos os itens estudados foram favoráveis à reconstrução imediata em relação à tardia ⁵¹.

ALDERMAN et al. (2000) estudaram prospectivamente a satisfação de 212 pacientes submetidas à reconstrução mamária realizada com implantes mamários, com o retalho TRAM microcirúrgico ou retalho TRAM convencional. Aplicaram questionários estudo-específico, no pré e pós-operatório para avaliar a satisfação geral e estética. Constataram que para as pacientes com reconstruções sem os implantes a satisfação geral e estética foi significativamente maior do que nas técnicas em que foram empregados os implantes mamários isoladamente, de expansão ou tradicionais. Não houve diferença significativa de resultados para as reconstruções tardias comparadas às imediatas e nem para as faixas etárias. O TRAM convencional teve avaliação superior ao TRAM microcirúrgico ⁸².

GARCIA et al. (2000) estudaram prospectivamente a satisfação de 28 pacientes submetidas à reconstrução imediata, após quadrantectomias, com o retalho tóraco-axilar. Constataram que 97% das pacientes consideraram o resultado da reconstrução excelente ¹⁰².

CARLSON et al. (2001) reiteraram o conceito da mastectomia que preserva a pele, como a que removeria o conteúdo da mama, o complexo aréolo-papilar, as incisões prévias e a pele sobrejacente ao tumor, mas preservaria toda a pele resultante. Demonstraram que a pele remanescente da mama melhora os resultados da reconstrução imediata. Avaliaram 100 pacientes submetidas à reconstrução da mama com o retalho TRAM, do latíssimo do dorso ou

expansores. As três técnicas obtiveram resultados estéticos avaliados como similares. Houve insucesso da reconstrução com expansor em 10% das pacientes, em 4,9% das pacientes reconstruídas com o retalho transversal do abdome e em 5,6% para o latíssimo do dorso ¹⁰³.

DE LA TORRE et al. (2001) revisaram os resultados das reconstruções imediatas da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário, após mastectomias que preservavam a pele. Os resultados da reconstrução e da área doadora foram avaliados em 18 pacientes. As avaliações foram obtidas por meio de fotografias pelos cirurgiões e de forma subjetiva por meio da satisfação das pacientes. Índices satisfatórios foram identificados em 17 pacientes. As complicações também foram revistas e as mais comuns foram os seromas ¹⁰⁴.

MENKE, ERKENS, OLBRISCH (2001) comentaram sobre os refinamentos da reconstrução da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, isoladamente ou associado ao implante mamário. O implante mamário foi empregado em 25% do total de 121 pacientes sendo que 14% das pacientes realizaram reconstruções imediatas. A análise foi retrospectiva e a pesquisa da satisfação das pacientes foi aferida por entrevista realizada pela equipe médica. Das pacientes pesquisadas, 59% referiram que consideravam a reconstrução boa ou excelente, 89% responderam que fariam a reconstrução novamente e 91% recomendariam a cirurgia para outra paciente. Segundo o autor, o endoscópio não foi de muito auxílio para reduzir a morbidade da área doadora e os refinamentos que contribuíram para os resultados foram: as incisões ao longo da área do sutiã, retalhos mais volumosos para montagem da mama, e as suturas de adesão. Os autores concluíram que as reconstruções baseadas na técnica do estudo são seguras, consistentes, com alto nível de sucesso ¹⁰⁵.

CHANG et al. (2002) praticaram o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso para reconstrução da mama, na sua forma exclusivamente autóloga, sem implantes, em 75 pacientes: 45 reconstruções imediatas e 30 tardias. A porção cutânea do retalho foi posicionada transversalmente no dorso variando de 6 a 10cm de largura por 20 a 25cm de comprimento. O retalho apresentou 28% de complicações e a área doadora, 38,7%. A necrose do retalho da mastectomia (17,3%) e o seroma (25,3%) da área doadora foram as complicações mais comuns, significativamente maiores em pacientes acima de 65 anos. Outras

variáveis significantes fora a obesidade e a mama volumosa. Os autores apresentaram as indicações da técnica e suas limitações ¹⁰⁶.

CLOUGH et al. (2002) detalharam as complicações da reconstrução com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso (imediatas em 25 e tardias em 18 pacientes), com sua porção cutânea posicionada transversalmente na área doadora. A avaliação apresentou critérios objetivos e subjetivos, em média, 19 meses após a reconstrução. A área doadora foi suturada em duas camadas. Setenta e dois por cento das pacientes apresentaram seroma no dorso. A mobilidade do ombro e a potência muscular foram avaliadas como adaptáveis em 37% dos pacientes e 70 a 87% não apresentaram mudanças na força do ombro ¹⁰⁷.

GIROTTO, SCHREIBER, NAHABEDIAN (2003) revisaram as reconstruções de mama em idosas, definidas como as pacientes acima de 65 anos de idade. Em 50% das pacientes as reparações foram com implantes, em 14% foram com o retalho TRAM, em 11% com o latíssimo do dorso, e em 25% com retalhos microcirúrgicos. Relataram que as pacientes idosas referiram um grau maior de qualidade geral de vida conferida pela reconstrução que a população não idosa ¹⁰⁸.

HARCOURT et al. (2003) realizaram estudo prospectivo, multicêntrico, dos efeitos psicológicos da mastectomia, com ou sem reconstrução, em 103 pacientes. Ansiedade, depressão, auto-imagem e qualidade de vida foram itens estudados. Concluíram que a reconstrução da mama não é uma solução universal para as conseqüências emocionais e psicológicas decorrentes da mastectomia ³³.

KEITH et al. (2003) analisaram as características das pacientes que desejavam a reconstrução da mama e apontaram que as pacientes jovens e deprimidas eram as mais voltadas para as reconstruções. No entanto, 63% das pacientes manifestaram receios de uma maior dificuldade no diagnóstico de uma recorrência do câncer após a reconstrução 89% preocupavam-se com o quão suas aparências seriam modificadas com a reconstrução, e 94% reconheceram que a reconstrução traria benefícios da auto-estima. Das pacientes reconstruídas e não reconstruídas, as primeiras expressaram maior exigência com a aparência ¹⁰⁹.

FOGARTY et al. (2004) realizaram estudo comparando variáveis para a satisfação das pacientes entre o retalho TRAM e a reconstrução não autóloga. O total de 57 pacientes respondeu a questionários gerais e específicos para a satisfação com a estética. Apesar do grau de satisfação ter sido maior para o retalho TRAM, não houve diferença estatisticamente significativa entre as técnicas. O retalho TRAM resultou em recuperação pós-operatória mais prolongada e em 5 % das pacientes determinou um problema funcional ¹¹⁰.

HAYES et al. (2004) idealizaram a reconstrução imediata da mama com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, através de incisão única torácica lateral, ao longo do sulco mamário para mastectomias com preservação de pele. O estudo incluiu 19 pacientes que manifestaram o nível de satisfação por uma escala e observadores independentes julgaram fotos dos resultados para a nova técnica proposta, comparada a 20 pacientes submetidas à técnica tradicional do latíssimo do dorso. Concluíram que a técnica tradicional e a técnica com incisão única lateral tiveram resultados equivalentes ⁷⁶.

HUSSIEN et al. (2004) avaliaram o efeito da radioterapia nas reconstruções imediatas da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, associado ou não ao implante mamário e com o retalho TRAM, tradicional ou microcirúrgico. Foram estudadas 121 pacientes e os autores concluíram que a maioria das pacientes teve resultado satisfatório, com preferência para as reconstruções com técnicas exclusivamente com tecidos ¹¹¹.

SHAIKH-NAIDU et al. (2004) compararam retrospectivamente a técnica do retalho TRAM aos implantes mamários, estabelecendo fatores determinantes para a satisfação das pacientes. Com uma escala de pontos concluíram que o retalho TRAM apresentou melhores resultados e a radioterapia reduziu o grau de satisfação estética. Além disto, foram fatores que concorreram para os melhores resultados: a reconstrução imediata, a mastectomia com preservação da pele e a idade acima de 60 anos. A reconstrução do complexo aréolo-papilar também foi fator determinante do maior grau de satisfação ¹¹².

VEIGA et al. (2004) avaliaram prospectivamente a qualidade de vida de 25 pacientes submetidas à reconstrução tardia de mama com o retalho TRAM tradicional. Empregaram na metodologia um questionário de qualidade de vida e um sobre satisfação geral das pacientes.

Concluíram que a técnica melhorou a qualidade de vida das pacientes, com alto índice de satisfação ¹¹³.

SALHAB et al. (2006) pesquisaram retrospectivamente a satisfação de 25 pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama com o retalho latíssimo do dorso e implantes mamários, ou somente com implantes mamários, após mastectomias que preservavam a pele. Destas, o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso foi empregado associado ao implante em 14 pacientes. A satisfação das pacientes foi obtida por uma escala visual numerada de zero a dez, sendo zero o pior resultado, e dez, o melhor. Setenta e um por cento das pacientes responderam aos questionários. Noventa e três por cento das pacientes recomendariam os procedimentos para outras pacientes. Concluíram que as pacientes apresentavam alto índice de satisfação e baixa morbidade ⁷⁴.

HAMMOND (2007) descreveu aspectos técnicos da reconstrução da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso com consideração sobre sua indicação e resultado. Afirmou que quase todas as pacientes com programação de reconstrução da mama seriam candidatas à indicação da técnica, em particular aquelas que apresentassem fatores de risco associados. Destacou o posicionamento da porção cutânea ao longo das linhas de tensão da pele, a incorporação do tecido adiposo ao retalho, a secção do nervo toracodorsal e a secção parcial da inserção muscular. Foi opção do autor a associação do expansor na primeira etapa da reconstrução, para somente na segunda etapa cirúrgica promover a troca pelo implante mamário definitivo ¹³.

MUNHOZ et al. (2007) revisaram a reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e implante mamário bidimensional após a mastectomia com preservação de pele por incisão periareolar. O retalho foi empregado recobrando o implante mamário parcialmente, cabendo uma associação com o músculo peitoral maior para o restante da cobertura. As características demográficas, oncológicas e dados operatórios de 32 pacientes foram apresentados. A pesquisa da satisfação foi realizada tanto pelo cirurgião como por observadores independentes. O controle ambulatorial teve média de oito meses. A forma e a simetria foram categorizadas em: muito bom, bom, satisfatório ou ruim. A satisfação, em muito satisfeita, satisfeita, desapontada e arrependida. O retalho foi planejado

transversalmente, com infiltração de solução de anestésico e adrenalina e drenagem por sete a dez dias. A média das idades foi de 44,6 anos, com dois dias de hospitalização. A radioterapia foi realizada em 34,4% das pacientes. A média final do resultado estético foi classificada como bom ou muito bom em 84,4% das pacientes e 93,75% demonstraram-se muito satisfeitas ou satisfeitas ⁷⁷.

4. MÉTODOS

4.1. CASUÍSTICA

Foram selecionadas, consecutivamente, pacientes submetidas à mastectomia e reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário, realizada pelo Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora, Hospital do Câncer, A C Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa (Fundação Antônio Prudente - São Paulo), no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2005. Esta seleção prospectiva foi conferida com o livro de registro do Hospital e do Departamento de Cirurgia Plástica.

As pacientes selecionadas foram informadas e convidadas a participar do trabalho e somente foram incluídas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices 3 e 4).

4.1.1. Critérios de inclusão

- Pacientes do gênero feminino que tenham sido submetidas à mastectomia simples ou mastectomia radical modificada, por neoplasia maligna da mama, no período acima determinado, e à reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário, tratadas pela equipe multidisciplinar do Hospital do Câncer (Cirurgia Plástica, Mastologia, Oncologia Clínica, Anestesiologia, Radioterapia, Psiquiatria, Medicina Nuclear e Anatomia Patológica);
- Pacientes livres de recorrências ou metástases em atividade até o fechamento do estudo.

4.1.2. Critérios de exclusão

- Pacientes que realizaram cirurgias ablativas, como parte do tratamento do câncer de mama, mas com conservação da mama, mesmo que nestas pacientes tenham sido empregadas reconstruções com retalhos musculocutâneos do latíssimo do dorso e/ou implantes mamários;
- Pacientes que foram submetidas a adenomastectomias;
- Pacientes submetidas à reconstrução com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, quando não associado ao implante mamário, com propósitos de reconstrução torácica, e não de reconstrução da mama;
- Pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, associado ao implante mamário, mas que evoluíram com complicações graves, que resultaram na retirada do implante mamário, estabelecendo-se o total insucesso da reconstrução;
- Pacientes que não apresentaram seguimento clínico pós-operatório mínimo de seis meses após a conclusão da reconstrução imediata da mama;
- Pacientes que foram submetidas à reconstrução imediata bilateral, mesmo que em um ou ambos os lados tenha sido empregada a técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário.

4.1.3. Caracterização da amostra

O número de pacientes submetidas à reconstrução da mama com o latíssimo do dorso foi de 362. Cento e cinquenta e cinco pacientes foram excluídas segundo os critérios do trabalho, conforme Tabela XVII (Apêndice I). Outras 11 pacientes foram consideradas perdas: quatro pacientes negaram-se a participar do estudo duas pacientes não foram localizadas e cinco pacientes evoluíram para óbito ou abandonaram o controle ambulatorial. Assim, 196 pacientes foram incluídas na pesquisa.

A idade das pacientes variou de 27 a 72 anos, com média de 45,7 anos, (desvio padrão=8,8 anos) e mediana de 45 anos. A maioria das pacientes era da cor branca (79,6%), casada ou com união estável (68,8%) e com ensino superior (52,0%). Não houve pacientes analfabetas. Os detalhes destas características constam na Tabela XVIII (Apêndice 1).

O número de gestações variou de 0 a 8 (média=1,9, desvio padrão=1,4 e mediana=2 gestações), sendo que apenas 27,5% das pacientes tinham 3 ou mais gestações. Os detalhes destas características constam na Tabela XIX (Apêndice 1)

O tempo de controle clínico ambulatorial no Hospital do Câncer variou de, no mínimo, 6 a, no máximo 101, média de 41,8 meses (desvio padrão=26,3 meses; mediana=36 meses), como apresentado na Tabela XX (Apêndice 1).

Não houve pacientes que apresentassem cicatrizes decorrentes de toracotomias, pacientes com deformidades torácicas congênitas ou adquiridas que trouxessem prejuízo da demarcação na área doadora dorsal.

Quanto à classificação histopatológica dos tumores, a maioria das pacientes era portadora de carcinoma ductal invasivo. Trinta e cinco pacientes (17,9%) pertenciam ao estádio 0; 46 pacientes (23,5%) ao estádio 1; 57 pacientes (29,1%) ao estádio 2A. Os detalhes da classificação TNM das neoplasias malignas (6ªed) e do estadiamento estão dispostos nas Tabelas XXI e XXII (Apêndice 1).

Com relação aos quadrantes, a ocorrência superior e lateral foi a mais freqüente ocorrendo em 114 pacientes (58,2%). Os detalhes da ocorrência dos quadrantes estão apresentados na Tabela XXIII (Apêndice 1).

A maioria das pacientes não tinha doenças prévias (61,2%), nem tratamento psiquiátrico prévio (91,3%).

Quanto ao tratamento adjuvante, 66,8% das pacientes seguiram quimioterapia e 39,8% radioterapia conforme apresentado na Tabela XXIV (Apêndice 1).

O tempo médio para o início da quimioterapia foi de 36,4 dias (desvio padrão = 14,31 dias), com mediana de 34 dias. A quimioterapia empregou esquemas baseados na ciclofosfamida, methotrexate e 5-fluoracil em 35 (17,9%) pacientes; adriamicina e ciclofosfamida em 56 (28,6%) pacientes; 5-fluoracil, adriamicina e ciclofosfamida em 32 (16,3%) pacientes e taxanos, adriamicina, ciclofosfamida em 8 (4,1%) pacientes (porcentagens calculadas para o total de 196 pacientes). A decisão entre os critérios para a indicação do esquema de quimioterapia coube ao Departamento de Oncologia Clínica.

O tempo médio para início da radioterapia foi de 7,7 meses (desvio padrão = 7,0 meses), com mediana em 6,0 meses. A dose média e mediana empregada foi de 50,4Gy. A decisão entre os critérios da indicação da radioterapia e planejamento técnico coube ao Departamento de Radioterapia.

O tempo de internação hospitalar foi de dois dias para 163 pacientes (83,2%) e três dias para 30 pacientes (15,3%). Apenas uma paciente permaneceu um dia e dois pacientes permaneceram quatro dias. Não houve necessidade de hemotransfusão para qualquer das 196 pacientes do estudo durante a internação hospitalar para a reconstrução imediata da mama.

O tempo cirúrgico relativo à reconstrução imediata da mama foi em média de 176 minutos (desvio padrão = 36,7 minutos), com a moda em 180 minutos (menor = 80 minutos; maior = 325 minutos), mediana de 180 minutos.

A equipe do Departamento de Mastologia do Hospital do Câncer realizou em 25 pacientes (12,8%) mastectomia simples como parte do tratamento oncológico e, em 171 pacientes, mastectomia radical modificada (87,2%). As mastectomias incluíram ressecções cutâneas, na forma de elipse, com dimensões em torno de 11 x 6cm ou menores em 40,8% das pacientes (áreas cutâneas aproximadas de 200cm² ou menores). A maioria das pacientes apresentou a área da mastectomia superior a 200cm². A menor margem foi de 92,3cm² (o que corresponde a 8,5 X 3,5cm). Já a maior margem correspondeu a 20 X 15cm (área de 930cm² de uma elipse). As mastectomias foram unilaterais à esquerda em 92 pacientes (46,9%) e à direita em 104 pacientes (53,1%). O peso da peça da mastectomia foi menor/igual a 430g em 50,5% e, superior a 430g em 49,5% das pacientes. O menor peso da peça da mastectomia foi de 98g e o maior de 1060g.

A equipe do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital do Câncer planejou o retalho na área doadora dorsal, na forma de fuso, com as dimensões de aproximadamente 11 X 6cm, ou maiores (áreas de aproximadamente 200cm², ou maiores) na maioria das pacientes (77,6%). A menor dimensão foi de 83,7cm² (o que corresponde a 9 X 3cm das diretrizes do fuso). Já a maior dimensão foi de 13 X 8cm (área de 483,6cm²). O autor deste estudo, médico titular do Departamento da Cirurgia Plástica Reparadora participou como cirurgião em 80 das reconstruções, como primeiro auxiliar em 66 das reconstruções e como segundo auxiliar em 50 das reconstruções.

A área doadora não apresentou durante o controle ambulatorial: deformidade de contorno, sinéquias, aderências da pele com a caixa torácica, retrações ou pinçamentos cutâneos, fístulas, granulomas de corpo estranho, outras reações granulomatosas crônicas, deiscência de bordos da ferida operatória, hérnias ou abaulamentos, necroses parciais ou totais, infecções, hipertrofias ou quelóides. Apenas duas pacientes apresentaram cicatrizes alargadas (cicatrizes com largura maior que 1,5cm no seu terço médio).

O tempo de drenagem a vácuo da área doadora e da área da mastectomia foi de, no mínimo, cinco dias e no máximo de 16 dias. O parâmetro para retirada do dreno foi seu débito igual ou menor a 40ml em 24 horas. A média de permanência do dreno foi de 8,5 dias (desvio padrão = 2,0 dias), com a moda em 8,0 dias e mediana de 8,0 dias.

O implante associado ao retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso foi de silicone, superfície texturizada, na maioria das pacientes (77,6%) e de superfície de poliuretano para as restantes. O volume destes implantes foi inferior a 300ml em 59,7% das pacientes; sendo o menor de 90ml e o maior de 600ml. O perfil do implante escolhido foi baixo para 67 pacientes (34,2%); alto para 58 (29,6%); moderado, anatômico ou natural para 71 pacientes (36,2%).

A evolução pós-operatória foi favorável para 169 pacientes (86,3%), sem complicações conforme a Tabela XXV (Apêndice 1). A contratura capsular, segundo a classificação de Baker ¹¹⁴ (SPEAR, BAKER, 1995) foi IIB em 145 pacientes (74,0%) e 3 pacientes (1,5%) apresentaram classificação IV.

A conclusão da reconstrução ou segunda etapa cirúrgica, foi alcançada em 112 pacientes (57,1%) sendo que a reconstrução com enxertos obtidos da aréola e papila opostas foi a técnica de escolha para 20 pacientes. Em 79 pacientes, a papila foi reconstruída com retalho de pele (na porção cutânea do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso) e a aréola com enxerto obtido da aréola oposta, ou da face medial da coxa, em seu terço superior. Em 13 pacientes a papila foi realizada com retalhos de pele (na porção cutânea do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso) e a aréola com o auxílio da tatuagem. Ainda, das pacientes que se submeteram ao segundo tempo cirúrgico, 86 pacientes realizaram mamoplastia contralateral para aprimorar a simetria. O intervalo entre a primeira etapa cirúrgica e a segunda foi em média 8,0 meses (desvio padrão = 16,7 meses), o menor 1,0 e o maior 85 meses. Os detalhes destas características constam na Tabela XXV (Apêndice 1).

4.2. MÉTODOS

Para o estudo da coorte, os dados obtidos prospectivamente, foram anotados em prontuário, com base em registro sistemático, idealizado pelo autor (Apêndice 7), uniformizado para o atendimento médico e para os dados da técnica empregada pelo

Departamento de Cirurgia Plástica, Hospital do Câncer, A C Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa (Fundação Antônio Prudente – São Paulo).

4.2.1. Dados dos prontuários

Os prontuários foram arquivados no Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME) do Hospital do Câncer, A C Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa (Fundação Antônio Prudente - São Paulo).

4.2.2. Dinâmica de assistência às pacientes

As pacientes foram assistidas no Hospital do Câncer, A C Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa (Fundação Antônio Prudente - São Paulo) de forma multidisciplinar, pelas especialidades: Cirurgia Plástica, Mastologia, Anestesiologia, Oncologia Clínica, Radioterapia, Psiquiatria, Medicina Nuclear, Radiologia e Anatomia Patológica; e, ainda, auxiliadas pela Fisioterapia e Enfermagem treinada para os curativos no pós-operatório. No Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora, as consultas pós-operatórias foram realizadas em intervalos semanais, quinzenais e mensais até os primeiros seis meses e semestrais ou anuais após.

As pacientes foram avaliadas para o estadiamento conforme o Manual para Estadiamento do Câncer e a classificação TNM, UICC – União Internacional Contra o Câncer.

O tratamento cirúrgico da neoplasia foi executado pelo Departamento de Mastologia; as reconstruções, pelo Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora sob anestesia geral, realizada pelo Departamento de Anestesiologia.

4.2.3. Peso e medida da peça da mastectomia

Foi anotado em prontuário o peso da mama ressecada (sem formol, a fresco), em balança digital (Figura 1), conferida e atualizada com o selo do INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, 1973).



Figura 1 - Peça cirúrgica da mastectomia na balança.

Para efeitos de análise estatística foi considerado como peso menor aquele que fosse igual ou inferior a 430 gramas (g); e o maior, aquele que fosse superior a 430g.

Foi anotada a dimensão da porção cutânea necessária para a mastectomia (Figura 2), com uma régua padrão em centímetros e milímetros, única para todas as pacientes, adotando-se o eixo ao longo do maior diâmetro e outro, perpendicular ao primeiro, compondo as diretrizes de um fusos, correspondente à demarcação da mastectomia, margens cutâneas. Para a determinação da área da elipse de pele da mastectomia, as diretrizes foram multiplicadas pelo número pi (π), conforme a fórmula:

diretriz A X diretriz B X pi = área da elipse em estudo. Exemplo: 7 X 5 X 3,1 = 108,5 centímetro quadrado (cm²) sendo o valor de pi igual a 3,1.

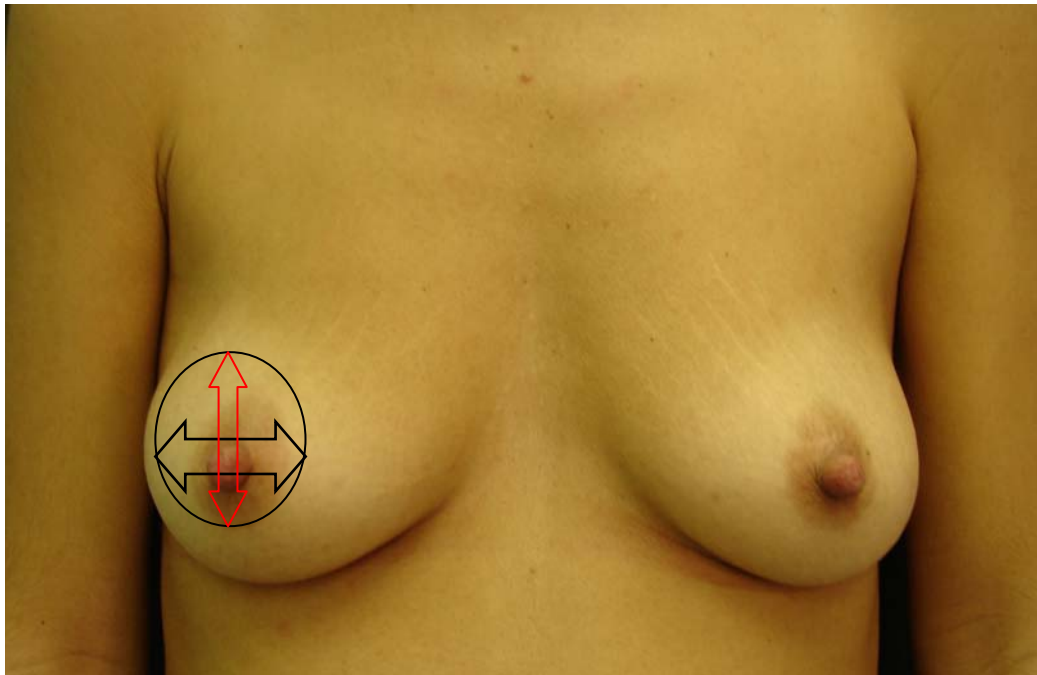
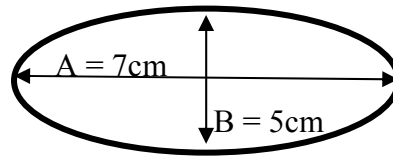


Figura 2 - Exemplo de demarcação em forma de elipse para a mastectomia, com as setas demonstrando os eixos, diretrizes, que foram medidos com régua, antes do início da cirurgia.

Para efeitos de análise estatística foi considerada dimensão menor aquela igual ou menor a 200cm^2 ; e maior aquela que fosse maior a 200cm^2 .

4.2.4. Técnica Operatória

Imediatamente após o término da mastectomia, iniciava-se o preparo da paciente para a reconstrução da mama (primeira etapa), com degermação das regiões da mastectomia e área doadora, anti-sepsia com clorexidine em solução alcoólica a 0,5% e troca dos campos cirúrgicos.

As reconstruções da mama foram realizadas em duas etapas cirúrgicas.

4.2.4.1. Primeira Etapa Cirúrgica

Para a primeira etapa cirúrgica, a paciente foi posicionada em decúbito lateral. Foram demarcados, ~~com caneta~~ cirúrgica, os limites anatômicos do músculo latíssimo do dorso, bem como a porção cutânea a ser empregada.

Foram anotadas as medidas das dimensões da porção cutânea, obtidas por meio de régua padrão em centímetros e milímetros adotando-se um eixo transversal ao tórax e outro, perpendicular ao primeiro, compondo as diretrizes de um fuso, correspondente à área doadora (Figura 3).

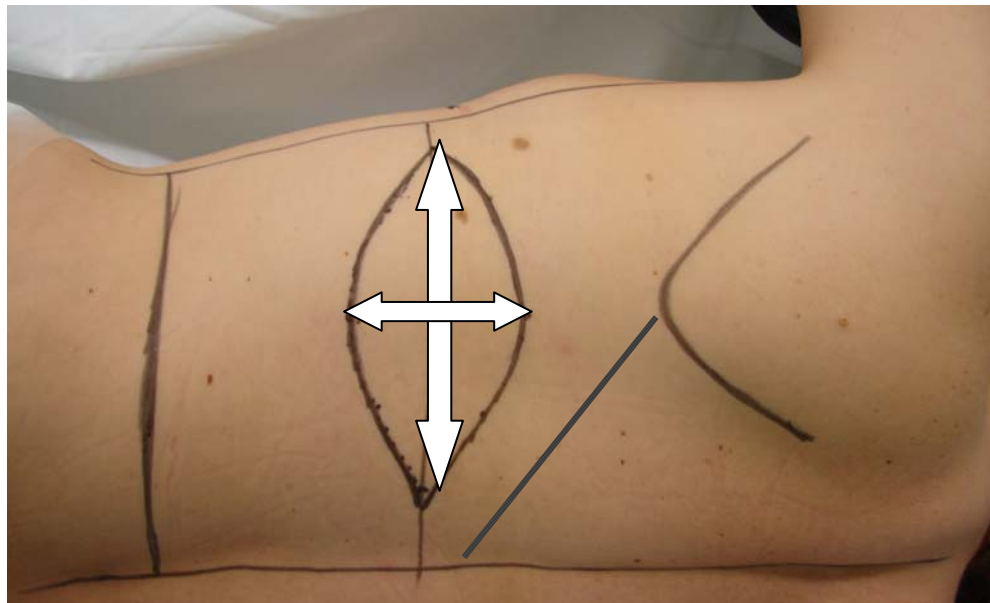


Figura 3 - Paciente em decúbito lateral, demarcação dos limites anatômicos do músculo latíssimo do dorso, da porção cutânea do retalho, e dos eixos do fuso ou diretrizes demonstrados com as setas.

Da mesma forma, a área da pele dorsal foi calculada pela fórmula já apresentada acima e, para análise estatística, as mesmas considerações de valores para dimensões menores e maiores foram adotadas.

O retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso foi planejado conforme proposto por ^{6,4,7,115} SCHNEIDER, HILL, BROWN (1977); BOSTWICK, VASCONEZ, JURKIEWICZ, (1978); BOSTWICK et al. (1979); BOSTWICK & SCHEFLAN (1980); modificado por outros autores, ^{91,116} BIGGS & CRONIN (1981) e WOLF & BIGGS (1982) com a porção cutânea ocupando o terço médio da porção muscular, orientada transversalmente ao tórax, com a forma de fuso.

Infiltrou-se a área doadora do retalho com solução contendo 200ml de soro fisiológico, 1miligrama (mg) de adrenalina e 40mg de ropivacaína, logo após a demarcação (Figura 4).



Figura 4 - Demonstração da infiltração da solução no retalho demarcado.

Através da incisão em forma de fuso transversal ao tórax, o retalho foi descolado do seu leito com bisturi elétrico, modelo eletrocirúrgico. O trajeto de passagem do retalho do dorso para a área da mastectomia foi realizado na tela subcutânea, na porção lateral do tórax.

A técnica empregou o máximo da extensão muscular do retalho ³ (OLIVARI, 1976); seccionou totalmente a origem e, parcial ou totalmente (sempre que possível), a inserção muscular no úmero, mantendo-se apenas a continuidade do pedículo vascular ⁷⁵ (GERBER et al., 1999).

Seguiu-se logo à complementação do descolamento, nova infiltração do leito doador (Figura 5).

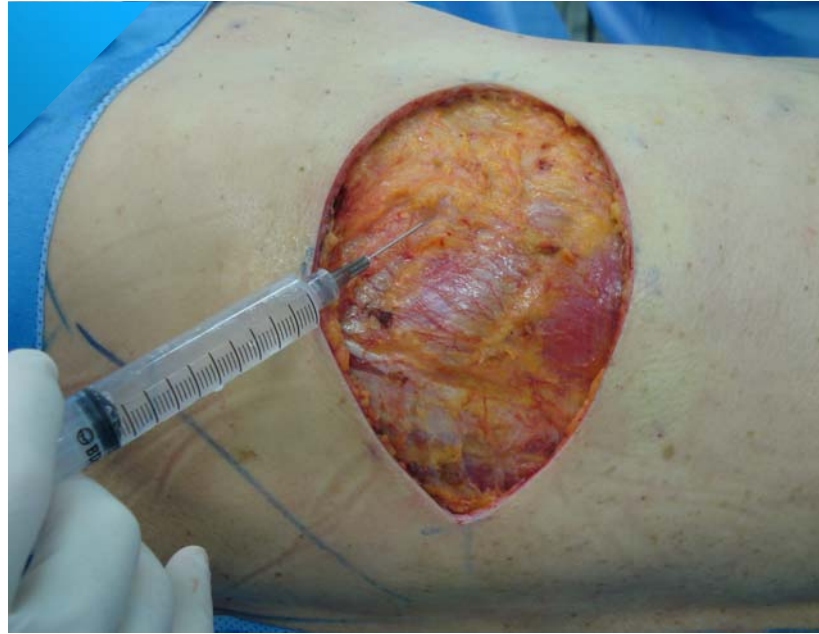


Figura 5 - Demonstração da infiltração do leito doador, após o descolamento total do retalho, transposto para a área da mastectomia.

A área doadora do retalho, com o dreno tubular a vácuo já instalado, recebeu pontos de adesão com fio multifilamentar em poliglatina 00 (ácido glicólico + ácido láctico), em número de dez aproximadamente, para a porção superior, e também dez, aproximadamente, para a porção inferior (Figura 6).

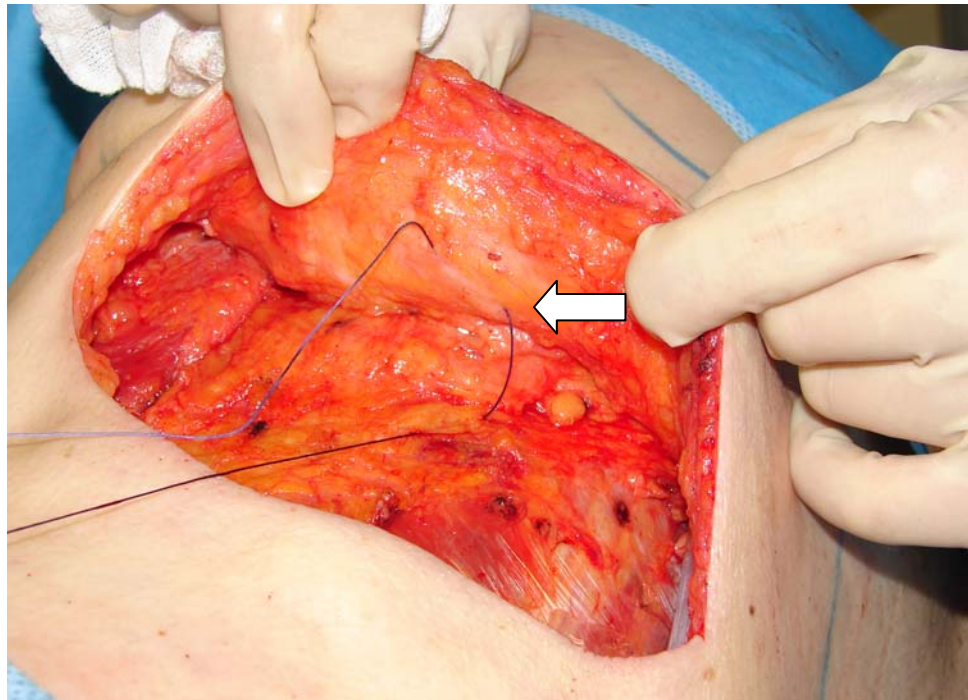


Figura 6 - Exemplo da sutura (seta demonstrando o fio) com um ponto de adesão: reunião da área descolada ao leito cruento antes de amarrar.

Os planos anatômicos da área doadora foram suturados por meio de fios cirúrgicos monofilamentares absorvíveis de poliglecaprone 000; 4-0 e completadas com fios monofilamentares não absorvíveis de nylon 4-0, 5-0. O curativo foi realizado de rotina.

A paciente era então reposicionada em decúbito dorsal.

A anti-sepsia era refeita na área da mastectomia e da mama contralateral, conforme já descrito para a área doadora.

O implante mamário de silicone, com superfície texturizada de silicone ou espuma de poliuretano, foi locado superficialmente ao músculo peitoral maior e profundamente ao retalho latíssimo do dorso transposto, que recobria todo o implante mamário.

O retalho transposto foi fixado à região torácica anterior por meio de pontos absorvíveis com fio multifilamentar em poliglatina 00 delimitando a loja do implante mamário. Sempre que possível a inserção no úmero foi seccionada. A secção completa não foi possível em pacientes com intensa fibrose, que colocaria em risco a integridade do pedículo, ocorrência comum em pacientes que haviam realizado quadrantectomias e radioterapias prévias à mastectomia e reconstrução imediata.

O implante mamário adotado foi o mais apropriado, segundo a melhor indicação para cada paciente (Figuras 7 e 8).

Os planos anatômicos da área da mastectomia foram suturados ao retalho, por meio de fios cirúrgicos monofilamentares, absorvíveis de poliglecaprone 000, 4-0 e 5-0 e completadas com fios monofilamentares não absorvíveis de nylon 4-0 e 5-0.

Drenagem a vácuo foi instalada de rotina.

Cefazolina, cefalotina, cefalexina ou clindamicina profilática foi realizada para todas as pacientes.

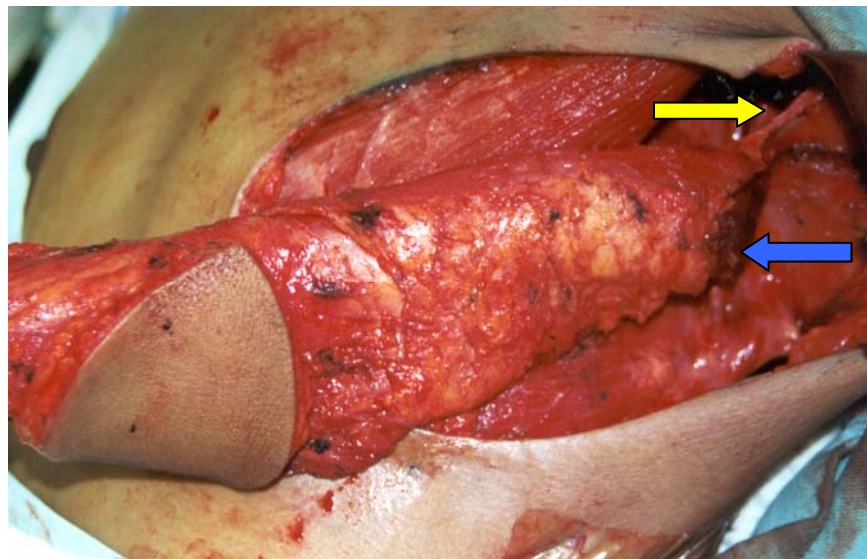


Figura 7 - Visão intra-operatória durante a interpolação do retalho da área doadora para a área da mastectomia, do seu pedículo (seta amarela) com secção total de sua inserção no sulco intertubercular do úmero (seta azul).



Figura 8 - Demonstração da colocação do implante mamário sob o retalho já com a fixação inferior realizada.

4.2.4.2. Segunda etapa cirúrgica

As pacientes foram reavaliadas no ambulatório de Cirurgia Plástica para a segunda etapa cirúrgica.

O intervalo entre a primeira etapa e a finalização da reconstrução variou de 1 mês a 75 meses na dependência de fatores relativos ao tratamento adjuvante, bem como da motivação individual da paciente para concluir a reconstrução da mama.

A segunda e última etapa da reconstrução consistia em reconstrução do complexo aréolo-papilar na mama reconstruída e o aprimoramento da simetria da mama contralateral com mastopexia, mamoplastia redutora ou mamoplastia de aumento quando indicadas (Figuras 9 e 10).

A reconstrução do complexo aréolo-papilar foi executada por meio de enxertos e/ou retalhos cutâneos locais, e/ou tatuagem, segundo a melhor indicação para cada caso.



Figura 9 - Exemplo de pré-operatório de mastectomia radical modificada à direita e proposta de reconstrução imediata.



Figura 10 - Exemplo de conclusão da reconstrução da mama direita com reconstrução da aréola com enxerto, da papila com retalho e mamaplastia de aumento contralateral. Pós-operatório de um ano e oito meses.

4.2.5. Avaliação da satisfação

Este estudo foi do tipo transversal para a avaliação da satisfação geral e a nota atribuída na escala numerada.

Todas as pacientes selecionadas receberam os questionários via postal para avaliar a satisfação geral com a reconstrução da mama, conforme proposto por ALDERMAN et al. (2000) e adaptado ao presente estudo (Apêndices 5). Este questionário para avaliação da satisfação geral constou de cinco questões, com respostas dicotomizadas em “sim” ou “não”, sendo que “sim” correspondeu à satisfação e “não” à insatisfação com o resultado ⁸².

As pacientes também receberam a escala visual numérica para pesquisa do grau de satisfação (Apêndice 6).

O serviço de atendimento médico e estatístico (SAME) atualizou os endereços das pacientes e confirmou o recebimento dos questionários.

As pacientes puderam livremente responder aos quesitos, ou seja, sem influência ou supervisão da equipe médica (questionários auto-aplicados).

As pacientes receberam envelope-resposta selado para que pudessem enviar as respostas, não gerando custos para elas.

Além das questões, foi mantido um espaço em branco para que as pacientes pudessem se manifestar por escrito, espontaneamente (Apêndice 2). As manifestações constam agrupadas na Tabela XXVI (Apêndice 1).

Da mesma forma foi solicitada às pacientes a permissão para uso da documentação fotográfica, com a devida preservação da imagem e não identificação.

4.2.6. Relação entre os dados do prontuário e a satisfação

A pesquisa da relação entre as respostas e os dados clínicos das pacientes, das cirurgias e dos tratamentos considerou as seguintes variáveis:

A Características sócio-demográficas

- Cor: branca ou não branca;
- Idade, na data da reconstrução mamária, em anos: analisada nas categorias até 40 anos, de 41 a 50 anos, e 51 anos ou mais;
- Estado civil: casada/união estável, solteira, separada/desquitada/divorciada ou viúva;

- Profissão nas categorias: 0,1, 2, 3, 4 e 5:
 - 0 Aposentada;
 - 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, outras na área da saúde;
 - 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária;
 - 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras;
 - 4 – Professora, psicóloga, assistente-social;
 - 5 – Do lar.
- Escolaridade: ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior.

B Características reprodutivas

- Número de gestações. As gestações foram agrupadas da seguinte forma:
 - 0 – sem filhos; 1 – um filho; 2 – dois ou mais filhos.
- Número de partos;
- Número de abortos;
- Número de cesáreas.

C Índice de massa corporal (IMC)

- Quilograma por metro quadrado (Kg/m^2), $[\text{peso}/(\text{altura})^2]$, categorizada em: baixo-peso/eutrófica ($\text{IMC}<25$) e sobrepeso/obesa (IMC de 25 ou mais).

D Características clínicas

- Tabagismo, doenças prévias à reconstrução da mama (tais como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, pulmonar obstrutiva crônica, cardíaca, do colágeno, outras neoplasias, endócrinas) categorizadas em: -0 – sem doenças ou tabagismo; 1 – única doença ou tabagismo; 2 – duas ou mais doenças, doença e tabagismo;
- Tratamento psiquiátrico avaliado pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital do Câncer, em uso de medicamentos durante o estudo, categorizado em: sim e não.

E Características do tratamento adjuvante

- Quimioterapia: sim ou não;

- Radioterapia: sim ou não.

F Características da cirurgia

- Ano da cirurgia da reconstrução imediata da mama;
- Duração da cirurgia (em minutos);
- Área da mastectomia: até 200 e maior que 200cm²;

Obs.: este valor foi adotado considerando as margens necessárias e o diâmetro de uma placa aréolo-papilar que normalmente varia entre 4 a 8cm.

- Peso da mama: igual ou menor a 430g; maior que 430g;

Obs.: este valor foi adotado considerando o peso médio da mama normal entre 400 a 600g.

- Área doadora: até 200 e mais que 200cm²;

Obs.: este valor foi adotado considerando as dimensões necessárias para reparar do defeito da mastectomia.

- Tipo de revestimento do implante: silicone texturizado ou espuma de poliuretano;
- Volume do implante: menos que 300ml e 300ml ou mais;
- Perfil do implante: baixo, moderado e alto;
- Complicações: sem complicações, menores e maiores. Menores – considerou-se seromas/hematomas pequenos (de aproximadamente 40ml), que foram puncionados/drenados; deiscências de margens de até aproximadamente 1,5cm tratadas com curativos; secreção na ferida operatória, que necessitou de antibiótico pré, trans e pós-operatório de rotina (cefalosporinas). Maiores – deiscências maiores, tratadas com nova sutura, ambulatorialmente; secreção/seroma/hematoma volumosos com infecção, tratadas com antibióticos dirigidos por cultura; necroses maiores comprometendo além das margens da ferida da mastectomia comprometendo parte do retalho do latíssimo do dorso, mas que não resultaram na retirada do implante mamário;
- Contratura capsular: 1 a 4, conforme classificação de Baker ¹¹⁴ (SPEAR, BAKER, 1995);
- Conclusão da reconstrução: fez ou não fez;
- Complexo aréolo papilar: fez, não fez; com enxerto; enxerto e retalho; tatuagem e retalho ou enxerto;
- Procedimento cirúrgico na mama oposta: fez ou não fez;

- Tempo entre a data da reconstrução e a data da resposta ao questionário enviado, categorizado em: 1 a 12 meses; 13 a 36 meses; 36 meses ou mais

G Escalas de satisfação geral e nota

- questão 1 (Sabendo o que sabe hoje, você faria a reconstrução mamária?): sim ou não;
- questão 2 (Sabendo o que você sabe hoje, você optaria pela reconstrução com os tecidos das costas e a prótese?): sim ou não;
- questão 3 (De uma maneira geral, está satisfeita com a sua reconstrução mamária?): sim ou não;
- questão 4 (Você recomendaria a reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese para uma amiga que necessita de mastectomia?): sim ou não;
- questão 5 (Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária?): sim ou não;
- nota: de 1 a 10.

4.2.7. Considerações éticas

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer, A C Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa (Fundação Antônio Prudente - São Paulo) e pelo o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Anexo).

4.2.8. Método estatístico

A caracterização da amostra foi feita por meio de porcentagens, média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

A análise das perdas foi feita através do teste de associação pelo qui-quadrado.

A comparação da satisfação geral com a reconstrução da mama, segundo as características sócio-demográficas, clínicas, de tratamento e da cirurgia foi feita pelo teste de associação do qui-quadrado ou Fisher.

A comparação das médias das notas atribuídas segundo as características sócio-demográficas, clínicas, de tratamento e da cirurgia foi feita pelo teste de Mann-Whitney (variáveis com duas categorias) ou Kruskal-Wallis (variáveis com três ou mais categorias). Caso houvesse diferença estatisticamente significativa entre as médias, as comparações múltiplas foram feitas pelo teste de Tukey HSD (*honest significant differences*).

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as médias de tempo entre a data da reconstrução e a data da resposta segundo as respostas das questões 1 a 5.

Foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman para o tempo entre a data da cirurgia e a data da resposta e a nota..

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar as médias de tempo entre a data da reconstrução e a data da resposta segundo as respostas das questões 1 a 5.

Em todas as análises foi considerado significativo o valor de $p < 0,050$.

Todas as análises estatísticas foram feitas utilizando o software SPSS para Windows (versão 12.0).

5. RESULTADOS

Cento e noventa e seis pacientes foram incluídas na pesquisa e foram enviados, portanto, 196 questionários. Destes, retornaram 178, devidamente preenchidos (diferença de 9,2% entre enviados e recebidos).

O tempo entre a data da cirurgia e a data da resposta variou de 3,4 meses a 109,2 meses (média=43,8 meses, desvio padrão=28,1 meses).

5.1. ANÁLISE DAS PERDAS

Dos 196 questionários enviados, retornaram 178, o que leva a uma perda de 9,2%. Não houve diferenças estatísticas na porcentagem de perdas em relação às características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento, conforme a Tabela XXVII (Apêndice 1), a saber: idade ($p=0,963$), cor ($p=0,841$), IMC ($p=0,110$), estado civil ($p=0,461$), escolaridade ($p=0,628$), número de gestações ($p=0,393$), tratamento psiquiátrico prévio ($p=0,700$), quimioterapia ($p=0,588$) e radioterapia ($p=0,672$).

Igualmente, não houve diferença estatística entre a média do tempo da reconstrução imediata da mama e a data da resposta, comparando-se as perdas e as respondentes (35,5 meses x 44,6 meses; $p=0,373$).

O mesmo aconteceu em relação às características da cirurgia, com exceção da variável perfil do implante, conforme a Tabela XXVIII (Apêndice 1). Houve menor porcentagem de perdas entre as pacientes cujo perfil do implante era moderado, quando comparado com perfil do implante alto e baixo (2,8%, 10,3%, 14,9%, respectivamente; $p=0,045$). Os dois grupos tiveram porcentagens de perdas semelhantes em relação à área da mastectomia ($p=0,861$), peso da mama ($p=0,345$), área doadora ($p=0,537$), tipo do implante ($p=0,226$), volume do implante ($p=0,707$), complicações ($p=0,843$), nível de contração capsular ($p=0,288$), conclusão da reconstrução ($p=0,101$), complexo aréolo papilar ($p=0,280$) e mamoplastia contralateral ($p=0,149$).

5.2. DESCRIÇÃO DAS QUESTÕES DE SATISFAÇÃO GERAL COM A RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DA MAMA E DA NOTA

A Tabela I apresenta o resultado em relação às questões.

Tabela I - Frequência absoluta e relativa, segundo as respostas das questões de satisfação geral com a reconstrução da mama.

Variável	Categoria	n	%
Questão 1	Sim	175	98,3
	Não	3	1,7
Questão 2	Sim	160	89,9
	Não	18	10,1
Questão 3	Sim	164	92,1
	Não	14	7,9
Questão 4	Sim	161	90,4
	Não	17	9,6
Questão 5	Sim	149	83,7
	Não	29	16,3
TOTAL		178	100,0

As notas variaram de 1 a 10 (Tabela II), com média 8,5 (desvio padrão=1,6) e mediana de 9,0.

Tabela II - Freqüência absoluta e relativa, segundo a nota.

Nota	n	%	% acumulada
1	2	1,1	1,1
2	2	1,1	2,2
4	1	0,6	2,8
5	5	2,8	5,6
6	5	2,8	8,4
7	12	6,7	15,2
7,5	3	1,7	16,9
8	38	21,3	38,2
8,5	14	7,9	46,1
9	39	21,9	68,0
9,5	7	3,9	71,9
10	50	28,2	100,0
Total	178	100,0	

5.3. COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO GERAL COM A RECONSTRUÇÃO DA MAMA, SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, DE TRATAMENTO E DA CIRURGIA

- **Questão 1: Sabendo o que sabe hoje, você faria a reconstrução mamária?**
Os resultados são apresentados nas Tabelas III e IV.

Tabela III – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e resposta à questão 1.

Variável	Categoria	Você faria reconstrução mamária?		p
		sim	não	
		n (%)	n (%)	
Cor	Branca	139 (97,9)	3 (2,1)	0,379
	Não branca	36 (100,0)	--	
Idade (anos)	Até 40	55 (100,0)	--	0,016*
	41 – 50	75 (100,0)	--	
	51 ou mais	45 (93,8)	3 (6,3)	
Estado Civil	Casada/união estável	121 (98,4)	2 (1,6)	0,359
	Solteira	36 (100,0)	--	
	Separada/divorciada/desquitada	13 (92,9)	1 (7,1)	
	Viúva	5 (100,0)	--	
Escolaridade	Ensino Fundamental	16 (94,1)	1 (5,9)	0,361
	Ensino Médio	67 (98,5)	1 (1,5)	
	Ensino Superior	92 (98,9)	1 (1,1)	
Profissão	0	14 (100,0)	- (-)	0,266
	1	16 (100,0)	- (-)	
	2	66 (100,0)	- (-)	
	3	19 (100,0)	- (-)	
	4	30 (96,8)	1 (3,2)	
	5	30 (93,6)	2 (6,3)	
IMC	< 25kg/m ²	124 (97,6)	3 (2,4)	0,268
	25kg/m ² ou maior	51 (100,0)	--	
Gestação	Sem filhos	31 (100,0)	--	0,372
	1	39 (100,0)	--	
	2 ou mais	105 (97,2)	3 (2,8)	
Doenças Prévias	Sem doenças	107 (99,1)	1 (0,9)	0,387
	Única	53 (96,4)	2 (3,6)	
	2 ou mais	15 (100,0)	--	
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	161 (98,8)	2 (1,2)	0,117
	Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	
Quimioterapia	Não	57 (98,3)	1 (1,7)	0,978
	Sim	118 (98,3)	2 (1,7)	
Radioterapia	Não	107 (99,1)	1 (0,9)	0,328
	Sim	68 (97,1)	2 (2,9)	
TOTAL		175 (98,3)	3 (1,7)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher. (*) resultados significantes

Categorias da profissão: 0 – Aposentada; 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliares na área da saúde; 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária; 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras; 4 – Professora, psicóloga, assistente-social; 5 – Do lar.

Kg: quilograma m²: metro quadrado

Tabela IV – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 1.

Variável	Categoria	Você faria reconstrução mamária?		p
		sim	Não	
		n (%)	n (%)	
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	72 (98,6)	1 (1,4)	0,785
	> 200cm ²	103 (98,1)	2 (1,9)	
Peso da mama	< 430g	86 (97,7)	2 (2,3)	0,547
	430g ou mais	89 (98,9)	1 (1,1)	
Área doadora	≤ 200cm ²	40 (97,6)	1 (2,4)	0,669
	> 200cm ²	135 (98,5)	2 (1,5)	
Revestimento do implante de silicone	Silicone	134 (98,5)	2 (1,5)	0,689
	Poliuretano	41 (97,6)	1 (2,4)	
Volume do implante	< 300ml	104 (97,2)	3 (2,8)	0,155
	300ml ou mais	71 (100,0)	--	
Perfil do implante	Baixo	57 (100,0)	--	0,448
	Alto	51 (98,1)	1 (1,9)	
	Moderado	67 (97,1)	2 (2,9)	
Complicações	Sem complicações	151 (98,7)	2 (1,3)	0,530
	Menores	21 (95,5)	1 (4,5)	
	Maiores	3 (100,0)	--	
Classificação da contratura capsular	1	129 (98,5)	2 (1,5)	0,674
	2	22 (100,0)	--	
	3	21 (95,5)	1 (4,5)	
	4	3 (100,0)	--	
Conclusão da reconstrução	Não	72 (98,6)	1 (1,4)	0,785
	Sim	103 (98,1)	2 (1,9)	
Complexo aréolo-papilar	Não fez	72 (98,6)	1 (1,4)	0,655
	Enxerto	19 (95,0)	1 (5,0)	
	Enxerto e retalho	72 (98,6)	1 (1,4)	
	Tatuagem	12 (100,0)	--	
Mamoplastia oposta	Não	96 (99,0)	1 (1,0)	0,458
	Sim	79 (97,5)	2 (2,5)	
TOTAL		175 (98,3)	3 (1,7)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

- **Questão 2: Sabendo o que você sabe hoje, você optaria pela reconstrução com os tecidos das costas e a prótese?**

Os resultados são apresentados nas Tabelas V e VI.

Tabela V – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e resposta à questão 2.

Variável	Categoria	Você optaria pela reconstrução com tecidos das costas e a prótese?		p
		sim	não	
		n (%)	n (%)	
Cor	Branca	129 (90,8)	13 (9,2)	0,400
	Não branca	31 (86,1)	5 (13,9)	
Idade (anos)	Até 40	51 (92,7)	4 (7,3)	0,675
	41 – 50	66 (88,0)	9 (12,0)	
	51 ou mais	43 (89,6)	5 (10,4)	
Estado Civil	Casada/união estável	111 (90,2)	12 (9,8)	0,828
	Solteira	32 (88,9)	4 (11,1)	
	Separada/divorciada/desquitada	12 (85,7)	2 (14,3)	
	Viúva	5 (100,0)	--	
Escolaridade	Ensino Fundamental	15 (88,2)	2 (11,8)	0,964
	Ensino Médio	61 (89,7)	7 (10,3)	
	Ensino Superior	84 (90,3)	9 (9,7)	
Profissão	0	13 (92,9)	1 (7,1)	0,967
	1	15 (93,8)	1 (6,3)	
	2	60 (90,9)	6 (9,1)	
	3	17 (89,5)	2 (10,5)	
	4	27 (87,1)	4 (12,9)	
	5	28 (87,5)	4 (12,5)	
IMC	< 25kg/m ²	116 (91,3)	11 (8,7)	0,311
	25kg/m ² ou maior	44 (86,3)	7 (13,7)	
Gestação	Sem filhos	31 (100,0)	--	0,108
	1	35 (89,7)	4 (10,3)	
	2 ou mais	94 (87,0)	14 (13,0)	
Doenças prévias	Sem doenças	97 (89,8)	11 (10,2)	0,350
	Única	48 (87,3)	7 (12,7)	
	2 ou mais	15 (100,0)	--	
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	146 (89,6)	17 (10,4)	0,644
	Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	
Quimioterapia	Não	53 (91,4)	5 (8,6)	0,646
	Sim	107 (89,2)	13 (10,8)	
Radioterapia	Não	98 (90,7)	10 (9,3)	0,639
	Sim	62 (88,6)	8 (11,4)	
TOTAL		160 (89,9)	18 (10,1)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

Categorias da profissão: 0 – Aposentada; 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliares na área da saúde; 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária; 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras; 4 – Professora, psicóloga, assistente-social; 5 – Do lar.

Tabela VI - Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 2.

Variável	Categoria	Você optaria pela reconstrução com tecidos das costas e a prótese?		p
		sim	não	
		n (%)	n (%)	
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	66 (90,4)	7 (9,6)	0,847
	> 200cm ²	94 (89,5)	11 (10,5)	
Peso da mama	< 430g	82 (93,2)	6 (6,8)	0,149
	430g ou mais	78 (86,7)	12 (13,3)	
Área doadora	≤ 200cm ²	35 (85,4)	6 (14,6)	0,274
	> 200cm ²	125 (91,2)	12 (8,8)	
Revestimento do implante de silicone	Silicone	122 (89,7)	14 (10,3)	0,885
	Poliuretano	38 (90,5)	4 (9,5)	
Volume do implante	< 300ml	98 (91,6)	9 (8,4)	0,355
	300ml ou mais	62 (87,3)	9 (12,7)	
Perfil do implante	Baixo	52 (91,2)	5 (8,8)	0,864
	Alto	47 (90,4)	5 (9,6)	
	Moderado	61 (88,4)	8 (11,6)	
Complicações	Sem complicações	137 (89,5)	16 (10,5)	0,826
	Menores	20 (90,9)	2 (9,1)	
	Maiores	3 (100,0)	--	
Classificação da contração capsular	1	119 (90,8)	12 (9,2)	0,167
	2	21 (95,5)	1 (4,5)	
	3	17 (77,3)	5 (22,7)	
	4	3 (100,0)	--	
Conclusão da reconstrução	Não	66 (90,4)	7 (9,6)	0,847
	Sim	94 (89,5)	11 (10,5)	
Complexo aréolo-papilar	Não fez	66 (90,4)	7 (9,6)	0,705
	Enxerto	17 (85,0)	3 (15,0)	
	Enxerto e retalho	67 (91,8)	6 (8,2)	
	Tatuagem	10 (83,3)	2 (16,7)	
Mamoplastia oposta	Não	88 (90,7)	9 (9,3)	0,686
	Sim	72 (88,9)	9 (11,1)	
TOTAL		160 (89,9)	18 (10,1)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

- **Questão 3: de uma maneira geral, você está satisfeita com sua reconstrução mamária?**

Os resultados são apresentados nas Tabelas VII e VIII.

Tabela VII – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e resposta à questão 3.

Variável	Categoria	Está satisfeita com sua reconstrução mamária?		p
		sim n° (%)	não n° (%)	
Cor	Branca	131 (92,3)	11 (7,7)	0,907
	Não branca	33 (91,7)	3 (8,3)	
Idade (anos)	Até 40	51 (92,7)	4 (7,3)	0,348
	41 – 50	71 (94,7)	4 (5,3)	
	51 ou mais	42 (87,5)	6 (12,5)	
Estado Civil	Casada/união estável	115 (93,5)	8 (6,5)	0,026*
	Solteira	34 (94,4)	2 (5,6)	
	Separada/divorciada/desquitada	10 (71,4)	4 (28,6)	
	Viúva	5 (100,0)	--	
Escolaridade	Ensino Fundamental	15 (88,2)	2 (11,8)	0,181
	Ensino Médio	60 (88,2)	8 (11,8)	
	Ensino Superior	89 (95,7)	4 (4,3)	
Profissão	0	14 (100,0)	- (-)	0,483
	1	15 (93,8)	1 (6,2)	
	2	62 (93,9)	4 (6,1)	
	3	17 (89,5)	2 (10,5)	
	4	29 (93,5)	2 (6,5)	
	5	27 (84,4)	5 (15,6)	
IMC	< 25kg/m ²	120 (94,5)	7 (5,5)	0,066
	25kg/m ² ou maior	44 (86,3)	7 (13,7)	
Gestação	Sem filhos	31 (100,0)	--	0,135
	1	34 (87,2)	5 (12,8)	
	2 ou mais	99 (91,7)	9 (8,3)	
Doenças prévias	Sem doenças	101 (93,5)	7 (6,5)	0,601
	Única	49 (89,1)	6 (10,9)	
	2 ou mais	14 (93,3)	1 (6,7)	
Tratamento psiquiátrico prévio	Sem tratamento	150 (92,0)	13 (8,0)	0,857
	Com tratamento	14 (93,3)	1 (6,7)	
Quimioterapia	Não	53 (91,4)	5 (8,6)	0,795
	Sim	111 (92,5)	9 (7,5)	
Radioterapia	Não	100 (92,6)	8 (7,4)	0,778
	Sim	64 (91,4)	6 (8,6)	
TOTAL		164 (92,1)	14 (7,9)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher. (*) resultados significantes

Categorias da profissão: 0 – Aposentada; 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliares na área da saúde; 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária; 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras; 4 – Professora, psicóloga, assistente-social; 5 – Do lar.

Tabela VIII – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 3.

Variável	Categoria	Está satisfeita com sua reconstrução mamária?		p
		sim	não	
		n° (%)	n° (%)	
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	68 (93,2)	5 (6,8)	0,675
	> 200cm ²	96 (91,4)	9 (8,6)	
Peso da mama	< 430g	82 (93,2)	6 (6,8)	0,608
	430g ou mais	82 (91,1)	8 (8,9)	
Área doadora	≤ 200cm ²	37 (90,2)	4 (9,8)	0,608
	> 200cm ²	127 (92,7)	10 (7,3)	
Revestimento do implante de silicone	Silicone	124 (91,2)	12 (8,8)	0,393
	Poliuretano	40 (95,2)	4 (4,8)	
Volume do implante	< 300ml	101 (94,4)	6 (5,6)	0,170
	300ml ou mais	63 (88,7)	8 (11,3)	
Perfil do implante	Baixo	52 (91,2)	5 (8,8)	0,950
	Alto	48 (92,3)	4 (7,7)	
	Moderado	64 (92,8)	5 (7,2)	
Complicações	Sem complicações	144 (94,1)	9 (5,9)	0,020*
	Menores	17 (77,3)	5 (22,7)	
	Maiores	3 (100,0)	--	
Classificação da contratatura capsular	1	122 (93,1)	9 (6,9)	0,240
	2	21 (95,5)	1 (4,5)	
	3	19 (86,4)	3 (13,6)	
	4	2 (66,7)	1 (33,3)	
Conclusão da reconstrução	Não	66 (90,4)	7 (9,6)	0,476
	Sim	98 (93,3)	7 (6,7)	
Complexo aréolo-papilar	Não fez	66 (90,4)	7 (9,6)	0,670
	Enxerto	18 (90,0)	2 (10,0)	
	Enxerto e retalho	68 (93,2)	5 (6,8)	
	Tatuagem	12 (100,0)	--	
Mamoplastia oposta	Não	90 (92,8)	7 (7,2)	0,725
	Sim	74 (91,4)	7 (8,6)	
TOTAL		164 (92,1)	14 (7,9)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher. (*) resultados significantes

- **Questão 4: Você recomendaria a reconstrução mamária com tecidos das costas e a prótese para uma amiga?**

Os resultados são apresentados nas Tabelas IX e X

Tabela IX - Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e resposta à questão 4.

Variável	Categoria	Você recomendaria a reconstrução mamária com tecidos das costas e a prótese para uma amiga?		p
		sim	não	
		n (%)	n (%)	
Cor	Branca	128 (90,1)	14 (9,9)	0,781
	Não branca	33 (91,7)	3 (8,3)	
Idade (anos)	Até 40	50 (90,9)	5 (9,1)	0,971
	41 – 50	68 (90,7)	7 (9,3)	
	51 ou mais	43 (89,6)	5 (10,4)	
Estado Civil	Casada/união estável	113 (91,9)	10 (8,1)	0,580
	Solteira	31 (86,1)	5 (13,9)	
	Separada/divorciada/desquitada	12 (85,7)	2 (14,3)	
	Viúva	5 (100,0)	--	
Escolaridade	Ensino Fundamental	15 (88,2)	2 (11,8)	0,729
	Ensino Médio	63 (92,6)	5 (7,4)	
	Ensino Superior	83 (89,2)	10 (10,8)	
Profissão	0	14 (100,0)	- (-)	0,093
	1	15 (93,8)	1 (6,2)	
	2	62 (93,9)	4 (6,1)	
	3	18 (94,7)	1 (5,3)	
	4	24 (77,4)	7 (22,6)	
	5	28 (87,5)	4 (12,5)	
IMC	< 25kg/m ²	116 (91,3)	11 (8,7)	0,524
	25kg/m ² ou maior	45 (88,2)	6 (11,6)	
Gestação	Sem filhos	29 (93,5)	2 (6,5)	0,812
	1	35 (89,7)	4 (10,3)	
	2 ou mais	97 (89,8)	11 (10,2)	
Doenças prévias	Sem doenças	96 (88,9)	12 (11,1)	0,386
	Única	50 (90,9)	5 (9,1)	
	2 ou mais	15 (100,0)	--	
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	147 (90,2)	16 (9,8)	0,691
	Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	
Quimioterapia	Não	52 (89,7)	6 (10,3)	0,802
	Sim	109 (90,8)	11 (9,2)	
Radioterapia	Não	97 (89,8)	11 (10,2)	0,720
	Sim	64 (91,4)	6 (8,6)	
TOTAL		161 (90,4)	17 (9,6)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

Categorias da profissão: 0 – Aposentada; 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliares na área da saúde; 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária; 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras; 4 – Professora, psicóloga, assistente-social; 5 – Do lar.

Tabela X – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 4.

Variável	Categoria	Você recomendaria a reconstrução mamária com tecidos das costas e a prótese para uma amiga?		p
		sim	não	
		N (%)	n (%)	
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	66 (90,4)	7 (9,6)	0,988
	> 200cm ²	95 (90,5)	10 (9,5)	
Peso da mama	< 430g	80 (90,9)	8 (9,1)	0,837
	430g ou mais	81 (90,0)	9 (10,0)	
Área doadora	≤ 200cm ²	36 (87,8)	5 (12,2)	0,511
	> 200cm ²	125 (91,2)	12 (8,8)	
Revestimento do implante de silicone	Silicone	124 (91,2)	12 (8,8)	0,553
	Poliuretano	37 (88,1)	5 (11,9)	
Volume do implante	< 300ml	97 (90,7)	10 (9,3)	0,909
	300ml ou +	64 (90,1)	7 (9,9)	
Perfil do implante	Baixo	53 (93,0)	4 (7,0)	0,685
	Alto	47 (90,4)	5 (9,6)	
	Moderado	61 (88,4)	8 (11,6)	
Complicações	Sem complicações	139 (90,8)	14 (9,2)	0,680
	Menores	19 (86,4)	3 (13,6)	
	Maiores	3 (100,0)	--	
Classificação da contratatura capsular	1	117 (89,3)	14 (10,7)	0,353
	2	22 (100,0)	--	
	3	19 (86,4)	3 (13,6)	
	4	3 (100,0)	--	
Conclusão da reconstrução	Não fez	66 (90,4)	7 (9,6)	0,988
	fez	95 (90,5)	10 (9,5)	
Complexo aréolo-papilar	Não fez	66 (90,4)	7 (9,6)	0,999
	Enxerto	18 (90,0)	2 (10,0)	
	Enxerto e retalho	66 (90,4)	7 (9,6)	
Mamoplastia contralateral	Tatuagem	11 (91,7)	1 (8,3)	0,892
	Não fez	88 (90,7)	9 (9,3)	
	Fez	73 (90,1)	8 (9,9)	
TOTAL		161 (90,4)	17 (9,6)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

- **Questão 5: Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária?**

Os resultados são apresentados nas Tabelas XI e XII

Tabela XI - Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e resposta à questão 5.

Variável	Categoria	Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária?		P
		sim	não	
		n (%)	n (%)	
Cor	Branca	121 (85,2)	21 (14,8)	0,281
	Não branca	28 (77,8)	8 (22,2)	
Idade (anos)	Até 40	46 (83,6)	9 (16,4)	0,278
	41 – 50	66 (88,0)	9 (12,0)	
	51 ou mais	37 (77,1)	11 (22,9)	
Estado Civil	Casada/união estável	103 (83,7)	20 (16,3)	0,521
	Solteira	31 (86,1)	5 (13,9)	
	Separada/divorciada/desquitada	12 (85,7)	2 (14,3)	
	Viúva	3 (60,0)	2 (40,0)	
Escolaridade	Ensino Fundamental	13 (76,5)	4 (23,5)	0,574
	Ensino Médio	56 (82,4)	12 (17,6)	
	Ensino Superior	80 (86,0)	13 (14,0)	
Profissão	0	13 (92,9)	1 (7,1)	0,830
	1	14 (87,5)	2 (12,5)	
	2	56 (84,8)	10 (15,2)	
	3	16 (84,2)	3 (15,8)	
	4	24 (77,4)	7 (22,6)	
	5	26 (81,3)	6 (18,7)	
IMC	< 25kg/m ²	107 (84,3)	20 (15,7)	0,756
	25kg/m ² ou maior	42 (82,4)	9 (17,6)	
Gestação	Sem filhos	28 (90,3)	3 (9,7)	0,494
	1	33 (84,6)	6 (15,4)	
	2 ou mais	88 (81,5)	20 (18,5)	
Doenças associadas	Sem doenças	89 (82,4)	19 (17,6)	0,562
	Única	46 (83,6)	9 (16,4)	
	2 ou mais	14 (93,3)	1 (6,7)	
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	135 (82,8)	28 (17,2)	0,291
	Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	
Quimioterapia	Não	51 (87,9)	7 (12,1)	0,289
	Sim	98 (81,7)	22 (18,3)	
Radioterapia	Não	91 (84,3)	17 (15,7)	0,805
	Sim	58 (82,9)	12 (17,1)	
TOTAL		149 (83,7)	29 (16,3)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

Categorias da profissão: 0 – Aposentada; 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliares na área da saúde; 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária; 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras; 4 – Professora, psicóloga, assistente-social; 5 – Do lar.

Tabela XII – Frequência absoluta e relativa das pacientes, segundo características da cirurgia e resposta à questão 5.

Variável	Categoria	Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária?		p
		sim	Não	
		n (%)	n (%)	
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	61 (83,6)	12 (16,4)	0,965
	> 200cm ²	88 (83,8)	17 (16,2)	
Peso da mama	< 430g	76 (86,4)	12 (13,6)	0,343
	430g ou mais	73 (81,1)	17 (18,9)	
Área doadora	≤ 200cm ²	31 (75,6)	10 (24,4)	0,109
	> 200cm ²	118 (86,1)	19 (13,9)	
Revestimento do implante de silicone	Silicone	112 (82,4)	24 (17,6)	0,378
	Poliuretano	37 (88,1)	5 (11,9)	
Volume do Implante	< 300ml	90 (84,1)	17 (15,9)	0,858
	300ml ou mais	59 (83,1)	12 (16,9)	
Perfil do implante	Baixo	49 (86,0)	8 (14,0)	0,855
	Alto	43 (82,7)	9 (17,3)	
	Moderado	57 (82,6)	12 (17,4)	
Complicações	Sem complicações	126 (82,4)	27 (17,6)	0,443
	Menores	20 (90,9)	2 (9,1)	
	Maiores	3 (100,0)	--	
Classificação da contratura capsular	1	110 (84,0)	21 (16,0)	0,712
	2	19 (86,4)	3 (13,6)	
	3	17 (77,3)	5 (22,7)	
	4	3 (100,0)	--	
Conclusão da reconstrução	Não	58 (79,5)	15 (20,5)	0,200
	Sim	91 (86,7)	14 (13,3)	
Complexo aréolo-papilar	Não fez	58 (79,5)	15 (20,5)	0,364
	Enxerto	17 (85,0)	3 (15,0)	
	Enxerto e retalho	65 (89,0)	8 (11,0)	
	Tatuagem	9 (75,0)	3 (25,0)	
Mamoplastia contralateral	Não	78 (80,4)	19 (19,6)	0,193
	Sim	71 (87,7)	10 (12,3)	
TOTAL		149 (83,7)	29 (16,3)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.

5.4. COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DAS NOTAS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, DO TRATAMENTO E DA CIRURGIA

As notas variaram de 1 a 10, com média 8,5 (desvio padrão=1,6) e mediana 9,0.

Não houve diferenças estatísticas entre as médias das notas segundo as características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento (Tabela XIII). Já em relação às características da cirurgia (Tabela XIV), verificou-se que quanto ao tipo de revestimento do implante mamário o resultado foi limítrofe e para o perfil, o resultado foi significativo ($p=0,050$, $p=0,035$, respectivamente).

Na análise das questões (Tabela XV), verificou-se que as maiores médias foram dadas pelas pacientes que se mostraram satisfeitas em relação a todas as questões, a saber: questão 1 (8,58 x 3,67; $p=0,013$), questão 2 (8,71 x 6,56; $p<0,001$), questão 3 (8,74 x 5,57; $p<0,001$), questão 4 (8,71 x 6,47; $p<0,001$) e questão 5 (8,80 x 6,91; $p<0,001$).

Tabela XIII - Estatística descritiva das notas segundo características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento.

Variável	Categoria	n	média (dp)	mediana	mín-max	p
Idade (anos)	Até 40	55	8,40 (1,61)	9,00	1,00- 10,00	0,324
	41 – 50	75	8,63 (1,61)	9,00	2,00- 10,00	
	51 ou mais	48	8,39 (1,75)	8,50	1,00-10,00	
Cor	Branca	142	8,50 (1,61)	9,00	1,00-10,00	0,950
	Não branca	36	8,46 (1,79)	9,00	1,00-10,00	
IMC	< 25kg/m ²	127	8,47 (1,70)	9,00	1,00-10,00	0,725
	25kg/m ² ou maior	51	8,56 (1,51)	9,00	5,00-10,00	
Estado civil	Casada/união estável	123	8,64 (1,59)	9,00	1,00-10,00	0,155
	Solteira	36	8,28 (1,40)	8,25	5,00-10,00	
	Separada/divorciada/ desquitada	14	7,86 (2,59)	8,50	1,00-10,00	
	Viúva	5	8,20 (0,76)	8,50	7,00-9,00	
Escolaridade	Ensino Fundamental	17	8,12 (2,04)	8,50	2,00-10,00	0,745
	Ensino Médio	68	8,41 (1,93)	9,00	1,00-10,00	
	Ensino Superior	93	8,62 (1,31)	9,00	2,00-10,00	
Gestação	Sem filhos	31	8,65 (0,98)	9,00	7,00-10,00	0,484
	1	39	8,14 (1,98)	9,00	1,00-1,00	
	2 ou mais	108	8,58 (1,66)	9,00	1,00-10,00	
Doenças prévias	Sem doenças	108	8,60 (1,54)	9,00	1,00-10,00	0,289
	Única	55	8,18 (1,93)	9,00	1,00-10,00	
	Duas ou mais	15	8,90 (1,02)	9,00	7,00-10,00	
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	163	8,46 (1,68)	9,00	1,00-10,00	0,587
	Sim	15	8,83 (1,18)	9,00	7,00-10,00	
Quimioterapia	Não	58	8,78 (1,26)	9,00	5,00-10,00	0,191
	Sim	120	8,36 (1,79)	9,00	1,00-10,00	
Radioterapia	Não	108	8,63 (1,32)	9,00	4,00-10,00	0,684
	Sim	70	8,28 (2,04)	9,00	1,00-10,00	
TOTAL		178	8,49 (1,64)	9,00	1,00-10,00	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher.
dp: desvio padrão.

Tabela XIV - Estatística descritiva das notas segundo as características da cirurgia.

Variável	Categoria	n	média (dp)	mediana	mín-max	p
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	73	8,73 (1,30)	9,00	2,00-10,00	0,233
	> 200cm ²	105	8,33 (1,83)	9,00	1,00-10,00	
Peso da mama	< 430g	88	8,55 (1,75)	9,00	1,00-10,00	0,308
	430g ou mais	90	8,44 (1,54)	8,50	1,00-10,00	
Área doadora	≤ 200cm ²	41	8,82 (1,03)	9,00	6,00-10,00	0,438
	> 200cm ²	137	8,40 (1,78)	9,00	1,00-10,00	
Revestimento do implante	Silicone	136	8,63 (1,53)	9,00	1,00-10,00	0,050
	Poliuretano	42	8,07 (1,93)	8,50	1,00-10,00	
Volume do implante	< 300ml	107	8,33 (1,77)	8,50	1,00-10,00	0,068
	300ml ou mais	71	8,74 (1,41)	9,00	5,00-10,00	
Perfil do implante	Baixo	57	8,74 (1,43)	9,00	5,00-10,00	0,035*
	Alto	52	8,82 (1,07)	9,00	6,00-10,00	
	Moderado	69	8,05 (2,04)	8,50	1,00-10,00	
Complicação	sem complicações	153	8,54 (1,58)	9,00	1,00-10,00	0,693
	Menores	22	8,16 (2,12)	8,50	1,00-10,00	
	Maiores	3	8,50 (0,50)	8,50	8,00-9,00	
Classificação da contratatura capsular	1	131	8,63 (1,53)	9,00	1,00-10,00	0,065
	2	22	8,05 (1,22)	8,50	5,00-9,50	
	3 ou 4	25	8,16 (2,36)	9,00	1,00-10,00	
Conclusão da reconstrução	Não	73	8,61 (1,24)	9,00	5,00-10,00	0,880
	Sim	105	8,41 (1,88)	9,00	1,00-10,00	
Complexo aréolo-papilar	Não fez	73	8,61 (1,24)	9,00	5,00-10,00	0,417
	Enxerto	20	8,50 (1,86)	9,00	2,00-10,00	
	Enxerto e retalho	73	8,43 (1,97)	9,00	1,00-10,00	
	Tatuagem	12	8,17 (1,29)	8,25	6,00-10,00	
Mamoplastia oposta	Não	97	8,61 (1,40)	9,00	2,00-10,00	0,653
	Sim	81	8,36 (1,90)	9,00	1,00-10,00	
TOTAL		178	8,49 (1,64)	9,00	1,00-10,00	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher. * resultado significante
dp: desvio padrão.

Tabela XV - Estatística descritiva das notas segundo questões de satisfação da reconstrução mamária.

Variável	Categoria	n	média (dp)	mediana	mín-max	p
Você faria reconstrução mamária?	Sim	175	8,58 (1,48)	9,00	1,00-10,00	0,013*
	Não	3	3,67 (3,79)	2,00	1,00-8,00	
Você optaria pela reconstrução com tecidos das costas e a prótese?	Sim	160	8,71 (1,31)	9,00	1,00-10,00	<0,001*
	Não	18	6,56 (2,77)	7,00	1,00-10,00	
Está satisfeita com sua reconstrução mamária?	Sim	164	8,74 (1,22)	9,00	2,00-10,00	<0,001*
	Não	14	5,57 (2,87)	5,50	1,00-10,00	
Você recomendaria a reconstrução mamária com tecidos das costas e a prótese para uma amiga?	Sim	161	8,71 (1,33)	9,00	1,00-10,00	<0,001*
	Não	17	6,47 (2,72)	7,00	1,00-10,00	
Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária?	Sim	149	8,80 (1,29)	9,00	1,00-10,00	<0,001*
	Não	29	6,91 (2,29)	7,50	1,00-10,00	
TOTAL		178	8,49 (1,64)	9,00	1,00-10,00	

p: teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher. * resultado significativo
dp: desvio padrão.

A Tabela XVI apresenta a nota de acordo com o tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta da paciente.

Tabela XVI - Frequência absoluta e relativa do tempo de reconstrução, segundo a nota.

Tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta	Média das notas (dp)	Mediana	n	%
1 a 12 meses	8,7 (1,5)	9,0	45	25,3
13 a 36 meses	8,6 (1,5)	9,0	49	27,5
37 ou mais meses	8,4 (1,6)	8,5	84	47,2
TOTAL	8,5 (1,6)	9,0	178	100

dp: desvio padrão.

A análise da relação entre as médias das notas e o tempo decorrido da reconstrução e a resposta das pacientes teve correlação fraca, porém significativa, verificando-se que quanto maior a nota, menor o tempo ($r_{\text{spearman}}=0,19$; $p=0,013$).

5.5. EXEMPLOS DE RESULTADOS



Figura 11 - Exemplo de reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo latíssimo do dorso e implante mamário, após a primeira etapa cirúrgica da paciente submetida à mastectomia radical modificada direita.



Figura 12 - Exemplo de reconstrução imediata da mama esquerda, já concluída, após quimioterapia e radioterapia, com um ano e dez meses de pós-operatório.



Figura 13 – Exemplo de cicatriz dorsal à esquerda, transversal em relação ao dorso.



Figura 14 – Exemplo de mama esquerda com contratura capsular classe III de BAKER¹¹⁴, após a radioterapia.

6. DISCUSSÃO

6.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Uma das maiores motivações para a idealização deste estudo foi a menor divulgação na literatura da técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário para a reconstrução imediata da mama, com contribuições para a apreciação da técnica; em oposição ao retalho TRAM¹¹⁷ (HARTRAMPF, BENNET, 1987), que é tema com riqueza de dados publicados, opinião também compartilhada por outros autores^{104-105,76} (DE LA TORRE et al., 2001; MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001 HAYES et al., 2004). Esta ponderação recai sobre o questionamento: a técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário ainda é uma opção atrativa, interessante para os centros que praticam a reconstrução imediata da mama? Em que nível de preferência? As respostas a estas perguntas dependem da análise de vários fatores, muitos dos quais, incluídos no presente estudo e comentados a seguir.

A média de idade das pacientes por ocasião da reconstrução imediata da mama varia, na literatura, em torno dos 40 a 50 anos^{90,37,78,93,50,101,61,103,118,63,26,76,55,119,74,77} (GEORGIADÉ et al., 1981; NOONE et al., 1985; MANSEL et al., 1986; PETIT et al., 1992; ROSENQVIST SANDELIN, WICKMAN, 1996; RINGBERG et al., 1999; MALATA, MCINTOSH, PURUSHOTHAM, 2000; CARLSON et al., 2001; LEAL et al., 2003; COCQUYT et al., 2003; JAHKOLA, ASKO-SELJAVAARA, VON SIMITTEN, 2003; HAYES et al., 2004; MORTENSON et al., 2004; PINSOLLE et al., 2006; SALHAB et al., 2006; MUNHOZ et al., 2007). No presente estudo, em concordância com a literatura, a média foi de 45,7 anos. Uma qualidade importante da presente amostra foi a de reunir apenas pacientes que realizaram reconstruções imediatas por uma dada técnica. Este cuidado uniformizou a amostra; o que não foi encontrado em estudos prévios, geralmente contendo tanto reconstruções imediatas quanto tardias.

Outro aspecto seria o fato das reconstruções imediatas reunirem uma parcela mais jovem de pacientes, em comparação com as tardias; dado este que, isoladamente já despertaria uma série de ponderações quanto à exigência de resultados, detalhes técnicos,

cuidados pós-operatórios, para citar alguns. A comprovação dos dados deste estudo converge para esta situação, pois 55 pacientes tinham até 40 anos, 75 pacientes entre 41 e 50 anos. Em oposição, as reconstruções tardias atendem às pacientes com seqüelas da mastectomia, que vivenciaram a deformidade, e conseqüentemente um panorama psicológico mais propenso a uma maior satisfação, mesmo que diante de resultados mais limitados ⁷⁹ (KRONOWITZ, KUERER, 2006).

A reconstrução da mama em idosas foi motivo de averiguação de outros autores, que consideraram as pacientes idosas como as de 65 anos ou mais e que teriam algumas condições físicas e psicológicas peculiares ¹⁰⁸ (GIROTTO, SCHREIBER, NAHABEDIAN, 2003). No presente estudo (conforme o banco de dados), quatro pacientes se encontravam nestas condições. Enfatiza-se que das pacientes que responderam negativamente em relação à questão 1, todas tinham 51 ou mais anos, o que apresentou resultado significativo ($p=0,016$). Este resultado destaca a cautela que esta faixa etária exige.

Outras características da amostra tais como estado civil, escolaridade, profissão, características reprodutivas e depressão prévias à reconstrução, que foram assinaladas no presente estudo, com potencial de influenciar a satisfação pela técnica, não são relatados por outros estudos na literatura com a reconstrução imediata da mama e o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso. Alguns autores propuseram que a escolaridade pode influenciar a satisfação com a reconstrução imediata da mama ¹²⁰ (NOYAN et al., 2006). Outros estudos que pesquisaram a técnica e a satisfação das pacientes não buscaram a relação destas características com a satisfação das pacientes. Curiosamente, apenas o estado civil apresentou resultados significantes ($p=0,026$): as pacientes separadas/divorciadas/desquitadas se mostraram mais insatisfeitas com a técnica. Esta informação reforça a maior atenção que a condição exige.

Alguns autores se preocuparam com relação entre a etnia das pacientes e a reconstrução da mama ¹²¹ (TSENG et al., 2004). Estes autores constataram que as pacientes afro-americanas tiveram índices significantes menores de acesso à reconstrução imediata da mama que pacientes brancas. No presente estudo, o acesso à reconstrução da mama não foi objeto de pesquisa, mas no âmbito desta relação, averiguou-se que tanto pacientes brancas como pacientes não brancas alcançaram índices semelhantes de satisfação. Esta informação é relevante em nosso país, visto que a diferença entre as etnias envolve mamas com

características diferentes, condições cicatriciais diversas, como as hipertrofias e quelóides, que poderiam contribuir para graus diferentes de satisfação.

O período de acompanhamento pós-operatório deve ser analisado e comparado às publicações, uma vez que a reconstrução imediata da mama apresenta alterações tardias, anos após a reconstrução. O presente trabalho apresentou um longo tempo de observação pós-operatória, média de 41,8 meses (dp=26,3), inclusive superior a outros autores ^{90,37,78,93,50,101,61,103,63,26,76,55,74} (GEORGIADÉ et al., 1981; NOONE et al., 1985; MANSEL et al., 1986; PETIT et al., 1992; ROSENQVIST, SANDELIN, WICKMAN, 1996; RINGBERG et al., 1999; MALATA, MCINTOSH, PURUSHOTHAM, 2000; CARLSON et al., 2001; COCQUYT et al., 2003; JAHKOLA, ASKO-SELJAVAARA, VON SIMITTEN, 2003; HAYES et al., 2004; MORTENSON et al., 2004; SALHAB et al., 2006). Como já alertado por alguns autores, haveria piora da qualidade estética ao longo dos anos ¹²² (MCCRAW et al., 1994). Em concordância com o presente estudo, se observou ligeira redução da satisfação ao longo dos anos, quanto maior a nota, menor o tempo de observação.

Da mesma forma que no presente estudo, os últimos trabalhos citados atenderam a carcinomas ductais invasivos ou ductais *in situ* multifocais para a maioria das pacientes. Ainda foi comum aos trabalhos acima citados que as reconstruções fossem realizadas para a maioria das pacientes pertencentes ao Estádio Clínico 0, 1 e 2, dado também encontrado no presente estudo, em que 72% das pacientes reuniam estes estadiamentos. Os quadrantes superiores foram mais envolvidos (81,2%), dado importante para determinar o defeito a ser reparado pelo retalho; aspecto enaltecido também pelos últimos citados trabalhos.

Outro tema importante em relação à reconstrução imediata da mama com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso é a eventual seqüela funcional do membro superior homolateral, que não foi foco específico deste trabalho, embora não se tenha constatado qualquer restrição funcional decorrente da técnica, fato observado também por outros autores ^{100,26} (DELAY et al., 1998; JAHKOLA, ASKO-SELJAVAARA, VON SMITTEN, 2003).

A reconstrução imediata da mama é, atualmente, entendida como parte do atendimento primário, multidisciplinar das pacientes portadoras do câncer de mama ^{64,123,96,101,10,68} (HOFFMAN, KLATSKY, DAVIS, 1990; SCANLON, 1991; NODA, EBERLEIN, ERIKSSON, 1994; RINGBERG et al., 1999; BOSTWICK, 2001; COTLAR, DUBOSE, ROSE, 2003). E tem impacto positivo para o dano psicológico que a mastectomia determina ^{53,94,49,48,51-52,33} (SCHAIN et al., 1985; NOGUCHI et al., 1993; FRANCHELLI et

al., 1995; FARIA et al., 1999; AL-GHAZAL et al., 2000; WILKINS et al., 2000; HARCOURT et al., 2003). Certamente, o complexo de ângulos que compõe o psicológico está envolvido na percepção da paciente perante o resultado de uma técnica, além da reabilitação física e social.

6.2. CARACTERÍSTICAS DA TÉCNICA

O retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso é um retalho seguro baseado no pedículo toracodorsal. Entretanto, tradicionalmente ocasiona uma cicatriz oblíqua no dorso² (BOSTWICK, CARLSON, 1997) e, em geral, a porção cutânea empregada no retalho deve permitir a sutura primária por planos da área doadora, devido à estética pobre que o emprego de enxertos neste intento determina. O descolamento é descrito para ser praticado no plano da fáscia profunda do latíssimo do dorso, respeitando a musculatura vizinha³ (OLIVARI, 1976). Anatomicamente, o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso apresenta um pedículo dominante o toracodorsal e outros segmentares, ramos dos vasos intercostais torácicos e lombares. A artéria subescapular, maior ramo da artéria axilar, emite um ramo denominado de artéria circunflexa da escápula para então se continuar como toracodorsal, identificada e preservada durante a linfadenectomia, mesmo até nível III.

O músculo estriado é anatomicamente classificado como chato, de forma triangular com origens nos processos espinhosos das seis vértebras torácicas inferiores, na lâmina posterior da fáscia toracolombar, na crista ilíaca em sua porção posterior, nas três ou quatro costelas inferiores e insere-se por meio de um tendão quadrilátero que mede cerca de 7cm no sulco intertubercular no úmero, após cruzar o ângulo inferior da escápula. Tanto sua origem como sua inserção são abordáveis para seu emprego na reconstrução³ (OLIVARI, 1976). Ao se inserir no úmero por meio de fibras espiraladas que contribuem para a formação do pilar axilar posterior, o músculo se curva ao redor da borda inferior do músculo rombóide maior, que deve ser preservado em sua íntegra. A ação do latíssimo do dorso determina a adução e extensão do braço em relação ao tórax e rotação medial do úmero, que é compensada por outros grupos musculares, quando de sua utilização no retalho. O nervo motor é o

toracodorsal com origem no plexo braquial, por sua divisão posterior e pode ser seccionado durante a linfadenectomia não inviabilizando o retalho para a reconstrução da mama.

Devido ao implante mamário, à mudança de equipes, à mudança de decúbito da paciente no intra-operatório, sondagem vesical, acesso venoso e conforme vários autores que comentam as complicações da reconstrução imediata da mama, foi empregada a profilaxia da infecção com antibióticos cerca de uma hora antes da cirurgia até a retirada dos drenos: cefalexina 1 a 2g, ou cefazolina 1 a 2g, ou clindamicina 1 a 2g esta última nos pacientes com história clínica de sensibilidade à penicilina ou derivados ^{99,124,119} (ROY et al., 1998; HULTMAN, DAIZA, 2003; PINSOLLE et al., 2006). Não foi empregada heparina ou similares de rotina, diferente de outros estudos ^{99,75} (ROY et al., 1998; GERBER et al., 1999). A constatação de que não houve um único paciente com complicações decorrentes de tromboembolismo na amostra do presente estudo corrobora esta conduta. A profilaxia do tromboembolismo foi empregada em apenas duas pacientes com fatores de risco específicos.

O tempo intra-operatório de execução da técnica foi ponto de pesquisa para outros autores ¹⁸ (MOORE, FARRELL, 1992). No presente estudo, o tempo médio de cirurgia foi de 2 horas e 56 minutos, com a moda em 3 horas (o menor de 1 hora e 20 minutos; o maior de 5 horas e 25 minutos). Este tempo é bem favorável comparado à literatura que apresenta outros maiores, de 5 horas ¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001); e de acordo com outros autores que citam 2,6 horas ¹⁸ (MOORE, FARRELL, 1992); e 3 a 6 horas ⁷⁹ (KRONOWITZ, KUERER, 2006).

Outro dado relevante do presente estudo foi a ausência da necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados. Este dado deve ser ressaltado como extremamente positivo por questões econômicas, por riscos de doenças transmissíveis e até por questões sócio-culturais. Vários outros autores que estudaram a reconstrução imediata da mama citam a necessidade de transfusão em 100% das pacientes ¹²⁵ (KAT et al., 1999). Para o retalho TRAM, a citação é de hemotransfusão em 2,8% ¹²⁶ (TZILINIS, LOFMAN, TZARNAS, 2003) a 50% ¹²⁷ (ELLIOTT et al., 1993) das pacientes. Para o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, os riscos são maiores de transfusões quando se emprega variações da técnica tradicional ⁷⁶ (HAYES et al., 2004). Segundo estes últimos autores, concorreram para um risco maior de transfusão, a obesidade e complicações imediatas.

Com relação à inserção muscular, no presente estudo houve a intenção sistemática de sua secção completa. Alguns autores citam tal procedimento somente na ocorrência de limitação ao posicionamento do retalho⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007).

Dois drenos de aspiração a vácuo foram locados de rotina, um na área doadora, no dorso; outro na área receptora do retalho, na região torácica anterior, seguindo recomendações de vários autores^{75,128-129,13} (GERBER et al., 1999; CLOUGH et al., 2001; MUNHOZ et al., 2005; HAMMOND, 2007). Alguns autores empregam três drenos¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001). Até quatro drenos são relatados com a variação estendida da técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998). O tempo de permanência dos drenos variou nas citações da literatura de sete a quatorze dias quando a drenagem tinha débito de aproximadamente 30ml ou menos^{18,100,75,105,129} (MOORE, FARRELL, 1992; DELAY et al., 1998; GERBER et al., 1999; MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001; MUNHOZ et al., 2005). No presente estudo, o menor tempo de drenagem possível foi a intenção, já que as pacientes referiam muito incômodo na região da exteriorização dos drenos, tomando-se como parâmetro para retirada dos drenos um débito de 30ml ou menos nas 24h. Estes detalhes contaram na avaliação da satisfação geral atribuída à técnica. Neste tópico, este trabalho sistematicamente tratou a área doadora dorsal com os pontos de adesão durante o fechamento da ferida operatória; cuidado não citado em vários trabalhos que estudaram a técnica^{100,75,128-129} (DELAY et al., 1998; GERBER et al., 1999; CLOUGH et al., 2001; MUNHOZ et al., 2005). Mas, em concordância com outros autores que se valeram destes pontos como um refinamento da técnica, todavia em uma região reduzida, apenas na área de transição entre a área doadora e área da mastectomia¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001). Conforme é de conhecimento pelas publicações, estes pontos abreviam o tempo de drenagem e reduzem o risco de complicações, além de colaborar com uma menor tensão na cicatriz transversa no dorso^{130,13} (TITLEY, SPYROU, FATAH, 1997; HAMMOND, 2007).

O posicionamento da cicatriz final na área doadora, conforme a orientação do desenho do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso mereceu várias considerações na literatura. Alguns estudos defendem o posicionamento conforme o direcionamento do defeito da mastectomia⁹⁹ (ROY et al., 1998). Outros, na dependência da forma e volume da mama a ser reconstruída¹³¹ (PAPP, MCCRAW, 1998). E, outros, de acordo com as linhas de tensão da pele relaxada¹³ (HAMMOND, 2007). Neste estudo, o posicionamento transversal foi

empregado sistematicamente, independente da disposição do defeito resultante da mastectomia como também referido por outros autores ^{75,106,77} (GERBER et al., 1999; CHANG et al., 2002, MUNHOZ et al., 2007). A razão desta sistemática foi a grande importância atribuída à facilidade de se ocultar a cicatriz final sob as vestes femininas com o posicionamento transversal da cicatriz. Este posicionamento apresentou baixa incidência de complicações, contrário a outras citações que afirmam a alta morbidade neste aspecto com cicatrizes oblíquas ⁹⁹ (ROY et al., 1998). Ainda, neste estudo, não houve qualquer dificuldade de ajuste do retalho planejado transversalmente e transposto ao defeito da mastectomia, independentemente da orientação do defeito. Ao contrário, o retalho transposto pode assumir qualquer orientação baseada em seu eixo para ocupar o defeito da mastectomia. Esta movimentação ampla do retalho transposto foi auxiliada pela liberação do tendão em sua inserção no úmero, fato também relatado em outro estudo ¹²⁸ (CLOUGH et al., 2001). Porém, as citações na literatura são mais freqüentes com a cicatriz final em posição oblíqua e, portanto, uma disposição clássica para as referências do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso ^{115,122,100,128,13} (BOSTWICK, SCHEFLAN, 1980; MCCRAW et al., 1994; DELAY et al., 1998; CLOUGH et al., 2001; HAMMOND, 2007).

Ainda neste tópico, diversos outros autores se preocuparam com a cicatriz no dorso ^{115,122,100,75,128,106,} (BOSTWICK, SCHEFLAN, 1980; MCCRAW et al., 1994; DELAY et al., 1998; GERBER et al., 1999; CLOUGH et al., 2001; CHANG et al., 2002). A extensão desta cicatriz é variável, mas há citação de 20cm de comprimento com a associação do implante mamário ¹⁴ (POMEL et al., 2002). E, 22 a 25cm com a variação estendida da técnica ¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998). No presente estudo, o comprimento da cicatriz no dorso variou de 8 a 18cm. O cuidado em obter as medidas do retalho permitiu o cálculo da superfície da pele envolvida. Esta preocupação de medir a superfície foi encontrada em um único estudo prévio citando apenas a superfície média praticada ¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998).

Uma modificação técnica proposta para reduzir a extensão da cicatriz no dorso foi a assistência endoscópica para descolar o retalho ¹⁴⁻¹⁵ (POMEL et al., 2002; MISSANA, POMEL, 2007). Esta modificação permitiu o descolamento do retalho com uma incisão de 3cm e duas ou outras auxiliares de cerca de 0,5cm. No entanto, os últimos autores descreveram a necessidade de hemotransfusão e embolia pulmonar em uma paciente, devido à hemorragia persistente no pós-operatório que necessitou outra intervenção cirúrgica. Outra observação importante foi a da drenagem volumosa por drenos a vácuo que permaneceram

por 15 dias com tempo de hospitalização, de 6 dias em média, e tratamento da dor que foi constante. Esta técnica limitar-se-ia às pacientes que não necessitariam de pele para reparar a área doadora, restringindo muito o emprego do retalho.

A literatura apresenta uma ampla variação do tempo de permanência hospitalar e necessidade de UTI. A satisfação da paciente com a técnica leva em consideração esta experiência hospitalar e ansiedades envolvidas. O presente estudo observou que não houve paciente que necessitasse de UTI, à semelhança de outro estudo com a mesma técnica ⁷⁴ (SALHAB et al., 2006). Além disto, a permanência hospitalar obteve uma média de 2,2 dias. Esta permanência hospitalar é baixa, quando comparada a outros estudos que citam até 62 dias ¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001). Esta constatação deve ter colaborado positivamente para a avaliação da satisfação. Mais, a dor é vastamente citada como um dos principais fatores que prolongariam a internação hospitalar: a infiltração com anestésico sistematizada, no presente estudo, pode ter tido influência neste contexto. São referências neste sentido, 2 a 4 dias de internação hospitalar ^{2,13} (BOSTWICK, CARLSON, 1997; HAMMOND, 2007); 8 dias ¹²⁵ (KAT et al., 1999); média de 18,9 dias, com variação de 1 a 62 dias de internação hospitalar ¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001); média de 4,6 dias ⁸⁸ (SMITH et al., 2001); e, média de 8 dias ⁷⁶ (HAYES et al., 2004).

6.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

A dor na região doadora dorsal é referida como um dos aspectos negativos desta técnica ¹²⁸ (CLOUGH et al., 2001). Embora a dor não tenha sido motivo de uma avaliação específica desta técnica no presente estudo, mas entendendo que tal fator poderia reduzir a satisfação com o resultado, fez parte da metodologia a infiltração de toda a área doadora com solução contendo anestésico, a ropivacaína e a adrenalina no intra-operatório, para reduzir a dor no pós-operatório imediato e facilitar o descolamento do retalho. Alguns autores citam a infiltração com o propósito apenas de vasoconstrição, sem o uso de anestésicos ^{100,132,77} (DELAY et al., 1998; RAINSBURY, 2002; MUNHOZ et al., 2007). No presente estudo, a infiltração com anestésico, proposta também por outros autores, deve ter contribuído para uma analgesia pós-operatória, já que a maioria das pacientes referiu dor controlável com

analgésicos e antiinflamatórios venosos comuns tais como dipirona, tramadol, cetoprofeno ¹³³ (BEZERRA, MOURA, 2007).

Em especial a técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso é conhecida como dolorosa na área dorsal no pós-operatório. Contudo, alguns autores citam que a técnica não determina dor crônica ¹¹⁹ (PINSOLLE et al., 2006). É possível que somente este fator isoladamente seja capaz de influenciar as pacientes para a escolha e satisfação com a técnica. Um exemplo desta temática pode ser constatado na citação espontânea (escrita conforme a original) da paciente LNS:

“Obs: Talvez por ter mais sensibilidade à dor não me adaptei muito bem com a retirada de tecido das costas, acompanhei outros casos realizados de forma diferente e acho que foi melhor. Sinto dores nas costas e acho que prejudicou a movimentação de braço. Seria interessante novas técnicas.”

6.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INDICAÇÕES DA TÉCNICA

As principais indicações para a opção pelo retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso são aquelas que limitam outras técnicas tidas como preferenciais, tais como o retalho TRAM tradicional e microcirúrgico ⁷⁹ (KRONOWITZ, KUERE, 2006). São exemplos de indicações pacientes com cicatrizes abdominais que tenham transfixado o músculo reto do abdômen, no abdome superior; abdome com pele e tela subcutânea exíguas, como em pacientes magras e nuligestas; pacientes que tenham realizado dermolipectomia abdominal que, embora não inviabilize o retalho TRAM tradicional, impõe a necessidade de mais um tempo cirúrgico para revascularização do retalho ¹³⁴ (DONCATTO, 2003). Pacientes que tenham realizado cirurgia cardíaca, com a abordagem da artéria torácica interna, toracotomias e esternotomias com secção da artéria torácica interna, radioterapia que inclua a área do trajeto da artéria torácica interna ou outras alterações cardíacas e torácicas congênitas são outros exemplos. Ainda seriam considerações de alto risco para a reconstrução da mama com área doadora abdominal as pacientes: obesas, tabagistas, hipertensas, diabéticas, portadoras doenças vasculares ou doenças do colágeno e as que planejam gestação em curto prazo.

Todavia, segundo alguns autores a indicação da reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário estaria sendo ampliada^{72,76,135,74,13} (CUNNICK, MOKBEL, 2004; HAYES et al., 2004; MUSTONEN et al., 2004; SALHAB et al., 2006; HAMMOND, 2007). As razões estariam na execução técnica simples e segura em relação a outras técnicas de reconstrução da mama como o retalho TRAM e a microcirurgia. A preferência de cada centro em particular para cada técnica é outro fator a ser considerado¹³⁶ (CARRAMASCHI et al., 1989).

6.5. CONSIDERAÇÕES SOBRE A COORTE DE PACIENTES

A coorte pode ser definida como um grupo de pacientes com características comuns, por certo tempo. Para se definir a coorte do presente estudo foram eleitas as características relacionadas à técnica de reconstrução com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário. Os dados foram então prospectivamente compilados relacionados à técnica. Entretanto, como é comum em pesquisa clínica, muitos estudos de coortes prospectivos necessitam de parte dos dados coletados por meio de registros ocorridos no passado. Assim, parte do controle ambulatorial de algumas pacientes deste trabalho foi um exemplo desta exceção. A primeira consulta no Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora pode ter ocorrida em um período que antecedeu ao proposto pelo presente estudo. Estas informações no prontuário foram consideradas e agregadas às que surgiram durante e após a execução da técnica que, esta sim invariavelmente ocorreu no período proposto. Estes dados encontravam-se organizados no prontuário, desta forma não acarretou prejuízo à precisão da pesquisa; ao contrário, seu valor não se perdeu, graças a enorme informação que representa no contexto da literatura atual.

Outro componente importante do estudo foi o acompanhamento longo que as pacientes tiveram na instituição, propiciando uma riqueza e confiabilidade nos dados. Justamente, sobre a coorte estudada no presente estudo, o rigor da seleção, da preocupação com a qualidade, com a uniformização da amostra só enaltecem sua apreciação: uma média de quatro anos para 27,8% da coorte e mais de oito anos para 39% da coorte.

Novamente, em relação à homogeneização da amostra, levou-se em consideração que as reconstruções bilaterais apresentassem variáveis adicionais. Temporalmente, as reconstruções poderiam ser imediatas (de um lado) e tardias (no outro lado) na mesma paciente; ou, imediatas, mas com épocas diferentes; ou, imediatas e simultâneas. Tecnicamente, as reconstruções poderiam reunir o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso bilateralmente ou unilateralmente, com outra técnica na mama contralateral. Todos estes fatores acrescentariam variáveis que tornariam a amostra muito heterogênea e dificultaria a interpretação dos dados. Segundo alguns autores, este grupo de pacientes com reconstruções bilaterais deveriam ser estudadas distintamente das pacientes com reconstruções unilaterais^{88,119} (SMITH et al., 2001; PINSOLLE et al., 2006). Esta foi a principal razão para que as pacientes com reconstrução mamária imediata bilateral fossem excluídas, mesmo que em uma das mamas ou em ambas, a reconstrução com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário tenha sido empregada.

6.6. CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIMEIRA ETAPA CIRÚRGICA DA RECONSTRUÇÃO DA MAMA

6.6.1. Da mastectomia

A mastectomia que preserva pele contribui para melhorar os resultados estéticos, determina menor defeito na região mamária, exige reparações por retalhos com dimensões menores e, por conseguinte, condição favorável ao emprego do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário⁶⁹ (TOTH, LAPPERT, 1991). Estes fatores podem ter influenciado os resultados e a satisfação das pacientes com a aplicação do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário na reconstrução imediata da mama^{76,135,71} (HAYES et al., 2004; MUSTONEN et al., 2004; MOSAHEBI et al., 2006).

O presente trabalho determinou a superfície de pele ressecada na mastectomia, que foi calculada com base nas medidas obtidas no dia da mastectomia; além de pesar a peça retirada, com balança digital aferida pelo INMETRO. Não foi encontrado na literatura tal cuidado para

determinar a dimensão do defeito e a relação que poderia ter com a satisfação das pacientes, ou mesmo para o dimensionamento do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso. Alguns autores, em referência ao retalho na sua forma estendida, citam que em média os retalhos apresentavam 490cm², com volume de 245cm³ ¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998). Outros autores referem que a média do peso da mastectomia foi de 510g ⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007). No presente estudo, a média do peso foi de 430g (variando de 98g a 1060g). Estas medidas foram estudadas e relacionadas com a satisfação geral das pacientes e com as notas. Não houve diferença significativa entre as mastectomias com dimensões maiores e menores; ou entre retalhos com dimensões maiores e menores e o grau de satisfação. Esta informação é relevante, pois demonstra que a técnica pode atender com satisfação semelhante a mamas com volumes variados.

Outro assunto relevante na literatura para a indicação da reconstrução imediata da mama é o estadiamento do câncer de mama ⁶⁰ (OSTEEN, 1995). Por consenso, teria melhor indicação nos estádios 0, 1 e 2, e excepcionalmente no estadio 3, conforme decisão multidisciplinar; condição encontrada também no presente estudo, igualmente com citação por outros autores ⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007). E, mais explorado ainda por outros autores para tumores mais avançados ¹³⁷ (WOERDEMAN et al., 2004).

No presente trabalho, foram reunidas tanto pacientes submetidas às mastectomias simples como mastectomias radicais modificadas, porque ambas incluem a placa aréolo-papilar com preservação menor ou maior de pele. Todavia, as adenomastectomias não foram consideradas, inclusive por serem frequentemente profiláticas e necessitarem estudos separados quanto à satisfação ¹³⁸ (METCALFE, SEMPLÉ, NAROD, 2004). O motivo para assim selecionar a casuística foi o de que esta apresentasse a maior uniformidade possível. As pacientes com adenomastectomias representam um grupo especial devendo ser avaliadas separadamente, nos trabalhos da técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e este cuidado não foi encontrado em outras publicações reunindo também reconstruções imediatas, tardias ou várias técnicas ^{90,37,78,93,139-140,50,101,61,103,63,26,76,55,141,74} (GEORGIADÉ et al., 1981; NOONE et al., 1985; MANSEL et al., 1986; PETIT et al., 1992; GARBAY, RIETJENS, PETIT, 1992; CARRAMASCHI et al., 1995; ROSENQVIST, SANDELIN, WICKMAN, 1996; RINGBERG et al., 1999; MALATA, MCINTOSH, PURUSHOTHAM, 2000; CARLSON et al., 2001; COCQUYT et al., 2003; JAHKOLA, ASKO-SELJAVAARA,

VON SIMITTEN, 2003; HAYES et al., 2004; MORTENSON et al., 2004; AGHAMOHAMMADI, CRUZ, HURWITZ, 2006; SALHAB et al., 2006).

6.6.2. Considerações sobre o implante mamário

O retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso pode ou não ser associado ao implante mamário. Acerca da reconstrução imediata da mama encontra-se rica discussão na literatura sobre as vantagens e desvantagens da associação com o implante mamário para determinar um volume final desejado à reconstrução. Este estudo empregou sistematicamente a associação do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso ao implante mamário, assim como diversos outros autores^{3,5-7,12,9,142,18,95,16,104-105,26,76} (OLIVARI, 1976; MUHLBAUER, OLBRISCH, 1977; SCHNEIDER, HILL, BROWN, 1977; BOSTWICK et al., 1979; MENDELSON, 1983; COHEN, CRONIN, 1984; TSCHOPP, 1991; MOORE, FARRELL, 1992; LE BOUEDEC et al., 1994; SLAVIN, 1994; DE LA TORRE et al., 2001; MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001; JAHKOLA, ASKO-SELJAVAARA, VON SIMITTEN 2003; HAYES et al., 2004). Os implantes mamários foram empregados nos volumes de 200 a 280 em 39,8% das pacientes e 300 a 400ml em 28,6% das pacientes (o menor de 90ml e o maior de 600ml), volumes estudados também por outros autores⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007). Como o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso foi capaz de recobrir todo o implante mamário, o músculo peitoral maior não foi descolado para ser adicionado ao latíssimo do dorso neste recobrimento, conforme proposição de outros autores⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007). As razões para a associação dos implantes foram as relativas às incidências maiores de complicações com os retalhos citados como estendidos, ou compostos^{143-145,100,131,106-107} (HOKIN, 1983; MARSHALL, ANSTEE, STAPLETON, 1984; BARNET e GIANOUTSOS, 1996; DELAY et al., 1998; PAPP, MCCRAW, 1998; CHANG et al., 2002; CLOUGH et al., 2002). O maior tempo cirúrgico e a dificuldade de se obter um volume pretendido, deformações tardias por atrofias são outros fatores que estes últimos retalhos acarretam.

A defesa por alguns autores do emprego do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso sem a associação do implante mamário fundamenta-se por evitar a formação de cápsula em torno do implante mamário, que determina deformidades tardias nas reconstruções. Outros autores associam o implante mamário, porém em um percentual menor de pacientes^{75,119} (GERBER et al., 1999; PINSOLLE et al., 2006). Por outro aspecto, a forma estendida do

retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso para prescindir do implante mamário aumenta a ocorrência de complicações, o que motivou adotar-se a associação com implante mamário em todas as pacientes no presente estudo. Deve-se se considerar ainda que, o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso sem a associação com o implante mamário necessita dimensões maiores, de 22 a 25cm de comprimento por 7 a 9cm de largura acarretando conseqüências mais intensas à área doadora quando se compara com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário ¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998). De outra forma, o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário obtém resultados estéticos, superiores em relação ao implante mamário isoladamente, segundo alguns autores ¹¹⁹ (PINSOLLE et al., 2006). As pacientes que realizaram reconstruções da parede torácica (fechamento da ferida operatória), com retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso sem implante mamário foram excluídas do presente estudo, pois nestas pacientes não houve a concepção de uma reconstrução imediata da mama; e, sim, a de se reparar uma ferida operatória, cuidado observado também por outros autores ¹⁴⁶ (MOTWAN et al., 2006). Estas pacientes se caracterizaram por ressecções maiores, de tumores localmente avançados sem a indicação da reconstrução imediata, razões para exclusão deste grupo de pacientes.

Um exemplo das dificuldades com o implante mamário pode ser constatado na citação espontânea (escrita conforme a original) da paciente CMG:

“O único inconveniente é que a prótese você tem que trocar a cada 15 anos, portanto você terá uma nova cirurgia pela frente. Eu fui orientada sobre isso mas mesmo assim optei pela mesma e não me arrependi até o momento”

6.7. CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGUNDA ETAPA CIRÚRGICA DA RECONSTRUÇÃO DA MAMA

A segunda etapa cirúrgica da reconstrução da mama tem como objetivo estabelecer uma melhor simetria entre a mama reconstruída e a mama contralateral, além da reconstrução da placa aréolo-papilar. Em pacientes com mamas muito volumosas, é mais razoável que a reconstrução seja propositadamente menor para que na segunda etapa cirúrgica a simetria seja restabelecida com a redução da mama contralateral. Neste mesmo raciocínio, uma reconstrução imediata poderia ser programada propositadamente maior para que na segunda etapa cirúrgica da reconstrução uma mamoplastia de aumento da mama oposta resultasse em mamas simétricas maiores; por exemplo, para pacientes portadoras de hipomastia.

A aréola e a papila são estruturas com características anatômicas próprias que podem variar individualmente conforme a etnia, tamanho e forma da mama. Assim, as técnicas da reconstrução da placa aréolo-papilar visam dar uma referência desta estrutura para a mama reconstruída sem, contudo, restaurar a função e a sensibilidade da estrutura original. Alguns autores (WELLISCH et al., 1985) salientam que a reconstrução da placa aréolo-papilar aumenta a satisfação das pacientes. Neste estudo, a comparação das pacientes que se submeteram à segunda etapa da reconstrução com as pacientes que não concluíram a reconstrução e as cinco perguntas de satisfação geral, não demonstrou resultados com diferenças estatísticas significantes, com resultados próximos percentualmente em ambos os grupos³². Já outros autores narram a experiência de complementar a reconstrução no mesmo tempo da execução do retalho, ou seja, um tempo cirúrgico único. Mas estas experiências representam um pequeno número entre as citações^{4,147} (BOSTWICK et al., 1978; CHARANEK et al., 2000)

Outrossim, as variações, tanto para reconstruir a aréola, bem como a papila, são muito numerosas^{148,66} (TOSTES et al., 2005; FENTIMAN, HAMED, 2006). Não foi objeto deste trabalho explorar detalhes destas técnicas. No presente estudo, conforme vasta literatura, apenas para efeitos didáticos e de pesquisa as reconstruções foram agrupadas em: com enxertos; com enxerto e retalho local; com auxílio da tatuagem. A semelhança entre estes três grupos com a maioria de respostas sim às perguntas de satisfação geral comprovou que foram atendidas aos seus propósitos de reconstrução.

A mamoplastia de redução ou de aumento contralateral ou mastopexia também foi um procedimento importante para aprimorar a simetria entre as mamas. No presente estudo, 43,9% das pacientes necessitaram intervenção na mama oposta, informação relatada à semelhança de outros autores. São referidos na literatura os seguintes percentuais de procedimentos na mama contralateral e de reconstrução da placa aréolo-papilar, respectivamente, por autor: 45 e 60¹⁸ (MOORE, FARRELL, 1992); 39 e não citado¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998); 37 e 49,6¹⁰³ (CARLSON et al., 2001); 5,8 e 34,7¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISH, 2001); não citado e 67⁸⁸ (SMITH et al., 2001); 5 e não citado⁷⁶ (HAYES et al., 2004); 31,2% e não citado⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007); comparados aos 43,9 e 57,1 (no presente estudo).

Esta segunda etapa cirúrgica foi realizada, em média, oito meses após a primeira. Nesta fase do tratamento, a maioria das pacientes já havia completado a quimioterapia e/ou radioterapia, mas mostrava-se ainda com sentimentos muito próximos do trauma cirúrgico e todos os outros fatores associados aos procedimentos médicos, hospitalares. Esses sentimentos despertavam receios para a conclusão da reconstrução, o que exigiu da equipe médica atenção aos esclarecimentos necessários, para gerar confiança de seguir mais um ato cirúrgico. Como o presente trabalho incluiu, exclusivamente, reconstruções imediatas, as observações acima são ainda mais extremas. Neste particular, é compreensível que 57,1% das pacientes tenham realizado a conclusão da reconstrução. Outros autores que estudaram a técnica apresentaram percentuais mais altos, porém, ora incluindo também reconstruções tardias, ora incluindo reconstruções imediatas por outras técnicas, ora não citando este percentual^{18,100,104,106} (MOORE, FARRELL, 1992; DELAY et al., 1998; DE LA TORRE et al., 2001; CHANG et al., 2002).

Uma citação espontânea (escrita conforme a original) desta preocupação pela paciente MRBC com sua nota auto-aplicada segue-se abaixo:

“Porque acho que o mamilo poderia ficar melhor e porque, pelo menos até agora, acho que uma mama ficou um pouco acima em relação à outra.”

6.8. COMPLICAÇÕES

6.8.1. Considerações conceituais e técnicas

É difícil comparar complicações entre os vários estudos não só por variações da amostra, com reconstruções imediatas ou tardias; por variações técnicas, com o uso ou não dos implantes, tipo de implantes; bem como, por discordâncias nas definições das complicações ⁹⁹ (ROY et al., 1998). A literatura apresenta as complicações da reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário como fonte de interesse para vários estudos ^{18,99,149} (MOORE, FARRELL, 1992; ROY et al., 1998; MUNHOZ, ALDRIGH, 2006). Nestes estudos, são destacadas não só a relevância das complicações na evolução das pacientes, mas também sua importância, influência para a satisfação das pacientes ⁹⁹ (ROY et al., 1998). O presente estudo apresenta um baixo índice de complicações e um alto índice de satisfação. No entanto, a importância das complicações deve ser destacada com a constatação que foi fator de redução da satisfação das pacientes conforme observado no presente estudo com resultado significativo ($p=0,020$).

A incidência de complicações das reconstruções de mama com o latíssimo do dorso tem sido reportada como em torno de 25% ¹⁸ (MOORE, FARRELL, 1992). Didaticamente, as complicações são divididas em imediatas e tardias, tanto para o retalho, como para a área doadora. As imediatas, que ocorrem nas primeiras duas a quatro semanas de pós-operatório são citadas como: necrose, hematoma, infecção, deiscência e seroma, sendo este último, o mais freqüente ¹⁵⁰⁻¹⁵¹ (RIOS, POLLOCK, ADAMS, 2003; RANDOLPH et al., 2005). É muito importante salientar que as suturas de adesão empregadas rotineiramente no presente estudo devem ter reduzido a formação dos seromas, a tensão da ferida operatória na área doadora e colaborado para uma melhor qualidade cicatricial, sem hipertrofias ou quelóides, contrário a observação de hipertrofia cicatricial na área dorsal em torno de 5% ⁹⁹ (ROY et al., 1998). A não ocorrência de deiscências do presente estudo foi semelhante ao constatado por outros autores ^{152,151,133} (LAM, CHOUDHARY, CADIER, 2000; RIOS, POLLOCK, ADAMS, 2003; BEZERRA, MOURA, 2007). Esta atenção para as suturas de adesão não foi reportada em vários outros estudos ^{115,122,100,128,106,153} (BOSTWICK, SCHEFLAN, 1980; MCCRAW et al.,

1994; DELAY et al., 1998; CLOUGH et al., 2001; CHANG et al., 2002; TOMITA et al., 2007).

As complicações tardias, que ocorrem anos após a reconstrução, estão relacionadas aos implantes mamários e às cápsulas ou contraturas capsulares, incidentes com os implantes lisos e/ou salinos, ou os de silicone ¹⁵⁴ (BENEDIKTSSON, PERBECK, 2006). A frequência das contraturas varia, na literatura, de 13% a 40% ^{18,100} (MOORE, FARRELL, 1992; DELAY et al., 1998). Tal variação se deve não só à diversidade das técnicas de reconstrução, como ao uso de implantes lisos ou texturizados, e as devidas ao próprio resultado da mastectomia. Seriam ainda fatores a serem considerados os tratamentos adjuvantes quimioterapia e radioterapia ⁷³ (BEHRANWALA et al., 2006). Provavelmente, a amostra homogênea reunindo somente pacientes com reconstrução imediata, pela mesma técnica, traga maior precisão aos resultados. Com este intuito, o presente trabalho graduou a contratura capsular conforme a classificação assumida para a reconstrução imediata da mama ¹¹⁴ (SPEAR, BAKER, 1995). Considerações neste sentido também foram reveladas por outros autores ¹⁵⁵ (PALMER, MANNUR, ROSS, 1992).

Certamente, com os cuidados técnicos atuais e o com o uso dos implantes mais recentes, a incidência de complicações tardias, antes citada como 25% a 30% seja bem menor nos tempos atuais ^{18,119} (MOORE, FARRELL, 1992; PINSOLLE et al., 2006). A aceitação e satisfação das pacientes com a técnica e os implantes atuais foram verificadas também por outros autores ^{105,74} (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001; SALHAB et al., 2006). Cumpre ainda defender que o presente estudo não apresentou complicações de ameaça à vida das pacientes, como ressaltado por outros pesquisadores ^{99,15} (ROY et al., 1998; MISSANA, POMEL, 2007). As referências na literatura para as complicações por hematomas, necroses parciais, necroses extensas, infecções, seromas são em percentual, respectivamente, por autor: 0,6; 3; 0,6; 5; 0 ¹⁸ (MOORE, FARREL, 1992); 3; 7; 0; 8; 6 ⁹⁹ (ROY et al., 1998); 0; 0; 1,7; 0; 0 ⁷⁵ (GERBER et al., 1999); 0; 0; 0; 0; 0 ¹⁰⁴ (DE LA TORRE et al., 2001); 5; 1,7; 0; 1,7; 0 ¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001); 0; 6,2; 2; 4; 0 ¹²⁹ (MUNHOZ et al., 2005); 0; 0; 0; 0; não citado ⁷⁴ (SALHAB et al., 2006); 0; 6,2; 0; 3,1; 0 ⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007); comparados às 0; 4,5; 1,5; 2,5; 0 (do presente estudo). Já para a área doadora, as complicações de hematoma, deiscência, infecção e seroma são em percentual respectivamente, por autor: não citado; não citado; não citado; 9 ¹⁸ (MOORE, FARRELL, 1992); 0; 0; não citado; 56 ¹³⁰ (TITLEY, SPYROU, FATAH, 1997); 6; 16; 7; 4 ⁹⁹ (ROY et al., 1998); 0; 0; 3,4; 6,7 ⁷⁵

(GERBER et al., 1999); 0; 0; 0; 9¹⁰⁴ (DE LA TORRE et al., 2001); não citado; 0; não citado; 60,3¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001); não citado; 6,25; não citado; 20,8¹²⁹ (MUNHOZ et al., 2005); 0; 0; 0; 12,5⁷⁷ (MUNHOZ et al., 2007); comparados às 0; 1; 0; 3 (do presente estudo).

Independentemente da técnica de reconstrução mamária imediata empregada, a preferência dos autores é a de que a conclusão da reconstrução ocorra após duas etapas de procedimentos cirúrgicos¹⁵⁶ (ASPLUND, SVANE, 1983). Fica óbvio que citações de apreciações dos resultados na literatura considerem resultados finais aqueles obtidos após estas duas etapas cirúrgicas¹⁵⁷ (LOSKEN et al., 2004).

Alguns autores reforçam a necessidade de intervenções secundárias pelas complicações⁹⁹ (ROY et al., 1998). Outras complicações não teriam a indicação de correção cirúrgica, como os seromas, tratados ambulatorialmente, com punções seriadas.

Várias pesquisas em reconstrução imediata da mama determinam a referência do IMC acima de 30 para definição de obesidade^{126,129} (TZILINIS, LOFMAN, TZARNAS, 2003; MUNHOZ et al., 2005). Este dado é importante, pois a obesidade sabidamente é variável importante na determinação de complicações¹¹⁹ (PINSOLLE et al., 2006). No presente estudo, para fins estatísticos, adotou-se sobrepeso/obesa (IMC de 25Kg/m², ou mais) e constatamos que tanto as pacientes abaixo deste limite, como as que estavam neste limite, ou acima, obtiveram a mesma mediana da nota atribuída à satisfação.

Outras variáveis entendidas como de risco foram pesquisadas em estudos prévios^{126,129,119} (TZILINIS, LOFMAN, TZARNAS, 2003; MUNHOZ et al., 2005; PINSOLLE et al., 2006). No presente trabalho, as variáveis foram categorizadas em: pacientes não portadoras de fator de risco; pacientes portadoras de um fator de risco e, pacientes com dois ou mais fatores. A importância deste tópico no presente trabalho se deveu a sua potencialidade de acarretar complicações que podem reduzir a satisfação das pacientes.

Finalmente, cumpre destacar que as complicações de necroses e infecções são mais freqüentes nas reconstruções imediatas, para o retalho da mastectomia que preserva a pele¹²⁴ (HULTMAN, DAIZA, 2003), e não para o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso, já posicionado na área da mastectomia (dado também observado no presente estudo). Os fatores de risco pré-operatórios registrados no presente estudo demonstraram que em 29,6% das pacientes um único fator estava presente e, em 9,2% das pacientes, mais de um fator de risco estava presente. Os autores acima citados referem-se a estes fatores, porém, como muitos

outros não foram claros do quanto os fatores representaram percentualmente para cada casuística, não é possível supor a importância dos mesmos para as complicações.

6.8.2. Considerações sobre o insucesso da reconstrução

Foi considerado insucesso na reconstrução imediata da mama pela técnica deste estudo aquela que resultou na retirada do implante mamário, decorrente de complicação grave. Estas pacientes não foram avaliadas pela escala numerada ou pelas questões, pois não havia mama reconstruída para ser avaliada e, portanto, foram excluídas do estudo. Este grupo representado por sete pacientes do total de 203 ($7 + 196 = 203$) correspondeu a apenas 3,6% das reconstruções. As complicações graves que implicaram no insucesso foram mediadas por necroses ou infecções do retalho da mastectomia, em seis pacientes (e não por necroses do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso); por necrose total do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso em uma paciente. As necroses complicaram com infecções secundárias, não controladas clinicamente, com secreção purulenta envolvendo o implante mamário; circunstância intensificada pela necessidade da quimioterapia e/ou radioterapia, o que impelia para uma brevidade de resolução do quadro clínico.

Ainda conforme relatado, as complicações são mais frequentes na reconstrução imediata da mama, quando comparada às reconstruções tardias ^{55, 119} (MORTENSON et al., 2004; PINSOLLE et al., 2006). Consequentemente, seria presumível que a técnica do presente estudo, incluindo a reconstrução imediata, também devesse registrar tais complicações.

As complicações que resultaram na retirada do implante mamário foram observadas logo nos primeiros dias após a reconstrução imediata da mama, ou meses após a reconstrução imediata da mama, quando na vigência da quimioterapia, complicada por infecção envolvendo o implante mamário. Esta adversidade que resultou na ausência de definição do volume mamário foi considerada por vários autores ^{22,119} (KROLL, BADWIN, 1992; PINSOLLE et al., 2006). É consenso que tal situação representa um grande desapontamento para as pacientes e angústia para a equipe médica, embora seja altamente provável para uma percentagem pequena de pacientes pertencentes a um grande centro oncológico. A porcentagem de insucesso do presente trabalho foi de 3,6%, aceitável conforme extensa literatura, em torno de 8% ¹¹⁹ (PINSOLLE et al., 2006) a 10% ¹⁵⁴ (BENEDIKTSSON, PERBECK, 2006).

A análise de um período de estudo e seu resultado diante de uma amostra de reconstrução imediata da mama, supondo-se que no período inicial haveria uma aprendizagem com resultados piores, foi debatida por alguns autores que não observaram diferenças entre os períodos, comparando resultados de um período inicial com outros períodos mais tardios; diferente do constatado no presente estudo que apresentou redução da satisfação com o decorrer do tempo⁹⁹ (ROY et al., 1998).

6.9. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PERDAS

As perdas em pesquisa clínica são comuns. Se as dificuldades sócio-econômicas são levadas em consideração, os desafios para a obtenção de respostas em países como o Brasil são enormes. Mesmo assim, o presente estudo se cercou de cuidados para que a aceitação e a resposta apresentassem percentagens altas. O sistema informatizado de registro das pacientes no hospital atualizou os endereços e manteve contato com as pacientes selecionadas. A percentagem de pacientes que não responderam foi de 9,2%, comparável a outros estudos realizados para esta técnica também com questionários: perda de 13%¹⁰⁵ (MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001); perda de 29%⁷⁴ (SALHAB et al., 2006); perda de 46,5%¹⁸ (MOORE, FARRELL, 1992); perda de 30%¹⁰⁷ (CLOUGH et al., 2002); perda de 5,5%¹⁰⁴ (DE LA TORRE et al., 2001) e, sem registros de perdas¹⁰⁰ (DELAY et al., 1998); e sem perdas¹¹¹ (HUSSIEN et al., 2004).

A análise das perdas segundo as características sócio-demográficas, clínicas, do tratamento e da cirurgia não apresentou diferenças estatísticas significantes. Isso sugere que não houve viés nas perdas em relação às características do estudo. A exceção foi o perfil do implante onde a perda foi significativamente maior para as pacientes com perfil moderado: ou seja, estas pacientes sentiram-se menos motivadas a responder o questionário enviado ($p=0,045$), uma evidência da acuidade deste detalhe para a reconstrução.

6.10. CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia deve ser uma preocupação para a reconstrução imediata da mama já que aumenta os riscos de complicações da ferida operatória ⁵⁵ (MORTENSON et al., 2004). Por outro ponto, a reconstrução imediata da mama não determinou atrasos, mudanças de protocolos ou intervalos da quimioterapia. Então, a interação reconstrução imediata da mama e quimioterapia teria que reunir segurança suficiente para permitir a quimioterapia no devido prazo pós-operatório. No presente trabalho, 66,8% das pacientes necessitou quimioterapia, sendo que o intervalo médio de início do tratamento foi de 36,4 dias após a reconstrução imediata da mama, observações em acordo com a literatura, que entende como aceitável até cerca de 40 dias de pós-operatório ¹⁵⁸ (GOLDHIRSCH et al., 2005).

6.11. CONSIDERAÇÕES SOBRE A RADIOTERAPIA

Outro aspecto relevante na reconstrução imediata da mama é que a radioterapia adjuvante com megavoltagem reduz a recorrência loco-regional e colabora para a sobrevida. Entretanto, não é tão consensual sua indicação, que foi sendo modificada ao longo dos anos. A maioria dos serviços de radioterapia segue os critérios: comprometimento de três ou mais linfonodos da cadeia axilar, tumores T3 ou T4; tumores T1 e T2 grau III, presença de invasão linfática ou vascular ¹⁵⁹⁻¹⁶⁰ (SINGLETARY et al., 2003, MOKBEL R, MOKBEL K, 2006). Estas informações podem até ser pressupostas no pré-operatório, mas somente após a confirmação com o exame anatomopatológico é que a equipe médica toma ciência das reais características do tumor e da indicação, ou não, da radioterapia.

Conforme vasta literatura, aproximadamente 15% das pacientes tratadas por câncer de mama com cirurgias não conservadoras devem ser submetidas à radioterapia. Particularmente, as pacientes que realizam reconstrução imediata da mama apresentam dificuldades e limitações maiores para a boa técnica da radioterapia ^{161,146} (SCHECHTER et al., 2005; MOTWANI et al., 2006). Estas limitações comprometem o planejamento da radioterapia na abrangência da circunferência do tórax, da cadeia mamária ipsilateral, na redução dos efeitos de danos ao pulmão, e ao coração. Por outro prisma, a radioterapia prejudica a estética da reconstrução imediata da mama ⁷³ (BEHRANWALA et al., 2006). Altera sua consistência

com a formação de cápsulas em torno dos implantes ¹⁵⁴ (BENEDIKTSSON, PERBECK, 2006), modifica a cor da pele torácica remanescente e do retalho; aumentando os riscos de complicações ^{162-163,124,111} (SLAVIN, LOVE, SADOWSKY, 1992; KROLL et al., 1994; HULTMAN, DAIZA, 2003; HUSSIEN et al., 2004).

Contudo, as conseqüências estéticas e a graduação destas são discordantes em estudos retrospectivos, com metodologia diversa, sem grupos controle ¹⁶⁴ (JAVAID et al., 2006). Estas adversidades, das pacientes que realizam a reconstrução imediata da mama e radioterapia, ocorrem em percentual variável ¹⁴¹ (AGHA-MOHAMMADI, CRUZ, HURWITZ, 2006). Observações que também estão presentes em reconstruções que empregam exclusivamente tecidos autólogos ^{165-168,164} (TRAN et al., 2001; ROGERS, ALLEN, 2002; HALYARD et al., 2004; MEHTA, GOFFINET, 2004; JAVAID et al., 2006) ou exclusivamente o implante mamário nos seus diversos modelos; o implante mamário de poliuretano ¹⁶⁹ (ARTZ, DINNER, SAMPLER, 1991) ou, expansores ^{170,141,154} (CORDEIRO et al., 2004; AGHA-MOHAMMADI, CRUZ, HURWITZ, 2006; BENEDIKTSSON, PERBECK, 2006). São referências da literatura os seguintes percentuais de pacientes submetidas à radioterapia, com os intervalos de dias pós-operatórios, respectivamente por autor: não citado e 6 a 9 meses ¹⁶⁵ (TRAN et al., 2001); não citado e 4,1 meses ¹⁶⁶ (ROGERS, ALLEN, 2002); 29% e não citado ¹¹¹ (HUSSIEN et al., 2004); não citado e 7 meses ¹⁶⁷ (HALYARD et al., 2004); 38,6 e não citado ⁷³ (BEHRANWALA et al., 2006); 22,4 e não citado ¹⁵⁴ (BENEDIKTSSON, PERBECK, 2006); 28 e não citado ⁷¹ (MOSAHEBI et al., 2006); 5,3 e não citado ¹¹⁹ (PINSOLLE et al., 2006); comparados aos 39,8 e 7,7, no presente estudo.

A radioterapia é determinante, ainda, no incremento da freqüência e intensidade das contraturas capsulares das reconstruções com implantes mamários. Portanto, a porcentagem das pacientes reconstruídas que seguem radioterapia influencia na incidência de complicações. Neste estudo 39,8% das pacientes necessitaram de radioterapia. Esta porcentagem é bem mais alta que a observada em outros trabalhos ^{99,51} (ROY et al., 1998; AL-GHAZAL et al., 2000) que estudaram casuísticas reunindo reconstruções tardias e imediatas. Outro fator também relevante é a revisão da indicação de radioterapia que ampliou a inclusão das pacientes nos últimos anos ⁸⁰ (POMAHAC et al., 2006), pois, os critérios para o tratamento radioterápico passaram a ser menos restritos. Numerosas técnicas para o planejamento da radioterapia são evidenciadas na literatura, mas a escolha é baseada em

critérios clínicos, patológicos e na experiência de cada centro. Na amostra de alguns autores que estudaram as complicações apenas 13% das pacientes seguiram radioterapia e estas variações dificultam as comparações⁹⁹ (ROY et al., 1998).

A complexidade da radioterapia determina alterações teciduais com fibrose, espessamento das arteríolas, obstrução vascular, dificuldades cicatriciais e atrofia cutânea, o que impõe a consistência mais firme da reconstrução da mama. Pode-se perceber esta situação clínica pela citação espontânea da paciente (escrita conforme a original) ASE, que comenta sobre fotos, que comumente são mostradas, todavia não podem traduzir uma sensação:

“Mais ou menos. Gostaria de ter visto fotos. Não sabia que ficamos com uma sensação de “ARMADURA.”

6.12. CONSIDERAÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO E A NOTA

A satisfação é parte da percepção da paciente perante o resultado, refletindo o quanto se sentiu atendida diante das expectativas. Conforme revisão de vários autores que estudaram os critérios de avaliação dos procedimentos médicos, a satisfação mostrou-se a mais valiosa em cirurgia plástica, principalmente por modificar a estética⁸⁴ (FITZPATRICK et al., 1999). Assim, a satisfação como fonte de pesquisa aprimora a metodologia de avaliação em cirurgia plástica e reflete a perspectiva da paciente. É uma parte da medida da saúde, seguindo sistemas multidimensionais, ou seja, a saúde entendida mais do que apenas conceitos do físico e objetivo. A área de interesse deste estudo se deu pontualmente no tempo: os questionários avaliaram como estavam na atualidade as pacientes reconstruídas, independente da época da reconstrução, dentro do intervalo de tempo proposto, caracterizando um estudo transversal.

Nesta conjectura, alguns autores apresentaram um instrumento de avaliação de satisfação geral que foi empregado em reconstrução da mama⁸² (ALDERMAN et al., 2000). Este último estudo (originalmente, empregado para avaliar as reconstruções com implante mamário e com o TRAM) foi logo adaptado para outras técnicas, inclusive com o retalho

musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário ⁷⁴ (SALHAB et al., 2006). O instrumento de avaliação da satisfação geral com a reconstrução da mama consta de um questionário com cinco itens, que foi o empregado no presente estudo. Este instrumento, como é simples, breve e de fácil compreensão pode ser utilizado na forma auto-aplicada. Devido à sua simplicidade, este instrumento não necessitou validação para a língua portuguesa; bem como, não necessitou de validação para outras pesquisas realizadas no exterior. Trata-se, pois, de uma apreciação espontânea, livre de pressões do ambiente da entrevista médica e dotado de alto valor científico conforme farta literatura. É um meio seguro de comprovar a eficiência e a propriedade de um procedimento cirúrgico ⁸² (ALDERMAN et al., 2000). Além disto, passa a ser uma ferramenta que colabora na comparação entre as várias técnicas.

Tomando-se em particular as pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama, o alto grau da satisfação passa a ser mais árduo frente às expectativas. Geralmente, são pacientes que não apresentam deformidades ou assimetrias mamárias, que não vivenciaram a seqüela da mastectomia e que, ao final da reconstrução imediata da mama irão avaliar seus resultados tendo a referência de suas mamas como de início. Vários autores reforçam a necessidade de um esclarecimento realístico das pacientes, no sentido de que a reconstrução não trará a noção, a função e a sensação de uma mama normal ^{10,66} (BOSTWICK, 2001; FENTIMAN, HAMED, 2006), mas, colabora restaurando a auto-imagem e promovendo a autoconfiança. Alguns autores como WELLISCH et al. (1985) reforçaram que as pacientes não necessariamente devem experimentar a seqüela da mastectomia para compreender o alcance da reconstrução da mama, já que a reconstrução imediata da mama apresenta resultado de alta satisfação em 86% das vezes, comparáveis aos 89% das reconstruções tardias ³².

Conforme a Tabela I, a maioria das pacientes faria a reconstrução mamária (98,3%); optaria pela reconstrução com os tecidos das costas e a prótese (89,9%); de maneira geral, está satisfeita com a sua reconstrução mamária (92,1%); recomendaria a reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese para uma amiga que necessita de mastectomia (90,4%) e sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária (83,7%).

As notas variaram de 1 a 10, com média 8,5 (desvio padrão=1,6) e mediana 9,0 (Tabela II). Apenas 5,6% das pacientes atribuíram nota igual ou inferior a 5.

6.12.1. Da questão 1 - (Sabendo o que sabe hoje, você faria a reconstrução mamária?)

Das 178 pacientes respondentes, apenas três alegaram que não fariam a reconstrução mamária. O estudo das variáveis sócio-demográficas, clínicas e de tratamento (Tabela III); da cirurgia (Tabela IV); bem como as médias do tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta; não resultaram em diferença significativa comparando-se às pacientes que responderam “sim” com às que responderam “não” (58,3 meses e 44,4 meses; $p=0,439$). Este resultado corrobora a indicação da reconstrução imediata para estas pacientes.

6.12.2. Da questão 2 - (Sabendo o que você sabe hoje, você optaria pela reconstrução com os tecidos das costas e a prótese?)

Das 178 pacientes respondentes, 18 (10,1%) responderam que não optariam pela reconstrução com tecidos das costas e prótese. O estudo das variáveis sócio-demográficas, clínicas, de tratamento (Tabela V); da cirurgia (Tabela VI); bem como as médias do tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta; não resultaram em diferença significativa comparando-se às pacientes que responderam “sim” com às que responderam “não” (48,2 meses x 44,2 meses; $p=0,545$). Este resultado aponta claramente que a indicação da técnica foi apropriada para a maioria das pacientes.

6.12.3. Da questão 3 - (De uma maneira geral, você está satisfeita com sua reconstrução mamária?)

Das 178 pacientes respondentes, 14 (7,9%) responderam que não estão satisfeitas com a reconstrução mamária. O estudo das variáveis sócio-demográficas, clínicas e de tratamento (Tabela VII) determinou que as mulheres separadas/divorciadas/desquitadas foram as que se mostraram mais insatisfeitas quando comparadas com as casadas/união estável, solteiras e viúvas (respectivamente, 28,6%, 6,5%, 5,6% e 0%; $p=0,026$). Este dado não é encontrado na

literatura e as pacientes separadas/divorciadas/desquitadas mereceriam uma atenção maior para o planejamento da técnica. Para as variáveis da cirurgia (Tabela VIII), o estudo determinou que as três pacientes mesmo com complicações maiores estavam satisfeitas com a reconstrução mamária. Enquanto que entre as que tiveram complicações menores, 22,7% referiram estar insatisfeitas ($p=0,020$). Provavelmente estas últimas pacientes deveriam ter recebido uma maior dedicação da equipe médica, ainda que diante de complicações consideradas clinicamente menores. O estudo das médias do tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta; não resultaram em diferença significativa comparando-se às pacientes que responderam “sim” com às que responderam “não” (44,0 meses x 44,7 meses; $p=0,869$).

6.12.4. Da questão 4 - (Você recomendaria a reconstrução mamária com tecidos das costas e a prótese para uma amiga?)

Das 178 pacientes analisadas 17 (9,6%) responderam que não recomendariam a reconstrução mamária com tecidos das costas e a prótese para uma amiga. O estudo das variáveis sócio-demográficas, clínicas, de tratamento (Tabela IX); da cirurgia (Tabela X); bem como as médias do tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta; não resultaram em diferença significativa comparando-se às pacientes que responderam “sim” com às que responderam “não” (51,0 meses x 43,9 meses; $p=0,310$). Este resultado demonstra que a maioria destas pacientes percebeu que a técnica poderia trazer benefícios para outras pacientes, uma extensão além delas mesmas.

6.12.5. Da questão 5 - (Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária?)

Das 178 pacientes analisadas 29 (16,3%) responderam que não receberam informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese mamária. O estudo das variáveis sócio-demográficas, clínicas, de tratamento (Tabela XI); da cirurgia (Tabela XII); bem como as médias do tempo decorrido entre a reconstrução e a resposta; não resultaram em diferença

significante comparando-se às pacientes que responderam “sim” com às que responderam “não” (47,2 meses x 44,1 meses; $p=0,563$). Este resultado traduz a importância da equipe médica no esclarecimento das técnicas de reconstrução.

A pesquisa da satisfação é um tema atual que transcende a área da saúde. Faz parte de uma busca por critérios que possam avaliar de forma mais precisa aspectos subjetivos, desde relações de prestação de serviço, comerciais e até dos meios prestadores de serviço para a saúde. O maior entendimento dos conceitos relacionados à satisfação torna-o um indicador de qualidade de serviço e permite comparar procedimentos ou tratamentos médicos, coloca a paciente de forma ativa na relação médica e permite maior participação da paciente nas decisões, opções de tratamento ou técnicas cirúrgicas ¹⁷¹ (SHAKESPEARE, COLE, 1997). No campo da reconstrução da mama a exploração deste recurso é muito recente e com a técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário em reconstrução imediata da mama as informações são muito exíguas e este ponto tornou-se um dos grandes motivos do presente estudo.

Uma das questões acerca de uma técnica seria seu momento de avaliação. A literatura é rica em afirmar que os resultados tardios de uma casuística homogênea, com o menor número de vieses ou erros possíveis na metodologia seriam as mais confiáveis. Justamente neste tópico, um trabalho transversal como o deste estudo e o de outros autores foi capaz de avaliar a técnica, desde meses após a cirurgia, até anos de controle ambulatorial ¹⁷² (PORTILLA, VARGAS, 2006).

6.12.6. Da nota

Outro meio muito explorado de avaliação é a nota que o paciente atribui ao resultado em uma escala numerada ⁸⁷ (GUI et al., 2003). A escala foi idealizada para medir a intensidade da dor que um paciente estivesse sofrendo por uma enfermidade ¹⁷³ (FERRAZ et al., 1990). Todavia, prontamente foi também explorada para aferir resultados de procedimentos médicos ⁸⁵ (CHING et al., 2003). Exemplo de estudo nesta linha de pesquisa pode ser encontrado em nosso meio para o TRAM, em reconstruções tardias ²⁸ (VEIGA et al., 2002). Estes últimos autores solicitaram a nota tanto para as pacientes, como para dois observadores independentes avaliarem os resultados no terceiro, sexto e décimo segundo mês

de pós-operatório. As pacientes assinalaram médias de notas 9,9 (escala de 0 a 10) que não sofreram modificações ao longo dos meses de pós-operatório. No presente trabalho, a nota média atribuída ao retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário foi de 8,5 (dp= 1,6) e mediana 9,0 pesquisando apenas pacientes com reconstrução imediata da mama. Outros autores relatam da mesma forma notas altas para a técnica: 0,77 - em escala de zero a um ⁷¹ (MOSAHEBI et al., 2006) 9,5 – em escala de 0 a 10 ⁷⁴ (SALHAB et al., 2006).

A análise da nota nas Tabelas XIII, XIV e XV revela que houve semelhança das médias e medianas segundo as características sócio-demográficas, clínicas e tratamento. Porém, verificou-se que quanto ao tipo de revestimento do implante mamário o resultado foi limítrofe para ser significativo e, para o perfil, o resultado foi significativo (p=0,050, p=0,035, respectivamente). Isto traduz a importância que a escolha do implante mamário tem o grau de satisfação das pacientes.

Cumprido ressaltar que a decisão pela reconstrução imediata da mama e a opção da técnica acarretam consequências que a paciente terá que experimentar por muitos anos no futuro, mas a época desta decisão ocorre em uma fase da vida em que a paciente está sofrendo de forma aguda o impacto da notícia do diagnóstico do câncer da mama, sob intensa pressão. Esta circunstância cria muita ansiedade, insegurança, vivida pela paciente, ficando sujeita a possível insatisfação futura perante o resultado, o que torna a assistência pela equipe médica mais desafiadora. A paciente MJS expressa isso:

“A minha cirurgia foi muito repentina, não houve tempo hábil para uma maior introdução das informações obtidas; como as etapas do pós-operatório.”

A escala numerada e o questionário da satisfação foram instrumentos de outros estudos com o latíssimo do dorso ^{92,18,100,75,104-105,88,107,72,76,74} (RUSSEL et al., 1986; MOORE, FARRELL, 1992; DELAY et al., 1998; GERBER et al., 1999; DE LA TORRE et al., 2001; MENKE, ERKENS, OLBRISCH, 2001; SMITH et al., 2001; CLOUGH et al., 2002; CUNNICK, MOKBEL, 2004; HAYES et al., 2004; SALHAB et al., 2006). Para a escala, a paciente demarcou a nota que corresponderia ao grau de satisfação e, para as questões, sim ou não, conforme os autores propuseram ⁸² (ALDERMAN et al., 2000).

Diversos outros estudos que empregaram questionários para avaliação da reconstrução da mama pela técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ou não ao implante mamário comprovaram a boa avaliação da técnica ^{75,128,76,111,71,77} (GERBER et al., 1999; CLOUGH et al., 2001; HAYES et al., 2004; HUSSIEN et al., 2004; MOSAHEBI et al., 2006; MUNHOZ et al., 2007). Porém, diferentemente do presente trabalho, os referidos autores empregaram a reconstrução da mama em casuística bem inferior ou reunindo pacientes com reconstruções imediatas e tardias conjuntamente e não relacionando as respostas aos dados clínicos.

Conforme alguns autores entre os meios de se mensurar e comparar resultados, na literatura médica, a satisfação deveria ser bem mais pesquisada. Mesmo assim, como se trata de medida subjetiva, a avaliação da grandeza dos dados ainda é não perfeitamente aferida ⁸⁵ (CHING et al., 2003). Para exemplo desta dificuldade de se avaliar o quão os resultados satisfizeram as pacientes tem-se que 12 pacientes relataram espontaneamente agradecimentos e elogios (Apêndice 2 – citação da paciente MAGS). De outro lado, três pacientes citaram espontaneamente seu descontentamento com o resultado, conforme se percebe pela paciente MACC, com sua auto-avaliação:

“Insatisfação pessoal, nada contra o Hospital, que aliás um grande hospital, e tão pouco pelo seus médicos.

O retorno recebido é a VIDA... porém para mim o visual deixou à desejar...”

6.13. CONSIDERAÇÕES SOBRE A CITAÇÃO ESPONTÂNEA

Foi possível perceber muito da carga emocional envolvida na reconstrução imediata da mama e no diagnóstico com as citações espontâneas que as pacientes praticaram. Para uma expressão mais fiel neste campo, as grafias de algumas citações foram apresentadas no Apêndice 2. A intenção foi contribuir com a emoção percebida nas frases e letras, um entrelaçamento do objetivo com o subjetivo, propósito maior deste estudo. Seguramente, um aprofundamento muito maior nesta direção poderia ser elaborado, com outras pesquisas, com outros questionamentos considerando estas citações.

6.14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns autores investigaram o número de cirurgias necessárias para completar a reconstrução da mama ¹⁵⁷ (LOSKEN et al., 2004). Como deveria ser entendida a reconstrução da mama completa? Estes autores adotaram o critério da conclusão como sendo a reconstrução da placa aréolo-papilar e a mamoplastia contralateral quando indicada. Mesmo que, após esta segunda cirurgia, a equipe médica ou a paciente decidissem por outras cirurgias de ajustes na mama reconstruída, ou contralateral, ou na área doadora, deveriam ser todas consideradas cirurgias secundárias. Certamente, estas considerações têm implicações médicas, sociais e econômicas. Interessante que os últimos autores citam que a reconstrução da mama unilateral necessitou em média 3,99 cirurgias secundárias; 5,54 cirurgias, quando bilateral; 3,39 cirurgias, unilateral e imediata; 4,30 cirurgias, unilateral e tardia; 4,1 cirurgias para o TRAM e 3,3 cirurgias para retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário; resultados significantes. Fica claro o entendimento de que a reconstrução da mama pode seguir diversos refinamentos posteriores, provavelmente aprimorando os resultados e atendendo aos anseios das pacientes. Este também foi o contexto seguido pelas pacientes da amostra do presente estudo. Caso as pacientes fossem submetidas a outras cirurgias para aprimoramentos, quão maiores seriam a satisfação e a nota? Estas melhorias, mesmo que cogitadas não foram consideradas para a avaliação dos resultados, no presente estudo. Os questionários foram enviados após a primeira ou após a segunda etapa cirúrgica, com a intenção de se obter a percepção mais correta da reconstrução imediata da mama pela técnica do estudo e permitir a comparação com outras técnicas ou outros centros oncológicos. Finalmente, ainda neste tópico, consta na literatura que as pacientes submetidas à radioterapia necessitaram de um número maior de procedimentos secundários, quando comparadas às não irradiadas, matéria relevante a ser informada às pacientes ^{164,146} (JAVOID et al., 2006; MOTWANI et al., 2006).

Tratar de pacientes com câncer de mama abrange diversos aspectos da saúde ¹⁷⁴. Inicia-se com a investigação pré-operatória, determina-se a conduta oncológica, culminando-se com a decisão da mastectomia e reconstrução imediata da mama: fase em que as pacientes

experimentam uma intensa transformação psicológica. A equipe médica que participa deste momento tem uma enorme responsabilidade e é requisitada para uma dedicação ampla, quanto aos cuidados e informações; todos esses campos estão imiscuídos para a apreciação de um resultado. Soma-se a isto um mundo competitivo que cultua a beleza envolvendo domínios culturais e da sexualidade. Dentro deste mosaico, não há uma reconstrução imediata da mama que possa universalmente ser aceita com alta satisfação por todas as pacientes. Cumpre aos cirurgiões plásticos dedicados ao tema encontrar qual postura ou qual opção técnica possa melhor preencher toda a dinâmica do tratamento e da esfera psicológica de cada paciente em particular. Neste intuito, o conhecimento dos detalhes, das particularidades é que pode impulsionar para a melhoria da prática. Mais, a atenção aos conflitos subjetivos, às limitações de cada técnica e ao diálogo na relação médico-paciente atingem a busca da satisfação almejada.

O presente estudo traz perspectivas para a pesquisa da satisfação com a técnica do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário, interligadas aos avanços recentes para tratamento do câncer de mama, tais como: linfonodo sentinela, novas drogas para a quimioterapia, radioterapia planejada com base em imagens tomográficas (três dimensões) e radioterapia intra-operatória. Novos recursos cirúrgicos como fibra ótica, fontes de energia e outros futuros que possam influenciar e/ou modificar a técnica/indicações são temas para pesquisas.

Para o futuro, a própria mastectomia deve dar espaço a outras formas de tratamento e a reconstrução um terreno incerto... Mas, até lá, as pacientes portadoras do câncer de mama aspiram por amparo físico e psicológico.

7. CONCLUSÕES

- 1 As pacientes submetidas à reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante mamário demonstram satisfação com os resultados.
- 2 A satisfação das pacientes com a reconstrução imediata da mama não apresenta variação significativa conforme as características sócio-demográficas, reprodutivas, clínicas e do tratamento, exceto: estado civil, perfil do implante mamário, complicações pós-operatórias e tempo decorrido da reconstrução.

8. REFERÊNCIAS

- 1 Maxwell GP. Iginio Tansini and the origin of the latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg.* 1980; 65:686-92.
- 2 Bostwick J 3rd, Carlson GW. Reconstruction of the breast. *Surg Oncol Clin N Am.* 1997; 6:71-89.
- 3 Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg.* 1976; 29:126-8.
- 4 Bostwick J 3rd, Vasconez LO, Jurkiewicz MJ. Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 61:682-93.
- 5 Muhlbauer W, Olbrisch RR. The latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Chir Plast.* 1977; 3:27-34.
- 6 Schneider WJ, Hill HL Jr, Brown RG. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 1977; 30:277-81.
- 7 Bostwick J 3rd, Nahai F, Wallace JG, Vasconez LO. Sixty latissimus dorsi flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1979; 63:31-41.
- 8 Snyderman RK. Alternatives in reconstructive surgery after mastectomy. *Cancer.* 1980; 46(4 Suppl):1053-8.
- 9 Cohen BE, Cronin ED. Breast reconstruction with the latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Clin Plast Surgl.* 1984; 11:287-302.
- 10 Bostwick J 3rd. Breast reconstruction--from never to now. *J Am Coll Surg.* 2001; 192:69-70.
- 11 Yano K, Hosokawa K, Takagi S, Nakai K, Kubo T. Breast reconstruction using the sensate latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109:1897-902.
- 12 Mendelson BC. Latissimus dorsi breast reconstruction--refinement and results. *Br J Surg.* 1983; 70:145-9.
- 13 Hammond DC. Latissimus dorsi flap breast reconstruction. *Clin Plast Surg.* 2007; 34:75-82.
- 14 Pomel C, Missana MC, Atallah D, Lasser P. Endoscopic muscular latissimus dorsi flap harvesting for immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy. *Eur J Surg Oncol.* 2003; 29:127-31.

- 15 Missana MC, Pomel C. Endoscopic latissimus dorsi flap harvesting. *Am J Surg.* 2007; 194:164-9.
- 16 Slavin SA. Improving the latissimus dorsi myocutaneous flap with tissue expansion. *Plast Reconstr Surg.* 1994; 93:811-24.
- 17 McCraw JB, Maxwell GP. Early and late capsular "deformation" as a cause of unsatisfactory results in the latissimus dorsi breast reconstruction. *Clin Plast Surgl.* 1988; 15:717-26.
- 18 Moore TS, Farrell LD. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction: long-term results. *Plast Reconstr Surg.* 1992; 89:666-72.
- 19 Gandolfo EA. Breast reconstruction with a lower abdominal myocutaneous flap. *Br J Plast Surg.* 1982; 50:452-7.
- 20 Hartrampf CR Jr, Scheflan M, Black P. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg.* 1982; 98:216-25.
- 21 Bostwick J 3rd. Breast reconstruction after mastectomy. *Semin Surg Oncol.* 1988; 4:274-9.
- 22 Kroll SS, Baldwin B. A comparison of outcomes using three different methods of breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1992; 90:455-62.
- 23 Kroll SS, Coffey JA Jr, Winn RJ, Schusterman MA. A comparison of factors affecting aesthetic outcomes of TRAM flap breast reconstructions. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 96:860-4.
- 24 Kroll SS. Immediate breast reconstruction: a review. *Ann Chir Gynaecol.* 1997; 86:5-12.
- 25 Yuksel F, Celikoz B. Double-pedicle TRAM flap breast reconstruction: following Bostwick's principles. *Aesthetic Plast Surg.* 2002; 26:444-50.
- 26 Jahkola T, Asko-Seljavaara S, Van Smitten K. Immediate breast reconstruction. *Scand J Surg.* 2003; 92:249-56.
- 27 Edsander-Nord A, Brandberg Y, Wickman M. Quality of life, patients' satisfaction, and aesthetic outcome after pedicled or free TRAM flap breast surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 107:1142-53.
- 28 Veiga DF, Sabino Neto M, Garcia EB, Veiga Filho J, Juliano Y, Ferreira LM, Rocha JL. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2002; 48:515-20.

- 29 Petit JY, Rietjens M, Garusi C, Giraldo A, De Lorenzi F, Rey P, Millen EC, Pace da Silva B, Bosco R, Youssef O. Abdominal complications and sequelae after breast reconstruction with pedicled TRAM flap: is there still an indication for pedicled TRAM in the year 2003? *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112:1063-5.
- 30 Dulin WA, Avila RA, Verheyden CN, Grossman L. Evaluation of abdominal wall strength after TRAM flap surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113:1662-5.
- 31 Stevens LA, McGrath MH, Druss RG, Kister SJ, Gump FE, Forde KA. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 1984; 73:619-28.
- 32 Wellisch DK, Schain WS, Noone RB, Little JW 3rd. Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 1985; 76:713-8.
- 33 Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, Kenealy JM, Rainsbury RM, Umpleby HC. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:1060-8.
- 34 Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Psychological factors predict patient satisfaction with postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119:2008-15.
- 35 Teimourian B, Adham MN. Survey of patients' responses to breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1982; 9:321-5.
- 36 Webster DJ, Mansel RE, Hughes LE. Immediate reconstruction of the breast after mastectomy. Is it safe? *Cancer.* 1984; 53:1416-9.
- 37 Noone RB, Murphy JB, Spear SL, Little JW 3rd. A 6-year experience with immediate reconstruction after mastectomy for cancer. *Plast Reconstr Surg.* 1985; 76:258-69.
- 38 Van Smitten K. Breast reconstruction. *Acta Oncol.* 1995; 34:685-8.
- 39 Langstein HN, Cheng MH, Singletary SE, Robb GL, Hoy E, Smith TL, Kroll SS. Breast cancer recurrence after immediate reconstruction: patterns and significance. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:712-20.
- 40 Frazier TG, Noone RB. An objective analysis of immediate simultaneous reconstruction in the treatment of primary carcinoma of the breast. *Cancer.* 1985; 55:1202-5.

- 41 Georgiade GS, Riefkohl R, Cox E, McCarty KS, Seigler HF, Georgiade NG, Snowwhite JC. Long-term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1985; 76:415-20.
- 42 Johnson CH, van Heerden JA, Donohue JH, Martin JK Jr, Jackson IT, Ilstrup DM. Oncological aspects of immediate breast reconstruction following mastectomy for malignancy. *Arch Surg.* 1989; 124:819-23.
- 43 Wilson CR, Brown IM, Weiller-Mithoff E, George WD, Doughty JC. Immediate breast reconstruction does not lead to a delay in the delivery of adjuvant chemotherapy. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30:624-7.
- 44 Knottenbelt A, Spauwen PH, Wobbles T. The oncological implications of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30:829-33.
- 45 Sandelin K, Wickman M, Billgren AM. Oncological outcome after immediate breast reconstruction for invasive breast cancer: a long-term study. *Breast* 2004; 13:210-8.
- 46 Taylor CW, Horgan K, Dodwell D. Oncological aspects of breast reconstruction. *Breast.* 2005; 14:118-30.
- 47 Schain WS. The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 1988; 38:154-61.
- 48 Faria FS, Guthrie E, Bradbury E, Brain AN. Psychosocial outcome and patient satisfaction following breast reduction surgery. *Br J Plast Surg.* 1999; 52:448-52.
- 49 Franchelli S, Leone MS, Berrino P, Passarelli B, Capelli M, Baracco G, Alberisio A, Morasso G, Santi PL. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissues versus prostheses. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 95:1213-8.
- 50 Rosenqvist S, Sandelin K, Wickman M. Patients' psychological and cosmetic experience after immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 1996; 22:262-6.
- 51 Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2000; 26:17-9.
- 52 Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth RS, Goldfarb S, Izenberg PH, Houin HP, Shaheen KW. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106:1014-25.

- 53 Schain WS, Wellisch DK, Pasnau RO, Landsverk J. The sooner the better: a study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstruction. *Am J Psychiatry*. 1985; 142:40-6.
- 54 Noguchi M, Earashi M, Ohta N, Kitagawa H, Kinoshita K, Thomas M, Taniya T, Miyazaki I, Yamada T, Nakagawa M. Mastectomy with and without immediate breast reconstruction using a musculocutaneous flap. *Am J Surg*. 1993; 166:279-83.
- 55 Mortenson MM, Schneider PD, Khatri VP, Stevenson TR, Whetzel TP, Sommerhaug EJ, Goodnight JE Jr, Bold RJ. Immediate breast reconstruction after mastectomy increases wound complications: however, initiation of adjuvant chemotherapy is not delayed. *Arch Surg*. 2004; 139:988-91.
- 56 Bostwick J 3rd. Reconstruction after mastectomy. *Surg Clin North Am*. 1990; 70:1125-40.
- 57 Modena S, Benassuti C, Marchiori L. Mastectomy and immediate breast reconstruction: oncological considerations and evaluation of two different methods relating to 88 cases. *Eur J Surg Oncol*. 1995; 21:36-42.
- 58 Schusterman MA. A comparison of resource costs of immediate and delayed breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1998; 101:964-8.
- 59 Schain WS. Breast reconstruction: update of psychosocial and pragmatic concerns. *Cancer*. 1991; 68(5 Suppl):1170-5.
- 60 Osteen RT. Reconstruction after mastectomy. *Cancer* 1995; 76(10 Suppl):2070-4.
- 61 Malata CM, McIntosh SA, Purushotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Br J Surg*. 2000; 87:1455-72.
- 62 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.
- 63 Cocquyt VF, Blondeel PN, Depypere HT, Van De Sijpe KA, Daems KK, Monstrey SJ, Van Belle SJ. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *Br J Plast Surg*. 2003; 56:462-70.
- 64 Hoffman E, Klatsky SA, Davis AS. Immediate reconstruction after mastectomy: team approach. *Md Med J*. 1990; 39:661-5.

- 65 Panettiere P, Marchetti L, Accorsi D, Del Gaudio GA. Aesthetic breast reconstruction. *Aesthetic Plast Surg.* 2002; 26:429-35.
- 66 Fentiman IS, Hamed H. Breast reconstruction. *Int J Clin Pract.* 2006; 60:471-4.
- 67 Kenny P, King MT, Shiell A, Seymour J, Hall J, Langlands A, Boyages J. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *Breast.* 2000; 9:37-44.
- 68 Cotlar AM, Dubose JJ, Rose DM. History of surgery for breast cancer: radical to the sublime. *Curr Surg.* 2003; 60:329-37.
- 69 Toth BA, Lappert P. Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. *Plast Reconstr Surg.* 1991; 87:1048-53.
- 70 Gabka CJ, Maiwald G, Bohmert H. Immediate breast reconstruction for breast carcinoma using the periareolar approach. *Plast Reconstr Surg.* 1998; 101: 1228-35.
- 71 Mosahebi A, Ramakrishnan V, Gittos M, Collier DS. Envelope mastectomy and immediate reconstruction (EMIR), improving outcome without oncological compromise. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59:1025-30.
- 72 Cunnick GH, Mokbel K. Skin-sparing mastectomy. *Am J Surg.* 2004; 188:78-84.
- 73 Behranwala KA, Dua RS, Ross GM, Ward A, A'hern R, Gui GP. The influence of radiotherapy on capsule formation and aesthetic outcome after immediate breast reconstruction using biodimensional anatomical expander implants. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59:1043-51.
- 74 Salhab M, Al Sarakbi W, Joseph A, Sheards S, Travers J, Mokbel K. Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: patient satisfaction and clinical outcome. *Int J Clin Oncol.* 2006; 11:51-4.
- 75 Gerber B, Krause AMD, Reimer TDM, Müller HMD, Friese K. Breast reconstruction with latissimus dorsi flap: improved aesthetic results after transaction of its humeral insertion. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 103:1876-81.
- 76 Hayes AJ, Garner JP, Nicholas W, Laidlaw IJ. A comparative study of envelope mastectomy and immediate reconstruction (EMIR) with standard latissimus dorsi immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30:744-9.
- 77 Munhoz AM, Aldrighi C, Montag E, Arruda EG, Aldrighi JM, Filassi JR, Ferreira MC. Periareolar skin-sparing mastectomy and latissimus dorsi flap with

- biodimensional expander implant reconstruction: surgical planning, outcome, and complications. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119:1637-49.
- 78 Mansel RE, Horgan K, Webster DJ, Shrotria S, Hughes LE. Cosmetic results of immediate breast reconstruction post-mastectomy: a follow-up study. *Br J Surg.* 1986; 73:813-6.
- 79 Kronowitz SJ, Kuerer HM. Advances and surgical decision-making for breast reconstruction. *Cancer.* 2006; 107:893-907.
- 80 Pomahac B, Recht A, May JW, Hergueter CA, Slavin SA. New trends in breast cancer management: is the era of immediate breast reconstruction changing? *Ann Surg.* 2006; 244:282-8.
- 81 Ware JE Jr. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; 84(4 Suppl 2):S43-51.
- 82 Alderman AK, Wilkins EG, Lowery JC, Kim M, Davis JA. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106:769-76.
- 83 Price DD, McGrath PA, Raffi A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain.* 1983; 17:45-56.
- 84 Fitzpatrick R, Jenkinson C, Klassen A, Goodacre T. Methods of assessing health-related quality of life and outcome for plastic surgery. *Br J Plast Surg.* 1999; 52:251-5.
- 85 Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:469-80.
- 86 Ramon Y, Ullmann Y, Moscona R, Ofiram E, Tamir A, Har-Shai Y, Toledano H, Barzilai A, Peled IJ. Aesthetic results and patient satisfaction with immediate breast reconstruction using tissue expansion: a follow-up study. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 99:686-91.
- 87 Gui GP, Tan SM, Faliakou EC, Choy C, A'Hern R, Ward A. Immediate breast reconstruction using biodimensional anatomical permanent expander implants: a prospective analysis of outcome and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:125-38.
- 88 Smith BK, Cohen BE, Biggs TM, Suber J. Simultaneous bilateral breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flaps: a retrospective review of an institutional experience. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108:1174-81.

- 89 Cronin TD, Upton J, McDonough JM. Reconstruction of the breast after mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1977; 1:1-14.
- 90 Georgiade GS, Georgiade NG, McCarty KS Jr, Ferguson BJ, Seigler HF. Modified radical mastectomy with immediate reconstruction for carcinoma of the breast. *Ann Surg.* 1981; 193:565-73.
- 91 Biggs TM, Cronin ED. Technical aspects of the latissimus dorsi myocutaneous flap in breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1981; 6:381-8.
- 92 Russell RC, Pribaz J, Zook EG, Leighton WD, Eriksson E, Smith CJ. Functional evaluation of latissimus dorsi donor site. *Plast Reconstr Surg.* 1986; 78:336-44.
- 93 Petit JY, Barreau-Pouaher L, Le M, Lehmann A, Rietjens M. Immediate mammary reconstruction in the radical treatment of cancer of the Breast. *Ann Chir Plast Esthet.* 1992; 37:701-8.
- 94 Noguchi M, Kitagawa H, Kinoshita K, Earashi M, Miyazaki I, Tatsukuchi S, Saito Y, Mizukami Y, Nonomura A, Nakamura S, Michigishi T. Psychologic and cosmetic self-assessments of breast conserving therapy compared with mastectomy and immediate breast reconstruction. *J Surg Oncol.* 1993; 54:260-6.
- 95 Le Bouedec G, Kauffmann P, Bournazaux JA, Dauplat J. Latissimus dorsi myocutaneous flaps in oncologic breast surgery. 101 cases. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1994; 89:341-8.
- 96 Noda S, Eberlein TJ, Eriksson E. Breast reconstruction. *Cancer.* 1994; 74(1 Suppl):376-80.
- 97 Vasconez HC, Holley DT. Use of the tram and latissimus dorsi flaps in autogenous breast reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1995; 22:153-66.
- 98 Germann G, Steinau HU. Breast reconstruction with the extended latissimus dorsi flap. *Plast Reconstr Surg.* 1996; 97: 519-26.
- 99 Roy MK, Shrotia S, Holcombe C, Webster DJ, Hughes LE, Mansel RE. Complications of latissimus dorsi myocutaneous flap breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 1998; 24:162-5.
- 100 Delay E, Gounot N, Bouillot A, Zlatoff P, Rivoire M. Autologous latissimus breast reconstruction: a 3-year clinical experience with 100 patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998; 102:1461-78.

- 101 Ringberg A, Tengrup I, Aspegren K, Palmer B. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol.* 1999; 25:470-6.
- 102 Garcia EB, Sabino Neto M, Ferreira LM, Castilho HT, Calil JA, Carramaschi FR. Retalho toracoaxilar na reparação imediata da quadrantectomia súpero-lateral da mama. *Rev Bras Mastol.* 2000; 10:185-91.
- 103 Carlson GW, Losken A, Moore B, Thornton J, Elliott M, Bolitho G, Denson DD. Results of immediate breast reconstruction after skin-sparing mastectomy. *Ann Plast Surg.* 2001; 46:222-8.
- 104 De la Torre JI, Fix RJ, Gardner PM, Vasconez LO. Reconstruction with the latissimus dorsi flap after skin-sparing mastectomy. *Ann Plast Surg.* 2001; 46:229-33.
- 105 Menke H, Erkens M, Olbrisch RR. Evolving concepts in breast reconstruction with latissimus dorsi flaps: results and follow-up of 121 consecutive patients. *Ann Plast Surg.* 2001; 47:107-14.
- 106 Chang DW, Youssef A, Cha S, Reece GP. Autologous breast reconstruction with the extended latissimus dorsi flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110:751-9.
- 107 Clough KB, Louis-Sylvestre C, Fitoussi A, Couturaud B, Nos C. Donor site sequelae after autologous breast reconstruction with an extended latissimus dorsi flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109:1904-11.
- 108 Giroto JA, Schreiber J, Nahabedian MY. Breast reconstruction in the elderly: preserving excellent quality of life. *Ann Plast Surg.* 2003; 50:572-8.
- 109 Keith DJ, Walker MB, Walker LG, Heys SD, Sarkar TK, Hutcheon AW, Eremin O. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears, and hopes. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:1051-6.
- 110 Fogarty BJ, Brown AP, Miller R, Khan K. TRAM flap versus nonautologous breast reconstruction: what do patients really think? *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113:1146-52.
- 111 Hussien M, Salah B, Malyon A, Wieler-Mithoff EM. The effect of radiotherapy on the use of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30:490-4.
- 112 Shaikh-Naidu N, Preminger BA, Rogers K, Messina P, Gayle LB. Determinants of aesthetic satisfaction following TRAM and implant breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2004; 52:465-70.

- 113 Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, Rocha JL. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004; 57:252-7.
- 114 Spear SL, Baker JL Jr. Classification of capsular contracture after prosthetic breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 96:1119-23.
- 115 Bostwick J 3rd, Schefflan M. The latissimus dorsi musculocutaneous flap: a one-stage breast reconstruction. *Clin Plast Surgl.* 1980; 7:71-8.
- 116 Wolf LE, Biggs TM. Aesthetic refinements in the use of the latissimus dorsi flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1982; 69:788-93.
- 117 Hartrampf CR Jr, Bennett GK. Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient: a critical review of 300 patients. *Ann Surg.* 1987; 205:508-19.
- 118 Leal PR, Cammarota MC, Palma L, Sbalchiero J, Carmo PAO, Anlicoara R. Reconstrução imediata da mama: avaliação das pacientes operadas no Instituto Nacional de Câncer no período de junho de 2001 a julho de 2002. *Rev Bras Mastol.* 2003; 13:149-58.
- 119 Pinsolle V, Grinfeder C, Mathoulin-Pelissier S, Faucher A. Complications analysis of 266 immediate breast reconstructions. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59:1017-24.
- 120 Noyan MA, Sertoz OO, Elbi H, Kayar R, Yilmaz R. Variables affecting patient satisfaction in breast surgery: a cross-sectional sample of Turkish women with breast cancer. *Int J Psychiatry Med.* 2006; 36:299-313.
- 121 Tseng JF, Kronowitz SJ, Sun CC, Perry AC, Hunt KK, Babiera GV, Newman LA, Singletary SE, Mirza NQ, Ames FC, Meric-Bernstam F, Ross MI, Feig BW, Robb GL, Kuerer HM. The effect of ethnicity on immediate reconstruction rates after mastectomy for breast cancer. *Cancer.* 2004; 101:1514-23.
- 122 McCraw JB, Papp C, Edwards A, McMellin A. The autogenous latissimus breast reconstruction. *Clin Plast Surgl.* 1994; 21:279-88.
- 123 Scanlon EF. The role of reconstruction in breast cancer. *Cancer.* 1991; 68(5 Suppl):1144-7.
- 124 Hultman CS, Daiza S. Skin-sparing mastectomy flap complications after breast reconstruction: review of incidence, management, and outcome. *Ann Plast Surg.* 2003; 50:249-55.

- 125 Kat CC, Darcy CM, O'Donoghue JM, Taylor AR, Regan PJ. The use of the latissimus dorsi musculocutaneous flap for immediate correction of the deformity resulting from breast conservation surgery. *Br J Plast Surg.* 1999; 52:99-103.
- 126 Tzilinis A, Lofman AM, Tzarnas CD. Transfusion requirements for TRAM flap postmastectomy breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2003; 50:623-7.
- 127 Elliott LF, Eskenazi L, Beegle PH Jr, Podres PE, Drazan L. Immediate TRAM flap breast reconstruction: 128 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 1993; 92:217-27.
- 128 Clough KB, O'Donoghue JM, Fitoussi AD, Vlastos G, Falcou MC. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: II. Tram flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 107:1710-6.
- 129 Munhoz AM, Montag E, Fels KW, Arruda EG, Sturtz GP, Aldrighi C, Gemperli R, Ferreira MC. Outcome analysis of breast-conservation surgery and immediate latissimus dorsi flap reconstruction in patients with T1 to T2 breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 116:741-52.
- 130 Titley OG, Spyrou GE, Fatah MF. Preventing seroma in the latissimus dorsi flap donor site. *Br J Plast Surg.* 1997; 50:106-8.
- 131 Papp C, McCraw JB. Autogenous latissimus breast reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1998; 25:261-6.
- 132 Rainsbury RM. Breast-sparing reconstruction with latissimus dorsi miniflaps. *Eur J Surg Oncol.* 2002; 28:891-5.
- 133 Bezerra FJF, Moura RMG. Aplicação da “técnica Baroud-Ferreira” na área doadora do músculo latíssimo do dorso. *Rev Soc Bras Plástica.* 2007; 22:103-6.
- 134 Doncatto LF. Breast reconstruction with prefabricated transverse rectus abdominis muscle flap in the postabdominoplasty patient. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:306-13.
- 135 Mustonen P, Lepisto J, Papp A, Berg M, Pietilainen T, Kataja V, Harma M. The surgical and oncological safety of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30:817-23.
- 136 Carramaschi F, Bricout N, Servant JM, Banzet P, Ferreira MC. Reconstrução da mama pós-mastectomia: análise crítica de 240 casos. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 1989; 35:15-9.
- 137 Woerdeman LA, Hage JJ, Thio EA, Zoetmulder FA, Rutgers EJ. Breast-conserving therapy in patients with a relatively large (T2 or T3) breast cancer: long-term local

- control and cosmetic outcome of a feasibility study. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113:1607-16.
- 138 Metcalfe KA, Semple JL, Narod SA. Satisfaction with breast reconstruction in women with bilateral prophylactic mastectomy: a descriptive study. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114:360-6.
- 139 Garbay JR, Rietjens M, Petit JY. Resultats esthetiques de la reconstruction mammaire apres amputation pour cancer: 323 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1992; 21:405-12.
- 140 Carramaschi F, Gemperli R, Speranzini M, Ferreira MC. Reconstrução mamária imediata e tardia com expansores de tecidos. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo.* 1995; 50(Supl):6-9.
- 141 Agha-Mohammadi S, De La Cruz C, Hurwitz DJ. Breast reconstruction with alloplastic implants. *J Surg Oncol.* 2006; 94:471-8.
- 142 Tschopp H. Evaluation of long-term results in breast reconstruction using the latissimus dorsi flap. *Ann Plast Surg.* 1991; 26:328-40.
- 143 Hokin JA. Mastectomy reconstruction without a prosthetic implant. *Plast Reconstr Surg.* 1983; 72:810-18.
- 144 Marshall DR, Anstee EJ, Stapleton MJ. Soft tissue reconstruction of the breast using an extended composite latissimus dorsi myocutaneous flap. *Br J Plast Surg.* 1984; 37:361-8.
- 145 Barnett GR, Gianoutsos MP. The latissimus dorsi added fat flap for natural tissue breast reconstruction: report of 15 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1996; 97:63-70.
- 146 Motwani SB, Strom EA, Schechter NR, Butler CE, Lee GK, Langstein HN, Kronowitz SJ, Meric-Bernstam F, Ibrahim NK, Buchholz TA. The impact of immediate breast reconstruction on the technical delivery of postmastectomy radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006; 66:76-82.
- 147 Charanek AM, Carramaschi FR, Curado JH. Refinements in transverse rectus abdominis myocutaneous flap breast reconstruction: projection and contour improvements. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106:1262-72.
- 148 Tostes ROG, Silva KDA, Andrade Júnior JCCG, Ribeiro GVC, Rodrigues RBM. Reconstrução do mamilo por meio da técnica do retalho C-V: contribuição à técnica. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2005; 20:36-9.

- 149 Munhoz AM, Aldrighi CM. Prediction of postoperative seroma after latissimus dorsi breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118:567.
- 150 Rios JL, Pollock T, Adams WP. Progressive tension sutures to prevent seroma formation after latissimus dorsi harvest. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112:1779-83.
- 151 Randolph LC, Barone J, Angelats J, Dado DV, Vandevender DK, Shoup M. Prediction of postoperative seroma after latissimus dorsi breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 116:1287-90.
- 152 Lam DG, Choudhary S, Cadier MA. Latissimus dorsi donor-site quilting: less is more? *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105:2271.
- 153 Tomita K, Yano K, Masuoka T, Matsuda K, Takada A, Hosokawa K. Postoperative seroma formation in breast reconstruction with latissimus dorsi flaps: a retrospective study of 174 consecutive cases. *Ann Plast Surg.* 2007; 59:149-51.
- 154 Benediktsson K, Perbeck L. Capsular contracture around saline-filled and textured subcutaneously-placed implants in irradiated and non-irradiated breast cancer patients: five years of monitoring of a prospective trial. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59:27-34.
- 155 Palmer BV, Mannur KR, Ross WB. Subcutaneous mastectomy with immediate reconstruction as treatment for early breast cancer. *Br J Surg.* 1992; 79(12):1309-11.
- 156 Asplund O, Svane G. Adjustment of the contralateral breast following breast reconstruction. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1983; 17:225-32.
- 157 Losken A, Carlson GW, Schoemann MB, Jones GE, Culbertson JH, Hester TR. Factors that influence the completion of breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2004; 52:258-6.
- 158 Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ; Panel members. Meeting highlights: international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2005. *Ann Oncol.* 2005; 16:1569-83.
- 159 Singletary SE, Allred C, Ashley P, Bassett LW, Berry D, Bland KI, Borgen PI, Clark GM, Edge SB, Hayes DF, Hughes LL, Hutter RV, Morrow M, Page DL, Recht A, Theriault RL, Thor A, Weaver DL, Wieand HS, Greene FL. Staging system for breast cancer: revisions for the 6th edition of the AJCC Cancer Staging Manual. *Surg Clin North Am.* 2003; 83:803-19.

- 160 Mokbel R, Mokbel K. Skin-sparing mastectomy and radiotherapy: an update. *Int Semin Surg Oncol.* 2006; 3:35.
- 161 Schechter NR, Strom EA, Perkins GH, Arzu I, McNeese MD, Langstein HN, Kronowitz SJ, Meric-Bernstam F, Babiera G, Hunt KK, Hortobagyi GN, Buchholz TA. Immediate breast reconstruction can impact postmastectomy irradiation. *Am J Clin Oncol.* 2005; 28:485-94.
- 162 Slavin SA, Love SM, Sadowsky NL. Reconstruction of the radiated partial mastectomy defect with autogenous tissues *Plast Reconstr Surg.* 1992; 90:854-65.
- 163 Kroll SS, Schusterman MA, Reece GP, Miller MJ, Smith B. Breast reconstruction with myocutaneous flaps in previously irradiated patients. *Plast Reconstr Surg.* 1994; 93:460-9.
- 164 Javaid M, Song F, Leinster S, Dickson MG, James NK. Radiation effects on the cosmetic outcomes of immediate and delayed autologous breast reconstruction: an argument about timing. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59:16-26.
- 165 Tran NV, Chang DW, Gupta A, Kroll SS, Robb GL. Comparison of immediate and delayed free TRAM flap breast reconstruction in patients receiving postmastectomy radiation therapy. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108:78-82.
- 166 Rogers NE, Allen RJ. Radiation effects on breast reconstruction with the deep inferior epigastric perforator flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109:1919-24.
- 167 Halyard MY, McCombs KE, Wong WW, Buchel EW, Pockaj BA, Vora SA, Gray RJ, Schild SE. Acute and chronic results of adjuvant radiotherapy after mastectomy and Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous (TRAM) flap reconstruction for breast cancer. *Am J Clin Oncol.* 2004; 27:389-94.
- 168 Mehta VK, Goffinet D. Postmastectomy radiation therapy after TRAM flap breast reconstruction. *Breast J.* 2004; 10:118-22.
- 169 Artz JS, Dinner MI, Foglietti MA, Sampliner J. Breast reconstruction utilizing subcutaneous tissue expansion followed by polyurethane-covered silicone implants: a 6-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 1991; 88:635-9.
- 170 Cordeiro PG, Pusic AL, Disa JJ, McCormick B, VanZee K. Irradiation after immediate tissue expander/implant breast reconstruction: outcomes, complications, aesthetic results, and satisfaction among 156 patients. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113:877-81.

- 171 Shakespeare V, Cole RP. Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *Br J Plast Surg.* 1997; 50:242-8.
- 172 Portilla GF, Vargas NS. Reconstrucción mamaria en el Hospital S Juan de Dios de Costa Rica: un estudio transversal. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana.* 2006; 32:93-8.
- 173 Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1990; 17:1022-4.
- 174 Gentil F, Callia W, de Souza e Sá A, Cavalcanti S, Garcia E, Giannotti Filho O, Varella AD. Mammary carcinoma--multidisciplinary treatment with bilateral mastectomy and immediate reconstruction. *J Surg Oncol.* 1980;14(2):173-93.

NORMAS ADOTADAS

ICMJE – International Committee of Medical Journals Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Disponível em: <http://www.icmje.org>

ORIENTAÇÃO NORMATIVA PARA ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TESES.
Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica Reparadora UNIFESP.

ICMJE – <http://www.icmje.org>

BIREME – <http://www.bireme.br-terminologia> em saúde.

Terminologia Anatômica. Sociedade Brasileira de Anatomia. São Paulo: Ed. Manole Ltda; 2001. 2v

Orientação Normativa para Elaboração e Difusão de Trabalhos Científicos
<http://www.metodologia.org>

SUMMARY

Introduction: The immediate breast reconstruction with the *latissimus dorsi* myocutaneous flap is still little mentioned in literature, particularly studies that evaluate the patient perception. **Objectives:** to study the satisfaction of patients who underwent mastectomy and immediate reconstruction with the *latissimus dorsi* myocutaneous flap and check the relationship of this satisfaction with the clinical outcome and surgical treatment features. **Methods:** the selection included 196 patients reconstructed by the study technique performed by the Department of Reconstructive Plastic Surgery, Hospital do Câncer, A C Camargo, (Antônio Prudente Foundation - São Paulo) during the period of January 1999 to December 2005. Patients who underwent glandular mastectomy, nipple-sparing mastectomies, breast-conserving surgeries, bilateral reconstructions, and reconstructions without a breast implant were excluded. **Results:** Under such criteria, 178 forms returned, duly filled up (difference of 9,2% between sent and received). The time between surgery and reply was an average 43,8 months. Ninety-two percent of patients informed to be satisfied, and 90% would recommend their breast reconstruction through the study technique. **Conclusions:** Patients who underwent mastectomy and immediate reconstruction with the *latissimus dorsi* myocutaneous flap informed satisfaction with the results. The social-demographic, reproductive, clinical and treatment characteristics had no significant influence in patient evaluation, except: marital status, profile of breast implant, post-surgical duration and complications.

APÊNDICE 1

Tabelas das características clínicas, tratamento oncológico e cirurgia.

Tabela XVII – Critérios de exclusão, frequência absoluta e relativa.

Critério para exclusão	n	%
Reconstrução tardia com o latíssimo do dorso	105	67,7
Reconstrução bilateral	9	5,8
Reconstrução com o latíssimo do dorso sem o implante mamário	34	21,9
Insucesso na reconstrução que resultou na retirada do implante mamário	7	4,5
TOTAL	155	100,0

Tabela XVIII – Frequência absoluta e relativa, segundo características sócio-demográficas.

Variável	Categoria	n	%
Cor	Branca	156	79,6
	Não branca	40	20,4
Estado civil	Casada/união estável	135	68,8
	Solteira	38	19,4
	Separada/divorciada/desquitada	17	8,7
	Viúva	6	3,1
Profissão	0	16	8,2
	1	17	8,7
	2	74	37,8
	3	22	11,2
	4	33	16,8
	5	34	17,3
Escolaridade	Ensino Fundamental	20	10,2
	Ensino Médio	74	37,8
	Ensino Superior	102	52,0
TOTAL		196	100,0

Categorias da profissão: 0 – Aposentada; 1 - Profissionais da área da saúde: médica, nutricionista, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliares na área da saúde; 2 – Advogada, economista, gerente, secretária, comerciante, funcionária pública, bancária, auxiliares em escritórios, bibliotecária; 3 – Engenheira, arquiteta, química, física, outras; 4 – Professora, psicóloga, assistente-social; 5 – Do lar.

Tabela XIX – Frequência absoluta e relativa, segundo características reprodutivas.

Variável	Categoria	n	%
Número de gestações	0	36	18,4
	1	41	20,9
	2	65	33,2
	3	30	15,3
	4 ou mais	24	12,2
Número de partos normais	0	118	60,2
	1	26	13,3
	2	35	17,9
	3 ou mais	17	8,6
Número de abortos	0	141	71,9
	1	39	19,9
	2	11	5,6
	3	5	2,6
Número de cesáreas	0	112	57,1
	1	37	18,9
	2	36	18,4
	3	11	5,6
TOTAL		196	100,0

Tabela XX – Frequência absoluta e relativa, segundo controle clínico ambulatorial.

Tempo de controle ambulatorial	n	%
6 a 24 meses	65	33,2
25 a 48 meses	55	27,8
49 a 101 meses	76	39,0
TOTAL	196	100

Tabela XXI - Frequência absoluta e relativa das neoplasias malignas da mama.

Tempo de controle ambulatorial	n	%
Tumor “ <i>Phyllodes</i> ”	1	0,5
Carcinoma indiferenciado	1	0,5
Doença de Paget	1	0,5
Carcinoma metaplásico	1	0,5
Carcinoma tubular	1	0,5
Carcinoma medular	2	1,0
Carcinoma papilífero	4	2,0
Carcinoma ductal “ <i>in situ</i> ”	33	16,9
Carcinoma lobular “ <i>in situ</i> ”	2	1,0
Carcinoma lobular invasivo	13	6,6
Carcinoma ductal invasivo	136	70
TOTAL	196	100

Tabela XXII - Frequência absoluta e relativa do estadiamento das neoplasias malignas da mama.

ESTADIAMENTO	n	%
0	35	17,9
1	46	23,5
2A	57	29,1
2B	38	19,4
3A	17	8,7
3B	2	1,0
3C	1	0,5
TOTAL	196	100

Tabela XXIII - Frequência absoluta e relativa dos quadrantes das neoplasias malignas da mama.

Quadrante	n	%
Superior-lateral	114	58,2
Superior-medial	45	23,0
Inferior-medial	16	8,2
Inferior-lateral	13	6,6
Central	8	4,1
TOTAL	196	100

Tabela XXIV - Frequência absoluta e relativa, segundo características clínicas e de tratamento.

Variável	Categoria	n	%
Doenças associadas	Sem doenças	120	61,2
	Única	58	29,6
	Duas ou mais	18	9,2
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	179	91,3
	Sim	17	8,7
Quimioterapia	Não	65	33,2
	Sim	131	66,8
Radioterapia	Não	118	60,2
	Sim	78	39,8
TOTAL		196	100,0

Tabela XXV - Frequência absoluta e relativa, segundo características da cirurgia.

Variável	Categoria	n	%
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	80	40,8
	> 200cm ²	116	59,2
Peso da peça ressecada	< 430g	99	50,5
	430g ou mais	97	49,5
Área doadora	≤ 200cm ²	44	22,4
	> 200cm ²	152	77,6
Revestimento do implante de silicone	Silicone texturizado	152	77,6
	Poliuretano	44	22,4
Volume do implante	< 300ml	117	59,7
	300ml ou mais	79	40,3
Perfil do implante	Baixo	67	34,2
	Alto	58	29,6
	Moderado	71	36,2
Complicações	Sem complicações	169	86,3
	Menores	22	12,2
	Maiores	3	1,5
Classificação de contratura capsular	IB	145	74,0
	II	26	13,3
	III	22	11,2
	IV	3	1,5
Conclusão da Reconstrução	Não	84	42,9
	Sim	112	57,1
	Não fez		
Complexo aréolo-papilar	Enxerto	20	10,2
	Enxerto e retalho	79	40,3
	Tatuagem	13	6,6
Mamoplastia contralateral	Não	110	56,1
	Sim	86	43,9
TOTAL		196	100,0

Tabela XXVI - Frequência absoluta e relativa das citações espontâneas, segundo o tema.

Tema da citação espontânea	n	%
Ansiedade, insegurança, dúvidas acerca: da doença, das atividades diárias, da futura troca do implante mamário, do controle clínico, dos curativos	14	37,8
Segunda etapa cirúrgica: assimetrias, aspecto final, importância	3	8,1
Cicatrizes na área da mastectomia e na área doadora: insatisfação ou dor	3	8,1
Consistência endurecida da mama após radioterapia	2	5,4
Descontentamento com o resultado	3	8,1
Agradecimentos e elogios	12	32,4
TOTAL	37	100

Tabela XXVII - Número e porcentagem de pacientes, segundo características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento e perda.

Variável	Categoria	perda	respondeu	p
		n (%)	n (%)	
Idade (anos)	Até 40	6 (9,8)	55 (90,2)	0,963
	41 – 50	7 (8,5)	75 (91,5)	
	51 ou mais	5 (9,4)	48 (90,6)	
Cor	Branca	14 (9,0)	142 (91,0)	0,841
	Não branca	4 (10,0)	36 (90,0)	
IMC	< 25	16 (11,2)	127 (88,8)	0,110
	25 ou mais	2 (3,8)	51 (96,2)	
Estado Civil	Casada/união estável	12 (8,9)	123 (91,1)	0,461
	Solteira	2 (5,3)	36 (94,7)	
	Separada/divorciada/desquitada	3 (17,6)	14 (82,4)	
	Viúva	1 (16,7)	5 (83,3)	
Escolaridade	Ensino Fundamental	3 (15,0)	17 (85,0)	0,628
	Ensino Médio	6 (8,1)	68 (91,9)	
	Ensino Superior	9 (8,8)	93 (91,2)	
Gestação	Sem filhos	5 (13,9)	31 (86,1)	0,393
	1	2 (4,9)	39 (95,1)	
	2 ou mais	11 (9,2)	108 (90,8)	
Tratamento psiquiátrico prévio	Não	16 (8,9)	163 (91,1)	0,700
	Sim	2 (11,8)	15 (88,2)	
Quimioterapia	Não	7 (10,8)	58 (89,2)	0,588
	Sim	11 (8,4)	120 (91,6)	
Radioterapia	Não	10 (8,5)	108 (91,5)	0,672
	Sim	8 (10,3)	70 (89,7)	
TOTAL		18 (9,2)	178 (90,8)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado

Tabela XXVIII - Número e porcentagem de pacientes, segundo características da cirurgia e perda.

Variável	Categoria			p
		perda	respondeu	
		n (%)	n (%)	
Área de mastectomia	≤ 200cm ²	7 (8,8)	73 (91,3)	0,861
	> 200cm ²	11 (9,5)	105 (90,5)	
Peso da mama	< 430g	11 (11,1)	88 (88,9)	0,345
	430g ou mais	7 (7,2)	90 (92,8)	
Área doadora	≤ 200cm ²	3 (6,8)	41 (93,2)	0,537
	> 200cm ²	15 (9,9)	137 (90,1)	
Revestimento do implante de silicone	Silicone texturizado	16 (10,5)	136 (89,5)	0,226
	Poliuretano	2 (4,5)	42 (95,5)	
Volume do implante	< 300ml	10 (8,5)	107 (91,5)	0,707
	300ml ou mais	8 (10,1)	71 (89,9)	
Perfil do implante	Baixo	10 (14,9)	57 (85,1)	0,045*
	Alto	6 (10,3)	52 (89,7)	
	Moderado	2 (2,8)	69 (97,2)	
Complicações	Sem complicações	16 (9,5)	153 (90,5)	0,843
	Menores	2 (8,3)	22 (91,7)	
	Maiores	--	3 (100,0)	
Nível de contratura capsular	1	14 (9,7)	131 (90,3)	0,288
	2	4 (15,4)	22 (84,6)	
	3	--	22 (100,0)	
	4	--	3 (100,0)	
Conclusão da reconstrução	Não fez	11 (13,1)	73 (86,9)	0,101
	fez	7 (6,3)	105 (93,8)	
Complexo aréolo Papilar	Não fez	11 (13,1)	73 (86,9)	0,280
	Enxerto	--	20 (100,0)	
	Enxerto e retalho	6 (7,6)	73 (92,4)	
	Tatuagem	1 (7,7)	12 (92,3)	
Mamoplastia contralateral	Não	13 (11,8)	97 (88,2)	0,149
	Sim	5 (5,8)	81 (94,2)	
TOTAL		18 (9,2)	178 (90,8)	

p: teste de associação pelo qui-quadrado (*) resultado significativo

APÊNDICE 2

CITAÇÕES ESPONTÂNEAS DAS PACIENTES

Citação da paciente LNS

Obs: Talvez por ter mais sensibilidade à dor não me adaptei muito bem com a retirada de tecido das costas, acompanhei outro caso realizado de forma diferente e acho que foi melhor. Sinto dor nas costas e acho que prejudicou a movimentação do braço. São interessantes novas técnicas

CITAÇÕES ESPONTÂNEAS DAS PACIENTES

Citação da paciente CMG

* O único inconveniente é que a prótese
você tem que trocar a cada 15 anos
por tanto você terá uma nova cirurgia
pelo fêmur. Eu fui orientado sobre
isto mas mesmo assim optei pela
mesma e não me arrependi até o
momento.

CITAÇÕES ESPONTÂNEAS DAS PACIENTES

Citação da paciente MRCB

Porque acho que o mamilo poderia ficar melhor e porque, pelo menos até agora, acho que uma mama ficou um pouco acima em relação a outra.

CITAÇÕES ESPONTÂNEAS DAS PACIENTES

Citação da paciente ASE

MAIS OU MENOS. GOSTARIA DE TER VISTO
FOTOS. NÃO SABIA QUE FICAMOS COM
UMA SENSACÃO DE "ARMADURA".

CITAÇÕES ESPONTÂNEAS DAS PACIENTES

Citação da paciente MAGS

Anexo 5

São Paulo, 29 de Setembro de 2015

Dr. Alexandre,

Agradeço a oportunidade de responder a esta pesquisa, esperando assim estar dando minha contribuição para a melhoria da qualidade de vida de quem precise de reconstrução mamária.

Na minha opinião, este é um grande recurso da medicina para amenizar a imensa dor causada a uma mulher pela perda de sua mama.

Quanto à minha reconstrução, ficou ótima.

Nota 1000 (mil). Parabéns pelo seu trabalho!!!

Com eterna gratidão,

Um abraço de sua paciente

CITAÇÕES ESPONTÂNEAS DAS PACIENTES

Citação da paciente MACC

Insa-tisfação pessoal, nada
 Contra o Hospital, que aliás
 um grande hospital, e ~~três~~
 pouco pelos seus médicos..

O Retor no recebido é a
VIA ... por em forma mim o
 Visual deixou = deixar ..

APÊNDICE 3

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta pesquisa tem por finalidade avaliar a reconstrução da mama e o grau de satisfação das pacientes. Ou seja, procura por dados que possam avaliar o quanto a paciente foi atendida em suas expectativas. Como já é conhecido, existem diversas formas de reconstruir a mama, havendo para cada paciente uma técnica mais indicada.

Neste estudo, será avaliada a reconstrução da mama que foi feita com o implante mamário (prótese mamária) e a utilização dos tecidos dorsais – músculo Grande Dorsal com sua pele sobrejacente. Trata-se de um procedimento cirúrgico consagrado, amplamente aceito na comunidade médica mundial. Somente foi utilizado nas pacientes que necessitavam desta técnica como opção.

Agora para avaliar o grau de satisfação será utilizado um questionário simples, que está sendo enviado junto com esta explicação. O envelope de resposta já está selado, portanto não haverá despesas para ser colocado no correio. O tempo para responder o questionário não é superior a cinco minutos, bastando assinalar com um “X” o que estiver certo para cada paciente. O principal é que a resposta reflita o que estiver de acordo com o que cada paciente pensa da reconstrução. Não se trata de um “teste de certo ou errado”, pode ser respondido com toda tranquilidade. O questionário não vai alterar a rotina de controle ambulatorial e poderá ser respondido por carta, sem a identificação da paciente.

Também está sendo enviada uma escala numerada, para que cada paciente dê uma “nota” de zero a dez do quanto a reconstrução atendeu na satisfação das pacientes.

Para colaborar no entendimento das respostas das pacientes, solicita-se ainda que possam ser usadas fotos já retiradas antes das reconstruções e outras futuras após as reconstruções. As fotos não permitem identificações das pacientes e não mostram o rosto das pacientes. Serão utilizadas apenas para estudo científico e apresentações em meio médico. As fotos não terão qualquer fim de comércio, ou promocionais, ou outros além do estudo já explicado.

As respostas não vão influenciar o tratamento.

Em qualquer etapa do estudo a paciente terá acesso aos profissionais responsáveis. O principal responsável pela pesquisa é o Dr Alexandre Katalinic Dutra que pode ser encontrado no Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora, telefone 2189 5169. Esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos do hospital – Comitê de Ética em Pesquisa.

Não haverá despesas pessoais em qualquer fase da pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à participação.

A paciente poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para o seu atendimento.

Assim, o seu consentimento, e a sua participação na pesquisa serão apenas para as respostas dadas às perguntas, para a “nota” atribuída à reconstrução, e para as fotos já realizadas, ou a serem realizadas, da sua reconstrução.

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portadora do RG número _____, após ter lido a carta de informação e ter sido esclarecida pelo Dr. Alexandre Katalinic Dutra a respeito do projeto de pesquisa, concordo em participar deste estudo, tão somente respondendo aos questionários enviados, não havendo possibilidade de extensão para outros projetos, e autorizo a realização de fotografias nos períodos antes, no decorrer e após a cirurgia para reconstrução da mama a que fui submetida. Estou ciente de que não serei identificada em momento algum, nem pelas fotos, nem pelas respostas dos questionários. As minhas respostas não irão influenciar o meu tratamento, e que não corro riscos maiores por submeter-me às avaliações. Ficou claro também que, minha participação é isenta de despesas. Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades. A proposta do projeto é avaliar o quanto a reconstrução da mama pôde satisfazer às pacientes nos últimos seis anos. Certamente a sua contribuição trará colaboração para o aprimoramento técnico e outras decisões importantes acerca das reconstruções da mama.

Em caso de dúvidas, por favor, entrar em contato no Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora, telefone 2189 5169. O principal responsável pela pesquisa é o Dr Alexandre Katalinic Dutra, que atende neste Departamento. Esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos do hospital – Comitê de Ética em Pesquisa. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer – SP, pelo telefone 2189-5000, ramal 1117. Obrigado.

Assinatura da paciente

Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data: ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

Dr. Alexandre Katalinic Dutra

Data: ____/____/____

APÊNDICE 5

Escala de satisfação geral com a reconstrução da mama:

1. Sabendo o que sabe hoje, você faria a reconstrução mamária?
 sim **não**

2. Sabendo o que sabe hoje, você optaria pela reconstrução com os tecidos das costas e a prótese?
 sim **não**

3. De uma maneira geral, está satisfeita com a sua reconstrução mamária?
 sim **não**

4. Você recomendaria a reconstrução mamária com os tecidos das costas e a prótese para uma amiga que necessita mastectomia?
 sim **não**

5. Você sentiu que recebeu informações suficientes sobre o procedimento para optar de maneira esclarecida pela reconstrução mamaria com os tecidos das costas e a prótese mamaria?
 sim **não**

APÊNDICE 6

Escala visual analógica para avaliação do grau de satisfação.

Assinale na linha abaixo o local onde você acredita que represente melhor o seu grau de satisfação com a reconstrução mamária. **O zero representa total insatisfação e o dez, total satisfação.**



APÊNDICE 7

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DATA DA APLICAÇÃO: _____/_____/_____

I – Identificação e cor

1. Número do protocolo...../...../.....
2. Nome e iniciais:...../...../...../.....
3. RGH (Hospital do Câncer):...../...../...../.....-.....
4. Cor:.....1()branca 2()não branca

II – Endereço:

Cidade _____ Bairro: _____
 CEP: _____ Telefones: _____

III – Idades e datas

1. Data de nascimento: _____/_____/_____
2. Data da 1ª avaliação no Departamento da Cirurgia Plástica Reparadora: _____/_____/_____
3. Idade (em anos) na ocasião da reconstrução imediata:...../.....
4. Idade (em anos) na conclusão da reconstrução:/.....
5. Idade (em anos) na avaliação da satisfação:...../.....

IV - Características clínicas das pacientes

1. Estado civil:.....1()casada ou com união estável 2()solteira 3() separada 4() viúva
2. Profissão: _____
3. Escolaridade:.....1()primária 2()secundária 3()superior completa
4. Peso em Kg: _____, _____ Altura em metros: _____, _____ IMC: _____
5. Localização:.....1()unilateral esquerdo 2()unilateral direito
6. G _____ P _____ A _____ C _____
7. Fatores de risco pré-operatórios:
 - a. Hipertensão arterial sistêmica.....1()sim 2()não
 - b. Tabagismo.....1()sim 2()não
 - c. DM.....1()sim 2()não
 - d. Doenças cardíacas.....1()sim 2()não
 - e. Doenças pulmonares.....1()sim 2()não
 - f. Colagenoses.....1()sim 2()não
 - g. Outras neoplasias malignas.....1()sim 2()não
 - h. Outras doenças sistêmicas.....1()sim 2()não
 - i. Cicatrizes no dorso.....1()sim 2()não
8. Tratamento psiquiátrico: 1()sim 2()não Qual o transtorno: _____
9. Medicações pré-operatórias: _____

V – Características da neoplasia

1. Tipo: _____ T ___ N ___ M ___ Tamanho em cm: _____
2. Localização nos quadrantes: 1central() 2SM() 3IM() 4IL() 5SL()

VI – Características da mastectomia

1. Tipo de mastectomia: 1mastectomia simples() 2MRM()
2. Dimensões da margem cutânea da mastectomia em cm: _____ X _____
3. Peso da mastectomia em Kg: _____, _____
4. Data: _____ / _____ / _____

VII – Técnica do retalho

1. Dimensões da porção cutânea em cm: _____ X _____
2. Características do implante mamário
 - a) Tipo: 1silicone() 2poliuretano() 3salino()
 - b) Volume em ml: _____
 - c) Perfil: 1baixo() 2alto() 3natural ou anatômico()
3. Tempo médio da cirurgia em minutos: _____

VIII – Características da internação hospitalar

1. Número de dias de internação: _____
2. Necessidade de transfusões sanguíneas ou hemoderivados: 1() sim 2() não

IX – Características do pós-operatório

1. Complicações imediatas – cerca de três dias de pós-operatório
 - a) Hematoma 1() sim 2() não
 - b) Necrose parcial 1() sim 2() não
 - c) Necrose total 1() sim 2() não
 - d) Infecção 1() sim 2() não
 - e) Retirada do implante mamário 1() sim 2() não
2. Complicações tardias
 - a) Grau de contratura capsular de Baker: 1grauI() 2grauII() 3grauIII() 4grauIV()
 - b) Deformidades na área doadora: _____
3. Tempo de drenagem em dias: área doadora _____ área da mastectomia _____

X – Tratamentos adjuvantes

1. Esquema de quimioterapia: _____
2. nº de ciclos ___ intervalo para o início em dias após a reconstrução _____
3. Esquema de RT: _____ Gy nº de dias para o início da RT após a reconstrução: _____

XI – Conclusão da reconstrução

1. Intervalo de tempo em meses após a primeira etapa: _____
2. Reconstrução do CAP: 1enxerto() 2enxerto e retalho() 3atuagem()
3. Mamoplastia redutora/ mastopexia oposta: 1() sim 2() não

II – Situação:

1. Data do último controle: _____ / _____ / _____
2. Registro fotográfico: _____

APÊNDICE 8

Relação das pacientes selecionadas e respectivos números de registros hospitalares.

VLLS	0400025-0	RAO	0304900-0
SLB	0304010-0	LGB	0304389-4
META	0304319-3	ARAR	9302812-1
LL	9202210-3	SSFL	0004799-6
AWC	9801666-0	MR	0102513-9
EF	9804070-7	MV	0202689-9
MFTG	0400522-8	KHK	0301039-2
EAM	0400766-2	MR	0302796-3
CFA	0401214-3	ASE	0301709-5
ACA	0401922-9	DS	0301998-5
MAGAP	0401475-8	SM	0301813-0
SLP	0005037-7	MRC	0302091-6
AG	0402457-5	FNDC	0302143-2
MRBC	0401591-6	CACJ	0204622-9
MAGS	0401768-4	QS	0201347-9
EBRA	9700234-8	APG	9800476-0
AAS	9604894-8	AHN	0302125-4
AMSS	9900230-2	JAY	9600327-8
AFC	9802116-8	MCLSN	0500833-6
NQN	0002771-5	MT	0302514-4
LSH	9604077-7	ELA	0300692-1
MS	9702106-7	EYY	0303672-3
LRM	9803007-8	NAS	0302490-3
LM	9604657-0	SCMF	0302566-7
IEG	9800576-6	SSGS	0302788-0
JÁ	9701453-2	MRIO	0302795-3
FA	9404842-8	VEC	0303010-5
SEM	9702837-1	JMA	0300263-2
LSF	9708998-8	SCM	0003703-6
MAS	9801545-1	KKK	9900695-2
MFSM	9605147-7	SPB	9604447-0
JLL	0203527-8	SJD	0205401-9
MIPPS	0205403-5	MSGC	9904706-3
MJC	0300245-4	MTC	9901696-6
VLDS	0400302-0	ROL	0303697-9
CFG	0301123-2	EGP	0302481-4
TNA	9704957-3	LKNO	0301547-5
STP	9602643-0	SMJC	0304172-7
MRC	0304492-0	MHFG	0004963-8
SLM	9800806-4	VAAZ	9705100-4
WWSM	0304027-5	LAC	9805434-1
FIMM	0201794-6	CMG	9903584-7
EPO	9903691-6	NMH	0100448-4
MSPO	9802572-4	CSL	0003690-0
MAC	9902716-0	SCC	0001192-4
SFS	0304603-6	EGOS	0504179-1
EQP	0205050-1	DA	0001348-0
MB	0004389-3	SM	0404142-9

MZGP	0002585-2	LLS	0503630-5
RLT	0205093-5	NCJ	8903812-6
MAPTB	0403980-7	AMM	0300768-5
LE	0403316-7	DMP	0404971-3
LCTB	9502840-4	BAFC	0002116-4
SCC	9902332-6	MMNP	0002001-0
MACC	9902462-4	IKS	0000006-0
SAAG	0002481-3	ECB	0403104-0
MKJ	9804828-7	ICEF	0100828-5
GCM	9900025-3	ZS	0100687-8
DETJ	9904426-9	MLBE	0001209-2
MAAF	0000217-8	MKD	0102016-1
ECV	9900970-6	RMF	0102443-4
ELS	0402822-8	ERT	0102558-9
MAS	0403433-3	SMFS	0102808-1
LNS	0404522-0	MCBB	0104506-7
NCJ	0001057-0	SMBG	0103917-2
NDPY	0401984-9	AMAP	0201376-2
DNS	0402559-8	CALM	0201164-6
MGR	0401763-3	SON	0200564-6
EBV	9903052-7	ISH	0200946-3
YAK	0103569-0	RICP	0104483-4
RAM	0404746-0	MJBP	0105173-3
AM	0204766-7	OFM	0201598-6
MNOPS	0304170-0	VLF	0201793-8
VLGF	0502555-9	CSA	0203141-8
JEOL	0300604-2	WV	0202381-4
RAGP	0501875-7	RPGR	0202686-4
LGM	0102052-8	CCL	0202951-0
DCAL	0502356-4	COB	0003796-6
RSB	0300194-6	DAM	0204970-8
RCSS	0003653-6	CTK	0204812-4
SSP	0301371-5	MAO	0203666-5
DMS	9404179-2	AGB	0203505-7
SRTM	0103441-3	SFSO	0202223-0
WCCR	0501250-3	MAG	0201914-0
MSPC	9605444-1	ZJG	9703299-9
NSH	0500271-0	MRPS	9700702-1
RBOP	0500533-7	IGL	9801718-7
JAH	0501010-1	RFB	9801844-2
EPM	0500588-4	VMLR	9901577-3
AMM	0500586-8	SGC	9902881-6
BFPM	0500542-6	NRS	9904386-6
JLSF	0501316-0	EMAG	9904570-2
NMNP	0502236-3	CST	9501834-4
NC	0501991-5	VLYK	9800041-1
MSP	0003764-8	MNCG	9904245-2
DASC	0103059-0	LS	0404523-0
RCC	0503331-4	LMJZ	0103556-8
SGMC	0502510-9	TSA	0001404-4

ANEXO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DO CÂNCER PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DA UNIFESP

CENTRO DE TRATAMENTO E PESQUISA
**HOSPITAL
DO CÂNCER**
A. C. CAMARGO
São Paulo, 29 de junho de 2005.

Ao
Dr. Alexandre Katalinic Dutra

Ref.: Projeto de Pesquisa n.º 712/05
"Avaliação das reconstruções mamárias imediatas com o retalho musculocutâneo do grande dorsal e implante mamário".

Prezado Doutor:

Seu projeto de pesquisa, acima mencionado, foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Câncer em sua última reunião de 28/06/2005. Os membros desta comissão aprovaram a realização deste estudo.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à secretaria do CEP dentro de 12 meses.

Atenciosamente,


Dr. Daniel Deheinzelin
Coordenador Interno da Comissão de Ética em Pesquisa

C.C.
Orientador: Prof. Dr. Miguel Sabino Neto

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Rua Prof. Antônio Prudente, 211 - Liberdade - São Paulo - SP CEP 01509-900
PABX(0XX11)3272-5000 ramal 1117



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) ALEXANDRE KATALINIC DUTRA
Co-Investigadores: Miguel Sabino Neto (orientador)
Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação das reconstruções mamárias imediatas com o retalho musculocutâneo do grande dorsal e implante mamário".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - questionário, análise de prontuários e documentação fotográfica.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, desconforto mínimo, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Avaliar a reconstrução imediata da mama com o retalho musculo cutâneo do grande dorsal associado ao implante mamário.

RESUMO: Serão selecionadas consecutivamente, todas as pacientes submetidas à mastetomia, e que seguiram reconstrução imediata da mama com o retalho musculocutâneo do grande dorsal associado ao implante mamário, realizada pelo Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora, no Hospital do Câncer AC Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2005. Será realizada revisão de prontuários das pacientes. Será avaliada a satisfação geral das pacientes através de questionários enviados por Fax ou correspondência. Será realizada documentação fotográfica com propósitos de registros científicos.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo visando avaliar reconstrução mamária imediata e grau de satisfação da paciente.

MATERIAL E MÉTODO: Apresenta o questionário a ser aplicado.

TCLE: Adequado, de acordo com a resolução 196/96 e legislações vigentes.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 400,00.

CRONOGRAMA: 24 meses


OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 31/07/2006 e 28/07/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

Rua Botucatu, 572 - 1º andar - conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

FONTES CONSULTADAS

Descritores em Ciências da Saúde – <http://www.decs.bvs.br>

TUMORES DA MAMA *in* TNM Classificação de Tumores Malignos – 6ª ed. Editado pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA. Rio de Janeiro. 2004. 137-148p.

INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE – <http://www.iotf>