

ISABELLA DE CARVALHO AGUIAR

**BREAST-Q[®] EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA
COM IMPLANTE**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

SÃO PAULO

2016

ISABELLA DE CARVALHO AGUIAR

**BREAST-Q[®] EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM
IMPLANTE**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

ORIENTADORA: Prof^a Dra. DANIELA FRANCESCATO VEIGA

COORIENTADORES: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

Prof. LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA

SÃO PAULO

2016

Aguiar, Isabella de Carvalho

Breast-Q[®] em Reconstrução Mamária com Implante./ Isabella de Carvalho
Aguiar – São Paulo, 2016.

x, 101 f.

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

Título em inglês: Breast-Q[®] in Breast Reconstruction with Implants

1.Neoplasias de mama 2.Mastectomia 3.Reconstrução da mama 4.Implantes de
mama 5.Satisfação do paciente 6.Avaliação de resultados da assistência ao paciente.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

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

COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

A Deus, por sempre iluminar o meu caminho e me dar forças para prosseguir.

A minha avó, Helena, por sempre me apoiar incondicionalmente em todos os momentos.

Aos meus pais, José Henrique e Heliane, que me ensinaram sempre a buscar meus objetivos.

Ao Fabrício, meu marido, pelo apoio e pelos incentivos constantes ao longo de todo o doutorado.

Ao meu irmão, Nestor, pelo carinho durante todo esse tempo.

As minhas tias, Adahir e Laura, que apesar da distância sempre me incentivaram com palavras de fé.

A minhas amigas, Thais Veronesi, Isabel Barbosa, Karina Prado e Samanta Trindade, por estarem sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Aos amigos do doutorado, em especial à Adriana Corbolan, Vanessa Suzuki, Betina Zimmermann, Iara esteves, Vanessa Lacerda, Carolina Ortega, Verônica Chomiski e Lilian Baldan, pela força, amizade e união desde o aperfeiçoamento.

AGRADECIMENTOS

À PROFESSORA DOUTORA LYDIA MASAKO FERREIRA, PROFESSORA TITULAR da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo, pela oportunidade e exemplo de determinação e liderança.

AO PROFESSOR DOUTOR MIGUEL SABINO NETO, PROFESSOR ADJUNTO LIVRE-DOCENTE da Disciplina de Cirurgia do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo, pelo apoio na realização deste trabalho.

À PROFESSORA DOUTORA DANIELA FRANCESCATO VEIGA, PROFESSORA ORIENTADORA do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo, por poder sempre contar com seu entusiasmo, reconhecimento e incentivo a cada momento. A disponibilidade manifestada e a confiança depositada contribuíram decisivamente para que este trabalho tenha chegado a bom termo.

AO PROFESSOR LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA, DIRETOR DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON, por auxiliar na coleta de dados deste trabalho.

À PROFESSORA FABIANNE MAGALHÃES GIRARDIN PIMENTEL FURTATO, PROFESSORA DO INSTITUTO FEDERAL DO SUDESTE DE MINAS GERAIS, pelo suporte científico.

AOS PROFESSORES DOUTORES NEIL FERREIRA NOVO E YARA JULIANO, PROFESSORES TITULARES DE BIOESTATÍSTICA da Universidade do Vale do Sapucaí, pela disponibilidade e apoio na realização da análise estatística.

À MARTA REJANE, SANDRA DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS, SECRETÁRIAS da Disciplina de Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo, por sempre estarem disponíveis a nos ajudar.

ÀS PACIENTES participantes, pela paciência e boa vontade ao aceitarem participar do estudo.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA-----	iv
AGRADECIMENTOS-----	v
LISTA DE TABELAS-----	ix
LISTA DE ABREVIATURAS-----	xi
RESUMO-----	xii
1. INTRODUÇÃO -----	1
2. OBJETIVO-----	6
3. LITERATURA-----	8
4. METODOS-----	22
5. RESULTADOS-----	32
6. DISCUSSÃO-----	36
7. CONCLUSÃO-----	44
8. REFERÊNCIAS-----	46
NORMAS ADOTADAS-----	65
ABSTRACT-----	67
APÊNDICES-----	69
ANEXOS-----	82
FONTES CONSULTADAS-----	100

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1 – Idade das pacientes nos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.

TABELA 2 – Índice de Massa Corpórea (IMC) das pacientes nos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.

TABELA 3 – Cor de pele das pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

TABELA 4 – Escolaridade das pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

TABELA 5 – Localização do tumor nas pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

TABELA 6 – Realização de radioterapia nas pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

TABELA 7 – Escores do BREAST-Q[®] atribuídos pelas pacientes do grupo Mastectomia.

TABELA 8 – Escores do BREAST-Q[®] atribuídos pelas pacientes do grupo Reconstrução.

TABELA 9 – Medianas dos escores do BREAST-Q[®] para os grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.

Tabela 10 – Valores individuais das principais características demográficas e clínicas das pacientes do Grupo Mastectomia.

Tabela 11 – Valores individuais das principais características demográficas e clínicas das pacientes do Grupo Reconstrução.

Tabela 12 – Valores individuais dos escores do questionário BREAST-Q[®] do Grupo Mastectomia.

Tabela 13 – Valores individuais dos escores do questionário BREAST-Q[®] do Grupo Reconstrução.

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

Kg – quilograma

m² – metro quadrado

et al. – e colaboradores

ACS – *American Cancer Society*

CARES – *Cancer Rehabilitation Evaluation System*

DASH – *Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire*

EORTC QLQ- C30 – *Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core30*

EORTC QLQ- BR 23 LQ – *EORTC QLQ Breast Cancer-specific Module*

FACT- B – *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*

FDA – *U.S. Food and Drug Administration/ Guidance and Copliance Regulatory Information*

GM – Grupo Mastectomia

GR – Grupo Reconstrução

GRISS – *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*

HADs – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HAQ- 20 – *Stanford Health Assessment Questionnaire*

IES – *Impact of Event Scale*

IMC – Índice de Massa Corpórea

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MPQ- SF – *Short Form McGill Pain Questionnaire*

MSKCC – *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

NMCBRI-Q – *National Medical Center and Beckman Research Institute
questionnaire*

PRO – *Patient-Reported Outcomes*

PROM – *Patient-Reported Outcomes Measures*

® – Marca registrada

SEER – *Surveillance, Epidemiology and End Results*

SF-36 – *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health*

SOC – *Sense of Coherence*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRAM – Retalho musculofasciocutâneo transverso do reto do abdome

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

WHOQOL-100 – *World Health Organization – Quality of Life*

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A reconstrução mamária é considerada parte integrante do tratamento do câncer de mama. **Objetivo:** Avaliar a satisfação de pacientes com a reconstrução mamária com implantes no pós-operatório tardio, utilizando o BREAST-Q[®]. **Métodos:** Foram selecionadas 114 mulheres entre 30 e 55 anos de idade, distribuídas nos grupos Mastectomia (GM, n=57) e Reconstrução (GR, n=57). Em ambos os grupos as cirurgias foram realizadas há no mínimo seis meses e no máximo dois anos. A versão brasileira do BREAST-Q[®] foi autoaplicada a todas as pacientes. **Resultados:** A média de idade das pacientes foi 46,6 anos e 44,3 anos (p=0,4080) em GM e GR, respectivamente. Todas as pacientes foram submetidas à quimioterapia e 6% das pacientes no GM e 11% no GR realizaram radioterapia (p=0,2929). As pacientes submetidas à reconstrução apresentaram maior satisfação com as mamas (p<0,0001). Entretanto, não houve diferença entre os grupos quanto a bem-estar físico (p=0,1616), bem-estar sexual (p=0,5128), satisfação com o cirurgião plástico (p=0,7147), com a equipe médica (p=0,7488) e com a equipe ambulatorial (p=0,8733). **Conclusão:** A reconstrução mamária com implantes aumentou a satisfação das pacientes com as mamas, mas não influenciou o bem estar físico e sexual ou a satisfação das pacientes com o tratamento recebido.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, sendo responsável por aproximadamente 25% dos casos novos de câncer a cada ano (Instituto Nacional do Câncer, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a *American Cancer Society* (ACS), essa doença ocupa ainda o segundo lugar como causa de morte por câncer em mulheres, seguindo, somente, o câncer de pulmão (Instituto Nacional do Câncer, 2016; *American Cancer Society*, 2016).

Estima-se que, em 2016, 246.660 mulheres serão diagnosticadas com câncer de mama invasivo nos Estados Unidos, e espera-se, também, 40.450 mortes por essa doença (*American Cancer Society*, 2016). No Brasil, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama em 2016, portanto um risco estimado de 57 casos a cada 100 mil mulheres (Instituto Nacional do Câncer, 2016).

Até o início do século XIX, o câncer de mama era considerado incurável. William Steward Halsted (1894) deu início a uma nova era no tratamento do câncer de mama, introduzindo conceitos que incluíam a remoção de todos os tecidos suspeitos em bloco (HALSTED, 1894).

Em 1948, Patey e Dyson introduziram a mastectomia radical modificada, reduzindo as ressecções cutâneas e preservando o músculo

peitoral maior, propiciando menor seqüela estética sem alterar a sobrevida das pacientes (PATEY & DYSON, 1948).

A partir dos anos 80, o tratamento conservador do câncer de mama passou a ser largamente adotado, em escala mundial. Esta mudança fundamental foi embasada em estudos prospectivos randomizados, que mostraram que os índices de sobrevida não estavam relacionados ao tipo de abordagem cirúrgica, se radical ou conservadora (VERONESI *et al.*, 1986; FISHER *et al.*, 1989; YIP, BHOO,TEO, 2014; NERIL *et al.*, 2015; YAKOUB *et al.*, 2015).

Atualmente, é bem estabelecido que podem ser feitos procedimentos cirúrgicos mais conservadores para obtenção de resultados satisfatórios e duradouros, em detrimento de técnicas agressivas (ATALAY, 2014). Entretanto, apesar dos avanços técnicos, a mastectomia continua sendo o tratamento de escolha para grande parte destas pacientes (SILVA *et al.*, 2014; ALEKNAVICIUS *et al.*, 2014; BOYAN, FARR, GEORGES, 2014).

A reconstrução mamária tem papel fundamental na melhora da qualidade de vida das pacientes acometidas pelo câncer de mama (VEIGA *et al.*, 2004). Os avanços dos métodos de diagnóstico e dos tratamentos adjuvantes e a melhor compreensão da doença pelos mastologistas os fez buscar na cirurgia plástica um apoio para o tratamento integral das

pacientes (CHEN *et al.*, 2013; ZHONG *et al.*, 2013; DE VITA *et al.*, 2014; ONEGA *et al.*, 2014).

A reconstrução mamária com uso de implante foi descrita pela primeira vez em 1970, como um procedimento em tempo único, prática bastante limitada tecnicamente pela escassez de pele após a mastectomia (STARZYNSKI, SNYDERMAN, BEATTIE, 1969). Em 1982, Radovan demonstrou a importância da expansão tecidual e sua aplicabilidade no campo da reconstrução mamária (RADOVAN, 1982).

A expansão tecidual seguida da inclusão de prótese para reconstrução mamária é largamente utilizada em todo o mundo, e permanece uma excelente alternativa às pacientes com contra indicações à reconstrução com tecido autólogo, ou que não a desejam, devido ao porte da cirurgia, ao maior tempo de recuperação pós-operatória ou às cicatrizes adicionais na área doadora (PUSIC & CORDEIRO, 2003; PUSIC *et al.*, 2008; PLANT, SCILLEY, SPEECHLEY, 2009; CANO *et al.*, 2010; REEFY *et al.*, 2010; RUSBY *et al.*, 2010; KIM *et al.*, 2014).

Mais recentemente, a ênfase na prática baseada em evidências tem sido combinada com novos indicadores, tais como a satisfação do paciente com o tratamento recebido e a qualidade de vida relacionada à saúde (MCCARTHY *et al.*, 2010; ZHONG *et al.*, 2012; ALDERMAN & CHUNG, 2013).

Considerando o caráter subjetivo dos resultados, a utilização de instrumentos confiáveis, válidos e responsivos para a avaliação de resultados em cirurgia plástica é fundamental. O BREAST-Q[®] foi projetado especificamente para medir qualidade de vida e satisfação de pacientes de cirurgias mamárias a partir do relato das pacientes (PUSIC *et al.*, 2008).

Trata-se de um método de avaliação criado para suprir a falta de instrumentos específicos para a cirurgia das mamas. É composto por quatro módulos (mamoplastia redutora, mamoplastia de aumento, reconstrução mamaria e mastectomia); cada um dos módulos inclui um núcleo de escalas independentes que avaliam seis domínios (satisfação com as mamas, satisfação com o resultado geral, bem-estar psicossocial, bem-estar sexual, bem-estar físico e satisfação com o atendimento) (PUSIC *et al.*, 2009). Mais recentemente foi lançado um quinto módulo referente ao tratamento conservador do cancer de mama, ainda não validado para uso no Brasil [*Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) 2015*].

O BREAST-Q[®] tem sido utilizado com sucesso em inúmeros estudos internacionais; entretanto, não foi encontrado na literatura nenhum estudo que tenha utilizado a versão brasileira do BREAST-Q[®] para comparar a percepção de resultados de pacientes submetidas à mastectomia apenas ou à reconstrução mamária com implantes (CHUNG, 2009; HAMMOND, 2012; CANO *et al.*, 2012; KURODA *et al.*; 2016).

2. OBJETIVO

Avaliar a satisfação de pacientes com a reconstrução mamária com implante no pós-operatório tardio, utilizando o BREAST-Q[®].

3. LITERATURA

ANDRADE, BAXTER, SAMPLE (2001) examinaram a relação entre as variáveis de tratamento e a satisfação de pacientes, após mastectomia e a reconstrução mamária. Foi elaborado um questionário que incluía perguntas sobre dados demográficos da população e satisfação com a reconstrução. De 206 mulheres, 23 responderam que não estavam satisfeitas, enquanto 183 indicaram que estavam satisfeitas com o resultado em geral. Observaram também, que as pacientes insatisfeitas, estavam descontentes por causa de resultados cirúrgicos e/ou complicações com a mama reconstruída.

VEIGA *et al.* (2002) observaram o nível de satisfação de 20 pacientes mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária do retalho musculofasciocutâneo transverso do reto do abdome (TRAM). Os resultados foram obtidos após a avaliação da própria paciente e do cirurgião plástico, no terceiro, sexto e décimo segundo mês após a reconstrução. Concluíram que a satisfação por parte das pacientes foi em um nível mais elevado de que dos avaliadores.

VEIGA *et al.* (2004) avaliaram por meio do Questionário de Qualidade de Vida *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health* (SF-36) e por uma subescala de satisfação geral modificada de

Alderman, pacientes mastectomizadas (grupo controle) e pacientes pós reconstrução mamária com o retalho TRAM. O questionário foi aplicado no pré-operatório e no terceiro, sexto e décimo segundo mês após a cirurgia. As pacientes apresentaram melhora estatisticamente significativa em sete das oito dimensões do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (exceto vitalidade) e observou-se que a reconstrução mamária proporciona uma melhora na qualidade de vida das pacientes que se submeteram à mastectomia.

BURCKHARD & JONES (2005) em um estudo transversal, compararam as características da dor em relação à qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia. Foram utilizados os questionários Inventário Breve de Dor, *Short Form McGill Pain Questionnaire* (MPQ-SF), Questionário de Impacto da Fibromialgia, *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B), Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e a Escala de Qualidade de Vida. As avaliações das pacientes foram realizadas até um ano de cirurgia. Concluíram que pacientes com fibromialgia apresentaram um pior estado físico e de saúde pós-cirurgia mamária.

ALDERMAN *et al.* (2007) observaram a indicação do mastologista quanto à escolha de um cirurgião plástico por pacientes mastectomizadas. Foi observada a prática clínica, o sexo dos cirurgiões, o volume anual de cirurgias e o ambiente hospitalar. Concluíram que apenas 24% dos cirurgiões de mama encaminhavam pacientes com câncer de mama para uma avaliação da cirurgia plástica e que a escolha de cirurgiãs pelas pacientes é mais comum.

DIAN *et al.* (2007) avaliaram a qualidade de vida de pacientes após a reconstrução mamária, por meio do Questionário de Qualidade de Vida SF-36. Foram selecionadas 144 pacientes, das quais 77 foram submetidas à mastectomia e a radioterapia e as outras 77 submetidas à mastectomia com reconstrução mamária imediata ou tardia. Concluíram que houve uma diferença significativa em relação à qualidade de vida na subescala funcionamento físico, mostrando melhores resultados no grupo de reconstrução de mamária.

ARNDT *et al.* (2008) compararam a qualidade de vida de pacientes submetidas ao tratamento conservador do câncer de mama e a mastectomia, em um período de cinco anos. Foi utilizado o questionário de qualidade de vida *Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*

Core30 (EORTC QLQ-C30) em 315 pacientes. Concluíram que pacientes submetidas ao tratamento conservador apresentaram benefícios em relação imagem corporal e o psicossocial, bem como melhor qualidade de vida.

KOKUBA *et al.* (2008) avaliaram a capacidade funcional em pacientes mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária com o retalho TRAM. Foi utilizado o questionário *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ 20). Foi observado após três meses de pós-operatório uma piora nas categorias levantar-se e agarrar. Mas após seis meses, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Entretanto, concluíram que não houve piora funcional nestas pacientes.

MEDEIROS *et al.* (2010) observaram a prevalência de depressão em mulheres que se submeteram à cirurgia conservadora de câncer de mama com ou sem reconstrução mamária. Foi utilizado o Questionário de Depressão de Beck. Não houve diferenças significantes na ocorrência de depressão entre os grupos ($p = 0,126$).

OLIVEIRA, MORAES, SARIAN (2010) avaliaram os efeitos da reconstrução mamária imediata na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, utilizando o questionário *World Health Organization* –

Quality of Life (WHOQOL-100). Concluíram que a reconstrução mamária imediata foi benéfica para aspectos psicológicos da qualidade de vida, sem alterar a funcionalidade física da mulher.

VEIGA *et al.* (2010) verificaram o impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida e autoestima das pacientes com câncer de mama submetidas a mastectomia. Foram utilizados o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Concluíram que a reconstrução mamária teve um impacto positivo na qualidade de vida e autoestima das pacientes.

ALDEMAN *et al.* (2011) descreveram a proporção de pacientes mastectomizadas submetidas a reconstrução mamária, bem como o momento da realização e a satisfação cirúrgica. A pesquisa teve acompanhamento de cinco anos, e as informações foram enviadas para a base de dados *Surveillance, Epidemiology and End Results* (SEER). Concluiu-se que fatores associados à reconstrução tardia foram principalmente relacionados com a incerteza sobre o procedimento.

VEIGA *et al.* (2011) avaliaram os resultados estéticos no pré e pós operatório de pacientes mastectomizadas e com reconstrução mamária.

Foram realizadas avaliações fotográficas tanto por médicos do sexo masculino quanto do sexo feminino, sendo dois cirurgiões de mama e dois cirurgiões plásticos. Concluíram que os médicos do sexo feminino e os cirurgiões de mama pontuaram melhor os resultados estéticos.

PUSIC *et al.* (2012) descreveram a literatura existente sobre as expectativas das pacientes pós mastectomia, em relação a reconstrução mamária. Consideraram as expectativas das pacientes em geral, as expectativas em relação à área da saúde, as expectativas relacionadas à reconstrução mamária, aparência e resultados da mama, impacto psicossocial da reconstrução, impacto físico da reconstrução e processo de cuidado e recuperação. Concluíram que é importante entender as expectativas das pacientes frente à reconstrução mamária, a fim de oferecer cuidados de alta qualidade.

ZONG *et al.* (2012) avaliaram ajustes psicossociais precoces e qualidade de vida após a reconstrução da mama. As pacientes responderam, três semanas antes da cirurgia e três semanas após a reconstrução, aos questionários BREAST-Q[®], HADs e *Impact of Event Scale* (IES). Os resultados sugeriram ganhos na satisfação com a mama, bem-estar psicossocial e bem-estar sexual após a reconstrução de mama.

ROSENBERG *et al.* (2013) avaliaram a preocupação de 419 mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama em relação à reconstrução mamária e à imagem corporal. Foram utilizados três itens psicossociais da escala *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES), além da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Observaram escores piores do CARES para o grupo mastectomia, além de uma associação com variáveis como dor músculo-esquelética, ansiedade, sintomas de depressão e alterações de imagem corporal.

CHA, BARNES, LOCKE (2013) em um estudo retrospectivo, avaliaram a qualidade de vida e satisfação de pacientes mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. Utilizaram o questionário BREAST-Q[®] e observaram que as pacientes se mostraram satisfeitas com as mamas e com o resultado em geral.

ELTAHIR *et al.* (2013) avaliaram por meio do questionário BREAST-Q[®] a qualidade de vida de mulheres após a reconstrução mamaria em comparação com aquelas que se submeteram a mastectomia. Observaram que mulheres pós-reconstrução estavam mais satisfeitas com a aparência de suas mamas ($p=0,003$), elas também se saíram melhor

psicossocialmente ($p=0,008$) e sexualmente ($p=0,007$). Além disso, apresentando menos dor e limitações ($p=0,007$).

FURLAN *et al.* (2013) analisaram o abalo causado pela mastectomia e pela reconstrução mamária na qualidade de vida e autoestima das pacientes com câncer mamário. Por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, observaram que mulheres que ainda não passaram pela reconstrução mamária possuem maior fragilidade emocional.

ZHONG *et al.* (2013) utilizando o instrumento BREAST-Q[®], avaliaram pacientes mastectomizadas antes e após a reconstrução mamária. Observaram que as pacientes obtiveram ganhos em relação à satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial e sexual.

ALACACIOGLU *et al.* (2014) avaliaram os efeitos da ansiedade e da depressão sobre a satisfação sexual em 100 pacientes com câncer de mama e seus parceiros, que responderam a dois questionários, HADs e *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS). Observaram alto índice de ansiedade, depressão e disfunção sexual. Consideraram que, com a melhora da qualidade de vida, alterações psicossociais e preocupações psicosexuais podem ser reduzidas.

ALBORNOZ *et al.* (2014) verificaram, por meio do questionário BREAST-Q[®], a satisfação de pacientes mastectomizadas submetidas a reconstrução mamária com implante associado a radioterapia. Concluíram que a radioterapia tem efeito negativo na qualidade de vida e satisfação com as mamas.

ENEWOLD *et al.* (2014) observaram a associação entre a reconstrução mamária e os aspectos raciais em mulheres nos Estados Unidos da America, no período de 1998 a 2008. Concluíram que a realização de reconstrução mamária aumentou em 20% com o passar dos anos, e não houve significância em relação à raça, tanto em mulheres brancas (de 21,8% para 40,6%) como em mulheres não brancas (de 27,3% para 40%) houve o aumento de cirurgias de reconstrução mamária.

LEE & MITEFF (2014) avaliaram retrospectivamente um método de reconstrução mamária com o retalho do latíssimo do dorso, com cicatriz reduzida. Aplicaram o questionário BREAST-Q[®] em 20 pacientes com reconstrução com retalho do latíssimo do dorso tradicional e em 20 pacientes operadas com o método com cicatriz reduzida. Concluíram que o este método reduzia o risco de exposição da prótese e as pontuações do BREAST-Q[®] foram equivalentes nos dois grupos.

MORONE *et al.* (2014) verificaram se a imagem corporal poderia afetar a qualidade de vida e resultados funcionais em 60 sobreviventes do câncer de mama. Para avaliar a qualidade de vida, utilizaram o questionário EORTC QLQ-C30 e, para investigar as características psicológicas e de autoimagem, utilizaram a Escala de Imagem Corporal e *Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire* (DASH) e o *Constant-Murley Score*. Concluíram que uma reabilitação pode influenciar na imagem corporal das pacientes.

NG *et al.* (2014) em um estudo retrospectivo, observaram os benefícios de fazer ou não a reconstrução mamária. Foram avaliadas 143 pacientes mastectomizadas (79 submetidas à reconstrução e 64 não), por meio do questionário BREAST-Q[®]. O grupo reconstrução demonstrou maiores pontuações do BREAST-Q[®] nas escalas satisfação com a mama, bem-estar psicológico e bem-estar sexual, e também apresentou melhora na autoimagem, mais opções de vestuário e maior sentimento de superação do câncer.

RESNICOW *et al.* (2014) criaram uma nova medida de avaliação subjetiva de qualidade do tratamento do câncer de mama. Participaram do estudo 320 pacientes, e foram avaliados itens em seis dimensões:

sentimento, quimioterapia, cirurgia, escalas globais de qualidade, tomada de decisão e radiação. Concluíram que pesquisas futuras são necessárias para estabelecer as medidas propostas.

SOUZA *et al.* (2014) em estudo transversal, verificaram sintomas depressivos em 112 pacientes com câncer de mama em uso de quimioterápicos. Utilizaram o Teste de *Morisk-Green e Brief Medication Questionnaire* e o Inventário de Depressão de Beck, sendo que 12,5% das pacientes apresentaram depressão moderada e 1,8% depressão grave, e apenas 10,6% das pacientes não faziam uso de antidepressivos. Encontraram uma significância estatística entre os níveis de depressão e o uso de antidepressivos. Os resultados demonstraram a necessidade de tratamento regular para sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama.

SUN *et al.* (2014) em um estudo transversal, avaliaram as diferenças de qualidade de vida entre pacientes que se submeteram a cirurgia conservadora do câncer mamário (n=254), mastectomia total (n=122) e a reconstrução mamária imediata (n=31). As pacientes foram avaliadas por meio dos instrumentos EORTC QLQ-C30, *EORTC QLQ Breast Cancer-specific Module* (EORTC QLQ-BR23LQ), Escala de Auto-Estima de

Rosenberg, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Imagem Corporal e a CARES. Concluíram que a qualidade de vida foi melhor para o grupo de cirurgia conservadora; os grupos mastectomia e reconstrução apresentaram-se semelhantes em relação à qualidade de vida.

METCALFE *et al.* (2015) avaliaram pacientes pós mastectomizadas durante três anos e observaram que mesmo com a escolha de não reconstruir as mamas elas apresentaram melhora na função psicossocial.

MUSSARESAIE & ZARGHAM-BOROUJENI (2015) investigaram os aspectos físicos, mentais, sociais e espirituais de pacientes com câncer de mama, submetidas à mastectomia. Utilizaram o questionário de qualidade de vida *National Medical Center and Beckman Research Institute questionnaire* (NMCBRI-Q) em 105 pacientes. A qualidade de vida apresentou-se moderada para a 66% das pacientes, portanto concluíram que as pacientes precisariam de um apoio social, emocional e espiritual para a finalização de suas terapias.

ROHANI *et al.* (2015) em um estudo longitudinal, observaram pacientes com câncer de mama em relação a qualidade de vida e aspectos religiosos. Utilizaram os instrumentos EORTC QLQ-C30, a escala *Sense of*

Coherence (SOC) a Escala de Perspectiva Espiritual e a Escala Religiosa em 254 pacientes na fase pré-diagnóstico e seis meses após o diagnóstico de câncer de mama. Concluíram que avaliações pré-diagnóstico podem identificar mulheres com risco para uma pior qualidade de vida, bem como alterações religiosas.

SAEEDI-SAEDI *et al.* (2015) analisaram as causas do sofrimento emocional em 82 pacientes com câncer de mama. Foi utilizado o questionário padrão aprovado pela *National Comprehensive Cancer Network* – Irã. Observaram que 39% das pacientes sofriam de estresse emocional grave, além de apresentarem dificuldades para cuidar de crianças, tomar banho e vestir roupas. Concluíram que o estresse emocional pode afetar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama.

KURODA *et al.* (2016) avaliaram, em um estudo transversal, os resultados estéticos e de qualidade de vida de pacientes brasileiras que foram submetidas à reconstrução imediata da mama utilizando implantes. Eles usaram o BREAST-Q[®] para avaliar os resultados relatados pelas pacientes, e demonstraram que a reconstrução mamária leva a resultados de qualidade de vida satisfatórios.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho de Pesquisa

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

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o protocolo 125.960/12 (Anexo 1).

4.2. Casuística

O cálculo amostral foi baseado no estudo prévio publicado por McCARTHY *et al.* (2010). Considerando um desvio-padrão de 20, uma diferença significativa de 10, risco α de 5% ($p \leq 0,05$) e poder de 85%, a amostra deste estudo foi estimada em 57 pacientes por grupo.

Foram selecionadas, consecutivamente, nos ambulatórios de Cirurgia Plástica e Mastologia do Hospital São Paulo, 114 mulheres entre 30 e 55 anos de idade, distribuídas em dois grupos. Todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice 1).

- Grupo mastectomia (n=57): pacientes submetidas à mastectomia;
- Grupo reconstrução (n=57): pacientes submetidas à mastectomia e reconstrução mamária imediata ou tardia, com o uso de implantes.

Para a seleção das pacientes foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão:

- Pacientes do gênero feminino, entre 30 e 55 anos de idade, sem restrição quanto à etnia e classe social, que tiveram câncer mamário;
- Submetidas à mastectomia (grupo mastectomia) ou reconstrução mamária com uso de implantes (grupo reconstrução) há pelo menos seis meses e há no máximo dois anos.

Critérios de não inclusão:

- Cirurgia nas mamas ou em outras regiões do corpo há menos seis meses;
- Tratamento adjuvante do câncer mamário há menos de seis meses;
- Gestação ou parto há menos de um ano;
- Analfabetismo;
- Recusa em participar do estudo.

4.3. Descrição da Casuística

As tabelas 1 a 6 apresentam as principais características da casuística e os dados individuais são apresentados nos apêndices (Apêndice 2). Todas as pacientes realizaram quimioterapia.

A maior parte das pacientes do Grupo Reconstrução (38/57 =67%) foi submetida à reconstrução com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e prótese, e 19 pacientes (33%) foram submetidas à reconstrução com expensor de tecidos e prótese.

TABELA 1. Idade das pacientes nos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.

	Idade (anos)	
	Mastectomia	Reconstrução
Variação	35 – 55	30 – 55
Mediana	42	44
Média	43,6	44,3
Desvio Padrão	6,0	4,9
Mastectomia X Reconstrução		
(Mann-Whitney)	p=0,4080	

TABELA 2. Índice de Massa Corpórea (IMC) das pacientes nos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.

	IMC (Kg/m ²)	
	Mastectomia	Reconstrução
Variação	18,6 – 33,7	19,3 – 33,3
Mediana	22,5	22,9
Média	22,9	23,7
Desvio Padrão	2,9	2,9
Mastectomia X Reconstrução		
(Mann-Whitney)	p=0,1331	

TABELA 3. Cor de pele das pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

	Cor da pele n (%)	
	Branca	Não Branca
Mastectomia	40 (70%)	17 (30%)
Reconstrução	44 (77%)	13 (23%)
Mastectomia X Reconstrução		
(Qui-quadrado)	p=0,5234	

TABELA 4. Escolaridade das pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

	Escolaridade n (%)		
	Fundamental	Médio	Superior
Mastectomia	13 (23%)	25 (44%)	19 (33%)
Reconstrução	18 (31%)	23 (41%)	16 (28%)
Mastectomia X Reconstrução (Qui-quadrado)	p=0,5636		

TABELA 5. Localização do tumor nas pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

	Localização do tumor n (%)	
	Mama Esquerda	Mama Direita
Mastectomia	26 (45%)	31 (55%)
Reconstrução	33 (57%)	24 (43%)
Mastectomia X Reconstrução (Qui-quadrado)	p=0,2608	

TABELA 6. Realização de radioterapia nas pacientes dos grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste do Qui-quadrado.

	Radioterapia n (%)	
	Sim	Não
Mastectomia	6 (10%)	51 (90%)
Reconstrução	11 (19%)	46 (81%)
Mastectomia X Reconstrução (Qui-quadrado)	p=0,2929	

4.4. Procedimentos

As mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade foram esclarecidas sobre o estudo e só foram incluídas as que concordaram em participar, assinando o TCLE (Apêndice 1).

Foi então aplicado, em todas as pacientes, um instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice 3). Em seguida as pacientes responderam ao instrumento BREAST-Q[®], autoaplicado (Anexo 2).

O BREAST-Q[®] é um instrumento de avaliação de resultados sob a perspectiva do paciente. Esse tipo de instrumento é conhecido como

instrumento PRO (*Patient-Reported Outcomes*), ou PROM (*Patient-Reported Outcomes Measures*) (CHEN *et al.*, 2010; REAVEY *et al.*, 2011; KANATAS *et al.*, 2012; CANO *et al.*, 2013). Foi desenvolvido baseado nos *Guidelines* do FDA (*U.S. Food and Drug Administration/Guidance and Compliance Regulatory Information*), com recomendação internacional para suprir a falta de instrumentos para a cirurgia de mama em pacientes com câncer de mama.

Este questionário é composto por quatro módulos independentes (mamoplastia redutora, mamoplastia de aumento, reconstrução mamaria e mastectomia). Mais recentemente, foi incluído um módulo referente ao tratamento conservador do cancer mamario, ainda não validado para uso no Brasil [*Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) 2015*].

Cada um dos módulos inclui um núcleo de escalas independentes que avaliam seis domínios (satisfação com as mamas, satisfação com o resultado geral, bem-estar psicossocial, bem-estar sexual, bem-estar físico e satisfação com o atendimento). Recentemente, mais uma escala foi desenvolvida, para avaliar expectativas das pacientes. Esta também ainda não se encontra traduzida e validada para uso no Brasil [*PUSIC et al.*, 2012; *Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) 2015*]. As pacientes, ao responder às questões, também avaliam sua relação com o cirurgião plástico, as informações que receberam e o atendimento prestado pela

equipe médica (AARONSON *et al.*, 2002; KLASSEN *et al.*, 2009; PUSIC *et al.*, 2009).

O BREAST-Q[®] é um questionário que avalia a experiência da paciente, bem como o impacto do tratamento na qualidade de vida relacionada à saúde. Fornece informações sobre a efetividade das cirurgias de mama a partir da perspectiva da paciente, e foi desenvolvido utilizando métodos psicométricos qualitativos e quantitativos (PUSIC *et al.*, 2009).

As respostas das pacientes aos itens de cada escala são transformadas, por meio do *software* de pontuação *Q-Score*[®], para fornecer um escore total (para cada escala), que varia de 0 a 100. Em todas as escalas do BREAST-Q[®] uma pontuação maior significa maior satisfação ou uma melhor qualidade de vida (PUSIC *et al.*, 2009).

CORDANTONOPOULOS *et al.* (2013) traduziram para a língua portuguesa os módulos do BREAST-Q[®] mastectomia e reconstrução mamária, versões pré e pós-operatório.

Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística. Foram utilizadas medidas de tendência central (mediana, média, desvio padrão) para descrição de variáveis numéricas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas.

Para comparar os grupos independentes quanto aos dados demográficos e clínicos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para as

variáveis numéricas e o teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas. Para comparar os grupos quanto aos escore do BREAST-Q[®] foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Em todos os testes o nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%. Para a análise foi utilizado o *software* BioEstat 5.0 (Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Belém, PA, Brasil).

5. RESULTADOS

Foram selecionadas 114 pacientes, sendo 57 para o grupo Mastectomia e 57 para o grupo Reconstrução, e todas aceitaram participar do estudo. A coleta de dados teve duração de 24 meses, sendo concluída em agosto de 2015.

A tabela 7 apresenta a estatística descritiva dos resultados obtidos para as sete subescalas do BREAST-Q[®] aplicadas ao grupo mastectomia, e a tabela 8 apresenta a estatística descritiva dos resultados obtidos para as 10 subescalas aplicadas ao grupo reconstrução. Os dados individuais são apresentados nos apêndices (Apêndice 2).

TABELA 7. Escores do BREAST-Q[®] atribuídos pelas pacientes do grupo Mastectomia.

	Escore do BREAST-Q [®]		
	Varição	Mediana	Média ± DP
SM	0 – 100	43	40,1 ± 24,6
BEPS	0 – 100	47	44,3 ± 27,7
BEF	50 – 100	100	85,1 ± 17,6
BES	0 – 100	46	65,3 ± 28,2
SCP	74 – 100	100	97,9 ± 6,7
SEM	84 – 100	100	99,2 ± 3,1
SA	85 – 100	100	99,4 ± 2,5

SM- Satisfação com as mamas; BEPS- Bem estar psicossocial; BEF- Bem estar físico; BES- Bem estar sexual; SCP- Satisfação com o cirurgião plástico; SEM- Satisfação com a equipe médica; SA- Satisfação ambulatorial.

TABELA 8. Escores do BREAST-Q[®] atribuídos pelas pacientes do grupo Reconstrução.

	Escore do BREAST-Q [®]		
	Varição	Mediana	Média ± DP
SM	40 – 100	75	78,6 ± 20,7
SR	61 – 100	100	94,8 ± 9,9
BEPS	36 – 100	63	68,2 ± 19,6
BES	0 – 100	52	56,3 ± 22,3
BEF	50 – 100	77	80,0 ± 19,1
SPM	61 – 100	100	88,3 ± 18,0
SI	56 – 100	100	88,4 ± 17,0
SCP	74 – 100	100	99,2 ± 3,0
SEM	84 – 100	100	99,7 ± 2,1
SA	85 – 100	100	99,5 ± 2,2

SM- Satisfação com as mama; SR- Satisfação com o resultado; BEPS- Bem estar psicossocial; BES- Bem estar sexual; BEF- Bem estar físico; SPM- Satisfação com a papila mamária; SI- Satisfação com as informações; SCP- Satisfação com o cirurgião plástico; SEM- Satisfação com a equipe médica; SA- Satisfação ambulatorial.

A tabela 9 apresenta a comparação entre os grupos Mastectomia e Reconstrução quanto aos escores obtidos para as seis subescalas do BREAST-Q[®] aplicadas aos dois grupos.

TABELA 9. Medianas dos escores do BREAST-Q[®] para os grupos Mastectomia e Reconstrução e comparação entre os grupos pelo Teste de Mann-Whitney.

	Escores medianos do BREAST-Q [®]					
	SM	BEF	BES	SCP	SEM	SA
Mastectomia	43	100	46	100	100	100
Reconstrução	75	77	52	100	100	100
Mastec X Reconstrução						
(Mann-Whitney, valor de p)	<0,0001	0,1616	0,5128	0,7147	0,7488	0,8733

SM- Satisfação com as mamas; BEF- Bem estar físico; BES- Bem estar sexual; SCP- Satisfação com o cirurgião plástico; SEM- Satisfação com a equipe médica; SA- Satisfação ambulatorial; Mastec- Mastectomia.

6. DISCUSSÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada em mulheres, muitas vezes levando a uma redução significativa da capacidade de ter uma vida cotidiana normal (Instituto Nacional do Câncer, 2016). Estudos epidemiológicos observaram o aumento da incidência do câncer de mama em mulheres que tem vida social e profissional ativa (LY *et al.*, 2013; KAMINSKA *et al.*, 2015).

Os efeitos benéficos da reconstrução mamária na qualidade de vida e bem-estar psicossocial estão bem documentados. Uma variedade de estudos mostraram que mulheres que se submeteram à reconstrução após a mastectomia apresentaram melhorias na autoimagem, sexualidade e as taxas de depressão diminuíram (AL-GHAZAL, FALLOWFIELD, BLAMEY, 2000; ANDRADE, BAXTER, SEMPLE, 2001; VEIGA *et al.*, 2004; SABINO NETO *et al.*, 2007; VEIGA *et al.*, 2010; ELTAHIR *et al.*, 2013).

A Cirurgia Plástica é um campo em que os resultados não são avaliados somente pela morbidade e mortalidade, mas principalmente pela satisfação do paciente (CHEN *et al.*, 2013; MALAY & CHUNG, 2013). No entanto, a percepção dos resultados do cirurgião pode ser diferente da percepção das pacientes, e os resultados obtidos a partir do ponto de vista das mesmas são altamente relevantes, pois a maior parte dos procedimentos realizados em cirurgia plástica visa melhorar a imagem corporal, função

psicossocial e qualidade de vida (VEIGA *et al.*, 2002; VEIGA *et al.*, 2004; VEIGA *et al.*, 2011; DUTRA *et al.*, 2012).

À medida que as técnicas cirúrgicas evoluem, é necessário também refinar as medidas para avaliar a satisfação da paciente. Para isso foram desenvolvidos os instrumentos denominados *PRO - Patient Reported Outcomes*, termo que se aplica especificamente a questionários usados em um ambiente clínico ou de pesquisa em que as respostas são coletadas diretamente das pacientes. Essas medidas podem fornecer informações importantes para tomadas de decisões sobre políticas de saúde (PUSIC *et al.*, 2012; ALDERMAN & CHUNG, 2013).

Foram selecionadas, para o presente estudo, mulheres entre 30 e 55 anos de idade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), tumores de mama em mulheres com menos de 35 anos são relativamente raros, e a incidência cresce progressivamente a partir desta idade, especialmente após os 50 anos (INCA, 2016; *American Cancer Society*, 2016). Assim, optou-se pelo limite inferior de 30 anos pela dificuldade de encontrar pacientes abaixo desta idade que preenchessem os critérios de elegibilidade para o estudo.

A escolha do momento da avaliação das pacientes, tanto para o Grupo Mastectomia (GM) quanto para o Grupo Reconstrução (GR), foi de no mínimo seis meses após a cirurgia, por se tratar de um período em que

já passou a fase de recuperação do procedimento. WEICHMAN *et al.* (2015) descreveram que pacientes avaliadas no período de três meses após a cirurgia não se recuperaram totalmente e ainda apresentam dor no sítio cirúrgico, alterando a percepção de qualidade de vida. O período máximo de dois anos de pós-operatório foi estipulado porque após este período as pacientes já não se lembram de detalhes de seu tratamento cirúrgico.

A média de idade do GM foi de $43,6 \pm 6$ anos e do GR foi de $44,3 \pm 4,9$ anos, menores que as observadas por FURLAN *et al.* (2013) em seu estudo, média de idade de $52 \pm 13,98$ anos e de $48,27 \pm 10,48$ anos para os grupos mastectomia e reconstrução respectivamente. ENEWOLD *et al.* (2014) relataram que a realização da reconstrução mamária diminuiu significativamente com o aumento da idade da paciente, possivelmente por uma diminuição da importância atribuída pelas pacientes à aparência física.

CAGLI *et al.* (2014) observaram, em seu estudo, que mulheres com menos de 40 anos não buscam apenas a cura da doença, mas também estão preocupadas com as consequências estéticas da cirurgia. A cura para uma mulher jovem só pode ser alcançada quando a aparência da mama é esteticamente satisfatória. Já mulheres com mais de 60 anos consideram que a cura é constituída, principalmente, pela erradicação do câncer, a reconstrução seria algo a mais, e algumas pacientes a recusam (CAGLI *et al.*, 2014).

O IMC médio do GM foi de 22,9 Kg/m², em do GR foi de 23,7 Kg/m². Estes dados se aproximam da literatura. WEICHMAN *et al.*(2015) observaram IMC médio de 22,0 Kg/m² em pacientes de reconstrução mamária. APPLEBAUM *et al.* (2015) quantificaram o ganho de peso após o diagnóstico e o tratamento para o câncer de mama, bem como após a reconstrução mamária. Avaliaram pacientes com IMC até 25 Kg/m² e maior do que 25 Kg/m², e observaram que o peso das pacientes não mudou significativamente ao longo do tempo, e que pacientes com sobrepeso e obesas não apresentaram maior risco de complicações cirúrgicas.

Em relação à cor da pele das pacientes, o presente estudo não observou diferença estatística, corroborando com os estudos de ENEWOLD *et al.* (2014) e PINHEIRO *et al.* (2013), que também não observaram diferenças quanto à etnia das pacientes. Já JOHNSON (2002) observou que mulheres não brancas, com idade menor de 35 anos, apresentaram o dobro de chance de apresentar o câncer de mama quando comparadas com mulheres brancas.

Independente da idade, a tomada de decisão sobre o tratamento do câncer de mama é guiada por características do tumor. A radioterapia diminui a incidência de recidivas locais e melhora a sobrevida das pacientes com câncer mamário; no entanto, pode afetar a simetria das mamas, bem como prejudicar a estética e reduzir a qualidade de vida

(CHEN *et al.*, 2013). ALBORNOZ *et al.* (2014) avaliaram a satisfação e a qualidade de vida de pacientes com reconstrução mamária com implante submetidas à radioterapia, e observaram que a radioterapia teve um efeito negativo sobre a qualidade de vida das pacientes e a satisfação das mesmas com as mamas. No presente estudo, não houve diferença significativa entre os grupos quanto à realização de radioterapia.

Além dos resultados estéticos, a qualidade de vida após a cirurgia é um critério de suma importância. DIAN *et al.* (2010) utilizaram o questionário *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health* (SF-36) para avaliar pacientes submetidas a mastectomia e a reconstrução mamária. Observaram diferença significativa na subescala aspectos físicos, mostrando melhores resultados no grupo submetido à reconstrução mamária ($p=0,01$). Nenhuma diferença significativa foi encontrada nas outras subescalas.

Existe a necessidade de proporcionar apoio e assistência médica às pacientes com câncer de mama, de modo a ajudá-las a superar problemas físicos e psicológicos. O questionário BREAST-Q[®] é uma ferramenta valiosa para fornecer informações sobre a satisfação da paciente com a reconstrução mamária. CHA, BARNES, LOCK (2013), em um estudo retrospectivo utilizando o questionário BREAST-Q[®], observaram que as pacientes estavam satisfeitas com a suas mamas reconstruídas e com os

resultados em geral. ZHONG *et al.* (2013) observaram que as pacientes com reconstrução obtiveram ganhos em relação à satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial e sexual e ELTAHIR *et al.* (2013) observaram que mulheres pós-reconstrução estavam mais satisfeitas com a aparência de suas mamas, se saíram melhor psicossocialmente, sexualmente e apresentaram menos dor e limitações.

Quando o estudo foi desenhado, a versão brasileira do BREAST-Q[®] não tinha sido previamente aplicada em pacientes de reconstrução mamária. Recentemente, KURODA *et al.* (2016) publicaram um estudo transversal sobre os resultados estéticos e qualidade de vida de pacientes brasileiras que foram submetidas à reconstrução imediata da mama utilizando implantes. Eles usaram o BREAST-Q[®] para avaliar os resultados relatados pelas pacientes, e demonstraram que a reconstrução mamária leva a resultados de qualidade de vida satisfatórios. Entretanto, o presente estudo permanece único, por, diferentemente de KURODA *et al.* (2016), ter comparado os resultados aos obtidos de um grupo de pacientes submetidas à mastectomia apenas e por ter controlado algumas variáveis que podem influenciar a percepção das pacientes sobre os resultados da reconstrução mamária, como idade e estado menopausal. No presente estudo, embora tenha sido observada diferença estatística em relação à satisfação com as mamas entre as pacientes com reconstrução, não foram

encontradas diferenças em relação ao bem estar psicossocial, bem estar sexual e bem estar físico. Estudos futuros, prospectivos, são necessários para a avaliação da satisfação das pacientes submetidas à reconstrução mamária e o BREAST-Q[®] pode ser eficaz nesta avaliação.

Este estudo traz como perspectivas utilizar o instrumento BREAST-Q[®] para avaliar os resultados de outros tipos de reconstrução mamária, bem como comparar qual tipo de tratamento cirúrgico gera menor impacto para a mulher em relação à satisfação com as mamas, ao bem estar psicossocial, bem estar sexual e bem estar físico, aprimorando a percepção da mesma mediante uma cirurgia mamária.

Estudos prospectivos e aleatorizados podem ser realizados utilizando o BREAST-Q[®] para buscar os resultados de satisfação e qualidade de vida, avaliando se os fatores pré-cirúrgicos, como a prática de atividade física, função sexual, saúde psicossocial e a escolha pela reconstrução mamária podem interferir na satisfação em geral e na qualidade de vida das pacientes após a cirurgia.

7. CONCLUSÃO

A reconstrução mamária com implante melhorou a satisfação das pacientes com as mamas, mas não houve diferença em relação ao bem estar físico e sexual.

8. REFERÊNCIAS

Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, et al. Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. *Qual Life Res.* 2002; 11(3):193–205.

Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer.* 2000; 36:1938-43.

Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu T, et al. Depression, Anxiety and Sexual Satisfaction in Breast Cancer Patients and their Partners-Izmir Oncology Group Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014; 15(24):10631-36.

Albornoz CR, Matros E, McCarthy CM, Klassen A, Cano SJ, Alderman AK, et al. Implant breast reconstruction and radiation: a multicenter analysis of long-term health-related quality of life and satisfaction. *Ann Surg Oncol.* 2014; 21(7):2159-64.

Alderman AK, Chung KC. Discussion: The Quality of Life Outcomes between Mastectomy Alone and Breast Reconstruction. Comparison of

PatientReported Breast-Q and other Health-Related QoL Measures. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 132(2):210e-211e.

Alderman AK, Hawley ST, Morrow M, Salem B, Hamilton A, Graff JJ, et al. Receipt of Delayed Breast Reconstruction after Mastectomy: Do women revisit the decision? *Ann Surg Oncol.* 2011; 18(6): 1748-56.

Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, Morrow M, Katz SJ. Correlates of Referral Practices of General Surgeons to Plastic Surgeons for Mastectomy Reconstruction. *Cancer.* 2007; 109:1715-20.

Aleknavičius E, Atkočius V, Kuzmickienė I, Steponavičienė R. Postmastectomy internal mammary nodal irradiation: A long-term outcome. *J Medici.* 2014; 50:230-36.

American Cancer Society. Atlanta: American Cancer Society, 2016. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics>. Acesso em: 29/06/2016.

Andrade WN, Baxter N, Semple JL. Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 107:46-54.

Applebaum MA, Miller BT, Lopez J, Doren EL, Laronga C, Smith PD. Change in Body Mass Index After Breast Reconstruction and Associated Complications. *Eplasty.* 2015; 28(15):e43.

Arndt V, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2008; 134:1311–18.

Atalay C. New concepts in axillary management of breast cancer. *World J Clin Oncol.* 2014; 5(5):895-900.

Boyan Jr W, Farr M, Georges R. High grade angiosarcoma fifteen years after breast conservation therapy with radiation therapy: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(12):1176-7.

Burckhardt CS, Jones KD. Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 28(3):30.

Cagli B, Cogliandro A, Barone M, Persichetti P. Quality-of-Life Outcomes between Mastectomy Alone and Breast Reconstruction: Comparison of Patient-Reported BREAST-Q and Other Health-Related Quality-of-Life Measures. *Plast Reconstr Surg*. 2014; 133(4):594e.

Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Cordeiro PG, Pusic AL. The Breast-Q further validation in independent clinical sample. *Plast Reconstr Surg*. 2012; 129(2):293-302.

Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Pusic AL. A closer look at the BREAST-Q[©]. *Clin Plast Surg*. 2013; 40(2):287-96.

Cano SJ, Klassen A, Scott A, Thoma A, Feeny D, Pusic A. Health outcome and economic measurement in breast cancer surgery: Challenges and opportunities. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2010; 10:583–94.

Cha R, Barnes E, Locke MB. Patient-reported outcomes following breast reconstruction surgery in a public hospital: use of the Breast-Q questionnaire. *N Z Med J.* 2013; 126(1386):43-55.

Chen CM, Cano SJ, Klassen AF, King T, McCarthy C, Cordeiro PG, Morrow M, Pusic AL. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. *Breast J.* 2010; 16(6):587-97.

Chen AS, Hiley C, Nickleach D, Petsuksiri J, Andic F, Riesterer O, et al. Breast reconstruction and post-mastectomy radiation practice. *Radiat Oncol.* 2013; 2(8):45.

Chung KC. Discussion. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the Breast-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 124(2):354.

Cordantonopoulos FR, Sbalcheiro JC, Silva CHD, Caiado Neto BR, Derchain S. Tradução do questionário BREAST-Q para a língua portuguesa e sua aplicação em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cir Plast.* 2013;28(supl):1-103.

De Vita R, Buccheri EM, Pozzi M, Zoccali G. Direct to implant breast reconstruction by using SERI®, preliminary report. *J Exp Clin Cancer Res.* 2014; 25(33):78.

Dian D, Schwenn K, Mylonas I, Janni W, Friese K, Jaenicke F. Quality of life among breast cancer patients undergoing autologous breast reconstruction versus breast conserving therapy. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2007; 133(4):247-52.

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

Eltahir Y, Werners LL, Dreise MM, Emmichoven IA, Jansen L, Werker PM, Bock GH. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 132:201e–209e.

Enewold L, McGlynn KA, Zahm SH, Poudrier J, Anderson W, Shriver CD, et al. Breast reconstruction after mastectomy among Department of Defense beneficiaries by race. *Cancer*. 2014; 120(19):3033–39.

Fisher B, Redmond C, Poisson R, Margolese R, Wolmark N, Wickerham L, Fisher E, Deutsch M, Caplan R, Pilch Y. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 1989; 320:822-8.

Furlan VLA, Sabino Neto M, Abla LEF, Rocha CJ, Oliveira ACL, Olinda BF, et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Rev Bras Cir Plást*. 2013; 28(2):264-9.

Hammond DC. Discussion. The Breast-Q further validation in independent clinical sample. *Plast. Reconstr. Surg*. 2012; 129(2):303-4.

Hasteld WS. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894. *Ann Surg*. 1894; 20(5):497-555.

Instituto Nacional do Câncer – INCA. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
Acesso em: 29/06/2016.

Johnson ET. Breast cancer racial differences before age 40-implications for screening. *J Natl Med Assoc.* 2002; 94(3):149-56.

Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. *Prz Menopauzalny* 2015; 14(3):196-202.

Kanatas A, Velikova G, Roe B, Horgan K, Ghazali N, Shaw RJ, Rogers SN. Patient-reported outcomes in breast oncology: a review of validated outcome instruments. *Tumori.* 2012; 98(6):678-88.

Kim SE, Jung DW, Chung KJ, Lee JH, Kim TG, Kim YH, et al. Immediate Direct-To-Implant Breast Reconstruction Using Anatomical Implants. *Arch Plast Surg.* 2014; 41:529-34.

Klassen A, Pusic A, Scott A, Klok J, Cano S. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: A qualitative study. *BMC Womens Health.* 2009; 1(9):11–18.

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

Kuroda F, Urban C, Zucca-Matthes G, Oliveira VM, Arana GH, Iera M, et al. Evaluation of esthetic and Quality-of-Life Results after Immediate Breast Reconstruction with Definitive Form-Stable Anatomical Implants. *Plas Reconstr Surg*. 2016; 137:278e-86e.

Lee MA, Miteff KG. The Scarless Latissimus Dorsi Flap Provides Effective Lower Pole Prosthetic Coverage in Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2014; 2:e147.

Ly D, Forman D, Ferlay J, Brinton LA, Cook MB. An International Comparison of Male and Female Breast Cancer Incidence Rates. *Int J Cancer*. 2013; 132(8): 1918-26.

Malay S, Chung KC. How use outcomes questionnaires: pearls and pitfalls. *Clin Plastic Surg*. 2013; 40(2):261-9.

McCarthy CM, Klassen AF, Cano SJ, Scott A, VanLaeken N, Lennox PA, et al. Patient Satisfaction With Postmastectomy Breast Reconstruction. *Cancer*. 2010; 116:5584–91.

Medeiros MCL, Veiga DF, Sabino Neto M, Abla LEF, Juliano Y, Ferreira LM. Depression and conservative surgery for breast Cancer. *Clinics*. 2010; 65(12):1291-94.

Medical Sloan Kettering Cancer Center. Disponível em: <http://www.Mskcc.org>. Acesso em: 23/05/2016.

Metcalf KA, Zhong T, Narod SA, Quan ML, Holloway C, Hofer S, Bagher S, et al. A prospective study of mastectomy patients with and without delayed breast reconstruction: long-term psychosocial functioning in the breast cancer survivorship period. *J Surg Oncol*. 2015; 111(3):258-64.

Morone G, Iosa M, Fusco A, Scappaticci A, Alcuri MR, Saraceni VM, et al. Effects of a Multidisciplinary Educational Rehabilitative Intervention in Breast Cancer Survivors: The Role of Body Image on Quality of Life Outcomes. *Scientific World Journal*. 2014; 2014: 451935.

Musarezaie A, Zargham-Boroujeni A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015; 20(2):287–91.

Neril A, Marrelli D, Megha T, Bettarini F, Tacchini D, De Franco L, et al. Clinical significance of multifocal and multicentric breast cancers and choice of surgical treatment: a retrospective study on a series of 1158 cases. *BMC Surgery.* 2015; 14(15):1.

Ng SK, Hare RM, Kuang RJ, Smith KM, Brown BJ, Hunter-Smith DJ. Breast Reconstruction Post Mastectomy Patient Satisfaction and Decision Making. *Ann Plast Surg.* 2014; 1:1-5.

Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(12):602-8.

Onega T, Weiss J, Kerlikowske K, Wernli K, Buist DS, Henderson LM, et al. The influence of race/ethnicity and place of service on breast reconstruction for Medicare beneficiaries with mastectomy. *Springerplus.* 2014; 8(3):416.

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

Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013; 59(3): 351-359.

Plant MA, Scilley CG, Speechley MS. Single-stage immediate breast reconstruction using a skin-sparing incision and definitive saline implants compared with a two-stage reconstruction using tissue expansion plus implants. *Can J Plast Surg*. 2009; 17(4):117-23.

Pusic A, Cordeiro PG. An accelerated approach to tissue expansion for breast reconstruction: experience with intraoperative and rapid postoperative expansion in 370 reconstructions. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 111:1871-5.

Pusic A, Klassen A, Scott A, Klok J, Cordeiro P, Cano S. Development of a new patient reported outcome measure for breast surgery: The BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 124:345–53.

Pusic A, McCarthy C, Cano S, Klassen A, Kerrigan C. Clinical research in breast surgery: Reduction and postmastectomy reconstruction. *Clin Plast Surg*. 2008; 35:215–226.

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

Pusic AL, Lemaine V, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Patient-Reported outcomes measures in plastic surgery: Use and interpretation in evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(3):1361-67.

Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using a temporary expander. *Plast Reconstr Surg*. 1982; 69:195-208.

Reavey PL, Klassen AF, Cano SJ, McCarthy C, Scott A, Rubin JP, et al. Measuring quality of life and patient satisfaction after body contouring: a systematic review of patient-reported outcome measures. *Aesthet Surg J*. 2011; 31(7):807-13.

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

Resnicow K, Abrahamse P, Tocco RS, Hawley S, Griggs J, Janz N, et al. Development and psychometric properties of a brief measure of subjective decision quality for breast cancer treatment. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2014; 14:110.

Rohani C, Abedi H A, Omranipour C, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13:40.

Rosenberg SM, Tamimi RM, Gelber S, Ruddy KJ, Kereakoglow S, Borges SF, et al. Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2013; 22:1849-55.

Rusby J, Waters R, Nightingale PG, England DW. Immediate breast reconstruction after mastectomy: what are the long-term prospects? *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92:193-97.

Sabino Neto M, Silva ALAL, Garcia EB, Freire M, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem after breast asymmetry surgery. *Aesthet Surg J.* 2007; 27(6):616-21.

Saeedi-Saedi H, Shahidsales S, Koochak-Pour M, Sabahi E, Moridi I. Evaluation of Emotional Distress in Breast Cancer Patients. *Iran J Cancer Prev.* 2015; 8(1):36-41.

Silva SH, Koete LCE, Sehnem E, Grave MTQ. Qualidade de Vida pós-mastectomia e sua relação com a força do membro superior. *Fisiot Pesq.* 2014; 21(2):180-85.

Souza BF, Moraes JA, Inocenti A, Santos MA, Silva AEBC, Miasso AI. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(5):866-73.

Starzynski TE, Snyderman RK, Beattie EJ Jr. Problems of major chest wall reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1969; 44(6):525-35.

Sun CS, Cantor SB, Reece GP, Crosby MA, Fingeret MC, Markey MK. Assessing Women's Preferences and Preference Modeling for Breast Reconstruction Decision-Making. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2014; 2(3):e125.

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

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

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

Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo-Junior I, Mendes DA, Andrade VO, Caetano LV, Campos FS, Juliano Y, Ferreira LM. Evaluations of aesthetic outcomes of oncoplastic surgery by surgeons of different gender and specialty: a prospective controlled study. *Breast*. 2011; 20(5):407-12.

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

Weichman KE, Broer PN, Thanik VD, Wilson SC, Tanna N, Levine JP, Choi M, Karp NS, Hazen A. Patient-Reported Satisfaction and Quality of Life following Breast Reconstruction in Thin Patients: A Comparison between Microsurgical and Prosthetic Implant Recipients. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(2):213-20.

Yakoub D, Avisar E, Koru-Sengul T, Miao F, Tannenbaum SL, Byrne MM, et al. Factors associated with contralateral preventive mastectomy. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2015; 7:1-8.

Yip CH, Bhoo Pathy N, Teo SH. A Review of Breast Cancer Research in Malaysia. *Med J Malaysia*. 2014; 69(A):8-22.

Zhong T, McCarthy C, Min S, Zhang J, Beber B, Pusic AL, et al. Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Autologous Tissue Breast Reconstruction. *Cancer*. 2012; 118:1701-9.

Zhong T, Temple-Oberle C, Hofer S, Beber B, Semple J, Brown M, et al. The Multi Centre Canadian Acellular Dermal Matrix Trial (MCCAT): study protocol for a randomized controlled trial in implant-based breast reconstruction. *Trials*. 2013; 14:356.

NORMAS ADOTADAS

Ferreira LM, Goldenberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, Blanes L, Bretos JLG. Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses. São Paulo: LMP; 2008. 84 p.

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications. Disponível em: <http://www.icmje.org/>. Acesso em 29/06/2016.

ABSTRACT

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the second most common cancer worldwide and the most prevalent among women. Breast reconstruction plays an important role in the quality of life of patients with breast cancer. **Purpose:** To assess health-related quality of life and patient satisfaction after breast reconstruction with implants, using the BREAST-Q[®] in the late postoperative period. **Methods:** One hundred and fourteen women, aged 30 to 55 years, in the late postoperative period (range, 6-24 months) were selected to participate in this cross-sectional study, and were allocated to either the mastectomy group (n = 57) or reconstruction group (n = 57). The Brazilian version of the BREAST-Q[®], a patient-reported outcome measure, was completed by all participants. **Results:** The mean age of patients was 46.6 and 44.3 years (P = 0.4080) in the mastectomy and reconstruction groups, respectively. All patients underwent chemotherapy and 6% and 11% of patients underwent radiotherapy (P = 0.2929) in the mastectomy and reconstruction groups, respectively. Patients in the reconstruction group reported higher satisfaction with breasts (P < 0.0001) than those in the mastectomy group. However, no significant between-group differences were found in physical (P = 0.1616) and sexual (P = 0.5128) well-being, and satisfaction with the surgeon (P = 0.7147), medical team (P = 0.7488), and office staff (P = 0.8733). **Conclusion:** Breast reconstruction with implants increased patient satisfaction with breasts, but had no effect on patients' physical and sexual well-being, and satisfaction with the treatment received.

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. **Responsável:** Isabella de Carvalho Aguiar

2. **Título do trabalho:** "BREAST-Q EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM IMPLANTES"

Eu compreendo que fui convidada para participar como voluntária nesta pesquisa.

Serão convidadas a participar desta pesquisa mulheres que tiveram um câncer de mama e já foram operadas há no mínimo um ano. Serão incluídas pacientes que tiveram a mama toda removida (mastectomia), sem reconstrução da mama, e também as que tiveram reconstrução mamária, com o uso de implantes (proteses). O objetivo deste estudo é avaliar a satisfação de pacientes com a reconstrução mamária com implantes no pós-operatório tardio. Para isso, será aplicado o questionário BREAST-Q, um instrumento próprio para avaliação de cirurgias das mamas que já foi validado para uso no Brasil.

Sua participação neste estudo não é remunerada, assim também como os pesquisadores não terão qualquer benefício financeiro com ele.

Você não terá benefício direto com a realização desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Isabella de Carvalho Aguiar, você pode contatá-la no telefone: (11) 984101941. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP): (011) 5571-1062/ Fax: 5539-7162 e/ou Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pérola Byington: (011) 3248-8087.

As pacientes serão informadas sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

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

4. **Direito de privacidade:** Você tem garantida a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

5. **Declaração de danos:** Caso ocorra algum dano à sua pessoa, ainda que improvável, resultante diretamente de sua participação nesta pesquisa, o pesquisador e a Instituição serão os responsáveis. Você terá também, gratuitamente, todo o tratamento para recuperar algum dano causado pela pesquisa.

6. Recusa ou retirada:

Eu compreendo que minha participação é voluntária e eu posso recusar e retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso prejudique meu cuidado atual ou futuro nesta Instituição.

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

São Paulo, ____/____/____

Paciente ou Responsável

Pesquisador

Apêndice 2

Tabela 10. Valores individuais das principais características demográficas e clínicas das pacientes do Grupo Mastectomia.

N	Idade (anos)	IMC (Kg/m ²)	Etnia	Escolaridade	Localização Tumor (mama)	Radioterapia
1	49	23,24	0	2	E	N
2	49	24,52	1	2	E	N
3	50	23,03	1	2	E	N
4	47	22,06	1	2	D	N
5	37	24,30	0	2	E	N
6	35	19,26	0	3	E	N
7	45	25,21	0	1	E	N
8	37	20,86	0	3	D	N
9	42	22,76	1	2	E	N
10	43	22,06	0	2	D	S
11	41	25,08	1	2	E	S
12	39	21,87	0	2	D	N
13	35	22,89	0	3	E	N
14	51	20,40	0	2	D	N
15	50	30,48	1	2	E	N
16	35	26,12	0	3	E	N
17	39	22,41	0	3	D	N
18	37	20,40	0	3	D	N
19	35	23,46	0	3	E	N
20	37	23,18	0	3	D	N
21	40	22,77	0	2	D	N
22	37	20,80	0	2	D	N
23	37	21,99	1	3	D	N
24	50	24,61	1	2	D	N

N	Idade (Anos)	IMC (Kg/m²)	Etnia	Escolaridade	Localização Tumor (mama)	Radioterapia
25	39	21,36	0	3	E	N
26	40	18,63	0	1	D	N
27	47	21,36	0	1	D	N
28	43	20,13	1	1	D	N
29	39	19,88	1	2	D	N
30	48	22,58	0	2	E	N
31	39	21,36	0	3	D	N
32	52	23,73	0	3	D	N
33	45	23,14	0	1	E	N
34	47	19,00	1	1	D	N
35	37	21,23	0	3	E	N
36	39	21,97	0	1	D	N
37	39	19,72	1	3	E	N
38	49	26,62	1	2	E	N
39	41	25,71	0	2	D	N
40	52	18,81	0	3	E	N
41	41	22,59	0	1	D	N
42	39	22,65	0	1	D	N
43	51	21,26	0	3	E	N
44	41	21,45	1	2	E	N
45	37	20,28	0	3	D	N
46	50	22,48	0	2	E	N
47	37	24,77	0	2	E	N
48	50	21,30	1	2	D	N
49	48	24,38	0	3	E	N
50	46	26,96	1	2	E	N
51	42	33,71	0	1	D	N
52	49	24,62	0	1	D	S
53	55	22,86	0	2	D	N
54	55	31,22	0	2	D	N

N	Idade (Anos)	IMC (Kg/m ²)	Etnia	Escolaridade	Localização Tumor (mama)	Radioterapia
55	55	22,96	0	1	D	S
56	51	27,38	0	3	D	S
57	50	19,84	1	1	E	S

IMC: Índice de Massa Corpórea; Etnia: 0=Branco, 1=Não Branco; Escolaridade: 0=Fundamental, 2=Médio, 3=Superior; E: Esquerda; D: Direita; N: Não; S: Sim.

Tabela 11. Valores individuais das principais características demográficas e clínicas das pacientes do Grupo Reconstrução.

N	Idade (anos)	IMC (Kg/m ²)	Etnia	Escolaridade	Localização Tumor(mama)	Radioterapia	Tipo de Cirurgia
1	50	24,92	0	1	E	N	1
2	47	22,49	1	3	E	N	1
3	43	20,70	0	2	E	N	1
4	39	22,21	0	2	E	N	1
5	40	22,49	0	2	E	N	1
6	39	27,34	0	3	D	N	1
7	50	20,18	0	1	E	N	1
8	41	20,66	0	2	D	N	1
9	45	28,40	0	2	E	N	1
10	44	20,66	1	1	D	N	1
11	50	20,40	0	1	D	N	1
12	41	23,14	0	3	D	N	1
13	43	21,61	0	2	E	N	1
14	43	23,05	0	1	D	N	1
15	41	23,31	1	2	D	N	1
16	48	22,86	0	1	E	N	1
17	50	20,08	0	1	D	N	1
18	48	22,58	0	2	D	N	1

N	Idade (Anos)	IMC (Kg/m²)	Etnia	Escolaridade	Localização Tumor(mama)	Radioterapia	Tipo de Cirurgia
19	49	22,06	1	1	E	N	1
20	37	23,11	1	2	D	N	1
21	41	20,44	0	3	E	N	1
22	39	21,16	0	3	E	S	1
23	48	21,33	0	2	D	N	1
24	49	23,03	1	1	E	N	1
25	41	22,91	0	1	E	S	1
26	48	22,68	1	1	D	N	1
27	39	20,20	1	2	D	N	1
28	39	22,06	0	3	D	N	1
29	49	23,11	0	2	E	N	1
30	50	26,17	0	2	E	N	1
31	39	22,13	0	1	D	N	1
32	50	23,46	0	1	E	N	1
33	48	22,91	1	1	E	N	1
34	39	19,57	1	3	D	N	1
35	49	20,62	0	1	E	N	1
36	39	22,58	0	3	D	N	1
37	50	22,86	1	3	E	N	1
38	47	24,22	1	3	E	N	2
39	43	33,30	0	1	D	S	2
40	32	29,14	0	1	D	S	2
41	42	27,34	0	2	E	N	2
42	43	22,72	0	2	D	S	2
43	30	23,94	0	2	E	S	2
44	42	23,23	0	2	E	N	2
45	48	25,78	0	1	E	N	2
46	49	25,07	0	3	D	S	2
47	42	23,92	0	2	E	N	2
48	47	27,43	0	3	D	N	2

N	Idade (Anos)	IMC (Kg/m²)	Etnia	Escolaridade	Localização Tumor(mama)	Radioterapia	Tipo de Cirurgia
49	44	28,72	0	2	E	S	2
50	47	23,73	0	3	D	N	2
51	44	22,48	0	2	E	S	1
52	40	30,11	0	3	D	S	2
53	41	28,52	0	3	E	N	2
54	50	28,30	1	2	E	S	2
55	46	26,45	0	2	E	N	2
56	55	25,53	0	3	E	N	2
57	49	22,57	0	2	E	N	2

IMC: Índice de Massa Corpórea; Etnia: 0=Branco, 1=Não Branco; Escolaridade: 0=Fundamental, 2=Médio, 3=Superior; E: Esquerdo; D: Direito; N: Não; S: Sim. Tipo de Cirurgia: 1=Reconstrução com o Retalho Musculocutâneo do Latíssimo do Dorso e Prótese; 2=Reconstrução com Expansor de Tecido e Prótese.

Tabela 12. Valores individuais dos escores do questionário BREAST-Q[®] do Grupo Mastectomia.

N	SM	BEPS	BEF	BES	SCP	SEM	SA
1	48	57	100	46	100	100	100
2	38	47	100	100	100	100	100
3	38	47	100	72	100	100	100
4	38	45	85	46	100	100	100
5	63	76	100	46	100	100	100
6	0	34	100	100	100	100	100
7	58	63	100	46	100	100	100
8	58	63	100	46	100	100	100
9	0	0	53	100	100	100	100
10	38	47	100	46	100	100	100
11	58	73	100	46	100	100	100
12	0	0	100	100	100	100	100

N	SM	BEPS	BEF	BES	SCP	SEM	SA
13	38	36	53	72	100	100	100
14	58	63	100	46	100	100	100
15	43	47	100	100	100	100	100
16	0	0	60	100	100	100	100
17	58	58	100	46	100	100	100
18	0	0	77	100	100	100	100
19	58	47	100	100	100	100	100
20	100	100	100	46	100	100	100
21	38	47	100	100	100	100	100
22	38	37	81	46	100	100	100
23	0	0	74	100	100	100	100
24	38	60	100	46	100	100	100
25	0	0	100	100	100	100	100
26	53	73	74	60	100	100	100
27	43	50	100	72	100	100	100
28	53	70	68	46	100	100	100
29	58	60	100	46	100	100	100
30	0	0	81	100	100	100	100
31	58	47	85	60	100	100	100
32	33	0	66	100	81	100	100
33	53	39	91	100	100	100	100
34	43	50	50	46	100	100	100
35	100	100	100	0	100	100	100
36	38	58	100	46	100	100	100
37	58	47	91	46	100	100	100
38	0	0	60	100	100	100	100
39	58	47	100	46	100	100	100
40	0	0	68	100	100	100	100
41	58	63	100	46	100	100	100
42	0	0	100	100	100	100	100
43	38	36	100	60	100	100	100

N	SM	SR	BEPS	BES	BEF	SPM	SI	SCP	SEM	SA
9	100	100	100	90	53	100	100	100	100	100
10	100	100	63	47	100	100	100	100	100	100
11	100	100	100	63	100	100	100	100	100	100
12	81	100	100	60	66	100	100	100	100	100
13	73	100	63	60	77	100	100	100	100	100
14	100	100	100	60	100	61	100	100	100	100
15	58	100	47	54	63	100	100	100	100	100
16	100	100	65	52	100	61	100	100	100	100
17	100	100	100	63	81	100	100	100	100	100
18	100	100	100	67	53	100	100	100	100	100
19	100	100	100	63	91	100	100	100	100	100
20	100	100	63	54	100	61	100	100	100	100
21	58	100	47	37	57	61	100	100	100	100
22	100	100	63	47	100	61	100	100	100	100
23	100	100	63	43	100	61	100	100	100	100
24	100	100	65	32	77	61	100	100	100	100
25	100	100	100	60	100	61	100	100	100	100
26	100	100	63	100	100	100	100	100	100	100
27	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
28	100	100	57	47	100	100	100	100	100	100
29	71	100	63	57	100	100	100	100	100	100
30	75	100	73	90	74	100	100	100	100	100
31	53	100	47	0	100	61	58	100	100	100
32	58	100	47	32	60	61	56	100	100	100
33	58	100	53	34	100	61	100	100	100	100
34	100	100	60	47	60	61	100	100	100	100
35	100	100	63	63	50	61	100	100	100	100
36	40	100	36	0	50	61	100	100	100	100
37	100	100	63	32	100	61	100	100	100	100
38	58	75	53	47	74	100	100	100	100	100
39	52	75	53	49	68	100	60	100	100	100

N	SM	SR	BEPS	BES	BEF	SPM	SI	SCP	SEM	SA
40	57	75	58	47	57	100	59	100	100	85
41	54	86	52	45	50	100	62	100	100	100
42	64	86	58	60	50	100	59	100	100	100
43	75	100	100	100	74	100	85	100	100	100
44	53	86	50	47	71	100	59	100	100	100
45	61	100	53	49	68	100	62	100	100	100
46	71	100	48	52	68	100	69	100	100	100
47	58	67	50	39	50	61	67	100	100	100
48	49	75	60	41	60	100	59	100	84	91
49	59	100	57	47	77	100	100	100	100	100
50	50	61	49	45	57	100	65	100	100	100
51	75	86	67	63	85	100	74	100	100	100
52	67	75	79	67	71	100	77	100	100	100
53	58	86	50	47	85	100	67	100	100	100
54	58	86	53	52	50	100	71	100	100	100
55	59	100	67	60	71	100	65	100	100	100
56	57	86	55	47	71	100	65	100	100	100
57	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

SM- Satisfação com as mama; SR- Satisfação com o resultado; BEPS- Bem estar psicossocial; BES- Bem estar sexual; BEF- Bem estar físico; SPM- Satisfação com a papila mamária; SI- Satisfação com as informações; SCP- Satisfação com o cirurgião plástico; SEM- Satisfação com a equipe médica; SA- Satisfação ambulatorial.

Apêndice 3

Protocolo para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Ficha clínica de avaliação

Nº protocolo: _____

Grupo: () Mastectomia () Reconstrução com Implante

Idade: _____ Cor: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

História Patológica Progressiva:

() HAS () DM () Outros _____

() Cirurgias prévias _____

() Uso medicação? Quais? _____

História Fisiológica:

G _____ P _____ A _____ DUP _____

Menopausa: () sim () não Há quanto tempo? _____ Faz RH? _____

História Social:

() Tabagismo Há _____ anos. _____ Cig. /dia Parou há _____

Estado Civil: _____ Filhos (nº): _____

Escolaridade: () Fundamental () Médio () Superior

() Completo () Incompleto

Profissão: _____

Dados clínicos:

Localização tumor de mama: () D () E () Bilateral

Cirurgia oncológica: Data: ___/___/___

Linfadenectomia: () sim () não

Reconstrução mama: () imediata () tardia Data: ___/___/___

Técnica: () Expansor+prótese () Grande dorsal + prótese () Outro tipo de retalho + prótese () Prótese direto.

Fez simetrização? () sim () não Técnica _____

Fez reconstrução CAP? () sim () não Técnica _____

QT: () sim () não Terminou há _____

RT: () sim () não Terminou há _____

Anexo 1

Parecer Consubstanciado do CEP da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/ Hospital São Paulo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO BREAST-Q EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM IMPLANTES

Pesquisador: Isabella de Carvalho Aguiar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08383012.6.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 125.960

Data da Relatoria: 19/10/2012

Apresentação do Projeto:

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A reconstrução mamária tem papel fundamental na melhora da qualidade de vida das pacientes acometidas pelo câncer de mama. O estudo presente é um estudo primário, transversal, controlado, observacional, analítico. Serão selecionadas, consecutivamente, nos ambulatórios de Cirurgia Plástica e Mastologia do Hospital São Paulo, 100 mulheres entre 35 e 55 anos de idade, distribuídas em dois grupos: Grupo controle (n=50), pacientes submetidas à mastectomia; Grupo reconstrução (n=50), pacientes submetidas à mastectomia e reconstrução mamária imediata ou tardia, com o uso de implantes. Para a seleção das pacientes serão considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão: Pacientes do gênero feminino, entre 35 e 55 anos de idade, sem restrição quanto à etnia, escolaridade e classe social, que tiveram câncer mamário; Submetidas à mastectomia (grupo controle) ou reconstrução mamária com uso de implantes (grupo reconstrução) há pelo menos seis meses. As participantes que preencherem os critérios de elegibilidade serão esclarecidas sobre o estudo e só serão incluídas as que concordarem em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após assinatura do TCLE, será aplicado, por entrevista realizada o Mini Exame do Estado Mental. Em seguida será aplicado um instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos e então o questionário BREAST-Q. Os dados serão tabulados e submetidos à análise estatística. Serão utilizadas medidas de tendência central (mediana, média, desvio padrão) para descrição de

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@epm.br; arpmeleti@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



variáveis numéricas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Para comparar os grupos independentes quanto aos dados demográficos e clínicos, será utilizado o teste de Mann-Whitney para as variáveis numéricas e o teste do Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Para comparar os grupos quanto aos escore do BREAST-Q será utilizado o teste de Mann-Whitney. O teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher será usado para estudar possíveis associações em relação aos grupos e as variáveis estudadas. Para a análise será utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Inc., Chicago, USA), e o nível de rejeição da hipótese de nulidade será fixado em 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a satisfação de pacientes com a reconstrução mamária com implantes no pós-operatório tardio, utilizando o instrumento BREAST-Q.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a satisfação com as mamas;- Avaliar a satisfação com o resultado geral cirúrgico;- Avaliar o bem-estar psicossocial;- Avaliar o bem-estar sexual;- Avaliar o bem-estar físico;- Avaliar a satisfação do atendimento médico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem risco, nenhum procedimento invasivo (somente aplicação do questionário)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Aperfeiçoamento Pesquisa Científica em Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo da aluna Isabella de Carvalho Aguiar sob Orientadora: Profa Daniela Francescato Veiga e Coorientador: Prof. Dr. Miguel Sabino Neto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados adequadamente (folha de rosto e TCLE)

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@epm.br; arpmeleti@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 19 de Outubro de 2012

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Anexo 2

Questionário BREAST-Q[®] 37

Módulo mastectomia pós-operatório

Após ler cada pergunta, circule o número da resposta que melhor descreve sua situação. Se você não tiver certeza sobre como responder uma questão, escolha a resposta mais próxima de como você se sente. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Pensando na área de suas mamas, nas últimas duas semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você está com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Sua aparência no espelho <u>vestida</u> ?	1	2	3	4
b. O quanto confortavelmente seu sutiã se ajusta?	1	2	3	4
c. Conseguir usar roupas mais justas?	1	2	3	4
d. Sua aparência no espelho <u>despida</u> ?	1	2	3	4

2. Pensando na área de suas mamas, nas últimas duas semanas, com que frequência você se sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	As vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Confiante em um encontro social?	1	2	3	4	5
b. Emocionalmente capaz de fazer as coisas que você quer fazer?	1	2	3	4	5
c. Emocionalmente saudável?	1	2	3	4	5
d. Valorizada como outras mulheres?	1	2	3	4	5
e. Autoconfiante?	1	2	3	4	5
f. Feminina em suas roupas?	1	2	3	4	5
g. Aceitando seu corpo?	1	2	3	4	5
h. Normal?	1	2	3	4	5
i. Como outras mulheres?	1	2	3	4	5
j. Atraente?	1	2	3	4	5

Por favor, confirme se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

3. Nas últimas duas semanas, com que frequência você sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	As vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dores no pescoço?	1	2	3	4	5
b. Dores no alto das costas?	1	2	3	4	5
c. Dores nos ombros?	1	2	3	4	5
d. Dores nos braços?	1	2	3	4	5
e. Dores nas costelas?	1	2	3	4	5
f. Dores nos músculos do peito?	1	2	3	4	5
g. Dificuldade em levantar ou movimentar seus braços?	1	2	3	4	5
h. Dificuldade para dormir por causa de desconforto na região das mamas?	1	2	3	4	5
i. Áreas endurecidas na região das mamas?	1	2	3	4	5
j. Repuxo na região das mamas?	1	2	3	4	5
k. Sensação de incômodo na região das mamas?	1	2	3	4	5
l. Sensibilidade na região das mamas?	1	2	3	4	5
m. Dores agudas na região das mamas?	1	2	3	4	5
n. Dores localizadas na região das mamas?	1	2	3	4	5
o. Sensação dolorida na região das mamas?	1	2	3	4	5
p. Sensação de formigamento na região das mamas?	1	2	3	4	5

Por favor, confirme se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

4. Pensando em sua sexualidade, com que frequência, você geralmente se sente:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	As vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo	Não Aplicável
a. Sexualmente atraente em suas roupas?	1	2	3	4	5	N/A
b. Confortável / relaxada durante atividade sexual?	1	2	3	4	5	N/A
c. Sexualmente confiante?	1	2	3	4	5	N/A
d. Satisfeita com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
e. Sexualmente confiante com relação a aparência da(s) sua(s) mama(s) quando você está <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A
f. Sexualmente atraente quando <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

5. Estas perguntas são sobre seu cirurgião plástico. Você sentiu que ele/ela:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Era competente?	1	2	3	4
b. Lhe passou confiança?	1	2	3	4
c. Envolveu você no processo de decisão?	1	2	3	4
d. Te tranquilizou?	1	2	3	4
e. Respondeu a todas as suas perguntas?	1	2	3	4
f. Fez você se sentir confortável?	1	2	3	4
g. Foi detalhista?	1	2	3	4
h. Foi fácil de conversar?	1	2	3	4
i. Entendeu o que você queria?	1	2	3	4
	1	2	3	4

j.	Foi sensível?				
k.	Ouviu as suas preocupações?	1	2	3	4
l.	Estava disponível quando você teve suas preocupações?	1	2	3	4

Por favor, confirme se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

6. Estas perguntas são sobre os membros da equipe médica além do cirurgião (por exemplo: enfermeiras, outros médicos que cuidaram de você quando passou pela mastectomia). Você sentiu que eles:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente	
a.	Eram profissionais?	1	2	3	4
b.	Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c.	Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d.	Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e.	Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f.	Eram detalhistas?	1	2	3	4
g.	Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

7. Estas perguntas são a respeito dos profissionais do ambulatório ou consultório (por exemplo: secretárias, enfermeiras do ambulatório ou da clínica). Você sentiu que eles:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente	
a.	Eram profissionais?	1	2	3	4
b.	Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c.	Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d.	Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4

e.	Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f.	Eram detalhistas?	1	2	3	4
g.	Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.

Módulo reconstrução pós-operatório

As perguntas seguintes são sobre suas mamas e sobre a cirurgia de reconstrução das mamas. Após ler cada pergunta, circule o número da resposta que melhor descreve sua situação. Se você não tiver certeza sobre como responder a uma questão, escolha a resposta que mais se aproxima de como você se sente. Por favor, responda a todas as questões.

1. Pensando em suas mamas, nas últimas duas semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Sua aparência no espelho <u>vestida</u> ?	1	2	3	4
b. A forma da(s) sua(s) mama(s) reconstruída(s) quando você está usando sutiã?	1	2	3	4
c. O quanto normal você se sente em suas roupas?	1	2	3	4
d. O tamanho de sua(s) mama(s) reconstruída(s)?	1	2	3	4
e. Conseguir usar roupas mais justas?	1	2	3	4
f. Como suas mamas estão alinhadas entre si?	1	2	3	4
g. O quanto confortavelmente seu sutiã se ajusta ?	1	2	3	4
h. A maciez de sua(s) mama(s) reconstruída(s)?	1	2	3	4
i. O quanto iguais em tamanho suas mamas são uma com a outra?	1	2	3	4
j. O quanto natural sua(s) mama(s) reconstruída(s) aparenta(m)?	1	2	3	4
k. O quanto naturalmente sua(s) mama(s) reconstruída(s) se posicionam?	1	2	3	4
l. Como é a sensação de tocar sua(s) mama(s) reconstruída(s) ?	1	2	3	4
m. O quanto sua(s) mama(s) reconstruída(s) parece(m) parte natural do seu corpo?	1	2	3	4
n. O quanto próximas suas mamas estão uma da outra em aparência?	1	2	3	4
o. Como sua(s) mama(s) reconstruída(s) se parece(m) agora se comparadas a como eram antes de qualquer cirurgia?	1	2	3	4
p. Como é sua aparência no espelho quando <u>despida</u> ?	1	2	3	4

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

Esta pergunta é sobre a reconstrução de mamas usando IMPLANTES. Se você não possui implante(s), pule para a questão 3. Se você possui implante(s), por favor, responda a questão 2 abaixo.

2. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. A quantidade de ondulações, rugas, em seu(s) implante(s) que você pode ver?	1	2	3	4
b. A quantidade de ondulações, rugas, em seu(s) implante(s) que você pode <u>sentir</u> ?	1	2	3	4

3. Nós gostaríamos de saber como você se sente sobre o resultado de sua cirurgia de reconstrução em si. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação:

	Discordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Ter a mama reconstruída é uma alternativa melhor do que não ter mama(s).	1	2	3
b. Eu encorajaria outras mulheres em minha situação a passar pela cirurgia de reconstrução.	1	2	3
c. Eu faria novamente.	1	2	3
d. Não me arrependo de ter feito a cirurgia.	1	2	3
e. Passar pela cirurgia mudou minha vida para melhor.	1	2	3
f. O resultado atingiu minhas expectativas perfeitamente.	1	2	3
g. Aconteceu do jeito que eu planejei.	1	2	3

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

4. pensando em suas mamas, nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	As vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Confiante em um encontro social?	1	2	3	4	5
b. Emocionalmente capaz de fazer as coisas que você quer?	1	2	3	4	5
c. Emocionalmente saudável?	1	2	3	4	5
d. Valorizada como outras mulheres?	1	2	3	4	5
e. Autoconfiante?	1	2	3	4	5
f. Feminina em suas roupas?	1	2	3	4	5
g. Aceitando seu corpo?	1	2	3	4	5
h. Normal?	1	2	3	4	5
i. Como as outras mulheres?	1	2	3	4	5
j. Atraente?	1	2	3	4	5

5. Pensando em sua sexualidade, desde a reconstrução de sua(s) mama(s), com que frequência, você geralmente se sente:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	As vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo	Não Aplicável
a. Sexualmente atraente em suas roupas?	1	2	3	4	5	N/A
b. Confortável / relaxada durante atividade sexual?	1	2	3	4	5	N/A
c. Sexualmente confiante?	1	2	3	4	5	N/A
d. Satisfeita com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
e. Sexualmente confiante com relação à aparência da(s) sua(s) mama(s) quando você está <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

f. Sexualmente atraente <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A
--	---	---	---	---	---	-----

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

6. Nas últimas 2 semanas, com que frequência, você sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	As vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dores no pescoço?	1	2	3	4	5
b. Dores no alto das costas?	1	2	3	4	5
c. Dores nos ombros?	1	2	3	4	5
d. Dores nos braços?	1	2	3	4	5
e. Dor nas costelas?	1	2	3	4	5
f. Dores nos músculos do peito?	1	2	3	4	5
g. Dificuldade em levantar ou movimentar seus braços?	1	2	3	4	5
h. Dificuldade para dormir por causa de desconforto na região das mamas?	1	2	3	4	5
i. Áreas endurecidas na região das mamas?	1	2	3	4	5
j. Repuxo na região das mamas?	1	2	3	4	5
k. Sensação de incômodo na região das mamas?	1	2	3	4	5
l. Sensibilidade na região das mamas?	1	2	3	4	5
m. Dores agudas na região das mamas?	1	2	3	4	5
n. Dores localizadas na região das mamas?	1	2	3	4	5
o. Sensação dolorida na região das mamas?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Esta pergunta é sobre reconstrução de MAMILOS. Se você não passou por reconstrução de mamilos, por favor pule para a questão 11. Se você passou por reconstrução de mamilo, responda à pergunta 10 abaixo.

10. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você está com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. O formato de seu(s) mamilo(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4
b. A aparência do(s) mamilo(s) e da(s) auréola(s) reconstruídos?	1	2	3	4
c. O quanto natural o(s) mamilo(s) e a(s) auréola(s) reconstruídos aparentam?	1	2	3	4
d. A cor do(s) mamilo(s) e da(s) auréola(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4
e. A altura (projeção) de seu(s) mamilo(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

11. O quanto satisfeita ou insatisfeita você esteve quanto às informações que recebeu do seu cirurgião plástico sobre:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Como a cirurgia de reconstrução seria feita?	1	2	3	4
b. Tempo de cicatrização e recuperação?	1	2	3	4
c. Possíveis complicações?	1	2	3	4
d. As opções que foram dadas a você sobre <u>tipos</u> de reconstrução de mamas?	1	2	3	4
e. As opções que foram dadas a você sobre o <u>momento</u> de reconstrução de suas mamas (ou seja, mesmo tempo que sua mastectomia ou posterior)?	1	2	3	4
f. Os prós e contras do <u>momento</u> de reconstrução de suas mamas?	1	2	3	4
g. Quanto tempo o processo de reconstrução de suas mamas levaria do início ao fim?	1	2	3	4
h. Que tamanho você poderia esperar que suas mamas seriam após a cirurgia de reconstrução?	1	2	3	4
i. Quanta dor você poderia esperar na recuperação?	1	2	3	4
j. Que aparência você poderia esperar das suas mamas após a cirurgia?	1	2	3	4
k. Quanto tempo após a cirurgia de reconstrução levaria para você se sentir normal de novo?	1	2	3	4
l. Como a cirurgia poderia afetar futuros rastreamentos de câncer de mama (por exemplo, mamografia, autoexame)?	1	2	3	4
m. Falta de sensibilidade em sua(s) mama(s) ou mamilo(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4
n. A experiência de outras mulheres em suas cirurgias de reconstrução de mamas?	1	2	3	4
o. Como seriam as suas cicatrizes?	1	2	3	4

12. Estas perguntas são sobre seu cirurgião plástico. Você sentiu que ele/ela:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Era competente?	1	2	3	4
b. Te passou confiança?	1	2	3	4
c. Envolveu você no processo de decisão?	1	2	3	4
d. Te tranquilizou?	1	2	3	4
e. Respondeu a todas as suas perguntas?	1	2	3	4
f. Fez você se sentir confortável?	1	2	3	4
g. Foi detalhista?	1	2	3	4
h. Foi fácil de conversar?	1	2	3	4
i. Entendeu o que você queria?	1	2	3	4
j. Foi sensível?	1	2	3	4
k. Ouviu as suas preocupações?	1	2	3	4
l. Estava disponível quando você ficou preocupada com algo?	1	2	3	4

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

13. Estas perguntas referem-se aos membros da equipe médica além do cirurgião por exemplo: enfermeiras, outros médicos que cuidaram de você no hospital quando você passou pela cirurgia de reconstrução das mamas. Você sentiu que eles:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Trataram você com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e. Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f. Eram detalhistas?	1	2	3	4
g. Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

14. Estas perguntas são a respeito dos profissionais do consultório (por exemplo: secretárias, enfermeiras do ambulatório ou da clínica). Você sentiu que eles:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e. Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f. Eram detalhistas?	1	2	3	4
g. Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.

Anexo 3

Autorização do uso do questionário na versão em português

Dear Isabella,

Thank you for sending a scanned copy of the signed User Agreement. May I take this opportunity to remind you that we must receive the original signed User Agreement by post for our records.

I am pleased to send you today the Portuguese for Brazil version of the Breast-Q Reconstruction and Mastectomy modules free of charge. Please find it attached together with the scoring manual.

Please note that the translator who produced these translations is about to begin his project and plans on publishing an article on the development of his version some time next year. Thus, I would like to kindly ask you not to publish anything on your work until September 2013. By this time his article should already be in press and you can publish an article on your work (according to the conditions listed in section "1.5 Publication" of the user agreement you signed with us) after this date. Thank you in advance for your understanding.

We wish you all the best for your study and if you have any questions or concerns please don't hesitate to contact me directly.

Best regards,
Iliana

Iliana PETKOVA
PRO Information Support
MAPI Research Trust
27 rue de la Villette | 69003 Lyon | France
Tel.: [+33 \(0\)4 72 13 65 75](tel:+330472136575) | Fax: [+33 \(0\)4 72 13 55 73](tel:+330472135573)
E-mail: ipetkova@mapigroup.com

Please visit our websites www.mapi-store.com | www.mapi-trust.org | www.proqolid.org | www.mapigroup.com

This transmission (including any attachment) is intended solely for the use of the addressee(s) and may contain confidential information including trade secrets which are privileged, confidential, exempt from disclosure under applicable law and/or subject to copyright. If you are not an intended recipient, any use, disclosure, distribution, reproduction, review or copying (either whole or partial) is unauthorized and may be unlawful. E-mails are susceptible to alteration and their integrity cannot be guaranteed. The MAPI GROUP shall not be liable for this e-mail if modified or falsified. If you are not the intended recipient of this e-mail, please delete it immediately from your system and notify the sender of the wrong delivery and the mail deletion.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em:
<http://www.decs.bvs.br/>. Acesso em 29/06/2016.
- Instituto Nacional do Câncer – INCA. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>)
Acesso em: 29/06/2016.
- World Health Organization Quality of Life - WHOQOL.
http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/. Acesso em:
23/05/2016.
- GEORGE, D.; MALLERY, P. SPSS for Windows step by step: A simple
guide and reference. 2003; 4th - 11.0 update.