



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão
Mestrado Profissional Em Ciências Para a Saúde

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de Estado de Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS

Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS

Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

**CIRURGIA ONCOPLÁSTICA E RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA IMEDIATA EM PACIENTES COM CÂNCER
DE MAMA: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES OPERADAS
EM UM SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO DISTRITO
FEDERAL**

Aluna: Lucimara Priscila Campos Veras Giorgi

Orientadora: Dra. Adriana Haack de Arruda Dutra

BRASÍLIA - DF

2018

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA E RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES OPERADAS EM UM SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher.

Autora: Lucimara Priscila Campos Veras Giorgi

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Haack de Arruda Dutra

**BRASÍLIA
2018**

Campos Veras Giorgi, Lucimara Priscila

Cirurgia oncoplástica e reconstrução mamária imediata em pacientes com câncer de mama: Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida de pacientes operadas em um serviço de mastologia do Distrito Federal / Lucimara Priscila Campos Veras Giorgi; orientador Adriana Haack de Arruda Dutra. –

- Brasília, 2018.

107 p.

Dissertação (Mestrado – Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências para a Saúde ESCS/FEPECS) - -

Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciência da Saúde, 2018.

1. Saúde da mulher. 2. Câncer de mama. 3. Tratamento cirúrgico. 4. Oncoplastia. 5. Reconstrução mamária imediata. I. Haack de Arruda Dutra, Adriana, orient. II. Título



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Lucimara Priscila Campos Veras

“Cirurgia oncolástica e reconstrução mamária imediata em pacientes com câncer de mama: avaliação da satisfação e qualidade de vida de pacientes operadas em um serviço de mastologia do Distrito Federal

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 04/05/2018*.

Prof.(a). Dr.(a). Adriana Haack de Arruá Dutra
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Ana Cláudia Marais Godoy Figueiredo
SESDF
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Ângela Ferreira Barros

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 04/05/2018*

Dedico esse trabalho à minha família e amigos
pelo apoio, força e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, nosso criador, pelo dom da vida e pela oportunidade de mais um momento de grande aprendizado.

À minha mãe, meu porto seguro, que sempre me incentivou a acreditar e lutar pelos meus sonhos.

Ao meu marido Ronald pela paciência por tantos momentos dedicados a esse trabalho.

Às minhas irmãs Luciana e Luciara pelo apoio e momentos felizes.

À minha orientadora Prof^a. Dra. Adriana Haack pelo apoio e cuidado em cada momento desse trabalho.

Aos companheiros de mestrado e à minha amiga Fabiana por dividirem comigo todos os momentos dessa jornada.

Aos membros da banca examinadora Prof. Dr. Levy Aniceto Santana, Prof^a. Dra. Ana Cláudia Morais Godoy Figueiredo, Prof^a. Dra. Ângela Ferreira Barros por aceitarem meu convite.

Ao serviço de Mastologia do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF e em especial às pacientes, guerreiras e vitoriosas, pela confiança depositada neste trabalho.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para meu aprendizado durante todo o processo desse trabalho.

*“Enquanto houver vontade de lutar
Haverá esperança de vencer.”
Santo Augustinho*

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um importante problema de saúde pública, sendo o segundo tipo mais comum de câncer no mundo e o mais comum entre as mulheres. Os elevados indicadores de mortalidade e o impacto psicológico causado pelas alterações na imagem corporal torna-o uma doença temida pelas mulheres. Avanços no tratamento cirúrgico possibilitaram associar o tratamento oncológico à bons resultados estéticos, impactando positivamente na qualidade de vida dessas pacientes.

Objetivo: Avaliar a satisfação e a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama por meio da cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama.

Produtos: Essa dissertação de mestrado constituiu-se de dois artigos científicos: 1) artigo original "Cirurgia oncoplástica e reconstrução mamária imediata em pacientes com câncer de mama: avaliação da satisfação e qualidade de vida de pacientes operadas em um serviço de mastologia do Distrito Federal". Esse artigo foi submetido a revista JAMA em 11/04/2018; 2) artigo de revisão sistemática com metanálise intitulado "Satisfação com a reconstrução mamária em mulheres com câncer: revisão sistemática com metanálise". Optou-se pela realização da revisão sistemática devido à escassez de estudos de revisão acerca do assunto até o momento, o que pode corroborar para a tomada de decisões sobre a terapêutica do câncer de mama.

Métodos: 1) Artigo original: trata-se de um estudo transversal realizado com mulheres atendidas no serviço de mastologia de um hospital de referência do Distrito Federal e submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama no período de dezembro de 2016 a maio de 2017. Satisfação com o resultado cirúrgico e qualidade de vida foram avaliadas através do BREAST-Q, módulo de reconstrução mamária pós-operatório. 2) Revisão sistemática: A busca dos estudos foi realizada nas principais bases de dados (Medline, Embase, Scopus, Lilacs, Scielo, Web of Science e science direct) bem como nas listas de referências dos artigos selecionados. Pesquisas de coorte, caso-controle e ensaios clínicos randomizados que investigaram a melhora na qualidade de vida e satisfação do paciente com questionários validados após a reconstrução mamária imediata em mulheres tratadas com câncer de mama foram incluídas na revisão. Não houve limitação quanto ao idioma ou data da publicação. A seleção dos artigos e extração dos dados foram realizadas por dois revisores de forma

independente. Foram realizadas metanálise com efeito randômico, análises de subgrupo e metaregressões.

Resultados: 1) Artigo original: A pontuação média global no BREAST-Q foi superior a 54.2 para os indicadores de satisfação e qualidade de vida. Observou-se que para cada ano de idade houve um aumento de 0.15 no escore de bem-estar sexual ($p<0.02$), 0.83 pontos no escore de satisfação com a equipe médica ($p<0.02$) e 0.23 pontos no score de satisfação com o cuidado ($p<0.04$). 2) Revisão sistemática e metanálise: Foram incluídos 77 estudos que contemplaram os critérios de elegibilidade da revisão e publicadas até 2017. A metanálise mostrou que os domínios satisfação com as mamas, psicológica e sexual apresentaram maior média no grupo de mulheres que realizaram reconstrução mamária.

Conclusão: Estudos sinalizam que a reconstrução da mama pode melhorar a satisfação e qualidade de vida de mulheres com câncer que realizam tratamento cirúrgico com mastectomia. Ainda, é necessário a realização de estudos mais robustos para qualificar a evidência científica sobre o tema.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, mamoplastia, Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos, Qualidade de Vida, Satisfação do Paciente, Estudos de Coortes, Estudos de Casos e Controles

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is an important public health problem, being the second most common type of cancer in the world and the most common among women. High mortality indicators and the psychological impact caused by changes in body image make it a disease feared by women. Advances in surgical treatment made it possible to associate oncological treatment with good aesthetic results, positively impacting the quality of life of these patients.

Objective: To evaluate the satisfaction and the quality of life of the patients submitted to the surgical treatment of breast cancer through the oncoplastic and reconstructive surgery of the breast.

Products: This masters dissertation consisted of two scientific articles: 1) original article "Oncoplastic surgery and immediate breast reconstruction in patients with breast cancer: evaluation of the satisfaction and quality of life of patients submitted to surgical interventions in mastology service of the Federal District ". This article was submitted to JAMA on April 11, 2018; 2) Systematic review article with meta-analysis entitled "Satisfaction with breast reconstruction in women with cancer: systematic review with meta-analysis". It was decided to carry out the systematic review due to the scarcity of review studies about the subject until the present moment, which can corroborate for the decision making on the therapy of breast cancer.

Methods: 1) Original article: this is a cross-sectional study with women attended at the mastology service of a reference hospital in the Federal District and submitted to the surgical treatment of breast cancer from December 2016 to May 2017. Satisfaction with surgical outcome and quality of life were assessed through the postoperative breast reconstruction module of BREAST-Q. 2) Systematic review: The search of the studies was carried out in the main databases (Medline, Embase, Scopus, Lilacs, Scielo, Web of Science and science direct) as well as in the reference lists of the selected articles. Cohort, case-control, and randomized clinical trials that investigated improvement in quality of life and patient satisfaction after immediate breast reconstruction in women treated with breast cancer were included in the review. There was no limitation on the language or date of publication. The selection of articles and data extraction were performed by two reviewers independently. Meta-analyzes with random effects and sensitivity analyzes were performed.

Results: 1) Original article: The overall mean score in BREAST-Q was higher than 54.2 for satisfaction and quality of life indicators. It was observed that for each year of age there was an increase of 0.15 in the sexual well-being score ($p < 0.02$), 0.83 points in the satisfaction score with the medical team ($p < 0.02$) and 0.23 points in the satisfaction score with the care received ($p < 0.04$). 2) Systematic review and meta-analysis: We included 77 studies that met the criteria for eligibility of the review and published until 2017. The meta-analysis showed that the domains satisfaction with the breasts, psychological and sexual presented a higher average in the group of women who underwent breast reconstruction.

Conclusion: Studies indicate that breast reconstruction immediate can improve the satisfaction and quality of life of women with cancer who underwent surgical treatment. Still, it is necessary to carry out more robust studies to qualify the scientific evidence on the subject.

Key words: Breast Neoplasms, Mammoplasty, Reconstructive Surgical Procedures, Quality of life, Patient satisfaction, Cohort studies, Case-control studies

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAM	Complexo aréolo-mamilar
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DF	Distrito Federal
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
NSABP	National Surgical Adjuvant Breast Project
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SUS	Sistema Único de Saúde
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA.....	15
2 PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA.....	15
3 IMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE MAMA.....	16
4 TERAPÊUTICAS DO CÂNCER DE MAMA.....	17
5 SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DAS PACIENTES RECONSTRUÍDAS.....	19
6 OBJETIVO.....	19
7 PRODUTOS.....	20
8 REFERÊNCIAS.....	20
9 ARTIGO ORIGINAL	23
9.1 INTRODUÇÃO.....	25
9.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
9.3 RESULTADOS	32
9.4 DISCUSSÃO	40
9.5 CONCLUSÃO.....	43
9.6 REFERÊNCIAS	43
10 REVISÃO SITEMÁTICA E METANÁLISE.....	48
10.1 INTRODUÇÃO.....	50
10.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	52
10.3 RESULTADOS	54
10.4 DISCUSSÃO	76
10.5 CONCLUSÃO.....	78
10.6 REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	94

	14
ANEXOS.....	101

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

Sou médica graduada há oito anos e há cinco me dedico à especialidade médica - mastologia, sendo o mastologista o profissional que estuda, previne, diagnostica e trata todas as doenças e anomalias da mama. Cursei minha residência médica no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), onde aprendi que devemos enxergar a paciente como um todo, sempre buscando proporcioná-la, além de um tratamento eficaz, um bem-estar físico e psicológico.

Durante esses anos, em contato direto com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal (DF), pude observar que a maioria das pacientes tratadas de câncer de mama encontra grandes dificuldades em realizar a reconstrução mamária, sendo obrigadas a conviver e a aceitar as assimetrias e mutilações impostas pelo tratamento cirúrgico.

Além de terem que enfrentar todo o estigma social e o medo causado pela doença, as pacientes são obrigadas a conviver com defeitos, assimetrias e alterações na imagem corporal, o que pode impactar negativamente na qualidade de vida e em suas relações familiares e sociais.

A reconstrução mamária em pacientes tratadas por câncer de mama encontra barreiras dentro do próprio sistema de saúde, incluindo a falta de profissionais capacitados, escassez de material e próteses adequadas, bem como a dificuldade de se realizar uma reconstrução mamária tardia em pacientes já tratadas pela doença. Além do mais, muitas pacientes não conhecem seus direitos e os benefícios que tal tratamento pode trazer à sua vida.

Em conversa com minha orientadora e demais colaboradores, a fim de definir o tema a ser abordado durante o mestrado, levantaram-se algumas questões para estudo, porém a idealização de mostrar ao SUS que a reconstrução mamária imediata melhora a qualidade de vida e tem um impacto positivo na vida de pacientes tratadas de câncer de mama fizeram-me concluir que não haveria mais dúvidas quanto à escolha do tema.

2 PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública e diminuir sua mortalidade, mesmo com os avanços em nível de atenção primária, permanece um desafio a ser vencido. As mais novas estimativas apontam que o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o mais comum entre as mulheres, sendo responsável por aproximadamente 28% dos casos novos a cada ano¹.

No Brasil, estima-se que para 2018 e 2019 ocorrerão 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano. A incidência esperada desse câncer varia de acordo com cada região do Brasil, sendo que para o Distrito Federal, para o ano de 2018, a taxa bruta será na ordem de 62,10 casos para cada 100 mil mulheres¹.

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada para a população mundial é ascendente. No Brasil, em 2013, essa doença representou a primeira causa de morte por câncer na população feminina, com 12,66 óbitos/100.000 mulheres. A ocorrência do desfecho sofre influência de diversos fatores, dentre eles estão: conscientização das pacientes, presença de programas de triagem, oferta de exames, do diagnóstico precoce, estrutura do tratamento oferecido bem como de seu seguimento¹.

3 IMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é, justificadamente, uma das doenças mais temidas pelas mulheres, devido aos elevados indicadores de mortalidade e os efeitos psicológicos deletérios que acometem a percepção da imagem corporal e a sexualidade^{2,3}. A mama é considerada símbolo estético da fertilidade e da feminilidade desde a antiguidade, e permanece com seu valor até os dias atuais⁴.

Vários fatores se relacionam com o aumento do risco de desenvolver câncer de mama, sendo considerado uma doença multifatorial. Alguns desses fatores não podem ser modificados como sexo, idade, raça e fatores genéticos / hereditários. Outros fatores, relacionados ao comportamento do indivíduo, ao meio ambiente, ao estímulo estrogênico e à história reprodutiva da paciente, são fatores modificáveis e podem aumentar o risco de desenvolver a doença ao longo da vida^{5,6}.

O sexo feminino e a idade são os principais fatores de risco para se desenvolver o câncer de mama. É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres depois do câncer de pele não melanoma. A doença raramente acomete a população masculina, representando apenas 1% do total de casos da doença. A incidência da doença cresce progressivamente com a idade, principalmente após os 50 anos^{1,5}.

O câncer de mama genético / hereditário corresponde a apenas 5% a 10% do total de casos da doença e estão relacionados principalmente a ocorrência dos seguintes eventos: história familiar de câncer de ovário, história familiar de câncer de mama em homem, história familiar

de câncer de mama em parentes de primeiro grau e mutações genéticas, principalmente nos genes BRCA1 e BRCA2. Esse grupo de pacientes são considerados como de alto risco para o desenvolvimento da doença^{5,7}.

4 TERAPÊUTICA DO CÂNCER DE MAMA

Desde o Egito antigo até o início da década de 1930 a história refere que as cirurgias para o tratamento do câncer de mama eram agressivas e mutiladoras e tinham o objetivo de retirar todo o tecido tumoral, porém as condições e os recursos eram escassos, levando a alta morbimortalidade. O tratamento cirúrgico, portanto, não foi suficiente para reduzir essas taxas até o final do século XIX³. No final do século XIX, em 1894, Halsted divulgou suas experiências e ensinou os princípios técnicos da mastectomia radical, que consistia na retirada do tumor e da glândula mamária em monobloco com a musculatura peitoral e o conteúdo axilar, acreditando que o tratamento locorregional amplo levaria ao controle da doença. Halsted observou taxas de sobrevida melhor do que às encontradas anteriormente². A partir desse momento modificações da técnica original foram surgindo com o objetivo de manter a mesma eficácia e proporcionar menos danos estéticos, orgânicos e emocionais às pacientes.

Os esforços para reduzir a agressividade cirúrgica aumentaram e, com o advento da radioterapia, foi possível tentar cirurgias menos agressivas. Em 1968, no Instituto Nacional de Câncer de Milão, um grupo liderado por Umberto Veronesi confrontou a cirurgia conservadora associada a radioterapia com a mastectomia radical. Isso estimulou outros grupos a compararem a cirurgia conservadora à mastectomia quanto a sobrevida livre de doença. Após inúmeros ensaios clínicos, entre eles o Milão I, II, III e o Protocolo B-06 do *National Surgical Adjuvant Breast Project* (NSABP), e longos anos de acompanhamento, consolidou-se a cirurgia conservadora como o tratamento de primeira escolha para o câncer de mama em estádios iniciais, encerrando o paradigma Halstediano⁸⁻¹¹.

Vários estudos têm comparado a eficácia da mastectomia versus cirurgia conservadora seguida de radioterapia para erradicação de células tumorais residuais e descobriram que o tratamento conservador para o câncer de mama em estádios iniciais permite a preservação da glândula mamária com sobrevida livre de doença e sobrevida global equivalentes¹². O principal objetivo da retirada do tumor na cirurgia conservadora é alcançar margens de ressecção livres do tumor. Apesar dos esforços cirúrgicos margens comprometidas ainda ocorrem em cerca de 20-40% de todas as excisões tumorais^{13,14}. Outro objetivo importante da cirurgia conservadora

é alcançar um resultado estético satisfatório, de extrema importância para a satisfação e qualidade de vida da paciente. Resultados estéticos pobres ainda são observados em cerca de 30 - 40% das pacientes submetidas a cirurgias conservadoras^{15,16,17}.

Alguns tumores, a depender do tamanho e da localização, são mais difíceis de serem excisados, podendo comprometer as margens cirúrgicas e levar a resultados estéticos pobres. Técnicas de cirurgia plástica foram transportadas para a cirurgia conservadora da mama em 1980, na França, por Jean-Yves Petit, Jean-Yves Bobin e Michael Abbes. Alguns anos depois na Alemanha por Werner Audrescht e posteriormente foi difundida por meio de diversas publicações^{18,19}.

Novas abordagens cirúrgicas combinam ressecção oncológica com técnicas de cirurgia plástica no mesmo procedimento, permitindo a realização de excisões mais amplas, reduzindo as chances de comprometimento de margens cirúrgicas, sem comprometer o resultado estético^{8-11,20}. A cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama rapidamente ganhou aceitação e tem sido cada vez mais praticada. Por meio delas pode-se alcançar tratamento oncológico ideal, bons resultados estéticos e benefícios psicológicos à vida da paciente^{8,20}. Em trabalho prospectivo publicado encontrou-se que a cirurgia oncoplástica teve um impacto positivo na qualidade de vida e na autoestima de pacientes submetidas ao tratamento conservador da mama²¹.

O impacto psicossocial que a cirurgia da mama causa na paciente não pode ser deixado de lado. Quanto menos agressiva e mutilante for a cirurgia melhor tende a ser a qualidade de vida pós-cirúrgica dessas pacientes²⁰. Visando melhorar a saúde psíquica da mulher e o bem-estar físico o Congresso Nacional aprovou e a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.802 / 2013, que obriga o SUS a efetuar a cirurgia de reconstrução da mama no mesmo tempo cirúrgico à retirada do câncer, desde que existam condições técnicas para tal. No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. Essa Lei altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora da mama pelo SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, mas não fala sobre o momento da reconstrução mamária.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) somente 10% das pacientes brasileiras que são submetidas à mastectomia têm acesso a cirurgia reparadora no mesmo tempo cirúrgico. E quando a mama não é reconstruída no mesmo momento, 60% das

mulheres jamais farão o procedimento. A realização desses procedimentos pelo SUS encontra inúmeras limitações: custo da cirurgia superior à remuneração paga ao hospital, poucos médicos habilitados nas diferentes técnicas existentes, necessidade de novas intervenções cirúrgicas e falta de materiais adequados, dentre outros²². Enquanto no setor privado a cirurgia reparadora imediata após tratamento do câncer de mama é quase regra, no Sistema Único de Saúde o procedimento ainda é pouco abrangente. Uma maneira de diminuir às filas de espera dessas pacientes é ampliar o número de profissionais disponíveis e treinados para esse tipo de cirurgia.

As cirurgias oncoplásticas e reconstrutivas da mama englobam um conjunto de técnicas que devem ser empregadas visando o melhor resultado oncológico e estético-funcional, onde o resultado oncológico não pode ser mais separado da qualidade de vida.

5 SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DAS PACIENTES RECONSTRUÍDAS

A satisfação com o resultado estético e a qualidade de vida após a cirurgia são critérios importantes quando se analisa pacientes tratadas cirurgicamente de câncer de mama. A ausência da mama leva a alterações na percepção corporal e na sexualidade da mulher, além de causar transtornos psicológicos, podendo influenciar negativamente a qualidade de vida da paciente²³⁻²⁶.

A reconstrução mamária surge como uma opção à essas mulheres de minimizar os efeitos causados pela doença e recuperar a autoestima²⁷. Alguns estudos sugerem que a percepção corporal e sentimentos de atratividade melhoram após a realização do procedimento cirúrgico^{28,29,30}.

Estudar a qualidade de vida e a satisfação de pacientes reconstruídas após o tratamento do câncer de mama é indispensável para avaliar o resultado visto pela perspectiva da paciente. Dessa forma, obtêm-se informações de interesse à saúde pública acerca das fragilidades do tratamento cirúrgico, possibilitando que novos estudos e/ou intervenções sejam realizados, visando melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dessas mulheres.

6 OBJETIVO

Avaliar o grau de satisfação e a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama por meio de técnicas de cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama.

7 PRODUTOS

Como produtos dessa dissertação foram confeccionados:

- Pesquisa original

O artigo original foi desenvolvido buscando fazer um levantamento do perfil das pacientes atendidas no serviço de mastologia de um hospital de referência do Distrito Federal bem como a avaliação da qualidade de vida das pacientes que tiveram suas mamas reconstruídas imediatamente ao tratamento do câncer de mama. Utilizou-se como instrumento de pesquisa o BREAST-Q, um questionário validado e traduzido para o português, com o objetivo de avaliar o impacto e a eficácia das cirurgias mamárias vistas pela perspectiva dos pacientes. Com esse trabalho é possível mostrar a proporção de mulheres que foram beneficiadas com a reconstrução mamária entre dezembro de 2016 a maio de 2017 assim como o impacto positivo que tal procedimento pode trazer à vida da paciente. Com esses dados pode-se pleitar uma melhora no atendimento e no tratamento oferecido às pacientes no referido serviço. Este artigo foi submetido à revista Journal of the American Medical Association.

- Revisão sistemática com metanálise

Este artigo reflete o panorama mundial dos estudos publicados até 2018 que abordam os temas dessa dissertação: reconstrução mamária, satisfação e qualidade de vida de mulheres acometidas pelo câncer de mama. Sabe-se que a evidência científica oriunda de revisão sistemática, na maioria das vezes, serve como direcionamento para a prática clínica. Desse modo, optou-se por essa modalidade de revisão para produção de uma evidência com maior rigor metodológico e poder analítico. Ainda, foi observado a escassez de revisões sobre o tema, inclusive nos sites Internacional Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) e Cochrane.

8 REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Tipos de câncer [acesso em 14 fevereiro 2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama
2. Castilho RS, Amorim WC, Santos JL, Rezende CAL. Cirurgia conservadora da mama 1981-2002: uma visão histórica. Rev Médica de Minas Gerais 2008; 18(1):49-55.

3. Chagas CR, Menke CH, Vieira R, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. 3-10.
4. Bostwick J, Vasconez LO, Jurkiewics MJ. Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1978; 61: 682-93.
5. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Tipos de câncer [acesso em 25 fevereiro 2018]. Disponível em : http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1
6. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Câncer [acesso em 25 fevereiro 2018]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322
7. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Câncer de mama – Fatores de risco [acesso em 25 fevereiro 2018]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2015/fatores-de-risco.asp>
8. Clough KB, Kroll SS, Audretsch WN. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg*. 1999 Aug.; 104(2): 409-19.
9. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, Banfi A, Clemente C, De Lena M, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patient with small cancer of breast. *N Engl J Med*. 1981; 305: 6-11.
10. Veronesi U, Luini A, Del Vecchio M, et al. Radiotherapy after breast-preserving surgery in women with localized cancer of the breast. *N Engl J Med* 1993; 329(22): 1587-91.
11. Veronesi U, Volterrani F, Luini A, et al. Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. *Eur J Cancer* 1990; 26: 671-73.
12. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 347: 1227-32.
13. Kaufmann M, Morrow M, Von Minckwitz G, et al. Locoregional treatment of primary breast cancer: consensus recommendations from an International Expert Panel. *Cancer*. 2010; 116: 1184-1191.
14. Singletary SE. Surgical margins in patients with early-stage breast treated with breast conservation therapy. *AM J Surg*. 2002; 184: 383-393.
15. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surg Oncol*. 1999; 25: 571-573.
16. Waljee JF, Hu ES, Ubel PA, et al. Effect of esthetic outcome after breast-conserving surgery on psychosocial functioning and quality of life. *J Clin Oncol*. 2008; 26: 3331-3337.
17. Urban C, Lima R, Schunemann E, Spautz C, Rabinovich I, Anselmi K. Oncoplastic principles in breast conserving surgery. *Breast*. 2011; 20 suppl 3: S92-S95.

18. Delay E. [Plea for the development of oncoplastic surgery in breast cancer surgery]. *Ann Chir Plast Esthétique* 2008; 53: 85-7. In French.
19. Kaur N, Petit JY, Rietjens M, et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005; 12: 1-7
20. Haloua MH, Krekel NM, Winters HA, Rietveld DH, Meijer S, Bloemers FW, Van Den Tol MP. A systematic review of oncoplastic breast-conserving surgery: current weaknesses and future prospects. *Ann Surg.* 2013; 257: 609-620.
21. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, et al. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic conserving surgery. *Plast Reconstr Surg* 2010; 125 (3): 811 – 817.
22. Sociedade Brasileira de Mastologia [homepage na internet]. Menos de 10% das mulheres brasileiras têm acesso à cirurgia de reconstrução mamária [acesso em 21 junho 2016]. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=847:menos-de-10-das-mulheres-brasileiras-tem-acesso-a-cirurgia-de-reconstrucao-mamaria&catid=141&Itemid=684&device
23. Oliveira Riza Rute de, Moraes Sirlei Siani, Sarian Luís Otávio. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2010 Dec [cited 2018 Feb 25]; 32(12):602-608. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001200007>
24. Hopwood P (1993) The assessment of body image in cancer patients. *Eur J Cancer* 29a:276-281.
25. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 21:4184-4193.
26. Beckmann J, Johansen L, Richardt C, Blichert-Toft M (1983). Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer. Amputation versus resection of the breast with special reference to body-image, sexual identity and sexual function. *Dan Med Bull* 30(suppl 2):10–3.
27. Keith DJ, Walker MB, Walker LG, Heys SD, Sarkar TK, Hutcheon AW, et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(3):1051-6.
28. Hart S, Meyerowitz BE, Apolone G, Mosconi P, Liberati A (1997) Quality of life among mastectomy patients using external breast prostheses. *Tumori* 83:581–586.
29. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA (2000) Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 92:1422–1429.
30. Wellisch DK, Dimatteo R, Silverstein M (1989) Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: lumpectomy versus mas- tectomy. *Psychosomatics* 30:365–373.

9 ARTIGO ORIGINAL

Cirurgia Oncoplástica e reconstrução mamária imediata em pacientes com câncer de mama: avaliação da satisfação e qualidade de vida de pacientes operadas em um serviço de mastologia do Distrito Federal.

(Oncoplastic surgery and immediate breast reconstruction in patients with breast cancer: evaluation of the satisfaction and quality of life of patients submitted to surgical interventions in mastology service of the Federal District)

Lucimara Priscila Campos Veras Giorgi¹, Adriana Haack ²

RESUMO

Introdução: A cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama representa um avanço nas cirurgias de câncer de mama e combina ressecção oncológica com técnicas de cirurgia plástica, possibilitando alcançar tratamento oncológico ideal, bons resultados estéticos e melhora na qualidade de vida das pacientes.

Objetivo: Avaliar a satisfação e a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama por meio de técnicas de cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama.

Metodologia: Estudo transversal realizado com mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama por meio de técnicas oncoplásticas e/ou reconstrutivas da mama, atendidas no serviço de mastologia do Distrito Federal, no período de dezembro de 2016 a maio de 2017. O instrumento de pesquisa empregado para avaliar a satisfação e qualidade de vida foi o BREAST-Q. Na análise dos dados, foram utilizados os testes t ou Mann Whitney e regressão linear simples para avaliar a relação da idade com desfecho investigado.

Resultados: A amostra final foi composta por 15 mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade. A pontuação média global no BREAST-Q foi superior a 54.2 para os indicadores de satisfação e qualidade de vida. Observou-se que para cada ano de idade houve um aumento de 0.15 no escore de bem-estar sexual ($p<0.02$), 0.83 pontos no escore de satisfação com a equipe médica ($p<0.02$) e 0.23 pontos no score de satisfação com o cuidado recebido ($p<0.04$).

Conclusão: Este estudo sugere que a reconstrução mamária melhora a satisfação com a aparência das mamas e a qualidade de vida nas pacientes tratadas de câncer de mama. É necessário a realização de novos estudos longitudinais que permitam elucidar melhor o tema.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, mamoplastia, Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos, Qualidade de Vida, Satisfação do Paciente

ABSTRACT

Introduction: Oncoplastic and reconstructive breast surgery represents an advance in breast cancer surgeries and combines oncologic resection with plastic surgery techniques, enabling optimal cancer treatment, good aesthetic results and improvement in patients' quality of life.

Objective: To evaluate the satisfaction and the quality of life of the patients submitted to the surgical treatment of breast cancer through oncoplastic and reconstructive breast surgery techniques.

Methodology: A cross-sectional study with women undergoing surgical treatment of breast cancer through oncoplastic and / or reconstructive breast techniques, attended at the mastology service of the Federal District, from December 2016 to May 2017. The research instrument employed to evaluate satisfaction and quality of life was BREAST-Q. In the analysis of the data, student's t-test or the Mann-Whitney and simple linear regression were used to evaluate the relation between age and outcome investigated.

Results: The final sample consisted of 15 women who met the eligibility criteria. The overall mean score in BREAST-Q was greater than 54.2 for the indicators of satisfaction and quality of life. It was observed that for each year of age there was an increase of 0.15 in the sexual well-being score ($p < 0.02$), 0.83 points in the satisfaction score with the medical team ($p < 0.02$) and 0.23 points in the satisfaction score with the care ($p < 0.04$).

Conclusion: This study suggests that breast reconstruction improves the satisfaction with breast appearance and quality of life in patients treated for breast cancer. It is necessary to carry out longitudinal studies to better elucidate the subject.

Key words: Breast Neoplasms, Mammoplasty, Reconstructive Surgical Procedures, Quality of life, Patient satisfaction

1. Médica especializada em Mastologista, mestranda do programa de Pós-Graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, Distrito Federal;

2. Nutricionista. Bióloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal.

Endereço: Escola Superior de Ciências da Saúde, (ESCS) SMHN Quadra 03, conjunto A bloco 1 Edifício Fepecs. Brasília-DF CEP 70.710-907

9.1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres no mundo, acometendo mais de 1.5 milhões de mulheres a cada ano¹. No Brasil, esse indicador é incidente em aproximadamente 28% a cada ano, estima-se que para 2018 ocorram 59.700 casos novos da doença². O câncer de mama é uma doença crônica e a ocorrência de eventos genéticos e epigenéticos podem resultar na multiplicação de células anormais, formando um tumor com diferentes padrões de comportamento e resposta terapêutica³.

O tratamento cirúrgico do câncer de mama sofreu grandes avanços no decorrer dos anos, onde as cirurgias agressivas e mutiladoras cederam espaço ao tratamento conservador, desde que associado a radioterapia, com taxas de sobrevida global e sobrevida livre de doença semelhantes às taxas da mastectomia. A partir da década de 80 incorporou-se a esse tratamento técnicas de cirurgia plástica mamária, visando melhorar os resultados estéticos e funcionais da mama^{4,5,6}.

A paciente acometida por essa doença deve ser vista de forma integral. A terapêutica empregada, cirúrgica ou não, deve visar a redução da morbidade e da mortalidade, bem como o estar físico e psicológico da paciente^{7,8}. Sabe-se que as intervenções cirúrgicas associadas ao tratamento do câncer de mama podem ter impacto negativo na satisfação pessoal e qualidade de vida da paciente, manifestando-se muitas vezes por meio de ansiedade, vergonha, perturbações significativas do humor, diminuição do interesse sexual e depressão^{7,8}.

Desse modo, vários estudos afirmam que a cirurgia oncoplástica apresenta resultado positivo em relação a eficácia e aos efeitos na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, inclusive com resultados estéticos favoráveis^{9,10,11}.

Visando melhorar a qualidade de vida após a cirurgia e aliviar os efeitos deletérios, a reconstrução mamária imediata tornou-se parte integrante da cirurgia da mama. Este procedimento pode ajudar as pacientes a restaurar a imagem corporal e promover o bem-estar físico e psicológico, além de ser considerado oncológicamente seguro^{12,13,14}.

A cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama exerce um papel importante na gerência do câncer de mama. Estima-se que há mais de 95.000 reconstruções mamárias realizadas anualmente no mundo¹⁵. No Brasil somente 10% das paciente submetidas à mastectomia têm acesso a cirurgia reparadora imediata¹⁶.

Al-Ghazal¹⁷ e Schain¹⁴ avaliaram o impacto da reconstrução mamária imediata na qualidade de vida e concluíram que àquelas pacientes que realizaram esse tipo de cirurgia são menos predispostas a sofrer de distúrbios psicológicos.

Entender o impacto que o tratamento do câncer de mama pode causar no bem-estar físico e psicológico das pacientes acometidas pela doença é determinante para orientar o cuidado e buscar estratégias que possam minimizar o desequilíbrio psicológico e a aceitação da imagem corporal. Ainda, não foram encontrados estudos sobre o tema abordado no Distrito Federal. Diante do exposto, o presente artigo teve como objetivo avaliar a satisfação e a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama por meio de técnicas de cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama.

9.2 MATERIAIS E MÉTODOS

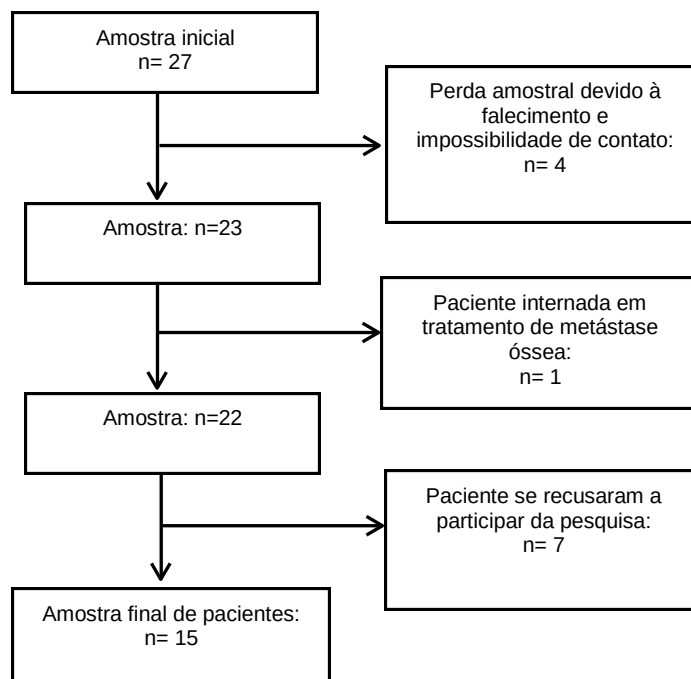
Delineamento / População

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com mulheres assistidas no serviço de mastologia do Hospital de Base do Distrito Federal, que foram submetidas a tratamento cirúrgico do câncer de mama, por meio das técnicas oncoplásticas e/ou reconstrutivas da mama, imediatamente após a cirurgia no período de dezembro de 2016 a maio de 2017. O tamanho da amostra foi definido conforme o fluxo de mulheres que necessitavam da reconstrução da mama atendidas na instituição, sendo que no período da pesquisa 61 mulheres foram tratadas por

câncer de mama, no entanto apenas 27 (44,26 %) foram contempladas com a reconstrução mamária. (Figura 1). A coleta de dados ocorreu em setembro de 2017.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF) sob nome e registro: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 61442116.3.0000.5553. Todas as mulheres que participaram da presente investigação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que concordaram participar voluntariamente desta pesquisa.

Figura 1: Fluxograma da seleção das participantes



Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão:

Foram selecionadas pacientes do sexo feminino, com qualquer idade, que tiveram diagnóstico de câncer de mama primário e foram tratadas cirurgicamente utilizando técnicas de cirurgia oncoplástica e/ou reconstrutiva da mama.

Critérios de exclusão:

Pacientes com diagnóstico de doença sistêmica, carcinoma inflamatório e aquelas submetidas à reconstrução mamária tardia foram excluídas do trabalho. Foram excluídas ainda pacientes que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), pacientes falecidas e as pacientes não localizadas.

Procedimento de coleta de dados:

A coleta de dados consistiu inicialmente no levantamento do nome e registro das pacientes submetidas a intervenções cirúrgicas conforme critérios de elegibilidade, descritas no livro de registros de cirurgias realizadas no serviço de mastologia. As informações obtidas deste cadastro permitiram localizar no prontuário eletrônico as participantes da pesquisa.

Após identificação das mulheres, foi realizada busca ativa por meio de contato telefônico, para que as mesmas fossem ao ambulatório de mastologia, em dias e horários estabelecidos, para que fosse efetivado o convite de participação da pesquisa, em caso de aceite elas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma ficou retida com a pesquisadora responsável e a outra com voluntária.

Na coleta de dados foram aplicados um formulário com características clínicas sociodemográficas (APÊNDICE 2) e perguntas relacionadas com a satisfação e qualidade de vida que foram retiradas do instrumento validado BREAST-Q® (ANEXO 1). Todas as etapas da coleta de dados ocorreram individualmente e em espaço reservado, nas salas de atendimento ambulatorial do serviço de mastologia do HBDF, para garantir a privacidade e sigilo das informações das participantes. Os dados clínicos e anatomopatológicos referentes ao tumor foram consultados no prontuário eletrônico após entrevista. As pacientes que não compareceram ao ambulatório ou não atenderam a ligação telefônica foram contatadas novamente duas semanas após a primeira tentativa de contato.

Instrumento de coleta de dados

O formulário foi dividido em quatro seções: 1) Identificação e dados sociodemográficos; 2) Variáveis clínicas; 3) Variáveis relacionadas ao diagnóstico, tratamento e características anatomopatológicas; 4) Questionário validado BREAST-Q.

Critérios para definição da exposição e do desfecho

Exposição: Cirurgia oncolástica e reconstrutiva da mama

Mulheres que foram submetidas ao tratamento do câncer de mama primário e foram operadas utilizando as seguintes técnicas cirúrgicas: cirurgia reconstrutiva (adenomastectomia, mastectomia poupadora de pele), descolamento de volume (rotação glandular, round block, redução oncolástica, elevação e centralização do complexo aréolo-mamilar) e substituição de volume (retalho do músculo grande dorsal ou retalho miocutâneo do músculo reto abdominal). Não houve grupo de comparação, desse modo foram avaliadas apenas as mulheres que receberam tratamento cirúrgico.

Desfecho: Qualidade de vida e satisfação das pacientes após a cirurgia

A qualidade de vida e a satisfação da paciente foi avaliada por meio do questionário validado BREAST-Q. Neste trabalho foi aplicada a escala pós-operatória do módulo da reconstrução das mamas, composto originalmente por 116 itens. O módulo de reconstrução está dividido em múltiplas escalas independentes sendo que a qualidade de vida relacionada à saúde engloba bem-estar físico, bem-estar psicossocial e o bem-estar sexual enquanto que a satisfação da paciente engloba a satisfação com as mamas, assim como com o resultado final e com o cuidado recebido.

As escalas de bem-estar físico relacionado ao abdômen e satisfação com a reconstrução dos mamilos não foram aplicadas tendo em vista que nenhuma paciente se enquadrava nos referidos perfis.

Cada resposta do paciente foi transformada através do software de pontuação Q-score para fornecer uma escala total que varia de 0 a 100 pontos. A classificação da qualidade de vida e satisfação com os resultados cirúrgicos ocorreu por meio do escore produzido, sendo que uma pontuação maior representou melhor satisfação ou qualidade de vida.

Covariáveis

- Idade da paciente: definida por anos completos, na época em que a paciente foi inserida no estudo;

- Escolaridade: ensino fundamental completo (primeira etapa da educação básica no

Brasil, concluiu o 1º grau), ensino médio completo (última etapa na educação básica no Brasil, concluiu o 2º grau), ensino superior completo (ensino terciário, concluiu o 3º grau), baixa escolaridade ou não estudou (não concluiu o ensino fundamental ou não teve acesso aos estudos);

- Estado civil: casada, solteira, divorciada, viúva ou com união estável, de acordo com a informação da paciente;

- Ocupação: emprego fixo (trabalha com carteira assinada), emprego informal (trabalha sem carteira assinada) e não trabalha ou do lar;

- Peso: em quilogramas, de acordo com a informação da paciente ou com o peso aferido em balança no dia da entrevista;

- Altura: em metros, de acordo com a informação da paciente;

- Índice de Massa Corporal (IMC): peso (quilogramas) dividido pela altura (metros) ao quadrado;

- Histórico familiar para câncer de mama: parentes de primeiro grau com a doença;

- Paridade: números de parto informado pela paciente. Nulípara (n=0), primípara (n=1), multípara (n≥ 2);

- Comorbidades: diabetes ou hipertensão, de acordo com a informação da paciente;

- Tabagismo: atual, de acordo com a informação da paciente;

- Volume da mama após a reconstrução mamária: Percepção e satisfação da paciente com o volume mamário (satisfeita, pequenas ou grandes);

- Subtipo tumoral: luminal A (RE e/ou RP positivos, Her-2 negativo e Ki 67 < 14%), luminal B (RE e/ou RP positivos, Her-2 negativo e Ki 67 >14), luminal híbrido (RE e/ou RP positivos, Her-2 +++/3+), Her-2 positivo (RE e RP negativos, Her-2 +++/3+), triplo negativo (RE, RP e Her 2 negativos);

- Margem cirúrgica: livre (quando o tumor não toca a borda da peça cirúrgica) ou

comprometida (quando o tumor toca a borda da peça cirúrgica);

- Cirurgia mamária prévia: a mama foi abordada cirurgicamente antes do tratamento atual;
- Simetria das mamas após procedimento cirúrgico: percepção visual da paciente;
- Quimioterapia: adjuvante (tratamento realizado após do procedimento cirúrgico), neoadjuvante (tratamento realizado antes do procedimento cirúrgico);
- Radioterapia: se a paciente realizou ou não o tratamento complementar com a radioterapia;
- Hormonioterapia: paciente portadora de tumor com receptores hormonais positivos e que tenha iniciado o tratamento;
- Avaliação clínica da axila: Negativa (ausência de linfonodos suspeitos palpáveis) e positiva (linfonodos suspeitos e palpáveis)
- Estadiamento clínico: de acordo com a classificação TNM da União Internacional de Combate ao Câncer;
- Tipo histológico: de acordo com a classificação histológico dos tumores segunda a Organização Mundial da Saúde;
- Grau histológico: de acordo com a classificação de Scarff-Bloom-Richardson^{18,19};
- Reabordagem cirúrgica: se a paciente precisou retornar ao centro cirúrgico para correção de defeitos e complicações;
- Técnicas cirúrgicas:

Cirurgia conservadora: rotação glandular, elevação e centralização do complexo aréolo-mamilar, round block, técnica radial, pedículo superior / inferior;

Cirurgia radical: adenomastectomia, mastectomia poupadora de pele, retalho com o músculo grande dorsal autólogo ou com prótese mamária, retalho com músculo retoabdominal autólogo ou com prótese;

- Complicações precoces: definidas como complicações que ocorreram até o segundo mês após a realização do procedimento;

- Localização do tumor: de acordo com o quadrante acometido relatado pela avaliação do médico assistente.

Procedimento de análise dos dados:

Após a coleta dos dados, estes foram transcritos para uma planilha do Excel para realização da análise estatística.

Primeiramente, foi realizada a análise descritiva dos dados para as variáveis categóricas. Posteriormente, para as informações numéricas foram mensuradas as medianas, médias e desvios-padrão, realizou-se a inspeção visual dos histogramas e aplicou-se o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov para avaliação da distribuição dos dados. Por fim, foram estimados os coeficientes betas e respectivos intervalos de confiança a 95%, por meio da regressão linear simples por mínimos quadrados ordinários, para estimar o efeito da variável continua idade nos indicadores de satisfação e qualidade de vida. Para explicação do modelo, utilizou o R^2 obtido na análise supracitada. A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico STATA®, versão 15 para Windows, número serial: 301506206729 e os achados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos.

9.3 RESULTADOS

A amostra final dessa investigação foi composta por 15 mulheres que realizaram cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama e se enquadraram aos critérios de elegibilidade do estudo.

A média da idade foi 46.73 anos (± 7.16) e a mediana 48 anos com idade mínima de 35 anos e máxima de 60 anos. Em relação às características sociodemográficas das mulheres, apenas 13.33% foram classificadas com baixa escolaridade, cerca de 60% não tinham companheiros e 53.3 % não exerciam atividade remunerada, conforme descrito na tabela 1.

Estão sumarizados na tabela 2 a condição de saúde e estilo de vida. Aproximadamente $\frac{1}{4}$ das mulheres tinha história familiar de câncer de mama, 13.33% eram nulíparas, pelo menos 80% não apresentaram diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensão e não consumiam cigarros.

Na tabela 3 estão descritas características da doença e tratamento. A localização tumoral mais frequente foi no quadrante superior lateral e 2/3 das pacientes tinham axilas clinicamente livres. A maioria das participantes apresentou estadiamento clínico inicial da doença, com predomínio do estadio 2a (tabela 3). Ao avaliar os tratamentos complementares, observou-se que 60% das pacientes realizaram quimioterapia neoadjuvante, 40% radioterapia e 73,33% hormonioterapia. Apenas 2 pacientes não puderam realizar a radioterapia por não estarem dentro do prazo estipulado como ideal para o tratamento. Os resultados da análise imuno-histoquímica apontaram como achado mais frequente o subtipo molecular luminal B.

Todos os casos foram diagnosticados com carcinoma ductal invasor em resultado anatomopatológico final e a aproximadamente 60% foram determinados com grau histológico 2. Em 3 pacientes a avaliação do grau histológico ficou prejudicada devido efeitos da quimioterapia neoadjuvante. Sobre o procedimento cirúrgico destaca-se que a maior parte das pacientes realizou a mastectomia seguida de reconstrução mamária e as demais foram submetidas a cirurgia oncoplástica da mama. Todas as mulheres apresentaram margens cirúrgicas livres, não necessitando de nova abordagem (tabela 3).

As técnicas cirúrgicas mais empregadas foram a mastectomia com preservação do complexo aréolo-mamilar e inserção de prótese seguida da mastectomia com rotação do músculo grande dorsal e inserção de prótese. Quanto a simetrização da mama oposta utilizou-se preferencialmente técnicas oncoplásticas, com predominância dos pedículos superior e inferior.

Em relação à ocorrência de eventos indesejáveis, pouco menos da metade apresentou complicações precoces, sendo que as principais foram seroma ($n = 4$) e deiscência da ferida operatória ($n = 2$). Todos os casos de deiscências foram submetidos a cirurgias adicionais.

As variáveis relacionadas com a satisfação dos resultados cirúrgicos foram apresentadas na tabela 3. A maioria das mulheres considerou a percepção do tamanho das mamas como satisfatório após o procedimento cirúrgico. Apesar disso, mais da metade das pacientes consideraram suas mamas como assimétricas. Apenas $\frac{1}{4}$ das participantes realizou cirurgias prévias nas mamas. Todas as pacientes que tiveram o complexo aréolo-mamilar (CAM) amputado expressaram desejo de reconstruí-lo.

Em relação aos indicadores do questionário de satisfação e qualidade de vida observa-se que a pontuação média global foi superior a 54.2 (tabela 4). Na análise das variáveis contínuas, as mulheres apresentaram indicadores médios de satisfação maiores quando não fizeram radioterapia e não apresentaram complicações cirúrgicas, embora esse resultado não foi considerado estatisticamente significativo para as variáveis analisadas.

Ainda, observou-se que para cada ano de idade houve um aumento de 0.15 no escore de bem-estar sexual ($p < 0.02$), 0.83 pontos no escore de satisfação com a equipe médica ($p < 0.02$) e 0.23 pontos no score de satisfação com o cuidado recebido ($p < 0.04$). As variáveis sobre bem-estar psicossocial e físico não apresentaram significância estatística com a idade das participantes. As informações relacionadas com a satisfação com as mamas, resultado, informação e equipe médica não foram estatisticamente significantes com a idade (Figura 2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de estilo vida de mulheres que realizaram cirurgia imediata de reconstrução da mama, atendidas em um hospital público do Distrito Federal, Brasil, 2017 (n=15).

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	6	40.00
Ensino médio completo	6	40.00
Ensino superior completo	1	6.67
Baixa escolaridade e/ou não estudou	2	13.33
Estado civil		
Casada	3	20.00
União estável	3	20.00
Solteira	4	26.67
Divorciada	3	20.00
Viúva	2	13.33
Ocupação		
Emprego fixo	4	26.67
Emprego informal (sem carteira assinada)	3	20.00
Não trabalha / do lar	8	53.33

Tabela 2 – História familiar e de antecedentes de saúde de mulheres que realizaram cirurgia imediata de reconstrução da mama, atendidas em um hospital público do Distrito Federal, Brasil, 2017 (n=15).

Variáveis	N	%
História familiar de câncer de mama		
Sim	2	13.33
Não	13	86.67
Paridade		
Nulípara	2	13.33
Primípara	4	26.67
Multípara	9	60.00
Diabetes		
Sim	1	6.67
Não	14	93.33
Hipertensão		
Sim	3	20.00
Não	12	80.00
Cirurgias prévias da mama		
Sim	2	13.33
Não	13	86.67
Tabagismo		
Sim	1	6.67
Não	14	93.33

Tabela 3 – Variáveis relacionadas com o tratamento e diagnóstico do câncer de mulheres que realizaram cirurgia imediata de reconstrução da mama, atendidas em um hospital público do Distrito Federal, Brasil, 2017 (n=15).

Variáveis	N	%
Tamanho da mama		

Grande	1	6.67
Satisfeita	11	73.33
Pequena	3	20.00
Mamas simétricas		
Sim	7	46.67
Não	8	53.33
Desejo de reconstrução CAM		
Não se aplica	4	26.67
Sim	11	73.33
Quimioterapia		
Adjuvante	4	26.67
Neoadjuvante	9	60.00
Não realizou	2	2
Radioterapia		
Sim	9	40.00
Não	6	60.00
Hormonioterapia		
Não	4	26.67
Sim	11	73.33
Localização		
Quadrante Superior Lateral (QSL)	6	40.00
Quadrante Superior Medial (QSM)	3	20.00
QSM e Região retroareolar (RRA)	1	6.67
RRA	1	6.67
União dos Quadrantes Inferiores (UQI)	1	6.67
União dos Quadrantes Superiores (UQS)	3	20.00
Avaliação clínica axilar		
Positiva	5	33.33
Negativa	10	66.67
Tipo de Cirurgia		
Radical	11	73.33
Conservadora	4	26.67
Estadiamento clínico		

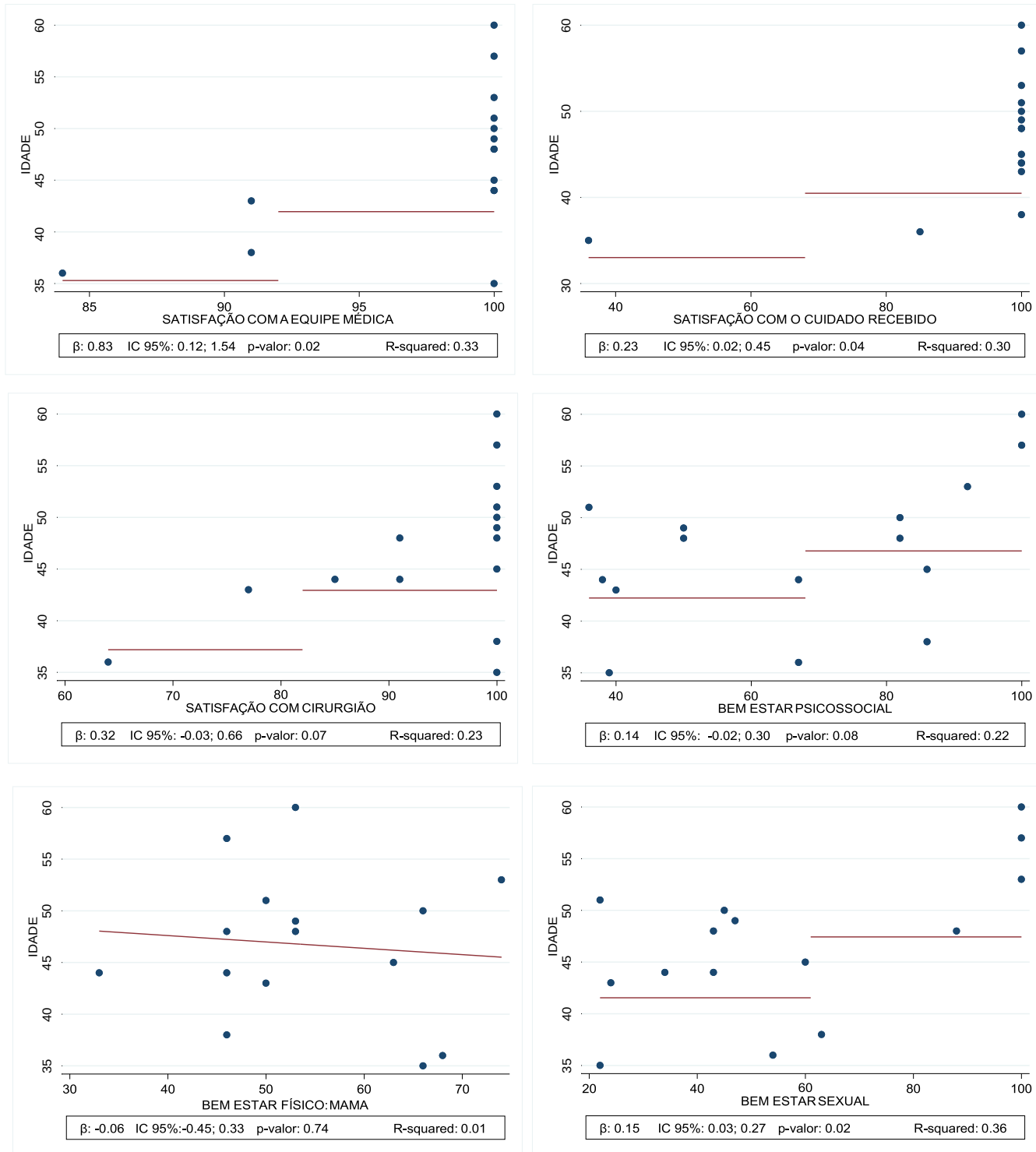
1 A	1	6.67
2 A	7	46.67
2 B	3	20.00
3 A	3	20.00
3 B	1	6.67
Tipo histopatológico		
CDI	15	100.00
Grau histológico		
1	3	25.00
2	7	58.33
3	2	16.67
Subtipo tumoral		
HER 2 híbrido	3	20.00
Luminal A	5	33.33
Luminal B	6	40.00
Triplo negativo	1	6.67
Margem cirúrgica		
Livres	15	100.00
Reabordagem cirúrgica		
Não	15	100.00
Complicações precoces		
Sim	6	40.00
Não	9	60.00
Técnica cirúrgica (mama com câncer)		
Adenomastectomia com prótese	2	13.33
Mastectomia poupadora de pele com prótese	5	33.33
Round block	2	13.33
Redução oncoplástica com pedículo superior	1	6.67
Redução oncoplástica com pedículo inferior	1	6.67
Grande dorsal com prótese	4	26.67
Técnica de simetrização		
Round block	1	6.67
Redução oncoplástica com pedículo superior	3	20.00

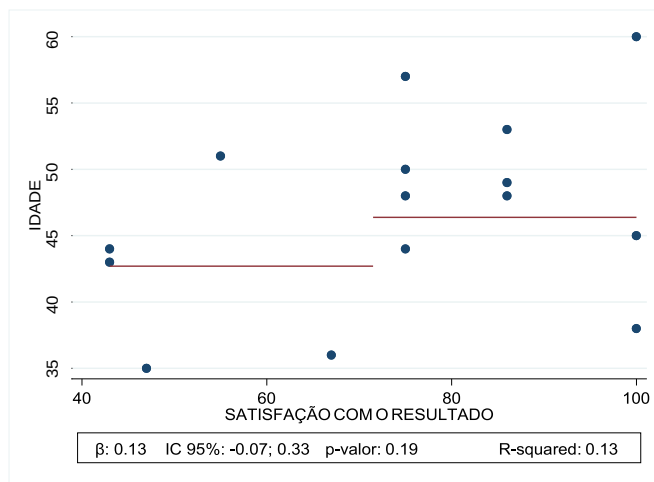
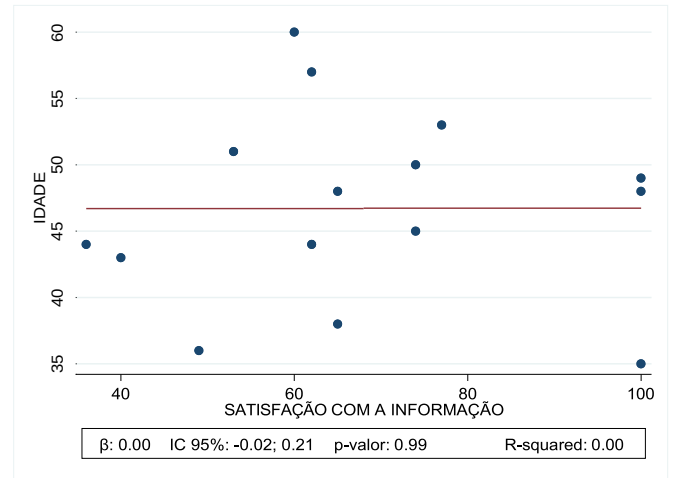
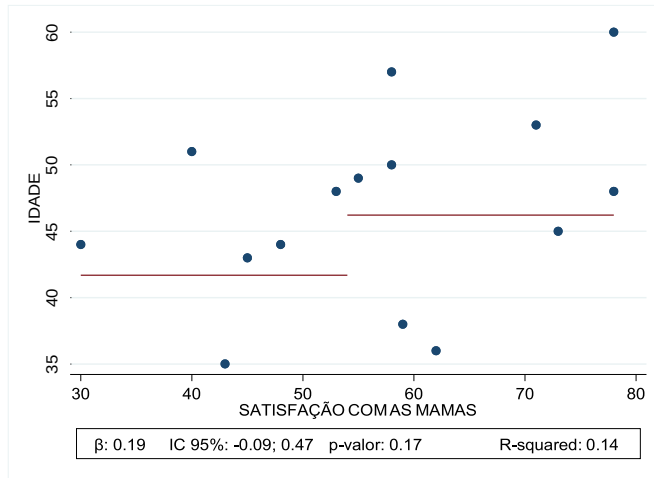
Redução oncoplástica com pedículo inferior	2	13.33
Não se aplica	9	60.00

Tabela 4 – Medidas de tendência central e dispersão das características gerais e indicadores de satisfação e qualidade de vida de mulheres que realizaram cirurgia imediata de reconstrução da mama, atendidas em um hospital público do Distrito Federal, Brasil, 2017 (n=15).

Variáveis	Mediana	Média	Desvio Padrão (±)	Mínimo – Máximo
Idade (anos)	48	46.73	7.16	35-60
Índice de massa corporal	25.71	25.92	3.65	20.61-33.09
Bem-estar físico: mamas	53	54.2	11.00	33-74
Bem-estar psicossocial	67	67.66	23.70	36-100
Bem-estar sexual	47	56.33	28.36	22-100
Satisfação com as mamas	58	56.73	14.20	30-78
Satisfação com o resultado	75	74.2	19.86	43-100
Satisfação com a informação	65	67.8	20.30	36-100
Satisfação com o Cirurgião	100	93.87	10.84	64-100
Satisfação com a equipe médica	100	97.73	4.93	84-100
Satisfação com o cuidado recebido	100	94.73	16.70	36-100

Figura 2 – Gráficos de regressão linear e indicadores de satisfação e qualidade de vida de mulheres que realizaram cirurgia imediata de reconstrução da mama, atendidas em um hospital público do Distrito Federal, Brasil, 2017 (n=15).





9.4 DISCUSSÃO

Os resultados principais desse estudo mostram que pacientes submetidas a reconstrução mamária e as técnicas de cirurgias oncoplásticas apresentam pontuação média global em relação a satisfação e qualidade de vida superior a 50 pontos em uma escala que varia de 0 a 100.

A satisfação com o resultado estético e a avaliação da qualidade de vida foi, durante muitos anos, preterida e a preocupação focava-se essencialmente no tratamento oncológico do câncer de mama. A mama sempre foi considerada símbolo da feminilidade, maternidade e da sensualidade e o impacto psicossocial que sua ausência ou deformidade pode causar na paciente passou a ter papel de destaque no tratamento do câncer de mama^{20,21,22}.

A cirurgia oncoplástica nos casos de conservação da mama e a reconstrução mamária, após as mastectomias, alcançou ampla aceitação e permite que as pacientes tenham um

tratamento oncológico adequado, com bons resultados estéticos e melhora na condição de bem-estar das mulheres com a doença.

Dean & Crittenden (2016)⁹ avaliaram a qualidade de vida pré-operatória e pós-operatória em pacientes submetidas a reconstrução mamária em diferentes momentos e observou que a reconstrução mamária foi altamente efetiva em termos de melhoria psicossocial, física, bem-estar sexual e na satisfação com as mamas quando comparadas os escores pré-operatórios e aos 6 meses após a reconstrução.

Howes BHL, *et al.* (2016)¹⁰ mostrou que para o domínio de satisfação com os seios as mulheres submetidas a cirurgia de reconstrução mamária imediata apresentaram melhores indicadores de satisfação com os resultados cirúrgicos. Em relação ao bem-estar sexual as mulheres submetidas a mastectomia com reconstrução atingiram maior pontuação quando comparadas com as mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama ou mastectomia sem reconstrução. A pesquisa de Shekhawat L, *et al.* (2015)¹¹ mostrou que as pacientes submetidas a mamoplastia terapêutica tiveram baixa pontuação no bem-estar sexual.

A pesquisa de Shekhawat L, *et al.* (2015)¹¹, sobre qualidade de vida, afirma que a reconstrução mamária tem impacto positivo na qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico. Observou-se que pacientes que não sofreram a reconstrução mamária apresentaram problemas relacionados à sexualidade e problemas psicológicos.

Alguns estudos, afirmam que a maioria das pacientes ficam satisfeitas com o cirurgião e com as informações fornecidas por este profissional¹¹. Susarla SM, *et al.* (2015)²³ avaliaram a satisfação das pacientes submetidas a reconstrução imediata com implantes em um ou dois estágios e encontrou que a reconstrução em dois estágios estava associada a maior satisfação com a equipe médica e com o cuidado recebido. A presente pesquisa mostrou que o escore de satisfação com o médico e com o cuidado recebido foram considerados elevados, corroborando com os achados dos referidos estudos. Já a pesquisa realizada por Ng SK, *et al.* (2016)²⁴ indicou resultados contrários aos apresentados neste artigo.

Egro FM, *et al.* (2016)²⁵ encontraram índice de satisfação médio com a reconstrução mamária de 69.8 em seu estudo (52.1 % reconstrução imediata, 83.3% reconstrução imediata tardia, 80% reconstrução tardia). Pacientes pertencentes ao grupo da reconstrução mamária

imediate tiveram altas taxas de satisfação. Em nosso estudo o índice de satisfação médio foi de 73,69 pontos para os indicadores investigados.

As taxas de complicações nas cirurgias oncoplásticas variam entre 10% e 60 %²⁶⁻²⁹ e incluem seroma, hematoma, necrose de mamilo, infecção, deiscência de ferida e cicatrização tardia de feridas^{25,30}. Apenas duas dessas complicações foram encontradas nessa investigação: seroma e deiscência da ferida operatória.

Comumente as pacientes tratadas cirurgicamente de câncer de mama apresentam deformidades na parede torácica e grandes assimetrias, o que pode ocasionar baixa autoestima³¹. Essa mudança na percepção da imagem corporal relaciona-se, muitas vezes, a quadros depressivos e insatisfação na vida social e sexual dessas pacientes, impedindo-as de manter uma boa qualidade de vida^{32,33}. A reconstrução mamária e a cirurgia oncoplástica tem como finalidade restaurar a imagem corporal dessas pacientes, minimizando os defeitos causados pela cirurgia e melhorando, conseqüentemente, a qualidade de vida e a satisfação com o contorno das mamas^{12,34}.

A respeito das limitações dessa pesquisa, destaque-se que a amostra final dessa investigação não é representativa das mulheres assistidas no serviço de referência de Mastologia do Distrito Federal, vez que a adesão das participantes à investigação foi baixa, bem como o reduzido número de procedimento cirúrgicos com reconstrução imediata da mama. O tamanho da amostra retrata fielmente os casos de câncer de mama reconstruídos total ou parcialmente no serviço, o que implica em poucos cirurgiões habilitados nas técnicas necessárias, no alto custo que tais procedimentos causam ao sistema público e na dificuldade de contato/acesso às pacientes no seguimento pós-operatório. A reconstrução mamária tardia é raramente realizada no serviço, tendo em vista que são realizados prioritariamente cirurgias para o tratamento da doença.

Outra fragilidade do estudo foi o fato de não ter um grupo de comparação para avaliação das medidas de risco. Tal fato está relacionado com viés de seleção das participantes da pesquisa. Por fim, podemos suscitar outra limitação: o viés de memória das mulheres entrevistadas. A maioria das informações coletadas foram autorreferidas, o que pode trazer prejuízos aos achados dessa pesquisa.

Em relação às fortalezas deste estudo, foi empregado um instrumento validado para avaliação da satisfação e qualidade de vida das mulheres tratadas cirurgicamente, na tentativa de qualificar a evidência produzida e melhorar a validade interna dessa investigação. Foram realizadas técnicas analíticas robustas, a exemplo da regressão linear, para avaliar o efeito da idade nos indicadores de qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo sugerem um benefício na satisfação e qualidade de vida das pacientes submetidas à cirurgia reparadora do câncer de mama. Visando ampliar o acesso da sociedade a tais procedimentos será proposto ao serviço de saúde maiores investimentos na área, tanto na contratação e especialização de profissionais como na aquisição de materiais adequados para realizá-los com segurança. Sugere-se, ademais, promover e implementar campanhas educativas, seminários, palestras e divulgação dos resultados referente a temática dentro do próprio serviço, para maior conscientização da população e da própria gestão hospitalar.

9.5 CONCLUSÃO

Este trabalho avaliou a satisfação e a qualidade de vida das pacientes submetidas a reconstrução parcial ou total das mamas após o tratamento do câncer de mama em um determinado serviço de mastologia, identificou o perfil de pacientes atendidas neste serviço e a quantidade de reconstruções realizadas em um determinado período de tempo. Esses dados são apenas um passo inicial para mostrar ao serviço o quanto que a realização da reconstrução mamária pode melhorar a qualidade de vida e restaurar a imagem corporal das pacientes tratadas por câncer de mama.

O número de mulheres submetidas à cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama que aceitaram participar deste estudo, mesmo não correspondendo ao número total de reconstruções realizadas no serviço, é superior ao descrito na literatura. Este estudo sugere que a reconstrução mamária melhora a satisfação com a aparência das mamas e a qualidade de vida nas pacientes tratadas de câncer de mama. Novos estudos, longitudinais, com um número maior de pacientes e com diferentes grupos de comparação são necessários para melhorar a evidência científica sobre o tema.

9.6 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [homepage na internet]. Breast Cancer [acesso em 17 fevereiro 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>

2. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Tipos de câncer [acesso em 14 fevereiro 2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama

3. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Controle do Câncer de Mama [acesso em 14 fevereiro 2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude

4. Chagas CR, Menke CH, Vieira R, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. 3-10.

5. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med 2003; 347: 1227-32.

6. Kaur N, Petit JY, Rietjens M, et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. Ann Surg Oncol 2005, 12: 1-7.

7. Troidl H, Kusche J, Vestweber K, Eypasch E, Koeppen L, Bouillon B (1987) Quality of Life: An Important Endpoint Both in Surgical Practice and Research. J Chron Dis 40:523-528.

8. Revicki D (2007) FDA Draft Guidance and Health-Outcomes Research. Lancet 369:540–542.

9. Dean NR, Crittenden T, A five year experience of measuring clinical effectiveness in a breast reconstruction service using the BREAST-Q patient reported outcomes measure: A cohort study, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2016.08.015>.

10. Howes BHL, et al., Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study, *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2016.06.004>.
11. Shekhawat L, Busheri L, Dixit S, et al.: Patient-reported outcomes following breast reconstruction surgery and therapeutic mammoplasty: Prospective evaluation 1-year post-surgery with BREAST-Q questionnaire. *Indian J Surg Oncol* 2015; 6:356-362.
12. Oiz B (2005) Breast Reconstruction and Psychological Benefit. *An Sist Sanit Navar* 28(Suppl 2):19–26.
13. Pusic A, Chen CM, Cano S, Klassen A, McCarthy C, Collins ED, Cordeiro PG (2007) Measuring Quality of Life in Cosmetic and Reconstructive Breast Surgery: A Systematic Review of Patient Reported Outcome Instruments. *Plast Reconstr Surg* 120:823–837.
14. Schain WS, Wellisch DK, Pasnau RO, Landsverk J (1985) The Sooner the Better: A Study of Psychological Factors in Woman Undergoing Immediate Versus Delayed Breast Reconstruction. *Am J Psychiatry* 142:40–46.
15. American Society of Plastic Surgeons. Reconstructive Procedures by Demographic, 2013. Available at: <http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2013-statistics/reconstructive-procedures-demographics.pdf>. Accessed Dec 17, 2017.
16. Sociedade Brasileira de Mastologia [homepage na internet]. Menos de 10% das mulheres brasileiras têm acesso à cirurgia de reconstrução mamária [acesso em 21 junho 2016]. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=847:menos-de-10-das-mulheres-brasileiras-tem-acesso-a-cirurgia-de-reconstrucao-mamaria&catid=141&Itemid=684&device
17. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW (2000) The Psychological Impact of Immediate Rather than Delayed Breast Reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 26:17–19.
18. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast câncer. I. The value of histological grade in breast câncer: experience from a large study with long-term follow up. *Histopathology*. 1991;19(5):403-10.

19. Zhang R, Chen HJ, Wei B, Zhang HY, Pang ZG, Zhu H, Zhang Z, et al. Reproducibility of the Nottingham modification of the Scarff-Bloom-Richardson histological grading system and the complementary value of KI-67 to this system. *Chin Med J (Engl)*. 2010;123(15):1976-82.
20. Castilho RS, Amorim WC, Santos JL, Rezende CAL. Cirurgia conservadora da mama 1981-2002: uma visão histórica. *Rev Médica de Minas Gerais* 2008; 18(1):49-55.
21. Chagas CR, Menke CH, Vieira R, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. 3-10.
22. Bostwick J, Vasconez LO, Jurkiewics MJ. Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1978; 61: 682-93.
23. Susarla SM, Ganske I, Helliwell L, Morris D, Eriksson E, Chun YS. Comparison of clinical outcomes and patient satisfaction in immediate single-stage versus two-stage implant-based breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2015; 135:1e-8e.
24. Ng SK, Hare RM, Kuang RJ, Smith KM, Brown BJ, Hunter-Smith DJ. Breast reconstruction post mastectomy patient satisfaction and decision making. *Annals of Plastic Surgery*. 2016;76(6):640-644. Available from, DOI: [10.1097/SAP.0000000000000242](https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000242).
25. Egro FM, Pinell-White X, Hart AM, Losken A. The use of reduction mammoplasty with breast conservation therapy: an analysis of timing and outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(6):963e–71e.
26. Losken A, Styblo TM, Carlson GW, Jones GE, Amerson BJ. Management algorithm and outcome evaluation of partial mastectomy defects treated using reduction or mastopexy techniques. *Ann Plast Surg*. 2007;59:235–242.
27. Spear SL, Pelletiere CV, Wolfe AJ, Tsangaris TN, Pennanen MF. Experience with reduction mammoplasty combined with breast conservation therapy in the treatment of breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111:1102–1109.
28. Losken A, Pinell XA, Eskenazi B. The benefits of partial versus total breast reconstruction for women with macromastia. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 125:1051–1056.

29. Patel KM, Hannan CM, Gatti ME, Nahabedian MY. A head- to-head comparison of quality of life and aesthetic out- comes following immediate, staged-immediate, and delayed oncoplastic reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2011; 127:2167–2175.
30. van Paridon MW, Kamali P, Paul MA, et al. Oncoplastic breast surgery: Achieving oncological and aesthetic outcomes. *J Surg Oncol*. 2017; 116:195– 202. <https://doi.org/10.1002/jso.24634>.
31. Parker PA, Youssef A, Walker S, Engquist KB, Cohen L, Gritz ER, et al. (2007) Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Ann Surg Oncol* 14:3078–3089.
32. Schain WS, Ed D, Jacobs E, David KW. Psychological Issues in Breast Reconstruction: Intrapsychic, Interpersonal and Practical Concerns. *Clin Plast Surg* 1984; 11:237–251.
33. John BC (2007) Oncological Principles in Breast Reconstruction. *Clin Plast Surg* 34:1–14.
34. Cano SJ, Klassen A, Pusic A: The science behind quality of life measurement: a primer for plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg* 2009, 123(3):98e-106e.

10 ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

SATISFAÇÃO COM RECONSTRUÇÃO DA MAMA EM MULHERES COM CÂNCER: REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE.

(Satisfaction with breast reconstruction in women with cancer: A systematic review with meta-analysis)

Lucimara Priscila Campos Veras Giorgi¹, Adriana Haack², Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa³

RESUMO

Introdução: O tratamento cirúrgico do câncer de mama passou por grande evolução e atualmente a cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama é um componente fundamental no manejo das pacientes tratadas de câncer de mama. Tais procedimentos permitem que a mulher receba o tratamento oncológico ideal e preserve sua imagem corporal, com diminuição das deformidades e assimetrias comumente causadas pela cirurgia.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e a satisfação das pacientes submetidas a diferentes técnicas de reconstrução mamária por meio de estudos longitudinais e ensaios clínicos randomizados.

Metodologia: A busca dos estudos foi realizada nas principais bases de dados (Medline, Embase, Scopus, Lilacs, Scielo, Web of Science e science direct) bem como nas listas de referências dos artigos selecionados. Pesquisas de coorte, caso-controle e ensaios clínicos randomizados que investigaram a melhora na qualidade de vida e satisfação do paciente após a reconstrução mamária imediata em mulheres tratadas com câncer de mama foram incluídas na revisão. Não houve limitação quanto ao idioma ou data da publicação. A seleção dos artigos e extração dos dados foram realizadas por dois revisores de forma independente. Foram realizadas metanálises com efeito randômico e análises de sensibilidade.

Resultados: Essa revisão foi composta por 77 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade. As pesquisas foram publicadas até 2017, a maioria foram estudos de coorte e empregaram o questionário Breast-Q. A sumarização quantitativa dos achados mostrou que os domínios satisfação com as mamas, psicológica e sexual apresentaram maior média no grupo

de mulheres que realizaram reconstrução mamária imediata, embora apenas o segundo domínio tenha apresentado significância estatística.

Conclusão: Estudos sinalizam que a reconstrução da mama imediata pode melhorar a satisfação e qualidade de vida de mulheres com câncer que realizam tratamento cirúrgico. Embora ainda seja necessário a realização de pesquisas mais elaboradas para melhor elucidação do tema investigado.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, mamoplastia, Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos, Qualidade de Vida, Satisfação do Paciente, Estudos de Coortes, Estudos de Casos e Controles

ABSTRACT

Introduction: Surgical treatment of breast cancer has undergone great evolution and in the present days the oncoplastic and reconstructive breast surgery is a fundamental component in the management of patients treated for breast cancer. Such procedures allow the woman to receive the ideal cancer treatment and preserve her body image, with a decrease in the deformities and asymmetries commonly caused by the surgery.

Objective: To evaluate the quality of life and satisfaction of patients submitted to different techniques of breast reconstruction through cohort, case-control and randomized clinical trials.

Methodology: The literature searches for eligible articles was conducted in the main electronic databases (Medline, Embase, Scopus, Lilacs, Scielo, Web of Science and science direct) as well as in the reference lists of the selected articles. Cohort, case-control and randomized clinical trials that investigated the improvement in quality of life and patient satisfaction after immediate breast reconstruction in women treated with breast cancer were included in the review. There was no limitation on the language or date of publication. The selection of articles and data extraction were performed by two reviewers independently. Meta-analyzes with random effects and sensitivity analyzes were performed.

Results: This review consisted of 77 studies that met the eligibility criteria. Surveys were published until 2017, most of which were cohort studies and used the Breast-Q questionnaire. The quantitative summarization of the findings showed that the breast, psychological and sexual

satisfaction domains had a higher mean in the group of women who underwent breast reconstruction, although only the second domain had statistical significance.

Conclusion: Studies indicate that breast reconstruction can improve the satisfaction and quality of life of women with cancer who underwent surgical treatment. Although it is still necessary to carry out more elaborate research to better elucidate the subject under investigation.

Key words: Breast Neoplasms, Mammoplasty, Reconstructive Surgical Procedures, Quality of life, Patient satisfaction, Cohort studies, Case-control studies

1. Médica especializada em Mastologista, mestranda do programa de pós-graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, Distrito Federal;

2. Nutricionista. Bióloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal.

3. Médica especializada em Mastologia, mestranda do programa de pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília – (UNB)

Endereço: Escola Superior de Ciências da Saúde, (ESCS) SMHN Quadra 03, conjunto A bloco 1 Edifício Fepecs. Brasília-DF CEP 70.710-907

10.1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observou-se grande evolução no tratamento cirúrgico do câncer de mama, onde a cirurgia radical cedeu espaço à cirurgia conservadora, com sobrevida livre de doença e sobrevida global semelhantes quando associada a radioterapia^{1,2}. A consequência desse processo foi o surgimento da cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama, que combina técnicas de ressecção oncológica e cirurgia plástica, possibilitando o tratamento oncológico ideal sem comprometer o resultado estético³⁻¹³. Tais procedimentos permitem que a mulher preserve sua imagem corporal, com diminuição das deformidades e assimetrias mamárias comumente causadas pelo tratamento cirúrgico do câncer de mama¹⁴.

Aproximadamente 20 a 40 % das pacientes diagnosticadas com câncer de mama apresentam alterações psicológicas e emocionais antes do início do tratamento, e àquelas

submetidas apenas à mastectomia tendem a apresentar impacto negativo na qualidade de vida devido a alterações na imagem corporal¹⁵⁻¹⁸.

Estudos mostram que a reconstrução mamária imediata causa menos sofrimento e uma melhora da qualidade de vida quando comparada a reconstrução tardia das mamas¹⁹. Além disso, a reconstrução mamária assegura uma simetria em relação a mama contralateral, restaurando o volume excisado e resgata o bem-estar físico²⁰.

Durante muito tempo o tratamento cirúrgico do câncer de mama concentrava-se apenas no tratamento oncológico da doença. Atualmente, a qualidade de vida constitui uma medida de cuidado importante no tratamento dessas pacientes^{21,22,23}. A qualidade de vida segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”²⁴.

Desse modo, a paciente tratada de câncer de mama que carrega consigo o estigma da doença, a vergonha em razão das deformações corporais, a perda da privacidade, dores no corpo e mudanças na vida afetiva e sexual pode ter a qualidade de vida comprometida²⁵.

A reconstrução mamária tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da paciente, uma vez que propicia resultados satisfatórios na imagem corporal e restaura sua integridade anatômica e funcional^{26,27,28}. Pacientes submetidas a reconstrução das mamas demonstram ter menos distúrbios psicológicos, melhoram a autoestima e a confiança sexual em relação as não submetidas à reconstrução.

A reconstrução mamária e as cirurgias oncoplásticas da mama ganharam ampla aceitação e tem sido cada vez mais aplicadas em todo o mundo, porém as taxas de reconstrução ainda permanecem baixas e muito aquém do necessário, mesmo nos centros mais especializados do mundo²⁹. No Brasil a Sociedade Brasileira de Mastologia tem priorizado a formação e o aperfeiçoamento dos mastologistas nesta área, aumentando a quantidade de profissionais aptos para realizar tais procedimentos³⁰.

Por se tratar um tema recente e em ascensão dentro da mastologia, pela possibilidade de melhorar a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama e diante da escassez de estudos de revisão sistemática acerca do tema o presente artigo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e a satisfação das pacientes submetidas a diferentes

técnicas de reconstrução mamária por meio de estudos longitudinais e ensaios clínicos randomizados.

10.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Registro e protocolo

O protocolo de revisão sistemática foi submetido para avaliação no Prospecto Internacional de Revisões Sistemáticas (PROSPERO).

Critério de elegibilidade dos estudos

Critérios de inclusão:

Estudos longitudinais e ensaios clínicos randomizados, que investigaram a melhora na qualidade de vida e satisfação do paciente, após a reconstrução mamária imediata em mulheres tratadas com câncer de mama. Não houve restrição quanto ao idioma, período ou status da publicação, a fim de reduzir o viés de publicação.

Critérios de exclusão:

Pacientes com doença sistêmica e pacientes submetidos exclusivamente à reconstrução tardia da mama. Revisões, cartas, editoriais e estudos transversais também foram excluídos.

Fontes de informação

A pesquisa bibliográfica de artigos elegíveis foi realizada em 30 de março de 2017 usando os seguintes bancos de dados eletrônicos: MEDLINE (via PubMed), EMBASE, Scopus, LILACS, SCIELO, Web of Science, Science direct, Clinical Trials. Artigos adicionais foram identificados manualmente nas seções de referência dos trabalhos incluídos na revisão.

Estratégia de busca

Os descritores utilizados e seus sinônimos foram identificados no Medical Subject Headings (MESH) para o PubMed e no EMTREE para o EMBASE, assim como a combinação das palavras – chaves. Os termos e operadores booleanos empregados, em inglês, nas estratégias de busca foram: (“Breast Neoplasms” [Title/Abstract] OR “Breast Neoplasms” [MeSH Terms] OR “Unilateral Breast Neoplasms” [MeSH Terms]) AND (“Mastectomy, Simple” [MeSH

Terms] OR “Mastectomy, Simple” [Title/Abstract] OR “Mastectomy” [Title/Abstract]) OR “Mastectomy” [MeSH Terms] OR “Mastectomy, Subcutaneous” [MeSH Terms] OR “Mastectomy, Segmental” [Title/Abstract] OR “Mastectomy, Segmental” OR “Mastectomy, Modified Radical” [MeSH Terms] OR “Mastectomy, Modified Radical” [Title/Abstract] OR “Mastectomy, Radical” [MeSH Terms] OR “Mastectomy, Radical” [Title/Abstract] OR OR “Prophylactic Mastectomy” [Title/Abstract]) AND (“Mammaplasty” [MeSH Terms] OR “Mammaplasty” [Title/Abstract] OR “Reconstructive Surgical Procedures” [Title/Abstract] OR “Breast Implants” [MeSH Terms] OR “Breast Implants” [Title/Abstract] OR “Surgical Flaps” [MeSH Terms] OR “Surgical Flaps” [Title/Abstract] OR “Surgery, Plastic” [MeSH Terms] OR “Surgery, Plastic” [Title/Abstract]) OR “Tissue Expansion Devices” [MeSH Terms] OR “Tissue Expansion Devices” [Title/Abstract] OR “breast reconstruction” [Title/Abstract] OR “Oncoplastic surgery” [Title/Abstract]) AND (“Patient Satisfaction” [Mesh Terms] OR “Patient Satisfaction” [Title/Abstract] OR “Life Style” [Mesh Terms] OR “Life Style” [Title/Abstract]) AND (“case-control studies” [MeSH Terms] OR “case-control studies” [Title/Abstract] OR “retrospective studies” [Mesh] OR “retrospective studies” [Title/Abstract] OR “case-control study” [Title/Abstract] OR “Study, case-control” [Title/Abstract] OR “Studies, case-control” [Title/Abstract] OR “case-comparison studies” [Title/Abstract] OR “retrospective studies” [Mesh Terms] OR “retrospective studies” [Title/Abstract] OR “Longitudinal Studies” [MeSH Terms]).

Seleção de estudos

O processo de seleção do estudo foi realizado em duas fases. Na fase 1, dois autores revisaram de forma independente os títulos e resumos de todas as citações de banco de dados eletrônico. Após a retirada de registros duplicados, os títulos e resumos foram avaliados. Na fase 2, a leitura dos textos completos foi realizada de forma independente por dois autores, e os artigos que não atenderam aos critérios de elegibilidade foram excluídos. Nos casos em que houve divergência entre os pesquisadores, a inclusão ou exclusão dos artigos foram resolvidos por consenso.

Extração de dados

A extração de dados dos artigos incluídos foi realizada independentemente por dois autores e posteriormente essas informações foram confrontadas. Os dados obtidos foram preenchidos em formulário eletrônico onde foram alocadas as seguintes informações: nome dos

autores, ano de publicação, local e ano do estudo, objetivo, delineamento, tamanho da amostra, local de coleta de dados e informações relacionadas com a qualidade de vida e satisfação com os resultados da cirurgia reconstrutiva imediata. Os autores dos estudos foram contatados nos casos em que os dados não estavam disponíveis nos artigos.

Avaliação da qualidade dos estudos

Aplicou-se o instrumento Newcastle-Ottawa para avaliar a qualidade dos estudos selecionados. A classificação da qualidade ocorre por meio da presença dos oitos critérios empregados na avaliação (Apêndice 3), sendo considerado de baixa qualidade na presença de até 3 estrelas, moderada qualidade de 4 a 6 estrelas e alta qualidade de 7 a 9 estrelas. Para os ensaios clínicos randomizados foi utilizado o *Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*, que é composto por 13 itens e quanto maior a quantidade de respostas positivas melhor a qualidade da evidência.

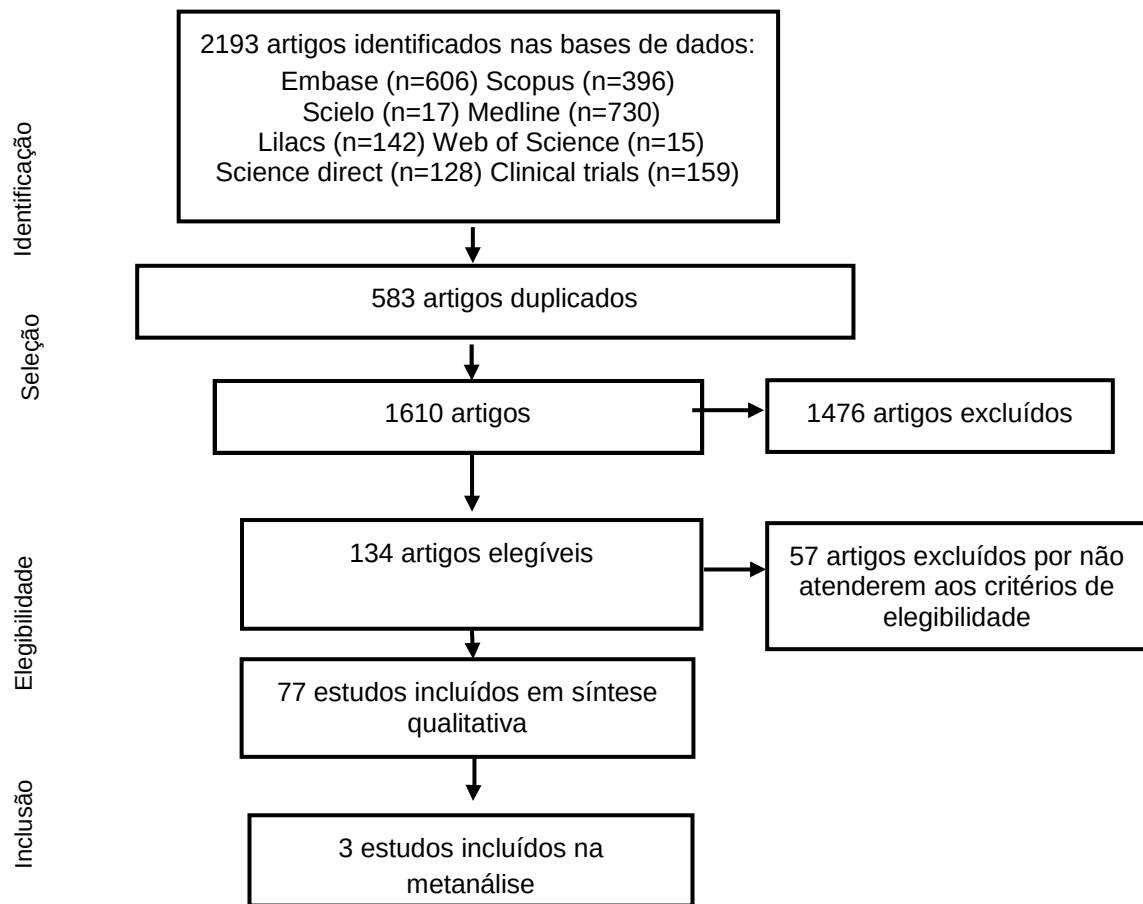
Análise de dados

Primeiramente, foi realizada a descrição dos estudos que abordaram a exposição e desfecho investigados. Após essa etapa, empregou o teste de Higgins e Thompson para estimar o I² e avaliar a heterogeneidade estatística. Resultados do I² inferiores a 25% foram classificados como baixos, 25% a 50% moderados e acima de 50% elevados. Paralelamente, calculou-se a diferença média do escore de qualidade de vida conforme o desfecho, por meio da metanálise de efeito randômico, aplicando a técnica não padronizada (*nostandard*). Análise de sensibilidade foi utilizada para investigar possíveis fontes de heterogeneidade. Para realização da análise estatística empregou-se o programa STATA®, versão 15 para Windows, número serial: 301506206729.

10.3 RESULTADOS

Estudos selecionados

No total, foram recuperados 2193 artigos nos diversos bancos de dados utilizados. Após a identificação de textos duplicados e leitura dos títulos e resumos, restaram 134 artigos para leitura completa e desses, apenas 77 compuseram essa revisão sistemática (Figura 1). As pesquisas foram publicadas entre os anos de 1995 e 2017.

Figura 1 - Fluxograma da busca, seleção e inclusão dos estudos.

Características dos estudos

A população da presente revisão foi composta por 36.581 mulheres com câncer de mama tratadas cirurgicamente, sendo que a média de idade foi de 50.71 anos (DP: ± 4.43). Identificou-se 49 coortes prospectivas, 28 coortes retrospectivas e 01 ensaio clínico; não foram localizadas pesquisas com delineamento caso-controle que atendessem aos critérios de elegibilidade (tabela 1). A maioria dos estudos foram realizados em países da Europa, entre os anos de 1995 e 2015.

Aproximadamente, 25% dos estudos empregaram o questionário Breast-Q, apenas 6 utilizaram EORTC QLQ, 5 o SF-36 e 7 o WHO, as demais pesquisas adotaram outros questionários para avaliar satisfação e qualidade de vida. Aproximadamente 18% das cirurgias empregaram a técnica oncoplastica.

Apenas três estudos calcularam o escore conforme a ocorrência de intervenção cirúrgica com reconstrução imediata da mama. Os domínios para avaliação da qualidade de vida mais abordados foram satisfação com: mama, resultados, sexual, física e psicológica. A qualidade metodológica das pesquisas longitudinais observacionais foi classificada como moderada (média: 5.6) e do ensaio clínico foi considerada boa (tabela 2).

Qualidade de vida, satisfação e reconstrução imediata da mama

Foram localizados 77 estudos que avaliaram a qualidade de vida das mulheres com câncer e tratamento cirúrgico imediato (tabela 1), embora não tenham apresentado a média dos escores que pudessem ser incluídas na sumarização quantitativa. Os achados da metanálise da presente revisão observaram um aumento no escore dos domínios que avaliam satisfação e qualidade de vida entre as mulheres que fizeram reconstrução imediata da mama em relação àquelas reconstruídas tardiamente. Ao avaliar esses domínios observou-se que apenas o domínio de satisfação psicológica foi estatisticamente significativa (gráfico 1, 2 e 3). A satisfação física foi menor no grupo de mulheres submetidas a reconstrução mamária imediata (gráfico 4).

Tabela 1. Características dos estudos que avaliam as pacientes com câncer submetidas a reconstrução imediata da mama

Primeiro Autor	Base de dados	Ano de publicação	Período do estudo	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Questionário	Média de idade	Técnica cirurgia
Addona ³¹	Embase	2015	2011 a 2013	Coorte retrospectiva	85	Breast-Q	45.94	Oncoplastia
Adimulam ³²	Embase	2014	2007 a 2009	Coorte prospectiva	35	Outro	46.94	Oncoplastia
Alderman ³³	Scopus	2006	1994 a 1998	Coorte prospectiva	212	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Anuradha ³⁴	Embase	2014	2012 a 2013	Coorte prospectiva	19	Outro	-	Reconstrução da mama
Ashraf ³⁵	Scopus	2013	1999 a 2007	Coorte retrospectiva	707	Outro	49.66	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Bayti ³⁶	Medline	2015	2009 a 2014	Coorte retrospectiva	68	Breast-Q	53.48	Reconstrução imediata
Benditte-Klepetko ³⁷	Embase	2014	2000 a 2006	Coorte prospectiva	257	Outro	51.6	Mastectomia com reconstrução

								mamaria imediata versus tardia
Caffo ³⁸	Medline	2003	1995 a 1998	Coorte prospectiva	757		-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus conservadora
Cha ³⁹	Medline	2013	2011 a 2012	Coorte prospectiva	75	Breast-Q	56	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Cocquyt ⁴⁰	Medline	2003		Coorte prospectiva	42	SF-36	51.25	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus conservadora
Damen ⁴¹	Scopus	2010	2002 a 2006	Coorte prospectiva	67	QoL		Reconstrução da mama
Dauplat ⁴²	Medline	2017	2007 a 2009	Coorte prospectiva	595	QLQ-C30 e QLQ-BR23	52.3	Reconstrução imediate
Davis ⁴³	Embase	2014	2007 a 2009	Coorte prospectiva	65	Breast-Q	49	Mastectomia com reconstrução

								mamaria imediata versus tardia
De Gournay ⁴⁴	Embase	2010	1990 a 2008	Coorte retrospectiva	193	MBROS (satisfação) e EORTC QLQ- C30 (módulo BR 23 version3) (qualidade de vida)	-	Mastectomia com e sem reconstrução da mama
Dean ⁴⁵	Embase	2016	2010	Coorte prospectiva	343	Breast-Q	52	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Dejode ⁴⁶	Medline	2011	1998 a 2005	Coorte retrospectiva	450	Outro	49.5	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Denewer ⁴⁷	Embase	2012	2009 a 2010	Coorte prospectiva	200	QOL	-	Mastectomia com e sem reconstrução mamaria imediata

Di Micco ⁴⁸	Medline	2016	2009 a 2014	Coorte retrospectiva	168	Breast-Q	55	Oncoplastia
Dian ⁴⁹	Embase	2007	2002 a 2004	Coorte prospectiva	440	QoL	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus conservadora
Didier ⁵⁰	Medline	2009	2004 a 2006	Coorte prospectiva	256	Outro	46	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Dikmans ⁵¹	Embase	2016	2013 a 2015	Ensaio Clínico	142	Outro	-	Mastectomia com reconstrução imediata
Djohan ⁵²	Medline	2010	2001 a 2008	Coorte retrospectiva	141	Outro	46.5	Mastectomia com reconstrução imediata
Dossett ⁵³	Embase	2016		Coorte prospectiva	53	QOL	-	Mastectomia com reconstrução imediata
Egro ⁵⁴	Embase	2015	1995 a 2012	Coorte retrospectiva	204	Breast-Q	53.8	Reconstrução imediata

Elder ⁵⁵	Medline	2004	1998 a 2001	Coorte prospectiva	76	SF-36	-	Mastectomia com reconstrução imediate
Fernandez- Delgado ⁵⁶	Embase	2008	2002 a 2006	Coorte retrospectiva	526	Hospital Depression and Anxiety Questionnaire	55.28	Mastectomia com reconstrução imediate
Fischer ⁵⁷	Embase	2014	2005 a 2011	Coorte retrospectiva	18194	Outro	-	Mastectomia com reconstrução imediate
Fung ⁵⁸	Medline	2001		Coorte retrospectiva	49		-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus conservadora
Giroto ⁵⁹	Scopus	2003	1997 a 2001	Coorte retrospectiva	316	SF-36	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Goffman ⁶⁰	Embase	2005		Coorte prospectiva	57	Outro	-	Reconstrução da mama

Goktas ⁶¹	Embase	2011	2002 a 2006	Coorte prospectiva	51	EORTC QLQ-C30	47.8	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus conservadora
Han ⁶²	Medline	2010	2005 a 2006	Coorte retrospectiva	180	EORTC QLQ-C30	56.03	Oncoplastia
Harcourt ⁶³	Medline	2003		Coorte prospectiva	113		-	Mastectomia com e sem reconstrução mamaria
Headon ⁶⁴	Embase	2016	2012 a 2014	Coorte prospectiva	118	Breast-Q	50.1	Mastectomia com imediata reconstrução
Heneghan ⁶⁵	Medline	2011	2004 a 2009	Coorte prospectiva	255	EORTC-QLQ-B23	48.9	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus conservadora
Jagsi ⁶⁶	Medline	2015	2005 a 2007	Coorte prospectiva	1450	QOL	-	Mastectomia com e sem

								reconstrução mamaria
Juhl ⁶⁷	Medline	2017	2005 a 2011	Coorte prospectiva	144	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Krueger ⁶⁸	Embase	2001	1994	Coorte prospectiva	74	Outro	45	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata com e sem radioterapia
Lamore ⁶⁹	Medline	2016		Coorte retrospectiva	69		-	Mastectomia com reconstrução
Li-Fen ⁷⁰	Medline	2014	2009 a 2011	Coorte prospectiva	100	Breast-Q	48.8	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Liu ⁷¹	Medline	2014	2007 a 2012	Coorte prospectiva	119	Breast-Q	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Ludolph ⁷²	Medline	2015	2004 a 2011	Coorte retrospectiva	179	Breast-Q	-	Mastectomia com reconstrução

								mamaria imediata versus tardia
Maguire ⁷³	Medline	2015	2008 a 2011	Coorte prospectiva	79	Outro	-	Oncoplastia
Metcalfe ⁷⁴	Scopus	2012	2004 a 2007	Coorte prospectiva	190	QLI e BIBC	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Min ⁷⁵	Embase	2010	2001 a 2007	Coorte prospectiva	2566	EORTC QLQBR23	44.15	Mastectomia com reconstrução imediate versus cirurgia conservadora
Mullan ⁷⁶	Medline	2007		Coorte prospectiva	313	SF-36	48.1	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Nano ⁷⁷	Medline	2005	1990 a 2002	Coorte retrospectiva	310	Outro	64.5	Mastectomia com cirurgia conservadora e reconstrução da mama
Oliveira ⁷⁸	Embase	2010	2007 a 2008	Coorte prospectiva	76	WHOQOL-100	50	Mastectomia com e sem

								reconstrução mamaria imediata
Papadopoulos ⁷⁹	Embase	2006	1996 a 2001	Coorte retrospectiva	99	Outro	-	Reconstrução da mama
Paridon ⁸⁰	Medline	2017	2010 a 2015	Coorte retrospectiva	42	Breast-Q	53	Oncoplastia
Patel ⁸¹	Embase	2011	2003 a 2009	Coorte retrospectiva	16	Breast-Q	52.5	Oncoplastia
Peled ⁸²	Medline	2014		Coorte prospectiva	28	Breast-Q	47.8	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Pinell-White ⁸³	Medline	2015	2009 a 2011	Coorte prospectiva	129	WHO-QOL	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Pukancsi ⁸⁴	Embase	2016	2011 a 2013	Coorte prospectiva	350	Outro	-	Oncoplastia
Rezai ⁸⁵	Medline	2015	2004 a 2009	Coorte retrospectiva	1035	Breast Cancer Treatment Outcome Scale	-	Oncoplastia
Ringberg ⁸⁶	Scopus	1999	1980 a 1994	Coorte prospectiva	79	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata

Rosson ⁸⁷	Medline	2013	2008 a 2009	Coorte prospectiva	170	Breast-Q	50.3	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Sackey ⁸⁸	Medline	2010	1991 a 1999	Coorte retrospectiva	162	SF-36 for HRQoL	58.5	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Salhab ⁸⁹	Medline	2006	2001 a 2005	Coorte prospectiva	21	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Sally ⁹⁰	Scopus	2016	2000 a 2010	Coorte retrospectiva	143	Breast-Q	54.5	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata e tardia
Schover ⁹¹	Scopus	1995	1981 a 1990	Coorte retrospectiva	218	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Shaikh-Naidu ⁹²	Scopus	2004	1995 a 2002	Coorte prospectiva	397	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Sharon ⁹³	Scopus	2010	2007 a 2008	Coorte prospectiva	169	Outro	52	Oncoplastia

Sherwell-Cabello ⁹⁴	Scopus	2015	2010 a 2013	Coorte retrospectiva	171	Outro	55.4	Oncoplastia
Stathouloupoulou ⁹⁵	Embase	2016	2014 a 2014	Coorte retrospectiva	92	Breast-Q	-	Oncoplastia
Susarla ⁹⁶	Medline	2015	2002 a 2009	Coorte retrospectiva	582	Breast-Q	47.4	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Timme ⁹⁷	Embase	2015	2008 a 2011	Coorte retrospectiva	168	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata
Trejo-Ochoa ⁹⁸	Medline	2013	2010 a 2011	Coorte retrospectiva	37	Não identificado	-	Mastectomia com reconstrução mamaria
Ueda ⁹⁹	Embase	2008	2000 a 2004	Coorte prospectiva	74	Outro	-	Mastectomia com reconstrução mamaria
Veiga ¹⁰⁰	Medline	2009	2005 a 2008	Coorte prospectiva	45	Outro	-	Oncoplastia
Wei ¹⁰¹	Embase	2016	2011 a 2011	Coorte prospectiva	257	Breast-Q	45.3	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia

Yang ¹⁰²	Medline	2015	2011 a 2013	Coorte prospectiva	31	Manual Muscle Test and Range of Motion	41.48	Mastectomia com reconstrução mamaria
Yitzchak ¹⁰³	Medline	1997	1989 a 1993	Coorte prospectiva	69	Não identificado	-	Mastectomia com reconstrução mamaria
Yueh ¹⁰⁴	Medline	2010	1999 a 2006	Coorte prospectiva	583	SF-12v2	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Zhong ¹⁰⁵	Medline	2012	2009 a 2010	Coorte prospectiva	51	BREAST-Q	48	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Zhong ¹⁰⁶	Medline	2016	2009 a 2010	Coorte prospectiva	106	Breast-Q	-	Mastectomia com reconstrução mamaria imediata versus tardia
Zoltán ¹⁰⁷	Medline	2014	2012 a 2013	Coorte prospectiva	119	Não identificado	-	Oncoplastia

Tabela 2. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos de coorte segundo o instrumento Newcastle-Ottawa

Autor	Representati vidade	Seleção	Determinação da exposição	Desfec ho	Comparabili dade	Determinação do desfecho	Seguiment o	Acompanhament o	Pontua ção
Addona ³¹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Adimulam ³²	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Alderman ³³	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Anuradha ³⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Ashraf ³⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Bayti ³⁶	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Benditte- Klepetko ³⁷	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Caffo ³⁸	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Cha ³⁹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Cocquyt ⁴⁰	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Damen ⁴¹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Dauplat ⁴²	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Davis ⁴³	0	1	1	1	0	0	1	1	5
De Gournay ⁴⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Dean ⁴⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6

Dejode ⁴⁶	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Denewer ⁴⁷	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Di Micco ⁴⁸	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Dian ⁴⁹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Didier ⁵⁰	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Dikmans ⁵¹	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Djohan ⁵²	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Dossett ⁵³	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Egro ⁵⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Elder ⁵⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Fernandez- Delgado ⁵⁶	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Fischer ⁵⁷	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Fung ⁵⁸	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Giroto ⁵⁹	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Goffman ⁶⁰	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Goktas ⁶¹	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Han ⁶²	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Harcourt ⁶³	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Headon ⁶⁴	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Heneghan ⁶⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6

Jagsi ⁶⁶	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Juhl ⁶⁷	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Krueger ⁶⁸	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Lamore ⁶⁹	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Li-Fen ⁷⁰	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Liu ⁷¹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Ludolph ⁷²	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Maguire ⁷³	0				0				6
Metcalfe ⁷⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Min ⁷⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Mullan ⁷⁶	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Nano ⁷⁷	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Oliveira ⁷⁸	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Papadopulos ⁷⁹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Paridon ⁸⁰	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Patel ⁸¹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Peled ⁸²	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Pinell-White ⁸³	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Pukancsi ⁸⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Rezai ⁸⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Ringberg ⁸⁶	0	1	1	1	0	1	1	1	6

Rosson ⁸⁷	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Sackey ⁸⁸	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Salhab ⁸⁹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Sally ⁹⁰	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Schover ⁹¹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Shaikh-Naidu ⁹²	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Sharon ⁹³	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Sherwell- Cabello ⁹⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Stathoulopoulou ⁹⁵	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Susarla ⁹⁶	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Timme ⁹⁷	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Trejo-Ochoa ⁹⁸	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Ueda ⁹⁹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Veiga ¹⁰⁰	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Wei ¹⁰¹	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Yang ¹⁰²	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Yitzchak ¹⁰³	0	1	1	1	0	1	1	1	6
Yueh ¹⁰⁴	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Zhong ¹⁰⁵	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Zhong ¹⁰⁶	0	1	1	1	0	1	1	1	6

Zoltán ¹⁰⁷	0	1	1	1	0	1	1	1	6
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

*** A última coluna corresponde a soma das pontuações de cada estudo no qual são considerados estudos de baixa qualidade os que recebem até 3 estrelas, moderada qualidade entre 4 a 6 estrelas e alta qualidade de 7 a 9 estrelas.

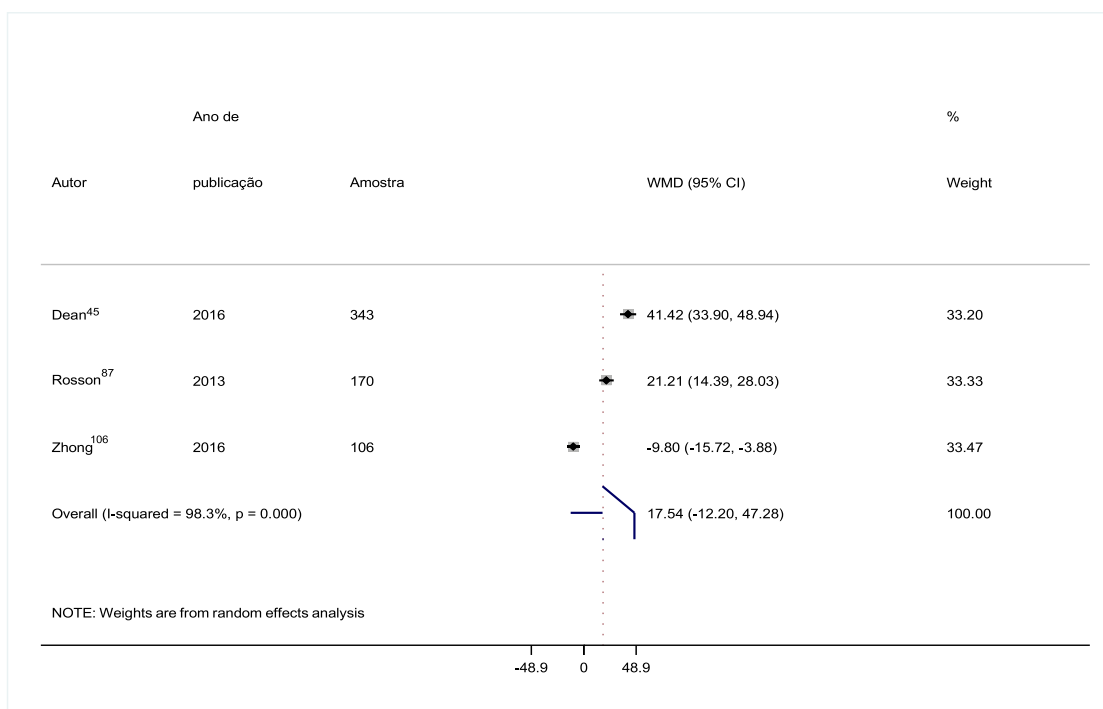


Gráfico 1. Metanálise da diferença média dos escores de satisfação com as mamas.

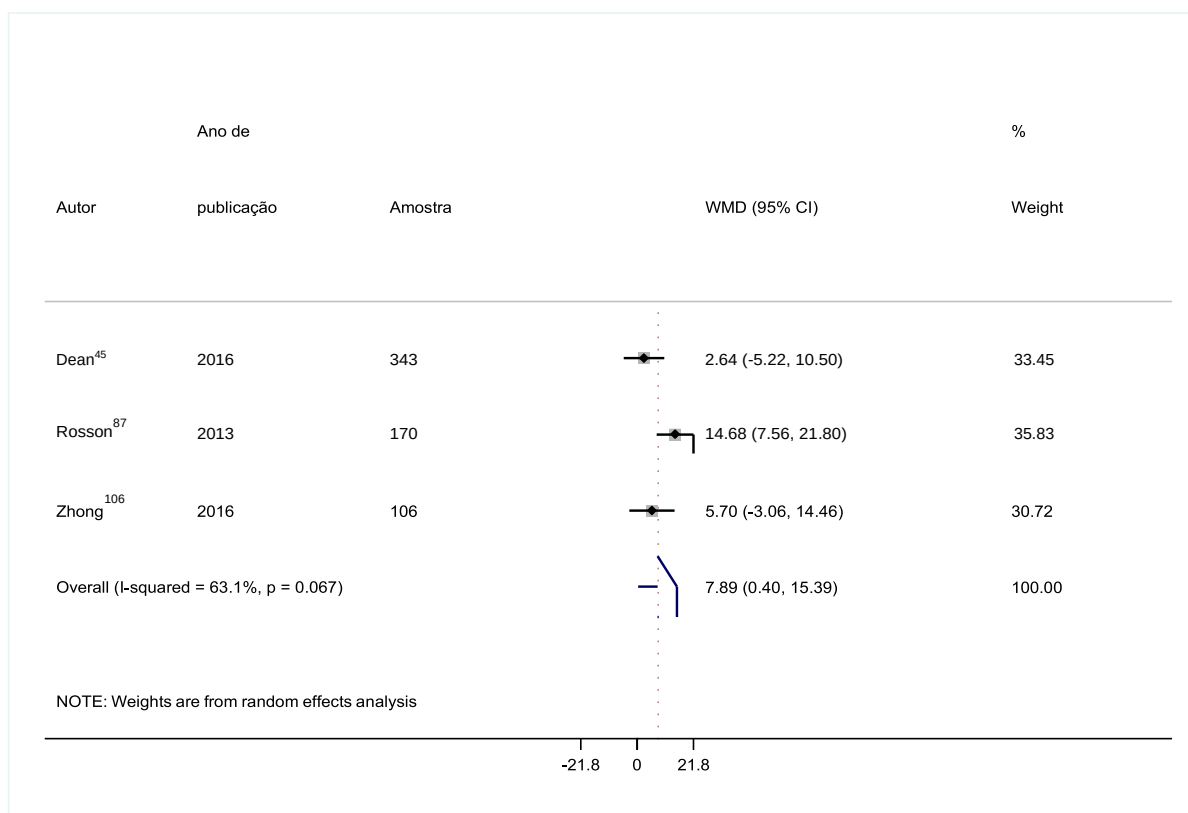


Gráfico 2. Metanálise da diferença média dos escores de Satisfação psicológica

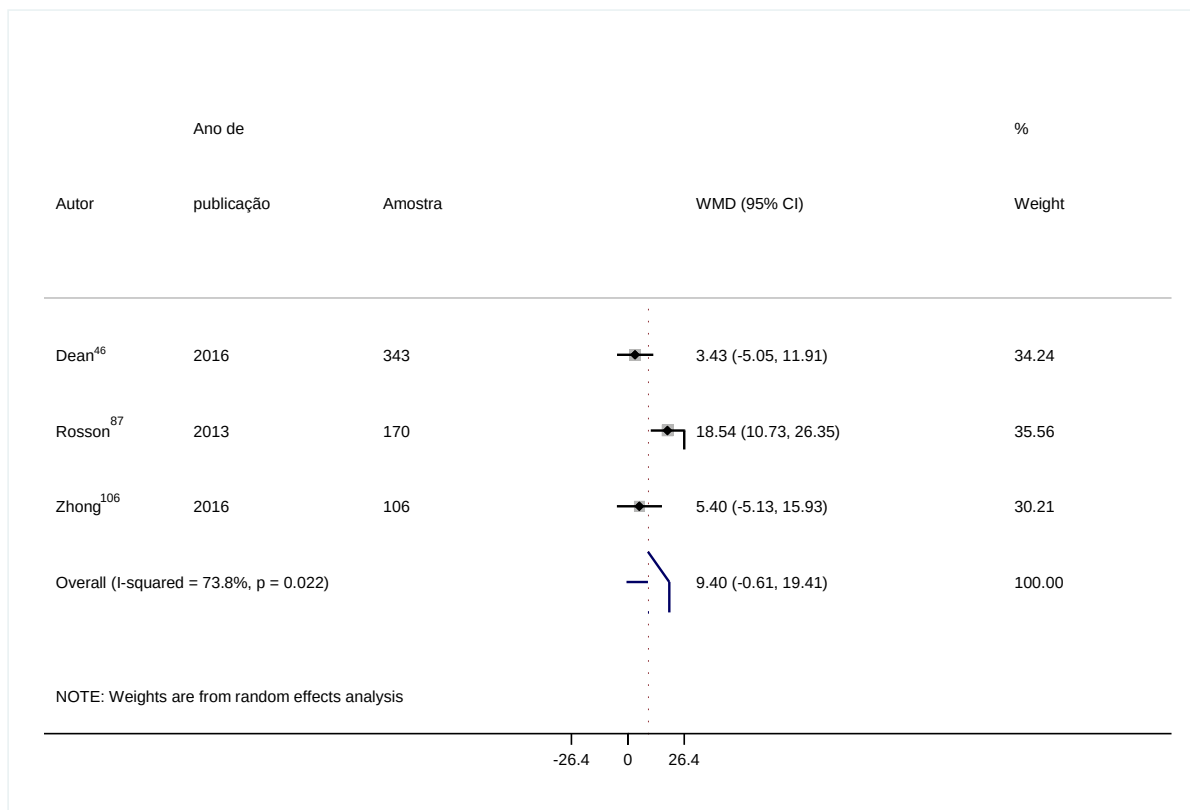


Gráfico 3. Metanálise da diferença média dos escores de Satisfação sexual

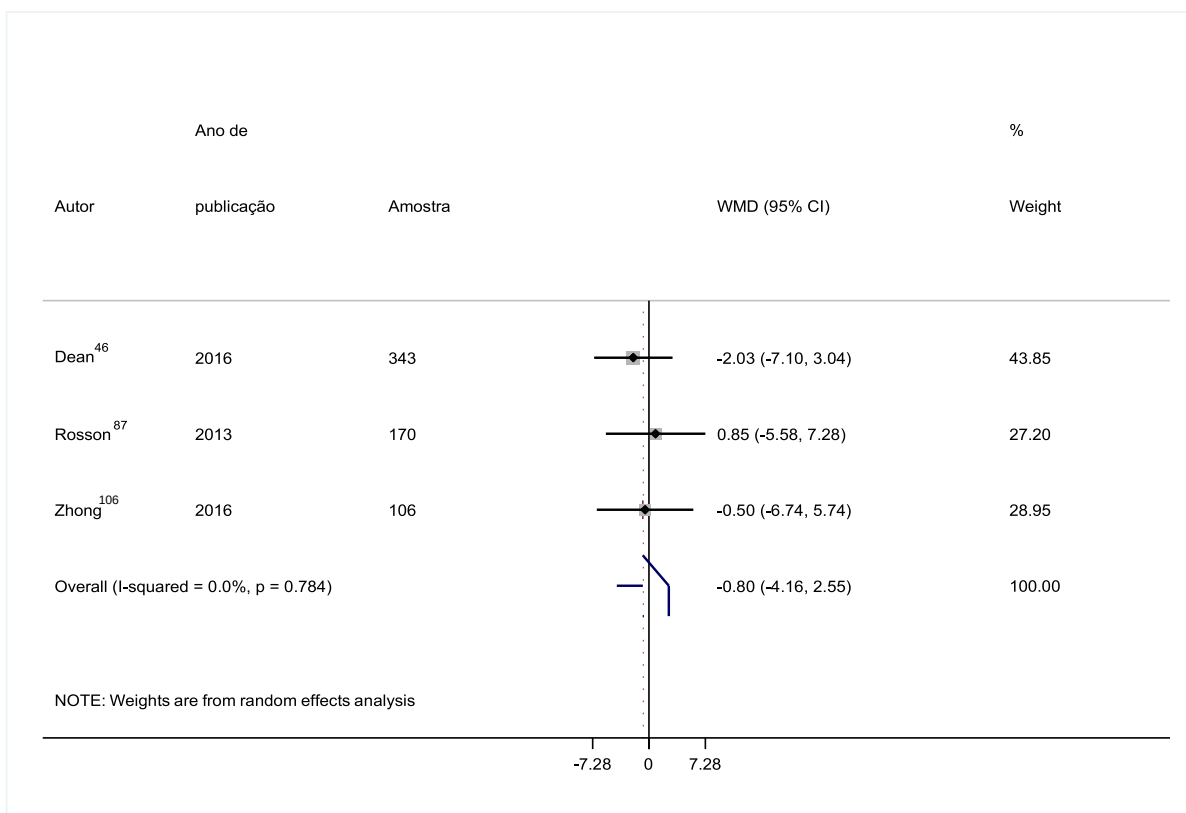


Gráfico 4. Metanálise da diferença média dos escores de Satisfação física

10.4 DISCUSSÃO

Empregaram-se nesta revisão sistemática estudos longitudinais com delineamentos coorte e um ensaio clínico, classificados com moderada qualidade metodológica. Os principais achados dessa revisão sistemática apresentaram que houve melhora na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e com tratamento cirúrgico imediato. Do montante de 2.193 artigos 77 estudos foram incluídos nessa revisão sistemática e apenas 3 apresentaram dados para metanálise.

Na metanálise realizada, ao avaliar os domínios que avaliaram satisfação e qualidade de vida entre mulheres que fizeram a reconstrução mamária imediata versus àquelas reconstruídas tardiamente, observou-se que esses escores apresentaram elevação média nos indicadores de satisfação com as mamas, psicológica e sexual, embora apenas o segundo domínio foi estatisticamente significativo. Em relação à satisfação física, observou-se que ela foi menor no grupo de mulheres que fizeram reconstrução imediata da mama.

O câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, e para o biênio 2018 – 2019 estima-se 59.700 novos casos¹⁰⁸. A detecção precoce do câncer de mama aumenta as chances de tratamento e cura da doença, o que torna a qualidade de vida relacionada à saúde um aspecto importante a ser abordado^{108,109}

Al Ghazal SK, et al. (2000)¹⁹ observou que pacientes submetidas a reconstrução mamária imediata apresentam menor sofrimento e melhor bem-estar psicossocial quando comparadas as pacientes submetidas a reconstrução mamária tardia. Dean C, et al. (1983) mostrou que a reconstrução imediata quando comparada a reconstrução mamária tardia reduz a incidência de depressão pós-operatória¹¹⁰.

Durante a seleção dos estudos para essa revisão sistemática encontrou-se apenas uma outra revisão sistemática cujo objetivo foi avaliar a satisfação das pacientes com a reconstrução mamária somente após a mastectomia. Nele, a busca de artigos nas bases de dados limitou-se à língua inglesa e a data de publicação restringiu-se ao período de 10 anos. Os artigos que o compuseram não foram selecionados de acordo com momento da reconstrução mamária, se imediata ou tardia ou não incluíram as técnicas de oncoplastia. Como resultado todos os estudos relataram altos níveis de satisfação com a reconstrução mamária após a mastectomia, independente da técnica utilizada¹¹¹.

O questionário BREAST-Q é um instrumento de resultado relatado pela paciente para avaliar a satisfação e a qualidade de vida relacionados à cirurgia. Esse questionário é composto por módulos: aumento, redução, cirurgia conservadora, mastectomia e reconstrução e cada módulo tem escalas que podem ser aplicadas de forma independente para avaliar a satisfação da paciente e a qualidade de vida relacionada à saúde, tanto no pré-operatório como no pós-operatório¹¹². As respostas das pacientes para cada escala aplicada são transformadas em uma pontuação que varia de 0 a 100 pontos, através do software de pontuação Q-score, onde uma pontuação mais alta significa maior satisfação ou qualidade de vida¹¹³.

A utilização do BREAST-Q permite, portanto, que os resultados do tratamento sejam avaliados pela perspectiva dos pacientes, fornecendo informações importantes sobre o impacto e a eficácia da cirurgia. Além do mais pode trazer informações importantes acerca do tratamento do câncer de mama, comparar os diversos tipos de tratamento cirúrgico e sua conexão com a qualidade de vida^{113,114}.

O short Form-36 é um instrumento validado e traduzido para diversos contextos linguísticos e utilizado para estudar a qualidade de vida relacionada a saúde. É composto por 36 itens que constituem 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Esses domínios são escalonados de 0 a 100, onde quanto mais alta for a pontuação melhor o estado de saúde do paciente. O questionário tem sido utilizado para avaliar mudanças na qualidade de vida em pacientes submetidos a intervenções médicas^{115,116}.

O questionário EORTC foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer. É um instrumento traduzido e validado para diversos idiomas e composto por escalas funcionais, escalas relacionadas a sintomas e escala de qualidade de vida global relacionada a saúde. Todas as escalas são pontuadas de 0 a 100 onde pontuações altas indicam boa função nas escalas de estado de saúde global, funcionamento físico, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social. Nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras altas pontuações indicam baixa função^{117,118,119}.

O EORTC é suplementado por módulos específicos de determinados tipos de câncer, por exemplo, câncer de mama. O módulo da mama avalia sintomas da doença, efeitos colaterais do tratamento, imagem corporal, funcionamento sexual e perspectivas futuras^{117,118,119}.

O WHO QOL é um instrumento para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde. O WHOQOL-100 é composto por seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade e uma faceta geral que avalia a satisfação global com a qualidade de vida e a percepção geral da saúde. O WHO QOL-BREF é uma versão abreviada do QOL-100 e contém 26 itens, organizados em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente e inclui uma faceta sobre qualidade de vida geral. As respostas seguem a escala de Likert, variando de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida¹²⁰.

Em relação as limitações desta revisão sistemática, embora tenha sido realizada uma ampla busca em várias bases de dados, surgiram poucos estudos que pudessem ser incluídos na metanálise. Tal fato ocorreu devido a diferentes metodologias empregadas e questionários utilizados na mensuração da satisfação e qualidade de vida das mulheres com câncer tratadas cirurgicamente. Desse modo, não foi possível estimar o viés de publicação dos estudos, uma vez que apenas três pesquisas foram incluídas na metanálise e são necessários pelos menos dez investigações para aplicação do Teste de Egger. Na perspectiva de minimizar vieses, foram rastreados textos que pertenciam à literatura cinzenta, bem como realizado contato com os autores. Nenhuma pesquisa apresentou uma amostra que fosse representativa da população investigada, no entanto, isso pode ser justificado diante da raridade do câncer de mama e reconstrução imediata da mama.

No que concerne às fortalezas da presente revisão sistemática, ressalta-se as bases de dados empregadas na busca, aplicação de técnicas e instrumentos validados para avaliação da qualidade metodológica dos estudos e guias para checagem e revisão da redação deste trabalho. Ainda, é importante destacar a seleção de estudos originais que apresentaram registros seguros em relação à exposição e desfecho. Essa revisão incluiu apenas estudos longitudinais e foi realizada metanálise para estimar a diferença média da satisfação das mulheres em relação à reconstrução da mama. A metanálise mostrou que os domínios satisfação com as mamas, psicológica e sexual apresentaram maior média no grupo de mulheres que realizaram reconstrução mamária imediata, embora apenas o segundo domínio tenha apresentado significância estatística. Fontes de dados autorreferidos foram excluídos da revisão, diminuindo possíveis vies de informação. Possivelmente, essa é a primeira revisão com metanálise e elevado número de pesquisas longitudinais sobre o tema.

10.5 CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática com metanálise avaliou a satisfação das pacientes submetidas a diferentes técnicas de reconstrução mamária em mulheres com câncer. Essa é uma importante medida de resultado por permitir acompanhar e melhorar os aspectos relacionados à qualidade de vida desse grupo de mulheres.

Com esse estudo conseguiu-se disponibilizar um resumo das evidências relacionadas a satisfação com a reconstrução da mama. A análise estatística incluiu um pequeno número de artigos que calcularam o escore conforme a ocorrência da intervenção cirúrgica e observou elevação média nos indicadores de satisfação com as mamas, psicológica e sexual, embora apenas o domínio de satisfação psicológica tenha sido estatisticamente significativo. Esses achados estão de acordo com o descrito na literatura, visto que há um aumento nos escores das escalas que avaliam a satisfação e a qualidade de vida dessas pacientes.

Observou-se entre os estudos selecionados o predomínio da utilização de instrumentos validados para avaliar a qualidade de vida das pacientes, sobressaindo-se os questionários Breast-Q, EORTC QLQ, Short-Form 36 e WHO. Dentre esses, apenas o questionário BREAST-Q apresenta módulo específico de reconstrução mamária. A aplicação de instrumentos de pesquisa distintos dificulta a comparação dos dados. Sugere-se, portanto, a padronização de questionários para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer submetidas a reconstrução mamária.

10.6 REFERÊNCIAS

1. Fisher B, Andersen S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH, Wolmark N (2002) Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 347(16):1233–1241. doi:[10.1056/NEJMoA022152](https://doi.org/10.1056/NEJMoA022152).
2. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, Banfi A, Zucali R, DelVecchio M, Saccozzi R, Beretta E, Boracchi P, Farante G (1990) Conservative treatment of early breast cancer: long term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. *Ann Surg* 211:250–258.
3. Yiannakopoulou EC, Mathelin C. Oncoplastic breast conserving surgery and oncological outcome: systematic review. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42:625–630.

4. Clough KB, Benyahi D, Nos C, et al. Oncoplastic surgery: pushing the limits of breast-conserving surgery. *Breast J.* 2015;21:140–146.
5. Piper M, Peled AW, Sbitany H. Oncoplastic breast surgery: current strategies. *Gland Surg.* 2015; 4:154–163.
6. Association of Breast Surgery at BASO1; Association of Breast Surgery at BAPRAS; Training Interface Group in Breast Surgery, et al. Oncoplastic breast surgery—a guide to good practice. *Eur J Surg Oncol.* 2007;33:S1–S23.
7. Losken A, Nahabedian MY. Oncoplastic breast surgery: past, present, and future directions in the United States. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 124:969–972.
8. Chan SW, Cheung PS, Lam SH. Cosmetic outcome and percentage of breast volume excision in oncoplastic breast conserving surgery. *World J Surg.* 2010; 34:1447–1452.
9. Berry MG, Fitoussi AD, Curnier A, et al. Oncoplastic breast surgery: a review and systematic approach. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010; 63:1233–1243.
10. Clough KB, Ihrai T, Oden S, et al. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. *Br J Surg.* 2012; 99:1389–1395.
11. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, et al. Evaluations of aesthetic outcomes of oncoplastic surgery by surgeons of different gender and specialty: a prospective controlled study. *Breast.* 2011;20:407–412.
12. Jobsen JJ, van der Palen J, Baum M, et al. Timing of radiotherapy in breast-conserving therapy: a large prospective cohort study of node-negative breast cancer patients without adjuvant systemic therapy. *Br J Cancer.* 2013;108:820–825.
13. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol* 1997; 16:284–98.

14. Waljee JF, Hu ES, Ubel PA, et al. Effect of esthetic outcome after breast-conserving surgery on psychosocial functioning and quality of life. *J Clin Oncol*. 2008;26:3331–3337.
15. Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Psychological factors predict patient satisfaction with postmastectomy breast reconstruction. *Plast Recons*.
16. El-Hadidy MA, Elnahas W, Hegazy MA, Hafez MT, Refky B, Wahab KM. Psychiatric morbidity among Egyptian breast cancer patients and their partners and its impact on surgical decision-making. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2012;4:25–32.
17. Veronesi U, Luini A, Galimberti V, Zurrada S: Conservation approaches for the management of stage I/II carcinoma of the breast: Milan cancer Institute Trials. *World J Surg* 18: 70–75, 1994.
18. Fisher B, Anderson S, Redmond CK, Wolmark N, Wickerham DL, Cronin WM: Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *New Engl J Med* 333: 1456–1461, 1995.
19. Al Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *EJSO* 2000;26:17e9.
20. Keith DJ, Walker MB, Walker LG, Heys SD, Sarkar TK, Hutcheon AW, et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(3):1051-6.
21. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D (1993) Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 2:369–395.
22. Cella DF (1995) Methods and problems in measuring quality of life. *Support Care Cancer* 3(1):11–22.
23. Cella DF and Bonomi AE (1995). Measuring quality of life: 1995 update. *Oncology* 11(9):47–60 (Suppl).

24. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of the life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.
25. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008;14(2):176-81.
26. Clough KB, Thomas SS, Fitoussi AD, et al. Reconstruction after conservative treatment for breast cancer: Cosmetic sequelae classification revisited. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114: 1743–1753.
27. Cochrane RA, Valasiadou P, Wilson AR, et al. Cosmesis and satisfaction after breast-conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised. *Br J Surg.* 2003;90: 1505–1509.
28. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, et al. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125:811–817.
29. Brennan ME, Spillane AJ. Uptake and predictors of post-mastectomy reconstruction in women with breast malignancy systematic review. *Eur J Surg Oncol* 2013;39(6):527e41.
30. Sociedade Brasileira de Mastologia [homepage na internet]. Reconstrução mamária é um direito de toda mulher brasileira [acesso em 11 março 2018]. Menos de 10% das mulheres brasileiras têm acesso à cirurgia de reconstrução mamária [acesso em 21 junho 2016]. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/noticias/reconstrucao-mamaria-e-um-direito/>
31. Aliano K, Kaufman D, Korsh J, Guarino K, Addona T. Post-operative outcomes and patient satisfaction following oncoplastic breast reconstruction. 2014 Annual Meeting Abstracts; Northeastern Society of Plastic Surgeons.
32. Srivastava A, Adimulam G, Challa V, Dhar A, Chumber S, Seenu V. Assessment of cosmetic outcome of oncoplastic breast conservation surgery in women with early breast cancer: A prospective cohort study. *Indian J Cancer* [Internet]. 2014;51(1):58. Available from: <http://www.indianjcancer.com/text.asp?2014/51/1/58/134629>

33. Alderman AK, Kuhn LE, Lowery JC, Wilkins EG. Does Patient Satisfaction with Breast Reconstruction Change over Time? Two-Year Results of the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study. *J Am Coll Surg*. 2006;204(1):7–12.
34. Apte A, Haigh A, Chandrasekharan S, Chakravorty A. Patient-reported outcomes of breast reconstruction using implant and biomesh: Our experience. *Eur J Surg Oncol*. 2014;40(5):631.
35. Ashraf AA, Colakoglu S, Nguyen JT, Anastasopoulos AJ, Ibrahim AMS, Yueh JH, et al. Patient involvement in the decision-making process improves satisfaction and quality of life in postmastectomy breast reconstruction. *J Surg Res [Internet]*. Elsevier Ltd; 2013;184(1):665–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2013.04.057>.
36. Bayti T, Panouilleres M, Tropet Y, Bonnetain F, Pauchot J. Lipofilling en reconstruction mammaire. Étude rétrospective de la satisfaction et de la qualité de vie à propos de 68 patientes. *Ann Chir Plast Esthet*. 2015;61(3):190–9.
37. Hoch D, Benditte-Klepetko H, Gösseger N. Analysis of patient satisfaction and donor site morbidity after different types of breast reconstruction. *Scand J Surg*. 2014;103(4):249–55.
38. Caffo O, Amichetti M, Ferro A, Lucenti A, Valduga F, Galligioni E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat [Internet]*. 2003;80(1):39–48. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L36851283%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1023/A:1024435101619>
39. Cha R, Barnes E, Locke MB. THE NEW ZEALAND questionnaire. 2013;126(1386):43–56.
40. Cocquyt VF, Blondeel PN, Depypere HT, Van De Sijpe KA, Daems KK, Monstrey SJ, et al. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *Br J Plast Surg*. 2003;56(5):462–70.
41. Damen THC, Timman R, Kunst EH, Gopie JP, Bresser PJC, Seynaeve C, et al. High satisfaction rates in women after DIEP flap breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthetic*

Surg [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;63(1):93–100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2008.08.019>

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

43. Davis GB, Lang JE, Peric M, Yang H, Artenstein D, Chan LS, et al. Breast reconstruction satisfaction rates at a large county hospital. *Ann Plast Surg*. 2014;72(SUPPL. 1):61–5.

44. De Gournay E, Bonnetain F, Tixier H, Loustalot C, Dabakuyo S, Cuisenier J. Evaluation of quality of life after breast reconstruction using an autologous latissimus dorsi myocutaneous flap. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;36(6):520–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2010.04.008>

45. Dean NR, Crittenden T. A five year experience of measuring clinical effectiveness in a breast reconstruction service using the BREAST-Q patient reported outcomes measure: A cohort study. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;69(11):1469–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2016.08.015>

46. Dejode M, Bordes V, Jaffré I, Classe JM, Dravet F. Résultats oncologiques, fonctionnels et esthétiques; évaluation de la qualité de vie après reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal. À propos d’une série rétrospective de 450 patientes. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011;56(3):207–15.

47. Denewer A, Farouk O, Kotb S, Setit A, Abd El-Khalek S, Shetiwy M. Quality of life among Egyptian women with breast cancer after sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction: A comparative study. *Breast Cancer Res Treat*. 2012;133(2):537–44.

48. Di Micco R, O’Connell RL, Barry PA, Roche N, MacNeill FA, Rusby JE. Bilateral mammoplasty for cancer: Surgical, oncological and patient-reported outcomes. *Eur J Surg Oncol*. 2016;43(1):68–75.

49. 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.

50. Didier F, Radice D, Gandini S, Bedolis R, Rotmensz N, Maldifassi A, et al. Does nipple preservation in mastectomy improve satisfaction with cosmetic results, psychological adjustment, body image and sexuality? *Breast Cancer Res Treat*. 2009;118(3):623–33.
51. Dikmans REG, Negenborn VL, Bouman MB, Winters HAH, Twisk JWR, Ruhé PQ, et al. Two-stage implant-based breast reconstruction compared with immediate one-stage implant-based breast reconstruction augmented with an acellular dermal matrix: an open-label, phase 4, multicentre, randomised, controlled trial. *Lancet Oncol*. 2017;18(2):251–8.
52. Djohan R, Gage E, Gatherwright J, Pavri S, Firouz J, Bernard S, et al. Patient satisfaction following nipple-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: An 8-year outcome study. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(3):818–29.]
53. Dossett LA, Lowe J, Sun W, Lee MC, Smith PD, Jacobsen PB, et al. Prospective evaluation of skin and nipple-areola sensation and patient satisfaction after nipple-sparing mastectomy. *J Surg Oncol*. 2016;114(1):11–6.
54. Egro FM, Pinell-White X, Hart AM, Losken A. The Use of Reduction Mammoplasty with Breast Conservation Therapy. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2015;135(6):963e–971e. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006534-201506000-00005>
55. Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, Rylander R, Lagergren J, Jurell G, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: A prospective study. *Breast*. 2004;14(3):201–8.
56. Fernández-Delgado J, López-Pedraza MJ, Blasco JA, Andradas-Aragones E, Sánchez-Méndez JJ, Sordo-Miralles G, et al. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Ann Oncol*. 2008;19(8):1430–4.
57. Fischer JP, Wes AM, Kanchwala S, Kovach SJ. Effect of BMI on modality-specific outcomes in immediate breast reconstruction (IBR)-a propensity-matched analysis using the 2005-2011 ACS-NSQIP datasets. *J Plast Surg Hand Surg*. 2014;48(5):297–304.

58. Fung KW, Lau Y, Fielding R, Or A, Yip AWC. The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstructions on the quality of life of Chinese women. *Aust N Z J Surg*. 2001;71(4):202–6.
59. Girotto JA, Schreiber J, Nahabedian MY, Glat P. Breast reconstruction in the elderly: Preserving excellent quality of life. *Ann Plast Surg*. 2003;50(6):572–8.
60. Goffman TE, Schneider H, Hay K, Elkins DE, Schnarrs RA, Carman C. Cosmesis with bilateral mammoreduction for conservative breast cancer treatment. *Breast J*. 2005;11(3):195–8.
61. Goktas SB, Gulluoglu BM, Selimen D. Immediate or Delayed Breast Reconstruction After Radical Mastectomy in Breast Cancer Patients: Does It Make a Difference in the Quality of Life. *Turkiye Klin Tip Bilim Derg*. 2011;31(3):664–73.
62. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;282(1):75–82.
63. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, Kenealy JM, Rainsbury RM, Umpleby HC. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*. 2003. Mar;111(3):1060–8
64. El Hage Chehade H, Headon H, Wazir U, Carmaichael AR, Choy C, Kasem A, et al. Nipple-sparing mastectomy using a hemi-periareolar incision with or without minimal medial-lateral extensions; clinical outcome and patient satisfaction: A single centre prospective observational study. *Am J Surg* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;213(6):1116–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.04.016>
65. Heneghan HM, Prichard RS, Lyons R, Regan PJ, Kelly JL, Malone C, et al. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy - A comparison with patients undergoing breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(11):937–43.
66. Jaggi R, Li Y, Morrow M, Janz N, Alderman A, Graff J, et al. Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and

without reconstruction: Results of a survey of breast cancer survivors. *Ann Surg*. 2015;261(6):1198–206.

67. Juhl AA, Christensen S, Zachariae R, Damsgaard TE. Unilateral breast reconstruction after mastectomy – patient satisfaction, aesthetic outcome and quality of life. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 2017;56(2):225–31. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0284186X.2016.1266087>

68. Krueger E a., Wilkins EG, Strawderman M, Cederna P, Goldfarb S, Vicini F a., et al. 151 Complications and patient satisfaction following expander / implant breast reconstruction with and without radiotherapy. *Int J Radiat Oncol*. 2001;49(3):713–21.

69. Lamore K, Quintard B, Flahault C, Van Wersch A, Untas A. Évaluation de l'impact de la reconstruction mammaire chez les femmes en couple grâce à un outil de recherche communautaire: les Seintinelles. *Bull Cancer*. 2016;103(6):524–34.

70. Chao LF, Patel KM, Chen SC, Lam HB, Lin CY, Liu HE, et al. Monitoring patient-centered outcomes through the progression of breast reconstruction: A multicentered prospective longitudinal evaluation. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;146(2):299–308.

71. Liu C, Zhuang Y, Momeni A, Luan J, Chung MT, Wright E, et al. Quality of life and patient satisfaction after microsurgical abdominal flap versus staged expander/implant breast reconstruction: A critical study of unilateral immediate breast reconstruction using patient-reported outcomes instrument BREAST-Q. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;146(1):117–26.

72. Ludolph I, Horch RE, Harlander M, Arkudas A, Bach AD, Kneser U, et al. Is there a rationale for autologous breast reconstruction in older patients? A retrospective single center analysis of quality of life, complications and comorbidities after DIEP or ms-TRAM flap using the BREAST-Q. *Breast J*. 2015;21(6):588–95.

73. Maguire PD, Adams A, Nichols MA. Oncoplastic Surgery and Radiation Therapy for Breast Conservation. *Am J Clin Oncol* [Internet]. 2015;38(4):353–7. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000421-201508000-00005>

74. Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, et al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 2012;19(1):233–41.
75. Min SY, Kim HY, Jung S-Y, Kwon Y, Shin KH, Lee S, et al. Oncological Safety and Quality of Life Associated with Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction with a Latissimus Dorsi Myocutaneous Flap. *Breast J* [Internet]. 2010;16(4):no-no. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1524-4741.2010.00941.x>
76. Mullan MH, Wilkins EG, Goldfarb S, Lowery JC, Smith DM, Wickman M, et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes after breast reconstruction: Cross-cultural comparisons of 1-year postoperative results. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2007;60(5):503–8.
77. Nano M, Gill P, Kollias J, Bochner M, Malycha P, Winefield H. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *J Surg* [Internet]. 2005;75(April):940–7. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=437c193a-f36d-4847-8234-49b8cd2ba438@sessionmgr110&hid=126>
78. Oliveira RR De, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2010;32(12):602–8.
79. Papadopoulos NA, Kovacs L, Baumann A, Ali S, Herschbach P, Henrich G, et al. Lebensqualität und zufriedenheit nach brustrekonstruktion. *Chirurg*. 2006;77(7):610–5.
80. Van Paridon MW, Kamali P, Paul MA, Wu W, Ibrahim AMS, Kansal KJ, et al. Oncoplastic breast surgery: Achieving oncological and aesthetic outcomes. *J Surg Oncol*. 2017;
81. Patel KM, Hannan CM, Gatti ME, Nahabedian MY. A head-to-head comparison of quality of life and aesthetic outcomes following immediate, staged-immediate, and delayed oncoplastic reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(6):2167–75.
82. Peled AW, Duralde E, Foster RD, Fiscalini AS, Esserman LJ, Shelley Hwang E, et al. Patient-reported outcomes and satisfaction after total skin-sparing mastectomy and immediate expander-implant reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2014;72(SUPPL. 1):48–52.

83. Pinell-White XA, Duggal C, Metcalfe D, Sackeyfio R, Hart AM, Losken A. Patient-Reported Quality of Life after Breast Reconstruction: A One-Year Longitudinal Study Using the WHO-QOL Survey. *Ann Plast Surg*. 2015;75(2):144–8.
84. Pukanicsik D, Kelemen P, Ujhelyi M, Kovács E, Udvarhelyi N, Zaka Z, et al. 46. Determining the maximum resectable breast volume in breast conserving surgery in correlation with tolerable aesthetic and functional outcomes. A potential guide for deciding between conventional and oncoplastic breast conserving surgery or mastectomy: A prospective cohort study. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2016;42(9):S84. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0748798316302463>
85. Rezai M, Knispel S, Kellersmann S, Lax H, Kimmig R, Kern P. Systematization of oncoplastic surgery: selection of surgical techniques and patient-reported outcome in a cohort of 1,035 patients. *Ann Surg Oncol*. 2015;22(11):3730–7. Doi:10.1245/s10434-015-4396-4. Epub 2015 Feb 12.
86. Ringberg A, Tengrup I, Aspegren K, Palmer B. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol*. 1999 Oct;25(5):470–6.
87. Rosson GD, Shridharani SM, Magarakis M, Manahan MA, Basdag B, Gilson MM, Pusic AL. Quality of life before reconstructive breast surgery: a preoperative comparison of patients with immediate, delayed, and major revision reconstruction. *Microsurgery*. 2013 May;33(4):253–8. Doi:10.1002/micr.22081. Epub 2013 Feb 17.
88. Sackey H, Sandelin K, Frisell J, Wickman M, Brandberg Y. Ductal carcinoma in situ of the breast. Long-term follow-up of health-related quality of life, emotional reactions and body image. *Eur J Surg Oncol*. 2010;36(8):756–62.
89. Salhab M, Sarakbi W Al, Joseph A, Sheards S, Travers J, Mokbel K. Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: Patient satisfaction and clinical outcome. *Int J Clin Oncol*. 2006;11(1):51–4.
90. 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*. 2016;76(6):640–4.

91. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE, Grundfest-Broniatowski S, Dowden RV. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparioson of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*. 1995 Jan 1;75(1):54-64.
92. Shaikh-Naidu N, Preminger BA, Rogers K, Messina P, Gayle LB, Davison SP, et al. Determinants of Aesthetic Satisfaction Following TRAM and Implant Breast Reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2004;52(5):465–70.
93. Chan SWW, Chueng PSY, Lam SH. Cosmetic outcome and percentage of breast volume excision in oncoplastic breast conserving surgery. *World J Surg*. 2010;34(7):1447–52.
94. Sherwell-Cabello S, Maffuz-Aziz A, Villegas-Carlos F, Domínguez-Reyes C, Labastida-Almendaro S, Rodríguez-Cuevas S. Factibilidad y resultado estético de la cirugía oncoplástica en el tratamiento de cáncer de mama. *Cir y Cir (English Ed [Internet]. Academia Mexicana de Cirugía A.C.; 2015;83(3):199–205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.015>*
95. Stathouloupoulou M, Iliopoulos E, Karamanis P, Marousopoulou E, Venizelos V. Patient's satisfaction following oncoplastic surgical procedure for breast câncer. *European Journl of Cancer*. 2016;57(2):s19-s153.
96. Susarla SM, Ganske I, Helliwell L, Morris D, Eriksson E, Chun YS. Comparison of clinical outcomes and patient satisfaction in immediate single-stage versus two-stage implant-based breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(1):1e–8e.
97. van Vuuren TMAJ, van Haaren ERM, vd Kar TJ, Kortleve JW, Scheeren CIE. Patient satisfaction and complication rate after mastectomy with immediate two-stage breast reconstruction as compared to mastectomy without immediate breast reconstruction. *Surg Pract*. 2015;19(3):120–7.
98. Trejo-Ochoa JL, Maffuz-Aziz A, Said-Lemus FM, Domínguez-Reyes CA, Hernández-Hernández B, Villegas-Carlos F, et al. Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama. *México Ginecol Obs Mex*. 2013;81:510–8.

99. Ueda S, Tamaki Y, Yano K, Okishiro N, Yanagisawa T, Imasato M, Shimazu K, Kim SJ, Miyoshi Y, Tanji Y, Taguchi T, Noguchi S (2008) Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery* 143(3):414–425. doi: [10.1016/j.surg.2007.10.006](https://doi.org/10.1016/j.surg.2007.10.006)
100. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo-Junior I, Balbino PFR, Caetano L V., et al. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2009;125(3):811–7.
101. Wei CH, Scott AM, Price AN, Miller HC, Klassen AF, Jhanwar SM, et al. Psychosocial and Sexual Well-Being Following Nipple-Sparing Mastectomy and Reconstruction. *Breast J*. 2016;22(1):10–7.
102. Yang JD, Huh JS, Min Y-S, Kim HJ, Park HY, Jung T-D. Physical and Functional Ability Recovery Patterns and Quality of Life after Immediate Autologous Latissimus Dorsi Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2015;136(6):1146–54. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006534-201512000-00003>
103. Ramon Y, Ullmann Y, Moscona R, Ofiram E, Tamir A, Har-Shai Y, et al. Aesthetic results and patient satisfaction with immediate breast reconstruction using tissue expansion: a follow-up study. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1997;99(3):686–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9047187>.
104. Yueh JH, Slavin SA, Adesiyun T, Nyame TT, Gautam S, Morris DJ, et al. Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: A comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(6):1585–95.
105. 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: A prospective analysis of early postoperative outcomes. *Cancer*. 2012;118(6):1701–9108.
106. Zhong T, Hu J, Bagher S, Vo A, O'Neill AC, Butler K, et al. A Comparison of Psychological Response, Body Image, Sexuality, and Quality of Life between Immediate and Delayed Autologous Tissue Breast Reconstruction: A Prospective Long-Term Outcome Study. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(4):772–80.

107. Mátrai Z, Gulyás G, Kovács E, Sándor Z, Polgár C, Bartal A, Kásler M. Oncoplastic versus conventional breast conserving surgery. A comparison of clinicopathological findings, cosmetic results and quality of life of 60 cases. *Hungarian Oncology* 58:116–127, 2014
108. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Tipos de câncer [acesso em 10 março 2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama
109. Dauplat J, Kwiatkowski F, Rouanet P, et al. Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *Br J Surg* 2017;104:1197-206.doi:10.1002/bjs.10537
110. Dean C, Chetty U, Forrest AP. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*. 1983;1:459e62.
111. Guyomard V, Leinster S, Wilkinson M. Systematic review of studies of patients' satisfaction with breast reconstruction after mastectomy. *The Breast*. 2007;16:547-67.
112. ePROVIDE [homepage na internet]. Users' manual version 2.0 May 2015 [acesso em outubro 2017]. Disponível em: <http://qportfolio.org/breastq/wp-content/uploads/2016/08/Breast-Q-USERS-MANUAL-2015.pdf>
113. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JÁ, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):345-53.
114. Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Cordeiro PG, Pusic AL. The BREAST-Q: further validation in independent clinical samples. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(2):293-302.
115. Leplège A, Ecosse E, Coste J, Pouchot J, Perneger T. *Le questionnaire MOS SF-36: Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris: Editions Estem; 2001.
116. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinao I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36: A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39:143–150.

117. EORTC [homepage da internet]. Quality of life [acesso em maio 2018]. Disponível em: <http://groups.eortc.be/qol/>
118. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *Eur J Cancer* 2000;36:1796–1807.
119. Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module: First results from a three country field study. *J Clin Oncol*. 1996;14:2756–2768.
120. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF), University of Washington Seattle Quality of Life Group. Disponível em: <http://depts.washington.edu/seaol/WHOQOL-BREF>. Acesso em março, 2018.

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Oncoplastia e reconstrução mamária imediata em pacientes com câncer de mama: Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida de pacientes operadas em um serviço de mastologia do Distrito Federal. O nosso objetivo é avaliar o grau de satisfação e a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama com técnicas reconstrutivas. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor de mastologia do HBDF. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Ao participar desta pesquisa sua identidade será mantida em sigilo absoluto. Você não corre risco quanto à sua integridade física ou qualquer dano moral. A pesquisa contribuirá para difundir e fortalecer os benefícios da reconstrução mamária imediata em pacientes com câncer de mama e possibilitará a disponibilização de dados para futuras pesquisas. Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de mastologia do HBDF e na Instituição FEPECS podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Lucimara Veras, telefone: (61) 98424-4361, e-mail: lucimaraprisila@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisar Responsável (Nome e assinatura)

Brasília, ____ de ____ de ____.

APÊNDICE 2: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO E DADOS DEMOGRÁFICOS:

IDADE (EM ANOS COMPLETOS)	
ESCOLARIDADE	() ENSINO FUNDAMENTAL () ENSINO MÉDIO () ENSINO SUPERIOR () NÃO ESTUDOU
ESTADO CIVIL	() CASADA () UNIÃO ESTÁVEL () SOLTERIA () DIVORCIADA () VIÚVA () OUTROS
OCUPAÇÃO	() EMPREGO FIXO / CARTEIRA ASSINADA () EMPREGO INFORMAL / SEM CARTEIRA ASSINADA () NÃO TRABALHA

VARIÁVEIS CLÍNICAS:

PESO (KG)	
ALTURA (EM M ²)	
IMC (KG/M ²)	
HISTÓRIA FAMILIAR: MÃE, IRMÃOS OU FILHOS COM CÂNCER DE MAMA	
PARIDADE	G_PN_C_A_
COMORBIDADES	() DIABETES () HIPERTENSÃO
TABAGISMO	() SIM () NÃO
CIRURGIAS MAMÁRIAS PRÉVIAS	

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ANATOMOPATOLÓGICAS

TAMANHO DAS MAMAS APÓS CIRURGIA	() GRANDE () SATISFEITA () PEQUENA
SIMETRIA DAS MAMAS APÓS A CIRURGIA	() SIMÉTRICA () ASSIMÉTRICA
DESEJO DE RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO AREOLO-MAMILAR – CAM (APENAS PARA PACIENTES QUE TIVERAM O CAM AMPUTADO)	() SIM () NÃO
QUIMIOTERAPIA	() ADJUVANTE () NEOADJUVANTE () NÃO REALIZOU
RADIOTERAPIA	() SIM () NÃO
HORMONIOTERAPIA	() SIM () NÃO
LOCALIZAÇÃO DO TUMOR (QUADRANTE)	
AValiação CLÍNICA DA AXILA	() POSITIVA () NEGATIVA
TIPO DE CIRURGIA	() RADICAL () CONSERVADORA
ESTADIAMENTO CLÍNICO (TNM)	T_N_M_
TIPO HISTOLÓGICO	

GRAU HISTOLÓGICO (BLOOM E RICHARDSON)	
SUBTIPO TUMORAL	☐ LUMINAL A ☐ LUMINAL B ☐ LUMINAL HÍBRIDO ☐ TRIPLO NEGATIVO ☐ HER-2 POSITIVO
MARGEM CIRÚRGICA	☐ LIVRE ☐ COMPROMETIDA
REABORDAGEM CIRÚRGICA	☐ SIM ☐ NÃO
COMPLICAÇÕES PRECOSES	☐ SIM ☐ NÃO
PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES	☐ SEROMA ☐ INFECÇÃO ☐ DEISCÊNCIA DE FO ☐ HEMATOMA ☐ TRANSFUSÃO SANGUÍNEA ☐ NECROSE GORDUROSA ☐ NECROSE DO CAM ☐ NECROSE DO RETALHO ☐ OUTRAS
TÉCNICA CIRÚRGICA	CIRURGIA RECONSTRUTIVA ☐ ADENOMASTECTOMIA COM IMPLANTE ☐ MASTECTOMIA POUPADORA DE PELE COM IMPLANTE ☐ MASTECTOMIA SIMPLES COM IMPLANTE DESCOLAMENTO DE VOLUME ☐ ROTAÇÃO GLANDULAR ☐ MASTOPEXIA ☐ ROUND BLOCK ☐ TÉCNICA RADIAL ☐ PEDÍCULO SUPERIOR ☐ PEDÍCULO INFERIOR ☐ PEDÍCULO SUPERO-MEDIAL ☐ OUTRAS SUBSTITUIÇÃO DE VOLUME ☐ GRANDE DORSAL COM IMPLANTE ☐ GRANDE DORSAL SEM IMPLANTE (☐ TRAM COM IMPLANTE ☐ TRAM SEM IMPLANTE ☐ OUTROS)

APÊNDICE 3: CRITÉRIOS DE QUALIDADE DO INSTRUMENTO NEWCASTLE-OTTAWA PARA ESTUDOS DE COORTE E CASO-CONTROLE.

Coorte
1. Seleção: representatividade (*), seleção dos não expostos (*), determinação da exposição(*) e existência anterior do desfecho(*) 2. Comparabilidade: Controle para confundimento (máximo**) 3. Desfecho: fonte para determinar o desfecho(*), tempo de seguimento(*) e adequação do acompanhamento(*).
Caso-controle
1. Seleção: definição do caso(*), representatividade dos casos(*), seleção dos controles(*), definição dos controles(*) 2. Comparabilidade: Controle para confundimento (máximo**). 3. Exposição: fonte de determinação da exposição(*), mesmo método para determinação de casos e controles(*), taxa de não-resposta(*)

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO PÓS-OPERATÓRIO PARA RECONSTRUÇÃO DO BREAST-Q®.

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 <u>ver</u> ?	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	Às 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	Às 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	Às 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
p. Sensação de formigamento na região das mamas?	1	2	3	4	5

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

As perguntas seguintes são sobre reconstruções que usaram TRAM or DIEP flap (por exemplo, reconstruções que usam tecido ou gordura do abdômen ou da região da barriga). Se você não teve TRAM or DIEP flap, por favor, pule para a questão 10. Se você passou por TRAM or DIEP flap, por favor, responda às seguintes perguntas:

7. Nas últimas 2 semanas, pensando em seu abdômen (área da barriga), com que frequência você sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dificuldade em se levantar por causa de fraqueza dos músculos abdominais (por exemplo, ao sair da cama)?	1	2	3	4	5
b. Dificuldade em fazer atividades diárias por causa de fraqueza dos músculos abdominais (por exemplo, arrumar sua cama)?	1	2	3	4	5
c. Desconforto abdominal?	1	2	3	4	5
d. Inchaço abdominal?	1	2	3	4	5
e. Protuberância abdominal?	1	2	3	4	5
f. Rigidez em seu abdômen?	1	2	3	4	5
g. Repuxos em seu abdômen?	1	2	3	4	5
h. Dores na parte inferior das costas?	1	2	3	4	5

8. 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 aparência de seu abdômen ?	1	2	3	4
b. A posição de seu umbigo?	1	2	3	4
c. A aparência de suas cicatrizes abdominais?	1	2	3	4

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

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Como você sente seu abdômen ao toque agora em comparação a antes da cirurgia?	1	2	3	4
b. Como seu abdômen <u>parece</u> agora em comparação a antes da cirurgia?	1	2	3	4

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

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

12. Estas perguntas são sobre seu médico cirurgião. 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.	Ouvir 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.

BREAST-Q™ © Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e The University of British Columbia, 2006, Todos os direitos reservados.

ANEXO 2: SUBMISSÃO DE MANUSCRITO NO JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

