



Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária

Quality of life and aesthetic results after mastectomy and mammary reconstruction

MARCELA CAETANO CAMMAROTA ^{1*}
AMANDA COSTA CAMPOS ¹
CESAR AUGUSTO DAHER CEVA FARIA ¹
GABRIEL CAMPELO DOS-SANTOS ¹
LEONARDO DAVID PIRES BARCELOS ¹
RONAN CAPUTI SILVA DIAS ¹
FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA²
JOSE CARLOS DAHER ¹

■ RESUMO

Introdução: Em decorrência do aumento na incidência de câncer de mama, a procura pela reconstrução mamária vem crescendo, juntamente com a preocupação em relação à satisfação e à qualidade de vida das pacientes. Mastectomia pode ser vivenciada de modo traumático, sendo considerada mutilação, afetando autoestima e estabilidade emocional. O questionário BREAST-Q[®] foi validado internacionalmente e formulado para avaliação pré e pós-operatória da qualidade de vida relacionada à reconstrução mamária. O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida e satisfação com o resultado estético das pacientes submetidas à reconstrução mamária com implantes, comparando o período anterior com o período posterior à reconstrução mamária. **Métodos:** Realizado estudo observacional longitudinal retrospectivo por meio da revisão de prontuários de pacientes submetidas à reconstrução mamária com uso de implantes de silicone ou de expensor de tecido no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, associado a estudo transversal por meio da aplicação do questionário Breast-Q[®] e avaliação do resultado estético após análise fotográfica pré e pós-operatória. **Resultados:** Foram selecionadas 74 pacientes que foram submetidas à reconstrução mamária com implantes (79,7% com prótese de silicone e 20,3% com expensor); 95,94% das reconstruções foram imediatas e não houve predomínio quanto à lateralidade. Obtivemos significância estatística tanto no domínio satisfação com a mama quanto no domínio bem-estar físico. A maioria dos casos foram considerados satisfatórios pelo avaliador externo. **Conclusão:** A qualidade de vida das pacientes no período posterior à reconstrução mamária com implantes mamários é superior em relação ao período anterior ao procedimento cirúrgico.

Descritores: Neoplasias da mama; Implante de prótese; Qualidade de vida; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Mastectomia.

Instituição: Hospital Daher Lago Sul,
Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido: 2/4/2018.
Artigo aceito: 10/2/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0008

¹ Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.

² Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Due to the increased incidence of breast cancer, the demand for breast reconstruction has been increasing, along with concerns regarding the satisfaction and quality of life of the patients. Mastectomy can be a traumatic experience, especially when it is perceived as a mutilation, which can impact self-esteem and emotional stability. The BREAST-Q® questionnaire was internationally validated and formulated for the pre- and postoperative assessment of quality of life related to breast reconstruction. This study aimed to evaluate quality of life and aesthetic result satisfaction in patients who underwent breast reconstruction with implants by comparing the period after breast reconstruction with the period before. **Method:** A retrospective longitudinal observational study was carried out by reviewing the charts of patients who underwent breast reconstruction using silicone or tissue expander implants from January 2014 to December 2016, in association with a cross-sectional study of the Breast-Q® questionnaire and an evaluation of aesthetic results based on photographic analysis before and after surgery. **Results:** We selected 74 patients who underwent breast reconstruction with implants (79.7% with silicone prostheses and 20.3% with expanders); 95.94% of the reconstructions were immediate, and no particular laterality predominated. We obtained statistical significance in the domains of both breast satisfaction and physical well-being. Most cases were considered satisfactory by the external evaluator. **Conclusion:** The patients' quality of life in the period after breast reconstruction with breast implants was superior to that in the period prior to the procedure.

Keywords: Breast Neoplasms. Prostheses and Implants. Quality of Life. Surgery, Plastic. Mastectomy.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de mama é o segundo tipo mais comum de câncer registrado entre mulheres no Brasil e no mundo – atrás apenas do câncer de pele não melanoma. A doença responde por cerca de 25% dos novos casos de câncer registrados todos os anos. Para o ano de 2016, eram esperados cerca de 57.960 novos casos de câncer de mama registrados no Brasil. Em 2013, 14.388 pessoas morreram no país em razão da doença, sendo desse total 14.206 mulheres¹.

Em decorrência do aumento na incidência de câncer de mama, a procura pela reconstrução mamária também vem crescendo, juntamente com a preocupação em relação à satisfação e à qualidade de vida das pacientes.

A mastectomia, mesmo acompanhada de reconstrução mamária imediata, pode ser vivenciada de modo traumático pela mulher, sendo considerada uma mutilação, afetando sua autoestima e estabilidade emocional. Além disso, após procedimento cirúrgico, pacientes podem apresentar sintomas como dores ou

desconfortos na área da mama, alteração na sensação tátil do seio, comprometimento da funcionalidade do membro superior após a dissecação dos linfonodos axilares, entre outros, afetando a qualidade de vida dessas pacientes².

É diante deste cenário que se sobressai a importância da reconstrução de mama para que a paciente possa melhorar sua imagem corporal, além de reestabelecer seu papel social e melhorar a qualidade de vida³.

Dentre as técnicas utilizadas na reconstrução mamária, temos as que utilizam prótese de silicone e expansor de tecido, podendo ser realizadas de forma imediata ou tardia à mastectomia.

A prótese mamária de gel de silicone foi desenvolvida em 1961 por Cronin, Gerow e a Dow Corning Corp, apresentada em 1963, mudando a evolução da reconstrução mamária. Na França, Arion apresentou em 1965 o primeiro expansor de tecidos, mas foi em 1982 que Radovan descreveu seu uso na reconstrução mamária. Becker, em 1984, desenvolveu expansor tissular definitivo. Técnicas desenvolvidas com a utilização destes materiais aloplásticos proporcionaram melhoria da

qualidade de vida das pacientes, reduzindo o impacto da mutilação, diminuindo o tempo cirúrgico, menor período de internação, ausência de ária doadora, menor risco de complicações^{4,5}.

A forma mais eficaz para a avaliação da qualidade de vida é por meio de questionários validados e focados no tratamento em questão^{6,7}. O questionário BREAST-Q[®] foi validado e especificamente formulado para avaliação pré e pós-operatória da qualidade de vida relacionada à reconstrução mamária^{7,8}.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida e satisfação com o resultado estético das pacientes submetidas à reconstrução mamária com implantes, comparando o período anterior com o período posterior à reconstrução mamária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional longitudinal retrospectivo por meio da revisão de prontuários das pacientes submetidas à reconstrução mamária com uso de implantes de silicone ou de expensor de tecido no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, associado a um estudo transversal por meio da aplicação do questionário BREAST-Q[®] e avaliação do resultado estético após análise de fotografias pré e pós-operatórias.

Este projeto de pesquisa seguiu os trâmites legais determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos e de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque.

Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma cirurgiã plástica em 5 hospitais localizados na cidade de Brasília (DF).

As variáveis avaliadas foram idade, índice de massa corporal (IMC), comorbidades, tipo de reconstrução mamária realizada, resultado do estudo histopatológico da lesão biopsiada, a lateralidade, tempo em que foi realizada a reconstrução mamária (imediate ou tardia), realização de simetrização, preservação do complexo areolopapilar (CAP) na mastectomia, complicações pós-operatórias, a realização de quimioterapia e radioterapia e se houve finalização de todas as etapas da reconstrução mamária.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

1. Pacientes submetidas à mastectomia total em decorrência de câncer de mama diagnosticado ou por motivos profiláticos;
2. Pacientes submetidas à reconstrução mamária por meio de técnicas que utilizaram prótese mamária ou expensor de tecido;
3. Pacientes que estiveram de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

autorizando o uso de seus registros e de suas fotografias para fins científicos;

Já os critérios de exclusão foram:

1. Pacientes submetidas a outras técnicas de reconstrução mamária;
2. Pacientes que não responderam o questionário BREAST-Q[®] pré e pós-operatório;
3. Pacientes que se recusaram a participar do estudo.

Questionários para avaliação da qualidade de vida – BREAST-Q[®]

Para a avaliação da qualidade de vida das pacientes, foi utilizado o BREAST-Q[®], um questionário validado internacionalmente para o desenvolvimento de escalas de avaliação da qualidade de vida relacionada à reconstrução mamária sob a perspectiva do paciente^{6,7}. Foi desenvolvido baseado nos guidelines do FDA (*U.S. Food and Drug Administration/Guidance and Compliance Regulatory Information*). É composto por quatro módulos independentes (mamoplastia redutora, mamoplastia de aumento, reconstrução mamária e mastectomia). Cada um dos módulos inclui um núcleo de escalas independentes que avaliam seis domínios (satisfação com as mamas, satisfação com o resultado geral, bem-estar psicossocial, bem-estar sexual, bem-estar físico e satisfação com o atendimento).

As respostas das pacientes aos itens de cada escala são transformadas, por meio do software de pontuação Q-Score[®], para fornecer um escore total (para cada escala), que varia de 0 a 100. Em todas as escalas do BREAST-Q[®] uma pontuação maior significa maior satisfação ou uma melhor qualidade de vida mamária^{7,8}.

O questionário foi traduzido para o português sem que houvesse alguma alteração do sentido de cada frase. Utilizamos duas versões do questionário, uma específica para o pré-operatório e uma para o pós-operatório. No questionário pré-operatório, utilizamos 4 domínios (satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial, bem-estar físico e bem-estar sexual), já no questionário pós-operatório, utilizamos 5 domínios (satisfação com as mamas, satisfação com o resultado geral, bem-estar psicossocial, bem-estar sexual, bem-estar físico), acrescido de 1 subdomínio (satisfação com o mamilo).

Satisfação e resultado estético

Foi realizada avaliação médica do resultado estético obtido após a análise das fotografias pré-operatória e pós-operatória disponíveis em prontuário. A análise da satisfação do cirurgião com os resultados obtidos foi classificada como insatisfatório, nos casos considerados como ruim ou regular, ou satisfatório, nos casos considerados como bom ou ótimo. Já a satisfação

das pacientes foi relatada por meio do questionário BREAST-Q®.

Técnica cirúrgica

A técnica cirúrgica aplicada para ambos os procedimentos, reconstrução com uso de prótese ou com uso de expansor, foi a mesma. A escolha entre as duas técnicas se dava sempre no momento da cirurgia quando a complacência do músculo era testada através da colocação de moldes. Nos casos nos quais não era possível alcançar o tamanho adequado com a implantação direta da prótese, era utilizado expansor de tecido.

Inicialmente, a paciente é submetida à mastectomia sob anestesia geral pela equipe de mastologia e realizada a avaliação do peso da peça retirada. Após esse primeiro tempo, a equipe da Cirurgia Plástica assume a cirurgia, confeccionando uma loja submuscular após infiltração composta de solução fisiológica 0,9% e de adrenalina (1:300.000), utilizando os músculos peitoral maior, reto abdominal e fáscia do serrátil anterior (quando possível) ou o próprio músculo. É realizada uma hemostasia rigorosa seguida de teste com moldes e colocação do implante: prótese ou expansor. Por fim, faz-se o fechamento da loja e colocação de dreno portovac, ajustes dos retalhos de pele e suturas.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o *software* SPSS 22.0 (IBM-SPSS Inc., Armonk, New York). Para avaliação estatística das variáveis categóricas, foram utilizados o teste Qui-quadrado e teste exato de Fisher. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram selecionados 74 pacientes que foram submetidos à reconstrução mamária com implantes, sendo 59 (79,72%) com prótese de silicone e 15 (20,27%) com expansor (Tabela 1). A idade dos pacientes variou de 24 a 81 anos, com média de 55 anos e mediana de 54 anos. Já o IMC variou de 17,95 a 36,98, com média de 24,50.

Dessas 74 reconstruções mamárias, 71 (95,94%) foram realizadas no mesmo tempo cirúrgico da mastectomia, sendo chamada de reconstrução mamária imediata. Somente 3 (4,05%) reconstruções foram tardias. Em relação à lateralidade, 50% foram unilaterais e 50% bilaterais (Tabela 1).

Nas reconstruções mamárias realizadas, em 30 (40,54%) delas o complexo areolopapilar (CAP) foi poupado. Além disso, 48 (64,86%) pacientes foram submetidas, em um segundo tempo cirúrgico, à simetrização das mamas (Tabela 1).

Tabela 1. Dados reconstrução mamária

Dados demográficos - reconstrução mamária	
Prótese de silicone	59 (79,72%)
Expansor	15 (20,27%)
Imediata	71 (95,94%)
Tardia	03 (4,05%)
Unilateral	37 (50%)
Bilateral	37 (50%)
Preservação Cap	30 (40,54%)
Sumetrização	48 (64,86%)
QT	45 (60,81%)
	ADJ 24 (53,33%)
	NEO 21 (46,67%)
RT	24 (32,43%)
	Total = 74 (100%)

Dos 74 pacientes submetidos à reconstrução mamária, 45 (60,81%) submeteram-se à quimioterapia (QT) como tratamento complementar à mastectomia, sendo que 24 (53,33%) pacientes realizaram quimioterapia adjuvante (ADJ) e 21 (46,67%) neoadjuvante (NEO). Vinte e nove (39,18%) pacientes não realizaram nenhum tipo de quimioterapia. Já em relação à radioterapia (RT), em 24 (32,43%) pacientes foi necessária essa forma de terapia (Tabela 1).

Em se tratando das comorbidades dos pacientes submetidos à reconstrução mamária nesse estudo, 17 (22,97%) pacientes não apresentavam nenhum tipo de doença. Em contraposição, 16 (21,62%) pacientes eram hipertensos, 15 (20,27%) apresentavam dislipidemia, 13 (17,57%) apresentavam hipotireoidismo, 8 (10,81%) relatavam fazer tratamento para depressão, 6 (8,11%) eram diabéticos tipo II, 3 (4,05%) apresentavam arritmia e/ou outros transtornos cardíacos, 1 (1,35%) era portador de mieloma múltiplo, 1 (1,35%) era portador de trombofilia e 1 (1,35%) era portador de mutação genética para trombose. Além disso, 5 (6,76%) pacientes eram tabagistas e 15 (20,27%) relataram ser ex-tabagistas. Muitos apresentavam concomitantemente mais de uma comorbidade.

Em relação às complicações cirúrgicas apresentadas após cirurgia de reconstrução mamária, 33 (44,59%) pacientes não apresentaram nenhum tipo de complicação. Entretanto, foram observados 14 (18,92%) casos de seroma em mamas; 7 (9,46%) casos de pequena necrose em região do CAP; 6 (8,11%) casos com pequena deiscência em região do T; 5 (6,76%) casos com hematomas; 3 (4,05%) pacientes tiveram assimetria das mamas e 3 (4,05%) pacientes apresentaram contratura capsular. Foram observadas 3 outras complicações, como infecção (2 casos) e trombose venosa tardia. Alguns pacientes apresentaram mais de uma complicação (Tabela 2).

Tabela 2. Complicações pós-operatórias

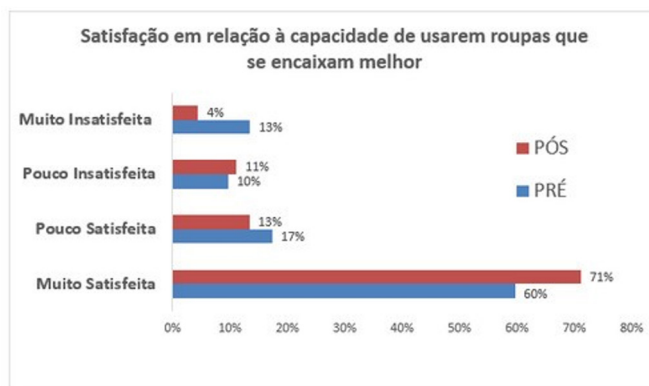
Complicações Pós-Operatórias	
Seroma	14 (18,92%)
Pequena Necrose Cap	07 (9,46%)
Deiscência Mama	06 (8,11%)
Hematomas	05 (6,76%)
Assimetria	03 (4,05%)
Contratura Capsular	03 (4,05%)
Outras	03 (4,05%)
Total = 74 (100%)	

Dos 74 pacientes selecionados, 52 (70,27%) responderam o questionário aplicado referente ao período pré-reconstrução, já 48 (64,86%) responderam o questionário referente ao período pós-reconstrução mamária. Foram excluídas as respostas de 4 pacientes, pois essas não responderam o questionário pós-reconstrução de mama. Além disso, foram excluídas também as respostas de mais 3 pacientes, pois estavam incompletas, totalizando um total de 45 (60,81%) pacientes. Foi realizada a análise estatística em relação às respostas das pacientes antes e depois de se submeterem à reconstrução mamária.

Em relação ao domínio satisfação com a mama, as respostas que apresentaram significância estatística comparando pré e pós-reconstrução foram referentes às perguntas: “Como se sentiam ao se olhar no espelho vestidas” e “Como se sentiam em relação à capacidade de usarem roupas que se encaixam melhor”. A primeira apresentou p de 0,00121 e a segunda de 0,0249 (Figuras 1 e 2).

**Figura 1.** Ao se olhar no espelho vestida.

As Tabelas 3, 4 e 5 mostram o número de respostas, em porcentagem, referentes a cada pergunta dos questionários pré e pós-reconstrução mamária. Além disso, mostra o valor de p obtido pela análise estatística. A Tabela 3 referente ao domínio bem-estar psicossocial;

**Figura 2.** Capacidade de usarem roupas que se encaixam melhor.

a Tabela 4 referente ao bem-estar físico e a Tabela 5 referente ao bem-estar sexual. No domínio bem-estar físico, houve significância estatística em 4 perguntas, como demonstrada na Tabela 4. Já no domínio bem-estar psicossocial e bem-estar sexual, não foi encontrado nenhum valor de p considerado significativo.

Na Tabela 6 apresentamos a estatística descritiva dos resultados obtidos do Q-SCORE®, bem como a análise estatística comparando as respostas das pacientes referentes ao período anterior à reconstrução mamária (pré-operatório) com as respostas das pacientes referentes ao período posterior à reconstrução mamária (pós-operatório).

De 74 pacientes, 40 (54,05%) finalizaram a reconstrução mamária com simetrização e reconstrução do CAP. Esses 40 casos foram analisados por um cirurgião plástico experiente sem correlação com o trabalho proposto. A maioria dos casos foi considerada como ótimo pelo avaliador externo e somente 1 caso foi avaliado como ruim. No total, 37 (92,5%) casos foram considerados satisfatórios e 3 (7,5%) como insatisfatórios (Figura 3).

DISCUSSÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada em mulheres, muitas vezes levando a uma redução significativa da capacidade de ter uma vida cotidiana normal¹. Os efeitos benéficos da reconstrução mamária na qualidade de vida e bem-estar psicossocial estão bem documentados. Uma variedade de estudos mostrou que mulheres que se submeteram à reconstrução após a mastectomia apresentaram melhorias na autoimagem, sexualidade e as taxas de depressão diminuiram⁹⁻¹².

A Cirurgia Plástica é uma especialidade em que os resultados são avaliados, principalmente, pela satisfação do paciente¹³. Logo, vem a importância de se fazer um estudo em que o principal objetivo é avaliar a qualidade de vida e satisfação com o resultado estético das pacientes submetidas à reconstrução mamária.

Tabela 3. Bem-estar psicossocial (pré e pós-reconstrução mamária)

Bem-estar psicossocial	Pré (%)	Pós (%)	P valor
Confiantes ambiente social			
Todas às vezes	56	54,55	0,9286
Maioria das vezes	30	29,55	
Algumas vezes	6	9,09	
Poucas vezes	6	4,55	
Nenhuma vez	2	2,27	
Capaz de fazer coisas que queiram fazer			
Todas às vezes	41,18	44,44	0,6620
Maioria das vezes	39,22	42,22	
Algumas vezes	9,80	8,89	
Poucas vezes	5,88	2,22	
Nenhuma vez	3,92	2,22	
Saudável emocionalmente			
Todas às vezes	31,37	46,67	0,1755
Maioria das vezes	50,98	35,56	
Algumas vezes	7,84	8,89	
Poucas vezes	5,88	6,67	
Nenhuma vez	3,92	2,22	
Mesmo valor das outras mulheres			
Todas às vezes	49,02	50	0,1442
Maioria das vezes	29,41	31,82	
Algumas vezes	15,69	11,36	
Poucas vezes	0	4,45	
Nenhuma vez	5,88	2,27	
Autoconfiantes			
Todas às vezes	37,25	38,64	0,4324
Maioria das vezes	41,18	45,45	
Algumas vezes	13,73	9,09	
Poucas vezes	1,96	4,55	
Nenhuma vez	5,88	2,27	
Femininas em suas roupas			
Todas às vezes	49,02	47,73	0,1178
Maioria das vezes	29,41	36,36	
Algumas vezes	13,73	6,82	
Poucas vezes	1,96	6,82	
Nenhuma vez	5,88	2,27	
Aceitando próprio corpo			
Todas às vezes	37,25	40,91	0,6593
Maioria das vezes	41,18	40,91	
Algumas vezes	11,76	9,09	
Poucas vezes	1,96	4,55	
Nenhuma vez	7,84	4,55	

continua...

... continuação

Tabela 3. Bem-estar psicossocial (pré e pós-reconstrução mamária)

Normal			
Todas às vezes	39,22	46,67	0,5750
Maioria das vezes	43,14	35,56	
Algumas vezes	7,84	11,11	
Poucas vezes	1,96	2,22	
Nenhuma vez	7,84	4,44	
Iguais outras mulheres			
Todas às vezes	39,22	47,73	0,3179
Maioria das vezes	39,22	29,55	
Algumas vezes	11,76	13,64	
Poucas vezes	3,92	6,82	
Nenhuma vez	5,88	2,27	
Atraentes			
Todas às vezes	25,49	38,64	0,0662
Maioria das vezes	37,25	27,27	
Algumas vezes	15,69	22,73	
Poucas vezes	13,73	6,82	
Nenhuma vez	7,84	4,55	

Tabela 4. Bem-estar físico (pré e pós-reconstrução mamária).

Bem-estar físico	Pré (%)	Pós(%)	P valor
Dor no pescoço			
Tempo todo	2,08	0,00	0,1347
Maioria das vezes	6,25	4,55	
Algumas vezes	14,58	27,27	
Poucas vezes	10,42	11,36	
Nunca	66,67	56,82	
Dor nas costas			
Tempo todo	2,08	2,27	0,3240
Maioria das vezes	12,50	9,09	
Algumas vezes	20,83	27,27	
Poucas vezes	16,67	25	
Nunca	47,92	36,36	
Dor nos ombros			
Tempo todo	2,08	0,00	0,2905
Maioria das vezes	10,42	6,82	
Algumas vezes	14,68	22,73	
Poucas vezes	14,58	11,36	
Nunca	58,33	59,09	

continua...

... continuação

Tabela 4. Bem-estar físico (pré e pós-reconstrução mamária).

Dor nos braços				
	Tempo todo	4,17	0,00	
	Maioria das vezes	4,17	2,27	
	Algumas vezes	16,67	20,45	0,0396*
	Poucas vezes	37,50	25	
	Nunca	37,50	52,27*	
Dor nas costelas				
	Tempo todo	2,08	0,00	
	Maioria das vezes	14,58*	2,27	
	Algumas vezes	20,83*	11,36	0,0007*
	Poucas vezes	18,75	18,18	
	Nunca	43,75	68,18*	
Dor musculatura torácica				
	Tempo todo	6,38	2,27	
	Maioria das vezes	4,26	6,82	
	Algumas vezes	19,15	15,91	0,5263
	Poucas vezes	17,02	15,91	
	Nunca	53,19	59,09	
Dificuldade em movimentar os braços				
	Tempo todo	6,38	2,27	
	Maioria das vezes	4,26	6,82	
	Algumas vezes	8,51	4,55	0,1253
	Poucas vezes	31,91	22,73	
	Nunca	48,94	63,64	
Dificuldade em dormir pelo desconforto na área das mamas				
	Tempo todo	10,64*	2,27	
	Maioria das vezes	6,38	15,91*	
	Algumas vezes	21,28	22,73	0,0257*
	Poucas vezes	25,53	18,18	
	Nunca	36,17	40,91	
Aperto na área das mamas				
	Tempo todo	6,38	6,82	
	Maioria das vezes	6,38	4,55	
	Algumas vezes	12,77	11,36	0,9500
	Poucas vezes	23,40	27,27	
	Nunca	51,06	50	
Repuxar área das mamas				
	Tempo todo	6,38	7,32	
	Maioria das vezes	6,38	7,32	
	Algumas vezes	17,02	14,63	0,7006
	Poucas vezes	21,28	29,27	
	Nunca	48,94	41,46	

continua...

... continuação

Tabela 4. Bem-estar físico (pré e pós-reconstrução mamária).

Irritação ao tocar a mama				
	Tempo todo	6,38	6,82	
	Maioria das vezes	4,26	4,55	
	Algumas vezes	4,26	11,36	0,2634
	Poucas vezes	19,15	11,36	
	Nunca	65,96	65,91	
Sensibilidade na área das mamas				
	Tempo todo	8,70	4,55	
	Maioria das vezes	13,04	13,64	
	Algumas vezes	19,57	27,27	0,1271
	Poucas vezes	39,96	25	
	Nunca	21,74	29,55	
Dores afiadas na área das mamas				
	Tempo todo	4,26*	0,00	
	Maioria das vezes	0,00	6,82*	
	Algumas vezes	23,40	22,73	0,0121*
	Poucas vezes	23,40	15,91	
	Nunca	48,94	54,55	
Dor insuportável na área das mamas				
	Tempo todo	0,00	0,00	
	Maioria das vezes	2,13	2,27	
	Algumas vezes	4,26	6,82	0,3886
	Poucas vezes	2,13	4,55	
	Nunca	91,49	86,36	
Dolorida área das mamas				
	Tempo todo	2,13	2,27	
	Maioria das vezes	0,00	4,55	
	Algumas vezes	10,64	11,36	0,1931
	Poucas vezes	34,04	25	
	Nunca	53,19	56,82	
Latejando área das mamas				
	Tempo todo	2,13	0,00	
	Maioria das vezes	4,26	0,00	
	Algumas vezes	6,38	9,09	0,1274
	Poucas vezes	21,28	25	
	Nunca	65,96	65,91	

Inúmeras são as técnicas disponíveis para a reconstrução mamária e a seleção de qual será usada em cada paciente é influenciada por diversos fatores como IMC, comorbidades, presença de áreas doadoras para reconstrução autóloga, preferência da paciente, expectativa em relação ao resultado, estilo de vida, estadiamento, necessidade de radioterapia, tipo de

mastectomia, a lateralidade (se unilateral ou bilateral), entre outros¹⁴.

As reconstruções com prótese e/ou expansor de tecido são amplamente empregadas em todo o mundo e continuam sendo uma excelente alternativa para pacientes com contraindicação à reconstrução autóloga, para aqueles que não podem ser submetidos a cirurgias extensas ou que não queiram uma recuperação pós-

Tabela 5. Bem-estar sexual (pré e pós-reconstrução mamária)

Bem-estar sexual	Pré (%)	Pós (%)	P valor
Atraente sexualmente nas suas roupas			
Todas as vezes	21,28	24,44	0,1683
Maioria das vezes	40,43	35,56	
Algumas vezes	10,64	15,56	
Poucas vezes	17,02	6,67	
Nenhuma vez	4,26	6,67	
Não se aplica	6,38	11,11	
Confortável durante a relação sexual			
Todas as vezes	25,73	20	0,9291
Maioria das vezes	25,73	28,89	
Algumas vezes	12,77	15,56	
Poucas vezes	10,64	8,89	
Nenhuma vez	4,26	4,44	
Não se aplica	21,28	22,22	
Confiante sexualmente			
Todas as vezes	23,40	20	0,9907
Maioria das vezes	29,79	28,89	
Algumas vezes	14,89	15,56	
Poucas vezes	8,51	8,89	
Nenhuma vez	4,26	4,44	
Não se aplica	19,15	22,22	
Satisfeitas com a vida sexual			
Todas as vezes	23,40	20,45	0,1864
Maioria das vezes	25,53	31,82	
Algumas vezes	21,28	13,64	
Poucas vezes	2,13	9,09	
Nenhuma vez	4,26	2,27	
Não se aplica	23,40	22,73	
Confiante sexualmente quando está sem roupa			
Todas as vezes	23,40	20,45	0,7145
Maioria das vezes	23,40	31,82	
Algumas vezes	10,64	9,09	
Poucas vezes	14,89	13,64	
Nenhuma vez	4,26	6,82	
Não se aplica	23,40	18,18	
Atraente sexualmente quando está sem roupa			
Todas as vezes	17,02	20	0,9097
Maioria das vezes	29,79	31,11	
Algumas vezes	14,89	11,11	
Poucas vezes	17,02	13,33	
Nenhuma vez	6,38	6,67	
Não se aplica	14,89	17,78	

Tabela 6. Q score® pré e pós-reconstrução

Grupos		Variação	Média	Desvio Padrão	p
Satisfação com mama	pré	0-100	73,946	27,0606	0,932
	pós	0-100	74,432	24,0865	
Bem-estar psicossocial	pré	0-100	69,4	22,4794	0,005
	pós	0-100	82,568	19,531	
Bem-estar físico	pré	0-100	67,325	16,7491	0,215
	pós	0-100	71,659	15,0255	
Bem-estar sexual	pré	0-100	61,056	22,0233	0,482
	pós	0-100	64,795	23,7023	

**Figura 3.** Resultado estético

operatória prolongada ou uma cicatriz a mais na área doadora¹⁵.

Foram selecionadas 74 pacientes para o presente estudo, mulheres entre 24 e 81 anos de idade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), tumores de mama em mulheres com menos de 35 anos são relativamente raros, e a incidência cresce progressivamente a partir desta idade, especialmente após os 50 anos¹⁶. De acordo com nosso estudo, com exceção de uma paciente que apresentava idade de 24 anos, todas as outras tinham idade superior a 35 anos.

A média do IMC apresentado no estudo foi de 24,5 Kg/m², que ultrapassa os dados obtidos na literatura, cujo IMC médio de 22,0 Kg/m² em pacientes de reconstrução mamária¹⁷.

Em nosso estudo, apresentamos uma taxa de complicação de 55,4%, sendo a maioria composta por pequenos seromas (18,92%) e pequena necrose em região do CAP (9,46%). A incidência global de qualquer tipo de complicação neste estudo foi compatível com os trabalhos da literatura que relataram uma taxa de complicação variando de 4% a 58%¹⁸⁻²².

O uso de implantes, embora possibilite reconstrução mamária mais rápida e simples, geralmente apresenta complicações específicas, sendo uma delas a contratura capsular. A porcentagem de contratura capsular verificada neste estudo (4,05%) foi inferior à de outras publicações, que variou de 10% a 56%¹⁸⁻²².

As reconstruções bilaterais vêm ganhando espaço nos últimos anos, seja por motivos terapêuticos em decorrência das características do tumor, por indicação de mastectomia profilática em decorrência de alterações genéticas que levam a um aumento expressivo do risco de câncer, ou, até mesmo, por decisão da paciente realizar a mastectomia contralateral profilática.

Conforme alguns estudos, há influência positiva da reconstrução mamária bilateral na satisfação com a mama, em decorrência da simetria, que é mais facilmente alcançada quando a cirurgia é bilateral e pelo simples fato de menor preocupação de risco de câncer na mama contralateral¹⁰. Em nosso estudo, metade dos casos realizaram reconstrução bilateral e a outra metade, unilateral. Em relação aos casos considerados ótimos, a maioria era reconstrução bilateral. Entretanto, nos 3 casos que apresentaram assimetria como complicação em nosso estudo a reconstrução mamária foi bilateral.

Em nosso estudo, a maioria das pacientes foi submetida à reconstrução imediata (95,94%). Segundo relatos da literatura, a maioria das mulheres estão optando por essa forma de reconstrução mamária na tentativa de reduzir os sentimentos negativos desencadeados pela doença e seu tratamento, além de melhorar a autoestima, suprir a falta da mama e facilitar o vestuário. Após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade²³. Há relatos na literatura de melhor interação social, satisfação profissional, níveis de satisfação mais elevados e menor frequência de depressão entre as mulheres submetidas à mastectomia associada à reconstrução imediata após um ano de cirurgia corporal^{24,25}.

O tratamento do câncer de mama é guiado por características do tumor, sendo a radioterapia e a quimioterapia tratamentos complementares à mastectomia. A radioterapia diminui a incidência de recidivas locais e melhora a sobrevida das pacientes, mas pode afetar a simetria das mamas, bem como prejudicar a estética e reduzir a qualidade de vida. Estudos avaliaram a satisfação e a qualidade de vida de pacientes com reconstrução mamária com implante submetidas à

radioterapia, e observaram que a radioterapia teve um efeito negativo sobre a qualidade de vida das pacientes e a satisfação com as mamas^{26,27}. Dos 74 pacientes submetidos à reconstrução mamária em nosso estudo, 45 (60,81%) submeteram-se a quimioterapia (QT) e 24 (32,43%) a radioterapia. Dos 29 casos considerados ótimos pelo avaliador externo, 9 (31,033%) foram submetidos à radioterapia. Dos 8 casos considerados bons, 3 (37,5%) fizeram radioterapia. Já dos 3 casos considerados regulares e ruins, 2 (66,67%) fizeram radioterapia.

Fatores relacionados à qualidade de vida e resultado estético de reconstruções mamárias realizadas com implantes foram avaliados por meio do questionário BREAST-Q®, desenvolvido e validado para o estudo de qualidade de vida.

Em 2016, Kuroda et al.²⁸ utilizaram o BREAST-Q® para avaliação dos resultados estéticos e de qualidade de vida de pacientes brasileiras que foram submetidas à reconstrução imediata da mama utilizando implantes, demonstrando que a reconstrução mamária leva a resultados de qualidade de vida satisfatórios.

No presente estudo, podemos constatar que a reconstrução de mama, apesar de todas complicações inerentes ao processo, traz qualidade de vida e satisfação às pacientes. Em todos os domínios analisados (satisfação com a mama, bem-estar psicossocial, bem-estar físico e bem-estar sexual), houve maior pontuação no pós-reconstrução em comparação com o pré-reconstrução pelo Q-Score®. Em relação à análise estatística, encontramos um *p* significativo apenas na comparação referente ao domínio “bem-estar psicossocial” (*p* = 0,005).

Em 2016, Ng et al.²⁹, em um estudo retrospectivo, avaliaram 143 pacientes mastectomizadas (79 submetidas à reconstrução e 64 não), por meio do questionário BREAST-Q®. O grupo reconstrução demonstrou maiores pontuações do BREAST-Q® nas escalas satisfação com a mama, bem-estar psicológico e bem-estar sexual, e também apresentou melhora na autoimagem, mais opções de vestuário e maior sentimento de superação do câncer.

Em 2013, Zhong et al.³⁰ avaliaram pacientes mastectomizadas antes e após a reconstrução mamária por meio do questionário BREAST-Q®. Observaram que as pacientes obtiveram ganhos em relação à satisfação com as mamas, bem-estar psicossocial e sexual.

Em relação à análise estatística comparando as respostas dos dois grupos em cada pergunta, encontrada significância estatística em 6 dessas perguntas: “Como se sentiam ao se olhar no espelho vestidas” (*p* = 0,00121); “Como se sentiam em relação à capacidade de usarem roupas que se encaixam melhor” (*p* = 0,0249); “Com qual frequência sente dor nos braços” (*p* = 0,0396), “Com qual frequência sente dor nas costelas” (*p* = 0,0007), “Com qual frequência sente dificuldade em dormir pelo desconforto

na área das mamas” (*p* = 0,0257) e “Com qual frequência sente dores afiadas nas mamas” (*p* = 0,0121).

É interessante ressaltar o resultado positivo encontrado referente às perguntas do domínio “bem-estar físico”. Esperavam-se maiores queixas de sintomas físicos após o procedimento cirúrgico. Em 2013, Eltahir et al.¹¹ avaliaram por meio do questionário BREAST-Q® a qualidade de vida de mulheres após a reconstrução mamária em comparação com aquelas que se submeteram a mastectomia. Observaram que mulheres pós-reconstrução apresentaram menos dor e limitações (*p* = 0,007).

CONCLUSÃO

A qualidade de vida das pacientes no período posterior à reconstrução mamária com implantes mamários, seja prótese de silicone ou expansor de tecido, é superior em relação ao período anterior ao procedimento cirúrgico.

Apesar da sensação de mutilação e do trauma vivenciado pela mastectomia, a reconstrução de mama, quando bem executada, por uma equipe bem treinada e especializada, pode trazer excelentes resultados estéticos.

COLABORAÇÕES

MCC	Análise e/ou interpretação dos dados, aprovação final do manuscrito, realização das operações e/ou experimentos.
ACC	Concepção e desenho do estudo, redação - revisão e edição.
CADCF	Análise e/ou interpretação dos dados, aprovação final do manuscrito, realização das operações e/ou experimentos.
GCS	Concepção e desenho do estudo, redação - revisão e edição.
LDPB	Concepção e desenho do estudo, redação - revisão e edição.
RCS D	Concepção e desenho do estudo, redação - revisão e edição.
FTV	Análise estatística.
JCD	Aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2511-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>
3. Serletti JM, Fosnot J, Nelson JA, Disa JJ, Bucky LP. Breast reconstruction after breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(6):124e-35e. PMID: 21617423

4. Rietjens M, Urban CA. Cirurgia da mama estética e reconstrutiva. Rio de Janeiro: Revinter; 2007.
5. Saldanha OR, Urdaneta FV, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Reconstrução de mama com retalho excedente de abdominoplastia reversa. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(2):297-302.
6. Cano SJ, Klassen A, Pusic AL. The science behind quality-of-life measurement: a primer for plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(3):98e-106e. PMID: 19319025
7. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(2):345-53. PMID: 19644246 DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aee807>
8. Pusic A, Cordeiro PG. An accelerated approach to tissue expansion for breast reconstruction: experience with intraoperative and rapid postoperative expansion in 370 reconstructions. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(6):1871-5. PMID: 12711946 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000056871.83116.19>
9. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer.* 2000;36(15):1938-43. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00197-0)
10. Andrade WN, Baxter N, Semple JL. Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(1):46-54. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200101000-00008>
11. Eltahir Y, Werners LL, Dreise MM, van Emmichoven IA, Jansen L, Werker PM, et al. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(2):201e-209e. PMID: 23897347
12. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, et al. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(3):811-7. PMID: 20195109 DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181ccdac5>
13. Chen CM, Cano SJ, Klassen AF, King T, McCarthy C, Cordeiro PG, et al. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. *Breast J.* 2010;16(6):587-97. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2010.00983.x>
14. Nahabedian MY. Factors to consider in breast reconstruction. *Womens Health (Lond).* 2015;11(3):325-42. DOI: <https://doi.org/10.2217/WHE.14.85>
15. Aguiar IC, Veiga DF, Marques TF, Novo NF, Sabino Neto M, Ferreira LM. Patient-reported outcomes measured by BREAST-Q after implant-based breast reconstruction: A cross-sectional controlled study in Brazilian patients. *Breast.* 2017;31:22-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.10.008>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama. INCA. [acesso 2017 Jun 28]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
17. Weichman KE, Broer PN, Thanik VD, Wilson SC, Tanna N, Levine JP, et al. Patient-Reported Satisfaction and Quality of Life following Breast Reconstruction in Thin Patients: A Comparison between Microsurgical and Prosthetic Implant Recipients. *Plast Reconstr Surg.* 2015;136(2):213-20. PMID: 25909301 DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001418>
18. Hudson DA, Skoll PJ. Complete one-stage, immediate breast reconstruction with prosthetic material in patients with large or ptotic breasts. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(2):487-93. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200208000-00018>
19. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41. PMID: 19328174 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1090-820X\(98\)70073-1](https://doi.org/10.1016/S1090-820X(98)70073-1)
20. Sigurdson L, Lalonde DH. MOC-PSSM CME article: Breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(1 Suppl):1-12. PMID: 18182962
21. Christensen BO, Overgaard J, Kettner LO, Damsgaard TE. Long-term evaluation of postmastectomy breast reconstruction. *Acta Oncol.* 2011;50(7):1053-61. DOI: <https://doi.org/10.3109/0284186X.2011.584554>
22. Lejour M, Jabri M, Deraemaeker R. Analysis of long-term results of 326 breast reconstructions. *Clin Plast Surg.* 1988;15(4):689-701.
23. Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(12):602-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010001200007>
24. Tkachenko GA, Arslanov KhS, Iakovlev VA, Blokhin SN, Shestopalova IM, Portnoi SM, et al. Long-term impact of breast reconstruction on quality of life among breast cancer patients. *Vopr Onkol.* 2008;54(6):724-8. PMID: 19241847
25. Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Quality of life and affective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(4):993-1002. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000178395.19992.ca>
26. Albornoz CR, Matros E, McCarthy CM, Klassen A, Cano SJ, Alderman AK, et al. Implant breast reconstruction and radiation: a multicenter analysis of long-term health-related quality of life and satisfaction. *Ann Surg Oncol.* 2014;21(7):2159-64. DOI: <https://doi.org/10.1245/s10434-014-3483-2>
27. Chen SA, Hiley C, Nickleach D, Petsuksiri J, Andic F, Riesterer O, et al. Breast reconstruction and post-mastectomy radiation practice. *Radiat Oncol.* 2013;8:45. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-717X-8-45>
28. Kuroda F, Urban C, Zucca-Matthes G, de Oliveira VM, Arana GH, Iera M, et al. Evaluation of Aesthetic and Quality-of-Life Results after Immediate Breast Reconstruction with Definitive Form-Stable Anatomical Implants. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(2):278e-86e.
29. 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. PMID: 25003439 DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP0000000000000242>
30. Zhong T, Temple-Oberle C, Hofer S, Beber B, Semple J, Brown M, et al.; MCCAT Study Group. The Multi Centre Canadian Acellular Dermal Matrix Trial (MCCAT): study protocol for a randomized controlled trial in implant-based breast reconstruction. *Trials.* 2013;14:356. DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-356>

*Autor correspondente:

Marcela Caetano Cammarota

SMHN, Quadra 2, Bloco C, Ed Crispim, sala 1315 - Brasília, DF, Brasil
CEP 70710-149E-mail: marcelacammarota@yahoo.com.br