

**EFEITOS DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NA QUALIDADE DE
VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

**EFFECTS OF BREAST RECONSTRUCTION ON THE QUALITY
OF LIFE OF PATIENTS WITH BREAST CANCER: A CROSS-
SECTION STUDY**

Ana Carolina de Godoy Araújo¹, Amanda Souza Ávila Pessoa¹, Paola Zanella de Araújo¹, Arthur Danzi Friedheim Tenório², Jurema Telles de Oliveira Lima^{1,3}, Felipe da Silva Marinho³.

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861. Imbiribeira. Recife, PE, Brasil, CEP: 51.150-000

² Universidade de Pernambuco – UPE. Av. Gov. Agamenon Magalhães - Santo Amaro, Recife - PE, CEP: 50100-010

³ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil, CEP: 50070-550.

Reconhecimento do apoio ao estudo: CNPq, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC CNPq/IMIP).

Autora correspondente: Ana Carolina de Godoy Araújo

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento dessa pesquisa.

Aluna: Ana Carolina de Godoy Araújo

Função: Estudante de graduação do 10º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima

Função: Tutora do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Co-orientador: Felipe da Silva Marinho

Função: Oncologista clínico e preceptor de residência no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP).

Co-autora: Amanda Souza Ávila Pessoa

Função: Estudante de graduação do 10º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Co-autora: Paola Zanella de Araújo

Função: Estudante de graduação do 10º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Co-autor: Arthur Danzi Friedheim Tenório

Função: Estudante de graduação do 6º período do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE).

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores que influenciam na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária atendidas no setor de mastologia do Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) ou do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Método:** Estudo transversal realizado no IMIP e no HCP, de 2020 a 2021. As pacientes, captadas no período de espera entre consultas de rotina nos setores, participaram da pesquisa mediante concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo aplicado questionário BREAST-Q modificado. A análise estatística foi realizada através do Software SPSS 26.0, com análise descritiva, bivariada através dos Teste de Fisher e Qui-Quadrado, análise linear simples e análise e método de Kaplan-Meier. **Resultados:** 100 pacientes foram incluídas no estudo, 50 de cada instituição. A média de idade foi de $56,5 \pm 9,5$ anos. A maioria (48%) se declarou parda, natural (64%) e residente (77%) da zona urbana. A maior parte (67%) realizou a reconstrução mamária imediata (RMI), mas 60,6% das pacientes idosas realizaram reconstrução mamária tardia (RMT), revelando diferenças significativas de idade ($p=0,008$). Ter idade <60 anos, ser economicamente ativa e ter procedência de área urbana foram fatores associados à realização da RMI ($p<0,001$). Após a cirurgia, 85% das pacientes referiram se sentir bem ao se verem vestidas no espelho ($p<0,04$), contrapondo-se a apenas 26% que se sentem sexualmente atraentes despidas. Quase todas (97%) relataram bem-estar emocional às atividades diárias ($p<0,001$), todavia as pacientes idosas demonstraram melhor satisfação pós-cirurgia e bem-estar emocional. **Conclusão:** A maioria das pacientes teve uma percepção positiva do resultado da reconstrução, principalmente as idosas. Apesar de limitações relacionadas ao pós-operatório da RM evidenciadas por boa parte das pacientes, percebeu-se um impacto positivo significativo na qualidade de vida. Entretanto, houve reduzida percepção da satisfação no âmbito sexual. Essa questão deve ser melhor compreendida e pode ser associada às demais modalidades terapêuticas oncológicas realizadas e ao próprio impacto do câncer de mama. Considera-se fundamental, portanto, o acesso à realização da RM independentemente da idade, com adequado amparo psicológico dessas pacientes no pós-operatório e desenvolvimento de estratégias clínicas a fim de atenuar limitações decorrentes do procedimento.

Palavras-chave (DeCS): Neoplasias da Mama, Mastectomia, Mamoplastia, Qualidade de Vida, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors which influence the quality of life of patients with breast cancer submitted to breast reconstruction, treated in the mastology sector of Hospital do Cancer de Pernambuco (HCP) or the Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Methods:** This is a cross-sectional study conducted at IMIP and HCP, from 2020 to 2021. 100 patients participated in the research by agreeing to and signing the Informed Consent Form (ICF), being applied the modified BREAST-Q questionnaire. There was anonymity, complete confidentiality of the information and opinions provided by the participants. Statistical analysis was performed using the SPSS 26.0 Software, with descriptive, bivariate analysis using the Fisher and Chi-Square Tests, and Cox and Kaplan-Meier proportional hazard multivariate analysis. **Results:** 100 patients were included in the study, 50 from each institution. Mean age was 56.5 ± 9.5 years. The majority (48%) declared themselves brown, natural (64%) and resident (77%) of the urban area. Most (67%) underwent immediate breast reconstruction (RMI), but 60.6% of elderly patients underwent delayed breast reconstruction (RMT), revealing significant differences in age ($p=0.008$). Being <60 years old, being economically active and coming from an urban area were factors associated with performing the MRI ($p<0.001$). After surgery, 85% of patients reported feeling good when they saw themselves dressed in the mirror ($p<0.04$), compared to only 26% who felt sexually attractive naked. Almost all (97%) reported emotional well-being during daily activities ($p<0.001$), however elderly patients showed better post-surgery satisfaction and emotional well-being. **Conclusion:** Most patients had a positive perception of the reconstruction result, especially the elderly. Despite limitations related to the MRI postoperative period evidenced by most of the patients, a significant positive impact on quality of life was perceived. However, there was a reduced perception of satisfaction in the sexual sphere. This issue has to be better understood and can be associated with other oncological therapeutic modalities performed and with the impact of breast cancer itself. Therefore, access to MRI performance regardless of age is essential, with adequate psychological support for these patients in the postoperative period and the development of clinical strategies in order to alleviate limitations resulting from the procedure.

Keywords: Breast Neoplasms, Mastectomy, Mammoplasty, Quality of Life, Women's Health.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda maior causa de morte em todo o mundo, sendo responsável por 10 milhões de óbitos em 2020. O câncer de mama ultrapassou o câncer de pulmão como o câncer mais diagnosticado entre mulheres em 140 de 184 países, incluindo o Brasil, com 2,3 milhões de novos casos estimados (11,7%). No Brasil, preveem-se 66 mil casos anuais de câncer de mama entre 2020 e 2022.^{1,2}

Por outro lado, as alternativas terapêuticas têm se multiplicado. Atualmente, o principal tratamento para o câncer de mama é o cirúrgico, que consiste na remoção total (mastectomia) ou parcial (quadrantectomia ou segmentectomia) da mama.³ Apesar de sua eficácia, esse procedimento traz consigo os efeitos psicossociais da deformidade física, que podem incluir dor, ansiedade, depressão, baixa autoestima e comprometimento da imagem corporal e da vida sexual e social.^{4,5}

Em face desse problema, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* da Inglaterra recomenda que a cirurgia de reconstrução mamária (RM) seja oferecida às mulheres submetidas à mastectomia.^{5,6} No Brasil, apesar da Lei 12.802/2013, que garante o direito de realizar RM por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) imediatamente após a retirada do tumor desde que a paciente apresente os requisitos clínicos necessários, ainda são poucas as mulheres mastectomizadas que conseguem realizá-la.^{7,8}

A finalidade da RM é restaurar o volume da mama e aumentar a qualidade de vida da paciente sem afetar o prognóstico ou a detecção do câncer recorrente. Trata-se de um procedimento buscado por um número cada vez maior de mulheres, inclusive em termos percentuais.^{8,9} Em 2014, mais de 60% das mulheres submetidas a mastectomia para tratamento do câncer de mama nos Estados Unidos optaram pela RM, o que representa um aumento de quase 20% em relação a 1998.¹⁰ Já no Brasil, esse número saltou de 15 para 29,3% entre 2008 e 2014.¹¹

Em geral, a RM constitui-se de duas etapas, a saber, a restauração do seio e a reconstrução do complexo areolomamilar. Para a reconstrução da mama propriamente dita, podem-se utilizar implantes ou tecidos autógenos, sendo a escolha da técnica determinada por fatores como o tamanho e a forma da mama original, a localização e o tipo do tumor, a disponibilidade de tecidos em torno do seio e em outros locais, a idade da paciente e o tipo de terapia adjuvante.¹²⁻¹⁴ A decisão final baseia-se, o mais das vezes, na preferência da paciente, uma vez que a sua autonomia e compreensão do processo podem influenciar positivamente o resultado estético e maximizar o seu bem-estar.¹⁴

Seja qual for a técnica utilizada, a cirurgia reconstrutora da mama pode ser imediata (RMI), se realizada no ato da mastectomia, ou tardia (RMT), se acontecer após a cirurgia, num procedimento à parte. A RMI possui a vantagem de reduzir a quantidade de procedimentos cirúrgicos e os riscos a eles associados, o tempo de recuperação total e o custo dos procedimentos. No entanto, fatores como idade, status socioeconômico e estadiamento do tumor podem influenciar a viabilidade da realização da RMI. Ambas apresentam benefícios em relação à mastectomia isolada.¹⁵⁻¹⁷

Não obstante os benefícios, a cirurgia reconstrutora não é livre de riscos e, quando realizada durante a mastectomia (RMI), pode aumentar o risco de complicações pós-operatórias, como infecção, hematoma e necrose tecidual, além de atrasar o tempo inicial da quimioterapia adjuvante em algumas pacientes.^{15,16,18}

Ademais, o estresse psicológico relacionado à RM não é desconhecido.^{19,20} Ainda que a maior parte das mulheres se recupere totalmente do estresse pós-operatório, experiências clínicas revelam que algumas pacientes têm dificuldade de retomar a sua rotina devido a sintomas como dor nas regiões próximas ao seio, prurido, sensação de latejamento, dificuldade de mover ou levantar os braços, dificuldade para dormir e

linfedema na região. A identificação de tais sintomas habilita os profissionais de saúde a oferecer o suporte necessário para a melhor recuperação dessas pacientes.²⁰⁻²²

A satisfação da paciente com a RM é uma questão de interesse clínico que não depende tão-somente do sucesso da cirurgia desde um ponto de vista técnico, mas também de uma série de fatores psicossociais e experiências individuais.^{23,24} Há evidências, por exemplo, de que fatores psicológicos pós-operatórios, como imagem corporal, autoestima, depressão e ansiedade, são determinantes para a satisfação de pacientes submetidos a cirurgias reconstrutivas em casos de deformidade facial relacionada a ressecção tumoral prévia.^{21,25} Esta questão, no entanto, ainda pode ser melhor explorada em pacientes submetidas a RM.²⁶

Nesse contexto, o presente estudo visou entender quais os possíveis efeitos, tanto positivos quanto negativos, da RM para as pacientes tratadas para câncer de mama.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório de corte transversal com o objetivo de analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária atendidas no setor de mastologia do Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) ou no Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira (IMIP). O estudo foi realizado no período entre agosto de 2020 e agosto de 2021, através de aplicação de questionários presenciais (questionário BREAST-Q modificado) com pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia de reconstrução mamária.

Após análise estatística com realização de cálculo amostral com base no número de pacientes atendidas no período de um ano entre estudos do exterior, foi definida uma amostra representativa de 100 pacientes para o presente estudo.

Para participarem da pesquisa, as pacientes captadas no período de espera entre consultas de rotina nos setores, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão adotados foram: pacientes com diagnóstico de câncer de mama, maiores de 18 anos, que realizaram cirurgia de reconstrução mamária, estando regularmente acompanhadas pelo setor de mastologia do HCP e IMIP. Foram excluídas aquelas que não compareceram à consulta no período da coleta de dados.

Para a avaliação da qualidade de vida das pacientes, foi utilizado o questionário BREAST-Q, validado internacionalmente para o desenvolvimento de escalas de avaliação da qualidade de vida relacionada à reconstrução mamária sob a perspectiva da paciente. O questionário inclui perguntas (diretas ou de múltipla escolha) sobre o bem-estar físico, emocional e sexual das pacientes após a cirurgia de RM.

Os grupos de variáveis estudadas foram: perfil demográfico e socioeconômico (idade, etnia, naturalidade, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação e religião); tipo de reconstrução mamária (imediate ou tardia); bem-estar geral da paciente após a cirurgia de reconstrução, incluindo satisfação pós-operatória, bem-estar físico, emocional e sexual.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados através de planilha Excel 2010 versão 14.0, com garantia de anonimato às pacientes. Para a análise estatística, foram utilizados os Softwares SPSS versão 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows e o Excel 2010.

Os dados foram analisados descritivamente através dos Testes Qui-Quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher, modelo de regressão linear simples entre as variáveis do questionário e a faixa etária da paciente, além do método de Kaplan-Meier na análise da probabilidade cumulativa. Para avaliar a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou maior que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula, foi obtido o teste significância (valor-p). A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança. Os dados foram apresentados na forma de tabelas de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central e suas dispersões, curvas de sobrevida e gráfico de correlação linear.

O presente estudo atende às normas da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o parecer número 4.367.582 e CAAE número 38626620.6.0000.5201 e da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer (SPCC) sob o parecer 4.596.121 e CAAE número 38626620.6.3001.5205. Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento deste estudo.

RESULTADOS

Durante a coleta de dados, 158 pacientes foram abordadas e convidadas a participar do estudo. Dessas, 48 pacientes não se adequavam aos critérios de inclusão, seis se recusaram a participar, e quatro perdas estavam relacionadas ao fato de a aplicação do questionário ter sido interrompida devido às pacientes serem chamadas às respectivas consultas nos centros estudados.

Foram incluídas um total de 100 pacientes, 50 do Hospital do Câncer de Pernambuco e 50 do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra da população do estudo (Tabela 1), foi evidenciado uma idade média das pacientes entrevistadas no período da coleta de 56,5 anos, com desvio padrão $\pm 9,53$. 42% das pacientes tinham idade igual ou superior a 60 anos e 58% tinham idade inferior a 60 anos. A média de idade do grupo que realizou a reconstrução mamária imediata foi de 51,3 anos, enquanto a da reconstrução mamária tardia foi de 64,8 anos ($p=0,008$). Em relação à etnia, 48% das participantes se declararam pardas, 36% brancas e 16% negras.

No que diz respeito à naturalidade e procedência das pacientes, 64% referiram ser naturais e 77% procedentes da zona urbana ($p<0,001$). Dentre elas, 53% procediam da Região Metropolitana de Recife e 12% relataram residir em outros estados. Quando questionadas acerca do estado civil, 57% pacientes referiram ser casadas ou em união estável, enquanto 43% não estavam em um relacionamento.

No que concerne à ocupação, verificou-se que 51% relataram trabalhar e 24% se intitularam como trabalhadoras autônomas. No quesito escolaridade, 31% referiram ensino médio completo, enquanto 2% relataram não ter concluído o ensino fundamental. Quanto à religião, 48% se consideraram católicas, 35% protestantes e 2% relataram ser ateias.

Ter idade menor que 60 anos, ser economicamente ativa e ter procedência de área urbana foram fatores associados a realização da reconstrução imediata ($p < 0,001$).

De acordo com a Tabela 2, relacionada ao momento da realização da reconstrução mamária, a média de tempo decorrido entre o procedimento da reconstrução e o ano atual foi de 3,4 anos. 67% das pacientes realizaram a reconstrução mamária imediata (RMI), isto é, na mesma cirurgia da mastectomia, enquanto 33% foram submetidas à reconstrução mamária tardia (RMT), realizada após a mastectomia. Das pacientes com idade abaixo de 60 anos (67%), 45 fizeram a RMI e 22 foram submetidas à RMT. Em contraponto, a maioria das pacientes idosas (60,6%), realizaram RMT ($p = 0,008$).

Dentre todas as participantes, 70% consideraram o resultado da reconstrução mamária como muito boa ou excelente e 9% o consideraram ruim.

Após a cirurgia, 85% das mulheres que responderam ao questionário relataram se sentir bem ao se verem vestidas no espelho; 59% relataram satisfação quando questionadas sobre se verem despidas ou ao usarem roupas justas (43%). Além disso, comparando o tipo de cirurgia, as mulheres que realizaram a RMI, possuíam melhor opinião sobre a sua imagem ao se verem despidas no espelho.

Quando questionadas acerca do nível do conforto ao utilizar sutiã após o procedimento cirúrgico, 55% relataram ser uma peça confortável, enquanto 24% discordaram.

Em relação aos principais sinais e sintomas relatados pelas pacientes no pós-operatório da reconstrução mamária, presentes na Tabela 2, 63% referiram dificuldade em mover e/ou levantar os braços. Metade das pacientes também referiram edema no mesmo lado da cirurgia e sensibilidade na área do seio, 40% relataram dor muscular na mesma região da cirurgia. Por outro lado, somente 11% referiram dor como “facadas” na área do seio.

Ao comparar o tempo de reconstrução mamária com a presença de queixas, observou-se que o maior tempo de reconstrução está associado a maior incidência de irritação na área do seio ($p=0,007$) e dor em mover/levantar os braços ($p<0,02$). Ainda em relação ao tempo, verificou-se que quanto maior a idade da paciente ($p<0,001$), maior o intervalo entre a mastectomia e a reconstrução (>2 anos).

Em relação à aptidão emocional para as atividades diárias, 97% das pacientes mostraram-se emocionalmente aptas. Além disso, 84% relataram sentir-se bem emocionalmente, sendo a maioria das respostas favoráveis associadas à RMI ($p<0,04$); 80% confiantes após a realização da reconstrução mamária; 52% sexualmente atraentes com roupas; e 26% sexualmente atraente quando despidas.

Para ambas as idades ($p<0,001$), a avaliação do resultado geral da cirurgia mostrou-se positiva, estando diretamente relacionada ao bem-estar emocional ($p<0,001$), confiança em ambientes sociais ($p=0,003$) e capacidade de realizar atividades diárias ($p<0,001$).

Pacientes idosas demonstraram melhor percepção do resultado final ($p<0,001$), com maior satisfação global pós-cirurgia, maior bem-estar emocional e menos queixas pós-operatórias. Na análise linear simples, a idade teve uma correlação negativa ($p<0,001$) com a percepção de queixas de sintomas pós-operatórios.

Considerando as pacientes que relataram ter atividade sexual ativa e satisfação com atividade sexual antes da realização de cirurgia de reconstrução mamária, quando comparado à satisfação após a realização da reconstrução mamária, 39% referiram se sentir confortáveis e 28% se consideraram satisfeitas com a vida sexual atual.

DISCUSSÃO

No Brasil, o câncer de mama é o câncer mais prevalente nas mulheres, excetuando os tumores de pele não melanoma, com estimativa de 66 mil casos anuais entre 2020 e 2022, e seu principal tratamento é o cirúrgico. A cirurgia conservadora é o tratamento padrão para o câncer de mama em estágio inicial. No país, a mastectomia é ainda o mais realizado, devido ao estadiamento avançado e a noção de que corresponde a um método mais seguro.²⁷

A cirurgia de reconstrução mamária (RM), realizada durante ou após a mastectomia, é um direito garantido através do SUS e uma alternativa para minimizar o impacto psicossocial da perda da mama nas pacientes com câncer e restaurar a sua imagem corporal.^{8,28}

Na literatura brasileira, ainda há poucos estudos que abordem as variáveis relacionadas à qualidade de vida das pacientes com câncer de mama após a RM, à vista das implicações físicas, emocionais e sexuais existentes. Os mais próximos ao tema utilizaram questionários de qualidade de vida gerais da OMS.²⁹⁻³¹

Dentre as principais limitações da pesquisa, observou-se o cenário da pandemia pela COVID-19. Aproximadamente 30% das pacientes com câncer de mama realizaram a cirurgia de reconstrução em 2017, um percentual que, apesar de apresentar crescimento na última década, sofreu declínio devido à necessidade de isolamento e as constantes suspensões de cirurgias ao longo da pandemia.³²

Diante desse cenário, as principais características sociodemográficas observadas no estudo foram mulheres com menos de 60 anos, pardas, naturais da zona urbana, casadas, com pelo menos o ensino médio completo e que trabalhavam — um perfil de maior engajamento na decisão de realizar a RM, devido à maior consciência de seus direitos.^{26,32}

Características divergentes podem ser observadas em estudo com 121 pacientes que realizaram cirurgia de reconstrução mamária em Minas Gerais, em que mulheres maiores de 50 anos, brancas, sem relação conjugal estável, com baixa escolaridade e donas de casa ou aposentadas foram as principais características observadas.²⁹ Tal divergência pode ser explicada em parte devido aos diferentes perfis demográficos e de acesso/organização de cuidados das regiões de cada estudo.

A média de tempo até a cirurgia de reconstrução mamária foi de 3,4 anos, durante a coleta do presente estudo. Não foram encontradas pesquisas semelhantes que abordassem tal relação de tempo. Também se percebeu que a demora em realizar a cirurgia de reconstrução estava associada a maior idade das pacientes.

Considerando o tipo de reconstrução, 67% das pacientes realizaram RMI em contraposição a 33% que realizaram RMT. Tais dados diferem da literatura nacional como um todo, uma vez que os resultados variam segundo o(s) tipo(s) de reconstrução realizada nos respectivos centros estudados.³⁰⁻³² Além disso, por esta pesquisa ter sido realizada em dois centros de referência para o cuidado da paciente com câncer de mama, tal valor também varia conforme cada instituição.

Devido ao envelhecimento da população brasileira, o tratamento do câncer de mama entre as mulheres idosas está se tornando cada vez mais comum. Elas já correspondem à maioria dos casos no mundo e serão, portanto, as principais candidatas para realização da RM.³³

Quando a mastectomia é necessária ou selecionada como tratamento do câncer de mama, a RMI imediata é viável para muitas pacientes e demonstrou reduzir morbidade psicológica e melhorar a qualidade de vida, incluindo em pacientes idosas.³⁴ Relatos anteriores indicam que a RMI após mastectomia é realizada com menos frequência em mulheres idosas por várias razões: idade, presença de comorbidades limitando a

realização de cirurgia, uma noção distorcida de que mulheres mais idosas não querem realizar a reconstrução, ou ainda uma menor oferta por partes dos profissionais de saúde a essa população.^{34,35}

Entretanto, ao relacionar a idade das pacientes ao tipo de reconstrução – imediata ou tardia – observou-se que as pacientes com menos de 60 anos realizaram a RMI com mais frequência que pacientes idosas (45% x 22%, $p=0,008$). Essa discrepância pode ser explicada em parte devido ao recente e crescente aumento dos índices de realização da RMI nos últimos 5 anos no Brasil.^{27,35,36}

Também foi constatado que as mulheres mais velhas apresentam menos queixas pós-operatórias e maior bem-estar emocional que as mais jovens. O que condiz com os achados de um grande estudo de 2016 que analisou pacientes de 11 instituições norte-americanas e identificou uma relação positiva entre a idade das pacientes que realizaram RM e o bem-estar sexual, físico e psicossocial resultante.³⁷ Esse e outros estudos norte-americanos concluem que a reconstrução mamária pós-mastectomia é uma alternativa viável para pacientes mais velhas, com riscos e benefícios comparáveis aos da população mais jovem.³⁸

Na literatura, as principais queixas relacionadas ao pós-operatório da RM são, em ordem de prevalência: sensação de latejamento, dor nas regiões próximas ao seio, prurido, dificuldade de mover ou levantar os braços, dificuldade para dormir e linfedema na região. Encontramos queixas semelhantes em estudo de Brasília com 74 pacientes mastectomizadas, havendo uma prevalência maior das queixas referentes à sensibilidade (78,3%) e dor (52%) na área das mamas, dificuldade em dormir devido ao desconforto (63,9%), além de dificuldade em levantar os braços (51,1%).³⁶

O reconhecimento de fatores associados à qualidade de vida de pacientes com câncer de mama mastectomizadas é de extrema relevância. A perda de uma ou ambas as

mamas alteram a imagem corporal da mulher, podendo gerar uma sensação de mutilação, além de afetar a autoimagem relacionada a feminilidade e sensualidade.^{35,39}

Com efeito, um estudo retrospectivo comparou mulheres submetidas apenas à mastectomia com pacientes mastectomizadas que haviam realizado a RM, apontando que os dois grupos diferiam em suas taxas de satisfação com o resultado estético (73% e 80%, respectivamente), percepção de atratividade sexual reduzida (68% e 25%), ansiedade (69% e 55%) e depressão (10% e 2%).⁴⁰

Um estudo inglês avaliou, ainda, o grau de satisfação das pacientes com os resultados da RMI ou da RMT, constatando que maioria (90%) estava satisfeita com a aparência da mama quando vestida, se sentia confortável com sutiã (75% e 86%, respectivamente), considerava que a mama reconstruída parecia uma parte natural do seu corpo (66% e 80%) e se sentia satisfeita ao se ver despida (60% e 75%).^{40,41}

Quanto ao bem-estar relatado, o mesmo estudo chegou a resultados semelhantes: a maior parte das mulheres submetidas a RMI e RMT se sentia mais confiante em sociedade (80% em ambas), semelhante às outras mulheres (66% e 70%), atraente (60% e 70%) e sexualmente satisfeita (>50% e 60%).⁴¹ Comparando tais dados com a presente pesquisa, também não foram observadas divergências significativas em relação ao grau de satisfação entre a RMI e a RMT, embora a reconstrução imediata tenha sido relacionada a maior grau de satisfação com a própria imagem quando despida.

No entanto, é perceptível como a cirurgia de reconstrução nas pacientes submetidas à mastectomia é benéfica em diversos aspectos.

O melhor entendimento sobre o corpo após a cirurgia aparenta estar diretamente relacionado, ainda, com o grau de satisfação em relação à vida sexual como mostrado em estudo do Ceará com pacientes mastectomizadas.³⁰

Já em relação à própria percepção sobre atratividade sexual, somente 52% das mulheres relataram se sentir sexualmente atraentes com roupas e pouco menos de 1/3 relataram se sentir atraentes despidas. Outros estudos corroboram tal dado, apresentando 56-61% de sentimentos positivos quando vestidas e em torno de 35-40% quando despidas.^{32,36} Assim, apesar dos benefícios em outros pontos, percebe-se que no quesito sexual ainda há uma insatisfação das mulheres mesmo após o procedimento de reconstrução.

Devido a este importante aspecto da saúde global feminina, tais dados também precisam ser analisados com os outros grupos de pacientes com câncer de mama que não realizam tratamento cirúrgico ou mesmo pacientes sem diagnóstico de câncer.

Na literatura brasileira, as pacientes que realizaram a RM mostram-se, em geral, autoconfiantes e com satisfatório bem-estar emocional (76,2%).^{36,42} No presente estudo, quase todas as pacientes (97%) se disseram emocionalmente capazes de realizar atividades diárias e 84% sentiam-se bem emocionalmente, sendo a maioria das respostas favoráveis associadas à RMI. Para todas as idades, a avaliação do resultado geral da cirurgia mostrou-se positiva, estando diretamente relacionado ao bem-estar emocional, confiança em ambientes sociais e capacidade de realizar atividades diárias.

A reconstrução mamária possui um papel importante no que tange à qualidade de vida das pacientes após a mastectomia, sendo notória a sua capacidade de amenizar o impacto emocional e físico causado pela cirurgia. Nesse cenário, as decisões relativas à RM precisam considerar não apenas a idade da paciente, mas também as evidências das opções cirúrgicas, a morbimortalidade associada e a possibilidade de bons resultados funcionais e cosméticos.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que, apesar da presença de algumas limitações relacionadas ao pós-operatório da reconstrução mamária (RM) evidenciadas por boa parte das pacientes, percebeu-se um impacto positivo significativo na sua qualidade de vida. Isso porque a satisfação após o procedimento levando em conta a imagem corporal, a autoestima, a confiança e a funcionalidade foi relatada pela maioria das participantes da pesquisa.

Além disso, foi constatado que as pacientes idosas apresentam menos queixas pós-operatórias e maior bem-estar emocional que as mais jovens. Dessa forma, a idade cronológica não deve ser, por si só, uma barreira de acesso a RM. A informação se torna uma ferramenta importante no que tange a disseminação dos benefícios da RM.

Apesar desses benefícios, observou-se reduzida evidência de satisfação no âmbito sexual, enfatizados pelo baixo percentual de satisfação com a vida sexual, autoimagem e conforto durante relação sexual, após a realização do procedimento.

Dessa forma, considera-se fundamental o amparo psicológico das pacientes no pós-operatório, bem como o desenvolvimento de estratégias clínicas que visem manter o seguimento para atenuar eventuais limitações e sanar possíveis dúvidas. Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

DEFINIÇÃO DE AUTORIA

Para que este trabalho fosse realizado e concluído, foi necessária a contribuição intelectual e operacional de todos os participantes em todas as etapas do processo. Todos os participantes citados participaram ativamente da criação, elaboração e submissão do projeto, da coleta de dados, do processamento, elaboração e análise do banco de dados e da apresentação dos resultados deste presente artigo em evento científico.

REFERÊNCIAS

1. Sung H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249.
2. INCA. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
3. Henry NL, et al. Chapter 88: Cancer of the Breast. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020.
4. Morrow M, Golshan M. Chapter 33: Mastectomy. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Diseases of the Breast*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2014.
5. NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on cancer services. Improving outcomes in breast cancer e manual update London: NICE; 2002.
6. Mennie JC, Mohanna PN, O'Donoghue JM, Rainsbury R, & Cromwell DA. The Proportion of Women Who Have a Breast 4 Years after Breast Cancer Surgery: A Population-Based Cohort Study. *PLOS ONE*; 2016. 11(5), e0153704.
7. Secretaria de Comunicação Social do Senado Federal. Lei Garante Reconstrução da Mama em Seguida à Retirada de Câncer. 2017. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/05/07/lei-garante-reconstrucao-da-mama-em-seguida-a-retirada-de-cancer>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.802, de 24 de Abril de 2013. Dispõe sobre a cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, para dispor

sobre o momento da reconstrução mamária. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm

9. Cordeiro, PG. Breast Reconstruction after Surgery for Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359(15), 1590–601.
10. Albornoz CR, Bach PB, Mehrara BJ, Disa JJ, Pusic AL, McCarthy CM, et al. A paradigm shift in U.S. breast reconstruction: increasing implant rates. *Plastic Reconstr Surg*. 2013;131(1):15-23.
11. SBM (Sociedade Brasileira de Mastologia). Cinco anos da lei da reconstrução mamária. Rio de Janeiro. 2018.
12. Champaneria MC, Wong WW, Hill ME, Gupta SC. The evolution of breast reconstruction: a historical perspective. *World J Surg*. 2012
13. Freeman MD, Gopman JM, Salzberg, CA. The evolution of mastectomy surgical technique: from mutilation to medicine. *Gland Surgery*. 2018; 7(3):308–15.
14. Morrow M, Li Y, et al. Access to Breast Reconstruction After Mastectomy and Patient Perspectives on Reconstruction Decision Making. *JAMA Surgery*; 2014. 149(10):1015.
15. Yang X, Zhu C, Gu Y. The Prognosis of Breast Cancer Patients after Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2015; 10(5):e12.
16. Göktaş SB, et al. Immediate or Delayed Breast Reconstruction After Radical Mastectomy in Breast Cancer Patients: Does It Make a Difference in the Quality of Life. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011; 31(3): 664.
17. Roder D, et al. Factors predictive of immediate breast reconstruction following mastectomy for invasive breast cancer in Australia. *The Breast*. 2013; 22(6): 1220–5.
18. Gopie JP, et al. The short-term psychological impact of complications after breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 2011.

- 19.** Jeevan R, Cromwell D, et al. Fourth annual report of the national mastectomy and breast reconstruction audit 2011. Leeds, United Kingdom: The NHS Information Centre; 2011. Disponível em: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB02731/clin-audi-supp-prog-mast-brea-reco-2011-rep1.pdf>.
- 20.** Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L and Sindrup SH. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. *British Journal of Cancer*; 2008. 99: p. 604-10.
- 21.** Zhang Y, et al. Psychosocial Predictors and Outcomes of Delayed Breast Reconstruction in Mastectomized Women in Mainland China: An Observational Study. *PLOS ONE*. 2015; 10(12), e0144410.
- 22.** Pusic AL, Klassen AF, Snell L, et al. Measuring and managing patient expectations for breast reconstruction: impact on quality of life and patient satisfaction. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012; 12(2):149-58.
- 23.** 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):527-41.
- 24.** Potter S, Brigid A, Whiting PF, et al. Reporting clinical outcomes of breast reconstruction: a systematic review. *J Natl Cancer Inst*. 2011; 103(1):31-46.
- 25.** Garcia CP, Barazzetti DO, Rendón NB, Parente ELM, Vasconcellos ZAA, Ely JB. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidas à reconstrução mamária no Mutirão Nacional da SBCP ano de 2016 em Santa Catarina. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2018; 33(0):172-5
- 26.** Izydorczyk B, et al. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(6):1181.

27. Pereira RA, et al. Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas submetidas à reconstrução mamária imediata em hospital de referência oncológica no Amazonas: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2020; 35(1):38-43
28. Ferlay J, et al. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020.
29. Barbosa PA, et al. Quality of life in women with breast cancer, after surgical intervention, in a city in the zona da mata region in Minas Gerais, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2017; 17(2):385-99.
30. Paredes CG, et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2013; 28(1):100-4.
31. Sisti A, Huayllani MT, Boczar D, et al. Breast cancer in women: a descriptive analysis of the national cancer database. *Acta Biomed*. 2020; 91(2):332-41.
32. SBM (Sociedade Brasileira de Mastologia). Cai número de cirurgias de reconstrução mamária no SUS durante a pandemia. 2020. Disponível em: <https://sbmastologia.com.br/cai-numero-de-cirurgias-de-reconstrucao-mamaria-no-sus-durante-a-pandemia/>
33. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019; 69(1):7-34.
34. Gibreel WO, Day CN, Hoskin TL, Boughey JC, Habermann EB, Hieken TJ. Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction for Cancer in the Elderly: A National Cancer Data Base Study. *J Am Coll Surg*. 2017 May; 224(5):895-905.
35. Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32(12):602-8.

36. Cammarota MC, et al. Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2019; 34(1):45-57
37. Santosa KB, Qi J, Kim HM, Hamill JB, Pusic AL, Wilkins EG. Effect of Patient Age on Outcomes in Breast Reconstruction: Results from a Multicenter Prospective Study. *J Am Coll Surg.* 2016; 223(6):745-754.
38. Howard-McNatt M, Forsberg C, Levine EA, et al. Breast cancer reconstruction in the elderly. *Am Surgeon* 2011; 77:1640e1643
39. Somogyi RB, et al. Breast reconstruction: Updated overview for primary care physicians. *Can Fam Physician.* 2018; 64(6):424-32
40. Grogan S, Mehan J. Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. *J. Health Psychol.* 2017; 22:1480–90.
41. The Royal College of Surgeons of England. National Mastectomy and Breast Reconstruction Audit 2011. England: The NHS Information Centre; 2011.
42. Leite EPA, Silva JR, et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *REAS.* 2019; (35):e1502.

TABELAS

Tabela 1. Perfil demográfico e socioeconômico de pacientes com câncer de mama que realizaram cirurgia de reconstrução mamaria imediata (RMI) ou tardia (RMT). IMIP-HCP 2020-2021.

Características	Total N (%)	<60 anos	≥60 anos	p valor*	RMI	RMT	p valor*
	(n=100)	(n=58)	(n=42)		(n=67)	(n=33)	
Instituição de coleta				0,781			0,043
IMIP	50	29	21		32	18	
HCP	50	21	29		35	15	
Idade (anos) média ± DP	56,58 ±9,53	49,79±5,02	63,9±2,88	0,002	51,30 ±2,27	64,8 ±5,61	0,008
<60 anos	58	-	-		45	13	
≥60 anos	42				22	20	
Etnia				0,004			0,145
Branca	36	27	11		23	13	
Parda	48	22	26		34	14	
Negra	16	9	7		10	6	
Naturalidade				0,123			0,224
Zona Rural	36	18	18		18	18	
Zona Urbana	64	40	24		40	24	
Procedência				0,650			<0,001
Zona Rural	23	9	14		9	14	
Zona Urbana	77	49	28		49	28	
Zona/Estado				0,339			0,502
RMR	53	35	18		40	13	
Interior PE	35	18	17		19	16	
Outros estados	12	5	7		8	4	
Estado Civil				0,01			0,002
Com companheiro	57	54	3		41	16	
Sem companheiro	43	4	39		26	17	
Escolaridade				0,002			<0,001
<5 anos	21	7	14		12	9	
≥5 anos	79	1	28		55	24	
Ocupação				0,124			<0,001
Profissão ativa	51	38	13		39	12	
Desempregada/ Aposentada	49	20	29		28	5	
Religião				0,03			0,01
Católica	48	25	23		31	17	
Protestante	35	20	15		23	12	
Agnóstica	13	10	3		11	2	
Umbanda	2	1	1		-	2	
Ateia	2	2	-		2	-	

*Testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher

Tabela 2. Respostas do questionário BREAST-Q modificado sobre qualidade de vida pós-RM em relação ao grupo de idade e tipo de reconstrução das pacientes. IMIP-HCP 2020-2021.

	Total N (%)	<60 anos	≥60 anos	p valor*	RMI	RMT	p valor*
	(n=100)	(n=58)	(n=42)		(n=67)	(n=33)	
Tempo desde reconstrução (anos) média ± DP	3,45 ±2,79	1,21 ±0,4	5,9 ±2,88	0,056	2,71±2,11	6,98±3,8	0,06
< 2 anos	58	45	13		32	26	
≥ 2 anos	42	13	29		35	17	
Opinião sobre resultado				<0,001			0,021
Excelente/ Muito bom	81	43	38		50	31	
Bom/ Regular/ Ruim	19	15	4		17	2	

Satisfação pós-cirurgia

Sentir-se bem vestida no espelho				0,126			0,439
Sim	85	52	33		59	26	
Não	15	6	9		8	7	
Sentir-se bem despida no espelho				<0,001			<0,001
Sim	59	37	22		36	23	
Não	41	21	19		31	10	
Sutiã veste confortavelmente				0,286			0,560
Sim	55	34	21		36	19	
Não	24	15	9		19	5	
Não aplicável	21	9	12		12	9	
Sentir-se bem com roupas justas				0,147			0,04
Sim	43	28	15		43	0	
Não	57	30	27		24	33	

Bem-estar emocional

Sentir-se emocionalmente capaz de fazer atividades diárias	97	55	42	<0,001	57	40	<0,001
Sentir-se bem emocionalmente	84	50	34	<0,001	56	28	0,01
Sentir-se confiante	80	48	32	0,133	53	27	0,089
Sentir-se confiante em ambiente social	78	46	32	0,003	64	14	<0,001
Sentir-se atraente	60	35	25	<0,001	38	22	0,756
Ter boa aceitação do corpo	57	34	23	0,700	40	17	0,130

Bem-estar sexual

Sentir-se sexualmente atraente com roupas	52	31	21	0,733	40	12	0,409
Sentir-se sexualmente atraente despida	26	16	10	0,671	18	10	0,587
Sentir-se confortável durante relação sexual**	39	25	14	0,174	28	11	0,213
Não aplicável	14	5	9		8	6	
Sentir-se satisfeita com vida sexual**	28	19	9	0,137	21	7	0,07
Não aplicável	14	5	9		8	6	

Principais queixas pós-operatórias

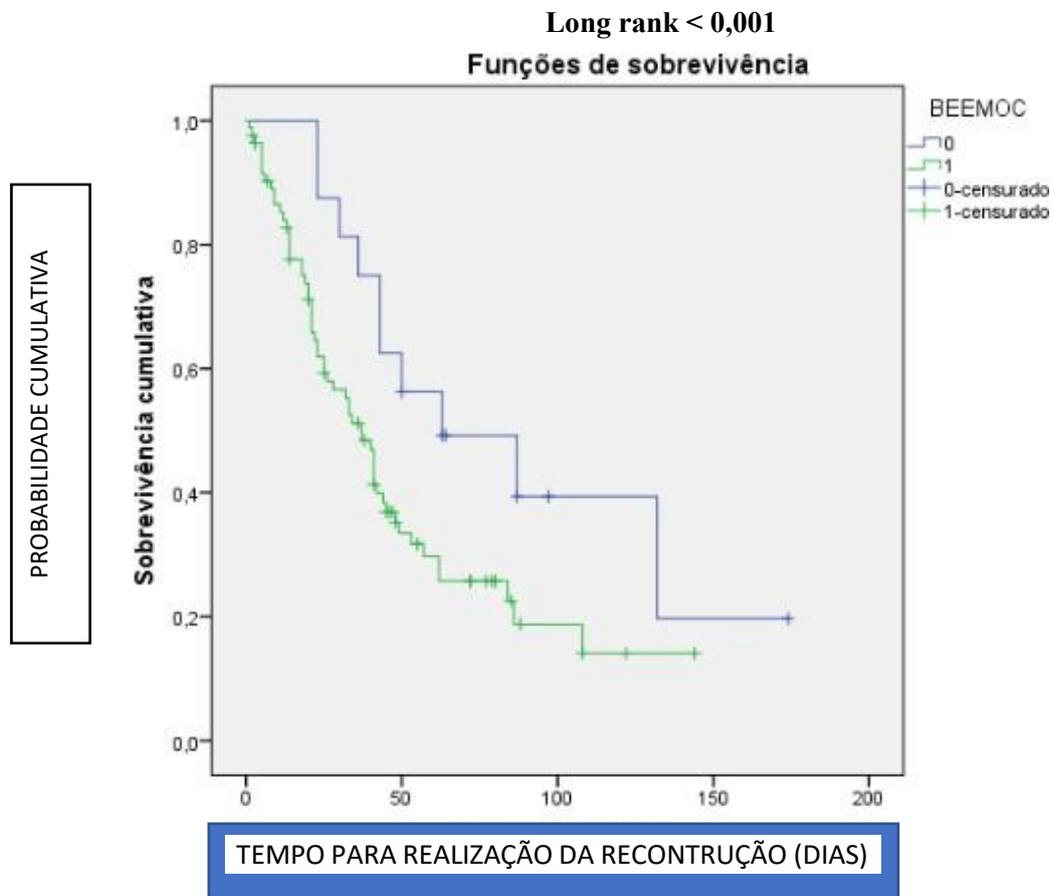
Dificuldade em levantar os braços	63	37	26	0,01	11	52	0,02
Edema no mesmo lado da cirurgia	50	33	17	0,002	19	31	0,03
Sensibilidade na área do seio	50	32	18	0,067	10	40	0,301
Dor muscular na região da cirurgia	40	21	20	0,089	9	31	0,191
Dificuldade em dormir pelo desconforto na região	33	22	11	0,790	26	7	0,854

<i>Principais queixas pós-operatórias</i>	Total N (%)	<60 anos	≥60 anos		RMI	RMT	
	(n=100)	(n=58)	(n=42)	p valor*	(n=67)	(n=33)	p valor*
Sensação de “aperto” na área do seio	32	20	12	0,236	24	8	0,290
Sensação latejante na área do seio	32	19	13	0,254	12	20	0,133
Dor nos ombros	27	19	8	0,738	14	13	0,907
Irritação na área do seio	24	19	5	0,056	6	18	0,61
Dor como “agulhadas” na área do seio	21	18	3	0,01	6	15	0,01
Coceira na área do seio	13	11	2	0,342	8	5	0,409
Dor no pescoço	13	9	4	0,800	3	10	0,990
Dor nas costelas	12	8	4	0,132	9	3	0,130
Dor no braço	12	11	1	0,283	2	10	0,457
Dor como “facada” na área do seio	11	9	2	0,394	1	10	0,601
≥8 queixas pós-operatórias	11	8	3	0,181	5	6	0,294

*Testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher

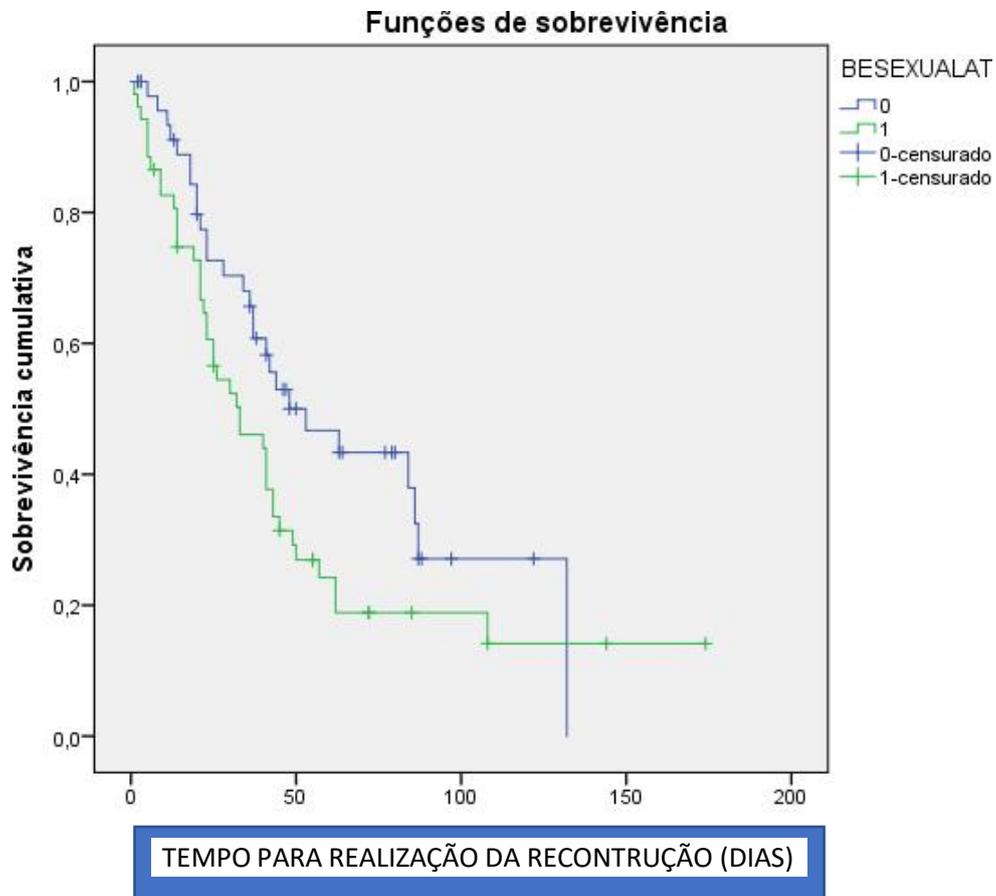
**Considerando as 86 pacientes que relataram ter atividade sexual ativa e satisfação com atividade sexual antes da realização de cirurgia de reconstrução mamária.

Figura 1. Probabilidade cumulativa de **Percepção de bem-estar emocional positiva** em pacientes portadoras de câncer de mama de acordo com grupo etário: idosas (60anos ou mais) e mais jovens (<60 anos). Análise Kaplan-Meier. IMIP-HCP 2020-2021.



- Idosas (60 anos ou mais)
- Jovens (< 60 anos)

Figura 2. Probabilidade cumulativa de **Percepção de bem-estar sexual positiva** em pacientes portadoras de câncer de mama de acordo com grupo etário: idosas (60anos ou mais) e mais jovens (<60 anos). Análise Kaplan-Meier. IMIP-HCP 2020-2021.



- Idosas (60anos ou mais)
- Jovens (< 60 anos)

Figura 3 e 4. Correlação linear idade mais jovem x percepção de queixas pós-operatórias em Mulheres portadoras com câncer de mama submetidas a reconstrução mamária. IMIP-HCP 2020-2021.

Gráfico P-P Normal de Regressão Resíduos padronizados

