

RIZA RUTE DE OLIVEIRA¹SIRLEI SIANI MORAIS²LUÍS OTÁVIO SARIAN³

Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas

Immediate breast reconstruction effects on quality of life of women with mastectomy

Artigo original

Palavras-chave

Neoplasias da mama/cirurgia
Mamoplastia/psicologia
Mastectomia
Qualidade de vida
Atividade motora

Keywords

Breast neoplasms/surgery
Mamoplasty/psychology
Mastectomy
Quality of life
Motor activity

Resumo

OBJETIVO: avaliar prospectivamente os efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **MÉTODOS:** foram incluídas 76 mulheres submetidas à mastectomia no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, em Campinas, São Paulo, Brasil, entre Agosto de 2007 a Dezembro de 2008. Dois grupos foram formados, 41 mulheres no grupo de mulheres submetidas à mastectomia associada à reconstrução imediata da mama (M+RI) e 35 no grupo de mulheres submetidas à mastectomia exclusiva (M). A avaliação da qualidade de vida foi feita com o uso do questionário *World Health Organization – Quality of Life (WHOQOL-100)*. O questionário foi aplicado em três momentos: na data da internação, após um mês e novamente seis meses após a cirurgia. Os escores do WHOQOL-100 foram calculados conforme roteiro de análise fornecido pela Organização Mundial de Saúde. Para análise comparativa dos escores entre grupos, foram utilizados os testes *t* de Student, exato de Fisher, χ^2 e Mann-Whitney, quando os dados eram paramétricos. Para análise das medidas repetidas, ao longo do tempo, foi utilizada a ANOVA e ANOVA para medidas repetidas. **RESULTADOS:** em todos os momentos, desde o pré-operatório, a pontuação média do Grupo M+RI foi maior que o Grupo M, principalmente nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais. Dos seis domínios abrangidos no questionário, em três (físico, relações sociais, meio ambiente) não foram encontradas diferenças significativas. Houve melhor pontuação para o Grupo M+RI (15,5 a 14,9 no M+RI e 14,3 a 14,2 no M; $p=0,04$) no domínio psicológico. Observou-se redução significativa do nível de independência no primeiro mês pós-operatório em ambos os grupos, com recuperação significativa após seis meses. **CONCLUSÕES:** os presentes resultados sugerem que a reconstrução mamária imediata é benéfica para aspectos psicológicos da qualidade de vida, sem afetar a funcionalidade física da mulher.

Abstract

PURPOSE: to prospectively evaluate the effects of immediate breast reconstruction on the quality of life of women who underwent mastectomy. **METHODS:** 76 women that underwent mastectomy at Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, in Campinas, São Paulo, Brazil, from August 2007 to December 2008, were included. Two groups were formed: 41 women who underwent mastectomy combined with immediate breast reconstruction (M+RI) and 35 that were subjected to mastectomy alone (M). The quality of life evaluation was assessed with the World Health Organization's questionnaire – Quality of Life (WHOQOL-100). The questionnaire was administered on three occasions: at the time of admission, one month after surgery, and again six months after surgery. The WHOQOL-100 scores were calculated according to analysis' guidelines by the World Health Organization. For comparison of the scores between groups, it was used the Student's *t*-test, Fisher exact test, chi-square test, and Mann-Whitney test. For the analysis of repeated measures over time, ANOVA and ANOVA for repeated measures were used. **RESULTS:** at all time points evaluated, beginning with the preoperative assessment, the average quality of life scores of the M+IR Group were higher than those of the M Group, primarily in the "physical", "psychological", "level of independence" and "social relationships" domains of the questionnaire. Of the six areas covered by the questionnaire,

Correspondência:

Luís Otávio Sarian
Área de Oncologia Ginecológica e Patologia Mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
Rua Alexander Fleming, 1.001
CEP: 13083-881 – Campinas (SP), Brasil
Tel.: (19) 3521-9384
E-mail: sarian@terra.com.br

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Doutorado) do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Estatística do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

³ Professor Livre-Docente da Área de Oncologia Ginecológica e Patologia Mamária do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Recebido

10/2/10

Aceito com modificações

15/12/10

three ("physical", "social relations", "environment") showed no significant differences between groups. The M+IR Group had a better score (15.5 to 14.9 for the M+IR and 14.3 to 14.2 for M; $p=0.04$) in the psychological domain. There was a significant reduction in the level of independence in the first month after surgery in both groups, with a significant recovery after six months. **CONCLUSIONS:** the present results suggest that immediate breast reconstruction is significantly beneficial regarding the psychological aspects of quality of life, without affecting the patient's physical functionality.

Introdução

A mastectomia está entre os tratamentos mais empregados para o câncer de mama. A remoção desse órgão e as terapias adjuvantes contribuem para o desenvolvimento de complicações físicas¹ e transtornos psicológicos², que podem influenciar negativamente a qualidade de vida (QV)³⁻⁵. Após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade⁶. Na tentativa de reduzir os sentimentos negativos desencadeados pela doença e seu tratamento, melhorar a autoestima, suprir a falta da mama e facilitar o vestuário, muitas mulheres optam pela reconstrução cirúrgica da mama⁷. Trata-se de um procedimento seguro, que não aumenta o risco de recorrência da doença e não interfere na detecção da mesma, além de não levar ao atraso para terapias adjuvantes. Existem diversos métodos cirúrgicos para sua realização^{8,9}. No Brasil, as técnicas mais comuns são: a reconstrução com o retalho do músculo reto abdominal (TRAM), com o retalho de músculo grade dorsal (GD) e a utilização de um expensor, que, posteriormente, é substituído por uma prótese de silicone.

São abundantes os estudos em que se avalia a QV em mulheres com câncer mamário. Entretanto, são heterogêneos em termos metodológicos e controversos em seus resultados, e pouco se sabe sobre o papel da reconstrução mamária neste aspecto. Muitos concordam que há melhora da imagem corporal, da atração física e da sexualidade em mulheres com reconstrução¹⁰⁻¹². Por outro lado, ao se avaliar ansiedade, depressão, autoestima, humor, aflição e a QV de uma forma geral, os resultados entre os tipos de cirurgias realizadas (conservadoras ou mastectomias com ou sem reconstrução) são divergentes¹¹⁻¹⁴. Tal variação é justificada pela influência de doenças associadas, pelo estágio do câncer e pelas terapias envolvidas, idade ao diagnóstico, climatério e a ausência de questionários apropriados para avaliação de QV, conforme o tipo de cirurgia^{12,13,15}.

Em razão das deficiências encontradas na literatura atual sobre a repercussão da reconstrução na QV de mulheres com câncer de mama, o presente estudo foi elaborado. Este avalia comparativa e prospectivamente a QV por meio do WHOQOL-100, um questionário genérico com boas propriedades psicométricas para o câncer de mama¹⁶, mas pouco utilizado numa população de mulheres submetidas à mastectomia, associada ou não com a reconstrução imediata. Assim, pode-se suplementar

o conhecimento atual sobre QV no contexto cirúrgico e sua relação com reconstrução, ou não, da mama.

Métodos

Seleção dos sujeitos

Foram convidadas a participar do estudo, todas as mulheres submetidas sequencialmente à mastectomia no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Hospital da Mulher – Professor José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP), em Campinas, no Estado de São Paulo, Brasil, entre Agosto de 2007 a Dezembro de 2008. Foram incluídas as mulheres submetidas à mastectomia (radical modificada Madden ou Pattey, simples ou associado à biópsia do linfonodo sentinela) com ou sem reconstrução mamária imediata (grande dorsal, TRAM e expensor). Foram excluídas aquelas com idade superior a 70 anos e aquelas apresentando dificuldades cognitivas que interferissem no preenchimento do questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP sob o número 428/2007. Todas as mulheres assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e compareceram a um programa multidisciplinar com atendimento da equipe de fisioterapia, enfermagem e serviço social durante o primeiro mês cirúrgico.

Aproximadamente 260 mulheres foram submetidas à mastectomia no período da coleta. Cento e quarenta e seis mulheres não preencheram o critério de inclusão ou não aceitaram participar do estudo. Foram descontinuadas 14 mulheres por não terem frequentado o programa multidisciplinar ou por abandono do estudo. Permaneceram no estudo 102 mulheres, divididas em dois grupos: 52 no grupo de mulheres submetidas à mastectomia associada à reconstrução imediata da mama (M+RI) e 50 no grupo de mulheres submetidas à mastectomia exclusiva, ou seja, sem reconstrução mamária (M). Destas, 26 foram excluídas por não comparecerem ao seguimento e não foram encontradas via telefone ou pela agenda de retornos ao hospital.

Avaliação da QV

A avaliação da QV foi feita com o uso do questionário World Health Organization – Quality of Life (WHOQOL-100), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁷, validado em populações brasileiras¹⁸ e com boas propriedades psicométricas para avaliar pacientes com câncer de mama¹⁶. É um instrumento de autoavaliação e autoexplicativo, que consiste em 100

perguntas referentes aos seguintes seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas, compostas por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre QV¹⁹.

Cada uma das questões é pontuada em números inteiros de um a cinco, sendo as menores notas atribuídas à menor/pior QV. Os escores são convertidos em uma escala variando de 4 a 20. Logo, os escores médios em cada domínio são obtidos: a soma das notas atribuídas a cada questão que compunha aquele domínio é dividida pelo número de questões do domínio. Dessa forma, em teoria, os escores para cada domínio podem variar entre 4 (pior QV) e 20 (melhor QV).

O questionário foi aplicado em três momentos: na data da internação, após um mês e novamente após seis meses de cirurgia. Os retornos de um e seis meses após a cirurgia foram agendados. Caso a paciente não comparecesse na data marcada, o questionário era respondido quando as mulheres retornavam para consultas médicas ou exames no hospital, em dias próximos à data marcada. Durante o seguimento, 5 mulheres não compareceram ao primeiro mês e 21 mulheres não compareceram ao sexto mês, e não houve consultas em dias próximos. Dessa forma, permaneceram em estudo 76 mulheres, 41 no Grupo M+RI e 35 no Grupo M.

■ Análise estatística

Os escores do WHOQOL-100 foram calculados conforme roteiro de análise fornecido pela OMS, escrito

em sintaxe para o programa estatístico SPSS. A avaliação das características clínicas e demográficas foi realizada por meio de valores percentuais, médias e desvio padrão. Para análise comparativa entre grupos (M+RI *versus* M – efeito grupo), foram utilizados os testes *t* de Student, exato de Fisher, χ^2 e Mann-Whitney quando os dados eram paramétricos. Para análise das medidas repetidas, ao longo do tempo (pré *versus* 1 mês *versus* 6 meses – efeito tempo), foi utilizada a análise de variância (ANOVA), e ANOVA para medidas de Friedman em caso de dados não-paramétricos. Dois parâmetros foram avaliados pela ANOVA: o chamado “efeito grupo”, que diz respeito à associação entre ter ou não feito mastectomia com reconstrução e os escores de QV; e o “efeito tempo”, que avalia se houve alteração significativa dentro de cada um dos grupos do estudo, nos escores de QV em função do momento (“tempo”) em que estes foram obtidos.

Resultados

A média de idade foi de aproximadamente 43 anos no Grupo M+RI e 57 anos no Grupo M ($p < 0,01$). Em ambos os grupos, a maioria era branca (83% -M+RI / 72% - M) com sobrepeso (média do IMC ≥ 25 kg/m²). O tempo médio de escolaridade foi maior no Grupo M+RI (nove anos), e cinco anos para o Grupo M ($p < 0,01$). Maior número de comorbidades (diabetes, hipertensão, doenças ortopédicas, outras) estava entre as do Grupo M ($p < 0,01$). Apenas quatro mulheres do Grupo M+RI e seis do Grupo M relataram serem tabagistas (Tabela 1).

No Grupo M+RI, 76% apresentavam câncer de mama em estadiamentos precoces (*in situ* – II) e, no Grupo M,

Tabela 1 - Características clínicas e demográficas das mulheres nos grupos

	M+RI (n=52)				M (n=50)				Valor p
	n	%	Média	DP	n	%	Média	DP	
Idade			42,9	8,1			57,0	10,7	<0,01 *
IMC			25,5	4,0			28,0	4,3	<0,01# *
Escolaridade			8,7	4,2			4,9	4,1	<0,01## *
Raça									0,1
Branca	43	82,7			36	72			
Não-branca	9	17,3			14	28			
Comorbidades									<0,01*
Nenhuma	37	71,2			15	30			
DM	1	1,9			5	10			
DM, HAS	0	0			4	8			
HAS	7	13,5			15	30			
Ortop	2	3,8			4	8			
Outras	5	9,6			7	14			
Tabagismo									0,5
Sim	4	7,7			6	12			
Não	48	92,3			44	88			

M+RI: mastectomia associada à reconstrução mamária imediata; M: mastectomia sem reconstrução; IMC: índice de massa corporal; DM: *diabetes mellitus*; HAS: hipertensão arterial sistêmica; Ortop: doenças ortopédicas; *valor p: significativo quando $p < 0,05$; teste exato de Fisher;#teste *t* de Student;##: teste de Mann-Whitney.

59,2% apresentavam estadiamentos tardios (III – IV). Necessitaram de mastectomia radical, 39 (75%) mulheres do Grupo M+RI e 42 (86%) do Grupo M, e mastectomia simples ou com biópsia do linfonodo sentinela 13 (25%) mulheres do Grupo M+RI e sete (14%) do Grupo M. Uma mulher de cada grupo foi tratada com cirurgia bilateral e, em aproximadamente 54% das mulheres de ambos os grupos, a cirurgia foi na mama esquerda. Do Grupo M+RI, 40 mulheres foram submetidas à reconstrução do tipo grande dorsal (com ou sem prótese), nove à TRAM e três a expansor (Tabela 2). O tempo médio de cirurgias do Grupo M+RI foi de 256 minutos (4,2 horas) comparado a 104 minutos (1,7 horas) do Grupo M.

Na Tabela 3, observam-se os resultados de todos os domínios do questionário do WHOQOL 100 com efeito entre os grupos (M+RI *versus* M) e efeito ao longo do tempo (pré *versus* 1 mês *versus* 6 meses). Em todos os momentos, desde o pré-operatório, a pontuação média do Grupo M+RI foi maior que a do Grupo

Tabela 2 - Características da doença e do tratamento cirúrgico nos grupos com e sem reconstrução

	M+RI (n=52)		M (n=50)		Valor p
	n	%	n	%	
Estadiamento					<0,01# *
<i>In situ</i> - II	38	76	20	40,8	
III – IV	12	24	29	59,2	
Não-referido	2		1		<0,01*
Cirurgia					
Mastectomia					
Radical	39	75	43	86	
(H/M/P)	13	25	7	14	
Mastectomia simples/bls					
Tipo de reconstrução					
Grande dorsal	40	76,9			
TRAM	9	17,3			
Expansor	3	5,8			

M+RI: mastectomia associada à reconstrução mamária imediata; M: mastectomia sem reconstrução; H/M/P: *halted, madden, pattey*; TRAM: reconstrução com músculo reto abdominal; *valor p significativo quando $p < 0,05$; teste exato de Fisher; #: teste de χ^2 .

Tabela 3 - Pontuação da QV conforme os grupos

Domínios	M+RI (n=41)		M (n=35)		Valor p Efeito grupo		Valor p Efeito tempo	
	Média	DP	Média	DP	Pré x 1º mês	Pré x 6º mês	Pré x 1º mês	Pré x 6º mês
Físico					0,3		0,7	
Pré	13,0	2,3	12,6	2,1				
1 mês	13,2	3,0	12,6	2,2				
6 meses	13,0	2,5	12,5	2,9				
Psicológico					0,04*		0,3	
Pré	15,5	1,6	14,3	1,8	0,21	0,02*		
1 mês	15,1	2,6	14,2	2,3				
6 meses	14,9	2,5	14,2	2,0				
Nível de independência					0,06		0,09	
Pré	15,3	2,5	14,1	2,8			0,05*	0,02*
1 mês	13,8	3,2	13,3	2,8				
6 meses	15,8	3,3	13,6	3,1				
Relações sociais					0,1		0,09	
Pré	16,0	1,9	15,2	2,3				
1 mês	15,4	2,2	14,8	2,5				
6 meses	15,3	2,1	15,0	1,8				
Meio ambiente					0,68		0,27	
Pré	13,6	1,9	13,5	1,6				
1 mês	13,6	2,2	13,5	1,7				
6 meses	13,9	2,1	13,8	1,9				
Aspectos espirituais					< 0,01# *		< 0,01# *	
Pré	17,6	1,9	17,4	2,1	0,01#*	0,08#	0,6#	< 0,01#*
1 mês	17,8	2,3	16,6	2,8				
6 meses	17,4	1,9	16,7	2,1				
Qualidade de vida					0,66		0,17	
Pré	13,0	2,3	12,6	2,1				
1 mês	13,2	3,0	12,6	2,2				
6 meses	13,0	13,0	12,5	2,9				

M+RI: mastectomia associada à reconstrução mamária imediata; M: mastectomia sem reconstrução; ANOVA para medidas repetidas; #ANOVA para medidas de Friedman (não-paramétrica); *valor p significativo quando $p < 0,05$.

M, principalmente nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais. Dos seis domínios abrangidos no questionário, em três (físico, relações sociais, meio ambiente) não foram encontradas diferenças significativas. Também não houve diferença significativa para a faceta específica de QV. No domínio psicológico, foi detectada diferença significativa na pontuação entre os grupos. Há melhor pontuação para o Grupo M+RI (15,5 a 14,9 no M+RI e 14,3 a 14,2 no M, com $p=0,04$). Quando analisada essa diferença entre o pré-operatório e seis meses após a cirurgia, há discreta piora nos pontos do Grupo M+RI e manutenção nos pontos do Grupo M. O domínio nível de independência não apresentou diferença significativa entre os grupos, apesar da melhor pontuação no Grupo M+RI. No entanto, observa-se uma redução significativa do nível de independência no primeiro mês pós-operatório em ambos os grupos ($p<0,01$), com recuperação significativa após seis meses ($p=0,02$). Já o domínio dos aspectos espirituais apresentou diferenças significativas ao longo do tempo e entre grupos ($p<0,01$ para ambos). Houve piora nos pontos do Grupo M ($p=0,01$) no primeiro mês com recuperação significativa em seis meses pós-operatórios ($p<0,01$).

Discussão

Neste estudo, mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata obtiveram melhores pontuações nas avaliações de QV nos domínios: psicológico e aspectos espirituais. Ao mesmo tempo, não houve prejuízo nos domínios relacionados aos aspectos físicos, sociais e de meio ambiente. Isso sugere que a adaptação funcional pós-operatória não foi afetada negativamente pelas modificações anatômicas adicionais impostas pela reconstrução mamária. É interessante notar que, no domínio nível de independência, a redução no pós-operatório das pontuações médias entre o pré-operatório e o primeiro mês, seguida de recuperação no sexto mês, ocorreu de maneira semelhante nas mulheres em ambos os grupos. Os presentes resultados estão alinhados com as conclusões obtidas em estudos anteriores^{2,16,20-25}, e que também abordaram, embora com outros enfoques metodológicos, aspectos psicossociais afetados pela reconstrução mamária.

Os estudos, nos quais se compara M+RI e M, mostram dificuldades em formar grupos com características clínicas e epidemiológicas semelhantes, devido aos critérios de abordagem terapêutica e aos aspectos éticos envolvidos. Neste estudo, a presença de mulheres mais jovens, com maior tempo de escolaridade e mais saudáveis no Grupo de M+RI é compatível com a literatura corrente^{2,5,8,13}. Mulheres mais jovens são mais preocupadas com a aparência física, feminilidade e sexualidade^{2,7,13}. A presença

de doenças como diabetes e hipertensão é menos comum em mulheres jovens. Concomitantemente ao diabetes e hipertensão, o tabagismo é mais uma característica evitada nas reconstruções, uma vez que a perfusão sanguínea prejudicada atrasa o processo de cicatrização e, em alguns casos, leva à necrose tecidual e perda do retalho^{8,9}. Esses fatores limitam os resultados, porém, é a opção encontrada para melhor compreender o impacto das cirurgias. Outra limitação deste estudo a ser enfatizada é a perda de 26 mulheres, ou cerca de 25% da coorte, durante o seguimento. Essa limitação, além da redução do espaço amostral nas avaliações da QV durante o seguimento, pode em tese introduzir um viés de seleção. As mulheres faltantes às avaliações pós-tratamento podem estar vivenciando situações que, direta ou indiretamente, as tenham impedido de comparecer às consultas e, eventualmente, estejam afetando negativamente sua QV. As perdas de seguimento, contudo, não são incomuns em estudos de seguimento na área de oncologia, incluindo aqueles que versam sobre QV^{2,13,21}.

Na literatura há relatos de melhor interação social, satisfação profissional, níveis de satisfação mais elevados e menor frequência de depressão entre as mulheres submetidas à M+RI após um ano de cirurgia²⁶. Contudo, tais benefícios não parecem ser universalmente encontrados, quando as mulheres submetidas à RI são comparadas com aquelas tratadas conservadoramente (ou seja, quadrantectomias ou lumpectomias) ou por reconstruções tardias²⁰⁻²². Deve-se considerar, no entanto, que a preservação de parte do órgão provavelmente tenha efeito benéfico sobre a aceitação psicológica do tratamento^{11,14,26}. Essas diferenças de resultados, entre estudos, são possíveis quando as análises são feitas sob pontos de vistas distintos. Quando as mulheres focam mais no tratamento da doença e menos na imagem corporal, sexualidade, feminilidade e vestuário, essas diferenças psicológicas não são encontradas, uma vez que o câncer, por si só, produz efeitos psicológicos negativos. Assim, mesmo mulheres tratadas com reconstrução podem apresentar perdas no domínio psicológico, mas por serem favorecidas pela reconstrução, tendem a obter melhores resultados nas avaliações²⁰⁻²², como ocorreu neste estudo.

Existe paralelismo, nas escalas de avaliação da QV, entre os resultados nos domínios psicológicos e aqueles relacionados aos aspectos espirituais. Foi encontrado em pacientes de câncer mamário que maiores níveis de religiosidade e espiritualidade estavam positivamente correlacionados com a QV, além do bem-estar funcional, do bem-estar familiar e do relacionamento médico-paciente²³. A prática religiosa pode afetar a percepção de vida das pacientes com câncer, uma vez que o apoio social envolvido e a percepção pessoal de “proximidade com Deus” ou com algum “poder maior” poderiam

auxiliar o indivíduo em enfrentar a doença²⁴. Um estudo sobre espiritualidade e câncer sugere que os indivíduos que relatam “paz e sentido na vida” vivenciam o câncer de maneira mais equilibrada²⁷. Interessante notar, no presente estudo, uma redução da pontuação no domínio de aspectos espirituais em longo prazo, nas mulheres sem reconstrução. É necessário enfatizar que a participação de aspectos relacionados à espiritualidade na QV é de difícil interpretação e mensuração¹⁶. Além de possuir menor poder de discriminação, por ser um domínio formado por reduzido número de perguntas²⁸. Ademais, a literatura é escassa em relatar aspectos relativos ao domínio espiritual, o que torna puramente especulativo qualquer justificativa para este fenômeno.

Um dos achados mais relevantes deste estudo, com implicações práticas, foi a ausência de repercussões negativas da reconstrução mamária sobre os aspectos físicos e do nível de independência da QV da mulher. Tais efeitos seriam hipoteticamente plausíveis, pois ocorrem manipulações anatômicas importantes por conta da reconstrução, e que em teoria poderiam ocasionar desconfortos físicos e alterações transitórias ou permanentes da mobilidade. Alguns autores, ao comparar diferentes tipos de cirurgia, também não encontraram alterações significativas nos aspectos físicos em mulheres submetidas à reconstrução^{2,13}.

Encontrou-se piora transitória da QV no domínio nível independência, que engloba aspectos de mobilidade, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho e dependência de medicações no primeiro mês pós-operatório. Tal piora, contudo, foi de intensidade semelhante em ambos os grupos. Após uma cirurgia extensa como a mastectomia, é comum a mulher apresentar dificuldades relativas à mobilidade e às atividades da vida diária. Há também necessidade de repouso, acompanhamento médico contínuo e uso de medicamentos para infecção e dor. Esses aspectos são responsáveis pela redução significativa do nível de independência no primeiro mês pós-operatório para ambos os grupos²⁹. Após a cicatrização da ferida cirúrgica e a recuperação geral do bem-estar da mulher, as restrições impostas pela equipe multidisciplinar não são mais necessárias, permitindo o retorno de suas atividades rotineiras¹⁶. Um estudo,

que avaliou mulheres reconstruídas, relatou melhora da funcionalidade após três meses de cirurgia, desde que estas não apresentem complicações físicas²⁵. Outro estudo relatou uma piora funcional, principalmente no Grupo M+RI, mas com recuperação num prazo de seis meses a dois anos². De forma semelhante, aos seis meses, foi encontrada uma importante recuperação da funcionalidade e independência das mulheres operadas em ambos os grupos. Tais achados se conformam perfeitamente com os de outros estudos relativos ao nível de independência, que avaliaram o impacto da mastectomia (sem diferenciação com mulheres submetidas à reconstrução imediata) sobre a QV^{2,16,25,29}. No que diz respeito ao domínio ambiental, não foram encontradas diferenças significativas ao longo do tempo e nem entre grupos. De forma semelhante, em outro estudo, não foi identificada associação significativa deste domínio para a QV de mulheres com câncer de mama¹⁶. Ademais, este é um domínio pouco abordado nos questionários de QV existentes.

Pelo fato da QV se tratar da percepção individual em relação às expectativas, preocupações e a forma de enfrentar a vida, a subjetividade da autoavaliação dos vários domínios da QV se traduz em resultados muitos divergentes na literatura. Desta forma, intuitivamente, pode-se esperar que não só o estadiamento da doença, o tipo de cirurgia, a idade ao diagnóstico, mas também as terapias adjuvantes, sejam os determinantes da QV^{12,14,15}. Outros autores sugerem que uma boa QV pré-cirúrgica, o nível de atividade física ao lazer, breve período para recuperação do bem-estar após a cirurgia²⁹, o adequado amparo médico e multidisciplinar e o bom convívio social^{16,23,25} são mais alguns indicadores preditivos de uma boa QV. No entanto, na vivência clínica, é notável que um equilíbrio psicológico associado a uma personalidade e atitude mais otimista, ao enfrentar a doença, favorecem à QV¹⁶. Conhecendo o problema e entendendo os determinantes da QV, os profissionais da saúde envolvidos no tratamento, na reabilitação e no acompanhamento dessas mulheres poderão aprimorar suas abordagens e orientações desde o momento do diagnóstico da doença.

Referências

1. Cheville AL, Tchou J. Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. *J Surg Oncol*. 2007;95(5):409-18.
2. Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(11):3078-89.
3. Rietman JS, Dijkstra PU, Debreczeni R, Geertzen JH, Robinson DP, De Vries J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery *Disabil Rehabil*. 2004;26(2):78-84.
4. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(1):53-7.

5. Ohsumi S, Shimozuma K, Morita S, Hara F, Takabatake D, Takashima S, et al. Factor associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol.* 2009;39(8):491-6.
6. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008;14(2):176-81.
7. 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.
8. Malata CM, McIntosh SA, Purushotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Br J Surg.* 2000;87(11):1455-72.
9. Hu E, Alderman AK. Breast reconstruction. *Surg Clin North Am.* 2007;87(2):453-67.
10. Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer.* 2001;91(7):1238-46.
11. 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.
12. Stavrou D, Weissman O, Polyniki A, Papageorgiou N, Haik J, Farber N, et al. Quality of life after breast cancer surgery with or without reconstruction. *Eplasty.* 2009;9:e18.
13. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst.* 2000;92(17):1422-9.
14. Dian D, Schwenn K, Mylonas L, 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.
15. Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Júnior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(3):195-204.
16. Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van der Steeg AF, Roukema JA, De Vries J. The WHOQOL-100 has good psychometric properties in breast cancer patients. *J Clin Epidemiol.* 2009;62(2):195-205.
17. The World Health Organization. Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
18. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
19. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):33-8.
20. Stevens LA, McGrath MH, Druss RG, Kister SJ, Gump FE, Forde KA. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(4):619-28.
21. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(3):1060-8.
22. 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.
23. Wildes KA, Miller AR, de Majors SS, Ramirez AG. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psychooncology.* 2009;18(8):831-40.
24. Howsepian BA, Merluzzi TV. Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psychooncology.* 2009;18(10):1069-79.
25. Potter S, Thomson HJ, Greenwood RJ, Hopwood P, Winters ZE. Health-related quality of life assessment after breast reconstruction. *Br J Surg.* 2008;96(6):613-20.
26. 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.
27. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, Park CL, Kwan L, Ganz PA, et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(4):730-41.
28. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Públ.* 1999;33(2):198-205.
29. Sagen A, Karesen Rolf, Sandvick L, Risberg MA. Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery – a five-year follow-up study. *Acta Oncol.* 2009;48(8):1111-8.