

JANAÍNA FERREIRA VIEGAS

**ADENOMASTECTOMIA: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO
DAS PACIENTES QUANTO AO RESULTADO ESTÉTICO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para o grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio Grande do Sul (RS) - Brasil

Orientador: Prof. Dr. ANTONIO FRASSON

PORTO ALEGRE

2011

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

V656a Viegas, Janaína Ferreira

Adenomastectomia: avaliação da satisfação das pacientes quanto ao resultado estético / Janaína Ferreira Viegas. Porto Alegre: PUCRS, 2011.

53 p.: gráf. tab.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica. Área de concentração: Mastologia.

1. NEOPLASIAS MAMÁRIAS. 2. ENVELHECIMENTO. 3. CARCINOMA DUCTAL. 4. SATISFAÇÃO DO PACIENTE. 5. MASTECTOMIA. 6. MAMA/cirurgia. 7. MAMOPLASTIA. 8. ESTÉTICA. 9. GERIATRIA. 10. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Frasson, Antonio Luiz. II. Título.

C.D.D. 616.99449

C.D.U. 616.19089.87:611.852(043.3)

N.L.M. WP 870

*“Seios pequenos, discretos,
Seios rebeldes, erectos,
Feitos desejos secretos.*

*Seios redondos e quentes,
Seios desnudos, frementes,
Colos d’amor, exigentes.*

*Seios luxúria, vibrantes,
Seios gulosos, de amantes,
Dons de paixões escaldantes.*

*Seios crescidos, maduros,
Seios pujantes, seguros,
Sons de silêncios impuros.*

*Seios enormes, caídos,
Seios erguidos vazios,
Resto de tempos vividos. ”*

Vitor Cintra

AGRADECIMENTOS

As pacientes do Centro de Mama da PUCRS, pela contribuição no meu aprendizado com suas experiências de vida e sentimentos perante o tratamento do câncer de mama; minha imensa gratidão.

Ao Prof.Dr. Antonio Frasson, pela orientação e pela valiosa contribuição na minha formação profissional.

Ao Prof.Dr. Felipe Pereira Zerwes, minha admiração por sua sabedoria, competência, profissionalismo e dedicação.

Aos meus queridos familiares (pai, mãe e irmão), agradeço pelo amor, dedicação, incentivo para lutar sempre em busca dos meus sonhos e pelo que sou hoje. Agradeço em especial a minha mãe pela ajuda e o apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo Marcelo Fauri pela presença constante na minha vida, tornando-a mais feliz.

À amiga, colega e irmã de coração, Betina Vollbrecht, por me mostrar sempre o lado bom dos acontecimentos da vida, mesmo nos momentos mais difíceis. Agradeço também pela amizade, parceria, troca de experiências e ensinamentos nesses quatorze anos de convivência.

À secretária e enfermeira Elenize que sempre foi muito prestativa para ajudar.

À Gabriela Hoff pelo auxílio na análise estatística desta pesquisa;

A todos os professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, em especial ao professor Claus.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CA	Carcinoma
CAM	Complexo aréolo-mamilar
CDI	Carcinoma Ductal Invasor
CDIS	Carcinoma Ductal in situ
CDL	Carcinoma Lobular Invasor
CEMA	Centro de Mama
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLIS	Carcinoma Lobular in situ
COL.	Colaboradores
DP	Desvio Padrão
EC	Estágio Clínico
ELIOT	Eletronterapia Intra-operatória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGG	Instituto de Geriatria e Gerontologia
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
QT	Quimioterapia
RL	Recorrência Local
RT	Radioterapia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USA	<i>United States of America</i>

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Rotina da Coleta de Dados.....	25
---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Gráficos descritores de (a) paridade das pacientes e do (b) percentual das pacientes e o respectivo número de filhos.....	28
FIGURA 2 - Gráfico mostrando a escolaridade da nossa amostra.....	29
FIGURA 3 - Descrição em porcentagem das indicações histopatológicas para adenomastectomia.....	29
FIGURA 4 - Estratificação do estadiamento clínico pré-operatório em percentuais.....	30
FIGURA 5 - Satisfação em relação ao resultado estético.....	30
FIGURA 6 - Comparação entre os lados (mama esquerda e direita) quanto à satisfação nas pacientes que fizeram procedimento bilateral.....	31
FIGURA 7 - Gráficos descritores da realização de RT adjuvante (a) e da localização da mesma (b).....	33
FIGURA 8 - Gráficos mostram a realização de QT pelas pacientes (a) e o momento dessa terapêutica (b).....	33
FIGURA 9 - Recidiva Local após adenomastectomia.....	34
FIGURA 10 - Tipos de incisões utilizadas na adenomastectomia.....	34
FIGURA 11 - Tipos de reconstrução mamária.....	35
FIGURA 12 - Tempo decorrido entre a colocação do expansor e a troca pela prótese definitiva.....	35
FIGURA 13 - Presença de comorbidades.....	36

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Avaliação estatística da percepção ou não de diferença no resultado estético evidenciando os dados de frequência, percentual da população, percentual válido na comparação e percentual cumulativo.....31

TABELA 2 - Avaliação estatística da percepção de diferença no resultado estético mostrando a frequência, a proporção observada, o teste de proporção e a significância dos dados.....32

TABELA 3 – Resumo dos índices do Teste exato de Fisher, da Associação linear-linear, do Chi-quadrado de Fisher e do ANOVA para avaliar a correlação entre a satisfação e as variáveis: tempo após a cirurgia, realização ou não de quimioterapia, presença de companheiro e idade.....32

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma tendência observada nas últimas décadas no nosso país e sabe-se que o câncer de mama tem grande prevalência nessa faixa etária. A adenomastectomia tem sido defendida como uma eficaz opção de tratamento para pacientes com câncer de mama. Essa técnica cirúrgica na qual a pele e o complexo aréolo-mamilar podem ser preservados com reconstrução imediata com prótese ou expansor, minimiza o sentimento de mutilação pela perda da mama resultante da mastectomia convencional. O objetivo do trabalho foi estudar as pacientes submetidas à adenomastectomia e avaliar no pós-operatório a satisfação quanto ao resultado estético. Essa avaliação foi feita de acordo com as respostas a um questionário com três perguntas. A amostra foi constituída de 36 pacientes, sendo que dessas 24 realizaram procedimento bilateral. A idade média das pacientes foi de 44,2 anos. A maior parte das indicações desse procedimento foi por biópsias com diagnóstico de carcinoma ductal invasor (38,9%). A maioria das pacientes apresentava estadiamento clínico pré-operatório 0 (carcinoma in situ) e I. Houve 17 cirurgias contra-lateral profiláticas. O índice de satisfação quanto ao resultado estético da cirurgia foi alto, 51% acharam bom e 43% ótimo. Não verificamos diferenças estatisticamente significativas quando comparamos os índices de satisfação em relação às variáveis: tempo decorrido após a cirurgia, realização ou não de quimioterapia, presença de companheiro e idade. A radioterapia adjuvante foi feita em 30,6% dos nossos casos. A recidiva local ocorreu em apenas dois casos (5,6%) num seguimento médio de 23,6 meses. A incisão mais utilizada foi a periareolar com extensão lateral radial. As reconstruções mamárias foram realizadas com prótese de silicone em 69,4% e expansor em 30,6% dos casos. As taxas de complicações da nossa série foi baixa, não houve nenhum caso de necrose do complexo aréolo-mamilar e apenas um caso de infecção. Nosso estudo identificou uma alta taxa de satisfação com o resultado estético e um baixo índice de complicações, sugerindo que adenomastectomia pode ser uma boa opção no tratamento do câncer mamário.

ABSTRACT

Populational ageing has been a tendency in our country and it is known that breast cancer has a higher prevalence among elderly women. Nipple-sparing mastectomy has been advocated as an efficient treatment option for breast cancer patients. In this surgical technique the skin, nipple and areola are not removed and the immediate breast reconstruction with tissue expander / implant tends to minimize the feelings of mutilation associated with mastectomy. Our objective was to study the patients who underwent nipple-sparing mastectomy and evaluate the patients' satisfaction towards the aesthetics of the reconstructed breast. This evaluation was based on the patients' answers to a questionnaire containing 3 questions. Thirty six patients answered the questionnaire on the post-operative period, of these, 24 underwent bilateral nipple-sparing mastectomy. The mean age of the patients was 44,2 years. Most of the surgery's indications were due to an invasive ductal carcinoma diagnosis and most of the patients presented to surgery with a stage 0 (in situ carcinoma) or stage I breast cancer. Seventeen patients underwent prophylactic opposite breast resection. The patients' satisfaction regarding the aesthetics of the reconstructed breasts was considered high with 51% of them perceiving it as "good" and 43% as "excellent". There was no statistical difference when we compared the satisfaction index against other variables such as post-operative time, chemotherapy, age and companionship. Adjuvant radiotherapy was administered in 30,6% of the patients. Two patients presented local tumor recurrence during a mean 23,6 month follow-up. Periareolar with lateral radial extension was the preferred skin incision. Immediate breast reconstruction was performed with the use of a breast implant in 69,4% of the patients and the remainder 30,6% underwent a tissue expander placement and further exchange for an implant. There was a low complication rate. One patient presented a soft tissue infection and there was no nipple-areola complex (NAC) necrosis noted. Our study has shown a high patient satisfaction rate towards the aesthetic perception of the reconstructed breasts and almost no complications, suggesting nipple-sparing mastectomy as a good surgical technique option for the treatment breast cancer patients.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
2- OBJETIVOS	16
3- JUSTIFICATIVA	17
4- REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 Envelhecimento e Câncer de Mama.....	18
4.2 Tratamento cirúrgico do câncer de mama:Adenomastectomia	19
5- METODOLOGIA	22
5.1 Delineamento.....	22
5.2 População	22
5.3 Critérios de inclusão	22
5.4 Critérios de exclusão	22
5.5 Coleta de Dados	23
6- ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
7- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
8- RESULTADOS.....	28
9- DISCUSSÃO	37
10- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
11- BIBLIOGRAFIA	48

ANEXO 1.....	51
ANEXO 2.....	52
ANEXO 3.....	53

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma tendência observada nas últimas décadas no nosso país. Segundo projeções para 2020, os idosos chegarão a 25 milhões da nossa população geral, sendo 15 milhões de mulheres (11,4% da população). (1,2)

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres. Isso se deve a sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. (1)

Hoje, nos países ocidentais, o câncer mamário representa uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. (2)

O câncer de mama é uma doença de grande impacto social na população feminina e sua incidência aumenta com o avançar da idade. (3)

Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres da região Sul do Brasil (67/ 100.000) se não considerarmos os tumores de pele não melanoma. (1)

A neoplasia maligna de mama é uma patologia de grande relevância na assistência à saúde da mulher. A faixa etária dos 60 aos 70 anos é a de maior incidência, sendo relativamente raro antes dos 40 anos de idade. O diagnóstico de carcinoma apresenta desafios únicos na decisão do tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou medicamentoso. (4)

Uma mudança importante no tratamento do câncer de mama ocorreu nos últimos 20 anos, com o aumento da qualidade de vida das pacientes, que aconteceu devido à possibilidade de se realizar cirurgias conservadoras. No entanto, cerca de 20% dos cânceres de mama ainda necessitam de mastectomia, na qual ocorre a retirada de todo tecido mamário (pele, glândula e complexo aréolo-mamilar). (5)

A abordagem cirúrgica do câncer de mama tem mudado drasticamente desde a mastectomia radical de Halsted até a cirurgia conservadora da mama (setorectomia/quadrantectomia). Nos últimos anos, o desenvolvimento de procedimentos menos invasivos, com ressecções de menores volumes de tecido mamário, resultou em diminuição da morbidade e de complicações para as mulheres.

Apesar de recentes avanços na cirurgia conservadora, seguida de radioterapia pós-operatória, muitas pacientes necessitam ser excluídas de uma terapêutica que conserve a mama para o tratamento de sua doença. Novas opções de tratamento cirúrgico têm sido desenvolvidas para otimizarem o resultado estético em mulheres submetidas a retirada da mama. (6)

A cirurgia de adenomastectomia que será estudada nessa dissertação de mestrado não é um procedimento novo. Ferman, em 1962, começou a realizar esta cirurgia, mas abandonou o método devido ao número de complicações e risco oncológico. A técnica usada na época era diferente da atual e sofreu aperfeiçoamentos. (7) Por este motivo tem aumentado o interesse em verificar a segurança de se realizar adenomastectomia, com ou sem a preservação de aréola e mamilo. (5,7)

A adenomastectomia consiste em uma técnica cirúrgica na qual há a remoção em bloco da glândula mamária, com ou sem a preservação do complexo aréolo-mamilar (CAM) para o tratamento do câncer de mama. Em contraste com a mastectomia convencional, há uma máxima conservação de pele. Mantêm-se uma espécie de envelope de pele e o sulco inframamário, que será importante para um bom resultado estético da reconstrução mamária. (8)

Embora a adenomastectomia com conservação do CAM tenha recebido maior aceitação na Europa para o tratamento do carcinoma ductal *in situ* (CDIS) e invasivos, esta técnica tem se mantido bastante controversa nos Estados Unidos. A preservação do complexo aréolo-mamilar (CAM) busca melhorar os resultados cosméticos. (9) No entanto, os argumentos contra a preservação do CAM têm-se centrado em preocupações sobre possível envolvimento neoplásico e a viabilidade pós-operatória do mesmo. Estudos patológicos sobre as taxas de envolvimento neoplásico do CAM em pacientes com câncer de mama primário variaram de 0% a 58%. (6)

O procedimento cirúrgico parece ser seguro para tumores menores de cinco cm, multicêntricos, para carcinoma *in situ* e para profilaxia em pacientes com fatores de risco, não obstante deva ser evitado para carcinomas inflamatórios e para aqueles que têm envolvimento de pele. O principal risco oncológico é a possibilidade de se deixar células tumorais que venham a se manifestar tardiamente como recorrência local. (10)

O propósito primário do tratamento cirúrgico do câncer mamário é o controle local da doença. A adenomastectomia surge como um procedimento cirúrgico no

tratamento de câncer de mama que possibilita um melhor resultado cosmético, minimizando o impacto psicológico e físico da paciente. (11)

2. OBJETIVOS

2.1. - Objetivo Geral:

Estudar as pacientes submetidas à cirurgia de adenomastectomia no Centro de Mama do Hospital São Lucas da PUCRS e sua satisfação quanto ao resultado estético do procedimento.

2.2. - Objetivos Específicos:

- 1) Avaliar as complicações;
- 2) Avaliar tipo de reconstrução utilizada (expansor ou prótese de silicone definitiva);
- 3) Avaliar as recidivas locais e metástases à distância;
- 4) Avaliar o estadiamento pré-operatório;
- 5) Avaliar as indicações de adenomastectomia;
- 6) Avaliar a satisfação com o resultado estético;
- 7) Comparar os índices de satisfação em relação às seguintes variáveis:
 - ✓ Tempo após a cirurgia;
 - ✓ Com ou sem quimioterapia adjuvante;
 - ✓ Presença de companheiro;
 - ✓ Idade;
 - ✓ Preservação ou não do complexo aréolo-mamilar;
- 8) Identificar comorbidades pré-cirúrgicas;
- 9) Avaliar tratamento complementares (radioterapia e quimioterapia);

3. JUSTIFICATIVA

Considerando a faixa etária das pacientes acometidas pelo câncer de mama e o impacto psicológico de seu tratamento na auto-estima dessas pacientes com repercussões já bem reconhecidas, idealizamos realizar uma pesquisa no programa de Pós-Graduação de Geriatria e Gerontologia.

Tradicionalmente a mastectomia para tratar câncer de mama é realizada com retirada do complexo aréolo-mamilar (CAM). Sabe-se que ele tem um papel importante no resultado cosmético e na feminilidade. Sua retirada implica em um trauma psicológico e impacto na qualidade de vida. (12) A adenomastectomia com preservação de pele, do complexo aréolo-mamilar e reconstrução mamária em um só tempo é uma opção que está parecendo ser eficiente e segura. O resultado estético é diretamente proporcional à quantidade de pele que se pode preservar durante o procedimento. (5, 12)

A avaliação de parâmetros psicossociais como satisfação com a auto-imagem são importantes para pacientes e médicos no momento da decisão do tratamento. Tais dados também podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes com câncer de mama e podem ser medidas mais apropriadas que desfechos tradicionais como mortalidade operatória, pois o tratamento cirúrgico é de baixo risco e as taxas de sobrevida ao longo prazo são excelentes.

A adenomastectomia combina procedimentos ablativo e reconstrutivo, que proporciona à paciente um tratamento cirúrgico adequado e menos traumatizante do câncer de mama .

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 - Envelhecimento Populacional e Câncer de Mama

As mudanças funcionais que ocorrem com o avanço da idade são atribuídas a vários fatores, como defeitos genéticos, fatores ambientais, surgimento de doenças e expressão de genes do envelhecimento.

Existem várias teorias do envelhecimento humano, entre elas podemos citar:

- **Teoria do Uso e Desuso**: O acúmulo de agressões ambientais no dia-a-dia levaria ao decréscimo gradual de eficiência do organismo e, por fim, à morte.
- **Teoria das Proteínas Alteradas**: Estabelece que mudanças que ocorrem em moléculas proteicas após a tradução, e que são dependentes do tempo, provocariam alterações conformacionais e mudariam a atividade enzimática, comprometendo a eficiência da célula.
- **Teoria das Mutações Somáticas**: Há um aumento de certas anormalidades cromossômicas em células somáticas ao longo da vida, principalmente em resposta à radiação ou a mutagênicos, mas não há evidências de que tais alterações tenham efeitos funcionais.
- **Teoria do Erro Catastrófico**: Erros na transcrição de DNA ou tradução de RNA conduzem eventualmente a erros genéticos que promovem envelhecimento.
- **Teoria da Desdiferenciação**: Mecanismos errôneos de ativação e repressão gênica fariam a célula sintetizar proteínas desnecessárias, diminuindo a eficiência celular até a morte.
- **Teoria dos Radicais Livres**: Os radicais livres, gerados durante o processo de fosforilação oxidativa, podem modificar macromoléculas. Os danos oxidativos aumentam com a idade.
- **Teorias Metabólicas**: A longevidade pode ser mais bem entendida como função do declínio metabólico.

- **Teorias Genéticas**: Mudanças na expressão gênica causariam modificações senescentes nas células, atuando em nível intra e extracelular.
- **Teoria Neuroendócrina**: A falência progressiva de células com funções integradoras específicas levaria ao colapso da homeostasia corporal, à senescência e à morte.
- **Teorias Imunológicas**: A longevidade seria dependente das variantes de certos genes para o sistema imune presentes nos indivíduos. Reduções na resposta imune seriam devidas à involução inicial e ao envelhecimento do timo.

As perdas e alterações celulares que ocorrem nas células, quando atingem a senescência, aumentam a vulnerabilidade do organismo para doenças. Assim, nos últimos anos as pesquisas para entender como as células envelhecem, como perdem a capacidade de desempenhar corretamente as suas funções e como morrem têm auxiliado a entender melhor determinadas doenças, bem como as neoplasias que atingem os idosos. (13,14)

4.2 - Tratamento cirúrgico do câncer de mama: Adenomastectomia

A abordagem cirúrgica atual concentra o conhecimento sedimentado no último século. Quando William Halsted, em 1894, divulgou os resultados obtidos com emprego da mastectomia radical, que compreendia a retirada da glândula mamária em monobloco com a musculatura peitoral e o conteúdo da axila, foi plantado o primeiro grande marco histórico na mastologia moderna. Essa cirurgia foi concebida com conceito anatômico da progressão do câncer, em que a evolução da doença ocorreria seguindo rotas anatômicas definidas e uma disseminação ordenada, podendo ser curada com tratamento locorregional abrangente. Rapidamente, passou a ser o procedimento padrão para o tratamento do câncer de mama operável; foi adequada e modificada por várias cirurgias, porém, como filosofia, permaneceu inquestionável por quase um século. O que era um grande feito para a medicina, em termos de controle local da doença, passou a ser o grande temor das pacientes: a mutilação provocada pela cirurgia

atingia as mulheres no órgão cuja simbologia representava a própria essência da feminilidade. (15)

A adenomastectomia representa uma nova técnica cirúrgica que permite a realização da mastectomia com preservação do envelope cutâneo mamário. É realizada a retirada da glândula mamária com a mínima ressecção de pele com preservação ou não do complexo aréolo-mamilar (CAM) conforme indicação. Como o envelope mamário é mantido, é importante que se preserve a vascularização subcutânea, mantendo retalhos com espessura adequada. A reconstrução mamária pode ser realizada no mesmo procedimento utilizando tecido autólogo, expansores ou próteses de silicone.

As indicações são:

- ✓ Tumores multicêntricos;
- ✓ Relação tamanho do tumor vs tamanho da mama desfavorável para tratamento conservador;
- ✓ Carcinoma in situ extenso;
- ✓ Redução de risco;

As principais contra-indicações para esse tratamento cirúrgico são o carcinoma inflamatório e o comprometimento cutâneo extenso. (16)

Adenomastectomia com preservação do CAM é uma técnica aceita no tratamento de casos selecionados de carcinomas de mama. Historicamente, havia um dogma da necessária remoção cirúrgica do complexo aréolo-mamilar para maximizar a segurança oncológica. No entanto, estudos recentes mostraram que em pacientes cuidadosamente selecionados, a preservação do complexo aréolo-mamilar é segura e que o risco de recidiva local é baixo. (17)

Sabe-se que para realizar adenomastectomia com preservação aréolo-mamilar, cerca de 5- 10% de tecido glandular acabam sendo preservado, o que aumenta o risco de recorrência local. No entanto, estudos mostram não haver envolvimento do complexo aréolo-mamilar até mesmo em tumores maiores que 2cm, desde que a distância entre o tumor e o complexo seja maior que 2,5cm. (18)

O câncer de mama, assim como o processo de seu tratamento, tem um forte impacto na esfera mais particular da vida de uma pessoa, alterando o dinamismo psicossocial de seus familiares e amigos. Juntamente com os primeiros sinais físicos da

doença, surgem representações fantasiosas acerca da irreversibilidade do mal, incurabilidade da enfermidade e de idéias de morte. A idéia dessa doença suscita dúvidas e aflições no que diz respeito à representação e à imagem do corpo; à função materna; à vida sexual e relacional; ao futuro e aos projetos de vida. (19)

Profissionais da saúde qualificados estão empenhados no amplo estudo de aspectos presentes nas pacientes com carcinoma mamário. Aspectos tais como sexualidade, papel dos seios na representação da afetividade feminina, da estima de si ou da imagem corporal merecem atenção.

Pacientes com neoplasia maligna de mama representam um grande grupo de sobreviventes de câncer no país, e problemas psicológicos são comuns nesses pacientes.

Atualmente a cirurgia de câncer de mama tem se tornado cada vez menos mutilante. Aceita-se que pacientes com carcinoma mamário em estágios precoces podem ser tratados por mastectomia ou cirurgia conservadora da mama, sendo que ambos os procedimentos têm taxas de sobrevida comparáveis. No entanto, a mastectomia é necessária em casos de multifocalidade/multicentricidade, tumores de grandes dimensões, recidiva local após tratamento conservador ou desejo da paciente de não conservar a mama. (20) O impacto psicológico negativo da perda da mama tem sido frequentemente estudado, e é hoje bem reconhecido que o tratamento do câncer pode ter um impacto negativo na saúde mental, na percepção da imagem corporal e na sexualidade. A conservação da mama ajuda as mulheres a lidar melhor com câncer.(21)

5 – METODOLOGIA

5.1- Delineamento:

Estudo transversal.

5.2- População:

Foram analisadas as pacientes submetidas à adenomastectomia para tratamento de câncer mamário e/ou para cirurgia redutora de risco no período compreendido entre 2004 e 2011 no Centro de Mama da PUCRS.

A partir de um banco de dados do Centro de Mama do Hospital São Lucas da PUCRS as pacientes que realizaram cirurgia foram contatadas e seus prontuários revisados.

Nosso grupo amostral foi constituído das pacientes que conseguimos contato e que aceitaram responder ao questionário.

5.3 - Critérios de inclusão:

- ✓ Sexo feminino;
- ✓ Pacientes que realizaram a cirurgia de adenomastectomia;
- ✓ Pacientes com pós-operatório tardio (mais que 30 dias);
- ✓ Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

5.4 - Critérios de exclusão:

- ✓ Tratamento cirúrgico radical (mastectomia clássica).
- ✓ Pacientes analfabetas.
- ✓ Pacientes que não aceitarem responder a pergunta sobre a satisfação em relação à cirurgia.

5.5 - Coleta de Dados:

5.5.1 - Rotina de coleta:

Com a lista das pacientes que realizaram adenomastectomia no CEMA PUC/RS foram identificadas as datas das consultas de todas as pacientes (conforme os critérios de inclusão).

Nas consultas de revisão pós-operatória as pacientes foram convidadas a participar do estudo. As pacientes que aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1) e foram entrevistadas por um único entrevistador. Cada paciente tinha um número e apenas esse número estava presente na folha do questionário, não estando identificado o nome da paciente. Isso foi realizado para não intimidar a paciente, não influenciando na sua resposta sincera sobre os questionamentos.

Para as pacientes que aceitaram participar do estudo foram feitas as seguintes perguntas para avaliação do resultado estético da intervenção cirúrgica (ANEXO 2):

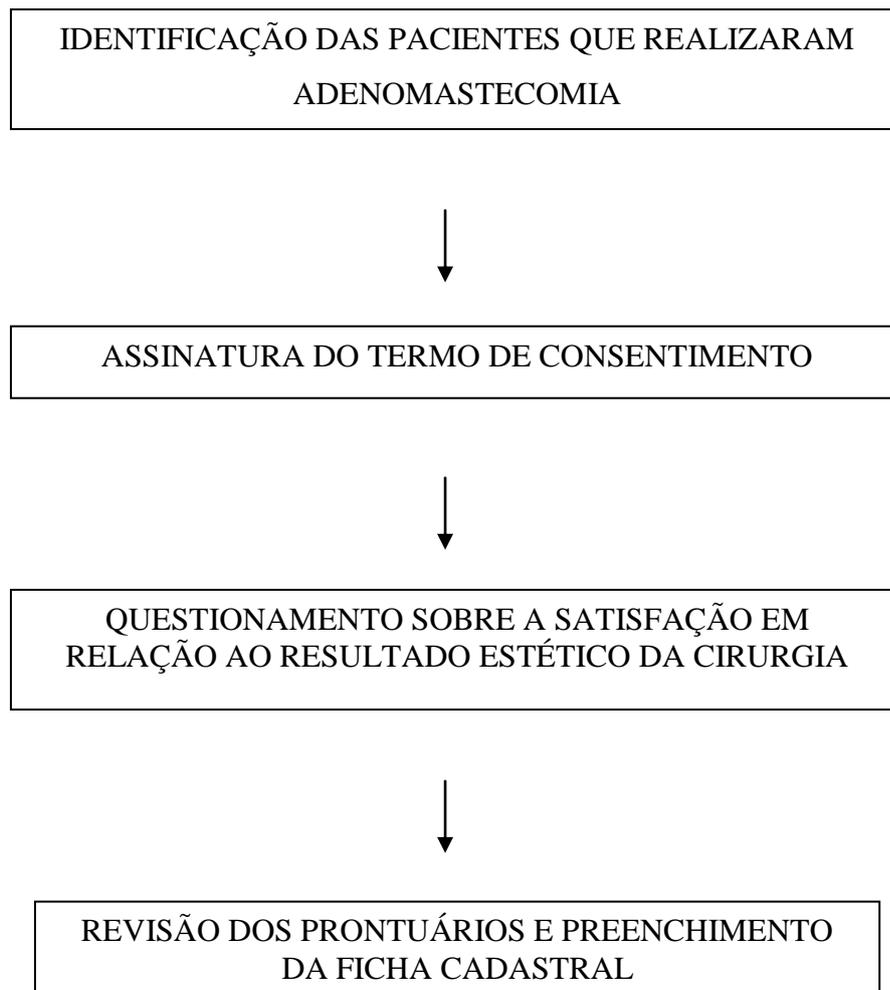
- 1) Como você classifica a sua satisfação em relação ao resultado estético da cirurgia a qual foi submetida numa escala de 5 níveis (péssimo, ruim, razoável, bom e ótimo).
- 2) Há diferença na sua satisfação em relação ao resultado estético entre a mama direita e esquerda? Se sim, qual a mama com o melhor resultado estético para você? (Essa pergunta só foi feita para as pacientes que realizaram procedimento bilateral).
- 3) Você recomendaria esse tratamento à outra paciente?

As pacientes tinham um mínimo de 30 dias transcorridos do procedimento cirúrgico. As pacientes que fizeram cirurgia, rotineiramente comparecem nos nossos ambulatórios em consultas a cada 60 a 90 dias.

Foi preenchida pelo pesquisador uma ficha cadastral com os seguintes dados: idade, raça, data da cirurgia, técnica cirúrgica, anátomo-patológico, indicação cirúrgica, estadiamento clínico, características do tumor (tipo histológico, grau, tamanho), escolaridade, estado civil, ocupação, paridade, tratamento adjuvante (radioterapia/quimioterapia/ hormônio-terapia), comorbidades.

Os dados tais como idade, técnica cirúrgica, anátomo-patológico, complicações e os dados para caracterizar o seguimento dessas pacientes foram adquiridos a partir da revisão de um banco de dados criado através da revisão de prontuários do Centro de Mama da PUCRS.

As informações obtidas foram armazenadas em um banco de dados que foi usado para análise estatística.

QUADRO 1 - Rotina da Coleta de Dados**FLUXOGRAMA DE FUNCIONAMENTO:**

6 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram inicialmente organizados em planilhas Excel e avaliados através da utilização de filtros binários para categorização dos mesmos. Nessa etapa foi realizada análise descritiva através de frequências, médias e desvios padrões. Os dados qualitativos foram sumarizados através de frequência em cada classe e percentagem.

A análise estatística foi feita pelo programa estatístico SPSS versão 11.5. Para comparação entre as variáveis, foram utilizados os seguintes testes: teste exato de Fisher, associação linear-linear, Chi-quadrado de Fisher e ANOVA.

Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

7 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo está de acordo com a resolução N. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Não houve riscos as pacientes, pois tratou-se de entrevista e revisão de prontuários.

O projeto foi submetido à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da PUCRS e foi aprovado. (ANEXO 3).

A aplicação dos questionários iniciou somente após a aprovação do projeto pelo CEP. Todas as pacientes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa através do TCLE (ANEXO 1). Emitimos este termo em duas vias, sendo que uma cópia ficava com a paciente e a outra permanecia com a equipe pesquisadora.

A paciente teve garantia de confidencialidade de todos os dados, ressarcimento e atendimento clínico para qualquer intercorrência relacionada à pesquisa e o esclarecimento de qualquer dúvida sobre o estudo.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e foi esclarecido às pacientes que elas poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento assistencial.

8 - RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada conforme descrito na metodologia. O tamanho amostral do estudo foi de 36 pacientes. Esse grupo apresentou média de idade, das pacientes, de 44,2 anos ($\pm 9,3$ anos, com intervalo de confiança para 95% de 3,0), apresentando como idade mínima de 23 anos e máxima de 60 anos. A amostra foi constituída de 34 (94,4%) caucasianas, uma (2,8%) asiática e uma (2,8%) negra.

O tempo médio de seguimento das pacientes desde a cirurgia foi de 23,6 meses.

Do grupo avaliado, 25 (69,4%) tinham companheiro e 11 (30,6%) não tinham. Houve 9 (25%) nuligestas, 8 (22,2%) com apenas um filho, 16 (44,5%) com dois filhos e 3 (8,3%) com três filhos. A Figura 1 mostra as informações adicionais sobre paridade. O número médio de filhos foi de 1,81 ($\pm 0,62$) por mulher. A maioria das pacientes tinha companheiro (69,4%). O nível de escolaridade das mulheres em estudo foi alto com 22 (61,1%) delas tendo o Ensino Superior Completo (Figura 2).

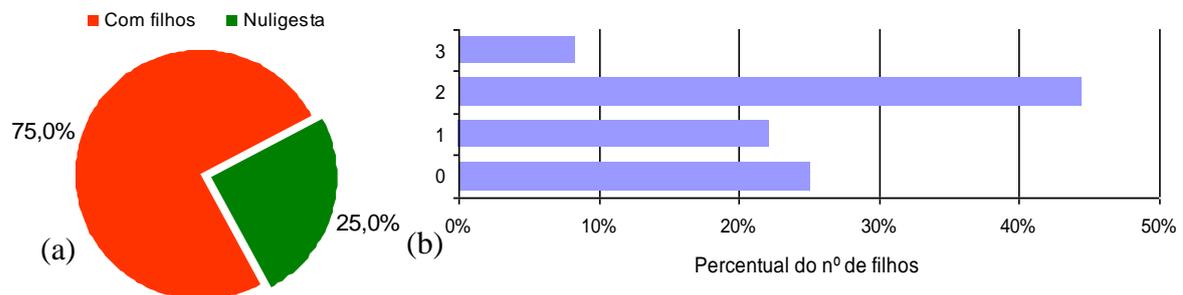
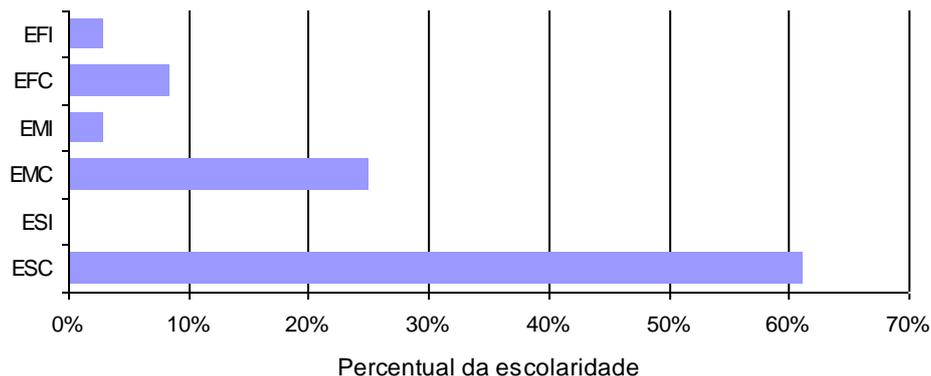


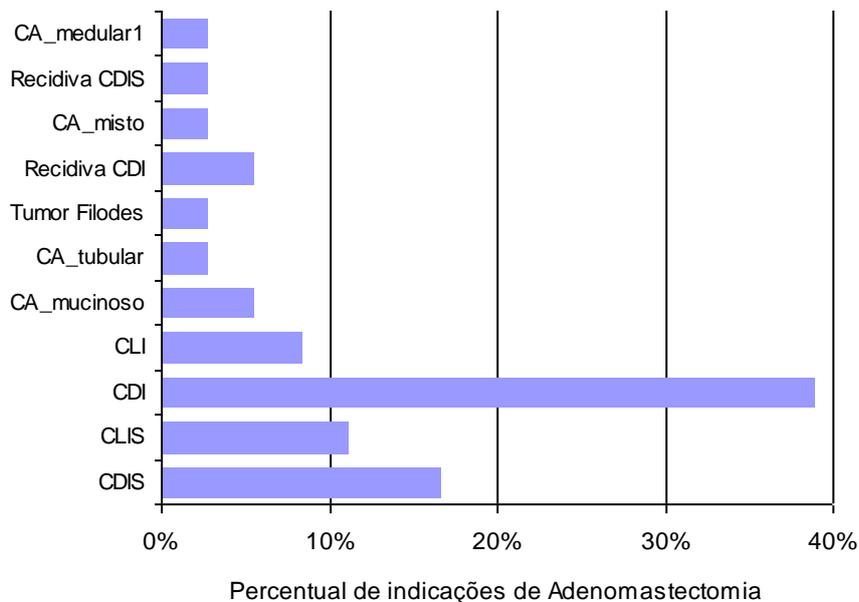
Figura 1: Gráficos descritores de (a) paridade das pacientes e do (b) percentual das pacientes e o respectivo número de filhos.



EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo; EMI = Ensino Médio Incompleto; EMC = Ensino Médio Completo; ESI = Ensino Superior Incompleto; ESC = Ensino Superior Completo.

Figura 2: Gráfico mostrando a escolaridade da nossa amostra.

As indicações das adenomastectomias mostraram biópsia prévia com diagnóstico de carcinoma ductal em situ em 6 (16,7%), carcinoma lobular in situ em 4 (11,1%), carcinoma ductal invasor em 14 (38,9%), carcinoma lobular invasor em 3 (8,3%) das pacientes. Houve um (2,8%) caso de tumor filódes e dois (5,6%) casos de carcinoma mucinoso. Na Figura 3 observa-se graficamente a distribuição dos achados histopatológicos das indicações de adenomastectomia.



CA = carcinoma; CDIS = carcinoma ductal in situ; CDI = carcinoma ductal invasor; CLI = carcinoma lobular invasor; CLIS = carcinoma lobular in situ.

Figura 3: Descrição em porcentagem das indicações histopatológicas para adenomastectomia.

A estratificação das pacientes por estadiamento clínico (EC) pré-operatório foi: 10 (29,4%) EC 0(carcinoma in situ), 10 (29,4%) EC I, 10 (29,4%) EC IIA, 2 (5,9%) EC IIB e 2 (5,9%) EC IIIA (Figura 4).

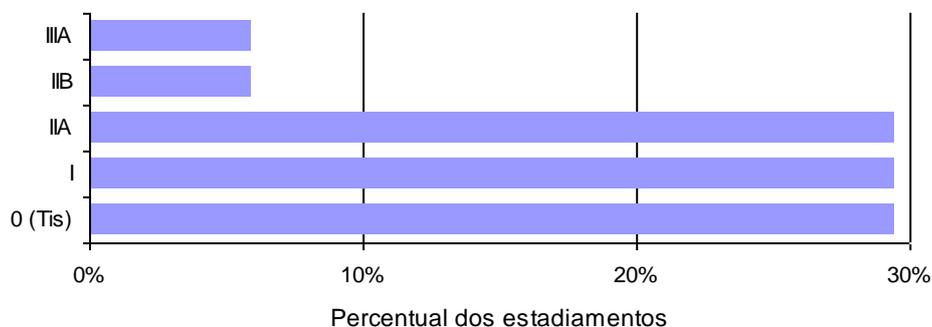


Figura 4: Estratificação do estadiamento clínico pré-operatório em percentuais.

Foram realizadas 12 (33,3 %) adenomastectomias unilaterais e 24 (66,7 %) bilaterais. Houve 17 cirurgias contra-lateral profiláticas. Em duas pacientes a mutação no gene BRCA estava presente.

Quando as pacientes foram questionadas quanto à sua satisfação em relação ao resultado estético da cirurgia que fizeram, os resultados foram: 51% acharam bom, 43% ótimo, 6% razoável e nenhuma achou ruim ou péssimo (Figura 5). Todas as pacientes responderam sim na questão número 3 (Você recomendaria esse tratamento à outra paciente?).

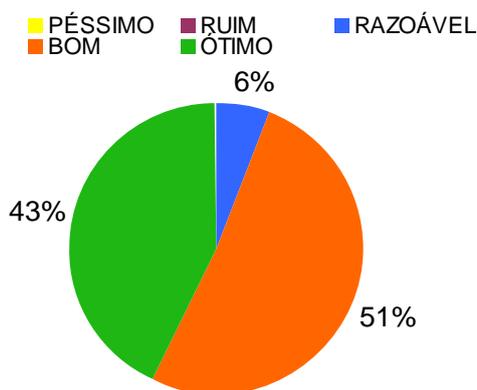


Figura 5: Satisfação em relação ao resultado estético.

Entre as pacientes que realizaram o procedimento bilateralmente (24), 58,3% (14) das pacientes apresentavam satisfação em relação ao resultado estético diferente

entre as duas mamas operadas (Figura 6), sendo que apenas uma paciente estava mais satisfeita com a reconstrução da mama na qual anteriormente o câncer estava presente. Todas as outras pacientes estavam mais satisfeitas com a mama que tinha feito o tratamento profilático (não tinha tumor, apenas foi retirada para reduzir ao mínimo a chance de ter um carcinoma). Essa diferença foi estatisticamente significativa com $p < 0,001$ quando usamos o Teste Binomial, conforme mostram as Tabelas 1 e 2.

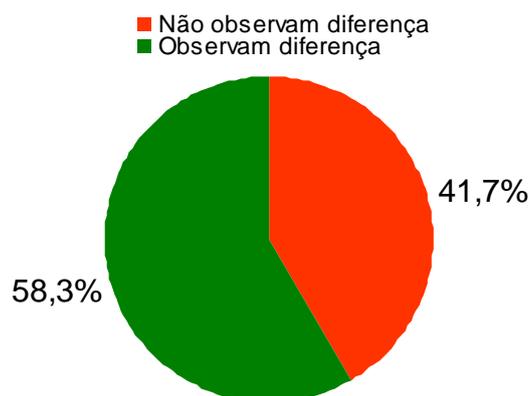


Figura 6: Comparação entre os lados (mama esquerda e direita) quanto à satisfação nas pacientes que fizeram procedimento bilateral.

Tabela 1: Avaliação estatística da percepção ou não de diferença no resultado estético evidenciando os dados de frequência, percentual da população, percentual válido na comparação e percentual cumulativo.

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual Cumulativo
Lado do tumor tem pior resultado estético	23	63,9%	95,8%	95,8%
Lado contrário do tumor tem pior resultado estético	1	2,8%	4,2%	-
Sem percepção de diferença no resultado estético	12	33,6%	-	-

Tabela 2: Avaliação estatística da percepção de diferença no resultado estético mostrando a frequência, a proporção observada, o teste de proporção e a significância dos dados.

	Frequência	Proporção observada	Teste de proporção	Significância
Lado do tumor tem pior resultado estético	23	96,0%	0,50	<0,001
Lado contrário do tumor tem pior resultado estético	1	4,0%	-	-

Quando comparamos os índices de satisfação em relação às variáveis: tempo após a cirurgia, realização ou não de quimioterapia, presença de companheiro e idade; não há diferença significativa nos resultados (Tabela 3). Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para comparar índice de satisfação com presença ou não de companheiro ($p=0,625$), realização ou não de QT ($p=0,503$) e idade ($p=0,99$). Para comparação com o tempo decorrido da cirurgia foi usado o Teste de ANOVA com $p=0,955$. Não foi feita a comparação quanto ao índice de satisfação estética com a presença ou não do CAM porque tivemos apenas um caso em que a cirurgia não conservou o mamilo, inviabilizando a comparação.

Tabela 3: Resumo dos índices do Teste exato de Fisher, da Associação linear-linear, do Chi-quadrado de Fisher e do ANOVA para avaliar a correlação entre a satisfação e as variáveis: tempo após a cirurgia, realização ou não de quimioterapia, presença de companheiro e idade.

Correlação avaliada	Teste Exato de Fisher	Associação Linear-Linear	Chi-Quadrado de Pearson	ANOVA
Satisfação vs Presença ou não de companheiro	0,625	1,000	0,625	-
Satisfação vs realizou ou não QT	0,503	0,400	0,641	-
Satisfação vs Idade				
Satisfação vs tempo decorrido da cirurgia	0,891	0,367	0,809	0,644

Uma pequena parcela de 4 (11,1 %) pacientes havia realizado radioterapia antes da cirurgia para tratamento de carcinomas mamários prévios e 11 (30,6%) mulheres necessitaram de radioterapia adjuvante (Figura 7).

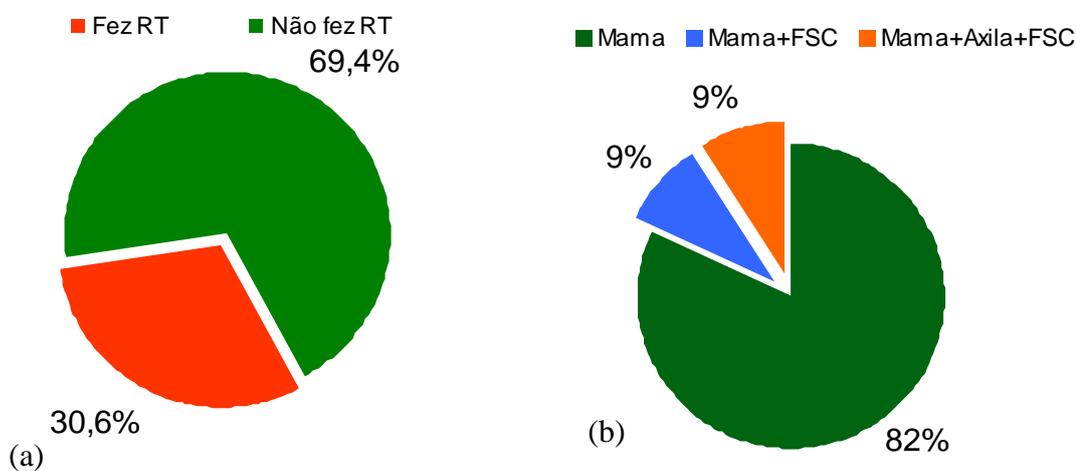


Figura 7: Gráficos descritores da realização de RT adjuvante (a) e da localização da mesma (b).

Todas as pacientes realizaram exame anátomo-patológico trans-operatório da margem retro-areolar para investigação de tumor no CAM. Em nenhum caso houve necessidade de remoção do CAM por comprometimento tumoral do mesmo.

A maioria das pacientes (52,8%) fez tratamento quimioterápico, sendo que em três pacientes essa terapêutica foi neoadjuvante (Figura 8).

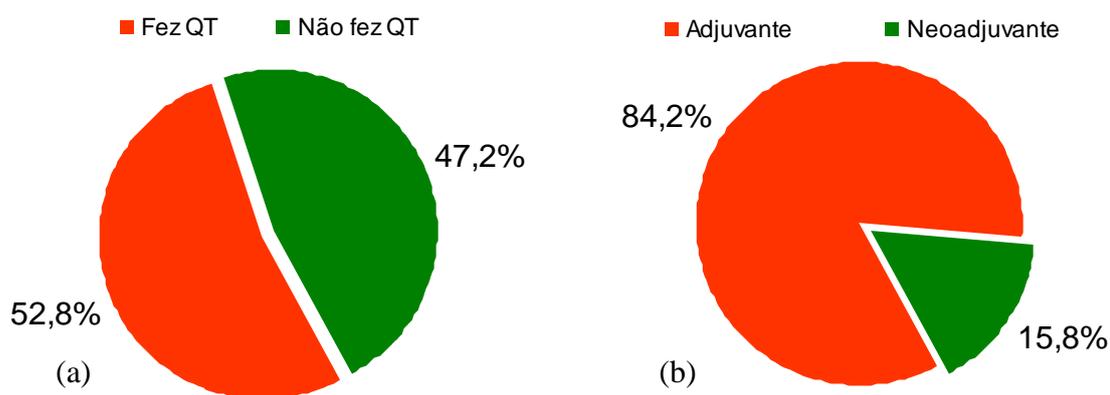


Figura 8: Gráficos mostram a realização de QT pelas pacientes (a) e o momento dessa terapêutica (b).

Ocorreram apenas dois casos de recorrência local, ambos foram no CAM (Figura 9). Em uma das pacientes a recorrência apresentou-se como doença de Paget nove meses após a cirurgia e em outra como CDIS após 12 meses. As duas pacientes tinham realizado adenomastectomia por CDIS e não fizeram radioterapia adjuvante.

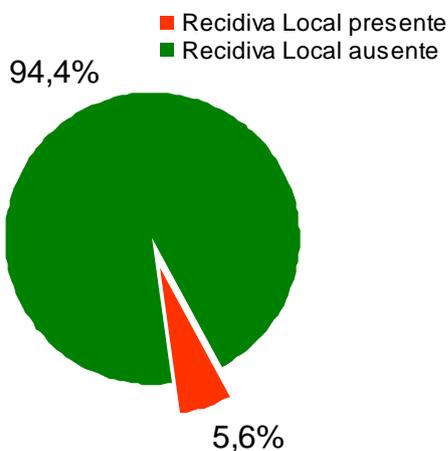


Figura 9: Recidiva Local após adenomastectomia.

Apenas uma paciente apresentou metástase à distância no seu seguimento. A metástase foi hepática e apareceu 19 meses após a cirurgia.

A incisão mais utilizada foi a periareolar com extensão lateral radial em 33 (91,6%) cirurgias, tivemos dois casos pelo sulco mamário e um caso em que a cirurgia foi feita com incisão de mamoplastia redutora (Figura 10).

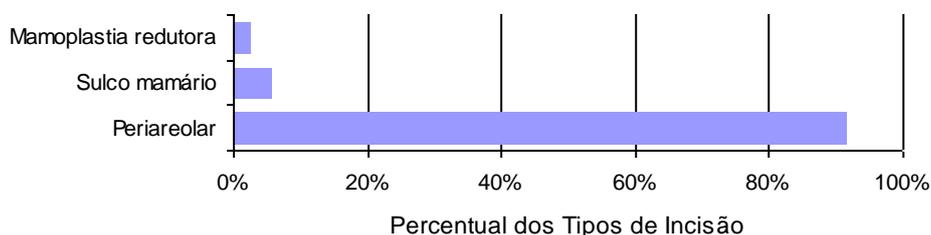


Figura 10: Tipos de incisões utilizadas na adenomastectomia.

Em apenas uma paciente a prótese não foi colocada submuscular. Foi utilizado prótese de silicone em 50 (69,4%) e expensor em 22 (30,6%) das reconstruções mamárias (Figura 11). O tempo médio entre a colocação do expensor e a troca pela

prótese definitiva foi de 10,2 meses (Figura 12). Não houve atraso no tempo de iniciar o tratamento adjuvante.

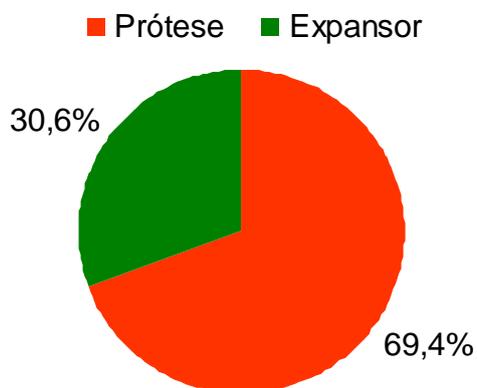


Figura 11: Tipos de reconstrução mamária.

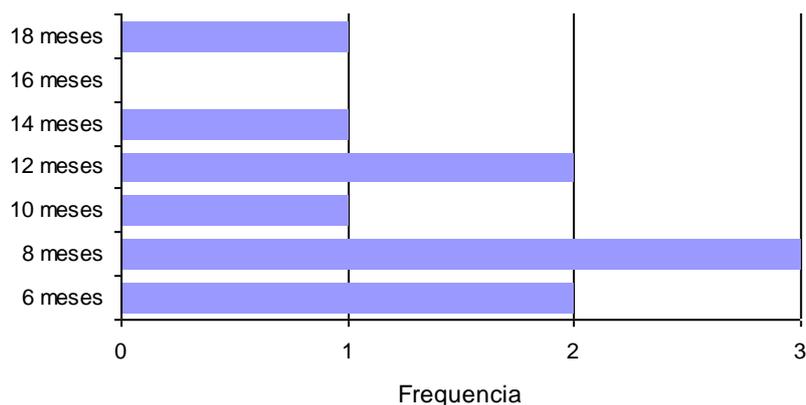


Figura 12: Tempo decorrido entre a colocação do expansor e a troca pela prótese definitiva.

Não houve nenhum caso de necrose do CAM, nem de hematoma com necessidade de drenagem. Houve apenas um caso de infecção e perda do implante mamário.

A formação de cápsula com necessidade de capsulectomia ocorreu em apenas uma paciente.

A maioria das pacientes era hígida, apenas 9 (25 %) apresentavam alguma comorbidade pré-cirúrgica (Figura 13).

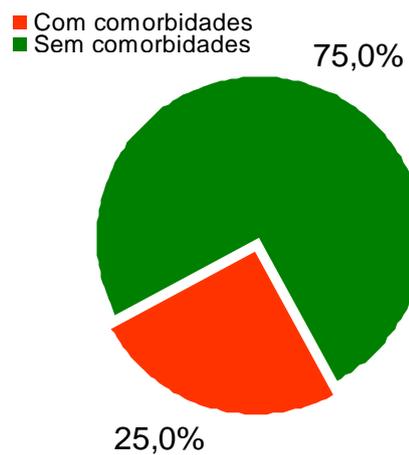


Figura 13: Presença de comorbidades.

Todas as pacientes receberam antibiótico profilático (cefalosporina) por sete dias pós-operatórios e o tempo médio de permanência hospitalar foi de três dias.

Todas as pacientes no seguimento fazem mamografia e ecografia mamária anualmente.

9 – DISCUSSÃO

Durante as duas últimas décadas, houve uma mudança de paradigma no que se refere ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, que se afastou de condutas radicais e aproximou-se de uma abordagem mais conservadora, sem nunca desprezar os preceitos de segurança oncológica. (8)

As melhorias, na nossa compreensão, sobre a história natural e a biologia do tumor mamário, juntamente com o advento das terapias adjuvantes baseadas em evidências locais e sistêmicas, possibilitou-nos, atualmente, verificar que a associação de segurança oncológica e os bons resultados estéticos não são mais excludentes.

Em consonância com a evolução da prática cirúrgica, a adenomastectomia pode ser considerada parte da progressão racional, distanciando-se da mastectomia convencional.

Em virtude da pele da parede torácica ser a localização mais frequente de falha no controle local da doença após a mastectomia, questionamentos foram levantados acerca da adenomastectomia. Esse tratamento cirúrgico poderia resultar em um aumento do risco de recidiva loco regional, especialmente em pacientes de alto risco. Mais de um terço dos cirurgiões de mama parecem evitar a adenomastectomia devido a preocupações sobre a segurança oncológica, incerteza dos benefícios ou indicação. (22) No entanto, estudos recentes confirmaram a segurança oncológica em carcinomas em estágios iniciais, embora a adenomastectomia não deva ser utilizada em pacientes com câncer de mama inflamatório, ou naqueles com envolvimento tumoral extenso da pele, levando-se em conta o elevado risco de recorrência local. (10)

Uma recente revisão da literatura concluiu que a adenomastectomia é oncológicamente segura para câncer de mama precoce (tumores T1-T2).

Em nosso estudo, foram realizados 17 adenomastectomias redutoras de risco. Sabe-se que para realizar adenomastectomia com preservação do complexo aréolo-mamilar, cerca de 10% de tecido glandular acaba sendo preservado. (18) Pacientes com indicação de tratamento profilático são candidatas ideais para adenomastectomia com preservação do CAM, no entanto, estudos avaliando a detecção de tumores no CAM remanescente são necessários em longo prazo. (6) Nos pacientes com câncer de mama

encontrou-se uma taxa de recorrência de 3% a 5% em adenomastectomia com preservação do CAM. (9,7) Embora essa taxa de recidiva local seja semelhante à mastectomia clássica, estas pacientes ainda exigem acompanhamento rigoroso. Pacientes particularmente preocupados com o risco de câncer, não devem escolher este procedimento. (6)

Hartmann e colaboradores, em um estudo de coorte com pacientes definidas como de alto risco pelo número de casos na família, observaram que a mastectomia redutora de risco bilateral reduzia em 90% o risco de câncer de mama e a sua mortalidade. (23) É preciso deixar claro de que se trata de um procedimento não estético, pois não é raro que as expectativas com as complicações deste procedimento sejam minimizadas pelas pacientes.

A adenomastectomia pode conservar ou não o CAM. A preservação do CAM oferece vantagens estéticas e elimina a necessidade da reconstrução do mamilo em um segundo momento cirúrgico. As preocupações oncológicas, quanto ao risco da permanência do CAM, têm sido amenizadas, em certa medida, por vários estudos recentes. (8) Voltura e col. recentemente relataram resultados de 34 adenomastectomias com preservação do CAM realizadas para os seguintes tipos de tumores: 24 carcinomas invasores e 10 CDIS. Na análise histológica do tecido sub-areolar foi identificado câncer em apenas 2 casos (5,9%) que necessitaram de remoção subsequente do CAM. (24) Estes resultados estão de acordo com um estudo semelhante relatado por Wijayanayagam e seus colaboradores. (25) O risco de envolvimento do CAM foi corroborado em uma série maior, retrospectiva, de 286 adenomastectomias, na qual houve presença de tumor retro-mamilar em 16 (5,6%) casos. (8)

Em um estudo retrospectivo envolvendo 217 indivíduos mastectomizados, Simmons e col. relataram envolvimento tumoral do CAM em 23 casos (10,6%). Constatou-se também que apenas 6,7% dos tumores pequenos, com até dois linfonodos axilares positivos, tinham envolvimento do CAM. (8) Portanto, parece oncológicamente seguro preservar o CAM, desde que o tumor não esteja próximo do mamilo e se estabeleça a rotina de análise patológica transoperatória da região retro-mamilar.

Vários estudos têm documentado que a presença do mamilo, em uma mama reconstruída, influencia positivamente na satisfação da paciente. A reconstrução cirúrgica do mamilo, na ausência do complexo areolar, pode render bons resultados estéticos, porém estes resultados nem sempre são ideais. As pacientes manifestaram

insatisfação com vários aspectos de seu complexo aréolo-mamilar reconstruído, incluindo falta de projeção e pobre correspondência de cor, forma, tamanho, textura e posição. (17)

Em nosso estudo todas as pacientes realizaram exame anatomo-patológico trans-operatório da margem retro-areolar para investigação de tumor no CAM, não havendo nenhum caso com necessidade de remoção por comprometimento tumoral do mesmo. Das 36 pacientes que analisamos, em apenas uma a adenomastectomia não foi feita conservando-se o CAM. A opção de não conservar o CAM deu-se porque a paciente era de alto risco (carregava a mutação BRCA).

No estudo de Yueh e col, a maioria das mulheres (80%) afirmou que a preservação do CAM simbolizava um sentido de totalidade, onde os corpos se sentem menos mutilados. (6) Em outro trabalho, Wellisch e col., também demonstraram o impacto psicológico positivo na não retirada do CAM. (20)

A preocupação com o corpo parece ser uma das mais importantes características da sociedade moderna. A busca por uma saúde perfeita, por um corpo perfeito, que preserve suas características e qualidades, que não se desgaste e envelheça com o passar dos anos, é uma queixa frequente, ultimamente, na clínica psicológica. Muitas pessoas não querem ver seu corpo se deteriorando e a beleza da juventude se esvaindo, ainda mais porque dia após dia somos bombardeados por milhares de imagens, anúncios e propagandas, que nos lembram do valor e da importância de ser jovem, bonito e saudável. (26)

O corpo se constitui num paradigma fundamental. Corpo por onde circulam nossos conflitos pulsionais; por onde nossas representações recalcadas são traduzidas; por onde expressamos nossas emoções, nossos apetites e nossas trocas com o mundo. Corpo que ao mesmo tempo é objeto de nossa estima, mas que também é objeto e fonte de uma insatisfação permanente. (26)

Ter um diagnóstico de câncer de mama pode vir a provocar um desequilíbrio naquilo que as mamas sempre representaram para uma mulher. Pode-se dizer que é ameaçador. A vida da paciente passa a correr riscos não só pela doença, mas pela intervenção que virá a ser adotada, que poderá ser mutilante. Uma série de preocupações passa a tomar conta do pensamento dessa mulher: o medo de ser estigmatizada e rejeitada ao tomarem conhecimento de sua doença; a possibilidade de

disseminação da doença pelo seu corpo; a queda do cabelo e o efeito disso sobre sua autoestima; a incerteza quanto ao futuro; sua sexualidade e o seu relacionamento com o parceiro e com os filhos e, principalmente, o medo da recidiva. (27)

A eclosão do câncer de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade, ao se deparar com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, como dito anteriormente, assim como o temor de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimentos e estigmas. Com o diagnóstico, a mulher passa por alterações significativas em diversas esferas da vida, como o trabalho, a família e o lazer, o que traz implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas de seu contexto social. (28)

Dmoch (1985) apontou que a iminência da perda da mama e a mutilação da imagem corporal representam uma desestruturação do sentimento de valor próprio da mulher, tendo como primeira reação, diante desta possibilidade de perda, o desejo de salvação do órgão afetado. (29)

As mamas sempre representaram a sexualidade e a maternidade, é um órgão de contato de atração, é também um símbolo extremamente narcísico. Além disso, é símbolo da identidade corporal feminina e do sentimento de auto-estima e valor-próprio. (30)

Mulheres com câncer sofrem muitas perdas significativas que se transformam em fontes de medo ou tristeza. São perdas ligadas à enfermidade, sofrimento, mutilação, dificuldades sexuais e de relacionamento. (27)

As reações da mulher com câncer de mama, frente à mutilação, relacionam-se à sua subjetividade, sendo determinadas pela maneira como ela vive e convive com o seu corpo desde a infância. O processo de elaboração frente à doença e à perda da mama, é semelhante ao processo de elaboração de luto. (26)

As pacientes mastectomizadas experimentam uma marcada e persistente insatisfação com a imagem corporal em relação àquelas submetidas à cirurgia conservadora, sentindo-se mais desfiguradas e preocupadas, evitando dessa forma, manter relações sexuais com seus companheiros, por se sentirem envergonhadas, como se “não fossem mais mulheres”. Os seios e os mamilos são fontes de prazer para a mulher, algumas alcançam o orgasmo com a simples manipulação dos seios, e em outras a estimulação apenas aumenta a excitação sexual. Depois que uma mama é

removida, algumas mulheres ainda sentem prazer nas carícias feitas sobre a cicatriz, enquanto outras preferem não serem tocadas nessa região. (31)

Para Cury (2000) a cirurgia é considerada um fator de estresse uma vez que existe imprevisibilidade dos resultados e sintomas, os quais a paciente não pode controlar através de suas ações. Ressalta ainda que no período pré-operatório existe uma grande preocupação com a gravidade da doença e os resultados da cirurgia, que são consideradas grandes fontes de medo. (27)

O período pós-operatório é marcado pela ambivalência. Ocorre o alívio de ter sobrevivido à cirurgia e a esperança de estar curada. Mas também há o medo do retorno da doença, o medo de enfrentar a dor e os curativos, o medo de enfrentar a possibilidade permanente de um corpo mutilado e, ainda, preocupações com a feminilidade e com as reações do companheiro frente à cirurgia. Segue-se, então, o período pós-operatório de dois a seis meses, durante o qual ocorre a depressão, a ansiedade e a diminuição da auto-estima, coexistentes com sentimentos de fortalecimento pessoal e esperança. (32)

Em concordância com outros estudos presentes na literatura médica, encontramos uma taxa alta de satisfação com o resultado estético da cirurgia. A análise dos resultados identificou que 51% qualificaram o resultado estético de sua cirurgia como bom, 43% como ótimo. Apenas duas pacientes consideraram o resultado razoável. A unanimidade na resposta afirmativa à questão número 3 do nosso questionário (Você recomendaria esse tratamento a outra paciente?) apareceu como um importante elemento somatório, na constatação, de como as pacientes ficaram satisfeitas. O alto grau de satisfação com o resultado estético pode ser atribuído, em muito, à preservação do CAM. Como discutimos anteriormente o mamilo exerce um papel importante na psicologia feminina.

Um dado muito interessante identificado pelo nosso estudo foi à constatação, com significância estatística, de que as pacientes que fizeram o procedimento bilateral preferiram o resultado estético da mama que, antes da cirurgia, não se localizava o câncer. A predileção pode ter algumas explicações ainda não aprofundadas. A paciente tende a enxergar a mama na qual se localizava o tumor como a mama “doente”, passando a rejeitá-la? Por outro lado, a satisfação, quanto ao resultado estético, pode ter sido prejudicada pelo tratamento cirúrgico mais radical na busca de segurança oncológica na mama com o carcinoma?

Em nossa análise não conseguimos estabelecer diferenças estatisticamente significativas quando comparamos os índices de satisfação em relação às variáveis: tempo decorrido após a cirurgia, realização ou não de quimioterapia, presença de companheiro e idade.

Em relação à idade, as pacientes idosas são pouco representadas nos estudos mesmo sendo a população mais atingida pelo câncer de mama, todavia a cirurgia de adenomastectomia deve ser uma opção a ser oferecida. A idade, como fator isolado, não deve ser usada na seleção de candidatas a essa terapêutica. Cuidados na busca da satisfação com a autoimagem não podem ser desprezados nessa faixa etária. (33)

Em um estudo retrospectivo, multicêntrico, com 123 pacientes que realizaram adenomastectomia uni ou bilateral, a satisfação das pacientes, em uma escala de 0-10, ficou entre 7-10 para mais de 80% das pacientes. (7)

Setenta e um por cento (71%) das pacientes responderam questionário sobre grau de satisfação em relação ao resultado e, em uma escala de 1-10, a média foi de 9.5 em um estudo retrospectivo realizado em Londres com 21 pacientes. (12)

Gerber e col. realizaram 112 adenomastectomias em mulheres cujo câncer de mama tinha uma distância superior a 2cm do CAM e utilizaram exames transoperatórios do tecido retro areolar para determinar a preservação do CAM. Os resultados cosméticos foram independentemente avaliados como excelente ou bom em 91% e foram significativamente melhor após preservação do CAM. (8)

Atualmente, é reconhecido que as mulheres, após a mastectomia, são mais propensas a desenvolver transtornos do ajustamento psicológico. Estudos anteriores já investigaram a influência do resultado estético do tratamento sobre a morbidade psicossocial no câncer de mama. Estes estudos relataram uma boa correlação entre a satisfação com os resultados cosméticos e uma percepção positiva da imagem corporal, da sexualidade e da auto-estima com melhor ajustamento psicológico. (20)

No estudo de Didier e col., podemos ver que a nova técnica que conserva o CAM tem impactado de forma muito positiva, especialmente na satisfação da paciente com os resultados estéticos e com a imagem corporal relacionada à nudez. Os resultados mostraram que o tipo de cirurgia em favor da preservação do CAM influencia positivamente a paciente na sua autopercepção, quando a paciente olha para si mesma nua ou é vista nua pelo seu parceiro. (20)

Nosso estudo também conseguiu caracterizar uma elevada satisfação com essa promissora técnica cirúrgica para o tratamento do câncer mamário.

As principais complicações dessa técnica cirúrgica são necrose total ou parcial do CAM, infecções e extrusão da prótese. Nos casos de exposição de prótese e infecção, o implante deve ser removido e uma nova reconstrução indicada após 3 a 6 meses. Entre as complicações tardias podemos encontrar deflação da prótese/expansor, “rippling”, que significa pequenas dobras palpadas pela paciente na mama, e a contratura capsular que podem ocorrer em até 50 a 68% dos casos que são seguidos de radioterapia.

Nossa série apresentou uma baixa morbidade. Não tivemos nenhum caso de necrose do CAM. Petit e col relataram, em sua experiência de 5 anos com seguimento de 1001 pacientes, 3,5 % de necrose total do CAM, 5,5% de necrose parcial do CAM, 2% de infecção e remoção de 43 próteses (4,3%). Deve-se levar em consideração na identificação de uma maior prevalência de necrose do CAM, nesse outro estudo, ao fato do grupo de Petit associar radioterapia por feixe de elétrons intra-operatória (ELIOT) sobre a região da aréola. (20)

Houve um único caso de infecção com necessidade de retirada da prótese por extrusão da mesma durante o tratamento quimioterápico em nossa série. A baixa taxa de infecção em nossa casuística pode ser atribuída ao uso rotineiro de antibiótico profilático.

A necrose da pele é bem reconhecida e pode resultar do comprometimento do suprimento sanguíneo secundário a excessivo afinamento dos retalhos. (8) Não observamos nenhum caso de isquemia marginal do envelope de pele, isso pode ser atribuído ao extremo cuidado tomado durante a dissecação, a fim de identificar com precisão o plano entre a gordura subcutânea e a glândula. Não houve nenhum caso de hematoma pós-operatório com necessidade de drenagem.

O carcinoma ductal in situ quando tratado com mastectomia é associado com taxas de cura superiores a 98%. (8) Como a RT não é necessária depois da mastectomia por carcinoma ductal in situ, a adenomastectomia parece ser uma excelente escolha de tratamento. Tais pacientes evitarão os efeitos negativos da RT para a mama reconstruída, levando a um melhor resultado cosmético e, assim, melhor satisfação da paciente. A recorrência local após adenomastectomia para CDIS é raro. Spiegel e Butler mostraram que a recidiva local foi de 0%, após 9,8 anos de acompanhamento, e 3% dos

pacientes desenvolveram RL em um estudo realizado por Rubio e col. (11). A série de Carlson e col. incluiu 175 pacientes com carcinoma ductal in situ e foi identificado apenas uma RL após 65 meses de follow-up. Da mesma forma, Slavin e col. não relataram nenhuma RL em uma coorte de 26 pacientes com carcinoma ductal in situ após 45 meses de follow-up. Sendo assim, a adenomastectomia é particularmente atraente para as mulheres com carcinoma ductal in situ, levando-se em conta o fato de que não há necessidade de tratamento radioterápico complementar na mama reconstruída e o risco de RL é muito baixo. (8) Realizamos seis adenomastectomias por CDIS. Houve um caso de recidiva como doença de PAGET e outro como CDIS retro areolar, sendo a nossa incidência de recorrência local (33,3%) mais alta comparada com outros estudos. Deve-se levar em consideração que a maioria das séries analisou adenomastectomias que não preservaram o CAM.

Todas as nossas pacientes realizaram exame anatomo-patológico trans-operatórios da margem retro-areolar. Petit e col., do Instituto Europeu de Oncologia em Milão na Itália, descrevem o uso da radioterapia intra-operatória para todos os casos de adenomastectomia com preservação do CAM, apesar da análise do tecido retro-areolar ser negativa para presença de células malignas. (6) Essa estratégia terapêutica minimiza ainda mais o risco de recidiva no CAM.

Vários estudos feitos recentemente têm avaliado a adenomastectomia para o tratamento do carcinoma mamário e encontraram uma incidência de recorrência local (RL) comparável à mastectomia convencional. Em uma série retrospectiva de 15 anos com mulheres com carcinoma estágio clínico 0-2, 225 pacientes submetidas a adenomastectomia foram comparados com 1022 pacientes tratados com mastectomia. Após um seguimento médio de 49 meses, não foi encontrado diferença significativa na taxa de RL. Após um seguimento médio de 51 meses, Meretoja e col., relataram somente 4 casos de RL em 146 mulheres com estágio 0-2. (8)

Em outra série de 105 pacientes submetidas à adenomastectomia, acompanhados por uma média de 48 meses, apenas um caso de RL foi identificado. Em seu estudo retrospectivo com um seguimento médio de 58 meses, Vaughan e col., encontraram 11 (5,3%) casos de RL em 210 casos, 9 dos quais desenvolveram a recidiva no quadrante da tumor primário. (8)

Na série de Reefy e col., não foi observado nenhum caso de RL após um seguimento médio de aproximadamente 3 anos. (8)

Os reconhecidos fatores de risco para RL após adenomastectomia incluem: tamanho do tumor, estágio clínico, características histológicas e envolvimento linfonodal. Uriburu e col. recomendam ressecção cirúrgica da cicatriz da biópsia prévia, no momento da cirurgia, para reduzir o risco de RL no local da biópsia. (8)

Nossa série de casos apresentou um baixo índice de recorrência local quando analisamos todas as indicações do procedimento. Em um seguimento médio de 23,6 meses, foram dois (5,6%) casos de recidiva em 36 pacientes. A radioterapia adjuvante foi realizada em 30,6% (11) mulheres. Diferente dos estudos citados a recorrência foi no CAM.

A maioria das mulheres que se submete à adenomastectomia, para tumores em estágio clínico iniciais, não irá exigir radioterapia adjuvante. No entanto, essa terapêutica complementar busca reduzir a RL e melhorar a sobrevida de pacientes com quatro ou mais linfonodos axilares comprometidos ou tumores maiores que 5cm. (8)

Em um estudo de 377 reconstruções com implante, foi relatada contratura capsular e dor após radioterapia. (8) O grau de satisfação parece ser menor entre os que se submetem à RT (67% vs 88%). (34) A formação de cápsula foi observada na maioria das pacientes que fizeram RT adjuvante nesse estudo. No entanto, isto foi efetivamente tratado com capsulotomia no momento da substituição do implante e não observaram uma redução significativa nos índices de satisfação. As pacientes candidatas prováveis a necessitarem de RT adjuvante continuam com indicação controversa, e alguns cirurgiões, defendem uma mastectomia convencional com reconstrução tardia. (8)

Benediktsson e Perbeck, recentemente, relataram taxas de RL de 28,4%, caindo para 8,5% naqueles que receberam radioterapia adjuvante, em série de 216 mulheres submetidas à adenomastectomia após um acompanhamento médio de 13 anos. Estes dados são comparáveis aos da mastectomia convencional. Além disso, RL não teve associação com redução de sobrevida. (8)

A reconstrução imediata oferece os melhores resultados estéticos quando a RT adjuvante não é necessária. A RT induzindo a formação de cápsula foi observada em dois (8%) casos do estudo de Salhab e seus colaboradores. (11)

Mais recentemente, tem sido sugerido que os benefícios da adenomastectomia podem ser preservados no subgrupo das pacientes com indicação de tratamento radioterápico adjuvante usando um 'immediatedelayed' da técnica de reconstrução. (22)

Um expansor de tecido pode ser colocado no momento da adenomastectomia. Após a radioterapia, a reconstrução tardia pode ser realizada substituindo o expansor por um implante de silicone. Esta abordagem evita o potencial danoso da radioterapia e minimiza as desvantagens cosméticas associadas à adenomastectomia seguida por RT. (8) Nós empregamos esta estratégia em 11(30,6%) pacientes que necessitaram de RT adjuvante em nossa série. A RT pode provocar a formação de contratura capsular de graus variados, tivemos apenas um caso dessa complicação que necessitou de capsulectomia.

Fizemos o seguimento das nossas pacientes com exame físico, mamografia (preferencialmente a digital devido à escassa quantidade de tecido residual) e ultrassonografia anual.

As cirurgias foram recomendadas baseadas nas características do tumor, na forma física da paciente, formato e tamanho mamário, comorbidades e preferência da paciente, objetivando um resultado final positivo, ou seja, uma paciente feliz com sua imagem corporal e fortalecida para encarar as próximas etapas de seu tratamento contra o câncer de mama, sem prejuízo da segurança oncológica.

10 - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adenomastectomia mostrou-se, no nosso estudo, ser uma técnica cirúrgica para o tratamento do câncer de mama com um alto índice de satisfação em relação ao resultado estético, baixa taxa de complicações e bom controle local da doença.

O fato da satisfação das pacientes com o resultado cirúrgico e estético só ter sido avaliado subjetivamente, utilizando um análogo de pontuação, representa uma limitação importante do nosso estudo. Um detalhamento maior nos questionamentos feito para a amostra, em relação ao grau de satisfação, beneficiaria a detecção de pequenas diferenças particulares entre os subgrupos de pacientes.

A satisfação das pacientes pode mudar com o decorrer do tempo, particularmente em mulheres com reconstruções que utilizaram implantes de silicone, e vamos continuar a acompanhar isso a longo prazo. O acompanhamento também é necessário para avaliar o número de procedimentos que possam ser necessários fazer em face as complicações que poderão surgir.

Ensaio clínico randomizado seriam mais adequados para compararem resultados oncológicos e estéticos, sem um grupo controle e sem avaliações pré-operatórias, limitamos nossa identificação de diferenças qualitativas na satisfação das pacientes nas variadas técnicas cirúrgicas.

11 - BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa>. Consultado em 02/02/11.
2. <http://www.ibge.com.br>. Consultado em 25/05/10.
3. Bethesda MD: National Cancer Institute, 2003.
4. Crivellari D, Aopro M, Leonard R, et al. Breast Cancer in the Elderly. *Jour Clin Oncology*. 2007 May; 25 (14): 1882- 90.
5. Petit JY, Veronesi U, Luini A, et al. When mastectomy becomes inevitable: The nipple-sparing approach. *Breast*. 2005 Dec; 14 (6):527-31.
6. Yueh JH, Houlihan MJ, Slavin SA, et al. Nipple-sparing mastectomy: evaluation of patient satisfaction, aesthetic results, and sensation. *Ann Plast Surg*. 2009 May; 62 (5): 586-90.
7. Sacchini V, Pinotti JA, Barros AC, et al. Nipple Sparing Mastectomy for Breast Cancer and Risk Reduction: Oncologic or Technical Problem? *J Am Coll Surg*. 2006 Nov; 203(5):704-14.
8. Reefy S, Patani N, Anderson A, et al. Oncological outcome and patient satisfaction with skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective observational study. *BMC Cancer*. 2010 Apr 29; 10:171.
9. Gerber B, Krause A, Reimer T, et al. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure. *Ann Surg*. 2003; 238:120-27.
10. Cunnick GH, Mokbel K. Cunnick Oncological considerations of skin-sparing mastectomy. *Int Semin Surg Oncol*. 2006 May; 25:3:14.
11. Salhab M, Al Sarakbi W, Joseph A, Sheards S, Travers J, Mokbel K. Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: patient satisfaction and clinical outcome. *Int J Clin Oncol*. 2006 Feb; 11(1):51-4.
12. Hudson DA. Factors determining shape and symmetry in immediate breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2004; 52(1):15-21.
13. Schwanke CHA, Gomes I, Pedro REL, et al. Atualizações em Geriatria e Gerontologia II: Abordagens Multidisciplinares e Interdisciplinares. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2009.
14. Freitas, EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

15. Morrow M, Harris JR. Local Management of Invasive Breast Cancer. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editors. *Diseases of the Breast*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:515-560.
16. Rusby, JE, Smith BL, Guil GPH. Nipple-sparing mastectomy. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 305-16.
17. Djohan R, Gage E, Gatherwright J, Pavri S, Firouz J, Bernard S, Yetman R. Patient satisfaction following nipple-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: an 8-year outcome study. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Mar; 125(3):818-29.
18. Fersis N, Hoenig A, Relakis K, Pinis S, Wallwiener D. Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: incidence of recurrence in patients with invasive breast cancer. *Breast*. 2004 Dec; 13(6):488-93.
19. Waljee JF, Hu ES, Ubel PA, Smith DM, Newman LA, Alderman AK. Effect of Esthetic Outcome After Breast-Conserving Surgery on Psychosocial Functioning and Quality of Life. *J Clin Oncol*. 2008 July; 26 (10):3331-37.
20. Didier F, Radice D, Gandini S, Bedolis R, Rotmensch N, Maldifassi A, Santillo B, Luini A, Galimberti V, Scaffidi E, Lupo F, Martella S, Petit JY. Does nipple preservation in mastectomy improve satisfaction with cosmetic results, psychological adjustment, body image and sexuality? *Breast Cancer Res Treat*. 2009 Dec; 118(3):623-33.
21. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2000 Feb; 26(1):17-9.
22. Singletary SE, Robb GL. Oncologic safety of skin-sparing mastectomy. *Ann Surg Oncol*. 2003 Mar; 10(2):95-7.
23. Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG, Petty PM, Sellers TA, Johnson JL, McDonnell SK, Frost MH, Jenkins RB. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *N Engl J Med*. 1999 Jan 14; 340(2):77-84.
24. Voltura AM, Tsangaris TN, Rosson GD, Jacobs LK, Flores JI, Singh NK, Argani P, Balch CM. Nipple-sparing mastectomy: critical assessment of 51 procedures and implications for selection criteria. *Ann Surg Oncol*. 2008; 15(12):3396-401.
25. Wijayanayagam A, Kumar AS, Foster RD, Esserman LJ. Optimizing the total skin-sparing mastectomy. *Arch Surg*. 2008 Jan; 143(1):38-45.
26. Delalibera, MA. A imagem do corpo e a angústia sobre o corpo no envelhecer e no morrer. [Monografia]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2005. 55p. Curso De Graduação Em Psicologia.
27. Soares, RG. Aspectos Emocionais do Câncer de Mama. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. 2007 agosto; 6: 24-9.

28. Venâncio, JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2004; 50(1):55-63.
29. Dmoch W. Sobre alguns aspectos do procedimento com pacientes pós-mastectomizadas. Em: Prill HJ, Langen D. *Ginecologia Psicossomática*. São Paulo: Roca; 1985. p.20-30.
30. Brenelli HB, Shinzato JY. Terapia de Apoio a Pacientes com Câncer de Mama. Em: Dias EN. *Mastologia Atual*. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p.30-50.
31. Fallowfield, LJ. Addressing the psychological needs of conservatively treated breast cancer patient. *J R Soc. Med*. 1987; 80:696-700.
32. Turns DM. Psychosocial Factors In: Donegan WL, Spratt JS, organizadores. *Cancer of the Breast*. Philadelphia (PEN): W. B. Saunder; 1988. p. 728-38.
33. Bowman CC, Lennox PA, Clugston PA, Courtemanche DJ. Breast reconstruction in older women: should age be an exclusion criterion? Plast Reconstr Surg. 2006 Jul; 118(1):16-22.
34. Cordeiro PG, Pusic AL, Disa JJ, McCormick B, VanZee K. Irradiation after immediate tissue expander/implant breast reconstruction: outcomes, complications, aesthetic results, and satisfaction among 156 patients. Plast Reconstr Surg. 2004 Mar;113(3):877-81.

ANEXOS**ANEXO 1:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Pesquisa: ADENOMASTECTOMIA: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PACIENTES QUANTO AO RESULTADO ESTÉTICO**

Prezada Paciente,

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo Centro de Mama da PUCRS. Nosso estudo tem como objetivo avaliar a satisfação das pacientes em relação à cirurgia de adenomastectomia a qual a senhora foi submetida para tratamento e/ou para profilaxia do câncer de mama.

Só poderão fazer parte desta pesquisa aquelas que assinarem este termo. Caso não deseje participar, sinta-se à vontade para não assiná-lo. Em qualquer momento da pesquisa você poderá retirar seu consentimento.

As participantes deverão responder a questionamentos sobre o grau de satisfação do resultado estético de sua cirurgia. Dados em relação à doença e ao tipo de cirurgia que foi realizada serão buscados em prontuário.

Os resultados desta pesquisa serão anônimos, ou seja, a publicação dos dados não incluirá os nomes de nenhuma das participantes.

Eu, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do procedimento e esclareci quaisquer dúvidas que tivesse. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar.

A médica Janaína Ferreira Viegas certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo posso chamar a médica Janaína Ferreira Viegas ou o médico Antônio Frasson nos telefones (51) 3320 3000 (ramal 2298 ou 2100) e (51) 98058938 ou no CEP pelo telefone 33203345. Declaro que recebi cópia do presente TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Paciente - Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Pesquisadora responsável – Nome: Janaína Ferreira Viegas

Assinatura: _____

Testemunha – Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 2:

Número: _____

1) Como você classifica a sua satisfação em relação ao resultado estético da cirurgia a qual foi submetida numa escala de 5 níveis :

PÉSSIMO ()

RUIM (....)

RAZOÁVEL (....)

BOM (....)

ÓTIMO (....)

2) Há diferença na sua satisfação em relação ao resultado estético entre a mama direita e esquerda? Se sim, qual a mama com o melhor resultado estético para você?

NÃO ()

SIM () Direita () Esquerda ()

3) Você recomendaria esse tratamento à outra paciente?

SIM ()

NÃO ()

ANEXO 3:



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-033/11

Porto Alegre, 07 de janeiro de 2011.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05232 intitulado **"Adenomastectomia: Avaliação da satisfação dos pacientes"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep